
**„Zur Ausprägung von Gesundheitsmerkmalen und
Determinanten des Sportlerlebens im
vereinsorganisierten Freizeit- und
Gesundheitssport**

–

**Profil- und Strukturanalysen zu Aktiven des
Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssports in
ausgewählten Groß- und Kleinvereinen“**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Philosophischen Fakultät III

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Kristina Roth

aus Würzburg

Würzburg
November 2004

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Kapustin

Zweitgutachter: Prof. Dr. Wolfgang Schneider

Inhalt

	Seite
Vorwort	9
Abbildungsverzeichnis	11
Tabellenverzeichnis	16
0 Einleitung	21
0.1 Einführung in die Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit.....	21
0.2 Aufbau der Arbeit.....	25
0.3 Methodische Anlage der Teilnehmerstudie im Evaluationsprojekt „Der Gesundheitsclub im Sportverein“.....	26
Kapitel 1: Das Konstrukt „Gesundheit“ als Ausgangspunkt und Zielvorstellung	29
1.1 Näherung von Seiten der theoretischen Basis.....	29
1.1.1 Begriffsfassung.....	29
1.1.2 Wissenschaftliche Modellvorstellungen von „Gesundheit“ und „Krankheit“.....	30
1.1.3 Aspekte einer subjektiven Gesundheit.....	38
1.1.3.1 Subjektive Gesundheitsvorstellungen.....	38
1.1.3.2 Die Kategorie des Wohlbefindens im Gesundheitskonstrukt.....	41
1.1.3.2.1 Theoretische Grundlagen.....	41
1.1.3.2.2 Empirische Erkenntnisse.....	45
1.1.3.3 Das Selbstkonzept als theoretischer Bezugsrahmen.....	50
1.2 Gesundheitsverhalten als komplexes Forschungsfeld in Theorie und Praxis.....	55
1.2.1 Weitere Theoretische Modelle zum gesundheitsorientierten Verhalten.....	56
1.2.2 Gesundheitsverhalten und Sportliche Aktivierung – empirische Aspekte.....	65
1.2.3 Neuere Forschungsperspektiven und Konsequenzlegung für die Untersuchung.....	76

Kapitel 2:	Gesundheitsförderung – eine Chance durch sportliche Aktivierung?	79
2.1	Vom „Sport“ zum „Gesundheitssport“.....	79
2.1.1	Begriffsfassung und Entwicklungslinien.....	79
2.1.2	Sportliche Aktivität im Kontext von Fitness und Prävention.....	82
2.1.2.1	Zum Konstrukt der Fitness in der Gesundheitsförderung durch Sport.....	83
2.1.2.2	Prävention und die Interventionsmaßnahme Sport.....	85
2.2	Sport und Gesundheit – ein zu differenzierendes Verhältnis.....	88
2.2.1	Perspektiven der physischen Ressourcen und Sport.....	88
2.2.2	Zum Forschungsstand „Sport und psycho-soziale Gesundheit“.....	99
2.3	Motive und Faktoren der Bindung im Zusammenhang mit sportlicher Aktivität.....	108
Kapitel 3	Sport und Gesundheit im Sozialsystem Sportverein	119
3.1	Sportvereine – Prämissen und Strukturentwicklungen.....	119
3.1.1	Die Vereine als Träger des organisierten (Gesundheits-)Sports.....	119
3.1.2	Der Sportverein im Spannungsfeld zwischen Selbst(hilfe)organisation und Spiegel der Gesellschaft.....	122
3.1.2.1	Ausgewählte Elemente auf der Anbieterebene.....	122
3.1.2.2	Determinanten auf der Mitgliederebene.....	133
3.2	Der Sportverein als soziales und institutionelles Netzwerk – Schaffen spezifische Strukturqualitäten spezifische Chancen?.....	140
3.2.1	Theoretische Grundlagen zu sozialen Netzwerken.....	140
3.2.2	Soziale Stützsysteme und ihr Beitrag zur Gesundheit.....	142
Kapitel 4	Konzeption der Untersuchung	145
4.1	Fragestellungen und Zielsetzungen.....	145

4.2	Untersuchungsmethodik.....	147
4.2.1	Untersuchungsansatz.....	148
4.2.2	Messinstrumentarium und –methoden.....	149
4.2.3	Datenaufbereitung und Analyseverfahren.....	157
4.3	Stichprobenbeschreibung.....	159
4.3.1	Rekrutierung der Gesamtstichprobe.....	159
4.3.2	Die ausgewählten Sportvereine.....	159
4.3.3	Stichprobe der Teilnehmer.....	163
4.3.3.1	Identifizierung der relevanten Sportvereinskriterien.....	163
4.3.3.2	Klassifizierung nach den angelegten Gesundheitssportdimensionen.....	164
4.3.3.2.1	Verfahren.....	164
4.3.3.2.2	Ergebnis.....	165
4.3.3.3	Beschreibung der Stichproben.....	167
4.3.3.3.1	Soziodemographische Merkmale der Gesamtstichprobe.....	167
4.3.3.3.2	Soziodemographische Merkmale der Teilstichproben.....	172
4.3.3.3.2.1	Alter und Geschlecht.....	172
4.3.3.3.2.2	Familiensituation.....	173
4.3.3.3.2.3	Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Berufsstand.....	174
Kapitel 5:	Empirische Befunde der Bereichsanalysen „Gesundheit und	
	Vereinsleben“ in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter:	176
5.1	Gesundheit und Krankheit.....	177
5.1.1	Objektive Gesundheit.....	178
5.1.2	Gesundheitswahrnehmung.....	183
5.1.2.1	Befunde zu Merkmalen der Gesundheitswahrnehmung.....	184
5.1.2.2	Bildung von Gesundheitswahrnehmungskategorien.....	192
5.2	Allgemeines Gesundheitsverhalten.....	199
5.2.1	Risikofaktoren.....	199
5.2.2	Schutzfaktoren und gesundheitsorientiertes Verhalten.....	217
5.3	Sport- bzw. vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten..	224
5.3.1	Kognitive Gesundheitsressourcen.....	224
5.3.2	Soziale Identifikation und Integration.....	236
5.3.3	Sportliche Aktivität und Angebotspartizipation.....	260

5.4	Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein.....	269
5.4.1	Aktivierungs- und Programmmotivation.....	269
5.4.2	Subjektive Befindlichkeitsveränderungen.....	294
5.4.2.1	Interventionsmaßnahme Sport.....	294
5.4.2.2	Befindlichkeiten auf Angebotsebene.....	297
5.4.2.3	Identifizierung von Sportnutzertypen.....	301
Kapitel 6:	Empirische Befunde zum Vergleich der Sportlergruppen	
	in den Bereichsanalysen.....	305
6.1	Gesundheit und Krankheit.....	306
6.1.1	Objektive Gesundheit.....	306
6.1.2	Gesundheitswahrnehmung.....	311
6.2	Gesundheitsverhalten.....	324
6.2.1	Risikofaktoren.....	324
6.2.2	Schutzfaktoren und gesundheitsorientiertes Verhalten.....	342
6.3	Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten...	350
6.3.1	Kognitive Gesundheitsressourcen.....	350
6.3.2	Soziale Integration und Identifikation.....	364
6.3.3	Sportliche Aktivität und Angebotspartizipation.....	376
6.4	Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein.....	384
6.4.1	Aktivierungs- und Programmmotivation.....	384
6.4.2	Subjektive Befindlichkeitsveränderungen.....	407
Kapitel 7:	Zusammenfassung und Ausblick.....	411
7.1	Zusammenfassung der Befunde.....	411
7.2	Ausblick.....	425
Anhang.....		432
Literaturverzeichnis.....		459

Vorwort

Einem umfassenden Text „vorgeschaltete Worte“ nehmen im Gesamtkontext für den Leser sicherlich eine mindere Relevanz ein. Sie werden überblättert, allenfalls überflogen. Um so größere Bedeutung haben solche einführenden Anmerkungen für die emotionale Aufarbeitung eines so arbeitsintensiven Unterfangens wie das der Dissertation. Nicht zuletzt ermöglichen solche vergleichsweise formlosen Marginalien es, den Betreuerleistungen, die einer solchen Arbeit stets Weg und Ziel bereiten, einen Raum zu geben.

In diesem Zusammenhang gilt mein Dank zu allererst meinem Doktorvater Prof. Dr. Peter Kapustin, der mir mit seiner praxisversierten Sicht auf die Dinge des Sports im Verein ein wichtiger Ratgeber und Hilfesteller war. Seine stete Motivierungsarbeit – auch in der Zeit der schulischen „Doppelbelastung“ und in stockenden Tiefphasen – sowie seine Bereitschaft für fachkompetente Diskussionen bot mir eine wertvolle Unterstützung in allen Phasen der Arbeit.

Für seine Hilfestellung bei der Einordnung der Arbeit in den psychologischen Kontext möchte ich mich bei Prof. Dr. Wolfgang Schneider bedanken. Seine kritischen Anmerkungen und Hilfestellungen zu methodischen und konzeptionellen Fragen bereiteten als wichtige Impulse den Weg zur Fertigstellung der Arbeit.

Für die fachkompetente und weitsichtige Unterstützung in Fragen der physischen Gesundheit und Krankheit in medizinischer Perspektive, die zu einer Erweiterung des interdisziplinär-integrativen Ansatzes der Arbeit beitragen, möchte ich Frau Dr. med. Annette Uhse danken.

Unersetzlich wertvolle Hilfe bei methodischen Fragen leisteten Frau Dipl.-Psych. Regina Krieglmeier und Dipl.-Psych. Susanne Heller. Bei ihnen möchte ich mich herzlich für die vielen wichtigen Diskussionen und Hilfestellungen bei statistischen Problemen und Grundsatzfragen bedanken. Insbesondere Frau Regina Krieglmeier danke ich für die unersetzlich wichtige Korrekturarbeit und Hilfen bei der methodischen Ergebnisdarstellung! Ganz besonders danken möchte ich an dieser Stelle Herrn Dipl.-Psych. Volker Hargutt für seine spontane und intensive Hilfe bei der Berechnung der KFA.

Den Mitarbeiterinnen, Gutachtern und Entscheidungsträgern des Hochschul- und Wissenschaftsprogramms der Universität Würzburg danke ich für die materielle und ideelle Unterstützung, vor allem allen Stipendiatinnen danke ich für geleistete interdisziplinäre Impulse und Anregungen.

Ein besonders herzliches Dankeschön möchte ich an alle Kolleg/-innen und Mitarbeiter/-inn des Sportzentrums der Universität Würzburg richten, die mich in der Phase der Fertigstellung dieser Arbeit durch verständnisvolle Aufmunterung und „entlastende Hilfen“ unterstützt haben. Insbesondere meinem „Mitreiter“ Dominik Reim habe ich viele wertvolle Impulse durch fachliche Gespräche über Sport im Verein und Korrekturhinweise zu verdanken – die Betonung der Freude am Forschen nicht zu vergessen!

Ohne ein intaktes soziales Netz im engen Umfeld sind Zeiten der hohen Arbeitsintensität und psychischen Belastung kaum zu bewältigen. Für den steten Zuspruch und die vielen „offenen Ohren und Arme“, die ich unter Freunden und Bekannten während dieser Zeit gefunden habe, möchte ich allen

meinen aufrichtigen Dank aussprechen. Insbesondere meinen Eltern bin ich für ihre fortwährende Unterstützung und emotionale „Rückenstärkung“ tief verbunden.

Für die stärkste emotionale Stütze während dieser Zeit bin ich meinem Mann zutiefst dankbar und verbunden, der mich mit seiner Sichtweise als Naturwissenschaftler immer wieder zum Nachdenken gebracht und „geerdet“ hat. Seine Hilfe und Unterstützung aber auch sein Ansporn und seine Geduld waren mit die wertvollsten Begleiter auf meinem/unserem Weg.

Würzburg, im November 2004

Abbildungsverzeichnis

	Seite
<i>Kapitel 1:</i>	
Abb. 1-1: Das dynamische Selbstkonzept.....	52
Abb. 1-2: Integration des Gesundheitsschemas in das allgemeine Selbstkonzept.....	53
Abb. 1-3: Determinanten gesundheitsrelevanter Entscheidungen.....	54
Abb. 1-4: Das Modell zur Theory of Reasoned Action.....	57
Abb. 1-5: Modell zur Theory of Planned Behavior.....	59
Abb. 1-6: Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartung im menschlichen Verhalten.....	60
Abb. 1-7: Das Health Belief-Model.....	62
Abb. 1-8: Das Modell der Protection Motivation Theory.....	64
<i>Kapitel 2:</i>	
Abb. 2-1: Motive im Freizeitsport und deren Gewichtung.....	111
Abb. 2-2: Motive sportlich aktiver Personen einer Kleinstadtbevölkerung.....	113
<i>Kapitel 3:</i>	
Abb. 3-1: Ebenen und Formen der sozialen Unterstützung.....	141
<i>Kapitel 4:</i>	
Abb. 4-1: Größe der Stichprobenvereine anhand der Mitgliederstärke inkl. Kategorisierung nach Klein- und Großverein.....	160
Abb. 4-2: Verteilung der rehabilitativ ausgerichteten Angebote in den rekrutierten Sportvereinen.....	160
Abb. 4-3: Verteilung der präventiv ausgerichteten Angebote in den rekrutierten Sportvereinen.....	161
Abb. 4-4: Differenzierung der Angebotspartizipation nach Angeboten in installierten Gruppen und freien Bewegungsangeboten zur Operationalisierung der Sportleraktivität in der vorliegenden Stichprobe.....	165
Abb. 4-5: Prozentuale Verteilung der Gesundheitssportlertypen in der Stichprobe.....	166
Abb. 4-6: Geschlechterverteilung in den Altersgruppen 1 bis 4.....	168
Abb. 4-7: Verteilung der Stichprobe nach Berufsstand und Geschlecht.....	171
<i>Kapitel 5:</i>	
Abb. 5-1: Teilaspekte zur Operationalisierung von Gesundheit und Krankheit in der vorliegenden Untersuchung.....	177
Abb. 5-2: Verteilung chronischer Erkrankungen in der Sportlerstichprobe/gruppierte Angabe der freien Antworten unter „Sonstige...“.....	179
Abb. 5-3: Verteilung von chronischen Erkrankungen der Sportler, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht.....	182

Abb. 5-4:	Subjektive Gesundheitswahrnehmung der Sportler, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht.....	185
Abb. 5-5:	Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand, gruppiert nach Geschlecht und gruppiert nach Alter.....	187
Abb. 5-6:	Stellenwert der /Achten auf Gesundheit, gruppiert nach Geschlecht und gruppiert nach Alter.....	189
Abb. 5-7:	Überzeugung von der Beeinflussbarkeit der Gesundheit, gruppiert nach Geschlecht und gruppiert nach Alter.....	191
Abb. 5-8:	Mittelwert-Score zur Gesundheitswahrnehmung, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht.....	193
Abb. 5-9:	Typen der Gesundheitswahrnehmung, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht.....	196
Abb. 5-10:	Ausprägung zentraler interner Risikofaktoren in der Stichprobe in Abhängigkeit des Alters.....	203
Abb. 5-11:	Summenscore der internen Risikofaktoren, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht.....	205
Abb. 5-12:	Interne Risikofaktoren nach subjektiver Gesundheitsbewertung, gruppiert nach Geschlecht und Alter.....	207
Abb. 5-13:	Objektive Gesundheit und interne Risikofaktoren, gruppiert nach Geschlecht.....	208
Abb. 5-14:	Objektive Gesundheit und interne Risikofaktoren, gruppiert nach Alter.....	209
Abb. 5-15:	Stressoren des Arbeitsplatzes.....	210
Abb. 5-16:	Stressoren der Arbeitstätigkeit in Dimensionen; gruppiert nach Geschlecht und gruppiert nach Alter.....	215
Abb. 5-17:	Ernährungsverhalten, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht.....	218
Abb. 5-18a:	Ernährungsverhalten, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht.....	219
Abb. 5-18b:	Ernährungsverhalten, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht.....	219
Abb. 5-19:	Bewegungsprofil aus der derzeitigen Alltagssituation der Gesundheitssportler, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht.....	221
Abb. 5-20:	Bewegungsprofil im Alltag, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht.....	222
Abb. 5-21:	Kognitive Gesundheitsressourcen der Probanden in den Kenntnisbereichen „Sport und“, gesamt und in Abhängigkeit des Geschlechts.....	227
Abb. 5-22:	Quellen des Wissenserwerbs zum Effektwissen der Probanden.....	229
Abb. 5-23:	Ausmaß des Effektwissens, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht.....	230
Abb. 5-24:	Handlungswissen in Abhängigkeit des Geschlechts.....	232
Abb. 5-25:	Ausprägung des Handlungswissens in der Stichprobe, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht.....	234
Abb. 5-26:	Ausgewählte Indikatoren zur Integration in das Vereinsnetz durch die Freizeit- und Gesundheitssportler in der vorliegenden Untersuchung.....	237
Abb. 5-27:	Bewertung des Motivs „Geselligkeit“ bei der Wahl des Sportangebots.....	238
Abb. 5-28:	Einfluss des Motivs „Geselligkeit“ bei der Wahl des Sportangebots, gruppiert nach Altersgruppe und Geschlecht der Probanden.....	239

Abb. 5-29: Geschlechtsspezifische Betrachtung der Integration sozialer Bezugspersonen aus dem Freundeskreis in den Sportverein und dessen Bewertung.....	241
Abb. 5-30: Aktivität der Teilnehmer in der Bildung neuer Freundschaften im Sportverein in Abhängigkeit der Altersgruppe.....	243
Abb. 5-31: Austauschdichte mit Sportpartnern in Abhängigkeit der Altersgruppe.....	244
Abb. 5-32: Bindungsstruktur der Teilnehmerstichprobe an den Sportverein.....	247
Abb. 5-33: Ehrenämter auf der Ausführungsebene – in Kategorien zusammengefasst – in Abhängigkeit der Altersverteilung.....	252
Abb. 5-34: Ehrenämter auf der Ebene der Führung und Verwaltung in Abhängigkeit der Altersverteilung.....	253
Abb. 5-35: Dichte der ehrenamtlichen Tätigkeit in Abhängigkeit von der Vereinsgröße.....	257
Abb. 5-36: Aktivität in ausgesuchten Sportgruppen in Abhängigkeit der Altersgruppen.....	262
Abb. 5-37: Nutzung der Spitzenreiter unter den freien Bewegungsangeboten in Abhängigkeit der Altersgruppen.....	264
Abb. 5-38: Aktivität im Freizeit- und Gesundheitssport gemessen am Mittelwert der genutzten Angebote, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht.....	266
Abb. 5-39: Anteil der (ehemaligen) Wettkampfsportler in der Stichprobe der Freizeit- und Gesundheitssportler in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht.....	267
Abb. 5-40: Quellen der Aufmerksamkeit für den Verein.....	270
Abb. 5-41: Motive für die Wahl des Sportanbieters, gesamt und in Abhängigkeit des Geschlechts.....	273
Abb. 5-42: Faktorenwerte zu den Faktoren der Motivation bei der Angebots(aus)wahl in Abhängigkeit des Geschlechts.....	280
Abb. 5-43: Faktorenwerte zu den Faktoren der Motivation bei der Angebots(aus)wahl in Abhängigkeit des Alters.....	281
Abb. 5-44: „Gesundheitssport auf Anraten des Arztes“ bzw. aus der „Motivation einer Erkrankung heraus“, in Abhängigkeit des Geschlechts bzw. des Alters.....	285
Abb. 5-45: Faktorwerte zu den Faktoren bei der Motivation für den Freizeit- bzw. Gesundheitssport in Abhängigkeit des Geschlechts.....	290
Abb. 5-46: Faktorwerte zu den Faktoren bei der Motivation für den Freizeit- bzw. Gesundheitssport in Abhängigkeit des Alters.....	291
Abb. 5-47: Positive Veränderungen in objektiv-medizinischer Hinsicht durch sportliche Aktivierung, gesamt und in Abhängigkeit des Geschlechts bzw. des Alters der Probanden.....	295
Abb. 5-48: Ausgewählte Teilpopulationen in der Befindlichkeitsveränderung, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht.....	303
 <i>Kapitel 6:</i>	
Abb. 6-1: Chronische Erkrankungen in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts....	308
Abb. 6-2: Subjektive Gesundheit der Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters.....	313
Abb. 6-3: Zufriedenheit mit der Gesundheit in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters.....	315

Abb. 6-4: Stellenwert der Gesundheit in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters.....	317
Abb. 6-5: Kontrollüberzeugung zur Gesundheit der Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters.....	318
Abb. 6-6: Gesundheitswahrnehmung in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts...	320
Abb. 6-7: Sportlergruppen, sortiert nach Typen der Gesundheitswahrnehmung.....	320
Abb. 6-8: Ausprägung interner Risikofaktoren in den Sportlergruppen.....	324
Abb. 6-9: Anteile interner Risikofaktoren in Abhängigkeit der Sportlergruppen und des Geschlechts.....	326
Abb. 6-10: Ausbildung interner Risikofaktoren in Abhängigkeit der Sportlergruppen und des Alters.....	327
Abb. 6-11: Risikofaktoren in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts.....	328
Abb. 6-12: Risikofaktoren in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters.....	329
Abb. 6-13: Interne Risikofaktoren in den Sportlergruppen in Abhängigkeit der Subgruppen zur subjektiven Gesundheitsbewertung.....	330
Abb. 6-14: Interne Risikofaktoren in den Sportlergruppen in Abhängigkeit der Subgruppen zur Angebotspartizipation.....	331
Abb. 6-15: Wahrnehmung der externen Risikofaktoren in den Sportlergruppen.....	332
Abb. 6-16: Psycho-soziale Stressoren als externe Risikofaktoren in den Sportlergruppen und Alter.....	334
Abb. 6-17: Stressoren der modernen Arbeitswelt in den Sportlergruppen und Alter bzw. Geschlecht.....	335
Abb. 6-18: Physische Stressoren in den Sportlergruppen in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht.....	336
Abb. 6-19: Ernährungsverhalten in den Sportlergruppen.....	342
Abb. 6-20: Schutzfaktor Ernährungsverhalten in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts.....	343
Abb. 6-21: Bewegungsprofil der alltäglichen Belastung, gruppiert nach Sportlergruppen.....	345
Abb. 6-22: Bewegungsprofil der Sportlergruppen, gruppiert nach Geschlecht.....	346
Abb. 6-23: Verteilung des Effektwissens in Abhängigkeit der Sportlergruppen.....	351
Abb. 6-24: Effektwissen in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts.....	353
Abb. 6-25: Handlungswissen in Abhängigkeit der Sportlergruppen.....	357
Abb. 6-26: Handlungswissen und Geschlecht, gruppiert nach Sportlergruppen.....	359
Abb. 6-27: Form der Mitgliedschaft in Abhängigkeit der Sportlergruppen.....	364
Abb. 6-28: Formen der Mitgliedschaft in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts.....	365
Abb. 6-29: Übernahme von Multiplikatorenfunktionen in Abhängigkeit der Sportlergruppen.....	367
Abb. 6-30: Anstoßmotivierung zur Vereinswahl durch Freunde bzw. Bekannte in Abhängigkeit der Sportlergruppe und des Alters.....	370
Abb. 6-31: Mittelwerte zur z-Transformation des Index ' „Soziale Integration und Identifikation“ in Abhängigkeit der Sportlergruppen und des Geschlechts.....	373

Abb. 6-32: Anteil der (ehemaligen) Wettkampfsportler in den Sportlergruppen, gesamt und in Abhängigkeit des Geschlechts.....	376
Abb. 6-33: Ausmaß der Angebotspartizipation in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts.....	378
Abb. 6-34: Angebotspartizipation an zusätzlichen, fachsportlichen Angeboten in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters.....	380
Abb. 6-35: Angebotspartizipation in Abhängigkeit der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes, nach Sportlergruppen kategorisiert.....	381
Abb. 6-36: Quellen der Aufmerksamkeit für den Sportverein in Abhängigkeit der Sportlergruppen.....	385
Abb. 6-37: Quellen der Aufmerksamkeit für den Sportverein in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts.....	386
Abb. 6-38: Zugangswege der Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters.....	387
Abb. 6-39: Motive zur Vereinswahl in Abhängigkeit der Sportlergruppen.....	388
Abb. 6-40: Motive zur Vereinswahl in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts.....	389
Abb. 6-41: Motivfaktoren für die Angebots(aus)wahl in den Sportlergruppen.....	391
Abb. 6-42: Faktor 2 zur Motivation der Angebots(aus)wahl: „Psycho-soziale Rahmenbedingungen, in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts.....	393
Abb. 6-43: Probanden in ärztlicher Behandlung, mit Freizeit- bzw. Gesundheitssport als ärztliche Empfehlung und das Motiv „Erkrankung“ für eine sportliche Aktivität in den Sportlergruppen.....	398
Abb. 6-44: Bewertung des Motivfaktors „Psycho-soziale Komponenten“ in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts.....	400
Abb. 6-45: Bewertung des Motivfaktors „Psycho-soziale Komponenten“ bei der Entscheidung für den Gesundheitssport in Abhängigkeit der Sportlergruppen, Altersgruppen und des Geschlechts.....	401
Abb. 6-46: Bewertung des Motivfaktors „Kompensatorische Aspekte“ in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts.....	404
Abb. 6-47: Positive Veränderungen in objektiver Hinsicht durch Sport in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts bzw. des Alters.....	407
Abb. 6-48: Befinden vor, während und nach dem Sport der Fitnesssportler.....	409
Abb. 6-49: Befinden vor, während und nach dem Sport der Präventionssportler.....	409
Abb. 6-50: Befinden vor, während und nach dem Sport der Rehabilitationssportler.....	410

Tabellenverzeichnis

	Seite
<i>Kapitel 1:</i>	
Tab. 1-1: Studien zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Wohlbefinden.....	45
Tab. 1-2: Befindlichkeitsveränderungen nach verschiedenen Gymnastikprogrammen.....	48
Tab. 1-3: Ergebnisse einer Befindlichkeitsmessung vor und nach sportlicher Aktivität.....	49
Tab. 1-4: Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden.....	50
Tab. 1-5: Vorhersage von Intention und sportlicher Aktivität nach der Theory of Planned Behavior und der Theory of Reasoned Action durch hierarchische Regressionsanalyse.....	69
Tab. 1-6: Parameter des Hypothetischen Modells.....	70
Tab. 1-7: Korrelation der Interventionsmaßnahmen mit Variablen des Health Belief-Models....	72
Tab. 1-8: Varianzquellen des sportlichen Verhaltens (Jogging), um den Beitrag demographischer Variablen bereinigt.....	72
<i>Kapitel 2:</i>	
Tab. 2-1: Zur Terminologie und Kennzeichnung von Interventionsschritten.....	86
Tab. 2-2: Coronare und cardiovasculäre Morbidität und Mortalität in Abhängigkeit der sportlichen Aktivität in der Framingham Studie.....	92
Tab. 2-3: Um das Merkmal Alter bereinigte Mittelwerte von Risikofaktoren einer coronaren Herzerkrankung.....	95
Tab. 2-4: Verhältnis zwischen regelmäßiger sportlicher Aktivität und psychischer Störungen....	104
<i>Kapitel 3:</i>	
Tab. 3-1: „Top Ten“ der angebotenen Sportarten in den Sportvereinen der Bundesrepublik Deutschland.....	128
Tab. 3-2: Merkmale traditionaler und moderintätsorientierter Sportvereine.....	133
<i>Kapitel 4:</i>	
Tab. 4-1: Überblick zu den Analysebereichen, deren Operationalisierung und Instrumente.....	150
Tab. 4-2: Einteilung und Symbolisierung des Signifikanzniveaus.....	158
Tab. 4-3: Statistische Kennwerte zur Zielgruppenorientierung des Gesundheitssportangebots in den der Teilnehmerstichprobe zu Grunde gelegten Klein- und Großvereinen.....	162
Tab. 4-4: Aufteilung der Kursangebote nach deren gesundheitsorientierten Ausrichtung in den Sportvereinen der Basisuntersuchung gesamt, sowie in Groß- und Kleinvereinen.....	163
Tab. 4-5: Bildung der drei Sportlertypen in Abhängigkeit des individuellen Belegungsprofils.....	166
Tab. 4-6: Ausprägung der soziodemographischen Merkmale Alter, Geschlecht und Merkmale des Familienstands in der Untersuchungsstichprobe.....	167

Tab. 4-7: Verteilung der soziobiographischen Merkmale Berufs- bzw. Hochschulausbildung und Erwerbstätigkeit in der Untersuchungsstichprobe.....	169
Tab. 4-8: Verteilung der beruflichen Tätigkeiten in der Stichprobe, kategorisiert.....	170
Tab. 4-9: Verteilung demographischer Merkmale Alter und Geschlecht der Teilstichproben im Vergleich.....	173
Tab. 4-10: Verteilung soziodemographischer Merkmale zur Familiensituation der Teilstichproben im Vergleich.....	174
Tab. 4-11: Verteilung der soziodemographischen Merkmale Berufs- bzw. Hochschulausbildung und Erwerbstätigkeit der Teilstichproben im Vergleich.....	175
 <i>Kapitel 5:</i>	
Tab. 5-1: Chronische Erkrankungen in Abhängigkeit des Geschlechts.....	180
Tab. 5-2: Chronische Erkrankungen in Abhängigkeit des Alters.....	181
Tab. 5-3: Korrelationsmatrix der Teilaspekte zur subjektiven Gesundheitswahrnehmung.....	192
Tab. 5-4: Konfigurationsfrequenzanalyse zu Merkmalen der Gesundheitswahrnehmung, inkl. Identifizierung von Typen bzw. Antitypen.....	195
Tab. 5-5: Geschlechtsspezifische Verteilung ausgewählter interner Risikofaktoren.....	202
Tab. 5-6: Statistische Kennwerte der Teilstichproben zur Ausprägung interner Risikofaktoren.....	204
Tab. 5-7: Statistische Kennwerte zur geschlechtsabhängigen Bewertung der Stressoren am Arbeitsplatz.....	211
Tab. 5-8: Statistische Kennwerte zur altersabhängigen Bewertung der Stressoren am Arbeitsplatz.....	212
Tab. 5-9: Rotierte Faktorenladungsmatrix eines Dreifaktorenmodells der 21 Items zu Stressoren am Arbeitsplatz.....	214
Tab. 5-10: Kognitive Gesundheitsressourcen bezüglich Wechselwirkungen des Sports und Gesundheit nach Alter der Probanden.....	228
Tab. 5-11: Handlungskompetenzen der Gesundheitssportler in Abhängigkeit der Altersgruppe.....	233
Tab. 5-12: Altersgruppenspezifische Betrachtung der Bewertung einer gleichzeitigen Aktivität von Freunden im Sportverein.....	241
Tab. 5-13: Begründung für die Wichtigkeit einer gleichzeitigen Aktivität von Freunden im Sportverein.....	242
Tab. 5-14: Argumente für eine fehlende formale Integration in den Verein durch eine ordentliche Mitgliedschaft der Freizeit- und Gesundheitssportler.....	247
Tab. 5-15: Arten der Mitgliedschaft in Abhängigkeit nach Geschlecht bzw. Alter.....	248
Tab. 5-16: Ehrenamtliche Funktionen der Probanden.....	250
Tab. 5-17: Positionenbündelungen in Abhängigkeit der Altersgruppen und des Geschlechts der ehrenamtlich tätigen Freizeit- und Gesundheitssportler.....	253
Tab. 5-18: Korrelationsmatrix der Teilaspekte zur sozialen Integration in das Vereinsnetz.....	258
Tab. 5-19: Statistische Kennwerte der sozialen Integrationsschemata in Abhängigkeit der Merkmale Alter und Geschlecht.....	259

Tab. 5-20: Partizipation der Teilnehmer an den Angeboten des Fitness- und Gesundheits- sports – gruppiert.....	261
Tab. 5-21: Teilnehmer-Partizipation an möglichen freien Bewegungsangeboten.....	264
Tab. 5-22: Statistische Kennwerte zur Angebotspartizipation in Abhängigkeit der Merkmale Geschlecht und Alter.....	265
Tab. 5-23: Wege der Aktivierung für eine Aktivität im Sportverein in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter.....	271
Tab. 5-24: Motive zur Wahl des Sportvereins als Anbieter des Gesundheitssports in Ab- hängigkeit des Alters.....	274
Tab. 5-25: Anreizqualitäten der Sportangebote aus der Sicht der Probanden in Gesamt- verteilung und in Abhängigkeit des Geschlechts.....	276
Tab. 5-26: Anreizqualitäten der Sportangebote aus der Sicht der Probanden in Abhängigkeit der Altersgruppen.....	278
Tab. 5-27: Korrelationsmatrix der Motive zur Angebots(aus)wahl.....	278
Tab. 5-28: Eigenwerte zur Korrelationsmatrix der Motivitems hinsichtlich der Angebots- (aus)wahl aus Tab. 5-27.....	279
Tab. 5-29: Rotierte Faktorenladungsmatrix eines Zweifaktorenmodells der neun Items zu Motiven bezüglich der Angebots(aus)wahl.....	280
Tab. 5-30: Sinnperspektiven einer Aktivität im Freizeit- bzw. Gesundheitssport, Gesamt- verteilung und in Abhängigkeit des Geschlechts.....	286
Tab. 5-31: Kennwertverteilung der Motive für die Aktivität im Freizeit- und Gesundheits- sport in Abhängigkeit des Alters.....	287
Tab. 5-32: Korrelationsmatrix der Motive zur Aktivität im Freizeit- bzw. Gesundheitssport.....	288
Tab. 5-33: Eigenwerte zur Korrelationsmatrix der Items hinsichtlich der Motive für die Aktivität im Freizeit- bzw. Gesundheitssport aus Tab. 5-31.....	289
Tab. 5-34: Rotierte Faktorenladungsmatrix eines Zweifaktorenmodells der neun Items zu Motiven bezüglich der Angebots(aus)wahl.....	290
Tab. 5-35: Statistische Kennwerte und Mittelwertvergleiche zur Variablen „Positive Ver- änderungen durch sportliche Aktivierung in subjektiver Bewertung“, in Abhängigkeit des Geschlechts bzw. des Alters der Probanden.....	296
Tab. 5-36: Exemplarischer Verlauf der Befindlichkeitsveränderung vor, während und nach der sportlichen Aktivität ausgesuchter Probanden (inkl. zentraler soziodemo- graphischer Angaben).....	301
Tab. 5-37: Codierungsschema zur Befindlichkeitsveränderung vor, während und nach der sportlichen Aktivität.....	301
Tab. 5-38: Konfigurationsfrequenzanalyse zu den Kategorien der Befindlichkeitsveränderung vor, während und nach der sportlichen Aktivität zur Identifizierung von Typen bzw. Antitypen.....	302
 <i>Kapitel 6:</i>	
Tab. 6-1: Chronische Erkrankungen in Abhängigkeit des Sportlertyps.....	307
Tab. 6-2: Chronische Erkrankungen in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters.....	309

Tab. 6-3:	Haupt- und Interaktionseffekte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur objektiven Gesundheit mit dem Alter und Geschlecht.....	310
Tab. 6-4:	Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur subjektiven Gesundheitseinschätzung.....	312
Tab. 6-5:	Haupteffekte, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur Gesundheitszufriedenheit.....	314
Tab. 6-6:	Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zum Stellenwert der Gesundheit.....	316
Tab. 6-7:	Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ in der Kontrollüberzeugung zur Gesundheit....	318
Tab. 6-8:	Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter und Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zum Mittelwertscore der Gesundheitswahrnehmung.....	319
Tab. 6-9:	Chi-Quadrat-Statistiken zu den Gruppenvergleichen in den Merkmalen interner Risikofaktoren.....	325
Tab. 6-10:	Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben zur Ausprägung interner Risikofaktoren.....	328
Tab. 6-11:	Haupteffekte und Interaktionseffekte der Teilstichproben „Sportlertyp“ und der Bewertung der subjektiven Gesundheit zur Ausprägung interner Risikofaktoren.....	331
Tab. 6-12:	Haupteffekte und Interaktionseffekte mit dem Alter und Geschlecht zur Bewertung der Arbeitsbelastung in Abhängigkeit der Sportlergruppen	333
Tab. 6-13:	Korrelationen zwischen Subkategorien der Arbeitsplatzbelastung und der subjektiven Gesundheit.....	337
Tab. 6-14:	Korrelationen zwischen Subkategorien der Arbeitsplatzbelastung und der objektiven Gesundheit.....	338
Tab. 6-15:	Ernährung als gesundheitliches Schutzverhalten in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters.....	344
Tab. 6-16:	Bewegungsprofil im Alltag als gesundheitliches Schutzverhalten in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters.....	347
Tab. 6-17:	Chi-Quadrat-Statistik zu Unterschieden zwischen den Sportlergruppen hinsichtlich der Ausbildung von Effektwissen in gebotenen Items.....	351
Tab. 6-18:	Effektwissen in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters.....	354
Tab. 6-19:	Statistische Kennwerte zum angegebenen Effektwissen der Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts und der Altersgruppen.....	355
Tab. 6-20:	Chi-Quadrat-Statistik zu Unterschieden zwischen den Sportlergruppen hinsichtlich der Ausbildung von Handlungswissen.....	358
Tab. 6-21:	Handlungswissen in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters.....	360
Tab. 6-22:	Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur Ausprägung von Handlungswissen...	361
Tab. 6-23:	Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur Bewertung der Vermittlung von kognitiven Gesundheitsressourcen in den Sportangeboten.....	362

Tab. 6-24: Formen der Vereinsmitgliedschaft in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters.....	366
Tab- 6-25: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur Anzahl der Ehrenämter.....	367
Tab. 6-26: Statistische Kennwerte zum ehrenamtlichen Engagement in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters.....	368
Tab. 6-27: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur Angebotsmotivation „Geselligkeit....	369
Tab. 6-28: Statistische Kennwerte zum Motive „Geselligkeit“ bei der Angebots(aus)wahl in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts.....	370
Tab. 6-29: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zum Ausmaß des sozialen Austauschs...	372
Tab. 6-30: Statistische Kennwerte zum Index der „Sozialen Integration“ in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters.....	373
Tab. 6-31: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der sozialen Integrationsschemata in Abhängigkeit des Sportlertyps.....	374
Tab. 6-32: Zugang zum Freizeit- und Gesundheitssport über (frühere) Aktivitäten im Wettkampfsport in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters.....	377
Tab. 6-33: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Angebotspartizipation in den Sportlergruppen.....	378
Tab. 6-34: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilnahme an Fachsportangeboten in den Sportlergruppen.....	379
Tab. 6-35: Chi-Quadrat-Statistik zu Unterschieden der Sportlergruppen im Zugangsweg zum Sportverein.....	384
Tab. 6-36: Motive zur Wahl des Sportvereins als Anbieter des Gesundheitssports in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters.....	390
Tab. 6-37: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte zu Faktoren der Angebotsmotivation in Abhängigkeit der Sportlergruppen für die Faktoren „Medizinisch-gesundheitliche Rahmenbedingungen“ und „Psychosoziale Rahmenbedingungen“.....	392
Tab. 6-38: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ im Faktor „Psycho-soziale Komponenten“ bezüglich der Motivausprägung für die sportliche Aktivität.....	399
Tab. 6-39: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ im Faktor „Physische Komponenten“ bezüglich der Motivausprägung für die sportliche Aktivität.....	402
Tab. 6-40: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ im Faktor „Kompensatorische Aspekte“ bezüglich der Motivausprägung für die sportliche Aktivität.....	403

0 Einleitung

0.1 Einführung in die Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit

Der Bereich des Gesundheitssports hat sich in den vergangenen Jahrzehnten mit großen Schritten und getragen von hohen Ansprüchen etabliert. Der organisierte Sport hat auf diesem Gebiet erhebliche Anstrengungen unternommen, um eine Anbindung an das System der öffentlichen Gesundheitsfürsorge zum einen und eine eigene, unabhängige Profilbildung zum anderen zu erreichen (DSB 1996a; 2000; KAPUSTIN, 2001; KUHLMANN, 1999; ROTH, 2000). Beispiele dieser Entwicklung auf einer übergeordneten Ebene des organisierten Sports in Deutschland sind unter anderem das Gütesiegel „SPORT PRO GESUNDHEIT“ (DSB, 2000) des Deutschen Sportbundes und dessen „Gesundheitspolitische Konzeption“ (DSB, 1996a). Damit wird nicht zuletzt intendiert, die so genannte „dritte Säule des Sports“, die sich seit den 1980er Jahren ausgeformt hat, durch einen Qualitätsanspruch auch in ein Netz von Trägern der öffentlichen Gesundheitsfürsorge einzubinden und zu konsolidieren (vgl. KAPUSTIN, 2001, 413). Der organisierte Gesundheitssport avanciert auf diese Weise seit Jahrzehnten zur eigenständigen Erscheinungsform des Sports mit mehr oder minder fest umrissenen Zielen und Inhalten.

Begleitet und genährt wurden diese Entwicklungen durch eine ganze Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wechselwirkung von Sport und Gesundheit einerseits und zu Determinanten des (sportlichen) Gesundheitsverhalten andererseits. Eindeutig geklärt scheinen bisweilen konstatierte Wirkzusammenhänge bis heute nicht und fordern zu einer klaren Inhalteformulierung eines gesundheitsorientierten Sports heraus (BÖS & BREHM, 1998; KOTTMANN & TREUTLEIN, 1992; SCHULKE-VANDRE, 1992). Ausgangspunkt ist dabei immer wieder die Suche nach einem mehrdimensional-integrativen Gesundheitsbegriff, der das Phänomen Gesundheit weiter greift als die bloße Abgrenzung zur Krankheit des biologisch-medizinischen Gesundheitsmodells (BELZ-MERK, 1995; GAWATZ, 1993; NOACK, 1993). Ansätze aus der Arbeitspsychologie (BATAWI, 1981; FREY, BRUHN & KLEINMANN, 1991; FRICZEWSKI, 1991; GREINER & DUCKI, 1991; MOHR & UDRIS, 1997), Psychologie (BECKER, 1982; BECKER & MINSEL, 1986; EDWARDS, 1994; JANIS, 1985; LAZARUS, 1966; 1981; 2000; LAZARUS & FOLKMAN, 1984; LUTZ, 1995; MONAT & LAZARUS, 1985) oder auch Sozialisationstheorie (HURRELMANN, 1988; PARMELEE, 1992) leisten hier aus der jeweiligen Wissenschaftsperspektive ihren Beitrag, ohne den Anspruch auf eine endgültige, umfassende Begriffsfassung zu stellen oder gar zu erfüllen. Insbesondere der Ansatz ANTONOVSKYS (1993; 1997) aus einer soziologischen Wissenschaftstradition heraus, wirkte hier nachhaltig richtungsweisend auf die entsprechenden Teilbereiche der Sportwissenschaft. Sein Modell der Salutogenese integriert physische, psychische und sozial-emotionale Wirkfaktoren der Gesundheit und weist neben den klassischen Risikofaktoren bzw. Stressoren auch so genannte Widerstandsressourcen aus.

Ergänzend finden in der sportwissenschaftlichen Forschung zunehmend Aspekte einer subjektiven Auffassung von Gesundheit Eingang in Modelle und Konzepte dieses Phänomens, da in diesen subjektiven Gesundheitskonzepten verhaltenswirksame Effekte begründet sind (BELZ-MERK, 1995; BENGEL, 1993; FALTERMAIER, 1994; GAWATZ, 1993; HERZLICH, 1973). Bei dem Versuch zu ergründen, warum sich ein Mensch einem gesundheitsrelevanten Verhalten zuwendet, können diese Modellvorstellungen

Erklärungsmöglichkeiten liefern, denn auch hier zeigt sich, dass die subjektive Vorstellung von Gesundheit mehrdimensional zu fassen ist und zu einem wesentlichen Bestandteil das Wohlbefinden von Personen beinhaltet (BENGEL & BELZ-MERK, 1997, 33), wobei ein klares Konzept zu dieser Modellvorstellung bislang ebenfalls fehlt.

Die Hinwendung des Einzelnen zu einem gesundheitsorientierten Sportengagement bleibt dabei trotz verschiedener Modelle zum Gesundheitsverhalten nicht gänzlich geklärt (z.B. Health Belief-Model nach ROSENSTOCK, Protection Motivation Theory nach ROGERS oder Theory of Planned Behavior bzw. Theory of Reasoned Action nach AJZEN) und beinhaltet durchaus noch Anforderungen an einer weiteren Erforschung und Präzisierung. Präventive Intentionen werden ebenso als Faktoren angenommen wie die Überzeugung zur Verhaltenskontrolle, die individuelle Einstellung oder die Risikowahrnehmung (DZEWALTOWSKI ET AL., 1990; GATCH & KENDZIERSKI, 1990; KIMIECIK, 1992; LINDSAY-REID & OSBORN, 1980; TIRREL & HART, 1980). Eine eindeutige empirische Bestätigung liegt jedoch nicht vor. Die Vermutung liegt deshalb nahe, hinter einer Gesundheitssportmotivation mehr zu vermuten, als dies besagte Verhaltensmodelle in Betracht ziehen können. Überlegungen zur grundsätzlichen Motivation für eine sportliche Aktivierung (BAUMANN, 1993; SINGER ET AL., 1980; STEFFGEN ET AL., 1990) spielen hierbei ebenso eine Rolle wie Faktoren der Bindung an ein Sportprogramm (PAHMEIER, 1994a; 1994b; PINTO, MARCUS & CLARK, 1996; RAMPF, 1999). Der Weg zur Beschreibung der Motivausprägung von sportlich Aktiven kann beim gegenwärtigen Forschungsstand jedoch lediglich als Näherung betrachtet werden. Als gesichert kann allein gelten, dass man dabei ein „Motivbündel“ vor sich hat (KAPUSTIN, 2001, 413). OPASCHOWSKI (1987a, 25) kommt in diesem Zusammenhang zu einer Primärmotivation, die aus den Faktoren Spaß, Gesundheit, Fitness und Ausgleich zur Arbeit gebildet wird, unabhängig von der Art der Sportausübung. SCHWENKMEZGER & SCHLICHT (1994, 217) führen sogar aus motivationspsychologischen Überlegungen heraus an, dass eine Differenzierung der Dimensionen Breiten-, Freizeit- und Gesundheitssport überflüssig sein könnte. Da das Gesundheitsmotiv ein tragender Anstoß zur sportlichen Betätigung in diesen Sportdimensionen ist, erscheint eine Unterscheidung hinsichtlich ihres gesundheitlichen Nutzens für die Autoren nicht sachgemäß.

Zu einem ähnlichen Motivkomplex kommen SCHICK (1998), WOLL (1994) und ZAROTIS (1999). Soziale Motive scheinen beim „modernen Freizeitmenschen“ hinter gesundheitlichen und spaßorientierten Aspekten zurück zu stehen. Was am gesundheitsorientierten Sport wissenschaftlich abgesichert „gesund“ ist, bleibt darüber hinaus ebenfalls in der Sphäre der Vermutungen stecken. Globale Effekte auf die physische Gesundheit werden angezweifelt (KNOLL, 1997), die Befundlage zu positiven Wechselwirkungen des Sports auf das Konstrukt der psycho-sozialen Gesundheit erscheint bislang uneinheitlich und wenig konzeptionell abgesichert (KNOLL, 1997; LEWIS ET AL., 2002; MCAULEY, 1994; SCHLICHT, 1994b; 1995).

Insgesamt erscheint das Schlagwort des „gesunden Maßes in allen Dingen“ als allgemeines Leitprinzip. Sportwissenschaftler sehen sich dazu verleitet, innerhalb des Gesundheitsverhaltens ein Beziehungsgeflecht zwischen sportlicher Aktivität und anderen gesundheitsorientierten Verhaltensweisen zu konstruieren. Dabei stellt sich die Frage, ob hierzu Programme mit speziellen Inhalten und Zielformulierungen (z.B. Angebote des Sports in der primären und sekundären Prävention), also einem engen

Zuschnitt auf die sportlich aktive Zielgruppe, eher geeignet seien als vergleichsweise offene Angebote zur allgemeinen Fitnessförderung, die nur bedingt zum klassischen Gesundheitssport gezählt werden. Damit eröffnet das Thema „Gesundheit und Sport“ zwei unterschiedliche Strategien in der Fragestellung. Es kann die Suche nach dem „gesundheitlichen Wert“ in physischer oder psycho-sozialer Hinsicht für sportlich Aktive beinhalten, inkludiert jedoch ebenso die Fragestellung nach Strukturen im Gesundheitsverhalten des Individuums, die eine sportliche Aktivität integrieren.

Die Forderung seitens Gesundheitswissenschaftlern und Kostenträgern stellt sich dabei vielschichtig dar. Gesundheitliches Verhalten solle den Abbau von Risikofaktoren durch sportliche Aktivität und die Reduktion von Suchtverhalten (Rauchen, Ernährung etc.) erreichen. Psychologische Perspektiven rechnen der Unterstützung durch soziale Netzwerke eine wesentliche Rolle zu (BECKER, 1992; BECKER & MINSEL, 1986; KLEINE & FRITSCH, 1990; LEPPIN & SCHWARZER, 1997; SCHWARZER & LEPPIN, 1998). Dagegen schränken Befunde von MÜCKE (1986), OPASCHOWSKI (1987a) und WOLL (1994) die soziale Dimension des Sports in ihrer Bedeutung deutlich ein. Insbesondere die „institutionelle Sinndeutung“ (OPASCHOWSKI, 1987a), also die Hinwendung zu einem Verein bei der Suche nach sportlicher Aktivität, scheint zunehmend überschätzt zu werden. Auch das Bild des Vereins sowie des Vereinssportlers befinden sich mehr und mehr im Wandel (BAUR, KOCH & TELSCHOW, 1995; CACHAY, 1988; DIGEL, 1988; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; KRÜGER, 1999; KUHLMANN, 1999; PILZ, 1986a). Neben Professionalisierungstendenzen in der Vereinsorganisation und einer Wendung der Sportler hin zur Konsumhaltung im Verein werden auch zunehmend Schwierigkeiten in der Bindung der Aktiven in das Vereinsleben und einer Mitarbeit in der Freiwilligenorganisation konstatiert (BAUR, KOCH & TELSCHOW, 1995; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; KUHLMANN, 1999; LSB NRW, 1999a; 1999c). Gleichzeitig wird von Seiten des organisierten Sports die Bedeutung und Leistungsfähigkeit des Vereins auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in physischer und gerade auch in psycho-sozialer Hinsicht durch die Einbindung in das Sozialsystem Sportverein bekräftigt (BEST, 1993; DSB, 1996a; KRÜGER, 1999; LSB NRW, 1999b). Eine Absicherung auf empirischer Basis anhand der Wahrnehmung und dem Erleben von Gesundheit und Verein durch Sportler erfolgte dabei bisher nicht. Grenzen und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch eine sportliche Aktivierung im Verein aus der Sicht von Teilnehmern konnten deshalb bislang nicht klar definiert werden. Ebenso fehlen Antworten auf Fragestellungen zur Ausprägung der Motive und Erwartungen der Sportler in Angeboten zur Gesundheitsförderung durch Sport, die unter Umständen mit den Inhalten der Programme abgeglichen werden könnten. Das Profil von Sportlern, die in gesundheitsorientierten Sportangeboten aktiv sind, bleibt in vielerlei Hinsicht wissenschaftlich nebulös und ruht in der Praxis bislang auf der Hoffnung, durch die ausgeschriebenen Inhalte sowohl die Erwartungen als auch die gewünschten Effekte in der Gesundheitsverbesserung treffen zu können.

Die provokante Überlegung liegt deshalb nahe, ob sich ein Gesundheitssport überhaupt quasi „von oben“ festlegen lässt. Lassen sich unter diesem Dach Sportler zusammen fassen, die in solchen Angeboten aktiv sind, um ihre physische oder auch psycho-soziale Gesundheit zu optimieren? Oder müssen Aktive des Freizeit- und Gesundheitssports als noch nicht spezifizierte Masse gefasst werden, die lediglich rein organisatorisch zusammen gehalten wird? Wie kann eine Perspektive von diesen Sportlern, um die sich seit Jahrzehnten ein eigenes Sportsystem rangt, gewonnen werden?

Eine defizitäre Forschungslage zur Zielgruppe der Aktiven eines gesundheitsorientierten Sports im Verein macht eine Beantwortung dieser Fragen nahezu unmöglich. Daten zu dieser Sportlergruppe aus dem realen Feld liegen bislang nicht vor. Sogar Verbands- und Vereinsstatistiken versagen hier bei der bloßen Suche nach demographischen Daten, da weder eine einheitliche Definition von Gesundheitssport noch eine kongruente Zusammenfassung der Sportler in bestimmten Vereinsabteilungen vorliegt. Der Zugriff auf eindeutige Zahlen zu Aktiven im vereinsorganisierten Gesundheitssport bleibt damit verwehrt.

Die vorliegende Arbeit versucht einen Beitrag zum Schließen dieser Forschungslücke zu leisten. Die Fragestellung konnte mit dem Datensatz des Evaluationsprojektes „Der Gesundheitsclub im Sportverein“, eine Gemeinschaftsinitiative des Bayerischen Landes-Sportverbandes, des Bayerischen Sportärzterverbandes und der Gmünder Ersatz-Kasse GEK unter wissenschaftlicher Betreuung des Instituts für Sportwissenschaft der Universität Würzburg, koordiniert werden. Dadurch ergab sich die Möglichkeit, auf eine groß angelegte Fragebogenstudie zurückzugreifen, die Daten zum Erleben von Gesundheit und Sport im Verein erhoben hat. Zu beachten bleibt dabei, dass die vorliegende Stichprobe nicht das Abbilden eines Ist-Zustandes von allgemeiner Vereinsrealität leisten kann, sondern Gruppen repräsentiert, die bereits mehr oder weniger regelmäßig sportlich im Verein aktiv sind. Insofern ist von einer „Positivauswahl“ auszugehen, die mit der gelieferten Befundlage einen zukunftsweisenden Bestand zu den untersuchten Aspekten liefern kann.

Die *Fragestellungen und Zielsetzung* der vorliegenden Arbeit fokussieren deshalb primär die Erstellung von Sportlerprofilen im Bezug auf objektive und subjektive Gesundheitsparameter der Aktiven, deren Motivausprägung, Gesundheitsverhalten und Risiko- bzw. Schutzfaktoren. Auf dieser Basis deskriptiver Befunde sollen Rückschlüsse auf Potentiale einer sportlichen Aktivierung im Verein möglich werden. Im Brennpunkt steht dabei auf inferenzstatistischer Seite die Frage nach Unterschieden oder auch Gemeinsamkeiten in den genannten Dimensionen der Gesundheits- und Sportvereinswahrnehmung zwischen den Sportlergruppen, die in einer Fitness-, Präventions- oder Rehabilitationsausrichtung Sport im Verein betreiben.

Als Zielsetzung kann somit formuliert werden, zunächst Merkmale der Sportlergruppen Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportler deskriptiv zu erfassen, um in einem weiteren Schritt in einer differenzierteren Betrachtung Unterschiede in der Profilausbildung gemäß der gesundheitlichen Ausrichtung der sportlichen Aktivität und sozialen Einbindung in den Verein ausmachen. Schließlich soll ein Ausblick dazu geleistet werden, welchen Beitrag die sportliche Aktivität im Sozialsystem Verein aus der Perspektive der Sportler für ihr gesundheitliches Befinden und Verhalten leistet. Mit diesen Befunden lassen sich schließlich Perspektiven für eine effektive und an den Sportlern orientierte Gestaltung von gesundheitsorientierten Vereinssportangeboten aufzeigen.

Auf dem Weg dazu werden in dieser Arbeit folgende Fragestellungen empirisch überprüft:

- ◆ Welche Ausprägung und Ausrichtung weist das Gesundheits- und Vereinsleben von Freizeit- und Gesundheitssportlern auf?

- ◆ Wie ist das Gesundheitsverhalten und der gesundheitliche Zustand (objektive und subjektive Gesundheitslage, Schutz- und Risikofaktorenausprägung) der Probanden ausgeprägt?
- ◆ Unterscheiden sich die Vereinssportler mit differierender Sportausrichtung (Fitness-, Präventions-, Rehabilitationssport) hinsichtlich der zentralen Kategorie Gesundheit in Bezug auf: allgemeiner Gesundheitszustand, Gesundheitswahrnehmung, allgemeines Gesundheitsverhalten, sport- bzw. vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten, Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport?

0.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist grob in einen theoretischen (Kapitel 1, 2 und 3) und einen empirisch-praktischen Teil (Kapitel 5, 6 und 7) gegliedert.

In Kapitel 1 wird *das Konstrukt „Gesundheit“ als Ausgangspunkt und Zielvorstellung* herangezogen, um zunächst die Phänomene Gesundheit und Krankheit theoretisch zu fassen und im Anschluss wissenschaftliche Modellvorstellungen aufzuarbeiten. Im Zusammenhang mit dem theoretischen Bezugsrahmen der Selbstkonzeptforschung wird darüber hinaus der gegenwärtige Forschungsstand zur subjektiven Gesundheit bzw. subjektiven Gesundheitsvorstellungen sowie der Kategorie des Wohlbefindens dargestellt.

In einem weiterführenden Abschnitt schlägt dieses Kapitel den Bogen zum Interventionsfeld Sport. Hierzu erfolgt zunächst ein Überblick über relevante sozialkognitive Modelle und Theorien zum Gesundheitsverhalten. Anhand dieser Zusammenschau wird schließlich der empirische Forschungsstand zur gesundheitsorientierten Sportaktivität generiert.

In Kapitel 2 werden Möglichkeiten und Grenzen der *Gesundheitsförderung durch Sport* auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstandes herausgearbeitet. Hierbei geht es zum einen darum, die Erscheinungsform des Gesundheitssports begrifflich und inhaltlich zu generieren und in den Facetten der Fitness und Prävention zu präzisieren. Zum anderen wird zur Einordnung des gesundheitlichen Potentials sportlicher Aktivität ein Überblick zum Forschungsstand einer physischen und psychosozialen Gesundheitsförderung durch Sport geboten. Abschließend werden in diesem Kapitel Motive und Faktoren, die für eine Aufnahme und Bindung an sportliche Aktivität als wesentlich erachtet werden, in ihrem theoretischen und empirischen Forschungsstand begründet.

Kapitel 3 liefert die Einordnung des Komplexes *Sport und Gesundheit in das Sozialsystem Sportverein*. Dabei werden übergeordnete bestimmende Determinanten des Sportvereins einerseits und jüngste Strukturentwicklungen auf dem Gebiet des organisierten Sports im Bereich der Gesundheitsförderung andererseits beschrieben. In einem weiterführenden Abschnitt wird im Überblick der theoretische Hintergrund zum Beitrag von Netzwerken zur psycho-sozialen Gesundheit geliefert, um darauf aufbauend mögliche Potentiale, die der Sportverein hierzu bieten mag, auszuloten.

Kapitel 4 beschreibt die *Konzeption der eigenen Untersuchung*. Dazu werden Fragestellungen und Zielsetzungen entwickelt und die methodische Anlage im Hinblick auf den Untersuchungsansatz, das Messinstrumentarium bzw. den Messmethoden sowie die Datenaufbereitung und verwendeten Analy-

severfahren vorgestellt. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Beschreibung der zu Grunde liegenden Stichprobe. Die ausführliche Vorstellung der Sportlerteilstichproben wird eingeleitet durch einen Überblick zur Rekrutierung der Gesamtstichprobe sowie einer Charakterisierung der ausgewählten Sportvereine, denen die Gesamtstichprobe entstammt. Nach einer Klassifizierung der Stichprobe in die relevanten Teilstichproben (Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportler) werden die gewonnenen Teilstichproben hinsichtlich soziodemographischer Merkmale beschrieben.

Der Ergebnisteil der vorliegenden Studie findet sich in den Kapiteln 5 und 6, wobei Kapitel 5 die *deskriptiven Befunde* zu den Bereichsanalysen aus dem Gesundheits- und Vereinerleben (Gesundheit und Krankheit, Allgemeines Gesundheitsverhalten, Sport- bzw. vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten, Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein) liefert, während sich Kapitel 6 mit dem *Vergleich der Sportlergruppen* (Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportler) befasst.

Eine *Zusammenfassung der Ergebnisse* findet sich in Kapitel 7. In einem abschließenden Ausblick werden die Befunde vor dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen kritisch eingeordnet und Konsequenzen für eine zukünftige Strukturentwicklung im organisierten Gesundheits- und Freizeitsport gelegt sowie Notwendigkeiten für eine weiterführende Forschung aufgezeigt.

0.3 Methodische Anlage des Evaluationsprojektes „Der Gesundheitsclub im Sportverein“

Bevor die theoretischen und empirischen Befunde der eigenen Studie dargestellt werden, soll zunächst eine überblicksartige Beschreibung der methodischen Anlage des Evaluationsprojektes „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ erfolgen, um den Datenbestand der eigenen Untersuchung einordnen zu können.

Ansiedlung des Evaluationsprojektes

Das Projekt „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ wird als Gemeinschaftsinitiative des Bayerischen Landes-Sportverbands, des Bayerischen Sportärzteverbandes und der Gmünder Ersatz-Kasse durchgeführt und wurde vom Institut für Sportwissenschaft der Universität Würzburg in den Startjahren 1999 und 2000 wissenschaftlich begleitet. Basis des Projektes waren von einer Partnerjury ausgezeichnete Sportvereine, die sich durch eine herausragende Arbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung durch Sport auszeichnen. Ziel der Begleitstudie, die von Prof. Dr. Peter Kapustin (Würzburg) geleitet wurde, war es, die prämierten Modelle in einer Netzwerkanalyse zu beschreiben und ausgewählte Einheiten dieses Netzwerks zu untersuchen, um die „models of good practice“ anhand ausgesuchter Strukturmerkmale kennzeichnen zu können. Über den Begleitzeitraum von zwei Jahren gingen in das Evaluationsprojekt 16 prämierte Sportvereine ein.

Erhebungsinstrumentarium

Zu den ausgewählten Untersuchungseinheiten im Sportverein zählten neben den Übungsleiter, Kooperationspartnern, Vertretern der politischen Öffentlichkeit aus der Gemeindeansiedlung des Vereins, medizinischen Betreuern im Verein und Vertretern der Vereinsorganisation auch die Teilnehmer des vereinsorganisierten Freizeit- und Gesundheitssports. Die Befragung der Teilnehmer erfolgte mittels

eines teilstandardisierten Fragebogens, dessen Konstruktion auf der Basis von Literaturstudien erfolgte und auf einen Rückgriff auf bereits vorhandene Inventare (siehe hierzu Abschnitt 4.2.2), der Analyse der Bewerbungsunterlagen der „Gesundheitsclubs“, Expertenratings und Pretests zurück ging.

Der Fragebogen im Rahmen des Evaluationsprojekts umfasst folgende Bereiche:

- Vorangeschaltet sind soziodemographische Angaben, die auch für die vorliegende Untersuchung genutzt werden.
- Eine Ebene befasst sich mit dem objektiven und subjektiven Gesundheitszustand der Teilnehmer, auch im Hinblick auf Schutz- und Risikofaktoren. Dieser Bereich wird als zentraler Befundstand für die vorliegende Untersuchung genutzt.
- Ein weiterer wesentlicher Bereich, der auch erhebliche Bedeutung für die eigene Studie erhält, untersucht die Motivlage der Sportler hinsichtlich des gewählten Sportvereins, Sportangebots und Gesundheitssports.
- Auf einer zusätzlichen Ebene untersucht der Fragebogen sportbezogene Schutzfaktoren im Bereich kognitiver Ressourcen und der Integration in den Sportverein. Auch dieser Komplex stellt wesentliche Befunde für die eigene Studie zur Verfügung.
- Eine letzte, für die eigene Studie zum Einsatz kommende Forschungsebene, konzentriert sich auf die Aspekte der Wahrnehmung von Befindlichkeitsveränderungen durch die Aktivität im Sportverein.
- Auf einer weiteren Forschungsebene wird die Wahrnehmung des Sozialsystems Sportverein, der eigenen ärztlichen Betreuung und des Übungsleiterteams sowie die Vernetzung dieser Einheiten erfragt. Daneben enthält das Erhebungsinstrumentarium Fragen, die im Sinne eines Qualitätsmanagements die Nachfrage der Teilnehmer bezüglich weiterer Angebote im Sport- sowie im Rahmenprogramm abfragt. Dieser Komplex stellt für die vorliegende Untersuchung keine Befunde zur Verfügung.

Für die vorliegende Untersuchung wurden also nur Teilbereiche des umfassenden Gesamtfragebogens herangezogen. Einen Überblick über die genutzten Fragen und Items liefert das Fragebogenbeispiel im Anhang.

Durchführung der Untersuchung

Die ausgewählten Personenkreise, so auch die Angebotsteilnehmer, wurden jeweils im Anschluss an die Preisverleihung nach Terminabsprache befragt. Nach einer allgemeinen Informationsveranstaltung in jedem Sportverein zum Ablauf und zur Zielsetzung der Befragung erfolgte eine zufällige Rekrutierung der Probanden für die Teilnehmerbefragung anhand der in Frage kommenden sportlichen Veranstaltungen im Verein. In dieser zufälligen Auswahl an Sportangeboten wurden die Fragebögen seitens der Projektdurchführung persönlich verteilt bzw. die Übungsleiter als Multiplikatoren eingesetzt. Eine umfassende Instruktion und Information zur Fragebogenstruktur, dem Antwortverfahren und dem Ziel und Zweck der Befragung erfolgte in jedem Fall. Die Zielgruppe war nicht durch eine Altersspanne, sondern durch die Ausübung von Gesundheitssport in der Definition des Wettbewerbs charakterisiert. Die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen in gesonderten Angeboten (z.B. Haltungsförderung für Kinder) wurde jedoch aus Gründen der inadäquaten Fragebogenkonstruktion ausgeschlossen. Die

endgültige Zielgruppe umfasste demzufolge in den prämierten Sportvereinen aktive Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportler, die Gesundheitssport im Sinne der Projektdefinition betrieben. Die Erhebung führte zu einem auswertbaren Datensatz von 2056 Versuchspersonen¹, die in den ausgezeichneten Vereinen gesundheitsorientierten Sport betreiben.

Repräsentativität

Bei den evaluierten Vereinen handelt es sich um eine durch die Erfüllung von bestimmten Kriterien konstruierte Gruppe. Damit liegt eine spezielle Auswahl an Vereinen vor, nämlich solche mit „Vorbildcharakter“ unter den Bewerbern des Wettbewerbs „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ gemäß den vorgegebenen Wettbewerbskriterien. Das Evaluationsprojekt befasst sich demzufolge mit einer Vollerhebung und repräsentiert keine Stichprobe von gesundheitsorientierten Sportvereinen. Bei allen daraus gewonnenen Ergebnissen ist deshalb zu beachten, dass deren Generalisierbarkeit durch eine fehlende Repräsentativität für die bundesdeutsche Sportvereins-Landschaft eingeschränkt ist. Zweifellos repräsentieren sie jedoch Möglichkeiten und Tendenzen, die als Chancen aufgegriffen werden können, um einen ersten wissenschaftlichen Zugang zur Zielgruppe der Freizeit- und Gesundheitssportler im Verein zu erlangen.

¹ Für die eigene Studie war eine Reduktion der Stichprobe nötig, die zu einem verwertbaren Datensatz von 1752 Probanden führte. Maßgabe hierfür war die eindeutige Zuordnung der Versuchspersonen in eine Sportlerdimension (Fitness-, Präventions- oder Rehabilitationssportler). Die gleichzeitige Aktivität auf mehreren Ebenen des Sports, also in mehr als einer Freizeitsportdimension, führte zu einem Ausschluss des Probanden aus dem Pool der Untersuchungseinheiten. Nur so konnten eindeutige Aussagen zur Profilausprägung und zu Unterschieden zwischen den Gruppen gewährleistet werden.

1. Das Konstrukt „Gesundheit“ als Ausgangspunkt und Zielvorstellung

1.1 Näherung von Seiten der theoretischen Basis

Das Thema Gesundheit ist in vielen sozial- und naturwissenschaftlichen Disziplinen zu einem forschungsbestimmenden Gegenstand geworden. Disziplinabhängig herrschen krankheits- oder gesundheitsorientierte Modelle bei Studien zur Erforschung von gesundheitlichen Zusammenhängen vor. Vermehrt werden jedoch auch Kombinationen daraus favorisiert um gesundheitsfördernde Interventionen zu evaluieren oder personale Gesundheitskonzepte zu überprüfen. Nicht unbegründet mag nach einem flüchtigen Überblick über die aus vergangenen Jahrzehnten vorliegenden Veröffentlichungen zu diesem Thema der Eindruck „Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit“ (BELZ-MERK, 1995) entstehen. Nachdruck wird der offensichtlichen Priorität des Zieles Gesundheit nicht zuletzt durch dessen Verankerung im Grundgesetz in Artikel 2, Absatz 2, wonach das Recht auf Gesundheit bestehe (BAYERISCHE LANDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNGSARBEIT, 2000, 111), verliehen. Allerdings muss hierbei eine wesentliche Einschränkung beachtet werden, die die Textformulierung vornimmt. Maßgeblich intendiert ist der Schutz auf „körperliche Unversehrtheit“ (ebd., 111), in eingeschränkter Sicht also lediglich die physische Dimensionen der Gesundheit. Bereits hier stellt sich die Frage, ob moderne Gesellschaftsentwicklungen, v.a. im Hinblick auf den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller und damit nicht zuletzt auch seelischer Gewalt, nicht eine erweiterte Sicht von Gesundheit dringend erfordern? Als problematisch erweist sich recht schnell eine nötige Grenzziehung und Operationalisierung der nötigen Kriterien, um auch psychische und sozial-emotionale Gesundheitsmerkmale nutzbar zu machen, womit wir das Kernproblemfeld der Gesundheitsforschung betreten haben. In einer ersten Annäherung soll dieses Kapitel deshalb zunächst eine begriffliche Fassung von „Gesundheit“ versuchen, um anschließend einen groben Überblick zu den in den Gesundheitswissenschaften, worunter im engeren Sinn die wissenschaftliche Medizin, die Gesundheitspsychologie und Gesundheitssoziologie verstanden werden, etablierten und diskutierten Gesundheitsmodellen zu bieten. Ergänzt wird der darzulegende theoretische Bezugsrahmen zum einen durch Erkenntnisse aus der Selbstkonzeptforschung sowie zum anderen aus dem Gebiet des menschlichen Gesundheitsverhaltens. Nicht allein zur Ernüchterung sondern vor allem zur Ergänzung soll der Blick auf Erkenntnisse aus der praktischen Umsetzung von Gesundheitsstrategien dienen.

1.1.1 Begriffsfassung

Der Blick in die Begriffsgenese und –darstellung des Terminus „Gesundheit“ ist ein Blick auf eine vielschichtige Gemengelage an Definitionsversuchen, Modellen und Konzepten, die in ihrer Anlage und wissenschaftshistorischen Einordnung eine starke Abhängigkeit von gesellschaftspolitischen, fachwissenschaftlichen und kulturellen Zusammenhängen aufweisen. Starke Differenzen sind dabei nicht nur zwischen unterschiedlichen Fachdisziplinen, die sich um die Bestimmung und Erforschung der Gesundheit bemühen, auszumachen, auch Wissenschaftler aus andersartigen Kulturen oder mit differierendem sozial-theoretischem Blickwinkel kommen zu voneinander abweichenden Gesundheitsvorstellungen. Die offensichtliche Uneinheitlichkeit in der Konzeptbildung zu diesem Forschungs- bzw. Interventionsgegenstand führt – und hierin ist eine logische Konsequenz abstrahierbar – zu verschiedenen Definitionen von Gesundheit.

Als erster Schritt auf dem Wege zu einer eigenen begrifflichen Konkretisierung für die vorliegende Untersuchung sollen zunächst Erkenntnisse aus der Ethymologie herangezogen werden. Diese legt fest, dass das heutige Adjektiv „gesund“ auf lat. „sanus“ zurückgeht, das mit althochdt. „suona“ in Verbindung steht. Letzteres trägt im Wesentlichen die Bedeutung „Befriedigung, Sättigung“. Hierzu tritt das gothische Wort „svinps“ (zu neuhochdt.: geschwind), das so viel bedeutet wie „stark, gesund“².

Als erstes Ergebnis lässt sich demnach der Begriff „stark“ als ein positives Ur-Synonym zu „gesund“ identifizieren. Im Zusammenhang mit der weiteren Prägung des Terminus, die bis in das heutige Allgemeinverständnis reicht (vgl. SCHAEFER, 1998), ist die von Beginn an einseitige negative Deutung von „gesund“ interessant, denn „die ältesten belege schon kehren den einfachen gegensatz zu krank, siech hervor (...).“ (GRIMM & GRIMM, 1897, 4293) Der Begriff „gesund“ steht in einer Art semantischer Opposition, wonach nur derjenige gesund zu sein scheint, der eben nicht krank ist.³ Gleichzeitig wohnt dem Begriff „gesund“ bis zum Ende des Mittelhochdeutschen ein Charakter der Unbeeinflussbarkeit inne. Er gilt als passiver Terminus, der erst spät auch in aktivem Sinne, also „gesundheitsfördernd“, Verwendung findet.

Dem heutigen Verständnis von Gesundheit auf wissenschaftlicher Basis näher zu kommen – das sollte mit dem ersten Einblick in die etymologischen Zusammenhänge angebahnt werden – steht die Abhängigkeit von der jeweiligen politischen, kulturellen, fachwissenschaftlichen, ja vielleicht sogar sozialen Perspektive im Weg. Etablierte Modelle von Gesundheit, die mit einer spezifischen Blickrichtung an die Begriffsdefinition und Konzeptentwicklung herangehen, sollen zur weiteren Phänomenbestimmung im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

1.1.2 Wissenschaftliche Modellvorstellungen von „Gesundheit“ und „Krankheit“

Ein zum Teil weit voran getriebener interdisziplinärer Wissenschaftsdialog formte in den vergangenen Jahren durch die Beiträge verschiedener Fachbereiche ein mehr und mehr integrativ-mehrdimensionales Gesundheitsverständnis aus. Der wohl als für seine Zeit bahnbrechend zu erkennende Versuch einer integrativen Definition von Gesundheit muss sicher der WHO zugerechnet werden, die 1946 sowohl physische und psychische als auch soziale Aspekte des Phänomens in ihrer Begriffsfassung vereint. Dem Unterfangen, durch die explizite Abkehr von der Auffassung Gesundheit sei das Freisein von Krankheit zu einem positiven Gesundheitsbegriff zu gelangen, wohnte jedoch das als utopisch kritisierte Ziel eines vollkommenen individuellen Wohlbefindens inne. Die Reflexion über die Konsequenzen einer solchen Zielvorstellung reichen von der befürchteten Entwicklung einer „breiten Anspruchshaltung und Angebotspalette im Gesundheitssystem“ bis hin zu dessen „finanziellem Bankrott“ (KICKBUSCH, 1999, 276).

² Bereits in dieser ersten Phase der Begriffsannäherung lassen sich Diskrepanzen in den Forschungsstrategien orten: Während GRIMM & GRIMM konstatieren, „für die festlegung der grundbedeutung lässt die ethymologie im stiche, weil aus formellen gründen die ableitung von mehreren wurzeln versucht werden kann“ (GRIMM & GRIMM 1897, 4293) und sie aus dieser Krux heraus die Ableitung von „sinden“ eher vernachlässigen, etabliert PAUL die Wurzel ahd. „gisunt“, ein westgermanisches Wort, das im Ablaut zu „geschwind“ wird und in enger Verbindung zum englischen „sound“ steht (vgl. PAUL 1966, 256).

³ Eine Nachwirkung dieser Prägung wird im Zusammenhang mit dem biologisch-naturwissenschaftlichen Gesundheitsbegriff massiv zu Tage treten. Die Darstellung dieser Gesundheitsdefinition soll jedoch noch kurz zurück gestellt werden.

Biologisch-naturwissenschaftlicher Gesundheitsbegriff

Das wohl klassischste Modell, dem die Negativbeschreibung von Gesundheit eigen ist, ist das biologisch-naturwissenschaftliche bzw. medizinische. In ihm besetzen Gesundheit und Krankheit Positionen eines Gegensatzpaares, werden gegenseitig durch das Abwesendsein des anderen bestimmt (BELZMERK, 1995; GAWATZ, 1993; NOACK, 1993). Zur Determination des Krankheitsbegriffs definiert Pschyrembels Klinisches Wörterbuch in einem ersten Schritt, jener sei „i[m] w[eitesten] S[inne] [das] Fehlen v[on] Gesundheit“ (ZINK, 1990, 900). Insgesamt weist das medizinische Modell eine starke Orientierung am Phänomen Krankheit und weniger an jenem Zustand, den sie kurativ zu erreichen sucht – der Gesundheit – auf. In der Tradition des naturwissenschaftlichen Weltbildes, das aus Vorgängen und Phänomenen allgemein gültige Naturgesetze ableiten will⁴, wird auch der menschliche Körper als ein aus einer Reihe von funktionierenden Elementen und gekoppelten Abläufen betrachtet.⁵ Dysfunktionen und Schäden des menschlichen Organismus können in dieser Vorstellung anhand definierter und messbarer Parameter objektiv nachgewiesen, sowie auf dieser Grundlage auf eindeutige Ursachen zurückgeführt werden. Deren Beseitigung erscheint in diesem gesundheitlichen Weltbild mittels adäquater chirurgischer bzw. medikamentöser Behandlungen möglich (KOLB, 1995; SCHORR, 1995).

Der menschliche Organismus wird durch sein „reibungsloses“ Funktionieren als gesund definiert, losgelöst von psychologischen und sozialen Zusammenhängen. In diese Modelltradition fügt sich die Annahme, die Ätiologie von Krankheiten auf bestimmte Faktoren zurückführen zu können, die ein Krankheitsrisiko erhöhen bzw. überhaupt auslösen können. Die so genannte Risikofaktorenmedizin geht davon aus, dass den in der modernen Welt am weitesten verbreiteten Krankheiten ein ätiologisches Konglomerat zuordenbar ist, das mit Hilfe von epidemiologischen Erkenntnissen in seinen Einzelbestandteilen bestimmbar sei. Damit ließen sich Faktoren identifizieren, die zum Erkrankungsrisiko einen objektiv messbaren Beitrag leisten und in der Folge in der Prävention im Zentrum von medizinsoziologischen Maßnahmen stehen. Ausgangspunkt der Überlegungen im Risikofaktorenmodell nehmen die zu untersuchenden Zusammenhänge zwischen menschlicher Morbidität und Mortalität; In der modernen Forschung betraf dies vor allem Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen, da hierin die häufigsten Todesursachen der industriellen Welt zu sehen sind (EPSTEIN, 1988). Insbesondere für koronare Herzerkrankungen gelten die Risikofaktoren Rauchen, hoher Blutdruck, hoher Cholesterinspiegel und erhöhtes Lebensalter als anerkannt. Nach einer Vielzahl von Studien wurde das Modell unter anderem durch die Faktoren Stress, einschneidende Lebensereignisse (z.B. Tod des Partners), berufliche Gratifikationskrisen (Benachteiligung, Arbeitslosigkeit, negative Diskrepanz zwischen Anstrengung und Ertrag etc.) oder mangelnde soziale Einbindung erweitert (SIEGRIST, 1988). Im Ergebnis gilt eine Art direkt proportionales Verhältnis zwischen Risikofaktoren und Erkrankungswahrscheinlichkeit: Je mehr Risikofaktoren ein Mensch aufweist, desto größer gilt die Wahrscheinlichkeit an dem spezifischen Beschwerdebild zu erkranken.

⁴ Als Beispiele seien angeführt: René Descartes (1596-1650): Begründer des Rationalismus; Sir Isaac Newton (1643-1727): Formulierung der Gravitationsgesetze; Francis Bacon (1561-1626): Philosoph des englischen Empirismus; Johannes Kepler (1571-1630): Entdeckung der Gesetze der Planetenbewegung.

⁵ Die Trennung von Leib und Seele, die die klassische Medizin bestimmt, wird im Allgemeinen auf Descartes zurückgeführt (FALTERMAIER, 1994, 21).

Die empirische Wissenschaft prüfte dabei signifikante Zusammenhänge zwischen dem Bestehen von Risikofaktoren und nachgewiesener Erkrankung. Nicht immer konnten dabei medizinische Größen eine befriedigende Varianzaufklärung leisten.

Biopsychosozialer bzw. sozialmedizinischer Gesundheitsbegriff

In der Tradition des medizinischen Konzeptes entwickelten verschiedene interdisziplinäre Wissensbereiche der Sozialmedizin eine soziale, psychische und soziologische Zusammenhänge berücksichtigende Gesundheitsauffassung, die GAWATZ (1993) zusammengefasst unter einem biopsychosozialen Modell darstellt (ebd., 16). Diesen Modellen liegt eine vielschichtige Struktur zu Grunde, die die Phänomene Gesundheit und Krankheit mit fließenden Übergängen einzubetten vermag. Gesundheit wird mit dem Grad der Anpassungsfähigkeit eines Menschen an physische, psychische und soziale Belastungen identifiziert (LEVI, 1981; 1992). Die Entstehung und der Verlauf einer Krankheit wird nach dem sozialmedizinischen Modell von genetischen Prädispositionen ebenso beeinflusst wie durch individuelle Umweltbedingungen (Familie, Arbeit, Freizeitleben etc.). Grundsätzlich wird von einem durch Reize aus der sozialen Umwelt positiv oder negativ beeinflussbaren „particular type of psychological programm“ (KAGAN, 1981, 10) ausgegangen, auf dessen Basis der menschliche Organismus Mechanismen der Reiz-Reaktion ergreifen kann, um die Balance zwischen physiologisch-psychologischen Krankheitserscheinungen und subjektivem Wohlbefinden wieder herzustellen (BAUCH, 2000; KAGAN, 1981).

Da unter anderem diesem Modell eine ganzheitliche Sicht des Menschen inne wohnt und parallel von einer Erfassung des Menschen in seiner Ganzheit in der sportlichen Bewegung ausgegangen wird, wird das Konstrukt der biopsychosozialen Gesundheit auch für die sportwissenschaftliche Forschung postuliert (KUNATH, 1997).

Soziologischer Gesundheitsbegriff

Die Wechselbeziehungen zwischen Gesundheit bzw. Krankheit und einem soziologischen Bezugsrahmen wurden grundlegend von PARSONS der wissenschaftlichen Diskussion beigelegt. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist nicht der Gesundheits- sondern vielmehr der Krankheitsfall. Mit dem Blick auf die Zunahme psycho-somatischer Krankheiten entwickelt PARSONS im gesellschaftlichen Gedankenmodell die Theorie von der Krankheit als Reaktion auf sozialen Druck (PARSONS, 1970). Jene „Form der Abweichung“ stellt PARSONS in einen gesellschaftlichen Zusammenhang und erkennt – von dort ausgehend – Krankheit als eine „Beeinträchtigung der Fähigkeit des Individuums zur effektiven Erfüllung sozialer Rollen und der den Rollenerwartungen entsprechend organisierten Aufgaben.“ (PARSONS, 1979, 140) In der Übertragung kann das Konstrukt Gesundheit mit Leistungsfähigkeit zur Realisierung von Anforderungen an die jeweilige Sozialisationsstruktur eines Individuums gleichgesetzt werden. Den Gesundheitsbegriff PARSONS' wird direkt instrumentalisiert als Voraussetzung für die Erfüllung von Pflichten, die die Gesellschaft an den Menschen stellt. Dem medizinischen Gesundheitssystem wird hierfür die Aufgabe zuteil, die volle Leistungsfähigkeit erkrankter Bürger schnellstmöglich wieder herzustellen. Gerade hierin liegt insbesondere die in der Forschung konstatierte Einseitigkeit der PARSONS'schen Theorie, die bis hin zum Vorwurf einer Protektion der Interessen von Sozialversicherungsträgern reicht (FALTERMAIER, 1994; FRANKE, 1993a).

Auch wenn die in jüngster Zeit expandierenden Public Health-Konzepte streng genommen einen politikwissenschaftlichen Ursprung haben, so sind sie doch in ihrer Zielsetzung und Interventionsstruktur soziologisch bzw. sozialwissenschaftlich orientiert und sollten deshalb in diesem Zusammenhang Erwähnung finden. Formuliert Aufgabe der Public Health ist die Schaffung und Förderung von adäquaten Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Bürger durch das öffentliche Gesundheitswesen (NOACK, 1993; 1997). Zu diesem Zweck sollen differenzierte Programme durchgeführt werden, die in Abstimmung mit Wissenschaft und Gesellschaft Interventionen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit von Menschen erreichen. Mit der Orientierung an so genannten Settings als diejenigen Lebensräume, in denen ein Mensch große Anteile seines Lebens verbringt (z.B. Betriebe, Schulen, Familien, Gemeinden), setzt das Public Health-Konzept auf die Verstärkung von Einflussmöglichkeiten in der Gesundheitsförderung. Durch die unmittelbare Kopplung von Gesundheitsstrategien mit den Möglichkeiten der direkten Integration z.B. in das Arbeitsleben und die Unterstützung gebenden Beziehungen zu Familienmitgliedern bzw. Arbeitskollegen, die das Setting bietet, ist die Hoffnung auf einen langfristigen Erfolg der Maßnahmen verbunden.

Das Regionalbüro für Europa der WHO rief im Jahre 1984 nach einer Phase interdisziplinärer Diskussionen ein weiterführendes Programm, das so genannte „New Public Health-Konzept“ ins Leben. Wesentlichste Reform stellt die Einbeziehung der Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen für seine Gesundheit dar, in der er durch gesundheitsförderliche Interventionen Unterstützung finden soll. Gesundheitsförderung wird von der WHO nunmehr als Prozess verstanden, in dem der Mensch zur Erhaltung bzw. Wiedererlangung seiner Gesundheit befähigt werden soll (WHO, 1987, 653). Gleichzeitig wird mit der Ottawa-Charta von 1986 Ansätzen der Salutogenese insofern Rechnung getragen als Gesundheit als positives Konzept definiert wird, im Rahmen dessen es dem Einzelnen oder Gruppen möglich ist, in der alltäglichen Bewältigung soziale, personale und physische Ressourcen für die eigene Gesundheitsförderung zu entwickeln und einzusetzen (WHO, 1987).

In dieser Konzeption kann wohl die deutlichste Referenz an die Theorien des israelischen Medizinsoziologen AARON ANTONOVSKY gesehen werden. Sein Modell der Salutogenese nimmt seinen Ursprung in der Frage nach gesund erhaltenden Mechanismen, trotzdem manche Menschen krank machenden physischen, chemischen, biologischen oder psycho-sozialen Stressoren oder Risikofaktoren ausgesetzt sind; um es mit ANTONOVSKY zu sagen: „Welche Personen vom Typ A bekommen keine koronare Herzerkrankungen? Welcher Raucher bekommt keinen Lungenkrebs?“ (vgl. ANTONOVSKY, 1997, 24f) Dafür identifiziert er eine Vielzahl von Widerstandsressourcen (generalized resistance resources), z.B. soziale Unterstützung, Effektwissen oder materielle Absicherung. Diesen Faktoren rechnet er die Fähigkeit zur Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (health-ease/dis-ease continuum) zu. ANTONOVSKY konzipiert also ein dynamisches Gesundheitsmodell, in welchem jeder Mensch seine Position zwischen den Polen „gesund“ und „krank“ selbst regulieren kann und sich deshalb in einem ständigen Ausgleichsprozess befindet. Maßgeblich für die Einordnung einer Person auf diesem Kontinuum ist dessen aktuelle Grundeinstellung in kognitiver und affektiv-motivationaler Hinsicht, die bestimmt, in welchem Maße vorhandene Ressourcen zur Gesunderhaltung mobilisiert werden können. Danach bemisst sich der Grad des „Kohärenzgefühls“ (SOC: sense of coherence), das sich aus drei Komponenten konstituiert: dem Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility) als die Fähigkeit, Reize als geordnete Informa-

tionen verarbeiten zu können; dem Gefühl der Bewältigbarkeit (sense of manageability) als die Überzeugung etwas erreichen zu können und dem Gefühl der Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness) des eigenen Tuns, also dem Ausmaß der Handlungsmotivation. Ein so definiertes Kohärenzgefühl, das sich in der Modellüberlegung ANTONOVSKYS im Laufe des Kindheits- und Jugendalters entwickelt, befähigt schließlich zu einer Ergreifung von Gesundheitsressourcen im Falle der Gleichgewichtsstörung des Organismus, um dasselbe wieder zu erreichen (ANTONOVSKY, 1997).

Die konkrete Leistung des Salutogenesemodells liegt in der Integration von physischen, psychischen und sozial-emotionalen Wirkfaktoren der Gesundheit und hat als solches der Entwicklung der Gesundheitsforschung wesentliche Impulse verliehen (s.o.). Gleichwohl muss angemerkt werden, dass es als praxisorientiertes Konzept durchaus noch Forschungsbedarf hinterlässt. In der Frage nach dem konkreten Verlauf einer erfolgreichen Bewältigung von gesundheitsgefährdenden Reizen zur Förderung der Gesundheit verlegt sich ANTONOVSKY auf Hypothesen; Aussagefähige Studien hierzu liegen kaum vor (ANTONOVSKY, 1993).

Sozialisationstheoretischer Gesundheitsbegriff

Den Erfolg des Risikofaktorenmodells (s.o.) mag nicht zuletzt dessen Adaption für außermedizinische Fragestellungen untermauern; HURRELMANN (1988) z.B. beschreibt „somatische, psychische und soziale Risikofaktoren“ auf dem Weg zur Sozialisation des Menschen. Demnach erreicht ein Mensch Gesundheit, wenn er sich im Gleichgewicht mit allen entwicklungsgemäßen Anforderungen in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht befindet. Eine Störung dieses Gleichgewichtes sieht HURRELMANN dann als gegeben, wenn sich eine Diskrepanz zwischen den gegebenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen des Menschen hinsichtlich seiner persönlichen Entwicklung ergibt.

Die Rolle der Krankheit im menschlichen Sozialisationsprozess betrachtet PARMELEE (1992) genauer und stellt fest, dass hier ein wechselseitiges Verhältnis vorliegt. Einerseits gehen von Phasen der Erkrankung Störungen in der Sozialisationsentwicklung aus, da persönliche und gesellschaftliche Beziehungen in kognitiver, emotionaler und sozialer Hinsicht beeinträchtigt werden (vgl. PARMELEE, 1992, 155f). Andererseits liegen hierin für den Menschen Chancen zur Ausbildung sozialer Unterstützungssysteme und der eigenen sozialen Kompetenz und damit der Ressourcenstrategien.

Sozialisationstheoretische Ansätze lokalisieren das Konstrukt Gesundheit also in einem spezifischen Entwicklungsstadium des Menschen und werden dadurch dem Anspruch einer relativen Bewertung der objektiv und subjektiv messbaren Gesundheit im Kindes- bzw. Jugendalter und im Erwachsenen- bzw. Seniorenstadium gerecht. Dies liefert unter anderem Erkenntnisse zum allgemein konstatierten Umstand, Kinder und Jugendliche seien vergleichsweise gesünder als andere Altersgruppen (vgl. SEIFFGE-KRENKE, 1994). Darüber hinaus ermöglichen derartige Modelle die Berücksichtigung spezifischer Anforderungen der Umwelt an den Menschen in Abgleich mit dessen Erwartungen und persönlichen Zielen bezüglich seiner sozialen Entwicklung.

Psychologischer Gesundheitsbegriff

Seit den 1980er Jahren etablierte sich die Gesundheitspsychologie unter den Gesundheitswissenschaften mit einem immensen Publikations- und Theoriebildungsdrang. Darunter lassen sich eine Reihe von Modellen subsumieren, von denen für das vorliegende Untersuchungsvorhaben drei als exemplarisch relevant erachtet und dargestellt werden sollen: das Konzept der seelischen Gesundheit aus der persön-

lichkeitspsychologischen Perspektive sowie Beiträge aus der Wohlbefindens- bzw. Copingforschung. Grundsätzlich muss voraus geschickt werden, dass die Gesundheitspsychologie von einem positiven und dynamischen Gesundheitsbegriff ausgeht und sich damit in die Tradition der Balancetheorien in der Gesundheitsforschung stellt (DLUGOSCH, 1994; LUTZ, 1995; NOACK, 1993). Zudem lässt sich in der Zusammenschau eine weit verbreitete Betonung des subjektiven Gesundheitsempfindens in gängigen psychologischen Gesundheitsdefinitionen erkennen (FRANKE, 1993b).

Aus der Tradition der Persönlichkeitspsychologie entspringt das Konzept der seelischen Gesundheit, das in wesentlichen Komponenten von BECKER und Mitarbeitern (1982; 1986; 1992) formuliert wurde. Seelische Gesundheit wird definiert als „Muster all jener psychischen Eigenschaften (d.h. relativ stabilen Kennzeichen des Verhaltens und Erlebens) (...), die (...) die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Erkrankung verringern.“ (BECKER, 1982, 282) Zur Berücksichtigung kommen bei dieser Einschätzung eines Erkrankungsrisikos das individuelle Ausmaß der konstitutionellen Vulnerabilitäten, die Intensität und Dauer möglicher Stressoren und die Stärke von der Bewältigung förderlichen Umweltbedingungen (vgl. BECKER, ebd.). Darüber hinaus kommt BECKER (1982) nach der Analyse von neun Theorien zur seelischen Gesundheit⁶ zu drei grundlegenden Modellen der seelischen Gesundheit: Regulationskompetenzmodelle (Fähigkeit zur Regulierung des eigenen Gesundheitszustandes auf einem Gesundheit-Krankheitskontinuum insbesondere durch effektive Reaktionen auf Anforderungen aus der Umwelt), Selbstaktualisierungsmodelle (freie Entfaltung der eigenen Interessen und Fähigkeiten) und Sinnfindungsmodelle (durch Befriedigung von biologischen, sozialen und psychologischen Ansprüchen seinem Leben Sinn verleihen).

In späteren Arbeiten entwickeln BECKER & MINSEL (1986) auf der Basis faktorenanalytischer Untersuchungen das Kontinuummodell der seelischen Gesundheit differenziert weiter und formulieren sieben Indikatorenbereiche, nach deren spezifischen Ausprägung die aktuelle seelische Gesundheit bestimmbar ist: negative vs. positive emotionale Befindlichkeit, Energiemangel vs. hohes Antriebsniveau, Defensivität vs. Expansivität, Funktionsstörungen vs. optimale Leistungsfähigkeit, Selbstzentrierung vs. Selbsttranszendenz, Hilfesuchen vs. Autonomie, geringes vs. hohes Selbstwertgefühl.

Diese Indikatorenkomplexe beinhalten zur Charakterisierung des Krankheits- bzw. Gesundheitsmaßes neben psychischen auch physische und soziale Fähigkeiten bzw. Funktionen, wie z.B. körperliches und psychisches Wohlbefinden zur Beschreibung der emotionalen Befindlichkeit oder die Fähigkeit zur Erfüllung von Rollen und Aufgaben zur Kennzeichnung der Leistungsfähigkeit.

In der theoretischen Annahme, dass das dynamische Modell nicht nur für das übergeordnete Konstrukt Gesundheit-Krankheit gilt, weisen BECKER & MINSEL (1986) auch den konstituierenden Dimensionen die Eigenschaft eines Fließgleichgewichtes zu: Negative Indikatorenzustände konstituieren sich demnach nicht nur durch die Ausprägung von Krankheitszeichen, sondern auch durch das Fehlen von Gesundheitszeichen. BECKER & MINSEL (1986, 8) resümieren: „Eine Person ist im allgemeinen nicht entweder gesund oder krank, sondern mehr oder weniger gesund bzw. mehr oder weniger krank.“

⁶ Die psychologischen Modelle folgender Theoretiker werden untersucht: FREUD, ERIKSON, MENNINGER, FROMM, ROGERS, MASLOW, JOURNARD, ALLPORT, FRANKL.

Für LUTZ (1995) formt die Akzeptanz dieses – wie es bei ihm heißt – Schwingungsmodells (LUTZ, 1995, 82) von Gesundheit und Krankheit das Konzept der seelischen Gesundheit in entscheidenden Schritten aus. Von einer seelischen Gesundheit kann demnach nicht bei stetem Wohlbefinden, sondern vielmehr bei bewusstem Er- und Durchleben der positiven und negativen Lebensphasen gesprochen werden (LUTZ, 1995, 83).

Einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigungsforschung lieferte die psychologische Wissenschaft mit der Konsolidierung des Stresskonzepts. Die Theorie von Stress als Auslöser körperlicher Reaktionen auf Diskrepanzen zwischen Ansprüchen der Umwelt und dem Persönlichkeitskonzept führte zur Annahme, eine dauerhafte Belastung durch einen derartigen körperlichen Zustand schädige den Organismus. Derartige Einflüsse werden deshalb als Stressoren anerkannt. Die psychologische Forschung geht von einem vielfältigen Zusammenhang zwischen Stress und spezifischen Erkrankungen aus (siehe SCHWARZER, 1997). Gleichmaßen bietet der Prozess der Bewältigung solcher Wirkfaktoren die Chance zum Entwickeln und Anwenden so genannter „Coping-Strategien“, die das Potential der Selbstregulation des Körpers auch steigern können (ANTONOVSKY, 1997; EDWARDS, 1994; JANIS, 1985; LAZARUS, 1966; 1981). Das profundeste wissenschaftliche Stresskonzept ist bei LAZARUS (1966; 1981; 2000; LAZARUS & FOLKMAN, 1984; MONAT & LAZARUS, 1985) zu finden. Der zentrale Aspekt seiner Stresstheorie ist das so genannte Coping als der Prozess der Stressbewältigung. Dieser wird von LAZARUS & FOLKMAN (1984, 141) definiert als „constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“ Betont wird die Bedeutung des Regelprozesses als „Stress-Management“, was die grundsätzliche Aktivität und effektive Strategiewahl, die auf der Grundlage der kognitiven Bewertung („cognitive appraisal“) der Situation getroffen wird, des betroffenen Menschen hervorhebt. Eine kognitive Bewertung läuft interindividuell verschieden, basierend auf unterschiedlichen Informationsquellen und in mehreren Phasen, ab. Die Primärbewertung („primary appraisal“), in früheren Veröffentlichungen von LAZARUS (1966) häufig auf den Aspekt „appraisal of threat“ reduziert, kennzeichnet die Bewertung aktueller Anforderungen aus der Umwelt an die jeweilige Person und deren Wohlbefinden („well-being“). In der Sekundärbewertung schließlich („secondary appraisal“) setzt in Auseinandersetzung mit den der Person zur Verfügung stehenden Ressourcen der eigentliche coping-Prozess ein. Es wird eine Abschätzung der eigenen Möglichkeiten und den gegebenen Bedingungen vorgenommen, die zu einer möglichen positiven Situationsbewältigung führen können. Von diesem Prozess hängt im Wesentlichen ab, ob der Mensch Bewältigungsstrategien ergreift, weil die Reizschwelle der individuellen Stressempfindung überschritten ist bzw. die eigenen Ressourcen adäquat eingeschätzt werden, oder nicht.

Insgesamt erscheint die Coping-Forschung als sehr komplexes Teilgebiet der Gesundheitspsychologie angesichts der vielfältigen Stressoren und individuellen persönlichen Wahrnehmungsmuster beim Menschen. Bedauert wird vor allem vermehrt der mangelnde Praxisbezug vieler Studien (siehe LAZARUS, 2000).

Wurde die Fragestellung nach interindividuellen Unterschieden in der positiven Bewältigung von Risikofaktoren wissenschaftlich zuerst von ANTONOVSKY gestellt, erweitern Gesundheitspsychologen das Erkenntnisinteresse auf die Identifizierung von Persönlichkeitsmerkmalen, die in einer Wechsel-

beziehung zu spezifischen Erkrankungen stehen bzw. als Schutzfaktoren für solche wirken können. Das wohl am meisten diskutierte Exempel – und das ist es in letzter Instanz vor allem durch die im Ursprung seiner Entwicklung fehlende theoretisch abgesicherte Basis – im persönlichkeitspsychologischen Gesundheitsmodell ist die Wechselbeziehung zwischen dem so genannten Typ A-Verhalten und der Entstehung von Herz-Kreislauf-Krankheiten (CHESNEY & ROSEMAN, 1985; SCHWENKMEZGER, 1994). Jenes Konstrukt entwickelte sich aus dem Tatbestand einer geringen Varianzaufklärung des Erkrankungsrisikos an Herz-Kreislauf-Insuffizienzen durch die Ausprägung physischer Risikofaktoren wie genetische Präsuppositionen oder Bluthochdruck und Rauchen. Beobachtungen aus empirischen Studien zeigten, dass verschiedene Persönlichkeitsausprägungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankten überzufällig häufiger auftraten als bei gesunden Probanden. Dieses charakteristische Verhaltensmuster beinhaltete Aggressivität, Unruhe, Gefühl der Zeitknappheit, Konkurrenzdenken, Feindseligkeit und starke Orientierung am Leistungsprinzip (FRICZEWSKI, 1991; SCHWARZER, 1996; SCHWENKMEZGER, 1994). Bei Menschen, die im Alltag demnach ein aggressiv kämpferisches, am unbedingten Erfolg ausgerichtetes Verhalten zeigen, das vor allem durch den Zwang lückenloser Kontrolle gekennzeichnet ist, liegt die Herzinfarkt-Mortalitätsrate statistisch gesehen höher als bei Personen, die eine hohe Bewältigungskompetenz durch kompensatorische Ausgleichshandlungen aufweisen. Der Zusammenhang zwischen Typ A-Verhalten und einem koronaren Herzrisiko ist zwischenzeitlich Gegenstand einer kritischen Forschungsanalyse (vgl. z.B. SCHMOOK, DAMM & FREY, 1997; SCHWARZER, 1996). In dieser wird es Aufgabe sein, nicht nur Zusammenhänge und psycho-physische Abläufe aufzudecken. Darüber hinaus erscheint es für einen interdisziplinären Dialog interessant, das theoretisch abgesicherte Modell des Typ A-Verhaltens auf weitere Lebensbereiche, z. B. im Freizeitverhalten, zu übertragen, was in Ansätzen im vorliegenden Untersuchungsvorhaben versucht werden soll.

Arbeitspsychologischer Gesundheitsbegriff

Auch die Arbeitspsychologie als praxisorientiertes Fach psychologischer Forschung hat sich das Thema Gesundheitsforschung in den vergangenen Jahren mehr und mehr zur Aufgabe gemacht. Man geht der Frage nach, welche Faktoren den arbeitenden Menschen gesund erhalten und forscht nach Mechanismen und Ressourcen. Dabei orientiert sich die arbeitspsychologische Forschung als Grundlage am salutogenetischen Modell ANTONOVSKYS (ULICH, 2001). Insofern zielt dieses Forschungsfeld v.a. auf die Analyse von Arbeitsbedingungen – sowohl in objektiver Analyse der Arbeitssituation, als auch in Untersuchung des subjektiven Arbeitserlebens –, um Fragen nach Gesundheitszusammenhängen zu beantworten. Nicht unberücksichtigt bleiben dabei sozialpsychologische Grundlagen mit dem Blick auf Gruppenprozesse, soziale Motivationen oder Kognitionen (FREY, BRUHN & KLEINMANN, 1991). In diesem Zusammenhang finden auch handlungstheoretische Schwerpunktsetzungen Berücksichtigung, die vom Einzelnen die entscheidende Aktivität im Gesundheitsprozess verlangen. GREINER & DUCKI (1991) entwickeln hierzu drei wesentliche Fähigkeitsvoraussetzungen: die Fähigkeit zur langfristigen Zielsetzung, zur stabil-flexiblen Handlungsbefähigung, sowie zur sinnhaften Reaktion auf und dem Hervorrufen von körperlichen Signalen und Prozessen. Damit wird die Brücke geschlagen zur Berücksichtigung des wechselseitigen Einflusses der Arbeit auf die Gesundheit: Diese kann für den Menschen nicht nur als Stressorenaspekt, sondern auch als Ressourcefaktor zur Verfügung stehen (BATAWI, 1981; GREINER & DUCKI, 1991; MOHR & UDRIS, 1997). Impliziert wird auch der verantwortungsvolle Umgang mit dem eigenen Körper, eine adäquate Reaktion auf aktuelle Befindlichkeiten

wie das Aufsuchen von Ruhephasen in Stresssituationen der Arbeit. Der Körper soll nicht nur als Medium verstanden werden, das durch die Arbeitsbelastung Reizen ausgesetzt ist und darauf reagiert, der Mensch selbst wird in die Verantwortung gesetzt, auf Signale seines bio-psycho-sozialen Befindens flexibel zu reagieren (GREINER & DUCKI, 1991). In diesen Überlegungen geht FRICZEWSKI (1991) mit einem sozial-ökologischen Blickfeld noch einen Schritt weiter und fragt nach den direkten Interaktionen zwischen Arbeit und Mensch im Zusammenhang mit einer möglichen Antwort auf eine effektive und tief greifende Gesundheitserziehung am Arbeitsplatz. Er fordert deshalb, „Mensch und Arbeit auch als Einheit zu sehen, als Gegebenheiten, die sich in ihrem So-sein erst gegenseitig hervorbringen“ (FRICZEWSKI, 1991, 85). Beispielhaft für diese Theorie steht das so genannte Typ-A-Verhalten (siehe hierzu Abschnitt *Psychologisches Modell*), das als „Sucht zur Kontrolle“ interpretiert und als solches nicht nur Ergebnis des von Zeitdruck und zwanghafter Arbeitsökonomie des Arbeitslebens in der industriellen Welt ist, sondern auch in das Arbeitsleben integriert wird. Im Modell FRICZEWSKIS deutet das auf einen Teufelskreis hin, in dem sich der arbeitenden Mensch befindet und dessen Aufweicheung weniger mittels gängiger Gesundheitsförderungsprogramme wie z.B. betriebliche Stressbewältigungskurse oder Fitnessprogramme (z.B. GEBHARDT & CRUMP, 1990), erreicht werden kann. Der Charakter des „Terminerfüllens“ oder „Abarbeitens“ ist hierbei wohl einfach zu groß. Vielmehr werden Gesundheitszirkeln mit einem hohen kommunikativen Faktor im Betroffenen austausch höhere Chancen in der Gesundheitsförderung eingeräumt.

Die charakteristische Besonderheit dieses Forschungszweiges ist zweifelsohne seine starke Sicherung zwischen Grundlagenforschung auf der einen und der mittelbaren Anwendung auf der anderen Seite (UDRIS & GROTE, 1991).

1.1.3 Aspekte einer subjektiven Gesundheit

Maßnahmen, die in ihrer Zielsetzung die Förderung von Gesundheit formuliert haben, unterstehen naturgemäß der Prämisse, dieses Ziel so genau wie möglich zu definieren, um geeignete Mittel zu dessen Realisierung einsetzen zu können. Dass die konkrete Festlegung der Vorstellung von Gesundheit nicht einfach ist, zeigten die voran gegangenen Ausführungen, die eine begriffliche Bestimmung aus der Sicht von Experten, also aus wissenschaftlichen Perspektiven versuchten. Als entscheidender für eine effektive Intervention zur Gesundheitsförderung erweist sich jedoch nicht die von wissenschaftlicher Seite getroffene Gesundheitsdefinition, sondern vielmehr das individuell-subjektive Konzept von Gesundheit der Zielpersonen. Auf das Verhalten von Menschen hinsichtlich einer gesundheitsförderlichen Maßnahme einzuwirken setzt die Kenntnis über vorhandene Gesundheitskonzepte voraus, also darüber, welche Vorstellungen von Gesundheit vorliegen, welche Risikofaktoreinschätzung verbreitet ist und welche Bedeutung der eigenen Gesundheit überhaupt beigemessen wird. Im folgenden Abschnitt sollen deshalb Erkenntnisse aus der Forschung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen und dem Konzept des Wohlbefindens erörtert und in den theoretischen Überbau der Selbstkonzeptforschung eingeordnet werden.

1.1.3.1 Subjektive Gesundheitsvorstellungen

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass jene subjektive „Gesundheitskonzepte bedeutsam für gesundheitsbezogene Wahrnehmungen und Einstellungen und damit direkt oder indirekt verhaltensrelevant [sind].“ (GAWATZ, 1993, 155) Wenn im Folgenden deshalb, in Ergänzung zu den dargestellten Expertendefinitionen von Gesundheit, der „Stimme des Laien“ Raum gewährt werden

gestellten Expertendefinitionen von Gesundheit, der „Stimme des Laien“ Raum gewährt werden soll, soll der Blick auf die alltagspraktische Sicht von Gesundheit gelenkt werden, die vereinzelt bereits seit den 1920er Jahren, in der wissenschaftsfundierten Tradition jedoch erst mit der Entwicklung der Gesundheitspsychologie in den 1980er Jahren, zum Forschungsthema wurde (vgl. BELZ-MERK, 1995; BENGEL, 1993; FALTERMAIER, 1994; GAWATZ, 1993). BELZ-MERK (1995) referiert zum Überblick der Wissenschaftsgenese des Themas „subjektive Gesundheitsvorstellungen“ über die Forschungstradition in der Ethnologie, Soziologie und Psychologie. Danach sind in der ethnologischen Forschung zwei Schwerpunkte auszumachen. Zunächst ist als Orientierungslinie eher das Krankheits- als das Gesundheitskonstrukt festzustellen. Ursächlich hängt das zusammen mit dem eigentlichen Forschungsinteresse der Ethnologie, nämlich den Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen bzw. Gesundheitspraktiken unterschiedlicher medizin-kultureller Gruppen im Vergleich, die als solches von Beginn an in der Feldforschung zu verorten ist. Eine Präsenz der medizinischen Gesundheitsdefinition und Heilungstheorie als wissenschaftliche Wurzeln kann nicht verleugnet werden (BELZ-MERK, 1995; BENGEL & BELZ-MERK, 1997).

Die Soziologie hingegen nimmt die Theorie der sozialen Repräsentation als Grundlage für die Erforschung des Gesundheitserlebens, welche auf den französischen Soziologen DURKHEIM (1970) zurückgeht und zu kennzeichnen sind als „im gesellschaftlichen Kontext erzeugte und geteilte Erkenntnisse, die in individuelle und kollektive Repräsentationen unterschieden werden können.“ (BENGEL & BELZ-MERK, 1997, 26f) Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit entstehen demnach in der Auseinandersetzung mit Werten und Informationen aus dem gesellschaftlichen Umfeld einerseits und durch Verarbeitung individueller Erfahrungsprozesse andererseits. Zu diesem Postulat kommt die französische Soziologin HERZLICH (1973), die mit ihrer Studie zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepten ein Wegweisendes Werk auf diesem Gebiet vorgelegt hat. Mit dem Blick auf soziale und gesellschaftliche Bezugsnormen kommt sie nach der Analyse von 80 qualitativen Interviews von erwachsenen Männern und Frauen zu dem Ergebnis, dass subjektive Gesundheitsvorstellungen keineswegs eindimensional vorliegen. Vielmehr erweist sich das Gesundheitskonzept als vielschichtiges menschliches Konstrukt, das durchaus auch gegensätzliche Dimensionen besetzen kann: Ein objektiv kranker Mensch kann sich gesund fühlen und umgekehrt.

Um den Einfluss sozialer Indikatoren auf die subjektive Vorstellung von Gesundheit genauer bestimmen zu können, nutzt der Forschungsbereich der Wissenssoziologie die Biografieforschung. Durch eine Analyse von geäußerten Vorstellungen und spezifischen, gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Probanden lassen sich Zusammenhänge aufdecken und ein dynamisches Bild der Gesundheitskonzepte einfangen. Mit solch einer qualitativen Forschungsstrategie kann nicht nur der Kritik an übrigen, zu starren Modellen, die keine Veränderung bzw. Gewichtung von Variablen zur subjektiven Gesundheitsbestimmung berücksichtigen, entgegen getreten werden (BELZ-MERK, BENGEL & STRITTMATTER, 1992). Daneben lässt eine Konzeptanalyse im Spiegel des Lebenslaufes Rückschlüsse auf Anpassungsvorgänge des individuellen Gesundheitsbegriffs an bestimmte Lebensumstände (z.B. Krankheit, Verlust des Partners, beruflicher Stress) und damit zusammenhängende gesundheitsorientierte Verhaltensweisen zu. Das hier verwendete, vergleichsweise aufwändige Verfahren des offenen Interviews wurde auch beim Ulmer BMFT-Projekt (GAWATZ, 1993) eingesetzt, um anhand einer Ana-

lyse der sozialen und gesundheitlichen Orientierung Optimierungen in präventionspolitischen Strategien zu erwirken. GAWATZ (1993) und seine Arbeitsgruppe kommen dabei zu dem Ergebnis, dass Wertehaltungen und Handlungsmaxime, die das berufliche Leben eines Menschen leiten, auch auf private und damit gesundheitsbezogene Bereiche übertragen werden.

Die psychologische Forschung erhielt ihre Impulse zur Untersuchung subjektiver Gesundheitskonzepte vor allem mit der Konsolidierung ihrer Teildisziplin Gesundheitspsychologie. Darin weist die Erforschung von Gesundheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen gegenüber derer von Erwachsenen einen leichten zeitlichen Vorsprung auf. Für den Kinder- und Jugendbereich liegen zwischenzeitlich sowohl umfassende Theoriegebäude als auch weiterführende – z. T. auch interdisziplinäre – Studien und Übersichtsarbeiten vor (z.B. KOLIP & HURRELMANN, 1994; LOHAUS, 1993; SCHAEFER, 1998; SEIFFGE-KRENKE, 1994; SYGUSCH, 2000). Studien zum Gesundheitskonzept Erwachsener gehen häufig von einem kritischen Überblick zu geleisteten Arbeiten aus, der nicht selten angesichts z.T. differierender Auswertungsmethoden zu einer mehrdeutigen Ergebnislage führt, um diese anschließend durch eigene Untersuchungsergebnisse zu ergänzen oder zu erweitern (z.B. BELZ-MERK, 1995; BENGEL, 1993; DEAN, 1992; FALTERMAIER, 1994). Einen kritischen Überblick zu Theorien subjektiver Gesundheitskonzepte findet sich bei DANN (1991).

In seiner Explorationsstudie zum Gesundheitserleben und –verhalten im Alltag kommt FALTERMAIER (1994, 210) nach der Auswertung von Interviews mit 40 Männern und Frauen des frühen und mittleren Erwachsenenalters (zwischen 30 und 50 Jahren) im explorativen Studiendesign unter anderem zu dem Ergebnis, dass der überwiegende Teil der Probanden (80%) Gesundheit als psychischen Zustand versteht, mit Elementen des Wohlbefindens, der Lebensfreude, Ausgeglichenheit und psychischen Stabilität. Gesundheit in einer physischen Dimension, nämlich als Energiepotential im Sinne von Kraft und Stärke erkennen 68% der Befragten für sich, für 30% repräsentiert Gesundheit körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, für 20% körperliches Wohlbefinden. Die Negativdefinition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit konnte FALTERMAIER (ebd.) lediglich für 12% seiner Interviewpartner nachweisen.

Demgegenüber kommt BELZ-MERK (1995) zu einem anderen Ergebnis. Das methodische Design ihrer Studie ähnelt dem Untersuchungsansatz FALTERMAIERS hinsichtlich des qualitativen Verfahrens von Interviewanalysen. Die Stichprobe bei BELZ-MERK umfasst 46 'gesunde' Erwachsene einer vergleichbaren Altersspanne wie bei FALTERMAIER (zwischen 30 und 55 Jahren). In der Untersuchung zur Gesundheitsvorstellung der Probanden kommt BELZ-MERK (1995, 218ff) zu dem Ergebnis, dass dieses bei 51% einem allgemeinen Wohlbefinden gleichkommt. Der Anteil derer, die Gesundheit negativ im Sinne einer Abwesenheit von Krankheit verstehen, liegt hier wesentlich höher (33%). 31% der Befragten ordnet die Autorin der Vorstellung von Gesundheit als eine Körper-Geist-Einheit zu, 24% unterstellt sie ein funktionalistisches Verständnis von Gesundheit, das durch Leistungsfähigkeit repräsentiert wird. Es folgen die Kategorien Gesundheit seien gesundheitsförderliche bzw. –schädigende Verhaltensweisen (18%), Gesundheit als psychische und soziale Integrität (16%) und schließlich Gesundheit als Freude und Zufriedenheit mit Arbeit und Leben (11%) (Mehrfachnennungen möglich.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass selbst bezogene Kognitionen von Gesundheit ein komplexes Gebilde mit einer Reihe von Einzelfaktoren und Bestimmungsmomenten sind. BENDEL & BELZ-MERK (1997, 33) resümieren den aktuellen Forschungsstand folgendermaßen:

- Die eigene Vorstellung von Gesundheit zu kommunizieren erscheint für den Menschen schwieriger zu bewerkstelligen, als jene von Krankheit.
- Subjektive Gesundheitskonzepte sind multidimensional zu betrachten und unterliegen einem ganzheitlichen biopsychosozialen Modell von Gesundheit. Als solches wird es überwiegend positiv bestimmt und kreist um die Faktoren subjektives Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und eine Einheit von Körper und Geist. Teildimensionen der kognitiven Struktur subjektiver Gesundheitsvorstellungen sind auch das Wissen über Ursachen, Bedingungen, Einflussmöglichkeiten und Entwicklungsperspektiven des persönlichen Gesundheitszustandes. In Interaktion zum Gesundheitskonzept können des Weiteren individuell-körperbezogene, soziale und leistungsbezogene Repräsentationen treten.
- Das subjektive Konzept von Gesundheit ist abhängig von den Variablen der soziodemographischen Bestimmung, des Gesundheitszustandes und der Lebenssituation einer Person. Weniger Einfluss als das aktuelle Gesundheitserleben haben offenbar gesammelte Krankheitserfahrungen.
- Konzepte zum gesundheitsorientierten Verhalten scheinen nicht allein Elemente des Risikoverhaltens zu berücksichtigen, sondern sich insbesondere am psycho-sozialen Wohlbefinden zu orientieren.

1.1.3.2 Die Kategorie des Wohlbefindens im Gesundheitskonstrukt

1.1.3.2.1 Theoretische Grundlagen

Bewegt man sich innerhalb des Laiensystems von Gesundheit, scheint das objektiv-wissenschaftliche Konzept von Gesundheit im Begriff des Wohlbefindens sein „subjektives Pendant“ zu finden. Die Expansion dieses Begriffes ist wesentlich katalysiert durch den Versuch der WHO (1987), ein umfassendes Gesundheitsverständnis in einer Definition zu transportieren. Mit der Fokussierung der Zielkategorie „Gesundheit“ auf das Konstrukt des Wohlbefindens wird in Abkehr von der medizinischen, objektiv messbaren Gesundheitsvorstellung die Perspektive intrapersonal verlegt und damit der subjektive Wert der Gesundheit betont (KOLIP & HURRELMANN, 1994). Die vielerseits geäußerte Kritik an der WHO-Definition zielte dann primär auf die Utopie eines vollkommenen Wohlbefindens als Zustand ab. In der Forschung zu subjektiven Gesundheitsmodellen steht das Wohlbefinden als entscheidende Variable in vielen Studien nun im Mittelpunkt (z.B. FALTERMAIER, 1994; WYDRA, 1996). In der amerikanischen Forschung steht neben dem Begriff `health` (Gesundheit) quasi synonym das Konzept des `well-being` bzw. `wellness`. Wellness beschreibt in dieser Tradition ein übergeordnetes Lebenskonzept, das dem Menschen eine höhere Lebensqualität und –energie ermöglichen soll und als dynamischer Prozess und nicht statischer Zustand verstanden wird. In die erste Priorität rückt dabei die Eigenverantwortung des Einzelnen bei der Realisierung dieses „new way of paying attention to a person’s health status“ (IVANECEVICH & MATTESON, 1994, 269). Eine befriedigende wissenschaftliche Konzeptionierung des Modells Wohlbefinden wird jedoch noch vermisst (vgl. WYDRA, 1996).

TOWNES (1984) verortet den Ursprung der so genannten Wellness-Bewegung in den organisierten, medizinischen Präventionsbemühungen, die eine Eindämmung des Rauchens, eine Aktivierung zur

Bewegung und die Verbreitung diätischer Ernährung zum Ziel hatten. Durch an einer Kostenreduzierung orientierte Aktivitäten der Gesundheitsvorsorge von Arbeitgebern und Unternehmern, die z.B. Prämien für Nicht-Raucher ausgaben, bleibt die Wellness-Bewegung zwar zunächst dem Risikofaktorenmodell verhaftet. Daneben demonstriert diese Entwicklung des heute als subjektive Kategorie menschlicher Gesundheitseinschätzung instrumentalisierten Begriffs jedoch deutlich eine enge Koppelung mit politischen und gesellschaftlichen Interessen.

Nicht nur im Alltagssprachlichen, sondern auch in der Forschung treten neben den Begriff 'Wohlbefinden' auch Merkmale wie Lebenszufriedenheit, Kompetenzausprägungen und Lebensqualität. Dabei lassen sich in der nationalen und internationalen Forschung keine klaren Konzeptgrenzen feststellen. Neben Stufenmodellen, wonach die Lebensqualität ein Maß zur Beurteilung der wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten vor allem auch im Zusammenhang mit der sozialen Umwelt und deren Erfordernissen darstellt (IVANECEVICH & MATTESON, 1994; RENWICK, BROWN & NAGLER, 1996), begegnet man auch Faktorenmodellen, die mit den Elementen Lebensqualität, psychische Gesundheit, objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden vielschichtige Wechselwirkungen und Teilaspekte berücksichtigen (z.B. MAYRING, 1991a).

In der psychologischen Tradition wird das Konstrukt des Wohlbefindens im heuristischen Bezugsrahmen der Emotionsforschung verortet. Emotionen gelten als ein hypothetisches Konstrukt, das durch drei Dimensionen konstituiert wird: physiologische Reaktionen und Veränderungen, subjektive Verbalisierungen sowie der beobachtbare Ausdruck im Verhalten (BÖSEL, 1986; SCHMIDT-ATZERT & HÜPPE, 1996). Emotionalen Vorgängen wird dabei neben einem sozialen Bezug (Reaktion auf Umweltsituation) auch eine subjektive Unmittelbarkeit (direkte Betroffenheit der Person) unterstellt (vgl. BOTTENBERG, 1973, 266f). Mit Gefühlen reagiert ein Individuum demnach direkt in psychophysischer Weise auf eine spezifische soziale Situation. Nicht exakt in der empirischen Forschung festzumachen scheint die Abgrenzung des Begriffs 'Gefühl' vom Konstrukt der 'Stimmung'. BOHNER, HORMUTH & SCHWARZ (1991, 135) rechnen der 'Stimmung' die Eigenschaft eines kurzlebigen Zustandes der subjektiven Befindlichkeit zu und plädieren deshalb für state-orientierte Verfahren, die eine ideale zeitnahe Erfassung der aktuellen Stimmung von Probanden ermöglichen. In der sportpsychologischen Forschung dient der Begriff 'Stimmung' im Allgemeinen zur Kennzeichnung einer Art „Basisgemütslage“, um z.B. Deprimiertheit, Gelassenheit oder Nervosität abzubilden. Demgegenüber kennzeichnen 'Gefühle' vordergründigere emotionale Zustände wie Wut, Angst oder Stolz, die situativ gebunden sind (vgl. BREHM, 1998, 201). SCHMIDT-ATZERT & HÜPPE (1996) ziehen als Unterscheidungskriterium den zeitlichen Verlauf heran. Der funktionale Vorgang der Emotion bzw. des Gefühls wird als von kurzer Dauer definiert, während Stimmungen im Vergleich dazu als länger andauernd gelten. Mit dem Konstrukt 'Stimmung' wird darüber hinaus der Begriff der 'Befindlichkeit' transportiert. Beide Begriffe bezeichnen ähnliche Phänomene und werden zur Kennzeichnung eines psychophysischen menschlichen Zustandes herangezogen. Die Befindlichkeit eines Individuums wird im Vergleich zu Emotionen als ungerichtet interpretiert, bedarf also keiner Bezugsobjekte oder -situationen. Darüber hinaus wird sie als nicht zielgerichtet verstanden. Menschliche Befindlichkeit erscheint somit als ein emotionales Konzept, auf das extra- und intrapersonale Faktoren zwar Einfluss haben, das aber nicht

unbedingt an spezifische Erlebnisse oder Umstände geknüpft sein muss. Konsens besteht darüber, dass die Befindlichkeit über eine sehr eingeschränkte zeitliche Stabilität verfügt.

In den vergangenen Jahrzehnten wurde eine Vielzahl von Messinstrumenten und Skalen zur Erfassung der subjektiven Befindlichkeit und des Wohlbefindens entwickelt (z.B. ABELE-BREHM & BREHM, 1986; BOHNER, HORMUTH & SCHWARZ, 1991; SCHIMMACK, 1997; SCHMIDT-ATZERT & HÜPPE, 1996; STEYER, SCHWENKMEZGER, NOTZ & EID, 1994; eine kommentierte Übersicht findet sich bei BECKER 1991b, 54ff), die in der Mehrheit das Verfahren der Selbstbeobachtung mittels standardisierter Befragung zur Befindlichkeitsmessung favorisiert. Die Verfahren fußen auf dem Wohlbefindenskonzept BECKERS (1991) mit einer aktuellen und habituellen Komponente. Motiviert ist diese Unterscheidung unter anderem durch die in der Mehrzahl der Studien – wie oben beschrieben – verbreitete Uneinheitlichkeit und definitorische Präzisionslosigkeit in der Verwendung der Begriffe Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Glück (vgl. BECKER, 1991, 13). Das aktuelle Wohlbefinden wird danach repräsentiert von punktuellen Befindlichkeiten. Darunter können positive bzw. negative Gefühle, Stimmungen sowie körperliche Empfindungen verstanden werden. Demgegenüber bildet das habituelle Wohlbefinden ein relativ stabiles Element der Persönlichkeitsstruktur aus, das auf persönliche Erfahrungen aus der Auseinandersetzung mit der Umwelt basiert und das Produkt kognitiver Prozesse aus der Verarbeitung dieser Person-Umwelt-Beziehung repräsentiert. Insofern erlauben Erkenntnisse über das aktuelle Wohlbefinden unter bestimmten Voraussetzungen Rückschlüsse auf die personale Grundgestimmtheit (vgl. ABELE-BREHM & BREHM, 1986, 209f). Grundlage dieser Annahme ist unter anderem eine in vielen Studien festgestellte hohe positive Interkorrelation von positiven und negativen Stimmungsaspekten in monopolen Modellen. Das gleichzeitige Auftreten von positiven und negativen Affekten wird zwar weitestgehend ausgeschlossen. Längsschnittlich betrachtete, gemittelte Daten zum aktuellen Befinden führten jedoch zu den Thesen, dass eine faktorielle Unabhängigkeit positiver und negativer Bestandteile nicht kategorisch ausgeschlossen werden kann (WYDRA 1996) und diese darüber hinaus als Indikatoren für die Bestimmung des habituellen Wohlbefindens gelten können, was insbesondere BECKER für das Modell der psychischen Gesundheit nachgewiesen hat (BECKER, 1986; 1991; BECKER & MINSSEL). In einer Zeitreihenuntersuchung von drei Monaten gelang es BECKER und seiner Arbeitsgruppe (1991), die abendliche Befindlichkeit der Probanden anhand spezifischer Ereignisprädictoren des jeweiligen Tages vorauszusagen. Die längsschnittlichen Analysen ergaben ferner, dass sich das Wohlbefinden einer Person nach gewisser Zeit wieder auf ein charakteristisches, genormtes Maß einpendelt. Das lässt auf die Existenz von Regulationsmechanismen schließen, die negative wie stark positive Emotionserfahrungen ausgleichen. Übertragen auf die Lebenszeit eines Menschen lässt sich daraus folgern, dass Negativerlebnisse das Erleben (z.B. Krankheit) nach deren Überwindung die Wahrnehmung des anschließenden Wohlbefindens intensivieren und fördern (vgl. BECKER, 1991, 40). MAYRING (1991b) vertritt einen Vier-Faktoren-Ansatz zum subjektiven Wohlbefinden, der zunächst die Differenzierung des Konstruktes in eine aktuelle (state) und habituelle (trait) Komponente berücksichtigt. Messbar gemacht werden sollen diese beiden Pole mittels der Wohlbefindenskategorien 'Freuden', 'Glück', 'Belastungsfreiheit' und 'Zufriedenheit' (vgl. MAYRING, 1991a, 74f; 1991b, 52f). In einer globaleren Modellannahme formuliert TOWNES (1984) fünf Dimensionen des menschlichen Wohlbefindens: „self-responsibility, nutritional awareness, stress management, physical fitness, and environmental sensitivity“, wobei die Eigenverantwortlichkeit eines Individuums als Schlüssel zum

Wohlbefinden erhoben wird (ebd., 374). Strategien zum Stressmanagement kennzeichnet er als Sozialisationsprodukt, dessen Grundpfeiler in der Auseinandersetzung mit dem Verhalten der Eltern in Stresssituationen und der eigenen Umwelt liegen. Beachtenswert erscheinen die Überlegungen von TOWNES nicht nur deshalb zu sein, weil innerhalb des Modells von Wohlbefinden als integraler Bestandteil eine physische Komponente (physische Fitness) angenommen wird, sondern weil darin eine Zentralstellung des Wohlbefindens vermutet wird: Nicht die Gesundheit ist das Motiv zu sportlicher Aktivierung, sondern die subjektive positive Befindlichkeit (ebd., 376).

Die Operationalisierung von Befindlichkeiten geht in der überwiegenden Zahl der Modelle von einem mehrdimensionalen Konzept aus, dass innerhalb einer minimalen Anzahl von bipolaren Dimensionen verbalisierbar ist. ABELE-BREHM & BREHM (1986) bzw. BREHM (1997a; 1998) gehen in Kritik auf die z.T. hohen Interkorrelationsmaße von monopolaren Konzepten, die als Stimmungsbereiche z.B. Müdigkeit – Trägheit, Depressivität – gedrückte Stimmung oder gehobene Stimmung – gute Laune enthalten, von einer zweidimensionalen Struktur aus, die jeden Befindlichkeitsbereich zwischen entgegengesetzten Polen aufspannt (z.B. gute Laune – schlechte Laune, Aktiviertheit – Energielosigkeit). Diese werden in einem Kreismodell angeordnet, das um den mittleren Pol 'Besinnlichkeit' als einer Art Neutralzustand formiert wird. Den Segmenten 'Ärger'/'Deprimiertheit' (schlechte Stimmung), 'Aktiviertheit'/'Erregtheit' (aktivierte Stimmung), 'Ruhe'/'Energielosigkeit' (desaktivierte Stimmung) und 'gute Laune' (gute Stimmung) ordnen die Forscher 40 Items zu, die eine genaue Erfassung der Befindlichkeit möglich machen soll. Für STEYER, SCHWENKMEZGER, NOTZ & EID (1994) bewegt sich diese zwischen den Polen „gehobene – gedrückte Stimmung“ einerseits und „Wachheit – Schläfrigkeit“ sowie „Ruhe – Unruhe“ andererseits.

Der Itempool konstituiert sich in Studien zur menschlichen Stimmung gewöhnlich aus einer Auswahl von Adjektiven, die aus bestehenden Fragebögen gewonnen und selektiert (Weglassen bzw. Hinzufügen von Items) werden (induktive Methode) (z.B. ABELE-BREHM & BREHM, 1986; BOHNER, HORMUTH & SCHWARZ, 1991). SCHIMMACK (1997) führt in diesem Zusammenhang die Kritik einer eingeschränkten Repräsentativität der Itemauswahl für das Untersuchungsphänomen ins Feld. Er plädiert in der Folge für ein Verfahren, das zunächst die Möglichkeiten zur Beschreibung der eigenen Befindlichkeit in der Alltagssprache untersucht, um „anschließend eine repräsentative Stichprobe aus der so definierten Menge von Stimmungsworten zu ziehen.“ (ebd., 151) Ähnliche Verfahren sind bei SCHMIDT-ATZERT & HÜPPE (1996) sowie STEYER, SCHWENKMEZGER, NOTZ & EID (1994) dokumentiert. Varianzanalytische Untersuchungen führen bei SCHIMMACK (1997) zu dem Schluss, dass mit den Dimensionen 'erregt-ruhig' und 'angenehm-unangenehm' wichtige Komponenten der Befindlichkeit extrahiert sind, die in einer Stimmungsmessung Berücksichtigung finden sollten. Daneben macht er das Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus als Einflussfaktor für unangenehme, aktuelle Stimmungseffekte verantwortlich, während eine ausgeprägte Extraversion für gute Laune und Entspannung verantwortlich ist (ebd., 166). Belege für einen solchen Zusammenhang stellt schon SCHWENKMEZGER (1991) in einem Studienüberblick zum korrelativen Zusammenhang von Extraversion und Neurotizismus zu Wohlbefindensmaßen anhand verschiedenster Untersuchungen zusammen.

Zusammenfassend lässt sich für das Konzept des subjektiven Wohlbefindens ein mehrdimensionales Modell annehmen, das sowohl positive als auch negative Affekte vereint und grundsätzlich in die Komponenten des aktuellen und habituellen Wohlbefindens zu teilen ist. Die enge semantische und

wissenschaftliche Anbindung an Modelle wie 'Lebenszufriedenheit', 'Lebensqualität' und 'Kompetenzüberzeugung' wird angenommen und in das Forschungsvorhaben integriert.

1.1.3.2.2 Empirische Erkenntnisse

Der Zusammenhang von Sport und Wohlbefinden tritt als Gegenstand in verschiedenen empirischen Studien auf (ALFERMANN ET AL., 1995; BÄSSLER, 1995; DEIMEL, 1999; HAYES & ROSS, 1986; WETZLER & URSANO, 1988; WYDRA, 1996). In den überwiegenden Fällen handelt es sich dabei um die Integration einer Wohlbefindens-Kategorie in Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten oder der Auswirkung sportlicher Aktivierung auf zentrale Größen der Gesundheit. Wesentliche Erkenntnisse daraus lassen sich zur Einordnung der eigenen Studie kurz zusammenfassen (vgl. Tab. 1-1).

Autor(en)	Stichprobe	Untersuchungsgegenstand	Studiendesign/Inventare	Zentrale Ergebnisse
ALFERMANN & STOLL (1996)	N=76 (30-50J.) Universitätsangehörige	Aktuelles Befinden und sportliche Aktivität	Feldexperiment/ BFS-Skalen (ABELE/ BREHM) ⁷	Äquilibrationseffekte
ALFERMANN ET AL. (1995)	N=36 (25-50 J.) Universitätsangehörige	Aktuelles und habituelles Wohlbefinden und sportliche Aktivität	Feldexperiment/ BFS-Skalen (ABELE/BREHM); Zerssen-Beschwerdeliste	Äquilibrationseffekte; Verbesserung der Beschwerdeskala; Kaum Veränderung im habituellen Wohlbefinden
BÄSSLER (1995)	N=27 (33-56 J.) Führungskräfte	Aktuelles und habituelles Wohlbefinden; Subjektive Belastung im Beruf; Soziale Unterstützung; Psychische Gesundheit und sportliche Aktivität	Feldexperiment/ BFS-Skalen (ABELE/BREHM); SBUS-B ⁸ (WEYER ET AL.); F-SOZU ⁹ (SOMMER/FYDRICH) Zerssen-Beschwerdeliste; Risikofaktoren (Eigenentwicklung)	Äquilibrationseffekte im aktuellen Wohlbefinden; Keine Effekte im habituellen Wohlbefinden
DEIMEL (1999)	N=13 (22-65 J.) HIV-Patienten	Aktuelles Wohlbefinden und sportliche Aktivität	Feldexperiment/ FAW ¹⁰ (FRANK); Basler Befindlichkeitsskalen	Äquilibrationseffekte

⁷ BFS = Befindlichkeitsskalen nach ABELE-BREHM & BREHM (1986)

⁸ SBUS-B = Fragebogenskala zur Erfassung der subjektiven Belastung und Unzufriedenheit im beruflichen Bereich nach WEYER ET AL. (1980)

⁹ F-SOZU = Fragebogen zur sozialen Unterstützung nach SOMMER & FYDRICH (1991)

¹⁰ FAW = Fragebogen zum aktuellen körperlichen Wohlbefinden nach FRANK (1991)

HAYES & ROSS (1986)	N=401 (18-83 J.) Repräsen- tativstich- probe	Psychologisches Wohlbefinden; Sportliche Aktivität; Subjektive physi- sche Gesundheit; Größe-Gewicht- Index	Telefoninterviews/ LANGNER-Index (1962) ¹¹ ; Eigenentwicklungen zu Akti- vität und subjektive Gesund- heit; Quetelet Index ¹²	Positiveffekte sport- licher Aktivität auf Wohlbefinden; Postivzusammen- hang zwischen phy- sischer und psychi- scher Gesundheit; Kein Effekt durch Übergewicht
WANDKE (1994)	N=22 arbeitslo- se/berufs- tätige Frauen	Aktuelles Wohlbe- finden und sportli- che Aktivität	Feldexperiment/ BFS-Skalen (ABELE/BREHM)	Äquilibrationseffek- te; aktuelle Bewälti- gungshilfe Sport in kritischer Lebenssi- tuation
WETZLER & URSANO (1988)	N=6320 Aktives Air-Force Personal	Psychologisches Wohlbefinden und Gesundheitsverhal- ten	Reanalyse Gesundheitssurvey/ Health Practices-Index (auch Bewegung) ¹³ nach BELLOC/BRESLOW; Psychological Well-Being- Index ¹⁴ nach BERKMAN	Positivzusammen- hang zwischen sport- licher Aktivität und psychischem Wohl- befinden
WYDRA (1996)	N=25 (Alters- mittelwert Frauen 43,4, Männer 49,4) Stationär- patienten	Aktuelle Befind- lichkeit; Laktatwerte; Belastungsempfin- den bei Gymnastik- programmen	Feldexperiment/ BFS-Skalen (ABELE/BREHM); Wohlbefindens-Gesichter- Skala ¹⁵ (ANDREWS/WITHEY); Laboruntersuchung (Laktat); Eigenentwicklung zur subjek- tiven Beurteilung der Belas- tungsintensität	Äquilibrationseffek- te; Kein Unterschied zwischen Belas- tungsform (-inten- sität) und Befind- lichkeitsveränderung

Tab. 1-1: Studien zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Wohlbefinden

¹¹ Langner, T.S. (1962). A Twenty-Two Item Screening Score of Psychiatric Symptoms Indicating Impairment. *Journal of Health and Human Behavior*, 3, 269-276

¹² Der Quetelet Index berechnet sich aus dem Verhältnis Gewicht in kg pro cm² Körpergröße mal 10⁴.

¹³ Belloc, N.B. & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409-421

¹⁴ Berkman, P.L. (1971). Measurement of mental health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology*, 94, 105-111

¹⁵ Gesichterskala zur Messung des globalen Wohlbefindens nach Andrews, F.M. & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being. Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum

Im Wesentlichen handelt es sich bei den zu Grunde gelegten Studien um Feldexperimente, die mittels einer rekrutierten Stichprobe den Zusammenhang von sportlicher Aktivierung und Wohlbefinden untersuchen. Neben diesen Feldexperimenten konnten Befragungsstudien ausgemacht werden, die den Aspekt der körperlichen Aktivität allerdings nur als integralen Bestandteil des Gesundheitskonzepts bzw. Gesundheitsverhaltens operationalisierten (HAYES & ROSS, 1986; WETZLER & URSANO, 1988).

Die Feldexperimentstudien, deren Stichprobe sich entweder aus einer Patientengrundgesamtheit (DEIMEL, 1999; WYDRA, 1996) oder aber durch Aufruf (ALFERMANN & STOLL, 1996; ALFERMANN ET AL., 1995; BÄSSEL, 1995; WANDKE, 1994) rekrutierte, gingen vom Konstrukt der Befindlichkeit aus und untersuchten Effekte der Bewegungsaktivierung. Demgegenüber verfolgen die Befragungsstudien die Untersuchung des explizit psychologischen Wohlbefindens und dessen Zusammenhänge mit körperlicher Bewegung. Diese unterschiedliche Ausrichtung kann originär an den Forschungstraditionen in Deutschland und den USA der vergangenen 20 Jahre festgemacht werden.

Die Untersuchungsergebnisse der Feldexperimente, bei denen die aktuelle Befindlichkeit mittels standardisierter Befragungen vor und nach der sportlichen Aktivität gemessen wurde, lassen einen signifikanten Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und dem subjektiven Wohlbefinden vermuten. Sowohl ALFERMANN ET AL. (1995), ALFERMANN & STOLL (1996), BÄSSLER (1995), DEIMEL (1999) als auch WANDKE (1994) und WYDRA (1996) berichten von Äquilibrationseffekten nach der Absolvierung eines Sportprogramms. Dabei konnten ALFERMANN ET AL. (1995) bei ihrer Studie mit zwei Versuchs- und einer Kontrollgruppe zwar signifikante Unterschiede hinsichtlich der Maße psychosomatische Beschwerden und aktuelles Wohlbefinden nachweisen, eine längsschnittliche Prüfung des Effektes auf das habituelle Wohlbefinden fiel jedoch negativ oder zumindest uneinheitlich aus (vgl. ALFERMANN ET AL., 1995, 107f). In der Studie aus dem Jahr 1996 weisen ALFERMANN & STOLL ausdrücklich auf die Bedeutung des Ausgangsniveaus in den Befindlichkeitsskalen hin. Das lässt darauf schließen, dass insbesondere Probanden mit negativer Stimmung bzw. einem niedrigen Level in der Positivbefindlichkeit von einer sportlichen Aktivität hinsichtlich einer Stimmungsverbesserung profitieren. Probanden mit stark positiver Befindlichkeit können diese durch moderaten Sport, wie den Gesundheitssport, nur gering anheben.

Vergleichbare Ergebnisse liefert die Studie von BÄSSLER (1995), der sich in einem dreischichtigen Messmodell die Erforschung von Unterschieden in der Befindensbewertung in Abhängigkeit der beruflichen Belastung, sozialen Unterstützung und des subjektiven Gesundheitszustandes bei sportlich Aktiven und Inaktiven zum Ziel gesetzt hat. In den wesentlichen Aspekten des Wohlbefindens zeigen sich auch hier signifikante Unterschiede zwischen den Experimentgruppen¹⁶, wobei insgesamt ein Positiveffekt der sportlichen Bewegung auf die Gestimmtheit zu verzeichnen ist. Negative Stimmungen werden gesenkt, positive verstärkt. Dieses Ergebnis wird auch unter Berücksichtigung der „Kontrollvariablen“ Belastungen im Beruf, soziale Unterstützung und subjektiver Gesundheitszustand bes-

¹⁶ Eine Ausnahme ist dabei zu machen bei den Faktoren „Ärger“ und „Besinnlichkeit“, bei denen die Differenzen zwischen den Gruppen nicht das Signifikanzniveau erreichten.

tätigt. Allerdings muss auch BÄSSLER (1995, 259f) eine eingeschränkte Wirkung der Interventionsmaßnahme auf die habituelle Gestimmtheit einräumen. Hier zeigten sich keine signifikanten Effekte. Einen insbesondere für die vorliegende Studie interessanten Untersuchungsansatz verfolgt WYDRA (1996) durch die Zielsetzung, Unterschiede in der Befindlichkeitsveränderung stationärer Patienten¹⁷ an verschiedenen Gymnastikprogrammen festzumachen. Als Interventionsprogramme wurden ein intensives Aerobicprogramm und ein extensives Gymnastikangebot gewählt.

Die zu vier Messzeitpunkten (Vor- und Nachtest an zwei Tagen) stattgefundene Erhebung brachte unter Berücksichtigung der Kovariablen Laktatmessung und subjektives Belastungsempfinden signifikante Unterschiede hinsichtlich der Hebung der positiven Gestimmtheiten Aktiviertheit und Ruhe für beide Gymnastikformen (vgl. Tab. 1-2). Allerdings erweist sich das extensive Training als günstiger für eine Ruheförderung als das intensive Aerobictraining. Die Dimension Energielosigkeit sinkt in beiden Programmen, auf den Faktor Ärger entfallen keine signifikanten Unterschiede. Leider finden sich bei WYDRA (1996) keine differenzierteren Ergebnisanalysen zu den Unterschiedshypothesen, die eine andeutungsweise Übertragung auf die Dimensionen des Sports erlauben könnten. Die dargelegten Effekte mögen jedoch als erste Tendenz genügen.

Varianzquellen	Aktivität	Ruhe	Ärger	Energielosigkeit
Haupteffekte				
(1) Programm	.5	.2	.2	.8
(2) Messzeitpunkt	12.5**	4.8*	.2	13.6**
Interaktion 1 X 2	.99	5.9*	4.1	.4

Tab. 1-2: Befindlichkeitsveränderungen nach verschiedenen Gymnastikprogrammen (Angabe der F-Werte der nach einem „within-subject-design“ durchgeführten Kovarianzanalysen; nach: WYDRA, 1996, 114)¹⁸

WANDKE (1994) stellt in einer vergleichenden Studie zwischen einer Interventionsgruppe arbeitsloser Frauen (N=6) und einer Kontrollgruppe aus berufstätigen Frauen (N=16), die in ein Interventions-sportprogramm integriert waren, fest, dass zunächst keine signifikanten Unterschiede im Ausgangsniveau der Stimmungen beider Gruppen vorliegen. Nach dem Treatment zeigen sich signifikante Veränderungen: Die berufstätigen Probandinnen zeigen signifikante Verbesserungen in den Merkmalen Aktivierung, gehobene Stimmung und Deprimiertheit, während die Gruppe der arbeitslosen Versuchspersonen eine signifikante Stimmungsverbesserung in den Faktoren Aktivierung, gehobene Stimmung, Ruhe, Erregtheit, Deprimiertheit und Energielosigkeit verzeichnet. Die Gruppenunterschiede erweisen sich ebenfalls als signifikant. WANDKE (1994, 43) schlussfolgert mit dem Blick auf die fragwürdige Stabilität und Wiederholbarkeit des Effektes in vergleichbaren Stresssituationen des Lebens, dass Personen, „die sich in einer problematischen Lebenssituation befinden, zumindest aktuell von sportlicher Aktivität profitieren können.“

¹⁷ Die Probanden wiesen keine schwerwiegenden orthopädischen oder internistischen, wohl aber allgemein psycho-vegetative Erkrankungen auf (WYDRA, 1996, 112f).

¹⁸ Signifikanzniveau: *p<0.05, **p<0.005

DEIMEL (1999) berichtet anhand seiner Studie mit HIV-Patienten von einer signifikanten Anhebung deren Befindlichkeit in zentralen Subskalen wie Vitalität, intrapsychisches Gleichgewicht und Vigilanz, die in 16 bipolaren Items gemessen wurden, nach der Bewegungsintervention (vgl. Tab. 1-3). Schwerpunktverlagerungen in der Effektsignifikanz zwischen den drei Messzeiträumen führt er auf unterschiedliche inhaltliche Ausrichtungen im sportlichen Programm (z.B. gruppensportliche, spielerische versus körperorientierte Übungsformen) zurück. Für die gering ausfallenden Differenzen in den Unterschiedsmessungen der dritten Messreihe macht DEIMEL (1999, 178) punktuelle Ereignisse wie das Ausscheiden von Mitgliedern angesichts massiver gesundheitlicher Verschlechterung der Probanden verantwortlich. Zur Kompensation derart einschneidender Ereignisse, die in diesem Fall den Probanden das persönliche Schicksal vor Augen führen, gelangt die sportliche Betätigung offenbar an ihre Grenzen.

	Vitalität	Intrapsychisches Gleichgewicht	Soziale Extrapertiertheit	Vigilanz	Summe
1. Messung					
X ₁	14,6	16,4	16,0	14,2	61,2
X ₂	17,7	21,1	17,4	19,6	75,8
p	s	s	n.s.	s	s
2. Messung					
X ₁	14,4	18,3	17,7	15,3	65,8
X ₂	18,9	20,6	20,7	20,1	80,4
p	s	n.s.	n.s.	s	s
3. Messung					
X ₁	16,0	16,8	16,4	16,1	65,2
X ₂	15,7	20,1	17,7	16,2	69,7
p	n.s.	s	n.s.	n.s.	n.s.

Tab. 1-3: Ergebnisse einer Befindlichkeitsmessung vor und nach sportlicher Aktivität (Angaben des Signifikanzniveaus auf dem 5%-Niveau; nach DEIMEL, 1999, 178)

Die beiden englischsprachigen Untersuchungen dieses Erkenntnisüberblicks stellen sich als standardisierte Befragungen auf der Basis von in der deutschen Sportforschung vergleichsweise unbekanntem Fragebogenskalen dar. Während HAYES & ROSS (1986) eine Variante des Langner-Index¹⁹ zur Analyse des Wohlbefindens mit Eigenentwicklungen zu Fragen nach sportlicher Aktivität, subjektiver körperlicher Gesundheit und dem Quetelet-Index zur Messung der Körper-Gewicht-Relation kombinieren, verwenden WETZLER & URSANO (1988) bewegungsrelevante Elemente des Health Practices-Index nach BELLOC/BRESLOW und den Psychological Well-Being-Index nach BERKMAN zur Messung des psychischen Wohlbefindens. HAYES & ROSS (1986) können anhand einer repräsentativen Telefonstichprobe nachweisen, dass über die gesamte Population signifikante Positiveffekte zwischen sportlicher Bewegung und psychischem Wohlbefinden auftreten. Allerdings müssen sie akzentuierend fest-

¹⁹ Darin sind Fragen zum allgemeinen Besorgnisniveau, psychischen Stress und Angstzustand enthalten, die auf einer vierstufigen Skala (oft-manchmal-selten-nie) erhoben werden.

stellen, dass diese in den sozial höheren Schichten geringer ausfällt, da hier von einem geringeren Stresspotential bei gleichzeitig effektiven Coping-Strategien und höherem Ausgangsniveau in der psychischen Gesundheit ausgegangen wird (vgl. HAYES & ROSS, 1986, 397). Daneben stellten sie einen signifikanten, positiven Zusammenhang zwischen psychischen Wohlbefinden und subjektiver physischer Gesundheit (bivariater Korrelationskoeffizient: .168*) fest, während sich der Faktor Übergewicht nicht auf das Wohlbefindenskonstrukt auszuwirken scheint. Dies gilt für alle sozialen Schichten.

Bemerkenswert an dieser Studie ist neben der gesicherten Repräsentativität auch der Einsatz rein subjektiver Items zur Erfassung von Gesundheitsmaßen. Diese Methodenform ist in der sozialwissenschaftlichen Forschung als probate Variante zur Feststellung gesundheitlicher Größen zwischenzeitlich weit verbreitet und wird auch in der vorliegenden Untersuchung eine zentrale Rolle spielen.

Anhand der Reanalyse von Daten zum Gesundheitsverhalten von Air-Force-Angestellten weisen WETZLER & URSANO (1988) einen signifikanten Zusammenhang von sportlicher Betätigung und psychischem Wohlbefinden, das auf einem Summenscore zwischen 0 und 7 gemessen wurde, nach (vgl. Tab. 1-4). Allerdings stellt dieses Ergebnis nur einen Teil der Studie dar, denn deren Zielsetzung bestand nicht explizit in einer Klärung der Wechselwirkung von Sport und Wohlbefinden, sondern setzte eine Itemvielfalt zur Messung des Gesundheitsverhaltens ein, wofür sportliche Bewegung unter anderem operationalisiert wurde. Dennoch können auch diese Ergebnisse bereits konstatierte Tendenzen bestätigen.

Sportliche Aktivität	Psychisches Wohlbefinden	R ²	Positive Stimmung	R ²	Negative Stimmung	R ²
Mehr	4.31**	0.38	3.57**	.13	3.32**	.045
Ebenso viel	4.24		3.52		3.28	
Weniger	4.12		3.44		3.26	

Tab. 1-4: Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden (Mittelwertsangabe mit Signifikanzen auf dem 5%-Niveau; nach WETZLER & URSANO, 1988, 281)

1.1.3.3 Das Selbstkonzept als theoretischer Bezugsrahmen

Bevor eine theoretische Reflexion über menschliches Gesundheitsverhalten geleistet werden kann und um die erörterten Aspekte subjektiver Gesundheitskonzepte verorten zu können, soll eine überblicksartige Zusammenschau zum heuristischen Bezugsrahmen des Selbstkonzeptes geboten werden. Als „Mutterdisziplin“, der die Selbstkonzeptforschung entstammt, gilt die Soziologie. Von dort aus hat sie sich in den vergangenen Jahren angesichts unterschiedlicher Forschungsansätze und Fragestellungen insbesondere aus der psychologischen Forschung, die sich mit ihr befassten, stark weiterentwickelt (FILIPP, 1984). Wesentliche Impulse gingen in neuerer Zeit von den Arbeiten der Forscherinnen und Forscher BELZ-MERK (1995), FALTERMAIER (1994), FUCHS, HAHN, JERUSALEM, LEPPIN, MITTAG & SCHWARZER (1989), MARKUS & WURF (1987) sowie MRAZEK & HARTMANN (1989) aus. Mit diesen und anderen Studien konnten zentrale Elemente, Bedingungsstrukturen und Funktionen des Selbst-

konzeptes auf dem Weg zu einer einheitlichen, integrativen Theorie, wie sie FILIPP noch Anfang der 1980er Jahre vermisst hat (vgl. FILIPP, 1984, 9) formulieren und stützen. Definiert wird es als das Wissen über das eigene Selbst, welches konstituiert wird durch relativ stabile Selbstschemata. Jedes Individuum verfügt demnach über eine naive Theorie seiner eigenen Person, in welcher Einstellungen zu eigenen Fähigkeiten und Eigenschaften, dem Verhalten und Handlungsmöglichkeiten integriert sind und in ihrer Bedeutung für das eigene Selbst beurteilt vorliegen.

Seine Ausformung erfährt das Selbstkonzept in der Auseinandersetzung der Person mit seiner Umwelt. Dies schließt insbesondere Rückmeldungen aus Vergleichen mit anderen Personen, Gruppen und sozialen Normen ein. Die Informationen aus derartigen Vergleichsprozessen im Verlauf der individuellen Sozialisation werden vom Individuum verarbeitet und führen gegebenenfalls zu Erweiterungen oder Änderungen im Selbstkonzept. Als gespeicherte Werthaltungen und Erfahrungen wird das Selbstkonzept handlungsrelevant, wenn es um die Steuerung, Planung und Kontrolle des eigenen Verhaltens geht. Nach MRAZEK & HARTMANN (1989) kommt in diesem Entwicklungsprozess der Körperlichkeit erhebliche Bedeutung zu, da diese den ersten Kanal bei der Sammlung von Erfahrungen darstellt.

Das Modell eines dynamischen Konzeptes vom Selbst (MARKUS & WURF, 1987) hat sich in der relevanten Forschung mittlerweile weit verbreitet und ausdifferenziert. In diesem Verständnis konstituiert sich das Selbstkonzept eines Individuums durch eine Anhäufung von Selbstrepräsentationen, welche in unterschiedlichen Qualitäten (motorisch, sensorisch, semantisch, neuronal) und differierenden Funktionen vorliegen können (ebd.).

Die Aktivierung solcher Repräsentationen ist von der Reizqualität aus der Umwelt und der persönlichen Motivationslage eines Individuums abhängig (vgl. ebd., 1987, 314). Im Verständnis der schematheoretischen Ansätze bilden artverwandte Selbstrepräsentationen Selbstschemata aus. Selbstschemata können damit bezeichnet werden als „affektiv-kognitive Strukturen, die kreativ und selektiv auf der Basis eigener Erfahrungen in einem bestimmten Bereich konstituiert werden.“ (BELZ-MERK, 1995, 99) Eine solche Struktur umfasst das Gesundheitsschema, das für diesen Bereich relevante Informationen verarbeitet. Die Konstitution von Selbstrepräsentationen und Selbstschemata wird üblicherweise mit einem hierarchischen Netzwerk wiedergegeben, in welchem sie in Abhängigkeit ihrer Zentralität (zentral, gut elaboriert bis peripher), Valenz (positiv oder negativ), ihres Realisierungsstatus (Ist- oder Soll-Zustand), Temporalbezugs (Bezug zur Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft) und Inhalts koordiniert sind (FUCHS ET AL., 1989; MARKUS & WURF, 1987). Daneben unterscheiden sich Selbstschemata hinsichtlich ihres funktionalen Aspekts, der emotions- und motivationsbildend, sowie handlungssteuernd ausfallen kann. Als Repräsentationen des eigenen Selbst enthalten sie Werthaltungen und Selbst-Kognitionen und regeln die Verarbeitung selbstrelevanter Informationen aus der Umwelt. Eine Aktivierung von Verhalten tritt aber nur dann ein, wenn Rückmeldungen oder kognitiv-affektive Informationen als selbstrelevant eingestuft werden, also die nötige Zentralität in der Selbststruktur aufweisen (FUCHS ET AL., 1989). Eine mögliche Handlungsrelevanz hängt darüber hinaus von deren Aufgaben- und Situationsspezifität ab. Dazu muss ergänzt werden, dass von einer Dreischichtigkeit der Selbstrepräsentationen und –schemata ausgegangen wird, die sich auf eine vergangenheits- (biografisches Selbstkonzept), eine gegenwarts- (aktuelles Selbstkonzept) sowie eine zukunftsbezogene Einheit des Selbstkonzepts bezieht (MARKUS & WURF, 1987). Dem aktuellen Selbstkonzept (working

self-concept) sind dabei Repräsentationen zugeordnet, die in einer aktuell-affektiven Situation von Bedeutung sind und in einer spezifischen Sozial-, Aufgaben- und Zielsituation die gegenwärtige Form des Selbstkonzeptes ausmachen. Demgegenüber zeichnet sich das biografische Selbstkonzept als eine Art Repräsentationen-Archiv aus, das von Erfahrungen und sozialen Informationen aus dem individuellen Leben geprägt ist, während das zukunftsbezogene Selbstkonzept übergeordnete Ziele, Vorstellungen, aber auch Ängste die Zukunft betreffend beinhaltet. Diese Selbstrepräsentationen referieren zu einem zukünftigen Selbstbild und beeinflussen als kognitive Strukturen die Motivation und damit das zielorientierte Verhalten (BELZ-MERK, 1995). In Korrespondenz zu übergeordneten Lebenszielen bilden diese Selbst-Repräsentationen dann handlungsrelevante Ziele ab, wenn sich das Individuum aus globalen Vorstellungen über das, was es zukünftig sein oder eben nicht sein möchte, konkrete Ziele setzt und formuliert (MARKUS & WURF, 1987). Damit konstituiert sich die Vorstellung von einer dynamisch-aktiven Struktur des Selbstkonzeptes, die durch interaktive Prozesse mit der Regulation des menschlichen Verhaltens verbunden ist und so Erklärungsmodelle für konkurrierende und unterstützende Elemente auch im menschlichen Gesundheitsverhalten liefern kann (BELZ-MERK, 1995; FUCHS ET. AL., 1989).

Von MARKUS & WURF (1987) wird darüber hinaus die Unterscheidung zwischen intrapersonalen und interpersonalen Prozessen hinsichtlich eines Einflusses des Selbstkonzeptes auf das Verhalten vorgenommen. Im intrapersonalen Bereich betrifft dies den Aspekt der Verarbeitung das Selbst betreffende Informationen, der Affektregulation und Motivationsprozesse, während im interpersonellen Bereich das Selbstkonzept das Verhalten in sozialen und zwischenmenschlichen Prozessen kontrolliert (vgl. Abb. 1-1).

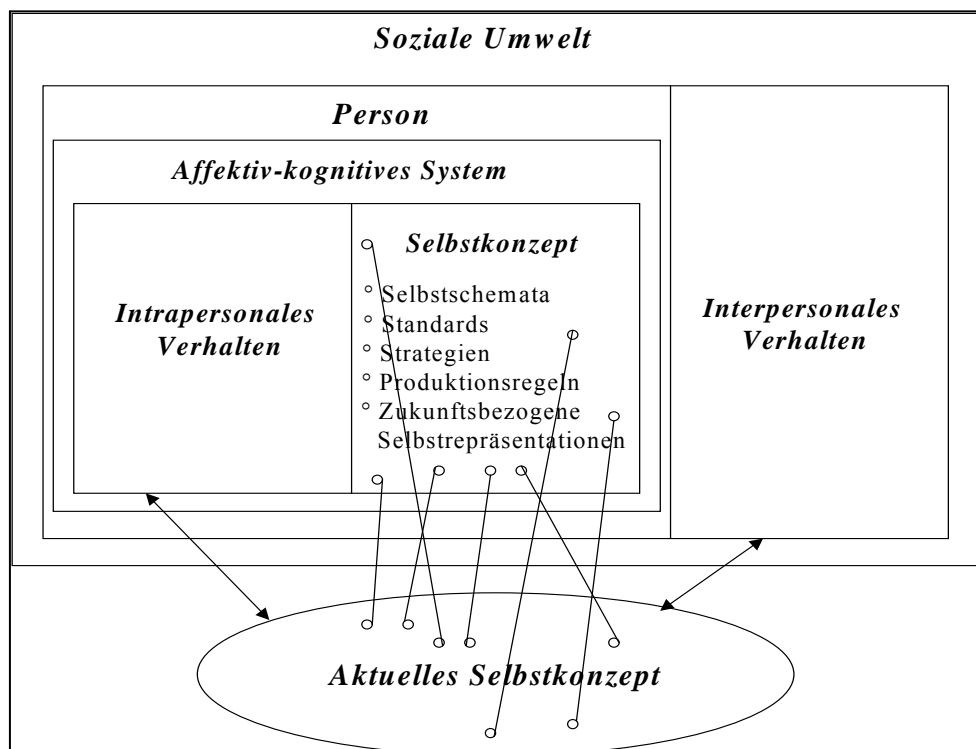


Abb. 1-1: Das dynamische Selbstkonzept (nach MARKUS & WURF, 1987, 315; übers. durch die Verf.)

Das Gesundheitsschema im Selbstkonzept

In der theoretischen Annahme eines dynamischen Selbstkonzepts adaptieren FUCHS ET AL. (1989) für eine sozial-kognitive Theorie zum Gesundheitsverhalten Elemente des Health belief-Modells (Kern-elemente dieses Modells finden sich in Abschnitt 1.2.1 *Theoretische Modelle zum Gesundheitsverhalten* erläutert.), wonach einer gesundheitsorientierten Umgestaltung der Lebensweise die Aufstellung einer Kosten-Nutzen-Bilanz vorausgeht (FUCHS ET. AL., 1989, 32ff). Der Abwägungsprozess bezieht physische, psychische und soziale Wohlbefindensstrukturen mit ein und stellt als positiv und negativ empfundene Konsequenzen eines Gesundheitsverhaltens gegenüber (Süßigkeitenentsagung → Risikofaktor Übergewicht reduzieren und damit Lebensverlängerung versus schmerzhafter Verzicht). Dieses theoretische Element liefert Erklärungsansätze für vermeintliche Inkonsequenzen und konkurrierende Interessen im Verhalten, die sich z.B. in der Aufrechterhaltung oder Aufnahme eines Risikoverhaltens (z.B. Rauchen) äußert, da antizipierte Gewinne für das soziale Wohlbefinden überwiegen (z.B. Anerkennung in der Peer-group). Überdauernde Ergebnisse aus diesen Entscheidungsprozessen wirken auf der Ebene des Selbstkonzeptes fort.

Gleichzeitig muss in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Motivation und Volition betrachtet werden. Der motivationale Anreiz für ein gesundheits- oder risikoorientiertes Verhalten referiert zunächst auf unmittelbare Positiveffekte, die sich in zeitlicher Nähe befinden. Der Ausblick auf Verhaltenskonsequenzen (z.B. möglicher Lungenkrebs beim Risikoverhalten Rauchen), die in einer unter Umständen sehr viel späteren Lebensphase aktuell werden, wirkt weniger verhaltenssteuernd als direkt erlebbare angenehme Handlungen und Zustände (z.B. Entspannungseffekte beim Rauchen).

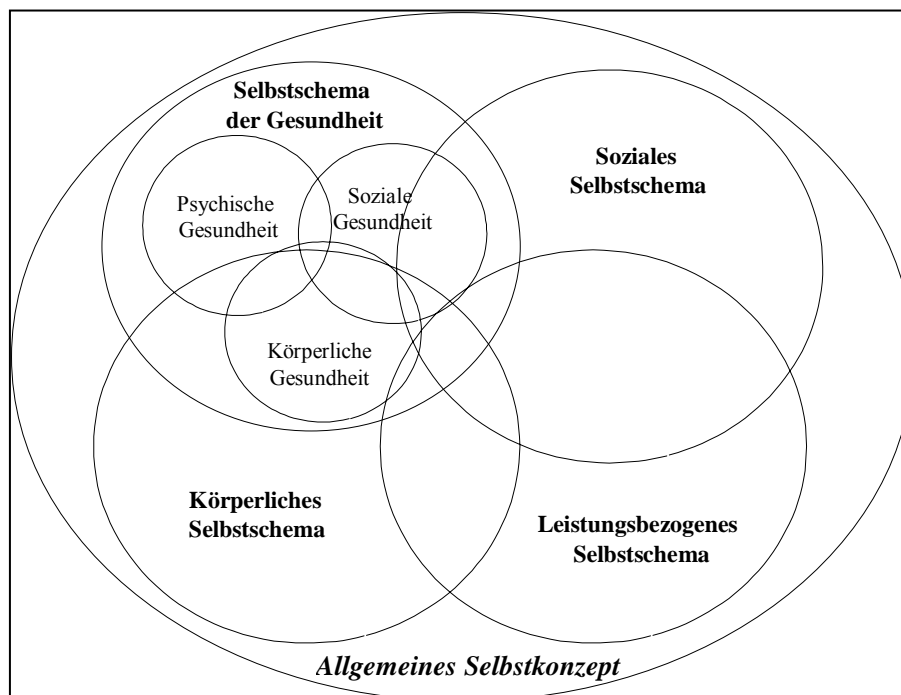


Abb. 1-2: Integration des Gesundheitsschemas in das allgemeine Selbstkonzept in Interpretation von FUCHS ET. AL. (1989) (nach BELZ-MERK, 1995, 109)

Während die Motivationsphase bei der Integration gesundheitsorientierter Verhaltensweisen in das Lebenskonzept als realitätsorientiert gilt, setzt in der Volitionsphase (Ausführung und Aufrechterhaltung von Handlungsintentionen) eine an der Realisierung orientierte Handlungskontrolle ein

(HECKHAUSEN, 1989). Diese Prozesse greifen im mehrdimensionalen Strukturmodell des Selbstkonzeptes in den Bereichen soziales, körperliche und leistungsbezogenes Selbstschema an und steuern das Verhalten in Abhängigkeit vom jeweiligen Elaboriertheitsgrad der einzelnen Schemata. FUCHS ET AL. (1989) erkennen in diesen drei Selbstschemata die wesentlichen, sich überlappenden Kategorien des Selbstkonzeptes, in welche mit Überschneidungen und Teilmengen Kognitionsbereiche zu anderen Subschemata (z.B. Ernährungsschema) integriert werden. Das Gesundheitsschema, als nebengeordnete vierte Einheit von Selbstrepräsentationen, wird seinerseits konstituiert durch die Subschemata körperliche, psychische und soziale Gesundheit (vgl. Abb. 1-2).

Wesentliches Element im Motivierungsprozess ist die Diskrepanz von Realselbst und Idealselbst, die als Quelle eines Handlungsanreizes dann wirken kann, wenn der Überlappungsbereich entsprechend gering, die Selbstwirksamkeitserwartung als positiv definiert und die jeweiligen Subschemata ausreichend elaboriert sind (MARKUS & WURF, 1987). Dabei wird davon ausgegangen, dass eine fehlende Übereinstimmung des wahrgenommenen Realselbsts (z.B. Ich bin dick.) mit dem Idealselbst (z.B. Ich möchte schlank sein.) bei Einfluss einer Wissensebene (Bewegungs- und Ernährungsumstellung reduziert Gewicht) als Motivationsfaktor zur Aufnahme entsprechender Verhaltensweisen (Aufnahme einer sportlichen Aktivität und einer Diät) führen kann (FUCHS ET AL., 1989). Derartige Bewertungsprozesse betreffen sowohl die Aspekte der physischen als auch der psychischen und sozialen Gesundheit.

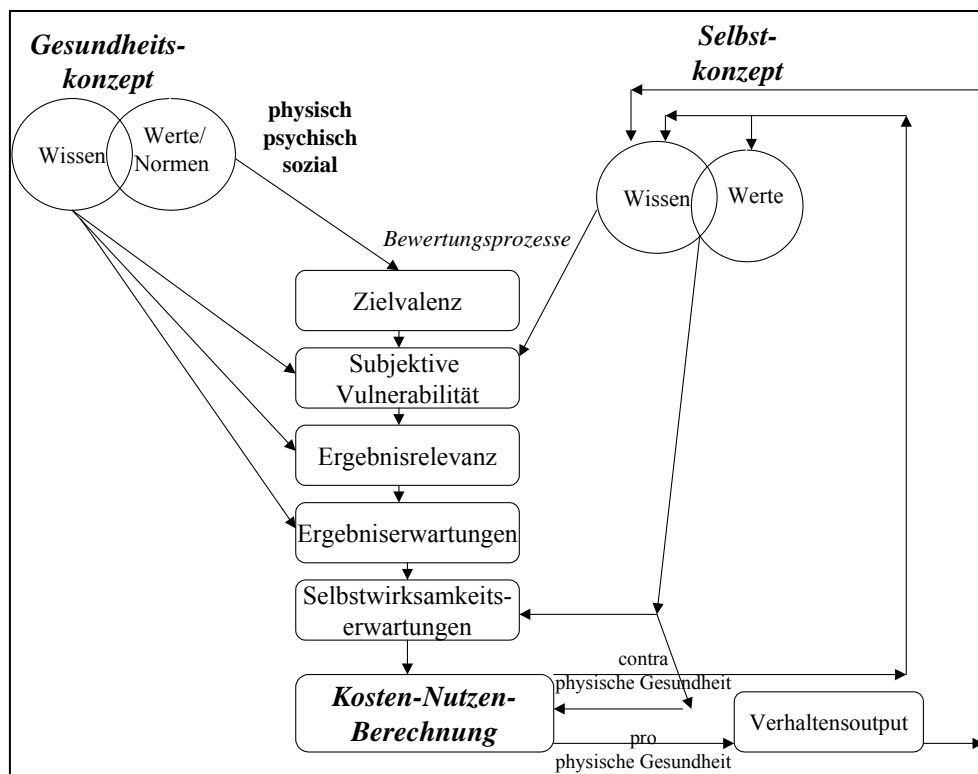


Abb. 1-3: Determinanten gesundheitsrelevanter Entscheidungen (nach FUCHS ET AL., 1989, 34)

Nach FUCHS ET AL. (1989, 32ff) gehen einem reagierenden Verhalten weitere Entscheidungsprozesse voraus: Auf der Basis kognitiven Wissens und gesellschaftlicher Normen erfolgt eine Einschätzung der eigenen (physischen) Gesundheit. In Verbindung mit einer Bewertung der subjektiven Vulnerabilität, die auf der Grundlage der Überzeugung von im eigenen Lebenswandel und eventuell durch famili-

äre Vorbelastungen vorhandenen Risikofaktoren erstellt wird, wird die Ergebniserwartung formuliert (Kenntnisse über den Krankheits- bzw. Risikofaktorenzustand und Aussichten geeigneter präventiver oder rehabilitativer Verhaltensweisen). Auch die gekoppelte Selbstwirksamkeitserwartung (Fähigkeit zur Handlungsumsetzung) stellt eine Voraussetzung für eine Handlungsaufnahme dar; FUCHS ET AL. (1989, 33f) postulieren die Notwendigkeit einer Bejahung der genannten Bewertungsbereiche für ein gewünschtes gesundheitsorientiertes Verhalten (vgl. hierzu Abb. 1-3).

Kommt es bei den Erwägungen einer Verhaltensänderung mit dem Ziel einer Verbesserung des physischen Wohlbefindens zu Kollisionen mit Interessen des sozialen oder psychischen Gesundheitszustandes, wird eine Kosten-Nutzen-Abwägung angenommen, die u.U. auch zu einem Beibehalten gesundheitsgefährdenden Verhaltens führen kann.

Zusammenfassend lassen sich folgende zur Einordnung der vorliegenden Studie wesentliche Aspekte der Gesundheitskonzeptforschung festhalten:

- Die Ausführung eines gesundheitsorientierten Verhaltens hängt von kognitiven Abwägungsprozessen zur subjektiven Vulnerabilität, sowie von der perzeptierten Kompetenz- und Konsequenz-erwartung ab. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Wahrscheinlichkeit des Handlungsvollzugs um so höher ist, je größer das Maß der Einzelfaktoren ist.
- Wesentliche Beiträge zur Handlungsmotivierung liefern im Sozialisationsprozess erworbene Werthaltungen und Einstellungen zu persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten sowie kognitive Strukturen zum Vorwissen bezüglich der antizipierten gesundheitsorientierten Verhaltensweise.
- Voraussetzung für gesundheitsorientiertes Verhalten bildet auch die Elaboriertheit des Gesundheitsschemas bzw. der Grad der Gesundheitsbedeutung für ein Individuum. Erst wenn der Gesundheit ein hoher Stellenwert zugeordnet wird, ist die Aufnahme und Aufrechterhaltung eines Gesundheitsverhaltens erreichbar.

1.2 Gesundheitsverhalten als komplexes Forschungsfeld in Theorie und Praxis

In Ergänzung zu den voran gegangenen getroffenen Modellannahmen zum Gesundheitsverhalten auf der Basis der Theorien von BELZ-MERK (1995), FUCHS ET AL. (1989) und HECKHAUSEN (1980) sollen im nun folgenden Abschnitt wesentliche und grundlegende Theorien als Basis der Diskussion um die Bestimmung und Vorhersagbarkeit menschlichen Gesundheitsverhaltens aufgezeigt werden. Dabei ist eine umfassende Zusammenschau von verfügbaren Theorien nicht intendiert. Sinnvoller für ein Verständnis der sozialkognitiven Verhaltensmodelle und dem vorliegenden Untersuchungsgegenstand erscheint die Bestimmung zentraler Faktoren und theoretischer Zusammenhänge, um einen Zugang zu Merkmalen und Prozessen in gesundheitsförderndem Verhalten zu erreichen. Einen kritischen Überblick zu gängigen Verhaltenstheorien in diesem Themenbereich liefern FUCHS (1997), SCHWARZER (1996) und in reduzierter Form auch BENGEL (1993).

Auf diesem Weg sollen zum einen globale Theorien, die sich in generis ihrer Entwicklung weniger dem Gesundheitsverhalten verpflichtet fühlen, als vielmehr übergeordnete theoretische Überlegungen zur Verhaltensmotivation darstellen und für den Komplex „Gesundheitsverhalten“ adaptierbar erscheinen (SCHWARZER, 1996), ebenso Berücksichtigung finden, wie „Klassiker“ unter den Gesundheitsverhaltenstheorien. Zur Gruppe der ersteren zählen die Theory of Reasoned Action von FISHBEIN & AJZEN (1975) bzw. die Theory of Planned Behavior (AJZEN, 1988) und das Konstrukt der Selbst-

Selbstwirksamkeits- bzw. Konsequenzerwartung von BANDURA (1969; 1986). Aus der Gruppe der letzteren werden das Health Belief-Model von ROSENSTOCK (1990) sowie die Protection Motivation Theory von ROGERS (1975) betrachtet.

1.2.1 Weitere Theoretische Modelle zum gesundheitsorientierten Verhalten

Die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior)

bzw. Theorie der Handlungsveranlassung (Theory of Reasoned Action)

Die Theorie des geplanten Verhaltens (AJZEN, 1988) stellt eine Überarbeitung und Erweiterung der Theory of Reasoned Action von FISHBEIN & AJZEN (1975) dar. Deshalb soll in einer ersten Näherung letzteres Modell im Überblick erläutert werden, um anschließend die Folgetheorie zu betrachten.

Der Theory of Reasoned Action von FISHBEIN & AJZEN (1975) ist nicht das Forschungsziel einer globalen Handlungsforschung zu eigen, sondern sie intendiert die Erklärung willentlicher Handlungsprozesse. Jede Handlung, die vom Individuum willentlich kontrolliert ist, ist auf eine Intention zurückzuführen, die die Ausführung dieser Handlung determiniert. Ein sportliches Aktivierungsprogramm aufnehmen zu wollen kann eine solche Handlung darstellen, Spontaneinkäufe bei einem Stadtbummel durch Verkäufersuggestion, die zuvor nicht eingeplant waren und bei denen man u.U. auch nach dem Kauf noch nach dem wahren Nutzwert fragt, gehören eher nicht zum willentlich kontrollierten Verhalten. Das FISHBEIN-AJZEN-Modell postuliert die Möglichkeit, dass sich gezeigtes Verhalten auf eine jeweils entsprechende Intention zurückführen und vorhersagen lässt, was umso präziser erfolgen kann, je zeitnaher die Intentionsmessung zum Verhalten geschieht und je präziser dieses formuliert ist. Liegt zwischen der Intentionfassung (Absichtserklärung) und dem gezeigten Verhalten ein gewisser zeitlicher Abstand, muss mit verhaltensändernden Ereignissen gerechnet werden (FISHBEIN & AJZEN, 1975). Die Intention, zur wöchentlichen Gymnastikstunde zu gehen - am Morgen gefasst -, wird bis zum Abend vielleicht nicht in die Tat umgesetzt, weil ein Abendessen mit der Familie verlockender erscheint, ein alter Bekannter anruft oder der Sportpartner absagt. Dererlei Barrieren können auch durch negative (Die vergangenen Übungsstunden haben keinen Spaß gemacht.) oder fehlende Vorerfahrungen (noch nie eine spezifische Gymnastik betrieben) den Schritt von der Intention zur Handlung vereiteln. FISHBEIN & AJZEN (1975, 370f) zählen darüber hinaus die Abhängigkeit eines intendierten Verhaltens vom erfolgreichen Absolvieren eines anderen Verhaltens (Zur Universität gehen setzt das Bestehen des Abiturs voraus.) oder vom Verhalten anderer (z.B. Anmeldung bei einer Fortbildungsveranstaltung nur, wenn die Arbeitskollegin dies auch tut) dazu.

Ungenauere oder fehlschlagende Verhaltensvorhersagen werden daneben durch unpräzise Verhaltensdefinitionen provoziert. Das Ziel „mehr Sport zu treiben“ kann für viele Handlungen stehen: mit dem Fahrrad statt mit dem Auto zur Arbeit zu fahren, einem Sportverein beizutreten, täglich zu joggen statt fern zu sehen, Wanderurlaub statt Strandurlaub zu machen etc. Je höher aber die Übereinstimmung hinsichtlich der Genauigkeit von Intention und Verhalten, desto höher auch die Vorhersagewahrscheinlichkeit (vgl. FISHBEIN & AJZEN, 1975, 370).

Im FISHBEIN-AJZEN-Modell wird die Intention als abhängig von zwei Faktoren betrachtet, der Attitüde (Einstellung) und der subjektiven Norm (vgl. Abb. 1-4). Die Attitüde gibt die Einstellung des Individuums zu einem Verhalten wieder, die das gefühlsmäßige Ergebnis intrapersonaler Evaluationen bildet:

„An attitude represents a person's general feeling of favorableness or unfavorableness toward

some stimulus object. (...) [A]s a person forms beliefs about an object, he automatically and simultaneously acquires an attitude toward that object. Each belief links the object to some attribute; the person's attitude toward the object is a function of his evaluations of these attributes.“ (FISCHBEIN & AJZEN, 1975, 216)

Diese Determinante nimmt demnach eine Brückenstellung zwischen Kognitionen und Emotionen über das Verhalten (die in die Einstellung münden) und der Intention (zu der die Einstellung führen kann) zur Handlung ein. Gegenüber anderen Theorien der Einstellungsforschung steht hier jedoch nicht die Einstellung gegenüber Objekten (z.B. Zigaretten) oder Personen (z.B. Raucher), sondern im Bezug auf das eigene Verhalten (z.B. Dass ich rauche, finde ich gut/schlecht.) im Zentrum des Interesses.

Als zweite Intensionsdeterminante wird die subjektive Norm postuliert, die auf die soziale Umwelt verweist und damit den Fokus aus der personalen auf die interpersonelle Einstellung gegenüber einem (nicht) gezeigten Verhalten verlegt. Die subjektive Norm gilt als Größe für den wahrgenommenen sozialen Druck ein Verhalten zu zeigen oder eben nicht zu zeigen. Da es sich hierbei um eine erlebte Größe und keine objektiv messbare Determinante handelt, kommt den Teilnehmern des direkten Umfelds eines Individuums und dessen Vorstellung von den Erwartungen und Meinungen dieses sozialen Umfelds eine große Bedeutung zu (z.B. „Meine Freunde halten es für wichtig, dass ich abnehme.“). Die beiden Determinanten werden in der FISHBEIN-AJZEN-Theorie in einem additiven Zusammenhang interpretiert, der eine Verhaltensintention dann als hoch einstufen lässt, wenn die Person das Verhalten positiv bewertet und glaubt, wichtige Menschen des sozialen Netzes erwarten dieses Verhalten (FISHBEIN & AJZEN, 1975). Das Beitragsmaß der Determinanten subjektive Norm und Einstellung zur Intention muss dabei nicht gleich verteilt sein. Es gilt also als denkbar, dass ein Individuum eine derart starke Orientierung an der sozialen Größe aufweist, dass eigene Interessen bzw. Überzeugungen in den Hintergrund rücken.

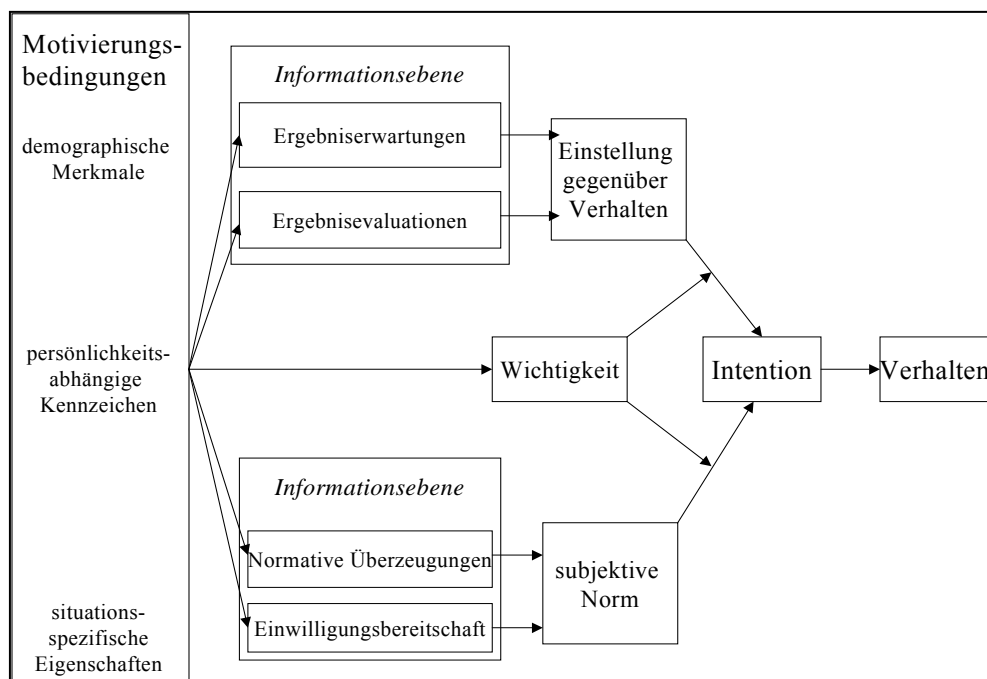


Abb. 1-4: Das Modell zur Theory of Reasoned Action (mod. nach: FISCHBEIN & AJZEN, 1975, 334; übers. durch die Verf.)

Die Determinanten Einstellung und subjektive Norm wiederum werden auf der Basis von Informationsverarbeitungsprozessen und kognitiven Evaluationen gebildet. Auf der Seite der Einstellung betreffen diese behaviorale Ergebniserwartung sowie Ergebnisevaluationen, auf der Seite der subjektiven Norm sind normative Überzeugungen und Einwilligungsbereitschaft zu nennen.

Behaviorale Ergebniserwartungen können als Überzeugungen von den Konsequenzen eines Verhaltens (z.B. Wenn ich regelmäßig Rückengymnastik mache, verbessert sich mein Schmerzzustand.) gekennzeichnet werden. Jede Erwartung an ein Verhalten ist also mit einem bestimmten Ergebnis (outcome) des Verhaltens verknüpft, welches wiederum in einem Evaluationsprozess bewertet wird (vgl. AJZEN, 1988, 120). Diese Modellannahme erinnert stark an die unten darzustellende Theorie von der Konsequenzüberzeugung BANDURAS, die Bestandteil der meisten sozial-kognitiven Gesundheitsverhaltens-theorien ist (siehe Ausführungen zur sozial-kognitiven Theorie nach FUCHS ET AL., 1989, im voran gegangenen Abschnitt). Die Determinante „Einstellung“ wird auf der Basis vieler solcher „behavioral beliefs“ gebildet. Voraussetzung zu deren „Verrechnung“ ist allerdings ihre Eigenschaft als „salient“, also als subjektiv relevant für das Individuum.

Vergleichbare Strukturen und Determinationsprozesse werden für die Größe der subjektiven Norm angenommen: Normative Erwartungen (normative beliefs) repräsentieren die Antizipation des Individuums dessen, was zentrale Bezugspersonen bezüglich eines bestimmten Verhaltens erwarten. Der Unterschied zwischen subjektiver Norm und normativen Überzeugungen besteht in der Ebene der Generalisierung: Während sich normative Überzeugungen explizit auf entscheidende soziale Netzeinheiten (z.B. Eltern, Ehepartner, Freundin) beziehen, handelt es sich bei der subjektiven Norm um die Überzeugung zu generalisierten Vorstellungen von Gruppen oder Personenverbänden. Auch hier erfolgt eine Bewertung der Erwartungen hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Individuum, die in die Einwilligungsbereitschaft (motivation to comply) münden. Die Theory of Reasoned Action erkennt als zentrale Determinanten menschlichen Verhaltens subjektive und normative Überzeugungen, mit deren Kenntnis sich Verhalten vorhersagen lässt.

Eingeschränkter Einfluss wird demographischen Merkmalen, persönlichkeitsabhängigen Kennzeichen und situationsspezifischen Eigenschaften zugewiesen, die als externe Variablen angeordnet sind und nach FISHBEIN & AJZEN (1975) lediglich Wirkung auf die Überzeugungsbildung entfalten können.

FUCHS (1997) attestiert dem Modell von FISHBEIN & AJZEN große Anwendungspopularität in der sport- und gesundheitspsychologischen Forschung, die sich auf präzise Operationalisierungsanweisungen zurückführen lässt (vgl. FUCHS, 1997, 97). Gleichwohl darf eine entscheidende Schwachstelle dieser Theorie nicht übersehen werden, die sich auf die Beschränkung der Verhaltensvorhersage von Handlungen, die unter vollständiger willentlicher Kontrolle des Individuums stehen, bezieht. Mit der Theory of Planned Behavior (Modell des geplanten Verhaltens) reagierten die Forscher auf diese Kritik und versuchen darin Verhaltensgesetzmäßigkeiten Rechnung zu tragen, die von der Existenz adäquater Gelegenheiten und interner oder externer Ressourcen abhängen. Das Modell des geplanten Verhaltens kann also auch auf Vorhersagesituationen von Verhalten Anwendung finden, wenn ein Individuum über seine Handlungen nicht die tatsächliche Kontrolle inne hat. Dies ist immer dann der Fall, wenn Einschränkungen in der Handlungsausführung hinsichtlich der Kontrollierbarkeit vorliegen. Werden in der FISHBEIN-AJZEN-Theorie solche Unwägbarkeiten als Hindernisse, unvorhergesehene Ereignisse oder Barrieren mit ihrem indirekten Einfluss auf eine Ausführung der Intention zur

Handlung nur am Rande betrachtet, erhalten sie im erweiterten Folgemodell im Faktor „wahrgenommene Verhaltenskontrolle“ (perceived behavioral control) die Bedeutung einer direkten Einflusskomponente neben den Determinanten der subjektiven Norm (subjective norm) und der Einstellung gegenüber des Verhaltens (attitude toward the behavior) (vgl. Abb. 1-5).

Wie die beiden anderen Intentionalfaktoren wird auch die Verhaltenskontrolle bei AJZEN (1988) auf Kognitionen zurückgeführt. Definiert wird dieser Faktor als „perceived ease or difficulty of performing the behavior“ (AJZEN, 1988, 132), der sowohl vergangene Erfahrungen als auch antizipierte Hindernisse verrechnet. Die Theory of Planned Behavior postuliert eine umso höhere Intention für ein Verhalten, je höher die subjektive Norm sowie je positiver die Einstellung bezüglich des fraglichen Verhaltens und je stärker die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ist.

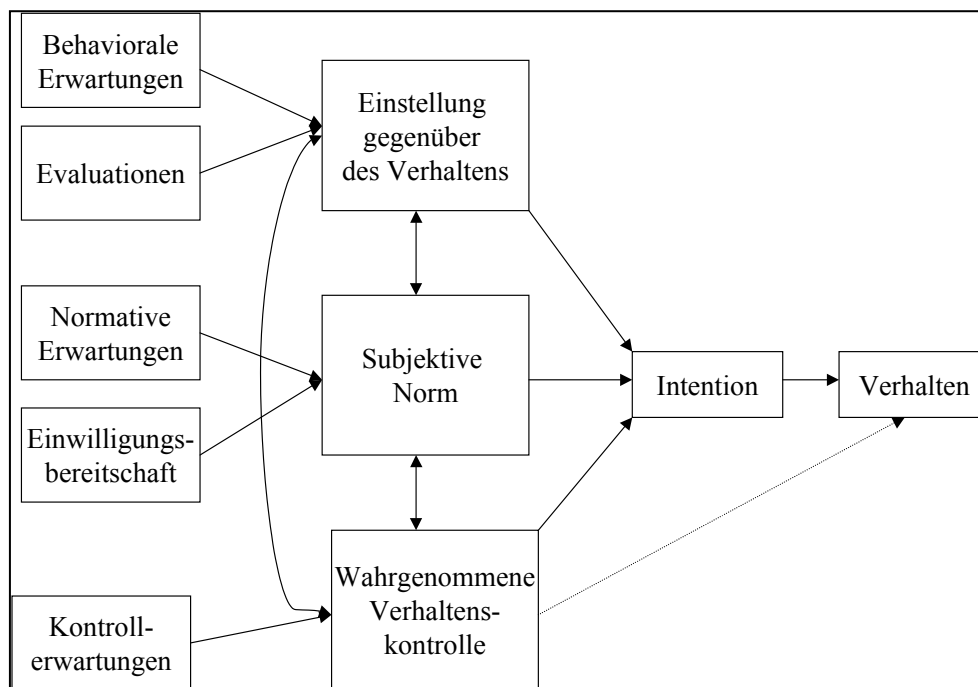


Abb. 1-5: Modell zur Theory of Planned Behavior (nach AJZEN, 1988; übers. durch die Verf.)

Die besondere Leistung des AJZEN-Modells ist die Integration des Faktors Verhaltenskontrolle in eine komplexe Verhaltenstheorie. Nicht von ungefähr sind die konzeptionellen Ähnlichkeiten zwischen AJZENS Verhaltenskontrolle und dem Konstrukt der Selbstwirksamkeit (self-efficacy) bei BANDURA (1986). Allerdings wird bei BANDURA den Elementen der Selbstwirksamkeitstheorie im Gegensatz zur Theorie des geplanten Verhaltens vergleichsweise wenig Interaktionspotential zugewiesen.

Die Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartungstheorie (Self-Efficacy and Outcome-Expectancy Theory)

Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit (self-efficacy) bildet einen zentralen Bestandteil der sozialkognitiven Theorie von BANDURA (1986), in der er die Rolle selbstbezogener Kognitionen in psychosozialen Prozessen erforscht hat. BANDURA (1986, 390f) geht davon aus, dass Diskrepanzen zwischen den Handlungsüberzeugungen in einer spezifischen Situation und dem tatsächlichen Verhalten eines Individuums bestehen können, wenn sich das Individuum nicht in der Lage fühlt, das anstehende Verhal-

ten umzusetzen. Konkret gesprochen wird eine Person, die noch nie in einer Sportgruppe organisiert war, nur dann in ein dauerhaftes Sportprogramm eintreten, wenn sie auch davon überzeugt ist, es aufnehmen und durchhalten zu können. Nach BANDURAS Theorie hemmt in einem solchen Fall die Eigenwahrnehmung von persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten, nach der das eigene Potential für die fragliche Handlungsweise nicht ausreicht, die Handlungsmotivation (vgl. BANDURA, 1986, 390f). Diesen Prozess der Selbsteinschätzung nennt BANDURA Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy belief) und definiert ihn als „people’s judgments of their capabilities to organize and execute courses of action required to attain designated types of performances.“ (BANDURA, 1986, 391) Der Fokus dieses Konstruktes liegt auf der subjektiven Ebene, denn das Ergebnis eines solchen Einschätzungsprozesses ist nicht mit den tatsächlichen Fähigkeiten des Individuums gleichzusetzen, sondern repräsentiert lediglich das eigene Urteil über die persönliche Erreichbarkeit des Handlungsziels. Die Theorie geht ferner davon aus, dass im Zusammenhang mit der Ausführung einer Handlung nicht nur die eigene Kompetenzüberzeugung gebildet wird, sondern auch antizipierte Folgen des Verhaltens bewertet werden. In der Tradition der so genannten Erwartungs-Mal-Wert-Modelle (HECKHAUSEN, 1989) machen eine Handlungsmotivation demnach zwei Faktoren aus: die Selbstwirksamkeits- und die Konsequenzerwartung. Unter Konsequenzerwartung (outcome expectation) versteht BANDURA die Beurteilung der zu erwartenden Folgen eines Verhaltens (vgl. BANDURA, 1986, 391f). Die Überzeugung, ein Wirbelsäulenprogramm durchführen zu können, zählt zur Selbstwirksamkeitserwartung, der Glaube an eine Besserung des Schmerzzustandes zur Konsequenzerwartung. Die Motivation zu einer Handlung entsteht also nur, wenn das Individuum von der Effektivität des Verhaltens überzeugt ist und sich in der Lage sieht, dieses auch durchzuführen.

Die Leistung des Selbstwirksamkeitskonzeptes von BANDURA besteht vor allem in der genauen Analyse des Erwartungsmodells, das in die Elemente Selbstwirksamkeits-, Konsequenz- und Instrumentalitäts-erwartung (Ergebnis-Folge-Erwartung)²⁰ differenziert werden kann.

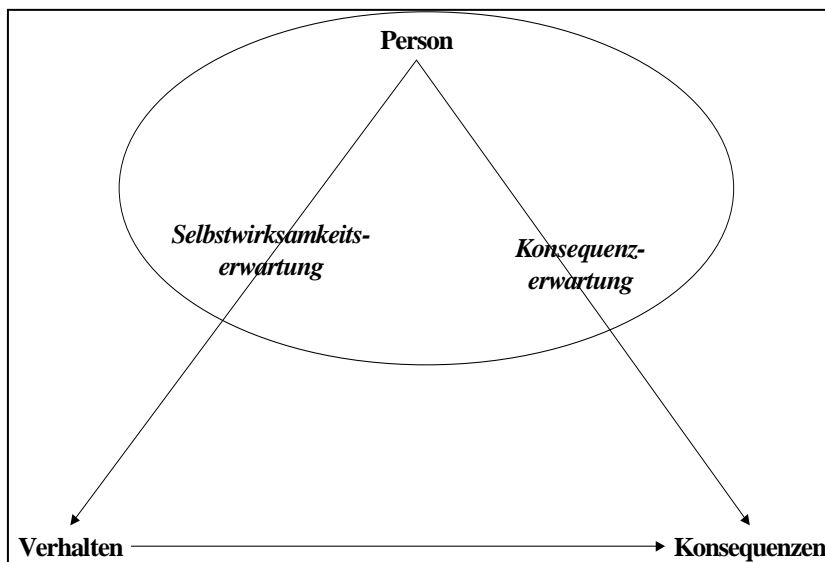


Abb. 1-6: Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartung im menschlichen Verhalten (nach BANDURA, 1986, 390ff)

²⁰ Dieser Erwartungstyp repräsentiert die antizipierten positiven Konsequenzen einer Handlung im Bezug auf persönliche Vorteile oder das Abwenden negativer Folgen. Diese Aussichten werden als Kognitionen gespeichert und beeinflussen so die Handlungsmotivation.

Hinsichtlich der Konsequenzerwartungen unterscheidet BANDURA (1986) soziale, körperliche und selbst-evaluative Folgen einer Handlung. Zu sozialen Konsequenzen zählen z.B. die vermehrte soziale Anerkennung oder auch Ablehnung angesichts einer sportlichen Leistung oder Niederlage, es können auch Lob und Bestrafung darunter subsumiert werden. Körperliche Folgen meinen neben physischem Wohlbefinden auch Schmerzen oder Erschöpfung und Fitness. Menschliches Verhalten determiniert sich jedoch nicht nur durch das Repertoire an Verhaltensregeln oder Konsequenzerwägungen, sondern wird auch mitbestimmt durch selbstbezogene Werthaltungen und Ziele. D.h. das Individuum bezieht nicht nur erwartete Konsequenzen in die Handlungsentscheidung ein, es erfolgt darüber hinaus eine subjektive Bewertung der Handlungsfolgen hinsichtlich eines möglichen Zugewinns an Selbstwertgefühl, Stolz, Enttäuschung oder Unzufriedenheit mit sich selbst. Diese wahrgenommenen Verhaltenskonsequenzen führt BANDURA als selbst-evaluative Konsequenzen auf, um damit zu kennzeichnen, dass sich der Mensch bei Handlungsentscheidungen auch an deren Beitrag zu seinem Selbstbewusstsein oder Selbstvertrauen orientiert.

Diese durchaus sehr verkürzten und punktuellen Ausführungen zur Selbstwirksamkeitstheorie BANDURAS (1986) sollen als Eingliederungshilfe des Konzeptes in darzustellende bzw. erläuterte Gesundheitsverhaltensmodelle genügen, um Hintergründe und zu Grunde liegende Hypothesen der Theoriebausteine in ihrer Integration in andere Modelle abschätzen zu können.

Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health Belief-Model)

Prägende Impulse für die Entwicklung der Gesundheitsverhaltenstheorien gingen vom Health Belief-Model ROSENSTOCKS (1990) aus, dessen Anfänge in den 1950er Jahren liegen und in der Tradition der so genannten Erwartungs-mal-Wert-Theorien (HECKHAUSEN, 1989) verortet werden. Ausgangspunkt war dabei die Frage nach Bedingungen der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (FUCHS, 1997; LEPPIN, 1994; SCHWARZER, 1996) und die Intention, beobachtbares Verhalten zu erklären. Das Modell konzentriert mögliche Faktoren hierzu auf folgende Voraussetzungen für die Aufnahme eines gesundheitsrelevanten Verhaltens (vgl. Abb. 1-7):

Zunächst wird von einer wahrgenommenen Anfälligkeit (perceived susceptibility) für eine bestimmte Krankheit ausgegangen, die das Maß der individuellen Erkrankungsgefährdung bestimmt. In Anlehnung an die Erwartungs-mal-Wert-Theorien geht man von einer Erhöhung der Handlungsmotivation aus, je höher dieses Risiko eingeschätzt wird. Dieser Faktor alleine motiviert jedoch nicht unbedingt zur Aufnahme einer kosten- und zeitaufwändigen Präventionsmaßnahme – insbesondere dann nicht, wenn es sich um die Gefahr einer Erkältungskrankheit oder ähnliches handelt. Bewertet wird ferner der spezifische Schweregrad der Krankheit (perceived severity), der sich sowohl auf medizinbiologische (z.B. Tod, Schmerzen) als auch auf psycho-soziale Folgen (z.B. Arbeitsplatzverlust, Verlust sozialer Beziehungen) beziehen kann. Die Faktoren Anfälligkeit und Schweregrad ergeben zusammen das Bedrohungserleben bezüglich einer spezifischen Krankheit, worauf sich die Motivation für präventive Verhaltensmaßnahmen gründet. In einem solchen Fall muss eine Wirksamkeitserwartung (expectancies of efficacy of treatment) im Hinblick auf die gebotene Maßnahme vorhanden sein. D.h. das jeweilige Gesundheitsverhalten muss dem Individuum eine effektive Gegensteuerung zum Er-

krankungsrisiko bzw. zur antizipierten Krankheit bieten, bevor die Handlung erfolgt.²¹ In diesem Zusammenhang kommt es zu einer Kosten-Nutzen-Analyse, die mögliche Erfolge der Maßnahme (z.B. Senkung des Lungenkrebsrisikos durch Nichtrauchen), antizipierte Kosten und subjektive Aufwände (z.B. Brechen mit Gewohnheiten, Auswirkungen auf soziales Leben) gegenüberstellt. Ein übergewichtiger Mensch wird ein Diät begleitendes Bewegungsprogramm nach diesem Modell erst dann antreten, wenn der objektive Nutzen der Maßnahme (Reduzierung von Gewicht und damit des Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) den subjektiven Kosten (finanzielle Kosten, Zeitaufwand, Bequemlichkeit) überwiegt. Impuls gebend für Verhaltensänderungen wirken so genannte Handlungsanstöße (cues to action). Darunter werden interne (z.B. Krankheitssymptome, Schmerzen) und externe (z.B. Informationen aus formellen und informellen Quellen) Reize verstanden, die eine Bewertung oder Veränderung in der Bewertung der Bedrohung durch eine Krankheit auslösen könnten. An der Einflussperipherie werden im Health Belief-Model demographische (z.B. Alter, Geschlecht) und soziopsychologische (z.B. Persönlichkeit, soziale Schicht) Variablen angesiedelt. Ihnen wird keine Initiativkraft für Verhaltensänderungen zugeschrieben, wohl aber ein Einfluss auf die erlebte Bedrohung durch eine Krankheit (BENGEL, 1993; FUCHS, 1997; SCHWARZER, 1996).

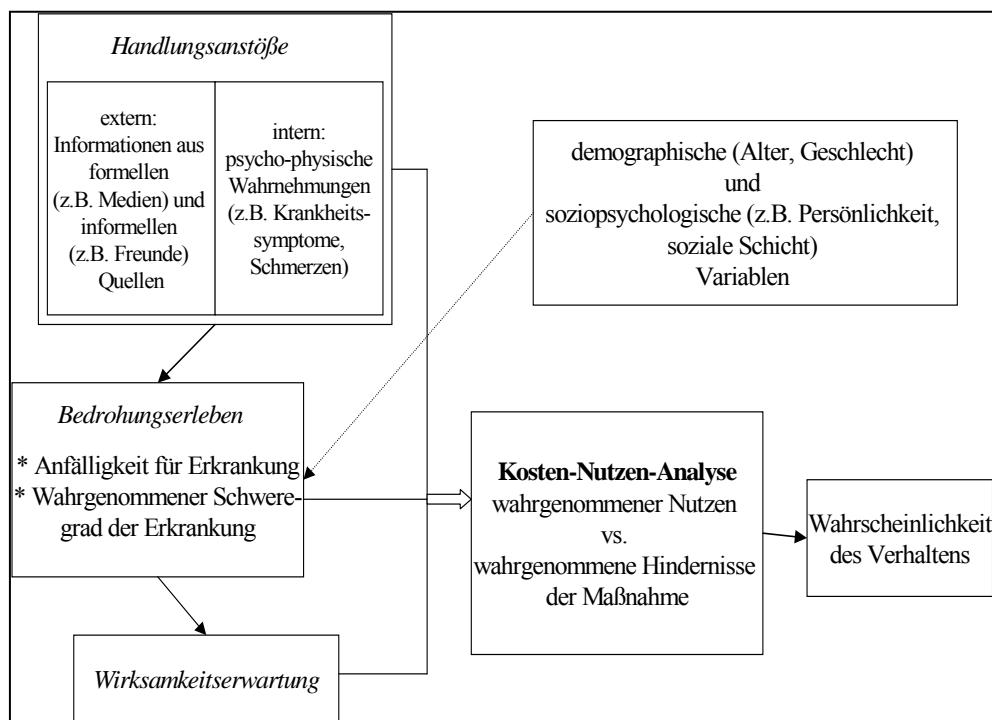


Abb. 1-7: Das Health Belief-Model (nach ROSENSTOCK, 1990)

Kritische Betrachter des Health Belief-Modells und empirische Versuche der Theorieüberprüfung konstatierten vor allem eine fehlende Berücksichtigung der Faktoren Intention und Kompetenzerwartung (SCHWARZER, 1996) und eine insgesamt wenig eindeutige und konsequente Operationalisierungsvorschrift der Faktoren (FUCHS, 1997). SCHWARZER (1996, 55ff) weist auf die historische Verankerung des Modells in die Tradition der Reiz-Reaktions-Theorien in der Sozialpsychologie aus den 1950er Jahren hin, die Verhaltensänderungen durch Angstappelle initiieren wollten. Eine Vorstellung,

²¹ Diese Annahme der „expectancies of efficacy of treatment“ geht in der Anlage auf die Konsequenzerwartung der sozial-kognitiven Theorie von BANDURA (1986) zurück, die oben erläutert wurde.

die in modernen sozialpsychologischen Theorien dank empirischer Gegenbeweise an Stellenwert eingebüßt hat, da die motivationale Wirkung als gering einzustufen ist (vgl. SCHWARZER, 1996, 55). Die wissenschafts-geschichtlichen Zusammenhänge berücksichtigend verleiht FUCHS (1997, 116) dem Health Belief-Model durchaus visionären Charakter.

Die Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory)

Ein Modell, das eben jener Forschungstradition der Furchtappellforschung entspringt, ist die Theorie der Schutzmotivation von ROGERS (1975) – eine Theorie, die durch die Arbeitsgruppe um ROGERS immer wieder erweitert und differenziert wurde. Im Kern der Überlegungen ähnelt es dem Health Belief-Model, denn auch hier stehen Kognitionen über eine Bedrohung der Gesundheit und die Bewertung möglicher Gegenmaßnahmen in der Kosten-Nutzen-Analyse im Zentrum (vgl. Abb. 1-8).

Vergleichbar mit dem Health Belief-Model werden kognitive Determinanten angenommen, die zur Schutzmotivation und damit zum Verhalten führen: Die Faktoren wahrgenommener Schweregrad einer Krankheit (severity), wahrgenommene Verletzlichkeit hinsichtlich dieser Erkrankung (vulnerability) und der wahrgenommene Nutzen einer Gegenmaßnahme (efficacy of response) werden auch in diesem Modell als Prädiktoren des Gesundheitsverhaltens angenommen. Zu einem späteren Zeitpunkt fügt ROGERS (1983) in einer revidierten Fassung noch den Faktor der Selbstwirksamkeitserwartung, also die wahrgenommene Eigenkompetenz hinsichtlich einer Handlungsaufnahme und –aufrechterhaltung, hinzu und liefert damit ebenfalls eine Reaktion auf die erfolgreiche Theorielegung BANDURAS zur self-efficacy. Insofern geht das Modell von einer Zweiteilung im Verhaltensmotivationsprozess aus: Es wirken die Bedrohungseinschätzung einerseits und die Bewältigungseinschätzung andererseits. Im Prozess der Bedrohungseinschätzung sind die Einflüsse der Furchtappelle aber auch die Faktoren extrinsischer und instrinsischer Belohnung anzusiedeln, die die Vulnerabilitäts- und Schweregradbeurteilung emotional steuern. Dem Konzept der Bewältigungseinschätzung wohnt eine starke Nähe zum Ressourcenmodell der Coping-Theorie von LAZARUS inne (vgl. LAZARUS, 1966; 1981; 2000; LAZARUS & FOLKMAN, 1984), die sich im additiven bzw. multiplikativen Charakter der beiden Teilkomponenten (Bedrohungs- und Bewältigungseinschätzung bei ROGERS, primäre und sekundäre Einschätzung bei LAZARUS) äußert: Für eine Verhaltensprognose können einzelne Faktoren (Vulnerabilität etc.) dieser Bereiche in einem additiven oder multiplikativen Zusammenhang interpretiert werden. Die Stärke der Bedrohungs- oder der Bewältigungseinschätzung resultiert jeweils aus der Summe deren Einzelvariablen. Bei der Kombination von Theoriekomponenten aus beiden Bereichen (Bedrohungs- und Bewältigungseinschätzung) geht ROGERS von einem Multiplikationsverhältnis aus, das so genannte Interaktionseffekte mit einschließt. Demnach erhält die Schutzmotivation nur dann einen Wert, wenn keiner der Faktoren Null ist. Darüber hinaus werden folgende Interaktionseffekte postuliert: Mit hoher Kompetenz- und Konsequenzerwartung (Handlungs- und Selbstwirksamkeit) wirken sich Vulnerabilität und wahrgenommener Schweregrad positiv auf die Handlungsmotivation aus. Im Fall einer gering ausgeprägten Handlungs- und Selbstwirksamkeit führen erhöhte Werte der Faktoren Vulnerabilität und Schwere der Bedrohung „bestenfalls“ zu keinem, u.U. jedoch zu einem negativen Effekt, der sich in einer Intentionsreduzierung äußert.

Die Theorie geht von zu differenzierenden intrapersonalen Prozessen aus, die eine gesundheitsrelevante Verhaltensänderung dann hemmen, wenn sich die Person unfähig fühlt, das die Bedrohung abwendende Verhalten auszuführen oder diese Bewältigungsstrategie als aussichtslos einstuft.

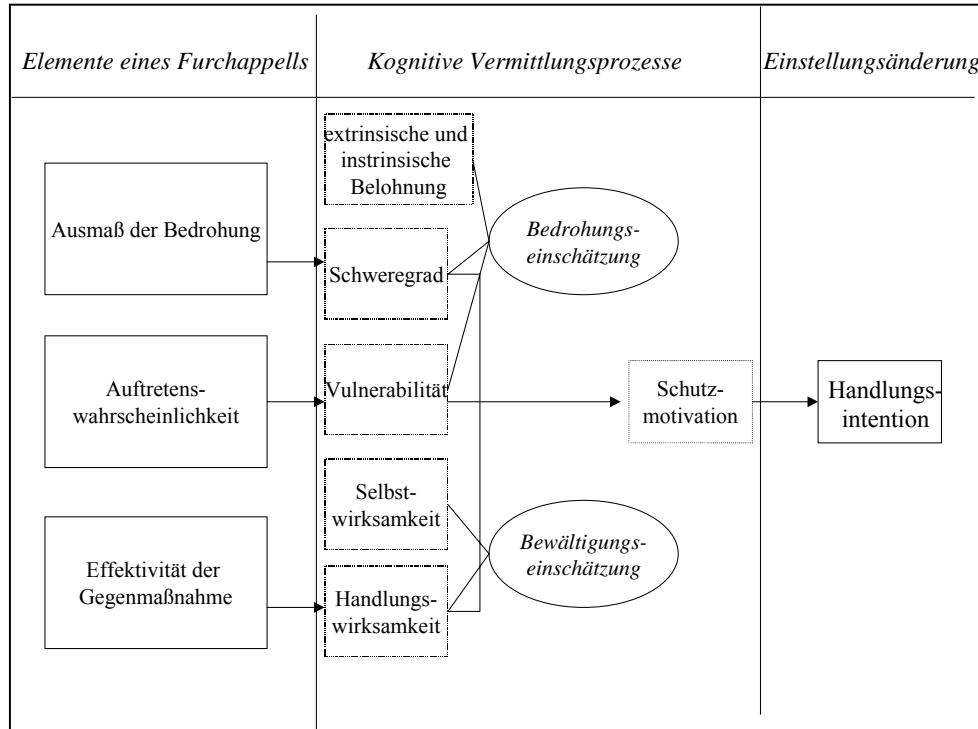


Abb. 1-8: Das Modell der Protection Motivation Theory (mod. nach ROGERS, 1975 ; übers. durch die Verf.)

Die Leistung des Modells zur Protection Motivation Theory kann zunächst in der Vereinigung verschiedener vorliegender Hypothesen und Befunde zum menschlichen Gesundheitsverhalten (vgl. Health Belief-Model und Theory of Planned Behavior) gesehen werden (BENGEL, 1993; FUCHS, 1997; SCHWARZER, 1996). Als bislang nicht zufriedenstellend geklärt wird von Forscherseite der Einfluss verschiedener Variablen konstatiert. FUCHS (1997, 123) sieht weiteren empirischen Klärungsbedarf im Bezug auf die motivationale Wirkung der Faktoren „Schwere der Bedrohung und des Belohnungskonstruktes“. FUCHS (ebd.) führt hierzu eine unzureichende Differenzierung der Variablen „Schweregrad der Bedrohung“ in unterschiedlichen Studien bei gleich lautendem Interpretationsergebnis an. Es gilt zu bedenken, dass der subjektive Schweregrad bei einer Erkrankung wie AIDS oder Krebs nur geringe interpersonelle Varianzen aufweisen sollte, die hypothetisch deutlich schwächer ausfallen als bei geringfügigeren Gesundheitsbedrohungen, die von Erkältungskrankheiten o.ä. ausgehen. Der Faktor der intrinsischen bzw. extrinsischen Belohnung lässt nach FUCHS (1997, 123f) eine adäquate empirische Würdigung vermissen, wohl auch deshalb, weil eine klare Grenzziehung zum Element der Kosten einer Vorsorgemaßnahme auf Probleme stößt. FUCHS (ebd.) geht von einer konzeptionellen Nähe der beiden Faktoren aus, die sich darauf stützt, dass die Handlungskosten mit fehlender Belohnungserfahrung (Bequemlichkeit, freies Zeitmanagement ohne Verhaltensänderung etc.) gleich zu setzen und so auch auf das gleiche psychologische Gefüge zurückzuführen sind.

BENGEL (1993, 57f) kritisiert die lückenhafte mathematische Beziehungstheorie der einzelnen Faktoren einerseits und die bislang nicht erreichte Übertragbarkeit der Theorie auf globale Bewältigungsstrategien andererseits. Empirische Absicherung erhielt die Protection Motivation Theory bisher lediglich für einzelne Kombinationen von Erkrankungsbedrohungen und entsprechenden Vorsorgemaßnahmen. In dieser Tradition verhaftet integriert BENGEL (1993, 117ff) dieses Modell und dessen Variablen in seine Studienkonzeption zur Untersuchung von Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten bezüglich der Erkrankung AIDS.

1.2.2 Gesundheitsverhalten und sportliche Aktivierung – empirische Aspekte

Der Zusammenhang von Einstellungen und Gesundheitsverhalten wurde anhand von theoretischen Überlegungen durch die Operationalisierung einzelner Faktoren ebenso untersucht, wie er mit Hilfe verschiedener theoretischer Modelle empirisch überprüft wurde, um über Einsichten zum Einfluss einzelner Variablen grundlegende Erkenntnisse über die Vorhersagbarkeit gesundheitsorientierter Aktivität zu gewinnen. DEAN (1992) berichtet im Umfeld des „self-care-concept“²² von Ergebnissen der „Dritten Dänischen Studie“ zum Gesundheitsverhalten, worunter auch die sportliche Aktivität operationalisiert wurde. Der Schwerpunkt der Untersuchung, die Teil eines über einen Zeitraum von zehn Jahren angelegten Sets von Gesundheitsstudien im self-care-concept ist, liegt innerhalb der Analyse von Wechselbeziehungen zwischen sozialen, psychosozialen und verhaltensrelevanten Variablen auf dem Einfluss des demographischen Merkmals Alter (DEAN, 1992, 38ff). Die Datenbasis bilden dabei 465 Probanden, die aus einer dänischen Kommune rekrutiert wurden und älter als 45 Jahre sind. Die für die Gemeindebevölkerung repräsentative Stichprobe wurde gemäß unterschiedlicher Erkrankungsstadien mehrfach geschichtet und in Interviews hinsichtlich der Faktoren allgemeines Gesundheitsverhalten, allgemeine Gewohnheiten und an Krankheitssymptomen orientiertes Verhalten untersucht. Aus den umfangreichen Zusammenhangsanalysen ist vor allem das Merkmal sportliche Aktivität hervorzuheben. Diese Variable des gesundheitsorientierten Verhaltens steht in einer höchstsignifikanten negativen Korrelation zum Alter der Probanden, unabhängig von deren Geschlecht. Für Männer (N=211) wird der negative Effekt mit einem γ -Wert von $-.22$ ($p = .002$) und für Frauen mit $\gamma = -.33$ ($p < .001$) angegeben. Verantwortlich gemacht wird für diesen Negativeinfluss das soziographische Merkmal des Einkommenniveaus. Die Autorin beobachtet eine relative Häufung der sportlichen Aktivität bei Personen aus Familien mit höheren Einkünften, wogegen ältere Personen ein niedrigeres Einkommen aufweisen (vgl. DEAN, 1992, 44). Inwieweit hier rein finanzielle Aspekte die Handlungsbarriere bilden oder der mit dem Einkommen gekoppelte soziale Status (Bildung, Beruf) auf eine erhöhte Sportaktivität Einfluss hat, wird nicht geklärt. Im Fazit erkennt DEAN dem Faktor Alter den Stellenwert des stärksten Prädiktors für gesundheitsorientiertes Verhalten in einem multidimensionalen Variablengeflecht sozialer, biologischer und verhaltensbezogener Merkmale zu (vgl. DEAN, 1992, 50). Anerkannt werden muss in jedem Fall die Heterogenität von Älteren-Populationen, die das soziale Umfeld (gesellschaftliche Rahmenbedingungen, soziale Netzwerke etc.) ebenso betrifft wie soziogra-

²² Das seit Mitte der 1970er Jahre speziell in der englisch-sprachigen Gesundheitsforschung integrierte self-care-concept wird von DEAN (1992) definiert als „range of health and illness behavior undertaken by individuals on behalf of their own health. Personal decision making and interaction with professional providers are included as important aspects of self-care behavior.“ (DEAN, 1992, 34).

phische Faktoren (z.B. Einkommen) und Erkrankungsstadien²³. Die zu fordernde differenzierte Betrachtung des Älterwerdensprozesses im Wechselspiel mit dem menschlichen Gesundheitsverhalten findet in der sportpsychologischen Forschung bislang noch wenig Berücksichtigung, von einzelnen Probandenrekrutierungen aus der Älterengeneration einmal abgesehen (z.B. KRUSE, ROTT & SCHMITT, 1999).

Die Erforschung von mittelbaren und unmittelbaren Einflussvariablen auf das sportlich-aktive Verhalten ist originär eng verbunden mit der Anwendung der oben dargestellten Verhaltensmodelle (s. Abschnitt 1.2.1) in der empirischen Praxis der (sport)psychologischen Forschung. Ein Überblick zur Ergebnislage soll einer groben Einordnung der angenommenen Einflussfaktoren auf Verhaltensänderungen hin zur sportlichen Aktivität dienen.

Die Theorien der Arbeitsgruppen um AJZEN (Theory of Planned Behavior bzw. Theory of Reasoned Action) wurden nicht selten zu vergleichenden Studien herangezogen (DZEWALTOWSKI, 1990; KIMIECIK, 1992; YORDY & LENT, 1993). Eine metaanalytische Studie hierzu legten HAGGER, CHATZISARANTIS & BIDDLE (2002) vor. Der Umfang der Theorieprüfung variiert bei den ausgewählten Studien und reicht von einer Erforschung der Vorhersagbarkeit der Intention (GATCH & KENDZIERSKI, 1990; WANKEL, MUMMERY, STEPHENS & GRAIG, 1994) über jener der tatsächlichen Verhaltensänderung (DZEWALTOWSKI, NOBLE & SHAW, 1990; KIMIECIK, 1992; YORDY & LENT, 1993) bis zu Modellerweiterungen unter Prüfung theoriefremder Faktoren (GODIN, VALOIS & LEPAGE, 1993).

Theorie of Reasoned Action bzw. Theory of Planned Behavior und empirische Testung für das Sportverhalten

WANKEL ET AL. (1994) überprüften die Voraussagbarkeit der Verhaltensintention, eine effektive Bewegungstätigkeit²⁴ umzusetzen, anhand der Faktoren des AJZEN-Modells – mit einer Einschränkung: Da das Inventar der Quellstudie keine subjektive Norm enthielt, behelfen sich die Autoren mit dem Konstrukt der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und weichen damit von der strengen Messvorschrift des Modells ab²⁵. Die Ergebnisse bieten gleichwohl einen interessanten und aufschlussreichen Einblick in die Wechselwirkungen der gemessenen Merkmale, insbesondere aufgrund der vergleichsweise großen Stichprobe von 3679 Probanden aus einem für die Bevölkerung repräsentativen kanadischen Fitness-Survey. Es zeigt sich, dass der stärkste Prädiktor zur Vorhersage sportlicher Verhaltensintention die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ($\beta = .39$, $p < .001$) ist. Die Faktoren Attitüde ($\beta = .28$, $p < .001$) und soziale Unterstützung ($\beta = .18$, $p < .001$) erweisen sich als weniger stark. Mit der Kenntnis aller Faktoren lassen sich 31% der Kriteriumsvarianz aufklären. Der relative Beitrag der

²³ Verschiedene Autoren gehen von einer 80-prozentigen Häufung chronischer Erkrankungen bei Älterenpopulationen aus, die zu einer Gemengelage an subjektiven und objektiven Gesundheitsattributen beitragen (z.B. ORY, ABELES & LIPMAN, 1992).

²⁴ Definiert wird dieses Merkmal als regelmäßige sportliche Aktivität, die drei Mal oder häufiger pro Woche, über jeweils mindestens 20 Minuten so durchgeführt wird, dass deren Intensität mit einer beschleunigten Atmung einhergeht.

²⁵ FUCHS (1997, 128f) kritisiert hierzu eine vermeintliche Verschleierung dieses Umstandes bei den Autoren der Studie. Dies kann nach Studium der Veröffentlichung von WANKEL ET AL. (1994) nicht bestätigt werden, da das Autorenkollektiv innerhalb der Publikation mehrfach auf die modifizierte und vom theoretischen Modell abweichende Faktorenoperationalisierung hinweist.

Prädiktorvariablen zur Verhaltensintention zeigt dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wohl aber zwischen den Subgruppen der konstruierten Alterskategorien (19 Jahre und jünger, 20-39 Jahre, 40-59 Jahre, 60 Jahre und älter). Hier konnten die Autoren einen steigenden Einfluss der Merkmale soziale Unterstützung (subjektive Norm) und Verhaltenskontrolle mit zunehmendem Alter nachweisen. Demgegenüber sinkt das relative Vorhersagepotential der Attitüde mit dem steigenden Alter der Probanden. Die Autoren führen diese Effekte auf eine allgemein geringere Bedeutung von Verhaltenskontrollvariablen bei jüngeren Menschen zurück, während Merkmale der persönlichen Einstellung einen hohen Stellenwert bezüglich des Sportverhaltens besitzen. Im Kontrast spielen für Ältere Faktoren der Kompetenzerwartung hierbei eine wesentlich stärkere Rolle.

In den wesentlichen Punkten korrespondieren die Studienbefunde von WANKEL ET AL. (1994) mit der empirischen Theorieprüfung zum Modell des geplanten Verhaltens (AJZEN, 1988) durch GATCH & KENDZIERSKI (1990), die eine strikte Konstruktion nach dem zu prüfenden Modell vorweisen können. Getestet wurden 100 weibliche Studenten hinsichtlich ihrer Intention, mindestens drei Mal pro Woche im laufenden Semester Aerobic-Angebote der Universität zu nutzen. Eine hierarchische Regressionsanalyse wies eine signifikante multiple Korrelation ($R = .50$, $p < .001$) von Attitüde und subjektiver Norm aus. Eine erweiterte Berücksichtigung des Faktors „wahrgenommene Verhaltenskontrolle“ führte zu einer Erhöhung der multiplen Korrelation auf $R = .55$ ($p < .001$). Auf dieser Befundlage bestätigen die Autoren das Konzept der Verhaltensintention nach dem Modell der Theory of Planned Behavior, wonach die Berücksichtigung der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle neben der Attitüde und subjektiven Norm die Vorhersagbarkeit von Verhaltensintentionen optimiert.

Anhand einer Stichprobe von etwa 809 Hochschulmitarbeitern im Alter zwischen 18 und 65 Jahren (340 Frauen, 431 Männer) studierte WILHELM (1999) die Intentionsvorhersage, in Kürze Sport treiben zu wollen, mit Hilfe der Theorie des geplanten Verhaltens. Die Operationalisierung der Faktoren orientierte sich im Wesentlichen am Vorbild der amerikanischen Studien (WANKEL ET AL., 1994; YORDY & LENT, 1993), die auch im vorliegenden Abschnitt vorgestellt werden. Im Vergleich zu den Überprüfungsstudien aus den USA ergeben sich zwei nennenswerte Umstände dieser Untersuchung: Zum einen repräsentiert sie eine der wenigen europäischen bzw. deutsch-sprachigen Beiträge zur Theoretisierung der Theory of Planned Behavior. Zum anderen erweist sich in der Stichprobe von Hochschulangehörigen eine höhere Effektstärke des Faktors Einstellung ($\beta = .39$), als dies bei den amerikanischen Studien der Fall ist. Daneben tragen die Kenntnis der Verhaltenskontrolle ($\beta = .15$) und subjektive Norm ($\beta = .16$) schwächer zur Vorhersage der Sportintention bei (vgl. WILHELM, 1999, 436). Ob es sich dabei um interkulturelle oder stichprobenspezifische Effekte handelt, lässt sich jedoch nicht klären. Eine weitere Untersuchung dieses Zusammenhangs erscheint u.U. lohnenswert.

Eine vergleichsweise uneinheitlichere Ergebnislage liefert die Studie von YORDY & LENT (1993), die mit 284 amerikanischen College-Studenten (191 weibliche, 93 männliche Personen) durchgeführt wurde. Dabei interessierte die Forscher zunächst die Frage, ob die Kenntnis der Verhaltenskontrolle die Prognose einer Verhaltensintention verbessern kann oder nicht. Operationalisiert wurde die Verhaltensintention mit drei Items, die nach dem Grad der persönlichen Kontrolle bzw. Eigenverantwortlichkeit über die Teilnahme oder Nichtteilnahme an einem Aerobicprogramm zum einen fragte. Zum

anderen wurde die Frage: „Wenn ich wollte, könnte ich an mindestens drei Tagen der kommenden Woche Aerobic-Übungseinheiten à 20 Minuten besuchen.“ eingesetzt. Die Analyse mittels hierarchischer Regressionsrechnung ergab einen signifikanten und hohen Beitrag der Einstellung zur Varianzaufklärung der Verhaltensmotivation ($R^2 = .58$, $p < .001$), sowie einen kleineren aber ebenfalls signifikanten Einfluss der subjektiven Norm ($R^2 = .01$, $p < .05$). Die Hinzunahme des Faktors Verhaltenskontrolle und damit die Anwendung der Theory of Planned Behavior konnte das Prognosemodell nicht verbessern ($R^2 = .0$, $p < .05$). Zurückgeführt wird dieses Ergebnis auf die hohen Werte der Probanden im Item Verhaltenskontrolle, die sich aus dem Umstand ergeben, dass lediglich das Verhalten für die folgende Woche zum Gegenstand der Untersuchung gemacht wurde. Dies stellt an die willentliche Kontrolle sicher eine geringere Herausforderung dar, als eine regelmäßige sportliche Aktivität über einen Zeitraum von mehreren Wochen oder Monaten.

Die in der Analyse miteinbezogene Prüfung eines sozialkognitiven Verhaltensmodells (DZEWALTOWSKI, 1989) erbrachte für die Prädiktoren Selbstwirksamkeit ($R^2 = .34$) und Konsequenzerwartung ($R^2 = .11$) ebenfalls eine jeweils höchstsignifikante multiple Korrelation mit der Intention. Eine Follow-up-Studie nach einer Woche ergab, dass 65% der Probanden das definierte untersuchte sportliche Verhalten tatsächlich gezeigt hatten. Mit Hilfe einer Diskriminanzanalyse sollte die Nützlichkeit der geprüften Modelle bezüglich des konstatierten Verhaltens getestet werden. YORDY & LENT (1993) berichten von einer signifikanten Wechselbeziehung (Wilks's Lambda = .64, $X^2(4) = 126,44$, $p < .001$) und einer Varianzaufklärung durch die Prädiktoren des Theoriemodells von 36% (mit Ausnahme des Faktors Verhaltenskontrolle, der keinen Beitrag leistete). Mit Hilfe der Merkmale Konsequenzerwartung und Selbstwirksamkeit der sozialkognitiven Theorie als „Beigabe“ in dieses Variablen-set konnten 86% der Verhaltensvarianz von aktiven und 64% der Verhaltensvarianz von inaktiven Probanden erklärt werden. Diese Ergebnislage demonstriert eindeutig in der Studie von YORDY & LENT (1993) die Bedeutung eines sozialkognitiven Ansatzes für die Umsetzung eines (gesundheitsrelevanten) Sportverhaltens.

DZEWALTOWSKI, NOBLE & SHAW (1990) und KIMIECIK (1992) legten Studien zur vollständigen Modellüberprüfung der AJZEN-Theorien vor, wobei DZEWALTOWSKI ET AL. (1990) die Leistung dieser Erklärungsmodelle mit jener der sozialkognitiven Theorie nach BANDURA (1986) kontrastierten. Beide Untersuchungen enthielten im Studiendesign eine Ersterhebung zur Erfassung der Theoriefaktoren Intention, Einstellung, subjektive Norm und Verhaltenskontrolle²⁶ sowie eine Abschlussmessung nach einem Zeitraum von vier Wochen, bei der das Kriterium Bewegungsverhalten erfasst wurde. Die Datenbasis bei KIMIECIK (1992) bilden 332 Firmenangestellte (18 bis 67 Jahre), DZEWALTOWSKI ET AL. (1990) untersuchten 254 Studienanfänger. Das Kriterium der sportlichen Aktivität wurde durch die Anzahl der Tage (mindestens drei pro Woche), an denen die Probanden in den vergangenen vier Wochen derart Sport trieben, dass sie ins Schwitzen gerieten (KIMIECIK, 1992) bzw. durch einen Index des durchschnittlichen Tagesenergieverbrauchs durch sportliche Aktivität der Versuchspersonen (DZEWALTOWSKI ET AL., 1990) operationalisiert. Die Befunde auf der Basis einer hierarchischen Regressionsanalyse beider Studien sind allerdings nur zum Teil einheitlich (vgl. Tab. 1-5).

²⁶ Für DZEWALTOWSKI ET AL. (1990): Erweiterung der Merkmalerhebung um Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartung sowie selbst-evaluative Prozesse (Un-)Zufriedenheit mit dem individuellen Ausmaß sportlicher Aktivität (Skala von 0 bis 7) und zur eigenen Lage hinsichtlich erwarteter Folgen sportlicher Aktivität.

Regressionsanalyse	Vorhersage der Intention					
	KIMIECIK (1992)			DZEWALTOWSKI ET AL. (1990)		
	b	r	R ²	b	r	R ²
Schritt 1						
Subjektive Norm	.00	.17		.06	.43	
Attitüde	.77*	.77	.59	.40*	.24	.18
Schritt 2						
Subjektive Norm	.01	.17		.34	.24	
Attitüde	.53*	.77		.33*	.43	
Verhaltenskontrolle	.35*	.71	.66	.30*	.40	.27
Schritt 3						
Subjektive Norm	-.02	.17		(keine Interaktionseffekte nachweisbar)		
Attitüde (A)	.65*	.77				
Verhaltenskontrolle (VK)	.24*	.71				
A x VK	.18*	.35	.69			
Regressionsanalyse	Vorhersage der sportlichen Aktivität					
Schritt 1						
Intention (Theory of Reasoned Action)	.68*	.68	.46	.32*	.32	.10
Schritt 2						
Intention	.52*	.68		.32*	.32	
Verhaltenskontrolle (Theory of Planned Behavior)	.23*	.60	.49	.02	.02	.10
Schritt 3						
Intention (I)	.64*	.68		(keine Interaktionseffekte nachweisbar)		
Verhaltenskontrolle (VK)	.13*	.60				
I x VK	.24*	.10	.54			

Tab. 1-5: Vorhersage von Intention und sportlicher Aktivität nach der Theory of Planned Behavior und der Theory of Reasoned Action durch hierarchische Regressionsanalyse (KIMIECIK, 1992, und DZEWALTOWSKI ET AL., 1990) (* Regressionskoeffizient signifikant bei $p < .05$)

In beiden Untersuchungen erweist sich die Bedeutung der Einstellung (Attitüde) für die Intentionsvorhersage als signifikant. Mit den Faktoren subjektive Norm und Einstellung beträgt die aufgeklärte Intentionsvarianz bei DZEWALTOWSKI ET AL. (1990) 18% und bei KIMIECIK (1992) gar 59%. Durch die Hinzunahme des Prädiktors Verhaltenskontrolle erhöht sich dieser Wert auf 27% (bei DZEWALTOWSKI ET AL., 1990) bzw. auf 66% (bei KIMIECIK, 1992). Der signifikante Beitrag dieses Merkmals ist bei beiden Studien damit vergleichbar hoch (DZEWALTOWSKI ET AL., 1990: 9%, KIMIECIK, 1992: 7%), nicht jedoch der Absolutbetrag der Varianzaufklärung. Die hohe Abweichung wird u.a. mit den unterschiedlichen Stichprobenqualitäten hinsichtlich der Altershomogenität (Studentenpopulation) bzw. –heterogenität (Angestelltenpopulation) begründet (vgl. FUCHS, 1997, 130). Die Überprüfung eines Interaktionseffektes von Attitüde und Verhaltenskontrolle erbrachte bei KIMIECIK

(1992) weitere 3% (auf 69% Absolutaufklärung) Varianzaufklärung und konnte bei DZEWALTOWSKI ET AL. (1990) gar nicht nachgewiesen werden. Je höher die Verhaltenskontrolle bei gleichzeitig hoher positiver Einstellung ist, desto höher ist auch die Intention zur sportlichen Aktivität. Im Sinne einer vollständigen Überprüfung der Theorie des geplanten Verhaltens werden in beiden Studien die Prädiktorenbeiträge zur Vorhersage der Sportaktivität ermittelt (vgl. Tab. 1-5). Dieser ist in beiden Studien für die Merkmale Intention und Verhaltenskontrolle signifikant, wobei nur KIMIECIK (1992) eine Verbesserung der Varianzaufklärung des Kriteriums Bewegungsaktivität durch die Hinzunahme des Prädiktors Verhaltenskontrolle nachweisen kann (um 3% auf 49%). Den direkten Pfad von der Verhaltenskontrolle zum Verhalten, der im überarbeiteten Modell von AJZEN (1988) angenommen wird, kann durch die Studienergebnisse von DZEWALTOWSKI ET AL. (1990) nicht empirisch untermauert werden. Dagegen konnte KIMIECIK (1992) eine signifikante Interaktion zwischen Intention und Verhaltenskontrolle auffinden, die die Aktivitätsvarianz um weitere 5% aufzuklären vermag.

Die Studie von DZEWALTOWSKI und seinen Mitarbeitern (1990) bezog darüber hinaus den Vergleich zur sozialkognitiven Theorie nach BANDURA (1986) mit ein. Die Prädiktoren Selbstwirksamkeitserwartung ($r = .41$, $b = .14$), Konsequenzerwartung ($r = .17$, $b = .03$), vergangenes Verhalten ($r = .73$, $b = .66$), Selbst-Evaluation der bisherigen Resultate ($r = -.24$, $b = -.01$) tragen im zweiten Schritt einer Regressionsanalyse insgesamt 36% zur Varianzaufklärung bei. Als signifikant zeigte sich jedoch nur der Zusammenhang zu den Faktoren Selbstwirksamkeit und vergangenes Verhalten. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse postulieren DZEWALTOWSKI ET AL. (1990) zur Vorhersage sportlicher Aktivität die Überlegenheit der sozialkognitiven Theorie gegenüber den AJZEN-Modellen (vgl. DZEWALTOWSKI ET AL., 1990, 402).

Korrelation der Faktoren	Standardisierter Parameter	T-Wert
Attitüde – soziale Norm	.36	6.28*
Attitüde – Verhaltenskontrolle	.41	8.88*
Attitüde – Gewohnheit	.40	10.27*
Soziale Norm – Verhaltenskontrolle	.10	1.59
Soziale Norm – Gewohnheit	.07	1.38
Verhaltenskontrolle – Gewohnheit	.56	14.39*
Regression	β	T-Wert
Intention – Verhalten	.36	2.36*
Verhaltenskontrolle – Verhalten	-.10	-.80
Gewohnheit – Verhalten	.45	4.60*
Attitüde – Verhalten	.12	1.68
Soziale Norm – Intention	.06	.85
Verhaltenskontrolle – Intention	.41	8.10*
Gewohnheit – Intention	.48	10.34*

Tab. 1-6: Parameter des Hypothetischen Modells nach GODIN ET AL. (1993, 95) (* signifikant bei $p < .05$)

Einen erweiterten Ansatz des Modells der Theory of Planned Behavior legen GODIN, VALOIS & LEPAGE (1993) zur Aktivitätsvorhersage an, indem dem Prädiktorenkomplex aus subjektiver Norm, Einstellung und Verhaltenskontrolle das Merkmal Gewohnheit (hinsichtlich des Verhaltens) an die Seite gestellt wird. Damit soll der Einfluss des üblichen Sportverhaltens der Probanden Berücksichtigung finden und dessen Wechselwirkung mit der Intention und sportlichen Aktivierung getestet werden. Die Daten wurden in der ersten Studie²⁷ anhand einer 347 Personen (217 Frauen, 130 Männer) umfassenden Stichprobe der Normalbevölkerung mittels Fragebogen erfasst. Im ersten Untersuchungsschritt wurden die Modellkomponenten der Verhaltenstheorie nach AJZEN (1988) operationalisiert erhoben. Eine zweite Untersuchungsphase folgte nach sechs Monaten, in welcher die Probanden auf einer 6-stufigen Skala (von „nie“ bis „drei oder mehr Mal pro Woche“) angeben sollten, wie häufig sie im vergangenen Halbjahr eine Sportaktivität von 20 bis 30 Minuten pro Einheit in der Freizeit ausgeübt haben. Die Datenaufbereitung erfolgte mittels LISREL-Analyse mit latenten Variablen und erbrachte einen unmittelbaren Einfluss des Faktors Verhaltenskontrolle auf das Kriterium Intention. Der Effekt auf das Sportverhalten erwies sich jedoch als nicht signifikant (vgl. Tab. 1-6). Das theoriefremde Konstrukt „Verhaltensgewohnheit“ präsentierte sich schließlich als der beste Prädiktor für die Sportaktivität (vgl. Tab. 1-6).

Zusammenfassend lässt sich die wahrgenommene Verhaltenskontrolle als signifikanter Prädiktor der Sportintention und des Sportverhaltens annehmen, jedoch nicht eindeutig festhalten (siehe Studienergebnisse von DZEWALTOWSKI ET AL., 1990, und GODIN ET AL., 1993).

Health Belief-Model und empirische Testung für das Sportverhalten

Nicht nur die Theorie des überlegten Handelns bzw. des geplanten Verhaltens wurden im empirischen Verfahren an der Sportpartizipation getestet, auch das oben erläuterte Health Belief-Model wurde derartigen Überprüfungen unterzogen. Aus dem Jahr 1980 stammen hierzu gleich zwei Studien (LINDSAY-REID & OSBORN, 1980; TIRREL & HART, 1980). TIRREL & HART (1980) untersuchten 30 Bypass-Patienten (26 Männer, 4 Frauen) im Alter zwischen 46 und 75 Jahren, die im Rahmen einer stationären Rehabilitation ein adäquates Bewegungsprogramm absolvierten und in der Notwendigkeit der Aufrechterhaltung dieser Aktivität unterwiesen wurden. Entgegen der Modellannahme fanden TIRREL & HART (1980) einen negativen Zusammenhang zwischen Risikowahrnehmung und Sportaktivität (vgl. Tab. 1-7). Diejenigen Patienten, die sich selbst als stark risikogefährdet hinsichtlich einer Herzkrankheit einstufen, zeigten die geringste Bewegungspartizipation. Dagegen waren Probanden, die von einem geringen eigenen Einflusspotential auf ihre Gesundheit überzeugt waren oder sich über ihren Gesundheitszustand die geringsten Sorgen machten, aktiver.

Den stärksten Positivzusammenhang weisen die Faktoren Trainingsaktivität und wahrgenommene Barrieren auf. Je mehr Barrieren empfunden werden, desto geringer war das Aktivitätsniveau der Patienten. Als Fazit postulieren die Autorinnen deshalb für diese Zielgruppen ein spezielles Follow-up-Programm, das sie bei der Überwindung individuell wahrgenommener Verhaltensbarrieren anleitet und unterstützt.

²⁷ Eine zweite Studie bezog sich auf eine Stichprobe von 136 schwangeren Frauen zwischen 18 und 40 Jahren, deren Verhalten vier Monate nach der Geburt erfasst wurde. Diese soll hier aus Gründen der Ergebnisvergleichbarkeit zur Studie 1 unberücksichtigt bleiben.

Maßnahme	Grundsätzliche Motivation	Wahrgenommener Schweregrad	Risikowahrnehmung	Wirksamkeitserwartung	Wahrgenommene Barrieren
Walking	- .15	.13	- .25	.26	.64*
Training „heart walk“	- .04	.10	- .35**	.30	.60*
Pulsmessung bei anderen Aktivitäten	- .22	.13	- .12	- .08	.25
Gesamtindex „Maßnahmen“	- .20	.19	- .28	.28	.54

Tab. 1-7: Korrelation der Interventionsmaßnahmen mit Variablen des Health Belief-Modells (TIRREL & HART, 1980, 491) (* signifikant bei $p < .05$, ** signifikant bei $p < .001$)

Die Ergebnisse der Untersuchung von LINDSAY-REID & OSBORN (1980) reihen sich in diese Befundlage ein. Auch sie fanden in ihrer Studie an 124 Feuerwehrmännern (Altersmittelwert: 39,3 Jahre) einen negativen Zusammenhang zwischen den Modellvariablen „Erkrankungsrisiko an einer Herzkrankheit“ ebenso wie „wahrgenommenes, allgemeines Erkrankungsrisiko“ jeweils mit dem Kriterium der späteren sportlichen Aktivität (Follow-up-Messung nach sechs Monaten im Vergleich zur Ersterhebung). Je geringer die wahrgenommene Anfälligkeit für Erkrankungen war, desto größer die Wahrscheinlichkeit einer sportlichen Aktivität der Probanden. Die Autoren interpretieren dieses für sie unerwartete Ergebnis als ein Indiz für die Komplexität der Konstrukte Gesundheitsüberzeugung und Gesundheitsverhalten, die die Mitberücksichtigung subjektiver und situationsabhängiger Variablen bei der Vorhersage einer gesundheitsrelevanten Sportpartizipation nötig machen.

Die Querschnittstudie von SLENKER, PRICE & O'CONNELL (1985) befasste sich mit der Prädiktorenuntersuchung zum Kriterium Joggen an 124 aktiven und 96 passiven Läufern auf der Basis des Health Belief-Modells.

Faktor	Multiple Korrelation	β	R^2
Wahrgenommene Barrieren	.610	.610	.372
Gesundheitsmotivation	.673	.314	.453
Nutzen der Maßnahme	.707	.243	.500
Wahrgenommene Komplexität des Joggens	.724	- .160	.524
Wahrgenommener Schweregrad (des Gesundheits-/ Krankheitszustandes)	.755	- .134	.541
Wahrgenommene Krankheitsanfälligkeit	.743	- .109	.552
Handlungsanreize	.749	.129	.561

Tab. 1-8: Varianzquellen des sportlichen Verhaltens (Jogging), um den Beitrag demographischer Variablen bereinigt (SLENKER ET AL., 1985, 375)

Der Beitrag der Varianzaufklärung einer Joggingaktivität ist für den Prädiktor „wahrgenommene Barrieren“ mit 37% am höchsten (gesamte Varianzaufklärung durch das Variablengebilde: 56%). Damit bestätigt sich die durch die Studie von TIRREL & HART (1980) dokumentierte Bedeutung der Kosten eines Gesundheitsverhaltens für eine mögliche Umsetzung oder Vermeidung. Allerdings muss für das methodische Vorgehen von SLENKER ET AL. (1985) einschränkend angemerkt werden, dass die schrittweise Berücksichtigung der Prädiktoren in die Regressionsanalyse nicht theoretisch abgesichert, sondern aus empirischen Kriterien motiviert war. Darüber hinaus bestätigt auch diese Studie die negative Korrelation zwischen dem wahrgenommenen Erkrankungsrisiko und einer Sportaktivität (vgl. Tab. 1-7). Vorderste Konsequenz für eine Aktivierung von Nichtsportlern stellt für SLENKER ET AL. (1985) deshalb die Hilfestellung zur Überwindung individueller Hindernisse dar. Interventionsstudien, die diese Problematik aufgreifen, liegen von MILLER, TROST & BROWN (2002) sowie von PROPER, HILDEBRANDT, VAN DER BEEK, TWISK & VAN MECHELEN (2003) vor. Die Untersuchung des australischen Forscherteams um MILLER ET AL. (2002) setzte sich in einer Follow-up-Studie mit der sportlichen Aktivierung durch Barriereüberwindung von Frauen mit Kleinkindern (Kontrollgruppe: n=191; Untersuchungsgruppen: n=363) auseinander. (Eine ausführliche Darstellung des Studiendesigns und relevanter Ergebnisse findet sich in Abschnitt 2.3 der vorliegenden Arbeit.) Durch individuelle Strategieentwicklung und Umsetzungshilfen, die die Elemente Unterstützung durch den Partner, gesellschaftliche Befürwortung (vergleichbar dem Konstrukt der sozialen Norm) und Fähigkeitsentwicklung (Kompetenzbildung) enthielten, konnte für die Interventionsgruppe eine signifikante Erhöhung der sportlichen Aktivität im Vergleich zur Kontrollgruppe gemessen werden. Als effektivste Strategien konnten die Faktoren Partnerunterstützung und Selbstwirksamkeitserwartung auf einem signifikanten Niveau abgesichert werden.

PROPER ET AL. (2003) testeten die Wirkung eines individuellen Beratungsprogramms zur Überwindung von Sportbarrieren an einer Gruppe von 131 (Interventionsgruppe) Kommunalangestellten (Kontrollgruppe: n=168) einer dänischen Stadt. Unter Berücksichtigung individueller Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten konnten signifikante Positiveffekte auf zentral physiologische und biologische Variablen (Körperfettanteil, absoluter Energieverbrauch, cardiorespiratorische Fitness, Cholesterinwerte) und sportliche Aktivität nachgewiesen werden. (Eine ausführliche Darstellung des Studiendesigns und relevanter Ergebnisse findet sich in Abschnitt 2.3 der vorliegenden Arbeit.) Nicht verbessert werden konnte der Bewegungsindex in der Freizeit oder die Teilnehmerate an Bewegungsangeboten der öffentlichen Gesundheitsfürsorge mit moderater Intensität. Die Autoren geben mit diesem Befund die Empfehlung aus, Interventionsmaßnahmen setting-gebunden durchzuführen, und bestätigen darüber hinaus den Erfolg einer möglichst individuellen Betreuung zur sportlichen Aktivierung.

Problematisch an der Health Belief Model-Forschung und damit auch an der Bewertung der empirischen Erkenntnisse ist eine Vielzahl von Unstimmigkeiten. Zum einen erfahren die Theoriekomponenten und ihre Wechselbeziehungen keine adäquate theoretische Absicherung. SCHWARZER (1992, 55f) kritisiert u.a. das Fehlen der kognitiven Faktoren Intention und Kompetenzerwartung als wesentliche Elemente eines motivationalen Prozesses zur Sportaufnahme. Daneben sieht er den Pfad von den Handlungsanreizen in Richtung der Bedrohung als fehlspezifiziert an. SCHWARZER (1992, 56) ebenso wie LAASER, HURRELMANN & WOLTERS (1993, 181) weisen auf die Einseitigkeit des Modells in Bezug auf den motivationalen Prozess hin, der vor allem durch kognitive Informationen der Bedrohung

gesteuert werden solle. Eine derartige Rationalität wohnt dem menschlichen Gesundheitsverhalten nicht inne. FUCHS (1997, 116) schließlich kritisiert die fehlenden bzw. nicht stringenten Messvorschriften, die eine uneinheitliche Ergebnislage mit geringer Übertragbarkeit provoziert. Dennoch liefert die empirische Forschung zur Sportaktivität und dem Health Belief-Model wesentliche Erkenntnisse, die weiterführende Studien berücksichtigen sollten: Dies ist die Bedeutung der wahrgenommenen Barrieren einer Sportpartizipation einerseits und die Zusammenhänge zum Faktor der wahrgenommenen Erkrankungsanfälligkeit andererseits (FUCHS, 1997, 116f).

Protection Motivation Theory und empirische Testung für das Sportverhalten

Weitere wichtige Teilerkenntnisse für das Gesundheitsverhalten im Bewegungsmetier können aus der praktischen Anwendung der Protection Motivation Theory gezogen werden. Die Untersuchung durch FRUIN, PRATT & OWEN (1992) wurde an 615 Schülern (331 Jungen, 284 Mädchen) im Alter zwischen 13 und 17 Jahren durchgeführt. Das Inventar der Studie umfasste als zentralsten Bestandteil persuasive Essays, die Informationen zu den Variablen Selbstwirksamkeit, Wirksamkeit der Interventionsmaßnahme Sport und nachteilige Folgen der Maßnahme (Kosten) im Bezug auf die Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen enthielten. Diese gebotenen Informationen transportierten zwei Levels (hoch – niedrig) hinsichtlich einer argumentativen Manipulation der Theoriekomponenten (z.B. „Es kann davon ausgegangen werden, dass jeder ein regelmäßiges Übungsprogramm aufnehmen kann, wenn er sich nur dafür entscheidet.“ für „hoch“; „Viele Menschen erachten es als sehr schwierig, ein Bewegungsprogramm zu beginnen und beizubehalten.“ für „niedrig“). Schließlich wurden die Probanden aufgefordert, im post-manipulativen Fragebogen zu Aussagen bezüglich der drei behandelten Modellkomponenten sowie möglichen adaptiven oder maladaptiven Copingstrategien Stellung zu beziehen (1 für „stimme voll zu“ bis 7 für „stimme keineswegs zu“). Diese beinhalteten die adaptiven Copingverfahren Verhaltensintention und rationale Problemlösung, sowie die maladaptiven Strategien Vermeidungshaltung, Wunschdenken, Hoffnungslosigkeit und Fatalismus. Eine multivariate Varianzanalyse dokumentierte einen positiven Effekt der Manipulationsstrategie durch alle drei Komponenten der Theorie auf die Kognitionen der Probanden. Eine Überprüfung der Effekte auf die gebotenen Copingstrategien ergab grundsätzlich eine schwache Bestätigung für die maladaptiven, hingegen eine starke für die adaptiven Taktiken. Das Signifikanzniveau erreichten jedoch nur drei Ergebnisse: Die Selbstwirksamkeit lieferte als einziges einen signifikanten Beitrag zur Verhaltensintention, während die Wirksamkeitserwartung und die Kosten der Maßnahme keinen Einfluss hatten. Dieser Umstand lässt darauf schließen, dass die Entscheidung für ein präventives Sportprogramm weniger von der Überzeugung über dessen Wirksamkeit als vielmehr über die eigene Fähigkeit, dies zu bewältigen, abhängt. Darüber hinaus wirkte die manipulative Steuerung zur Wirksamkeit einer sportlichen Interventionsmaßnahme auf die Prävention von kardiovaskulären Erkrankungen nicht signifikant erhöhend auf die Verhaltensintention, sondern signifikant auf die maladaptiven Strategien Hoffnungslosigkeit und Fatalismus. Diese wurden in ihrer Häufigkeit durch die Information einer geringen Wirksamkeit des Sports reduziert. D.h., Probanden, die vom Nutzen der Maßnahme stärker überzeugt waren, präsentierten weniger häufig Bewältigungsarten der Kategorie Hoffnungslosigkeit und Fatalismus. Eine erhöhte Verhaltensintention zeigten sie jedoch auch nicht! Es wird ausgehend von diesem Befund angenommen, dass die Überzeugung von der Wirksamkeit einer Handlung kein direkter Motivationsreiz ausgeht, sondern ihr eher das Potential eines Puffers für motivationsstörende Kognitionen inne-

wohnt (vgl. FUCHS, 1997, 122). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Aussagekraft der Ergebnisse angesichts der Überprüfung von Maßnahmen zur Herz-Kreislaufprävention an einer Jugendpopulation als zumindest eingeschränkt betrachtet werden muss, da ein Bedrohungserleben unter Jugendlichen nicht mit Älteren vergleichbar sein dürfte. Eine Absicherung dieses Faktors, der u.a. auch eine Komponente der Theorie zur Schutzmotivation (Schweregrad, Vulnerabilität) bildet, wird von FRUIN ET AL. (1992) leider nicht geleistet – ebenso wenig wie eine Analyse der Intentionswirksamkeit hinsichtlich einer Überführung in die tatsächliche Handlung.

Eine in dieser Hinsicht umfassendere Theorieprüfung lieferten WURTELE & MADDUX (1987) in ihrer Manipulationsstudie an 160 sportlich inaktiven Studentinnen. Die Methodik ähnelt jener der FRUIN ET AL.-Studie (1992), mit einer Erweiterung der manipulativen Testung um die Theoriekomponenten wahrgenommener Schweregrad von und Vulnerabilität für Herz-Kreislaufkrankungen (zusätzlich zur Selbst- und Handlungswirksamkeit). Berücksichtigt wurde dagegen nicht der Faktor „Kosten des Verhaltens“. Die Probandinnen füllten auch hier im Anschluss an das Lesen experimentell manipulierter, informativer Essays einen postexperimentalen Fragebogen zur Verhaltensintention aus. WURTELE & MADDUX (1987) sicherten darüber hinaus eine Testung der Handlungsintention hinsichtlich ihres Einflusses auf eine tatsächliche Verhaltensänderung. Hierzu erfolgte zwei Wochen nach der Ersterhebung eine erneute Befragung zu Veränderungen in der sportlichen Aktivität. Manipulationskontrollen bestätigten zunächst den Erfolg der schriftlichen Informationen. Schließlich wurde in einer Varianzanalyse der Einfluss der vier Theorie-Faktoren auf die Verhaltensintention, sowie auf die Verhaltensänderung getestet. Dabei zeigten die Variablen Vulnerabilität sowie Selbstwirksamkeit signifikante Haupteffekte. Zusammen tragen beide Faktoren 27% zur Intensionsvarianzaufklärung bei (hierarchische Regressionsanalyse: $F(2,157)=19,06$, $p < .001$). Daneben zeigte sich ein signifikanter Effekt der Dreierkombination Vulnerabilität x Handlungswirksamkeit x Selbstwirksamkeit ($F(1,44)=7,60$, $p < .01$). Diese Ergebnisse zeigen, dass Probanden auch dann eine hohe Intention zur sportlichen Aktivität ausbilden, wenn ihre Vulnerabilität und Überzeugung vom Nutzen einer Bewegungsmaßnahme durch das Experiment manipuliert wurde, sie jedoch eine hohe Selbstwirksamkeit aufweisen. Maßgeblich für die Entscheidung zu einem Bewegungsprogramm scheint also erneut der Glaube an die eigene Fähigkeit zum Absolvieren der Maßnahme zu sein, und nicht der Glaube an dessen Nutzen.

Die Bedeutung der Intention für die Voraussage einer Handlung erwies für das Modell der Schutzmotivation nur geringe Ausmaße. Zwar war es der einzig signifikante Faktor, seine Varianzaufklärung betrug aber gerade mal 9% ($F(11,58)=15,81$, $p < .001$).

Insgesamt stellt sich die empirische Forschung zur Theorie der Schutzmotivation als wenig überzeugend dar. Neben mangelnder Überprüfungen der gesamten Theorie spielen auch immer wieder Fragen der adäquaten Operationalisierung bei der Studiensichtung eine Rolle. Nicht eindeutig geklärt scheinen zumindest die Funktion des Faktors extrinsische/intrinsische Belohnung sowie der Einfluss des Elements „Schweregrad der Bedrohung“. Dieser konnte durch WURTELE & MADDUX (1987) für das Kriterium der Intention nicht, für die Verhaltensänderung hin zur sportlichen Aktivität nur mit marginaler Signifikanz ($F(1,144)=3,34$, $p < .07$) nachgewiesen werden. Sie kommen deshalb zu dem Schluss, dass es sich hierbei nicht um einen wichtigen Faktor bei der Entscheidung für ein präventives Gesundheitsprogramm handeln kann (vgl. WURTELE & MADDUX, 1987, 463). FUCHS (1997, 123f) gibt in diesem Zusammenhang jedoch zu bedenken, dass für die bei den vorliegenden Studien zu Grunde

gelegten Erkrankungen (cardiovaskuläre Krankheiten, Krebs etc.) von einer geringen interindividuellen Varianz im Item der Schweregradbeurteilung auszugehen ist. Aus diesem Grund erscheinen weitere Studien zu weniger schwerwiegenden Erkrankungen wie Osteoporose oder Rückenbeschwerden und der Theorieanpassung sinnvoll.

1.2.3 Neuere Forschungsperspektiven und Konsequenzlegung für die Untersuchung Analog zum von medizinischen Sichtweisen dominierten biologisch-naturwissenschaftlichen Gesundheitsbegriff werden in den Anfängen der Gesundheitsverhaltensforschung diesbezügliche Bemühungen krankheitsdirektiv angelegt. Die eigene Gesundheit zu verbessern kam zunächst der Intention gleich, spezifische Krankheiten zu verhüten, indem die jeweils identifizierten Risikofaktoren abgebaut werden sollten. Daneben liegt den ersten Ansätzen zur Gesundheitsverhaltensförderung ein Fokus auf dem physischen Aspekt der Gesundheit und damit eine körperliche Maßnahmenorientierung inne.²⁸ ARMSTRONG (1988) pointiert die auf Funktionalität des menschlichen Organismus reduzierte Rolle des Patienten, dem eine gesundheitserzieherische Maßnahme zuteil werden sollte, folgendermaßen: „the patient was that body, essentially passive, involved only to the extent that it must respond to and report the outward manifestations of the organic disease.“ (ARMSTRONG, 1988, 18) Erst später fanden auch psychische Bedingungsfaktoren Berücksichtigung, womit der Weg beschritten wurde hin zur so genannten New Public Health-Bewegung (ANDERSON, 1988; ARMSTRONG, 1988; DEAN, 1992). Der Paradigmenwechsel in der empirischen Wissenschaft mündete in einer globaleren Auffassung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, worunter nun alle Interventionen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes subsumiert wurden und werden, unabhängig von der Existenz spezifischer Krankheitssymptome. Damit einher gehend wird eine Differenzierung des Komplexes Gesundheitsverhalten akzeptiert, bei der die Reduzierung von Erkrankungsrisiken durch vorwiegend medizinische Maßnahmen auf der einen Seite gleichberechtigt neben der grundsätzlichen Gesundheitsverbesserung mittels vor allem selbstkonzipierten Gesundheitsverhaltens auf der anderen Seite steht (ANDERSON, 1988). DEAN (1992, 30f) isoliert maßgebliche Impulse für die Entwicklung der Gesundheitsverhaltensforschung in der Quelle der Sozialwissenschaften, hier besonders in der medizinischen Anthropologie, der Gesundheitspsychologie und der Medizinsoziologie. Von da ausgehend entwickelte sich im interdisziplinären Dialog die wissenschaftliche Vorstellung vom menschlichen Gesundheitsverhalten – vergleichbar mit der Genese der Gesundheitsmodelle – als ein multidimensionales Konstrukt, in welchem die Verallgemeinerung von Faktoren, die dieses Verhalten begünstigen, als sehr schwierig erachtet wird. Analog zu Entwicklungslinien des Gesundheitsbegriffes und dessen Operationalisierung fanden auch in der Erforschung des Gesundheitsverhaltens zunehmend individuell-subjektiv gesteuerte Faktoren Berücksichtigung. Versuche, der antizipierten-komplexen Struktur gesundheitlichen Handelns gerecht zu werden, legen konsequentermaßen eine Vielzahl ebenso vielschichtiger Einzelelemente an. So legt DAVIES (1987) – im Umfeld der WHO – folgende Kriterien zur Ressourcenbeurteilung bei der Ausbildung gesundheitsrelevanten Verhaltens vor: das individuelle Lebensstilkonzept, das gesundheitlich relevante soziale Umfeld, Möglichkeiten der sozialen Unterstützung, der Grad des persönlichen Gesundheitsbewusstseins, das Maß der Gesundheitsüberzeugungen und –kompetenzen,

²⁸ ARMSTRONG (1988, 11) ortet in den US-amerikanischen Bewegungen der „healthy body movements“ die Anfänge der auf Verhaltensänderungen abzielenden Gesundheitsinterventionen.

die Verfügbarkeit über Bewältigungsstrategien sowie Maßnahmen der Selbsthilfe (frei organisierte Gesundheitsaktivitäten und gesundheitsorientierte Entscheidungsfindungen). ASHTON (1988) und KICKBUSCH (1988) betonen die enge Kopplung des Gesundheitsverhaltens an die individuelle Umwelt, die es bei der Maßnahmenplanung zur aktiven Gesundheitserziehung zu berücksichtigen gilt. Die Settings Familie, Arbeitsplatz, Kommune und Kultursphäre werden als bestimmend für die individuellen Umweltbedingungen und Gesundheitspotentiale interpretiert. ABELIN (1987) erkennt darüber hinaus die Bedeutung einer gesundheitsorientierten Gesetzgebung für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsprävention. Daneben betont er wesentliche Aspekte der Gesundheitserziehung, denen auch im Umfeld der Gesundheitssportforschung ein zentraler Stellenwert zugewiesen wird:

- Kenntnisse zur Funktion des Körpers
- Kenntnisse über Gesundheitsrisiken
- Praktische Anleitung und Erfahrungen in gesundheitsförderlichen Gewohnheiten
- Allgemeine Gesundheitserziehung hinsichtlich Risikofaktoren (Rauchen, Ernährung etc.)
- Erleben und Erfahren von psychologischen und sozialen Kompetenzen (Gruppenhalt und Gruppendruck).

Als eine ideale Organisationsform zur Realisierung derartig vielschichtiger Vermittlungsstrukturen werden gesellschaftliche Gruppen postuliert, die auch wenig Motivierten oder mit hohen Risikofaktoren Behafteten die Ausprägung einer Verhaltensintention ermöglichen. Damit und mit der Präsenz einer anleitenden Person, die mit Hilfestellungen und Anleitungen zur Seite stehen kann, wird der Erfolg von Interventionsmaßnahmen begründet, die auf organisierte Gruppen abzielen. Eine Sensibilisierung für Belange der Gesundheitserziehung erfolgt dabei, unabhängig vom Entwicklungsstand des Landes, über den Faktor der Gruppenbindung (ABELIN, 1987, 36f). Damit tritt ABELIN (ebd.) dem reinen Individualansatz, der in verschiedenen Interventionsmaßnahmen erfolgreich erprobt wurde (siehe MILLER ET AL., 2002, und PROPER ET AL., 2003), entgegen. Einer Gesundheitserziehung losgelöst vom sozialen Umfeld und dessen Wechselwirkungen mit dem Individuum wird ein ebenso begrenztes Wirkpotential unterstellt, wie der ausschließlich individuellen Betreuung. Dazu sind die Verflechtungen des Einzelnen mit der Gruppenintention eines sozialen Bezugsgebildes offenbar zu stark. Die Intentionen dieses Forschungsansatzes in der bewegungsorientierten Gesundheitsverhaltensforschung suchen sich auf dem Weg von einer personenzentrierten Sportaktivierungstheorie zu globaleren meso- und makrostrukturellen Umweltperspektiven auch neue Impulse aus der Sozioökologie und Forschungsgebieten der Kommunalplanung (siehe KING, STOKOLS, TALEN, BRASSINGTON & KILLINGSWORTH, 2002).

Grundsätzlich lassen sich in der empirischen Wissenschaft zum Gesundheitsverhalten nach DEAN (1992) zwei Forschungstraditionen gegenüberstellen. Im Umfeld der „klassischen“ Konzepte zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten (z.B. Health Belief-Model von ROSENSTOCK, 1990; Salutogenesemodell nach ANTONOVSKY, 1993, 1997; Protection Motivation Theory nach ROGERS, 1975, 1983, 1985; Stresstheorie nach LAZARUS, 1966, 1981, 2000, bzw. LAZARUS & FOLKMAN, 1984) zielten Studien zur Verhaltensforschung auf Erkenntnisse zum Einfluss der Faktoren Gesundheitsbewusstsein, soziale Netzwerke, psychischer Stress und Strategien zu dessen Bewältigung sowie Wahrnehmung von Leistungen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge inklusive des Medizinsystems ab (DEAN, 1992, 31). Evaluativen Charakter hatten daneben die großen Bevölkerungssurveys, die eine parallele For-

schungsstrategie bildeten. Diese hatten die Überprüfung des Nutzens verschiedener Gesundheitsmaßnahmen auf der Basis statistischer Forschungsmethoden zum Ziel. DEAN (1992, 31f) fasst als zentrales Ergebnis dieser im großen Maßstab angelegten Studien die Bedeutung von Variablen der Krankheitswahrnehmung (wahrgenommener Schweregrad einer Erkrankung, Krankheitssymptome, subjektiver Gesundheitszustand etc.) für die Varianz in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zusammen. Einschränkend und gleichzeitig weiterführend gibt er jedoch zurecht zu bedenken, dass dem dynamischen Prozess des gesundheitsorientierten Verhaltens die zur Datenanalyse zur Verfügung stehenden und genutzten statistischen Modelle dieser und ähnlicher Studien nicht ausreichend gerecht werden (können) (DEAN, 1992, 32ff). MÂSSE, DASSA, GAUVIN, GILES-CORTI & MOTL (2002) diskutieren im Umfeld dieser Problematik die Leistungsfähigkeit und Grenzen verschiedener Messverfahren und qualitative wie quantitative Methoden in der Erforschung gesundheitsorientierten Bewegungsverhaltens. Nach einer kritischen Würdigung der qualitativen Methoden „Laddering“ (Face-to-Face-Interviewtechnik) und projektiver Techniken, sowie der quantitativen Verfahren „Item Response Theory“, LVSEM („Latent Variable Structural Equation Modeling“) und „Multilevel Modeling“ ziehen die Autoren ein aktuelles Fazit: Um den Zusammenhang von Moderator- und Mediatorvariablen, Korrelationen und sportlicher Aktivität durchdringend verstehen zu können, ist die Weiterentwicklung bestehender Mess- und Analysemethoden vonnöten. Eine Kombination von hochentwickelten qualitativen und quantitativen Verfahren kann den Blick auf multifunktionale Zusammenhänge eher eröffnen, als eine „Ein-Verfahren-Strategie“ (MÂSSE ET AL., 2002). Für den Sektor der Terminologie in der Forschung zum Gesundheitssportverhalten legten BAUMANN, SALLIS, DZEWALTOWSKI & OWEN (2002) einen Vorschlag zur Begriffsbesetzung und –unterscheidung von zentralen Termini vor. Danach soll zwischen Determinanten, Korrelaten (nur auf statistischer Basis), Mediator- (Effektgröße einer Interventionsmaßnahme auf sportliche Aktivität), Moderatorvariablen (Einflussgröße auf die Mediatorvariable) und Confounders (Streuwirkungen auf die Verhältnisgröße Intervention-sportliches Gesundheitsverhalten) unterschieden werden. Motiviert wird dieser Impuls durch die These, dass die existierenden Gesundheitsverhaltenstheorien wie das Health Belief-Model, die Theorie des geplanten Verhaltens oder das sozialkognitive Modell der Komplexität der Problematik mit ihrer offensichtlichen Vielzahl an Korrelationen und Effekten nicht gerecht werden (vgl. BAUMANN ET AL., 2002, 10). Dagegen erscheint zunächst eine grundlegende Kenntnis über die Qualitäten und Richtungen konstatiertes oder angenommener Zusammenhänge und damit auch eine terminologische Präzisierung von Bedeutung, um den Erfolg von Public Health-Maßnahmen zu verbessern und abzusichern.

Den Beiträgen kann sicherlich entsprochen werden. Einen umfassenden Blick auf Bedingungsfaktoren und Wechselwirkungen im gesundheitlichen Verhalten mag die Komplexität wohl trotz intensiver Forschungsarbeit letztendlich verwehren. Eine Sicherung von Teilaspekten und Ausblicke auf setting-abhängigen Steuerungsmöglichkeiten können aber sicherlich erreicht werden. Mit dem Fokus auf das Interventionsfeld Sport im Vereinsumfeld liegen hierzu keine ausreichend gesicherten Erkenntnisse vor – die vorliegenden Analysen sollen Hinweise auf die erfolgreiche sportliche Aktivierung von Individuen im Verein liefern.

2. Gesundheitsförderung – eine Chance durch sportliche Aktivierung?

2.1 Vom „Sport“ zum „Gesundheitssport“

Begegnet man heute im organisierten Sport der Dimension des Gesundheitssports als etablierte, formal eigenständig anmutende Säule der sportlichen Betätigung, so erweist sich dieser Sportbereich längst nicht so abgegrenzt und autonom definiert wie es scheint. Sowohl auf der terminologischen als auch auf praktischer Ebene stößt man auf Abgrenzungsprobleme.

Der folgende Abschnitt befasst sich mit Entwicklungslinien und Erscheinungsformen des Sporttreibens unter gesundheitlicher Zielsetzung und stellt Kriterien zur Spezifizierung der Arten sportlichen Gesundheitsverhaltens vor. Hierzu wird ein Blick auf die Zusammenhänge von Fitness und Gesundheit geworfen sowie ein Überblick zu operativen und terminologischen Gesichtspunkten der Gesundheitsintervention angeschlossen.

2.1.1 Begriffsfassung und Entwicklungslinien

Der Versuch, den Begriff Sport zu fassen, um die Erscheinungsform des Gesundheitssports generieren zu können, trifft auf das Problem der Uneinheitlichkeit des Grundphänomens. Das Phänomen Sport wird von einer derartigen Heterogenität geprägt, dass eine klare und abgrenzende Definition des Begriffs nicht möglich erscheint (LANGENFELD, 1987; RÖTHIG ET AL., 1992). Für die vergangenen Jahrzehnte kann hier sicher noch eine Steigerung dieses Differenzierungsprozesses konstatiert werden. Der Sport ist dabei nicht nur eng verbunden mit gesellschaftspolitischen Entwicklungen, sondern wird auch geprägt von Sinngebungen der Sporttreibenden und umgangssprachlichen Einflüssen durch die Gesellschaft. Was unter „Sport“ verstanden wird, ist das Ergebnis eines sozialgeschichtlichen Prozesses im Wechselspiel mit individuellen Inhaltzuweisungen und Wertezuschreibungen.

Der moderne Sport entwickelte sich im 18. Jahrhundert von England ausgehend im gesellschaftlichen Raum der Industrialisierung. Eine enge Verbindung entstand durch die ersten öffentlich ausgetragenen Wettkämpfe zu den Begriffen der Zerstreung, des Zeitvertreibs und der Leistung, die sich auch in der Ethymologie widerspiegeln: Der Terminus „sport“ wird auf das mittelenglische „disport“ zurückgeführt, was so viel bedeutet wie „Zerstreuung, Vergnügen, Zeitvertreib, Spiel“ (RÖTHIG ET AL., 1992, 421). Die Wurzeln dieser englischen Ableitung können über französisch „desport“ im lateinischen „deportare“²⁹ geortet werden. Die Einführung ins Deutsche schreibt man gemeinhin dem Reiseschriftsteller H.L.H. Fürsten zu Pückler-Muskau (RÖTHIG ET AL., ebd.) zu, und GRIMM & GRIMM (1905) konstatieren in ihrem Deutschen Wörterbuch:

„die sache selbst erscheint in nachahmung englischen brauchs mit dem namen vereinzelt bereits in den 50er jahren des 19. jahrh. (...), hat aber erst in den letzten jahrzehnten des 19. jahrh. so um sich gegriffen, dasz das wort völlig in die deutsche sprache eingebürgert ist (...).“ (GRIMM & GRIMM, 1905, 2688)

Es entwickelte sich eine Wettstreitkultur durch sportliche Leistungsvergleiche von Bediensteten unterschiedlicher Dienstherrn. Auf jene durch Angehörige der Oberschicht arrangierten sportlichen

²⁹ deportare=fortbringen, mit im Vulgärlat.-Rom. entwickelter Spezialbedeutung „zerstreuen, vergnügen“ (vgl. RÖTHIG ET AL., 1992, 421f)

Leistungsvergleiche konnten Wetten abgeschlossen und stattliche Prämien eingeholt werden. Die Leistung der Kontrahenten diente dabei vornehmlich dem Zweck der Unterhaltung einer privilegierten sozialen Oberschicht. Als Begleiterscheinung kann der Ursprung der Entwicklung eines (einheitlichen) Regelsystems im Sport verortet werden. Im Verlauf des 19. Jahrhunderts entdeckten die Mitglieder der höheren Schicht die sportliche Leistungsmessung für sich selbst und trugen mit der Gründung von „sports clubs“ zur fortschreitenden Organisierung und Verbreitung des Sportgedankens bei (LANGENFELD, 1987). KURZ (1986, 52f) verweist auf die enge Bindung zwischen individuellen Rollen in der damaligen Gesellschaft und der Aktivität im Sport; Frauen und Unterschichtangehörige fanden im Sport kaum eine Entsprechung ihrer sozialen Aufgaben und gelten dementsprechend in der ersten Sportbewegung eher als Randerscheinung.

Anerkannt wird in der Sportwissenschaft in Rückgriff auf die Anfänge des modernen Sports die ursprüngliche Dominanz der Leistungsorientierung und des Wettkampfprinzips, die als korrespondierende Adaptation der Leistungsgesellschaft, in der sich der moderne Sport entwickelte, verstanden wird (z.B. GRUPE, 2000; KUNATH, 1992; KURZ, 1986; RITTNER, 1986). In der Negativdefinition der Niederlage des Zweiten Weltkriegs fand das Leistungsdenken und Konkurrenzprinzip im deutschen Sport erneut Nahrung. Leistung im Sport wurde zur Quelle eines Nationalstolzes und mündete in eine Dominanz des Leistungssports. Die Orientierung des Breitensports am Leistungssport der 50er und 60er Jahre des 20. Jahrhunderts erscheint als weitreichende Konsequenz dieser Sportentwicklung. Erst die gesellschaftliche Weiterentwicklung hin zur Abkehr vom Wohlstandsdenken und „Technisierungswahn“ bereitete den Weg zur Sinnerweiterung und Motiverneuerung der Sporttreibenden. Der sogenannte „Zweite Weg“ des organisierten Sports verschaffte den Sportvereinen einen massenhaften Zulauf. Als entscheidende Begleiterscheinung hiervon wird die Integration des Sports in die Alltagskultur erkannt, die ihre Ausläufer in der Pluralität der Sinnrichtungen, Motive und Erwartungen an den Sport hat (vgl. GRUPE, 2000, 35). Die Deutungen des neuen, ausgefächerten Phänomens „Freizeitsport“ greifen dementsprechend aus und bewegen sich doch in einem engen Rahmen: DIGEL (1986, 38) setzt neueste Entwicklungen des Sports provokant gleich mit „einer Institution `allgemeiner Lebenshilfe““, PALM (1993) betont den Aspekt der Selbst-Darstellung im modernen Freizeitsport, bei GRUPE (2000, 34) liest sich diese Umdeutung des Sports als „Mittel zur Selbstverwirklichung“. Als gemeinsamer Nenner findet sich der Trend zur Individualisierung im Sport. Der Sport soll jedem Individuum Anreize und Motive bieten aktiv zu sein. Moderne Formen sollen es möglich machen, dem gelangweilten Abenteuer und Erlebnis, dem Einsamen Geselligkeit und Kommunikation und dem Kranken Gesundheit und Wohlbefinden zu offerieren. Und „Sport für alle“ meint wohl nicht zuletzt auch die in jüngster Zeit verstärkte Ausrichtung auf sozial schwächer Gestellte, die im Sport ein Vehikel zum Chancenausgleich finden sollen (siehe LAMPRECHT & STAMM, 1995; OPPER, 1998a; TOFAHRN, 1997). Begründet wird die postulierte Notwendigkeit von einer sportlichen Aktivierung sozialer Randgruppen vor allem von Seiten der Kostenträger und der Politik mit dem Argument sozialer Benachteiligung im Gesundheitsverhalten, -erleben und dem Gesundheitszustand (HELLFERICH, HENDEL-KRAMER & KLINDWORTH, 2003; KLAES, 1985; SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN, 2000). Das Gesundheitsmotiv ist mit dem Wertewandel im Sport in die vorderste Reihe der Leitbilder gerückt (vgl. Abschnitt 2.3). Nicht nur im Alltagsverständnis des modernen Menschen scheint sich der Glaube an einen gesundheitlichen Nutzen des Sports verankert zu haben, auch der organisierte Sport und die Sportwissenschaft propagieren, evaluieren und differenzieren tatsächliche und mögliche Ef-

fekte. Breitenwirksamkeit erlangte diese Entwicklung durch die „Trimming 130“-Aktion des DSB in den 1970er Jahren, die freilich eine Reduktion des Gesundheitsgedankens durch Sport auf physische Merkmale, ganz explizit auf die Ausdauerleistungsfähigkeit, dokumentiert. Getragen von Erkenntnissen der Sportmedizin wurde die sportliche Bewegung als Interventionsinstrument zur Steigerung oder Wiedererlangung der physischen Gesundheit propagiert. Eine Ausdifferenzierung des Gesundheitsbegriffs einerseits sowie der Betrachtung von Wechselwirkungen zwischen Sport und Gesundheit andererseits transportierte auch psychische und soziale Zusammenhänge in das Erkenntnisinteresse (BREHM, 1998; 1997; BREHM ET AL., 2002; OPPER, 1998a; SCHLICHT, 1994b; 1995; TOFAHRN, 1997). In enge Nähe zum Gesundheitsmotiv rückt so neben den Begriff Fitness (vgl. Abschnitt 2.1.2.1) auch der des Wohlbefindens (GRUPE, 2000; KURZ, 1986; RITTNER, 1986b; TIEMANN, 1997; WYDRA, 1996). Diese subjektive Kategorie in der Gesundheitswahrnehmung eröffnet nicht nur den Blick auf eine psychische Komponente der Gesundheit, sondern erschwert aus Pädagogensicht gleichzeitig die Rückschlüsse auf den Gesundheitswert des Sports: „Nicht alles, was beim Sporttreiben Spaß macht oder Wohlbefinden vermittelt, ist nämlich auch gesund, und umgekehrt.“ (GRUPE, 2000, 256)

Was nun gesund ist am Sport, erscheint heute mehr denn je unklar (BÖS & BREHM, 1998; FRANKE, 1986; KNOLL, 1997a; 1997b; SCHLICHT, 1994b). Vor dem Hintergrund der modernen sports-Bewegung führt der Versuch, den Gesundheitswert der traditionellen Sportarten zu bestimmen, zu einem eher unbefriedigenden Ergebnis (exemplarisch: KOTTMANN & TREUTLEIN, 1992; SCHULKE-VANDRE, 1992). Die Sportwissenschaft führt für diesen Sportbereich das Argument der physiologischen Belastungen und den risikobehafteten Umgang mit der Gesundheit ins Feld. Gleichwohl kann auch dieser Form des Sports nicht streitig gemacht werden, für die Ausübenden eine Quelle des gesundheitlichen Wohlbefindens bieten zu können (KOTTMANN & TREUTLEIN, 1992). Eine Differenzierung nach Rahmenbedingungen, Inhalten und Ausrichtungen wird angeraten (BÖS & BREHM, 1998). In der Tradition der „Gymnastik“ erkennen Sportwissenschaftler hingegen so etwas wie eine Urform des Gesundheitssports, da hier das Ziel der „aktiven Gesundheitsvorsorge durch differenzierte prophylakt. und rehabilitative Bewegungsübungen“ (BODE, 1992, 193) Zweck bestimmend ist. Doch auch dieser Weg führt angesichts einer nahezu endlos erscheinenden und sich stets weiterentwickelnden Palette an Gymnastikformen in der Freizeitsportlandschaft nicht zu einer klaren Abgrenzung des gesundheitsorientierten Sports.

Der Versuch (des DSB), diese Erscheinungsform zunächst auf Verbandsebene zu verankern und zu institutionalisieren, provozierte Anfang der 1990er Jahren eine Diskussion in der Sportwissenschaft, die zum einen auf Grundfragen des Sports – wie den Vorwurf der Instrumentalisierung – zurückgeführt wurde und zum anderen auch noch nicht endgültig abgeschlossen zu sein schien. Der DEUTSCHE SPORTBUND (1993, 198) will unter dem Begriff Gesundheitssport „eine aktive, regelmäßige und systematische körperliche Belastung mit der Absicht, Gesundheit in all ihren Aspekten, d.h. somatisch wie psychosozial, zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen“ verstanden wissen. Geöffnet wird diese Definition ganz bewusst neben den Bewegungsfeldern Präventiv-, Rehabilitationssport und der Sporttherapie auch Aktivitäten im Breiten- und Freizeitsport (siehe DSB, 1998, 198f). Legitimation erhält diese Inklusion durch den „Erholungsaspekt“ sowie den Elementen „sozialer Integration und Kommunikation“ (DSB, ebd.), die auch solchen Sportformen unterstellt wird. Die hiermit nicht erreichte Abgrenzung zu einem explizit gesundheitsorientierten Sport wird nicht nur von TISCHBIER

(1993), sondern auch von BECKERS & BRUX (1993) moniert. Mit dem Rückgriff auf Elemente des Freizeit- und Breitensports werden weite Teile des Sports für eine gesundheitsrelevante Betrachtung geöffnet, eine nötige Umbewertung des Umgangs mit den klassischen Sportarten bezüglich ihres Potentials für eine Gesundheitsförderung bleibt jedoch aus. KOTTMANN & TREUTLEIN (1994, 212f) legen zu dieser Problematik drei Strategien vor:

- statt Ergebnisorientierung: Erlebnisorientierung
- statt objektiver Normen: vom Kollektiv festgelegte oder subjektive Normen
- statt Perfektion: Auseinandersetzung mit verschiedenen Bewegungsformen.

Mit diesen Umdeutungen soll eine Instrumentalisierung auch der traditionellen Sportarten, wie sie im Breitensport betrieben werden, für eine Gesundheitsförderung möglich werden.

Die Instrumentalisierung des Sports für den Aspekt Gesundheit (BALZ, 1993; KOLB, 1995b) scheint in der Diskussion um eine mögliche Begriffsfassung dessen, was sich längst in den Vereinen und Sportstudios etabliert und in der Sportforschung einen Platz gebahnt hatte, einen ersten Gipfel zu finden. Als Ergebnis kann jedoch die Notwendigkeit zur Differenzierung festgehalten werden, die an späterer Stelle auch durch Befunde aus der empirischen Überprüfung von Effekten erhellt werden soll (vgl. Abschnitt 2.2).

Eine klare Abgrenzung der Erscheinungsformen eines gesundheitsrelevanten Sports scheint kaum möglich. Übergänge vom Freizeit- zum Präventivsport werden ebenso fließend in der Praxis auftreten, wie von der sekundären zur tertiären Prävention durch Sport. Ein gegliederter Überblick soll unter Respekt der Problematik zur Einordnung in das Forschungsvorhaben im Folgenden vorgenommen werden.

2.1.2 Sportliche Aktivität im Kontext von Fitness und Prävention

Die Werte- und Sinnvielfalt des Sports machen eine präzise Zuweisung der sportlichen Aktivität zu einem Sportmodell sehr schwierig. Eine derart sichere Charakterisierung des modernen Sports, wie sie RITTNER (1991) vorlegt, scheint nicht einhellig von der Sportwissenschaft gestützt zu werden. RITTNER (1991, 355) erkennt drei neue, „voneinander unabhängige Sport-Modelle“, den Spaß- bzw. Freizeit-Breitensport, den Gesundheits- sowie den Leistungssport. Grenzziehendes Element des Gesundheits- vom Freizeitsport ist für RITTNER (ebd.) „die Isolierung von Gesundheit und Fitness“, welches wiederum ein Vehikel zur Demonstration der Leistungsfähigkeit (auch in der Gesellschaft) bildet. DIGEL (1986, 38f) erweitert und differenziert den Kreis auf fünf Sportmodelle (Leistungs-, Medien-, Freizeit-, Alternativ- und Instrumenteller Sport), wobei er dem Instrumentellen Sport präventive und soziale Zielsetzungen zuweist und das Spaßmotiv in einem offenen Rahmen des Freizeitsports verankert sieht. Zur Pflege des Körperkults und der Entspannung sieht DIGEL (ebd.) im Alternativsport den entsprechenden Raum.

Einigkeit scheint zumindest über die Uneinheitlichkeit des modernen Sports zu bestehen. Die Ausdifferenzierung der Sportintentionen und –motive findet in der Vielschichtigkeit der Strukturen und Inhalte ihre Entsprechung. Das gilt auch für die Zielsetzung einer Gesundheitsförderung durch Sport.

2.1.2.1 Zum Konstrukt der Fitness in der Gesundheitsförderung durch Sport

In der sportwissenschaftlichen Forschung begegnet man einer z.T. synonymen Verwendung oder zumindest einer begrifflichen Vermengung der Begriffe Fitness, Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit (KAYSER, 1992a; WYDRA, 1992). Die Sportpädagogik erkennt im Fitnessbegriff neben dem Wohlbefinden und der Gesundheit eine der zentralsten Zielkategorien des modernen Sports (GRUPE, 2000).

Weniger globale Annahmen über Fitness lassen sich in medizinisch oder trainingsphysiologisch orientierten Wissenschaftszweigen finden. HOLLMANN & HETTINGER (2000) bieten – nach der These von der Schwierigkeit um eine Begriffsfassung – folgende Definition: „Fitness ist der Zustand einer im psychischen und physischen Bereich guten Leistungsbereitschaft für eine spezifische Aufgabe.“ (HOLLMANN & HETTINGER, 2000, 119) Dabei gehen die Autoren von einer aktiven und einer passiven Komponente der Fitness aus. Fitness wird demnach nicht nur in der aktiven Bewältigung einer bestimmten Aufgabe erkannt, sondern auch in der Tauglichkeit zur passiven Toleranz gegenüber widrigen Umständen (Temperaturen, Sauerstoffmangel etc.). Eben diese Bipolarität wird als Begründungskriterium für einen eigenständigen Fitnessbegriff herangezogen, der ihn von den Konstrukten Gesundheit und Leistungsfähigkeit trennt (HOLLMANN, 1995; HOLLMANN & HETTINGER, 2000). Die Diffusität des Begriffs Fitness bringt die Forderung nach Begriffszusätzen mit sich, durch welche erst der Zielanspruch verdeutlicht werden kann, schließlich zeigt sich diese Fähigkeit abhängig von soziodemographischen Merkmalen wie etwa Alter, Geschlecht, Beruf (HOLLMANN & HETTINGER, 2000, 119; WEINECK, 2000, 18). Dennoch werden enge Wechselbeziehungen zwischen Faktoren eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs angenommen. HOLLMANN & HETTINGER (2000, 119) erkennen als Voraussetzung für gute Fitness die Faktoren psychisches und physisches Wohlbefinden sowie bestimmte soziologische Rahmenbedingungen an. TIEMANN (1997) instrumentalisiert die körperliche Fitness zum Mittel der Hebung des Gesundheitszustandes und ordnet ihr folgenden Maßnahmenkatalog unter: Training der konditionellen, relaxativen Fähigkeiten und jener der Rhythmusanpassung (TIEMANN, 1997, 34).

Eine stark soziologisch orientierte Perspektive von Fitness im Kontext der Gesundheit dokumentiert die tschechische Sportwissenschaftlerin Jana PAŘIZKOVÁ (1991): „Fitness is an essential component of health, and may be regarded as a complex of prerequisites allowing an organism to react in a optimal way to various environmental stimuli.“ (PAŘIZKOVÁ, 1991, 8). BOUCHARD & SHEPARD (1994, 80f) inkludieren daneben physische Herausforderungen der Umwelt in den Fitnessbegriff.

Als Unterkategorie zum Fitnesskonstrukt wird die körperliche Leistungsfähigkeit anerkannt, die für eine differenzierte Perspektive auf das sportmedizinische Phänomen alleine jedoch nicht ausreicht (HOLLMANN & HETTINGER, 2000; PAŘIZKOVÁ, 1991; WEINECK, 2000). Der Fokus auf Teilsysteme des Körpers zieht die Identifizierung von „Teilleistungsfähigkeiten“ eines „fitten Organismus“ nach sich: Es ist zu unterscheiden zwischen einer cardio-respiratorischen, hämatologischen und gastrointestinalen Fitness (PAŘIZKOVÁ, 1991; WYDRA, 1996). So kann versucht werden, Adaptationserscheinungen eines sportlichen Trainings auf Teilebenen der Fitness transparent zu machen (BOUCHARD, SHEPARD & STEPHENS, 1994; MADER & ULLMER, 1995; TIEMANN, 1997; WYDRA, 1996).

Speziell in der Gesundheitssportforschung wird der Fitnessbegriff häufig durch Komponenten spezifiziert, die im Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Förderung gesehen werden. Hierzu zählen morphologische, muskuläre, cardiorespiratorische, metabolische und motorische Komponenten (siehe BOUCHARD & SHEPARD, 1994, 81).

Aus objektiver Sicht zumindest wird die Wirkrichtung im Fazit so definiert, dass Fitness (bzw. körperliche Leistungsfähigkeit) eine Variable zur Gesundheitsbestimmung ist (siehe MADER & ULLMER, 1995; WYDRA, 1996). Auf subjektiver Ebene ist die Diffusität des Begriffs ebenso ablesbar. In seiner Studie zum Zusammenhang von Fitness und Gesundheit konnte TIEMANN (1997, 183f) Befunde zum Fitnessverständnis der Probanden (N=16) vorlegen. Zu Beginn des Interventionsprogramms, das als ein gesundheitsrelevantes Fitnesstraining konzipiert und evaluiert wurde, herrschten die Aspekte körperliche Leistungsfähigkeit (n=8), Beweglichkeit (n=6) und (sportliche) Aktivität (n=5) als Kriterien zur Fitnessdefinition bei den Versuchspersonen vor³⁰. 13% der Probanden hatten sogar überhaupt keine Vorstellung, wie dieser Sinngehalt zu bestimmen sei. Mit Kursende veränderte sich dieses Bild tiefgreifend. Nicht nur, dass die Interventionsmaßnahme jedem Probanden Kenntnisse und subjektive Theorien über (ihre) Fitness ermöglichte, eine grundsätzliche Ausdifferenzierung des Begriffs war in der Stichprobe zu verzeichnen (30 Teilaspektennennungen vor, 58 nach dem Programm). Die dominanten Faktoren des Fitnessbegriffes im Anschluss an den Sportkurs waren körperliche Leistungsfähigkeit (n=11), Ausdauer/Kondition (n=9), Beweglichkeit (n=8), (sportliche) Aktivität (n=7), Kraft (n=6) und Wohlbefinden (n=5). Die Befunde lassen im subjektiven Verständnis der Sportler auf einen flexiblen Begriff schließen, der sich in Kernkategorien stark der Gesundheitsvorstellung anpassen kann. Die engste begriffliche wie inhaltliche Verflechtung mag jedoch zur körperlichen Leistungsfähigkeit bestehen, die sowohl vor als auch nach dem Sportprogramm mit deutlicher Mehrheit als Bestimmungskriterium der Fitness genannt wurde.

STOLLENWERK (1986) belegt anhand einer Studie an 520 Aerobic-Sportlern (29 Männer, 488 Frauen, 3 missing values) aus den Anbieterinstitutionen Sportverein, kommerzielle Anbieter und Volkshochschule/Bildungswerk eine ähnliche Verknüpfung in den subjektiven Theorien von der Wechselwirkung zwischen Aerobic und Gesundheit. Die Probanden beschreiben (in möglicher Mehrfachantwort) die Effekte ihrer sportlichen Aktivität mit deutlicher Mehrheit durch die Kategorie Fitness („Ich bleibe fit durch Aerobic“: 82,8% Zustimmung). Hinzu tritt ganz deutlich das Element Wohlbefinden („Ich kann durch Aerobic vom Alltag abschalten“: 72,5% Zustimmung; „Seit ich Aerobic betreibe, fühle ich mich insgesamt wohler.“: 75,9% Zustimmung). Das von STOLLENWERK (1986) angewandte Inventar lässt aufgrund einer andersartigen Ausrichtung (auf „Effekte der Aerobic-Aktivität“)³¹ nur am Rande Aussagen zu einem möglichen subjektiven Zusammenhang von Fitness und Gesundheit der Probanden zu. Die eingeschränkte Anwendbarkeit dieser Befundlage auf die subjektiven Theorien der Teilnehmer zur Fitness berücksichtigend, lassen sich die Ergebnisse jedoch in eine grundsätzliche These

³⁰ Mehrfachnennungen waren möglich.

³¹ Die übrigen Antwortvorgaben lauteten: „Seit ich Aerobic betreibe, habe ich insgesamt weniger körperliche Beschwerden.“, „Seit ich Aerobic betreibe, bewege ich mich sicherer.“, „Aerobic ist nur ein Modetrend.“ und „Die Kritik einiger Ärzte über Aerobic hat mich verunsichert.“ (STOLLENWERK, 1986, 138)

(TIEMANN, 1997) einordnen: Für Individuen besteht eine enge Wechselwirkung zwischen Fitness, Wohlbefinden, Gesundheit und sportlicher Aktivität.

In der praktischen Arbeit herrscht konsequenterweise eine Deutungsvielfalt vor. Interventionsmaßnahmen, die sich der Fitnessförderung von Teilnehmern verschreiben, können aus dem Bereich des moderaten Lauftrainings, der Rückenprävention oder der Verbesserung von Handlungs- und Effektwissen stammen (siehe SCHAGERL, 1997). SCHAGERL (1997) steht mit der Anerkennung dieser Bewegungsformen als Ausdruck einer „praktischen Umsetzung gesundheitsfördernder Fitnessaktionen“, die primärpräventive und primordiale Zielsetzungen und Inhalte unter dem Dach der Fitnessförderung vermengen, in der Praxis nicht alleine da.

2.1.2.2 Prävention und die Interventionsmaßnahme Sport

Der Gedanke der Prävention ist untrennbar mit den Anfängen der Medizin verbunden. In der antiken Heilkunst herrschen systemische Sichtweisen zur Gesundheit und Krankheit vor, die den Menschen in einer Verstrickung mit seinem Schicksal, der Welt und ihren Kräften verstehen (vgl. SCHORR, 1995, 54). Nicht die Krankheit und deren Behandlung bilden den Heilansatz, sondern der Mensch in seiner Lebenskonzeption, die in Einklang mit der Natur und den inneren Kräften stehen sollte. Die Aufgabe der Medizin definierte sich durch eine Anweisung zum „vernünftigen“ Lebensstil, der ästhetische Prinzipien ebenso einschloss wie das Streben nach körperlicher Harmonie und dem rechten Maß in allen Dingen. Anwendung fanden hier vor allem Unterweisungen in körperlicher Erziehung, Ernährung und Hygiene (vgl. SCHWENKMEZGER & SCHLICHT, 1994, 215). Entsprechend wurde die Gesundheit nicht als „Standard“ im menschlichen Befinden bestimmt, sondern erhielt den Stellenwert eines durch besondere Anstrengungen erreichten Zustands höherer Lebensqualität. Maßgeblich betont wurde dabei die Bedeutung der Eigenverantwortung des Einzelnen. Im Verständnis dieser Idee von der Gesundheit als Ergebnis einer durch Selbstkontrolle und Selbstentscheidung geprägten Lebensweise verfolgte auch das Element der Leibesübungen einen ganzheitlichen Charakter. Gymnastische Übungen sollten zur Lebenstüchtigkeit in sozialer, physischer, psychischer und sittlicher Hinsicht erziehen (FLATTEN, 1988; SCHIPPERGES ET AL., 1988).

Die gängige Differenzierung der Präventionsschritte in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention geht auf den amerikanischen Psychiater und Professor für Psychische Gesundheit GERALD CAPLAN (1966) zurück, der exemplarisch ein Modell für die psychologische Prävention entwickelte. Zur Grenzziehung zwischen den Interventionsfeldern wird allgemein der Maßstab des Erkrankungsstadiums herangezogen (vgl. Tab. 2-1). LAASER, HURRELMANN & WOLTERS (1993) erweitern das Modell um die primordiale Intervention und wollen darunter Maßnahmen der Gesundheitsförderung für die gesunde Gesamtbevölkerung im Vorfeld der medizinischen Instrumente verstanden wissen. Nach dieser Terminologie greifen Maßnahmen der Primärprävention in eine frühzeitige Diagnose und ein mögliches Abwenden von Risikofaktoren noch vor der Ausbildung eines spezifischen Krankheitsbildes, während sekundärpräventive Interventionen in einer präklinischen Phase Anwendung zur Therapie erster Krankheitssymptome und der Kompensation von Risikofaktoren finden (vgl. BANZER, 1992, 365). Sekundärprävention setzt demnach noch vor einer adäquaten Intervention die Kenntnis vom Vorhandensein spezifischer Bedrohungsmerkmale. KAPLAN (2000) identifiziert in diesen beiden Strategien

die beiden Hauptfelder öffentlicher Gesundheitsfürsorge. In der praktischen Anwendung zeigt sich jedoch, dass eine eindeutige Zuweisung anhand der Erkennung von Risikofaktoren nur schwer möglich ist (LAASER ET AL., 1993).

Ist die Erkrankung in einem chronischen Stadium mit deutlichen Gesundheitsstörungen ausgebildet, zielen Mittel der Tertiärprävention auf die Wiederherstellung der Gesundheit oder aber auf die Verhinderung einer Zustandsverschlechterung ab. Der Begriff der Tertiärprävention hat sich im Sprachgebrauch, wie LAASER ET AL. (1993, 178) anmerken, entgegen des Terminus' der Rehabilitation faktisch nicht durchgesetzt.

	primordial	primär	sekundär	tertiär
Ansatzpunkt	vor Risikoreduktion	Risikoreduktion vor Krankheitsbeginn	im Frühstadium der Krankheit	im chronischen Krankheitsstadium
Zielgruppe	Gesunde	Merkmalsträger (Risikogruppen)	Patienten (Einzelpersonen)	Rehabilitanten
Maßnahmenorientierung	Lebensweise (Beeinflussung von Verhältnissen)	Lebensstil (Beeinflussung von Verhalten und Verhältnissen)	Abwenden der Chronifizierung (medizinisch; auch Verhaltensmedizin)	Kuration (sozialmedizinisch)
Gültigkeit	allgemein (unspezifisch)	weitgehend allgemein (Beeinträchtigungen des gesundheitlichen Befindens, Risikofaktoren)	Spezifisch (klinische Symptome mit spezifischem Handlungsbezug)	Spezifisch (chronische Erscheinungsformen mit spezifischem Handlungsbedarf)

Tab. 2-1: Zur Terminologie und Kennzeichnung von Interventionsschritten (mod. nach LAASER, HURRELMANN & WOLTERS, 1993, 178f)

Gesundheitsförderung und -erziehung zielt auf die gesundheitsorientierte Verhaltensänderung von Personen ab, ob diese nun gesund sind, Risikofaktoren ausgeprägt haben oder sich bereits in der Krankheitsphase befinden. Aus theoretischen Überlegungen erwachsen in der verhaltenspsychologischen Forschung verschiedene Modelle, die Einflüsselemente zur Verhaltensintention abwägen. Zu den gebräuchlichsten zählen wohl das Health Belief-Model, die Protection Motivation Theory, die Theory of Reasoned Action bzw. die Theory of Planned Behavior sowie sozialkognitive Modelle, die in der gesundheitserzieherischen Praxis Anwendung finden (vgl. hierzu die Ausführungen zu den Verhaltensmodellen in Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit). Derartige Modelle gehen von der Möglichkeit aus, durch Elemente der Information und Wahrnehmung das gesundheitliche Verhalten von Individuen bestimmen zu können. Im Rückschluss erhoffen sich Forscher, Politiker und Kostenträger Erkenntnisse über eine effektive und nachhaltige Aktivierung von gesunden, gefährdeten und erkrankten Personen zu einer gesundheitlichen Lebensstiländerung.

Gesundheitspolitische Strategien lassen dabei grundsätzlich eine Orientierung der Präventionsbemühungen am Risikofaktorenmodell und darin einen Schwerpunkt auf sekundärpräventive Anstrengungen erkennen. KAPLAN (2000) sieht – insbesondere unter Berücksichtigung einer von ihm angenommenen höheren Effektivität von primärpräventiven Maßnahmen – ganzheitliche Konzeptionen der Gesundheitsförderung unterrepräsentiert. In Rückgriff auf verhaltenswissenschaftliche Traditionen gewinnen Modelle, die den menschlichen Körper als geschlossenes System behandeln, in der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Wissenschaft an Bedeutung. Hier soll der ganze Mensch behandelt werden, und nicht isoliert erkennbare Krankheitssymptome oder biologische Erkrankungsursachen.

Von einer sportlichen Aktivität verspricht man sich auch heute präventive gesundheitliche Effekte³², wobei wesentliche Differenzierungskriterien bezüglich der Ziele, Inhalte, Rahmenbedingungen und Risikofaktorenausprägung der Zielgruppe u.a. formuliert werden müssen. In der sportwissenschaftlichen Forschung sind Globalurteile über einen Positivzusammenhang von Sport und Gesundheitsprävention nicht selten. Es wird davon ausgegangen, dass sportlich Aktive länger leben, den Bewältigungsprozess der Anforderungen des täglichen Lebens besser gewachsen sind, ein höheres Wohlbefinden aufweisen und bessere Werte in zentralen Merkmalen des Herz-Kreislaufsystems erzielen können; Gleichzeitig gilt Bewegungsmangel als einer der größten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-erkrankungen oder Degenerationen des aktiven und passiven Bewegungsapparates (vgl. BOUCHARD, SHEPARD & STEPHENS, 1994; DRINKWATER, 1994; EBERLE, 1990; HOLLMANN & HETTINGER, 2000; KAPLAN, 2000; MINNE, 1994; WEINECK, 2002). Neuere Erkenntnisse legen nahe, dass ebenso wenig von einem Globaleffekt der sportlichen Bewegung auf die Gesundheit gesprochen werden kann, wie eine Übertragung konstaterter Effekte auf andere Anwendungsfelder erfolgen darf (vgl. Abschnitt 2.2).

Direkte oder indirekte Effekte stehen z.B. in Abhängigkeit von der Zielsetzung der Maßnahme (soziale, psychische, physische Gesundheit oder einzelne Variablen daraus), der Organisationskonzeption (institutionelle Organisation der Maßnahme, Ausrichtung auf Einzelperson oder Gruppe etc.), der Interventionsqualität (Bewegungsinhalte, Informationsvermittlung, soziale Ressourcen etc.) oder auch dem Gesundheitszustand der Zielpersonen (Risikofaktoren, Ausprägung von Krankheitsmerkmalen, subjektives Befinden etc.).

Die wohl nachhaltigste Tradition in der Präventionsforschung lässt sich für den Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Herz-Kreislauf-erkrankungen finden (vgl. Abschnitt 2.2.1). Auch der Zusammenhang von psychischen Merkmalen und sportlicher Bewegung ist in jüngster Zeit Gegenstand von Meta-Analysen und Feldstudien geworden. Auf die Befundlage zu einzelnen Aspekten wird in den folgenden Abschnitten eingegangen.

³² HAHMANN (1991) begründet exemplarisch eine gesundheitsrelevante Rechtfertigung der sportlichen Bewegungsformen Gymnastik (v.a. Wirbelsäulengymnastik), Schwimmen (durch seinen großen Anwendungsbereich auch gehandicapter Personen) und Spielen (als elementares und gesellschaftliches Kulturgut) in der Krankheitsprävention.

2.2 Sport und Gesundheit – ein zu differenzierendes Verhältnis

Die Elemente Sport und Gesundheit werden – vor allem im Allgemeinverständnis – schnell miteinander in Verbindung gebracht. Positiveffekte auf Variablen des Herz-Kreislaufsystems, des Muskel- und Skeletapparates, des vegetativen Systems und der Lungenfunktion werden angenommen. Die Befundlage hierzu zeigt sich jedoch uneinheitlich. Einen Überblick hierzu soll der folgende Abschnitt 2.2.1 liefern.

Neuere Diskussionen brachten Aspekte einer psychosozialen Gesundheitsförderung durch Sport in die wissenschaftliche Diskussion ein und untersuchten vor allem psychische Zusammenhänge und eine sportliche Bewegungstätigkeit. Auch hier lassen erste Bilanzen keine eindeutigen aber differenzierte Rückschlüsse auf Effekte zu (vgl. hierzu Abschnitt 2.2.2).

Die Berücksichtigung des sozialen Aspekts im Wechselspiel von Sport und Gesundheit findet nur am Rande der Gesundheitsforschung statt, zumeist in Form von Untersuchungen zum Faktor soziale Schichtung als Einflussvariable (LAMPRECHT & STAMM, 1995; OPPER, 1998a; 1998b; TOFAHRN, 1997). Eine unabhängige Operationalisierung des Konstrukts „soziale Gesundheit“ in der Gesundheitssportforschung wurde bislang nicht versucht.

2.2.1 Perspektiven der physischen Ressourcen und Sport

Die Spezifizierung des Zusammenhangs von körperlicher bzw. sportlicher Aktivität und physischer Gesundheit hat vor allem die epidemiologische Forschung in den vergangenen 50 Jahren zu einer nicht mehr überschaubaren Menge von Studien herausgefordert. Die längste Tradition haben darin Untersuchungen zur präventiven Wirkung physischer Aktivität auf Herz-Kreislaufkrankungen. Das Interesse an einer derartigen Protektivwirkung liegt in der Führungsrolle der Herz-Kreislaufkrankheiten in den Mortalitätsstatistiken begründet, die sie bis heute nicht abgegeben haben (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1999; 2000). Erst im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit sind Akzentuierungen auch auf orthopädische, hämodynamische, metabolische, endokrinologische und respiratorische Fragestellungen zu verzeichnen. Die zunehmende Ausdifferenzierung des Verhältnisses von Sport und Gesundheit in der wissenschaftlichen Beachtung ist nicht zuletzt motiviert von einem Wandel im Krankheits- und Beschwerdebild moderner Industriegesellschaften der vergangenen Jahrzehnte. Die Dominanz der Infektionskrankheiten und der Säuglingssterblichkeit in den Mortalitätsstatistiken des 19. Jahrhunderts machte einer steigenden Morbidität und Todesrate durch gesellschaftlich und degenerativ bedingte, so genannte Zivilisationskrankheiten Platz (LEVEN, 1997; RITTNER 1986b; SAGAN, 1992; SPREE, 1992). Der Anteil der Herz-Kreislaufkrankungen in den Sterbefallstatistiken machte beispielsweise im Jahr des jüngsten Jahrhundertwechsels 47,1% der Todesursachen aus (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2002). An zweiter Stelle folgte mit etwa einem Viertel der Todesfälle die Ursache einer Krebserkrankung.

Auch in der Sphäre der Beschwerdemaße und der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand spiegeln sich gesellschaftliche und epidemiologische Entwicklungen. Das Symptombild von Schmerzzuständen als Maß an Gesundheitsstörungen vermelden laut des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 91% der Befragten, das vergangene Jahr betrachtend. Dabei geben Frauen häufiger Schmerzen an als Männer (vgl. DIEMER & BUCHERT, 2002, 5). Aus der selben Studie geht hervor, dass etwa die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland über einen spezifischen oder nichtspezifischen Rückenschmerz wäh-

rend eines Jahres klagt. Für das Jahr 1999 ergaben sich daraus indirekte Kosten durch 34 000 Bundesbürger, die im 55. Lebensjahr bereits berentet wurden (DIEMER & BUCHERT, 2002, 13ff).

In zahlreichen Studien macht man sich zunehmend subjektive Größen zur Gesundheitseinschätzung oder zum Gesundheitsbewusstsein zu nutze, um zu Aussagen über den Gesundheitszustand der Menschen zu gelangen (ABELE, BREHM & GALL, 1991; BÖS & WOLL, 1989; OPPER, 1998; SYGUSCH, 2000; WINKLER ET AL., 1996). In Akzeptanz der Aussagekraft einer subjektiven Kategorie zur Einschätzung des tatsächlichen Gesundheitszustandes kamen z.B. WINKLER ET AL. (1996), die den größten bundesdeutschen epidemiologischen Datensatz aus dem Gesundheitssurvey der Jahre 1984 bis 1992 einer Re-Analyse hinsichtlich der Differenzen von sportlich aktiven und inaktiven Personen unterzogen, zu dem Ergebnis, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, gemessen auf einer siebenstufigen Skala, einen Mittelwert von 5,0 unter den Probanden erreichte. Sport treibende Personen gaben dabei im Schnitt einen höheren Zufriedenheitswert ab ($M=5,3$) als inaktive Versuchspersonen ($M=4,8$). Daneben konnte WINKLER und seine Arbeitsgruppe (1996, 15) einen positiven Zusammenhang zwischen der Gesundheitszufriedenheit und dem Merkmal des Achtens auf die eigene Gesundheit nachweisen. Das größere Maß an Risikofaktoren zeigten schließlich auch Personen, die weniger auf ihre Gesundheit achteten (ebd., 16).

Epidemiologische Studien zielten auf die wissenschaftliche Klärung von Prädiktoren der Mortalität und Morbidität von Bevölkerungsgruppen bezüglich spezifischer Zivilisationskrankheiten ab, allen voran kardiovaskuläre Degenerationen. Als problematisch bei der Bewertung dieser und anderer Studienziele wird das Verfahren der Kontrastierung zwischen Aktiven und Nichtaktiven gewertet. Als Merkmal eines zu testenden Effektes sportlicher Bewegung wird das Kriterium der körperlichen bzw. sportlichen Aktivität überhaupt angelegt. Eine Gewichtung der spezifischen Ausrichtung der physischen Bewegungstätigkeit erfolgt nur selten, eine Berücksichtigung des Ausmaßes an physischer Aktivität ist hingegen häufiger zu beobachten. Dadurch können derartige Studien zwar Aussagen zum grundsätzlichen Zusammenhang von Sport und Parameter der Gesundheit, und so eine Einordnung in die Gesundheitsförderung leisten. Eine differenzierte Befundlage in Abhängigkeit der Interventionsmaßnahme wurde erst in späteren Untersuchungen berücksichtigt. In diesem Zusammenhang stellt sich für Forscher auch immer wieder die Frage nach der „Dosis“ an sportlicher Aktivität zur protektiven Wirkung. Mit welchem Maß erreicht Sport gesundheitlich-positive Effekte, unter welchen Umständen entfaltet er keine oder gar eine kontraproduktive Wirkung? KNOLL (1997, 47f) liefert zur Frage nach dem „optimalen“ wöchentlichen Kalorienverbrauch durch Sport im Sinne einer Gesundheitsförderung in einem Literaturreview den aktuellen Forschungsstand zu dieser Frage. Danach werden als Minimalforderung Verbrauchswerte von 500 kcal, 1000 kcal oder 1200 kcal pro Woche veranschlagt. Der Bereich, in dem von Positiveffekten auf Gesundheitsparameter und damit auf die Morbiditäts- und Mortalitätsraten ausgegangen wird, wird aus Forschermeinung nach oben durch einen Umsatz von etwa 4000 kcal begrenzt. Zumeist wird dabei mit einem Kalorienverbrauch durch Ausdauerbelastungen gerechnet (KNOLL, 1997, 47f). Die numerischen Differenzen in den Angaben zu einem Mindestumsatz sollen nicht weiter ins Gewicht fallen, zumal sie als eher geringfügig einzustufen sind. Maßgeblich scheint, dass von einer protektiven Wirkung der sportlichen Aktivität auf die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik auszugehen ist, solange diese regelmäßig ausgeführt wird. Die Rolle der Sporttätigkeit ist durch ihre Integration in diesem Wirkprozess differenziert zu bewerten. Grundsätzlich muss angenommen werden, dass eine Sportaktivität lediglich ein Element

muss angenommen werden, dass eine Sportaktivität lediglich ein Element gesundheitsförderlichen Verhaltens ist, das zu einer Auswahl weiterer Maßnahmen wie Ernährung, Suchtverhalten und soziale Sicherung tritt. Zur Erreichung spezifischer gesundheitlicher Zielsetzungen ist nicht selten eine definierte Kombination von Handlungen erforderlich (z.B. Ernährungsumstellung bei gleichzeitiger Sportaktivierung, um Gewicht reduzieren zu können). Ist eine sportliche Aktivität (dauerhaft) im Lebensstil integriert, gehen Epidemiologen und Psychologen schließlich von einem Moderatoreffekt auf andere gesundheitsorientierte Verhaltensweisen aus (POWELL & PAFFENBARGER, 1985). In Anlehnung an die Theory of Planned Behavior (siehe hierzu Abschnitt 1.2.1) schreiben Verhaltenspsychologen der Bewegungstätigkeit eine Wirkung auf das Gesundheitskonzept und damit korrespondierenden Verhaltensweisen zu. Handlungs-, Kontroll- und Kompetenzüberzeugungen beeinflussen somit nicht nur Faktoren eines gesunden Lebensstils wie Nichtrauchen und Sportaktivität. In reziproker Richtung wird auch ein Einfluss des sportlichen Handelns auf das Gesundheitskonzept angenommen. Auf einer weiteren Ebene bestehen wohl auch Abhängigkeiten zwischen den Faktoren des Gesundheitsverhaltens (WANKEL & SEFTON, 1994).

Damit könnte die Möglichkeit unterstellt werden, dass einzelne Verhaltensmaßnahmen über den Einfluss auf das Gesundheits- und Selbstkonzept impulsgebend oder stärkend auf andere Elemente des Gesundheitsverhaltens wirken. Gesichert erscheint dieser Effekt bislang lediglich für das Verhalten hinsichtlich einer Gewichtskontrolle und sportlicher Aktivität (POWELL & PAFFENBARGER, 1985, 120f). Für die Faktoren Rauchen, Alkoholkonsum, Alkoholismus, Präventionsverhalten und Risikoverhalten haben BLAIR, JACOBS & POWELL (1985) eine inkonsistente Befundlage konstatiert. Danach gilt der protektive Einfluss von Freizeitsportaktivität auf das Rauchverhalten als nicht nachgewiesen, z.T. sind positive (im Sinne von verstärkende) Wirkfunktionen oder keine Effektexistenz publiziert (BLAIR, JACOBS & POWELL, 1985, 175f). Ähnlich uneinheitlich stellt sich der Ergebnisbestand zum Faktor Alkoholenuss dar.

Als gesichert gilt jedoch der fördernde Einfluss sportlicher Aktivität auf Faktoren des Präventionsverhaltens sowie der Negativzusammenhang zwischen Sporttätigkeit und Alkoholismus (gemessen an der Abstinenz für mindestens drei Monate) bzw. Elemente des Risikoverhaltens (z.B. Anschnallen im Auto, defensives Fahrverhalten im Straßenverkehr) (BLAIR, JACOBS & POWELL, 1985, 176f; POWELL & PAFFENBARGER, 1985, 121). Auf den Positivzusammenhang zwischen Rauchverhalten und Sporttreiben im Verein hat insbesondere SYGUSCH (2000) für die Population von sportlich aktiven Jugendlichen hingewiesen. Der Einfluss des sozialen Umfeldes wirkt hier offensichtlich auf das Verhaltens- und Selbstkonzept auch bei Sportlern pro Rauchen. Eine Negativwirkung wird dagegen bei Leistungssportlern angenommen, die durch das Nichtrauchen eine Leistungsoptimierung über die verbesserte respiratorische Kapazität erreichen wollen (WANKEL & SEFTON, 1994), was nachweislich möglich ist (WEINECK, 2002). WANKEL & SEFTON (1994) kommen nach ihrem Review von Studien zur Rolle und Funktion der Sportaktivität im Lebensstilkonzept zu einer vergleichbaren Befundlage wie BLAIR, JACOBS & POWELL (1985) und ziehen hinsichtlich der Wechselwirkung und (Re-)Einflüsse zwischen den Faktoren eines gesundheitsorientierten Lebensstils und dem Selbst- bzw. Gesundheitskonzept ein eindeutiges Fazit: „The temporal patterns suggest that physical activity involvement is generally part of a ‘positive health behavior package’ that is adopted; it is not the cause of other behaviors.“ (WANKEL & SEFTON, 1994, 546)

Die Frage nach den Bedingungen und Rahmenvorgaben für einen positiven Einfluss der sportlichen Aktivität auf Gesundheitsparameter und Krankheitsbilder ist nicht nur mit Problemen der Operationalisierung verbunden, es drängt sich daneben die Erfordernis zur Differenzierung hinsichtlich des Beschwerdebildes (als erste Richtlinie, neben individuell-personellen und anderen Voraussetzungen) auf. Nach neueren Erkenntnissen gilt der protektive Einfluss sportlicher Aktivität auf Herz-Kreislauf-erkrankungen, Osteoporose und Typ II Diabetes als möglich, die Effekte auf Erkrankungen wie Krebs, Arthritis (vgl. HOOTMAN ET AL., 2003) oder Störungen des Atmungssystems (vgl. HOLLMANN & HETTINGER, 2000; ROST, 1995; SCHEIBE, 1994) gelten als strittig (POWELL & PAFFENBARGER, 1985). Im Folgenden sollen hierzu ein Überblick erfolgen.

Sportliche Aktivität und Herz-Kreislaufmorbidity bzw. –mortality

Zur Verbesserung des objektiven Gesundheitszustandes der Bevölkerung sollten Korrelate, Moderator- und Mediatorvariablen erforscht werden. Die wissenschaftliche Begriffsperspektive war dabei in den Anfängen der Studien eher eindimensional. Der zu Grunde gelegte Gesundheitsbegriff legte ein naturwissenschaftlich-medizinisches Verständnis an und die Vorstellung von physischer Belastung war zunächst auf ein von körperlicher Aktivität geprägtes Berufsleben bestimmt. In diese Forschungstradition ist eine der größten frühen Studien zum Coronareffekt der Bewegung einzureihen: MORRIS ET AL. (1953) untersuchten zwischen 1949 und 1950 insgesamt 31 000 Angestellte der London Transport Executive hinsichtlich des Zusammenhangs von Arbeitsplatzqualitäten und der Wahrscheinlichkeit einer coronaren Herzerkrankung. Als Kriterium wurde das Ausmaß der mit dem Arbeitsbereich verbundenen Bewegungsaktivität angelegt, das exemplarisch zwischen der Gruppe der Schaffner (hoher Bewegungsfaktor in doppelstöckigen Bussen) und der Gruppe der Fahrer (Bewegungsfaktor durch vorwiegende Sitzleistung geprägt) als besonders heterogen angenommen wurde. Die Arbeitsgruppe um MORRIS (1953) errechnete für die Gruppe der Schaffner eine standardisierte Rate von 1.9, die die Wahrscheinlichkeit einer coronaren Herzerkrankung oder eines Infarktes repräsentiert. Dieser Wert liegt für die Gruppe der Fahrer um 0.8 Punkte höher (Chi-Quadrat: 9,77; $.001 < p < .01$) und nährt damit die These von der protektiven Wirkung körperlicher Aktivität auf das Herz-Kreislaufsystem. Weiterführende, kritische Re-Analysen brachten jedoch eine neue Perspektive zur Ursache-Wirkungs-Problematik auf: Es zeigte sich, dass die Probanden der Busfahrer-Gruppe bereits vor ihrer Arbeitstätigkeit stärker durch relevante Risikofaktoren belastet waren und deshalb eine Präferenz für weniger körperlich anstrengende Tätigkeiten, wie die Aufgabe des Fahrens, entwickelten (vgl. ROST, 1995, 168). Dieses Indiz verweist auf eine Prämisse des Gesundheitsverhaltens, die auch die Aktivitäten im freizeitsportlichen Bereich betreffen können: Hängt der Grad des Sportengagements vom (subjektiven und objektiven) Gesundheitszustand der Personen ab, oder der Gesundheitszustand vom Ausmaß der sportlichen Aktivität?

Studien, die eine Differenzierung zwischen der berufsbedingten und freizeitimmanenten körperlichen Aktivität bei der Untersuchung von Effekten auf die Herz-Kreislaufmorbidity bzw. –mortality würdigen, liegen von KANNEL (1987) bzw. KANNEL ET AL. (1986), PAFFENBARGER ET AL. (1990) und SOBOLSKI ET AL. (1987) vor. Die Befundlage hierzu erscheint jedoch inkonsistent.

Die Framingham-Studie (KANNEL ET AL., 1986; KANNEL, 1987) gilt mit 5209 Probanden, die seit 1948 in die Untersuchung miteinbezogen wurden, als eine der umfassendsten Längsschnittstudien in

der epidemiologischen Suche nach dem Zusammenhang von körperlicher Aktivität und cardiovasculärer Morbidität bzw. Mortalität. KANNEL ET AL. (1986) berichten von einem signifikanten Effekt steigender sportlicher Aktivität auf das Mortalitätsrisiko an einer Herz-Kreislaufkrankung (vgl. Tab. 2-2). Dazu wurde ein Index „sportliche Aktivität“ gebildet, der ein Maß für die Kalorien verbrennende körperliche Tätigkeit der Probanden innerhalb ihrer Freizeit, in einem 24-Stunden-Rhythmus angibt. Für die Wechselwirkung zwischen der physischen Beanspruchung in den Berufsprofilen und der Morbidität bzw. Mortalität an cardiovasculären Degenerationen konnten KANNEL und seine Arbeitsgruppe (1986) keine signifikanten Befunde nachweisen (vgl. ebd., 822f).

Index „sportliche Aktivität“	Quote pro 1000, auf 24-Jahre gehäuft, um den Faktor „Alter“ berichtigt					
	Herz- Kreislauf- krankung (p< .05)	Cardio- vasculärer Infarkt (p< .01)	Keine cardi- ovasculäre Mortalität (p< .05)	Cardiovascu- läre Mortali- tät (p< .001)	Coronare Herzerkran- kung Mortalität (p< .01)	Gesamt- mortalität (p< .05)
< 29	414	539	229	367	255	596
29 – 34	353	511	261	283	184	544
> 34	311	423	300	226	152	526
Gesamt	351	491	264	285	189	549

Tab. 2-2: Coronare und cardiovasculäre Morbidität und Mortalität in Abhängigkeit der sportlichen Aktivität in der Framingham Studie; Stichprobe: Männer zwischen 45 und 64 Jahren (Angabe des Signifikanzniveaus p auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests) (KANNEL ET AL., 1986, 821)

Innerhalb der längsschnittlich-epidemiologischen „Belgian Physical Fitness Study“ untersuchten SOBOLSKI ET AL. (1987) anhand eines Fahrradergometertests, ob körperliche Fitness bzw. Aktivität unabhängige Schutzfaktoren für einen Myocardinfarkt darstellen können. Als Grenzmaß zur Feststellung einer körperlichen Fitness zogen die Forscher die gemessene Leistung bei einer Herzrate von 150 Schlägen pro Minute heran. Eine signifikante Senkung des Infarktrisikos bei Personen mit höherer Fitness konnten SOBOLSKI ET AL. (1987, 603ff) generell nicht nachweisen, unabhängig von der Unterscheidung der Quelle einer erworbenen Fitness, ob diese nun der beruflichen körperlichen Belastung oder einem freizeitsportlichen Training entstammt. Ein signifikantes Ergebnis errechnete sich erst bei Berücksichtigung des standardisierten Körpergewichts der Probanden hinsichtlich der Quartile der physischen Leistung (Chi-Quadrat: 5,57; p< .05).

In einer Studie mit 11 864 männlichen Harvard Absolventen analysierten PAFFENBARGER ET AL. (1994) den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Todesrate anhand des durchschnittlichen Kalorienverbrauchs pro Woche. Hierzu wurden die Probanden an mehreren Erhebungszeitpunkten zwischen 1977 und 1985 zum Ausmaß ihrer körperlichen Aktivität, die neben sportlichen (z.B. Wandern, Breitensport) auch alltagspraktische Tätigkeiten (z.B. Treppensteigen, Gehen) berücksichtigte, befragt. Mit der Mortalitätsrate in Verbindung gesetzt zeigte sich, dass sich das Sterblichkeitsrisiko der Probanden mit einem Index unter einem wöchentlichen Kalorienverbrauch von 2000 kcal um 40% erhöht im Vergleich zu den aktiveren Probanden (vgl. PAFFENBARGER ET AL., 1994, 127). Der

relative Anstieg des Mortalitätsrisikos für Männer, die nicht regelmäßig einer moderaten Sportaktivität nachgehen, liegt gar bei 50%. Einschränkend muss jedoch festgehalten werden, dass auf eine wissenschaftlich abgesicherte „optimale Dosis“ der Sportaktivität für einen Positiveffekt auf gesundheitliche Parameter nicht zurückgegriffen werden kann (BLAIR, 1994, 588).

Im Tenor der neueren Forschung lässt sich also der Ruf nach einer Differenzierung des Verhältnisses zwischen Sport und physischer Gesundheit insgesamt konstatieren. Ein Globalurteil von einem Positivzusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und der Herz-Kreislauffunktionalität erscheint nicht mehr möglich. Ziehen HOLLMANN & HETTINGER (2000, 564ff) eine recht einhellig positive Bilanz zur präventiven Wirkung eines sportlichen Trainings auf kardiologische Risikofaktoren und erkennen körperliche Aktivität als wirksamen Faktor für „eine 20%ige Reduktion des Sterblichkeitsrisikos und eine 25%ige Abnahme der Gefahr eines Reinfarkts“ (ebd., 572) an, findet sich bei DEMARÉES (2002) in seiner aktuellsten Ausgabe (durch HECK & BARTMUS bearbeitet und erweitert) oder auch bei MITCHELL & RAVEN (1994) eine zurückhaltende Einschätzung dieser Effektfähigkeit. Auf der Basis einer differenzierenden Diskussion zur biologisch-medizinischen Wirkung von Ausdauersportprogrammen auf das Herz-Kreislauf-System kommt DEMARÉES (2002, 318) zu dem Ergebnis, dass diese „primär eine gesteigerte Leistungsfähigkeit für den Alltag des Einzelnen und nicht (...) ein Schutz vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder eine lebensverlängernde Wirkung“ bereit hält. Als grundsätzliche Forderung stellt DEMARÉES (2002) deshalb eine stärkere Individualisierung sowohl in der Trainingsgestaltung als auch in der Effektbetrachtung auf. Damit liegt er konform mit Ergebnissen von KNOLL (1997), die in einer Meta-Analyse 28 Arbeiten zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Gesundheit untersuchte. Die Prüfung der Hypothese nach einem Moderatoreffekt „Art der physischen Gesundheitsparameter“ im Zusammenhang mit einer Förderung der physischen Gesundheit durch Sport konnte KNOLL (1997) auch für Effekte auf das Herz-Kreislauf-System nicht auf einem signifikanten Niveau bestätigen (KNOLL, 1997, 130ff). Auf der Grundlage weiterer Analysen postuliert die Forscherin die Notwendigkeit zur Berücksichtigung von personen- (Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand etc.) und programmspezifischen (Dauer, Intensität, Inhalte etc.) Faktoren, wenn die physische Gesundheit durch Sport verbessert werden soll. Daneben kann festgehalten werden, dass sich die Studienqualität auf die Befundlage nachhaltig auswirken kann (KNOLL, 1997, 146f). BERLIN & CODLITZ (1990) konstatieren in ihrer Meta-Analyse zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Coronarer Herzerkrankung ebenfalls einen diesbezüglichen Effekt: Der Einfluss von Bewegungsmangel auf das Erkrankungsrisiko erweist sich vor allem in solchen Studien als besonders hoch, in denen inaktive mit hochaktiven Personengruppen verglichen werden. Dieses Verhältnis bestätigt auch BRINGMANN (1985) für die Population von Arbeitskräften mit vorwiegend sitzender Tätigkeit. Hier kann ein sportliches Interventionsangebot positive Auswirkungen auf die allgemeine Leistungsfähigkeit und individuelle Krankheitstagenstatistik haben (BRINGMANN, 1985, 75). Bei der Differenzierung zwischen moderat und hochaktiven Probanden schwindet der Effekt und dessen Aussagekraft (vgl. BERLIN & CODLITZ, 1990, 624). Auch dieser Befund spricht für eine stärkere Differenzierung in der Interpretation von Befunden zur Wechselwirkung von Sport und physischer Gesundheit bzw. einzelnen Gesundheitsparametern. BLAIR (1994) bemerkt hierzu die Erfordernis zur weiteren Spezifizierung des Moderatoreffekts der Fitness auf das relative coronare Erkrankungsrisiko im Zusammenhang mit sportlicher Aktivierung (BLAIR, 1994, 588). Darüber hinaus sieht er eine Forschungslücke in der diesbezüg-

lichen Befundlage für Frauenpopulationen, da die überwiegende Zahl der Befunde auf der Basis von männlichen Probandengruppen fußen.

Sportliche Aktivität und gesundheitliche Risikofaktoren

Die Erforschung des Zusammenhangs von Sport und der Senkung der Herz-Kreislaufmortalität bzw. –morbidity ist eng dem Risikofaktorenansatz verhaftet. Mediziner, Sportwissenschaftler und Epidemiologen gehen davon aus, dass eine Reduzierung von Risikofaktoren durch sportliche Aktivierung mit einem Positiveffekt auf die cardiale Sterblichkeit einhergeht. Am häufigsten werden als Risikofaktoren wohl Kennwerte für den Cholesterinanteil im Blut, das Rauchverhalten, ein Körpergewichtsmaß und Kennwerte des Herz-Kreislauf-Systems (Puls, Blutdruck) als Risikofaktoren operationalisiert. Insgesamt präsentiert sich die Forschungsliteratur zu diesem Thema als sehr reichhaltig und differenziert. Nicht selten ist eine Integration der Analyse von ausgeprägten Risikofaktoren und die Wechselbeziehung mit der sportlichen/körperlichen Aktivität von Untersuchungspersonen in den übergeordneten Forschungsrahmen verschiedener Studien zu beobachten. So berichten DANNENBERG ET AL. (1989) im Rahmen einer Teiluntersuchung der oben dargestellten, groß angelegten Framingham (Offspring Cycle 2) Heart Study (siehe KANNEL ET AL., 1986) von Ergebnissen zur Analyse von sportlicher Aktivität und der Ausprägung von Risikofaktoren. Dazu wurden die Daten von 3360 Männern und Frauen zwischen 20 und 69 Jahren betrachtet. Es ergab sich, dass gemessen an den vier Quartilen ansteigender körperlicher Aktivität signifikante Verbesserungen in folgenden Merkmalen zu verzeichnen sind: Erhöhung des High Density Cholesterins ($p < .001$), Senkung des Very Low Density Cholesterins (Männer: $p < .001$, für Frauen kein signifikanter Befund), Senkung des Gesamtcholesterinwerts (Männer: $p < .001$, Frauen: $p < .05$), Reduktion des Zigarettenkonsums pro Tag ($p < .001$), Senkung des Body-Mass-Index' (Männer: $p < .001$, Frauen: $p < .01$) und Senkung der Herzrate (pro Minute) ($p < .001$). Zur Berechnung wurde der um das Alter der Probanden bereinigte Mittelwert in den Merkmalen herangezogen. Die Befunde zur Verbesserung des Blutdrucks und des Werts an LDL-Cholesterin erreichen hingegen nicht das geforderte Signifikanzniveau. Die Arbeitsgruppe um DANNENBERG (1989) machte auf der Suche nach einem „Mindestumfang“ an sportlicher Aktivität zur Sicherung eines Positiveffektes auf Herz-Kreislauf-Risikofaktoren den Grenzwert an einer Stunde pro Woche fest (vgl. Tab. 2-3).

Danach haben sportlich aktive Männer signifikant bessere Werte im Body-Mass-Index, in der Herzrate, dem Zigarettenkonsum, dem Gesamtcholesterin, dem VLDL- und HDL-Cholesterinwert bei einer Aktivität von mehr als einer Wochenstunde. Für Frauen allerdings steigt die Wahrscheinlichkeit eines Positiveffektes lediglich bezüglich des HDL-Wertes und dem Puls mit einer über eine Wochenstunde hinausgehende Sporttätigkeit an. Alle übrigen Risikofaktoren zeigen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Für eine vergleichsweise kleine Stichprobe von zehn Männern konnten HEATH ET AL. (1986) ähnliche Ergebnisse vorlegen: Ein sportliches Interventionsprogramm erreichte eine Senkung des LSL-Cholesterins ($p = .01$) und der Triglyceride ($p < .05$) sowie eine Erhöhung des HDL-Wertes ($p < .05$). Nach wie vor unklar bleibt, ob eine direkte Wirkung zunehmender Sportaktivität auf die Cholesterinwerte angenommen werden kann, oder ob ein multipler Zusammenhang vorliegt, wie ihn DANNENBERG ET AL. (1986) annehmen. Speziell für die Faktoren Übergewicht und Ernährung gehen

Forscher von Überlagerungseffekten aus (BERG ET AL., 1992; KANNEL, 1987). Für den Risikofaktor Übergewicht konnte zwar gezeigt werden, dass sportliche Aktivierung gesundheitliche Kennwerte in diesem Zusammenhang (Körpergewicht, Body-Mass-Index) alleine verbessern kann, der Effekt jedoch ohne begleitende Maßnahmen, wie z.B. Ernährung, gering bleibt (HILL, DROUGAS & PETERS, 1994). Auch im Zusammenhang mit Rauchen und Alkoholkonsum geht KANNEL (1987) von Wirkungen auf zentrale Risikofaktoren aus.

Risikofaktoren	Partizipation an sportlichen Aktivitäten im vergangenen Jahr			
	Männer		Frauen	
	<1 Stunde pro Woche (n=1317)	≥1 Stunde pro Woche (n=180)	<1 Stunde pro Woche (n=1608)	≥1 Stunde pro Woche (n=63)
HDL Cholesterin (mg/100 ml)	42,0	47,8**	53,5	61,1**
LDL Cholesterin (mg/100 ml)	133,5	135,0	126,3	131,6
VLDL Cholesterin (mg/100 ml)	29,3	20,5**	19,6	17,8
Gesamtcholesterin/HDL	5,2	4,6*	4,0	3,6
Zigarettenkonsum pro Tag	10,5	4,1**	7,7	4,9
Body-Mass-Index (kg/m ²)	26,7	25,4**	24,4	23,7
Herzrate (pro Minute)	71,9	67,0**	77,5	72,5*
Systolischer Blutdruck (mmHg)	124,4	122,3	116,5	114,1
Diastolischer Blutdruck (mmHg)	80,5	79,3	74,8	76,0

Tab. 2-3: Um das Merkmal Alter bereinigte Mittelwerte von Risikofaktoren einer coronaren Herzkrankung (Probanden der Framingham Offspring Cycle-Studie (1979-1983) im Alter zwischen 20 und 69 Jahren; sportliche bzw. körperliche Aktivität gemessen an einem Wochenmaß des vergangenen Jahres) (DANNENBERG ET AL., 1986, 85) (Legende: **: $p < .001$, *: $p < .01$)

Insgesamt ist für die Erforschung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und die Auswirkung auf Risikofaktoren eine unbefriedigende Befundlage für die weibliche Population zu konstatieren (vgl. Studien von DANNENBERG ET AL., 1989; HEATH ET AL., 1983). Häufig werden Stichproben zu einem Großteil oder gar ausschließlich durch Männer gebildet, z.T. zeigt sich die Befundlage zu den weiblichen Probanden als nicht mit der der Männer vergleichbar (siehe insbesondere DANNENBERG ET AL., 1989). Einen differenzierten Überblick zu Wechselwirkungen cardiovasculärer Risikofaktoren und sportlicher Aktivität in Abhängigkeit des Geschlechts liefern BRILL ET AL. (1992).

Sportliche Aktivität und Rückenbeschwerden sowie Effekte im Immunsystem

Die oben dargestellten Befunde zielen auf eine Beschreibung von Effekten sportlicher bzw. körperlicher Aktivität auf die Morbidität und frühzeitige Mortalität durch eine Herz-Kreislaufdegeneration ab, sei es in Analyse von Todesfallstatistiken oder von einzelnen bzw. Konstrukten an Risikofaktoren. Daneben beschäftigen sich verschiedene Wissenschaftsbereiche auch mit dem Zusammenhang von Sport und zentralen Beschwerdemaßen (z.B. Rückenschmerzen, Krebs, Diabetes, Übergewicht). Die zahlreichen hierzu zwischenzeitlich vorliegenden Untersuchungen können an dieser Stelle nicht gänz-

lich dokumentiert werden, eine Beschränkung auf Auswahlarbeiten soll zur Einordnung in den Forschungsstand genügen.

Die Befundlage zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Erkrankungen bzw. Schmerzzuständen im Rückenbereich ist uneinheitlich. Die Review-Arbeiten von BIERING-SØRENSEN ET AL. (1994) und NIESTEN-DIETRICH (1999) dokumentieren ein schwieriges Verhältnis zwischen sportlicher Intervention und der Prävention von Rückenschmerzen. Angesichts der Vielzahl an Faktoren und biologisch-anatomischen Mechanismen, die im Zusammenhang mit Rückenschmerzen stehen (Muskeltätigkeit, Muskelmasse, Flexibilität, Alltagsbelastung etc.) gilt eine präventive Wirkung von Bewegungsprogrammen als nicht gesichert (detailliert zu finden bei: BIERING-SØRENSEN ET AL., 1994). Zu hoch erscheint hier die Varianz innerhalb der interpersonalen Differenzen in soziodemographischen und gesundheitsrelevanten Faktoren. Eine „Globalbehandlung“ von Patienten mit unterschiedlicher Merkmalsausprägung in allgemeinen oder zumindest einigermaßen unspezifischen Programmen wird deshalb kritisiert (NIESTEN-DIETRICH, 1999).

Das häufigere Anwendungsgebiet von Rückenpräventionsprogrammen liegt in der Sekundärprävention. Durch Interventionsmaßnahmen sollen Schmerzzustände und degenerative Prozesse gemildert bzw. aufgefangen werden. Die Effektivität solcher Angebote gilt zumindest in Teilaspekten als gesichert. Für das Wiederauftreten von Rückenschmerzen wird eine relative Wahrscheinlichkeit von 50% innerhalb des Behandlungszeitraums – bei einer Programmdauer von 18 Monaten und einer Trainingshäufigkeit von ein Mal wöchentlich – berichtet (BIERING-SØRENSEN ET AL., 1994, 742). Eine Positivwirkung auf die berichtete Alltagsfunktionalität und das Schmerzerleben kann jedoch nicht als abgesichert betrachtet werden (NIESTEN-DIETRICH, 1999, 115). Auch in diesem Interventionsfeld erscheint die Effektivität der Maßnahme von der Differenzierung der Zielgruppen stark abhängig.

Eine Anhebung der gesundheitlichen Protektivfaktoren im Sinne einer physischen Ressourcenstärkung kann insbesondere an einem perzipierten Positiveffekt adäquaten sportlichen Trainings auf das Immunsystem festgemacht werden. Gleichzeitig muss auf die Gefahr einer erhöhten Infektanfälligkeit bei kontraindiziertem bzw. überbelastendem Training hingewiesen werden. So stellt WEINECK (2002, 194) zwar einen stärkenden Effekt extensiver, ausdauerbetonter Sportaktivität auf das Immunsystem fest. Bei intensivem überforderndem Sporttraining ist jedoch von einem umgekehrten Effekt auszugehen: Leistungssportler berichten dementsprechend häufiger von Infektionskrankheiten in Trainingsphasen mit hoher Belastungsintensität (KEAST & MORTON, 1992, 96; WEINECK, 2002, 193f). Diese These deckt sich mit der Befundlage aus verschiedenen Studien zu diesem Zusammenhang, wenn auch einige Differenzierungen darüber hinaus möglich sind (KEAST & MORTON, 1992; VERDE, 1992). VERDE (1992) sieht auch im Bereich der moderaten sportlichen Aktivität keine einheitlichen Ergebnisse zur Verbesserung des Immunsystems. Die Studienlage lässt vermuten, dass ein derartiger Effekt in starkem Maß von der Interventionsdauer abhängt. Eine Studie, die sich über 15 Wochen erstreckte, konnte hierzu keinen gesicherten Effekt nachweisen. Dagegen sprechen unterschiedliche Befunde auch gegen einen Negativzusammenhang von intensiverem Training und der Immunfunktion (KEAST & MORTON, 1992; VERDE, 1992). Die Analyse von Moderator- und Mediatorvariablen erscheint zur differenzierten Klärung des Zusammenhangs notwendig.

Sportliche Aktivität in der sekundären und tertiären Prävention zentraler Beschwerdemaße

Neben der Erforschung möglicher positiver Effekte von sportlicher Aktivität auf Parameter der Gesundheit in einer grundsätzlichen Fragestellung liegen auch z.T. gesicherte Kenntnisse zur (Wechsel-) Wirkung sportlicher Belastung in der Sekundär- bzw. Tertiärprävention vor. Dabei lässt sich in der Literatur zu diesem Themenbereich eine Zwei-Wege-Strategie erkennen. Zum einen werden Bedingungsfaktoren der spezifischen Erkrankungen für eine sportliche Aktivität charakterisiert, zum anderen perzipierte Positiveffekte auf das Krankheitsbild dargestellt. Die Schwierigkeiten bei der Bewertung und Formulierung der Annahmen zu einer günstigen Beeinflussung des Krankheitsverlaufs liegen zum einen in der inkonsistenten Befundlage und zum anderen in der „Quelle“ der Studienergebnisse, die in häufigen Fällen durch Tierversuche gebildet wird. Die Datenlage zu menschlichen Untersuchungsgruppen ist noch recht spärlich (ROST, 1985; 1987). Am ausführlichsten ist die Auswirkung sportlicher Tätigkeit im Anwendungsfeld cardiovasculärer Erkrankungen, speziell bei Herzinfarktpatienten dokumentiert (HOLLMANN & HETTINGER, 2002; MELLEROWICZ & NOACK, 1985; QUAGLIETTI & FROELICHER, 1994; ROST, 1995; ROST & WEINBERG, 1987; SCHEIBE, 1994). Die möglichen Verbesserungen, die sich durch sportliche Aktivität für das Krankheitsbild ergeben, können unter einer Optimierung der motorischen und z.T. der cardialen Leistungsfähigkeit, der Ökonomisierung der Herzkreislauf-Tätigkeit und einer Kollateralenbildung zusammengefasst werden (REINHOLD, 1994; ROST, 1987). QUAGLIETTI & FROELICHER (1994) wollen eine Rückführung der meisten Herzinfarktpatienten in das Arbeitsleben mit Hilfe eines durch Sportaktivität unterstützten Rehabilitationsverfahrens nach drei bis fünf Monaten beobachten. Zu beachten bleibt dabei, dass diese Effekte vom Ausprägungszustand des Krankheitsbildes, individuellen Persönlichkeitsparametern und Bedingungsfaktoren der Interventionsmaßnahme abhängig sind (REINHOLD, 1994). Patienten mit einer äußerst niedrigen Leistungskapazität werden am ausgeprägtesten mit Verbesserungen ihres Gesundheitszustandes durch ein sportliches Interventionsprogramm profitieren (vgl. QUAGLIETTI & FROELICHER, 1994, 602). Speziell für das Organisationsfeld Sportverein, in dem eine Vielzahl von Coronargruppen aktiv sind, stellt sich in diesem Zusammenhang das Problem der heterogenen Patientengruppen was das coronare Krankheitsbild anbelangt. Der Trend zur Aufnahme von Patienten mit den unterschiedlichsten Herzkreislaufkrankungen in diesen Sportgruppen ist zu beobachten und bringt zunächst den Wandel von der Coronargruppe zur Herzgruppe (vgl. ROST, 1985, 57) mit sich. Darüber hinaus stellt sich die Frage nach den pathophysiologischen Voraussetzungen und Konsequenzen für eine adäquate Rehabilitation durch Sport bei diesen unterschiedlichen Krankheitsbildern (ROST, 1987, 71). Inwieweit eine Sicherung der möglichen Ergebnisse sportlicher Intervention auf den Krankheitsverlauf bei dieser notwendigen Differenzierung (v.a. durch die Laienanleitung im Sportverein) machbar ist, ist noch nicht geklärt.

Auch die protektive Wirkung einer Sporttätigkeit auf eine Osteoporoseerkrankung gilt als möglich. Allerdings wird hier vor allem der Prävention eine wesentliche Rolle eingeräumt, da Bewegungsmangel als Ursache für Osteoporose anerkannt und ein wirksamer Einsatz einer Sporttherapie in der Rehabilitation nicht gesichert ist (DRINKWATER, 1994; HOLLMANN & HETTINGER, 2000; MINNE, 1994; WEINECK, 2002). Voraussetzung für die durch Sport gesetzten, Knochen bildenden Reize ist eine regelmäßige, moderate und langfristige Beanspruchung, die möglichst den gesamten passiven Bewegungsapparat betreffen sollte (WEINECK, 2002). Das spricht vor allem auch für eine Anleitung der

Patienten zu einem eigenverantwortlichen Weiterführen der Übungen hin zu einer Integration des sportlichen Programms in den Alltag, um eine langfristige Sicherung des Erfolges zu erreichen (MINNE, 1994, 189). Aus biologischen Gründen (Mangel an Sexualhormonen nach der Menopause) sind insbesondere ältere Frauen mit diesem Krankheitsbild häufiger belastet als Männer. Eine positive Wirkung sportlicher Aktivität auf die Knochensubstanz bei untrainierten Frauen gilt bei ersten Abbauprozessen jedoch als nur schwer möglich (DRINKWATER, 1994).

Als zu bevorzugende Belastungsform wird einem unspezifischen Training und kraftbetonten Übungsformen vor Ausdauerbelastungen der Vorzug gegeben. Von den Zug- und Druckbelastungen des Krafttrainings bzw. einer vielseitigen (Spiel-)Sportpraxis gehen mehr Reize zur Knochenbildung aus, als von dynamischen Übungsinhalten (DRINKWATER, 1994; HOLLMANN & HETTINGER, 2000, 594).

Insbesondere für ältere, untrainierte Probanden konnten HOLLMANN & HETTINGER (ebd.) bereits bei einem 20-minütigen leichten Gymnastikprogramm, das drei Mal pro Woche absolviert wurde, eine Reduktion der Knochenabbauprozesse bis hin zu einem leichten Aufbau der Knochenmasse feststellen.

Auf ähnlich sicherem Terrain bewegt man sich bei der Einschätzung des Zusammenhangs von sportlicher Aktivität und Auswirkungen auf das Krankheitsbild Diabetes mellitus. Dabei geht man von einer positiven Beeinflussung des Insulinspiegels im Blut durch eine aerobe körperliche Belastung aus, die die Notwendigkeit für eine künstliche Zufuhr von Insulin reduzieren kann (GIACCA ET AL., 1994; GUDAT, BERGER & LEFÈBVRE, 1994; HOLLMANN & HETTINGER, 2000). Gefährdungen aus einer sportlichen Aktivität bei Diabetes ergeben sich durch eine eventuelle falsche Terminierung der Sportmaßnahme und einer Insulinzufuhr auf den Insulinspiegel. Dem Patienten wird dabei ein erhöhtes Maß an Eigenverantwortlichkeit übertragen, nicht nur in der zeitlichen Abstimmung sondern auch der Dosierung möglicher Einwirkungen auf den eigenen Blutzuckerspiegel (HOLLMANN & HETTINGER, 2000). In der Forschungsarbeit wird grundsätzlich zwischen zwei Gruppen von sportlich aktiven Diabetikern unterschieden: Patienten des Diabetes Typ I und jene des Typ II. Dabei gelten die genannten Effekte speziell in der Insulinsensibilität für Typ I-Patienten als nicht bewiesen, während dies für Patienten des nicht-insulinabhängigen Diabetes als gesichert gelten kann (GIACCA ET AL., 1994, 661f).

Es wird ein enger Zusammenhang zwischen dem Krankheitsbild Diabetes mellitus und dem Faktor Übergewicht (v.a. bei Typ II-Patienten: GUDAT, BERGER & LEFÈBVRE, 1994, 674, nehmen hier an, dass 80% der Diabetes-Typ-II-Patienten an Übergewicht leiden.) sowie Herz-Kreislaufkrankungen angenommen. Das birgt neben der Annahme einer direkten Wechselwirkung von Risikofaktor und Erkrankungsform auch die Schwierigkeit einer Abschätzung des direkten Einflusses sportlicher Aktivierung auf Merkmale der Insulinsensibilität. Möglicherweise liegt auch hier zumindest teilweise eine Moderatoren- bzw. Mediatorenwirkung vor (GUDAT, BERGER & LEFÈBVRE, 1994). Ähnliche Überlegungen werden für die Intervention bei Typ-I-Patienten angestellt (GIACCA ET AL., 1994).

Zur Gestaltung des körperlichen Trainings werden unterschiedliche Ratschläge gemacht. Im Tagesverlauf sollte das sportliche Training nicht zu spät am Abend stattfinden (Gefahr einer Hypoglykämie in der Nacht), einige Krankheitsstadien schließen ein intensives Krafttraining aus, eine Abstimmung auf die Insulinzugabe wird in jedem Fall angeraten (vgl. HOLLMANN & HETTINGER, 2000, 588f). Grundsätzlich werden als Voraussetzung für mögliche Effekte folgende Dosierungsempfehlung ausgegeben: Ein Training drei bis fünf Mal pro Woche (à 30 bis 60 Minuten), wobei in Sportarten geübt werden

soll, die möglichst viele Muskelgruppen beanspruchen (Walking, Gymnastik, Schwimmen, Wandern etc.), soll Positiveffekte ermöglichen (GIACCA ET AL., 1994, 664; HOLLMANN & HETTINGER, 2000, 589).

Die Positivwirkung von sportlicher Aktivität auf das Krankheitsbild Krebs, das die zweite Stelle der Todesstatistiken in Deutschland belegt (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2000), zeichnet sich als ein weniger gesichertes Gebiet aus. Eine detaillierte Reviewarbeit zu diesem Thema liegt von LEE (1994) vor. Die Erforschung der protektiven Wirkung von sportlicher Aktivität auf die Krebsmorbidity bzw. –mortalität hängt eng mit der Frage nach Wechselwirkungen der körperlichen Belastung auf das Immunsystem zusammen (siehe hierzu Abschnitt *Sportliche Aktivität und Rückenbeschwerden sowie Effekte im Immunsystem* in diesem Kapitel). Damit kann ebenso von einem protektiven (bei moderater aerober Sporttätigkeit) wie kontraproduktiven (bei intensiver anaerober Sporttätigkeit) Einfluss ausgegangen werden (HOLLMANN & HETTINGER, 2000). Die am stärksten durch Studien gestützten Ergebnisse liegen zum Zusammenhang von Darmkrebs und sportlicher Intervention vor (LEE, 1994). Der Effekt wird auf die Erhöhung der peristaltischen Aktivität durch körperliches Training bei gleichzeitiger Reduzierung der Kontaktzeit zwischen Darmschleimhaut und Krebs erregender Fäkalstoffe zurückgeführt. Dabei stellt sich der Befund in einer Zusammenschau internationaler Studien für Männer konsistenter dar als für Frauen (LEE, 1994). Dagegen zeigt sich die Wahrscheinlichkeit von Brust- bzw. Prostatakrebskrankungen weniger eindeutig durch sportliches Training beeinflussbar. Die Befundlage konstatiert LEE (1994) als völlig uneinheitlich, denn es liegen sowohl direkte, inverse als auch keine Effekte bei zunehmender Sportaktivität vor. WINNINGHAM (1992) merkt in diesem Zusammenhang erneut die Wechselwirkung mit anderen Risikofaktoren (z.B. Ernährung) an.

Verbreitete Uneinigkeit besteht auch noch über Inhalte und Dosierung eines auf die Erkrankung positiv wirkenden Sportprogramms. Häufig wird deshalb von einer indirekten, globalen Positivwirkung über die Verbesserung der Lebensqualität durch „Sport und Spiel“ ausgegangen (HOLLMANN & HETTINGER, 2000, 592; WEINECK, 2002, 194f). UHLENBRUCK ET AL. (1992) gewichten die drei möglichen Interventionsformen Gymnastik, Spiel und moderaten Ausdauersport hinsichtlich ihres Trainingswertes für Krebspatienten und erkennt für Gymnastik und Spiel vor allem förderliche psychosoziale Aspekte an. Hierin liegen sicher auch die essentiellsten Gesundheitsförderungsaspekte für Patienten, die sich einer Sportgruppe anschließen, begründet. Dagegen sind mit einem auf die individuellen motorisch-physiologischen Voraussetzungen des Patienten abgestimmten Ausdauertraining weitere positive Nebeneffekte verbunden: Über eine Reduzierung weiterer Risikofaktoren (Übergewicht, Herz-Kreislauf-Fähigkeit, Verbesserung der Blutfettwerte, Blutdrucksenkung) und einer Stärkung des Immunsystems lassen sich mit dieser Art der sportlichen Belastung weitere gesundheitsförderliche Effekte erzielen (UHLENBRUCK ET AL., 1992, 80f).

2.2.2 Zum Forschungsstand „Sport und psycho-soziale Gesundheit“

Bereits ein erstes Studium der Forschungslage zu Möglichkeiten der Förderung und Stabilisierung der psycho-sozialen Gesundheit durch sportliche Aktivierung lässt auf eine geringe und diffuse Befundlage schließen. Rein quantitativ sind Arbeiten zu diesem Thema denen der physischen Effekte stark unterlegen (vgl. KNOLL, 1997, 52). Ein Globalzusammenhang zwischen Sport und psychischer Gesundheit wird zwar häufig postuliert, kann durch die gegebenen Forschungserkenntnisse jedoch nicht

gestützt werden (SCHLICHT, 1994b; 1995). Die Problematik einer schlüssigen Befundformulierung liegt im Wesentlichen in drei Ursachen begründet: Erstens wird insbesondere durch Meta-Analytiker und Reviewern die mangelnde Qualität vieler Studien zu diesem Thema ins Feld geführt, was einer Vergleichbarkeit der Einzelergebnisse im Wege steht und so nicht zu einer konsistenten Befundlage führen kann (LEWIS ET AL., 2002; MCAULEY, 1994; KNOLL, 1997; SCHLICHT, 1994b; 1995). Zweitens machen die überwiegende Zahl der Untersuchungen durch das angelegte Studiendesign das Schließen auf echte Effekte unmöglich. Es herrscht ein Schwergewicht auf pre- oder quasi-experimentelle Anordnungen vor, die eine Kontrastierung durch Gruppenvergleiche (Aktive vs. Nicht-Aktive; vorher vs. nachher) favorisieren (vgl. SCHLICHT, 1994b, 41). Längsschnittlich angelegte Interventionsstudien, die einen differenzierten Aufschluss über im Selbstkonzept verankerte Veränderungen der psychosozialen Gesundheit durch sportliche Aktivität bieten könnten, liegen nicht vor. Und schließlich drittens liegt mit dem Konstrukt der psychosozialen Gesundheit ein mehrdimensionales, quasi-hypothetisches Gebilde vor, dessen Operationalisierung weder einheitlich diskutiert wird noch abgesichert ist (vgl. SCHLICHT, 1994b). In der Literatur kursiert eine Vielzahl von Ansätzen, die z.T. in einem Pars pro Toto-Verhältnis für das Gebilde „psycho-soziale Gesundheit“ instrumentalisiert werden. So werden die Dimensionen aktuelles und habituelles Wohlbefinden, Depression und Angst, Stressverarbeitung, Selbstwirksamkeit, sozialer Unterstützung oder seelische Gesundheit zur Untersuchung eines Zusammenhangs von sportlicher Aktivität und psychosozialer Gesundheit herangezogen. Eine unbefriedigende Validität der Ergebnisse und eine schleppende Entwicklung der Diskussion um den Einfluss von Bewegungstätigkeiten sind unter anderem die Folge.

Auf der Suche nach einer Wirkfähigkeit sportlicher Aktivität auf die psychosoziale Gesundheit gehen Meta-Analytiker und Reviewer, oder Forscher im Interventions- und Experimentalstudienbereich, im Kern zwei wissenschaftliche Wege: Häufig zu beobachten ist die Untersuchung des Zusammenhangs von sportlicher/körperlicher Aktivität und Teilbereichen psychosozialer Gesundheit wie Angst und Depression, Wohlbefinden oder Stress (DISHMAN, 1992; FUCHS, HAHN & SCHWARZER, 1994; HAYES & ROSS, 1986; KLEINE & FUCHS, 1994; MCAULEY, 1994; SCHWARZER, 1996). Derartige „Einzelbetrachtungen“ in voneinander getrennten Konstruktanalysen suggerieren die Möglichkeit einer direkten Bewertung des Effekts durch sportliche Aktivität und bieten einen relativ sicheren Trend in der Ergebnislage. Gleichzeitig vernachlässigt eine solche Strategie jedoch nicht selten den umfassenden Einfluss von Moderatorvariablen und Wechselwirkungen mit anderen Faktoren der physischen und psychosozialen Gesundheit (vgl. KNOLL, 1997, 52ff). Eine andere Variante in der Analysestrategie fasst die Faktoren psychischer Gesundheit zu einem übergeordneten Gebilde zusammen und versucht von dort aus durch die Formierung von homogenen Untergruppen in der Stichprobe zu Aussagen über echte Effekte, Moderatoren- und Mediatorengrößen zu gelangen. Ein Vertreter dieser Strategie ist SCHLICHT (1994b; 1995), der auf diesem Weg der Meta-Analyse von zunächst 39 Originalarbeiten (SCHLICHT, 1994b) mit einem Gesamtdatensatz von 8909 Untersuchungspersonen den Effekt der Sporttätigkeit auf die psychische Gesundheit analysiert hat. In seiner Veröffentlichung ein Jahr später wurde die Datenstichprobe auf 63 Arbeiten mit 10 862 Probanden ausgeweitet (SCHLICHT, 1995). Die Inkonsistenz in der Befundlage konnte damit jedoch nicht aufgefangen werden. Als Populationseffekt errechnet SCHLICHT (1994b, 65) meta-analytisch ein gewogenes Mittel von $r_g = +.15$ bei $k=44$ Effekten. Dieser Wert verändert sich für die Berücksichtigung der 63 Studien von 1995 nur marginal auf $r_g = +.14$ bei

k=67 Effekten (SCHLICHT, 1995, 36) und bestätigt so den Befund einer nicht vorliegenden signifikanten Korrelation von sportlicher Aktivität und psychischer Gesundheit. In weiterführenden Meta-Analysen untersuchte SCHLICHT (1994b; 1995) darüber hinaus den Einfluss verschiedener Moderatorvariablen wie Alter, Geschlecht, Studiendesign oder die Art des Treatments. Mit einer ausgeprägten Effektstärke scheinen die Faktoren Alter und Geschlecht ausgestattet: „Denn erstens profitieren Frauen ($r_g = + .14$) stärker als Männer ($r_g = + .08$), und zweitens korrelieren sportliche Belastungen enger mit Variablen der psychischen Gesundheit, wenn sie von jüngeren Personen ($r_g = + .18$) durchgeführt werden.“ (SCHLICHT, 1994b, 129) Als weitere Moderatoren erweisen sich u.a. auch die Art und Qualität des Studiendesigns sowie die Dauer des Treatments. Mit länger andauernder Durchführung der Sportbelastung (regelmäßig über vier Wochen oder länger) sinkt der Korrelationseffekt. Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass sportliche Aktivität die Möglichkeit einer aktuellen Stimmungsverbesserung bietet, der Einfluss auf die Konzeptebene bzw. die habituelle psychische Gesundheit erscheint eher fraglich (siehe Befunde bei ABELE, BREHM & PAHMEIER, 1997; ALFERMANN ET AL., 1995; BÄSSLER, 1995 und Darstellungen in Abschnitt 1.1.3.2.2). Interessant erscheint die Analyse der Art des Treatments und dessen Einfluss auf einen Zusammenhang von Sport und psychischer Gesundheit in Berücksichtigung weiterer Moderatorvariablen. Gruppenvergleiche zeigen, „dass Männer ihre psychische Gesundheit eher durch (aeroben) Ausdauersport wie Jogging oder Radfahren verbessern, wohingegen Frauen eher von anderen Sportarten zu profitieren scheinen.“ (SCHLICHT, 1994b, 101) Zu den effektfähigeren Bewegungstätigkeiten für Frauen zählen nach dieser Stichprobe Gymnastik und tänzerische Formen. Mit Nachdruck schränkt SCHLICHT (1994b) diese These allerdings durch die spezifische Datenlage und den möglichen Umkehrschluss ein: Frauen, die eine stabilere psychische Gesundheit aufweisen, wählen als Sportbetätigung evtl. eher Gymnastik und Tanz, Männer in Entsprechung eher aerobe Ausdauerformen.

Hinsichtlich einer Unterscheidung des Alters der Probanden und dem gesuchten Moderatoreffekt ergibt sich aus den Analysen von SCHLICHT (1994b; 1995), dass Probanden des mittleren und höheren Alters ab 31 Jahren in psycho-gesundheitlicher Hinsicht am meisten von aeroben Ausdauersportleistungen profitieren, während Personen der jüngeren Altersspanne weder gymnastisch-tänzerische noch ausdauerbetonte Sportformen zur Verbesserung ihres psychischen Gesundheitszustandes verwerten können (vgl. SCHLICHT, 1994b, 102ff; 1995, 45ff). Als Fazit seiner Analysen plädiert SCHLICHT (1995) für einen Zusammenhang der Teilkonstrukte Stimmung, Angst, depressives Befinden sowie Kontrollmeinung und den Faktor sportliche Aktivität. Eine Moderatorenfunktion erster Ordnung konnte für diese Elemente nicht errechnet werden (SCHLICHT, 1995, 48). Als Fazit seiner Analysen regt SCHLICHT (1995, 69) an, „dass zukünftige Forschung zur primordialen Wirksamkeit sportlicher Betätigung für die psychische Gesundheit die Mehrdimensionalität der Konstrukte ebenso bedenken muss, wie das Alter und das Geschlecht der Stichproben.“

Anzunehmen bleibt weiterhin, dass eine Betrachtung möglicher Wechselwirkungen zwischen Faktoren der psychischen und der physischen Gesundheit bzw. Fitness bei den meisten Studien unterbleibt. Abhängigkeiten auf dieser Ebene können deshalb nicht ausgeschlossen werden.

Am verbreitetsten sind die Erwartungen an Effekte sportlicher Aktivität auf die psycho-sozialen Konstrukte Angst und Depression, Stress und Stressbewältigung, sowie Faktoren der Selbstwahrnehmung

wie Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit bzw. Kompetenzerwartung. Diese sollen als Auswahl aus dem Forschungsstand zum Zusammenhang von Sport und psychischer Gesundheit dienen. Ein Überblick wird in den folgenden Teilabschnitten dargestellt.

Eine einheitliche, abgesicherte Operationalisierung des Teilkonstruktes „soziale Gesundheit“ liegt bislang nicht vor. Häufig werden derartige Faktoren mit Elementen der sozialen Unterstützung, Familienstrukturen, Einkommensverhältnisse oder die berufliche Stellung operationalisiert (BOWLING, 1991). Mitunter ist eine Integration dieser und anderer Skalen zur Analyse der seelischen Gesundheit zu beobachten (siehe z.B. STOLL, 2000). Die Untersuchung sozialer Einflussfaktoren und sozialer Ressourcen existieren in der Forschung und Literatur nahezu getrennt voneinander. Wesentliche Erkenntnisse zum Zusammenhang von sozialer Schichtung und Sportaktivität konnten in den vergangenen Jahren TOFAHRN (1997) und OPPER (1998a; 1998b) in die wissenschaftlichen Diskussion einbringen. Auf diese Arbeiten sei an dieser Stelle zur differenzierten Auseinandersetzung mit dieser Problematik verwiesen. Die für das vorliegende Untersuchungsvorhaben zentralere Fragestellung nach einer sozialen Ressourcestärkung durch sportliche Aktivität muss hier im größeren Beziehungsgeflecht der Institution Sportverein gesehen werden. Aus diesem Grund soll dieser Aspekt in Kapitel 3 (Abschnitt 3.2) diskutiert werden.

Sportliche Aktivität und Angst bzw. depressive Zustände

Die klassischen Therapien bei Angstzuständen bzw. Depressivität beinhalten – häufig teure – psychologische, psychotherapeutische oder/und medikamentöse Behandlungen. Einer Ressourcenstärkung durch sportliche Aktivierung wird in der Präventionsforschung zunehmend Raum gegeben. Die Befundlage zu einer möglichen Effektfähigkeit fußt dabei auf recht gesicherte Ergebnisse.

ARENT ET AL. (2001, 2412ff) legen hierzu ein Review vor, das auf meta-analytischer Basis zu einem globalen Zusammenhang von sportlicher Aktivität und der Senkung von Angstzuständen kommt. Interessant erscheint in dieser scheinbar einhelligen Diskussion vor allem der weiterführende Gedanke einer „Alternativmedizin Sport“. Es wird die Frage gestellt, ob sportliche Aktivität lediglich als Begleitmaßnahme zu medizinisch-psychologischen Behandlungen sein sollte, oder die Befundlage zu Positiveffekten einer sportlichen Aktivierung die Möglichkeit einer gleichwertigen Therapieform zulässt. ARENT ET AL. (2001, 242) sehen genügend, wenn auch nicht konsistentes wissenschaftliches Fundament für die Effekttäquivalenz einer Sportaktivität mit pharmakologischen oder psychologischen Heilbehandlungen. Allerdings zeigt sich dieser Effekt abhängig vom Angstausgangsniveau der Patienten. Am meisten profitieren Probanden mit einem ausgeprägten Angstzustand von einer sportlichen Interventionsmaßnahme. Patienten mit niedrigerem Angstlevel weisen geringere Effekte auf (ARENT, ROGERS & LANDERS, 2001, 243). Darüber hinaus können für die Faktoren Intensität, Art und Dauer des Treatments Moderatoreffekte angenommen werden. Als besonders effektiv stellten sich aerobe Belastungen (vs. Spiel betonte Sportarten) dar, die über mindestens zehn Wochen regelmäßig betrieben werden. In diesem Fall konnte eine unmittelbare Verbesserung des Angstniveaus festgestellt werden, das für mindestens vier bis sechs Stunden stabil gehalten werden konnte (vgl. ARENT, ROGERS & LANDERS, 2001, 244). Damit liegen ARENT ET AL. (2001) in der Einschätzung der Effektdauer bereits leicht über den annähernd zehn Jahre zuvor von DISHMAN (1992, 189) publizierten Schätzwert von etwa einer Stunde. Die von DISHMAN (1992) zu Grunde gelegten Befunde zeigen sich jedoch auch inkonsistenter, als dies bei ARENT ET AL. (2001) der Fall ist. Eine klare Zuweisung des Angst reduzie-

renden Effekt auf die sportliche Intervention wird hier aufgrund von inkonsistenten Studienergebnissen angezweifelt. Zur Klärung werden psychophysiologische Mechanismen, die durch körperliche Aktivität ausgelöst werden (Temperaturregulation, Aktivierung von weiteren als den durch Angst angesprochene Gehirnzentren) für eine Senkung des Angstniveaus nach sportlicher Aktivität verantwortlich gemacht (DISHMAN, 1992, 190). Auch STOLL (2000) konnte innerhalb einer Interventionsstudie keine signifikanten Veränderungen durch ein sportliches Aktivierungsprogramm feststellen. Dazu kontrastierte STOLL (2000) die Daten einer Treatmentgruppe (N=21), die über zwölf Wochen regelmäßig ein Mal pro Woche ein etwa einstündiges Sport- und Fitness-Übungsprogramm mit gymnastischen Inhalten absolvierte, mit den Ergebnissen einer Kontrollgruppe (N=11) auf Skalen zum Körperkonzept, psycho-sozialen Ressourcen sowie Ängstlichkeit und psychosomatische Beschwerden. Alle Probanden waren weiblich und Nicht-Sportler. Speziell in den Faktoren Ängstlichkeit und psychosomatische Beschwerden konnten varianzanalytisch weder Haupt- noch Nebeneffekte signifikant abgesichert werden.

Eine ähnliche Befundlage liegt für den Zusammenhang von sportlicher Aktivität und depressiver Stimmung/Depressivität vor. Es lässt sich auch hier ein globaler Negativeffekt vermuten, der darauf schließen lässt, dass sportliche Betätigung in der Lage ist, Depressivität zu reduzieren (ARENT, ROGERS & LANDERS, 2001; GODWIN, 2003; MRAZEK, 1986; SCHLICHT, 1994; 1995; SCHLICHT & PASCHEN, 1994). Nach Durchsicht verschiedener Meta-Analysen berichten ARENT ET AL. (2001, 244ff) von einer konsistenten Befundlage zu diesem Zusammenhang. Die dargestellten Ergebnisse in Abhängigkeit zur Art der Depressivität differieren jedoch. Stellen ARENT ET AL. (2001) bei einer Unterscheidung zwischen „akut“ und „chronisch“ in einem Reviewverfahren vergleichbare Befunde fest, gibt MORGAN (1994) Hinweise zu unterschiedlichen Befunden (hospitalisiert, manisch-depressiv, nicht hospitalisiert).

Eine umfassende Studie hierzu liegt von GOODWIN (2003) vor. Anhand der Datengrundlage von 8098 Probanden aus dem National Comorbidity Survey, einem für die erwachsene amerikanische Bevölkerung zwischen 15 und 54 Jahren repräsentative Stichprobe, vergleicht GOODWIN (2003) die Prävalenz von sportliche aktiven bzw. wenig bis gar nicht aktiven Personen für psychische Störungen wie Angstzustände und Depressionen. Hierzu beantworteten die Probanden im Originalsample eine Reihe von Fragen zu Symptomen psychischer Erkrankungen und Störungen, die post hoc gegliedert und zusammengefasst wurden. Multiple Regressionsanalysen zeigen, dass in Abhängigkeit der sportlichen Aktivität für die Mehrzahl der getesteten psychischen Störungen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen (vgl. Tab. 2-4). Eine Ausnahme bilden die Krankheitsbilder Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Substanzen sowie bipolare Störungen.

GOODWIN (2003) merkt grundsätzlich an, dass die Ergebnisse zwar auf bestimmte Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und der Vulnerabilität von psychischen Störungen Hinweise geben. Eine Kausalbeziehung kann jedoch nicht gänzlich erklärt werden. Es ist demnach ebenso denkbar, dass sportlich aktive Personen seltener von psychischen Beschwerden berichten, wie dass Probanden mit einem geringeren Niveau an psychischen Erkrankungen auch sportlich aktiver sind – und umgekehrt.

	Keine regelmäßige sportliche Aktivität n=2170 (%)	Regelmäßige sportliche Aktivität n=3706 (%)	F; df(1,42); p-Wert
Schwere Depression	13,04	8,24	F=25,43; p< .0001
Dysthymie	3,16	2,16	F= 3,87; p= .056
Allgemeine Angststörung	1,47	1,05	F= 1,1; p= .3
Panikattacken	5,19	2,73	F=14,95; p= .0004
Spezifische Phobien	10,51	6,63	F=24,45; p<.0001
Sozialphobie	11,21	7,35	F=22,3; p< .0001
Agoraphobie	4,06	2,26	F=12,11; p= .001
Bipolare Depression	5,82	3,32	F=23,88; p< .0001
Alkoholabhängigkeit	7,11	7,22	F= 0,02; p= .9
Abhängigkeit von bestimmten Substanzen	3,13	2,60	F= 0,93; p= .3

Tab. 2-4: Verhältnis zwischen regelmäßiger sportlicher Aktivität und psychischer Störungen (National Comorbidity Survey, USA; N=8098) (GOODWIN, 2003, 701)

Ebenfalls nicht eindeutig zu beantworten scheint auch die These zur Wirksamkeit der sportlichen Aktivität im Vergleich zu „herkömmlichen“ Behandlungsmethoden bei Depressivität wie psychotherapeutische Maßnahmen oder Verhaltensinterventionen (Entspannungsverfahren, Meditation). Hier scheint die Sporttätigkeit ein mittleres Effektmaß einzunehmen. Es existieren Hinweise darauf, dass die Interventionsmaßnahme Sport Depressivität nachhaltiger senken kann als andere Verhaltensmittel, jedoch nicht stärker als dies eine Psychotherapie zu erreichen vermag (ARENT, ROGERS & LANDERS, 2001, 244f). Dieser Effekt zeigt sich offenbar unabhängig vom Geschlecht oder dem Alter der Probanden (MORGAN, 1994), sowie von der Art des Treatments, nicht jedoch von dessen Länge (ARENT ET AL., 2001): Der Hinweis auf einen Mindestumfang von neun Wochen mit einer möglichst hohen Regelmäßigkeit (drei bis fünf Tage pro Woche) zeigt sich empirisch abgesichert (ARENT ET AL., 246; MORGAN, 1994, 855). Eine Kombination der Maßnahmen wird – vor allem aus dem Blickwinkel der Kostengünstigkeit von Sportinterventionen – von Forscherseite angeraten. MORGAN (1994) legt in seinem viel beachteten Review die befundgeleitete These nahe, dass vor allem Patienten mit leichter bis mittlere Depressivität am nachhaltigsten von der protektiven Wirkung einer sportlichen Aktivität profitieren.

Sportliche Aktivität und Stress bzw. Stressbewältigung

Das Konstrukt „Stress“ hat in der psychologischen Forschung eine lange Tradition und wurde in verschiedenen theoretischen Konzepten integriert. Als Zustände, die mit körperlichen Veränderungen einhergehen und Ursachen für Erkrankungen sein können, (vgl. KROHNE, 1997, 275f; SCHWARZER, 1996, 139ff) wurden sie u.a. von ANTONOVSKY (1993; 1997) in sein Modell zur Salutogenese als „Stressoren“ eingliedert.

Die erste umfassende Stresstheorie wurde von LAZARUS (1966) vorgelegt, die er seitdem – hauptsächlich mit seinen Mitarbeitern – stetig weiterentwickelt hat (LAZARUS, 2000; LAZARUS & FOLKMAN, 1984; MONAT & LAZARUS, 1985). Dabei wird ein Stresskonzept angenommen, das durch eine „Transaktion“ zwischen der Person und deren Umwelt gekennzeichnet ist. Diese wird einerseits formiert durch die Bewertung des Individuums von für das Wohlbefinden als relevant erachtete Umweltgegebenheiten und andererseits durch die Anforderungen, die die Umwelt an das Individuum stellen kann (LAZARUS & FOLKMAN, 1984). Als die zwei wesentlichen Prozesse im Stresskonzept präsentieren sich demnach die kognitive Bewertung („cognitive appraisal“) und die Stressbewältigung („coping“). Mit dem Konzept der kognitiven Bewertung wird davon ausgegangen, dass eine spezifische Anforderungssituation von Individuen interindividuell verarbeitet wird. Je nachdem, welche Erwartungen an die Umwelt gestellt werden, werden bei Individuen unterschiedliche Stressprozesse in variabler Dauer und Intensität ausgelöst oder eben nicht (LAZARUS, 1966; LAZARUS & FOLKMAN, 1984). Dabei wird zwischen drei Formen der kognitiven Bewertung unterschieden: Die Primärbewertung („primary appraisal“) betrifft die grundsätzliche Einschätzung der Gefahr für das Wohlergehen durch das Individuum. Für die Sekundärbewertung („secondary appraisal“) bezieht das Individuum die Stärke der Bedrohung in Abschätzung zur Verfügung stehender persönlicher Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen zur Bewältigung („coping“) der Situation mit ein. Der Vorgang der Stressbewältigung („coping“) wird von LAZARUS & FOLKMAN (1984, 141) schließlich definiert als „constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“ Stressbewältigung wird damit als aktiver Prozess der Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Umwelt verstanden, der in flexibler, sich ständig verändernder Form an das Individuum gestellt werden kann. Für die von der Person ergriffenen Maßnahmen zur Bewältigung werden ebenso defensive wie aktive Haltungen impliziert.

Herausforderungen an das Coping-Verfahren durch Stresszustände können im Lebens- und Alltagsprozess vielfältige Situationen repräsentieren. Dementsprechend finden sich in der Forschung zu Möglichkeiten der Bewältigung durch sportliche Aktivität unterschiedliche Situationskonstruktionen und Interventionsrahmen. MCAULEY (1994, 551f) geht in seiner Reviewarbeit von einer negativen Beziehung zwischen Stress und sportlicher Aktivität aus: Sport soll dazu beitragen können, Stresszustände und Stresswahrnehmung zu senken. Ein Studienüberblick hierzu liefert einen relativ eindeutigen Trend in der protektiven Wirkung sportlicher Aktivität auf die Bewältigung des Stresserlebens. MCAULEY (1994, 555ff) berichtet hierzu von vier Studien, die explizit dem Thema Stress und Sport gewidmet sind (in Form von Gruppenvergleichen sportlich aktiver und nicht aktiver Personen). Alle Untersuchungen unterstreichen einen positiven Einfluss sportlicher Aktivität auf die physische Gesundheit und Lebensqualität oder das Gesundheitsverhalten (z.B. Inanspruchnahme der öffentlichen Gesundheitsfürsorge). Unklar ist jedoch, welches Ausmaß der Sporttätigkeit in Intensität und Dauer den protektiven Einfluss begünstigen. Durch die Dominanz an pre-experimentellen Studiendesigns, ist nicht eindeutig nachweisbar, dass der Effekt für jede Form der körperlichen/sportlichen Tätigkeit zutrifft. Inkonsistente Befunde lassen vermuten, dass sportlich hochaktive Personen einen geringeren Positiveffekt aufweisen. Ab einem bestimmten Maß an sportlicher Tätigkeit kann angenommen werden, dass diese einen zusätzlichen Stressfaktor an das Individuum bereit hält und somit die eigentliche protektive Wirkung verloren geht.

In einem pathogenen Zusammenhang nehmen UHLENBRUCK ET AL. (1992) die motivierende Funktion des Stresses an. Sie subsumieren die Elemente Infektionen, moderater Sport als Eustress, Trauer als Distress und exzessiver Sport unter das Stresskonstrukt, das auf das Immunsystem und damit auf das Risiko einer Krebserkrankung wirkt. Insbesondere bei moderat betriebenem Sport, der mit psychosozialen Begleitaspekten, die positiv erlebte Steigerung der Fitness und Leistungsfähigkeit verbunden ist, wird eine protektive Wirkung auf die Krebsmorbidity und –mortality ausgegangen (vgl. UHLENBRUCK ET AL., 1992, 82).

KLEINE & FUCHS (1994) gehen von einer Pufferwirkung des Stresses bei der Bewältigung von angst- oder depressionsinduzierten Situationen aus. Operationalisiert wurden die negativen Emotionszustände durch das einschneidende Lebensereignis einer (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, verbunden mit den von den Probanden zu bewertenden Gefühlen Angst und Einsamkeit. Der Einfluss einer sportlichen Interventionsmaßnahme erweist sich dabei lediglich für das Merkmal Depressivität als positiv hinsichtlich einer Bewältigung der Stresssituation. Die Werte der arbeitslosen Sport treibenden Probanden für die Stimmungen Angst und Einsamkeit unterscheiden sich nicht signifikant von den übrigen Gruppen (Arbeitsplatzbesitzer, inaktive Arbeitslose). Die positive Bewältigung von Stress durch sportliche Aktivität hat offenbar eingeschränkte Pufferfunktionen in Bezug auf andere emotionale Negativzustände. Anzumerken bleibt, dass bei KLEINE & FUCHS (1994), wie sie selbst betonen, keine differenzierte Betrachtung nach der Art der sportlichen Tätigkeit (Ausdauer- oder Kraftbelastung) vorgenommen wird und somit lediglich ein Trend abgelesen werden kann.

Ähnlich argumentiert DISHMAN (1992, 193). Auf der Basis meta-analytischer Befunde zeigt sich, dass Untersuchungspersonen mit einem hohen Fitnesslevel ein geringeres Maß an Stressreaktion aufweisen als Personen mit geringer Fitness. Dabei konnte kein Moderatoreffekt (Alter, Geschlecht, Studiendesign, Art des Treatments etc.) nachgewiesen werden. Nicht berücksichtigt wurde allerdings der relative Grad der bei den Versuchspersonen ausgeprägten Fitness. Eine Antwort auf die Frage nach der nötigen bzw. begrenzenden Intensität an sportlicher Aktivität, in der von einem Protektiveinfluss ausgegangen werden kann, bleibt auch hier aus. Die protektive Wirkung der sportlichen Aktivität auf die Stressverarbeitung wird auf biologischer Ebene mit der Förderung der parasymphatischen Tätigkeit bzw. Reduzierung des parasymphatischen Einflusses auf den Organismus durch Sport zurückgeführt.

Sportliche Aktivität und Faktoren der Selbstwahrnehmung

Das in der sportpsychologischen Forschung am weitesten bearbeitete Feld im Bereich des Zusammenhangs von Sport und psychischen Gesundheitsfaktoren betrifft das Konstrukt des Wohlbefindens („well-being“). Häufig treten in die Nähe dieses Konzeptes auch die Elemente Selbstwirksamkeit/Kompetenzerwartung oder Selbstwertgefühl. Da eine ausführliche theoretische wie empirische Diskussion hierzu bereits in Abschnitt 1.1.3.2.2. erfolgt ist, sollen an dieser Stelle Ergänzungen zu den übrigen Aspekten gemacht werden.

Zunächst soll der Kenntnisstand zur Wechselwirkung von sportlicher Aktivität und der persönlichen *Selbstachtung*, als Teilelement des Selbstkonzeptes, Gegenstand der Betrachtungen sein. Selbstwertgefühl/Selbstachtung („self-esteem“) wird von MCAULEY (1994, 551) definiert als „encompassing the favorable views one holds regarding one’s self.“ Eine enge Verbindung zum Selbstkonzept besteht in

soweit, als die beiden Begriffe in der Literatur häufig synonym verwendet werden, auch wenn es sich streng genommen beim Faktor Selbstwertgefühl/Selbstachtung nur um eine Teildimension des Selbstkonzeptes handelt.

Auf der Basis von Literaturreviews konstatiert MCAULEY (1994) eine im Grunde inkonsistente Befundlage zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Selbstachtung. Eine globale Verbindung scheint fraglich. Teilergebnisse legen jedoch nahe, dass es sich bei dem Konstrukt Selbstachtung um ein multidimensionales Gebilde handelt, in welches die körperliche Selbstachtung einen Teilbereich einnimmt. Damit könnte die häufig festgestellte Verbindung zwischen Sportengagement und Selbstwertgefühl einerseits und der mitunter gefundene fehlende Zusammenhang des Faktors Fitness und Selbstachtung

erklärt werden. Es ist von einem vielschichtigen Einfluss auf diese Dimensionen auszugehen, die nicht zwangsläufig miteinander verwoben sein müssen: Personen mit ausgeprägter Fitness müssen kein hohes Selbstwertgefühl besitzen, können aber; Personen mit ausgeprägtem Sportengagement können ein stark elaboriertes Selbstkonzept zu ihren körperlichen Fähigkeiten besitzen, müssen aber nicht gleichzeitig ein ähnlich elaboriertes Niveau in anderen Dimensionen des Selbstkonzeptes aufweisen (MCAULEY, 1994, 553f).

STOLL (2000) kann nach einem zwölf-wöchigen Treatmentprogramm mit 21 Nicht-Sportlerinnen (Kontrollgruppe: N=11) keinen signifikanten Unterschied in der Selbstwertskala zwischen den Gruppen feststellen. Der fehlende Effekt kann eventuell auf die vielschichtiger Abhängigkeit dieses Faktors von weiteren Elementen (Arbeitsplatz, Familiensituation etc.) zurückgeführt werden, die in der vorliegenden Studie nicht kontrolliert wurden.

Über die Bedeutung der *Selbstwirksamkeit* („self-efficacy“) für die Vorhersage und Steuerung von Verhalten wurden bereits wesentliche Hinweise gegeben (Abschnitt 1.2.2). Ein Überblick zur Befundlage aus amerikanischen Studien liefern LEWIS ET AL. (2002). Dieser Faktor erhält jedoch auch Relevanz durch dessen Verankerung im Selbstkonzept als Speicher über die eigenen Fähigkeiten, wichtige Handlungen durchzuführen und Anforderungen der Umwelt erfolgreich zu begegnen (vgl. MCAULEY, 1994, 560). Als solcher spielt die Selbsterwartung nicht nur im Hinblick auf mögliches (gesundheitsrelevantes) Verhalten eine Rolle, sondern auch in Bezug auf die (positive vs. negative) Reaktion auf Reize aus der Umwelt. Es wird angenommen, dass Personen mit einem hoch elaborierten Konzept zur Selbstwirksamkeit über eine begleitende ausgeprägtere Widerstandskraft gegenüber Anforderungen aus der Umwelt auch eine stabilere psychische Gesundheit aufweisen (MCAULEY, 1994). Damit findet die Dimension der Selbstwirksamkeitserwartung eine zentrale Position in Ressourcenkonzepten zur Krankheitsbewältigung. Eine konsistente Befundlage lässt darauf schließen, dass mit einer gut elaborierten Selbstwirksamkeitserwartung Personen über eine tragfähige Ressource verfügen, die zur Bewältigung von kritischen Lebenssituationen, wie sie mit spezifischen Erkrankungen einher gehen, Potential liefern können (vgl. SCHRÖDER, 1997, 327).

Die Befundlage zur Effektfähigkeit von sportlicher Aktivität hinsichtlich einer Anhebung der Selbstwirksamkeit zeigt sich vergleichsweise konsistent. MCAULEY (1994) listet in seiner Reviewarbeit 15 Arbeiten auf, die einen (signifikanten) Positivzusammenhang dokumentieren. Verschiedene Studien bestätigen diesen Befund (z.B.), andere können keinen direkten Effekt zwischen den beiden Faktoren

finden. In diesen Fällen wird häufig von Moderatoreinflüssen (sozialer Rückhalt, Stressreize aus der Umwelt etc.) ausgegangen, die einen Wirkmechanismus des Sports puffern könnten (FUCHS, HAHN & SCHWARZER, 1994). Daneben wurden Abschwächungen der Selbstwirksamkeit im Verlauf eines sportlichen Interventionsprogrammes berichtet (PAHMEIER & KÖNIG, 1997). Das lässt darauf schließen, dass sich die wahrgenommene Selbstwirksamkeit durch die Aufnahme eines Sportprogrammes zunächst auch in Richtung eines real einzustufenden Niveaus ausrichten kann, wenn diese zu Beginn der Intervention recht hoch ausfiel. Eine hohe Selbstwirksamkeit gilt darüber hinaus als ein wesentlicher Faktor der Bindung an ein Sportprogramm (PAHMEIER, 1994a; 1994b; 1997; PAHMEIER & KÖNIG, 1997).

Insgesamt kann anhand des derzeitigen Forschungsstandes davon ausgegangen werden, dass sportliche Aktivität den Faktor Selbstwirksamkeit beeinflusst, ob in positiver oder in negativer Hinsicht. Dabei handelt es sich offensichtlich jeweils um eine „Korrektur“ hin zu einem objektiv-realen Schätzmaß, das subjektive Vorbehalte oder Überschätzungen der eigenen Fähigkeiten durch die Verhaltensmaßnahme und die praktische Erfahrung korrigiert.

Noch nicht geklärt scheint hingegen eine gesicherte Unterscheidung in der Art der sportlichen Aktivität, die zu einem solchen Effekt führen kann. Insgesamt liegen hierzu wenige Daten vor, einzelne Überprüfungen bescheinigen Lauf- bzw. Walkingprogramme eine geringe bis gar keine Effektfähigkeit (MCAULEY, 1994).

2.3 Motive und Faktoren der Bindung im Zusammenhang mit sportlicher Aktivität

Dem organisierten Sport liegt ein großes Maß an Eigendynamik inne, die vor allem in den Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte immens zum Tragen kam. Nicht nur der institutionelle Rahmen des Sports ist steten Weiterentwicklungen unterlegen, wie die These vom Wandel des Sportvereins als freiwillige Vereinigung Sporttreibender zum Dienstleister für Sportkonsumenten (vgl. GRUPE, 2000, 103 und diesbezügliche Ausführungen des Abschnitts 3.1 der vorliegenden Arbeit) belegt, auch das Gebilde des organisierten Sports selbst reagiert flexibel auf Neuerungen. Das Etablieren einer unabhängigen Säule „Gesundheitssport“ in den Deutschen Sportbund mag auffälligster Ausdruck hierfür sein (vgl. Abschnitte 2.1.1 und 3.1). Begleitet und letztendlich motiviert werden derartige Veränderungen auf makrostruktureller Ebene durch zunehmende Verlagerungen und Neuorientierungen auf einer mikrostrukturellen Ebene. Die Vorstellung vom Sport als Feld des sich Messens innerhalb fester sportlicher Regeln um der Demonstration der eigenen Leistungsfähigkeit willen, wird dem modernen Freizeitsport nicht gerecht. Selbst für den heutigen Spitzen- und Leistungssport trifft diese Zielrichtung nicht gänzlich den Kern; Elemente wie modernes Marketing oder Massenunterhaltung treten hinzu. Für den Freizeitsport wird eine zunehmende Ausdifferenzierung der Sinnzuschreibungen und Inhaltsperspektiven konstatiert (z.B. BÖS & WOLL, 1989; BREHM, 1997b; GRUPE, 2000; KURZ, 1985; ZAROTIS, 1999). Neue Sinnperspektiven gliedern sich ein, alte entwickeln sich zurück. In aktueller Entwicklung betrifft dies den Wandel des Sports zu einer Art Lebensstilkonzept (GRUPE, 2000, 32), zur Bewegungskultur (BECKER & GRUPE, 1988), dessen zentrale Momente die Motive Erlebnis, Spaß und Selbstverwirklichung sind. Es wird eine allgemeine Körperzentrierung in den Sinnrichtungen, die dem Sport zugeschrieben werden, beobachtet (GRUPE, 2000; RITTNER, 1991), die mit einem weiteren zentralen Moment zusammentrifft, dem Individualismus (GRUPE, 2000; KURZ, 1988; OPASCHOWSKI, 1987a). Das Verständnis von Sport wird heute getragen vom Ziel der Verwirklichung des Selbst in der

(sportlichen) Bewegung, die der Entdeckung des eigenen Körpers und seiner Leistungsfähigkeit dient sowie die Möglichkeit bieten soll, individuelle Motive zu integrieren. Als die häufigsten werden Gesundheit, Fitness und Spaß identifiziert (OPASCHOWSKI, 1987a, 25). Insgesamt ist eine Motivvielfalt und starke Auffächerung der Sinnperspektiven von Sporttreibenden einzuräumen (KURZ, 1988), die eine Identifizierung zentraler Sinnzuschreibungen und Motivationsaspekte für dauerhafte sportliche Aktivität von bestimmten (Teil-)Populationen nur schwer möglich machen (siehe z.B. BÖS & WOLL, 1989; BREHM, 1997b). Die Ursache wird in der fehlenden Greifbarkeit des Wechselspiels zwischen Sportler und Sinnzuschreibungen gesehen, denn „[w]elche Erwartungen (...) jeweils hervortreten, welchen Sinn jemand in seinem Sport besonders sieht, das kann von Sportart zu Sportart, von Situation zu Situation, von Mensch zu Mensch verschieden sein.“ (KURZ, 1988, 129)

Einstellungen und Motive

Will man auf den Grund der Motivation von Individuen zu einer sportlichen Aktivität wissenschaftlich vordringen, stellt sich zunächst die Frage nach handlungsleitenden Faktoren, die hier eine Rolle spielen können. Als ein steuerndes Element wird allgemein das Konstrukt der Einstellung anerkannt, das mit „[d]urch Erfahrung, Erziehung und/oder abstrakte Wertmaßstäbe geprägte, relativ überdauernde Orientierungs-, Bewertungs- und Handlungstendenzen gegenüber breiten Klassen von (...) Gegenständen und Situationen (...)“ (FRÖHLICH, 2000, 141) gekennzeichnet wird. Einstellungen kommen nicht nur bei der Bewertung von Situationen und Objekten zum Tragen, sie können vor allem auch den Anreiz zur Erfüllung persönlicher Bedürfnisse oder Ziele bieten (FRÖHLICH, ebd.).

Unter dieser Annahme hat das hypothetische Konstrukt der Einstellung Berücksichtigung in grundlegenden Modellen zum (Gesundheits-)Verhalten wie der Theory of Reasoned Action bzw. der Theory of Planned Behavior der Arbeitsgruppe um AJZEN (1975; 1988) gefunden. Aus der empirischen Arbeit kann die Berechtigung dieses Faktors für die Intention und Handlungskontrolle abgeleitet werden (vgl. hierzu Abschnitt 1.2.2). Die Einstellung zu einem bestimmten Verhalten steht in engem Zusammenhang mit einer möglichen Handlungsrealisation. Nicht außer Acht gelassen werden darf jedoch, dass sich abseits der empirischen Überprüfung von Verhaltensmodellen, die das Element Einstellung integrieren, die Hinweise auf eine nur geringe Übereinstimmung zwischen Verhalten und Einstellung halten (vgl. ERDMANN, 1983; PAHMEIER, 1994a; 1994b; SINGER ET AL., 1980): Trotz einer offensichtlich weit verbreiteten positiven Einstellung gegenüber Sport (SINGER ET AL., 1980, 21, publizieren einen Wert von 70% der zustimmenden Bevölkerung) gehen nur etwa 45% der Bürger einer Bewegungstätigkeit nach (OPASCHOWSKI, 1987a, 16). Die Einstellung alleine macht also noch keinen Sportler, vielmehr liegt nahe, dass wesentliche Faktoren der Rahmenbedingungen und Personenstrukturen in ihrem Einfluss beachtet werden müssen. Um aussagekräftige Hinweise auf die Bedeutung des Einstellungskonstruktes für das Verhalten zu erlangen, stellen Wissenschaftler die Forderung auf, die Umstände und Vorausgaben zu erforschen, um zu ergründen, wann die Attitüde für ein Individuum verhaltensrelevant wird (ERDMANN, 1983; PAHMEIER, 1994b; SINGER ET AL., 1980). Für bestimmte Teilsysteme des Sports liegen vereinzelt Arbeiten vor (z.B. BACHLEITNER-HOFMANN, 1986; BIELEFELD, 1981; SCHICK, 1998).

Neben dem Konstrukt der Einstellung wirken auf einer generalisierten Ebene individuelle Motive auf den Handlungsprozess. Motive werden „als überdauernde Dispositionen aufgefasst“, die verschie-

denen Handlungszielen unterstellt sind (HECKHAUSEN, 1989, 9). Grundsätzlich gelten Motive als Produkte aus Sozialisations- und Lernprozessen in der Entwicklung eines Menschen, die sich in Zielsetzungen und Erwartungen niederschlagen (ERDMANN, 1983).

Handlungsrelevant werden Motive nicht per se, sondern erst durch deren Aktivierung in Abhängigkeit einer spezifischen Situation-Personen-Konstellation (vgl. HECKHAUSEN, 1989, 55). So kann das Anschlussmotiv im Individuum vorliegen, aktiviert wird es u.U. dann, wenn das Individuum plant Sport zu treiben und vor der Wahl steht, diesen durch ein eigenverantwortliches Laufprogramm alleine zu realisieren oder sich einem Sportverein anzuschließen. Das Motiv nach Geselligkeit kann hier das Verhalten moderieren und die Wahl auf die Vereinsalternative lenken. Das skizzierte Beispiel wirkt in seiner Reduktion des Gesamtzusammenhangs sehr vereinfachend. Es muss davon ausgegangen werden, dass hier immer auch Faktoren der Situation sowie dem Stand der Motiventwicklung (Vorerfahrungen, daraus resultierende positive oder negative Gefährlichkeit der Situation) mitschwingen, bis Motive auf eine momentane Motivierung und damit auf das Verhalten wirken (ERDMANN, 1983; THOMAS, 1995).

Die meisten Theorien zur Motivklassifikation lassen sich auf eine Bipolarität in der Motiveinteilung zurückführen (vgl. hierzu ausführlich HECKHAUSEN, 1989): Motive werden gruppiert nach primären (die Homöostase des Organismus' betreffend) und sekundären Bedürfnissen, in niedere (Mangelbedürfnisse wie Hunger, Durst) und höhere Bedürfnisse (Wachstumsbedürfnisse wie Selbstverwirklichung) oder in positive (aufsuchende) und negative (meidende) Motive unterteilt. Die individuelle Motivdisposition beeinflusst schließlich das Verhalten auch im Handlungsfeld Sport. Nur wenn dieses Erlebnisfeld mit seinen facettenreichen Anreizen Motive eines Individuums ansprechen und moderieren kann, wird die Person für und in der sportlichen Aktivität motiviert (BAUMANN, 1993).

Im Bereich der Bewegungswissenschaften wird zur Erforschung der Einstellungsausprägung zur sportlichen Aktivität häufig auf das Strukturmodell von KENYON und dessen ATPA-Skalen (**A**ttitude **T**oward **P**hysical **A**ctivity) zurückgegriffen (kritische Würdigung und die deutsche Fassung ATPA-D ausführlich bei SINGER ET AL., 1980). Dieses Modell geht von einer Sechs-Komponenten-Struktur des instrumentellen Charakters im Sport aus: Soziale Erfahrung („social experience“), Gesundheit/Fitness („health and fitness“), Spannung/Risiko („the pursuit of vertigo“), ästhetische Erfahrung („aesthetic experience“), Katharsis („catharsis“) und asketische Erfahrung („astetic experience“). Diese Faktoren sind sowohl für die Originalfassung als auch für die deutsche Version durch Faktorenanalysen bestätigt, Probleme in der Validität und Aussagekraft ergaben sich lediglich für die Dimensionen „Katharsis“ und „soziale Erfahrung“. Darüber hinaus erheben die festgelegten Kategorien namentlich nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, was mögliche Dimensionen des Phänomens Sport betrifft. Weitere Faktoren sind ausdrücklich denkbar (vgl. SINGER ET AL., 1980, 38).

Unter Hinweis auf die in jüngster Zeit wenig vorangetriebene Weiterentwicklung der ATPA-D-Skalen legten STEFFGEN, FRÖHLING & SCHWENKMEZGER (2000) eine verkürzte Form des Messinstrumentes vor, das im Grunde die sechsfaktorielle Struktur bestätigt. STEFFGEN ET AL. (2000, 420) regen auf der Basis ihrer Befunde jedoch zu einer Kombination der Subskalen „Gesundheit“ und „Katharsis“ zu einer „Gesundheitsskala“ sowie der zusätzlichen Konstruktion einer Skala zu den Dimensionen „Spaß

und Freude“ an. Ergebnisse aus anderen Studien, wie die von OPASCHOWSKI (1987a), legen eine solche Strategie nahe, da sich hier das Spaßmotive als tragendes Element herausgestellt hat.

Motive zur sportlichen Aktivität

Die viel beachtete, sozialwissenschaftliche Arbeit von OPASCHOWSKI (1987a) zum Phänomen Freizeitsport versucht sich auch der Motivausprägung bei sportlich Aktiven zu nähern. Anhand einer Repräsentativuntersuchung für die (damalig west)deutsche Bevölkerung klassifiziert OPASCHOWSKI (1987a, 25) die Sportmotive in zwei Ebenen: primäre und sekundäre Antriebskräfte (vgl. Abb. 2-1).

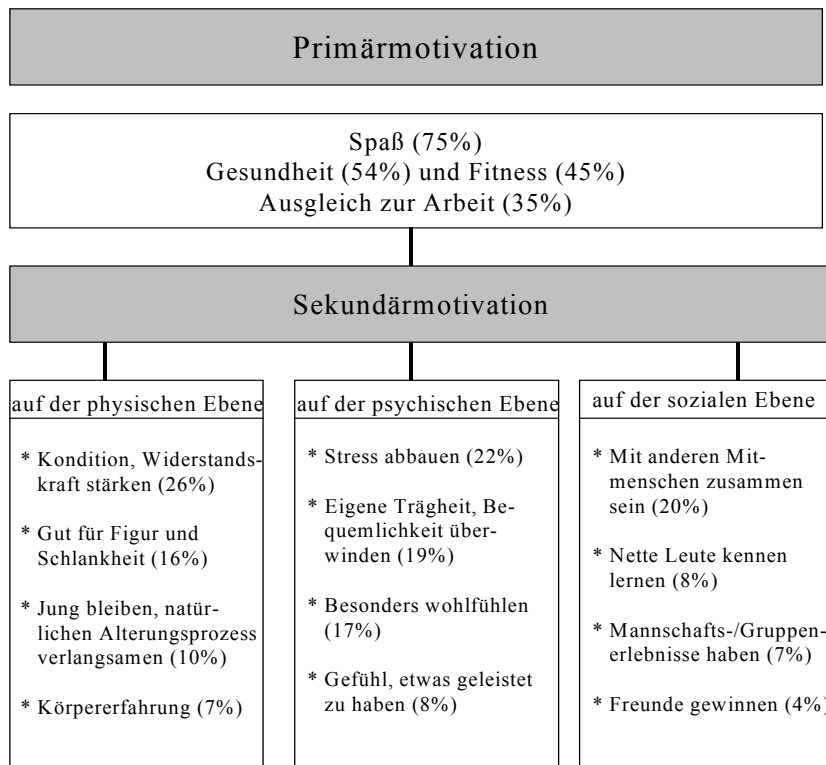


Abb. 2-1: Motive im Freizeitsport und deren Gewichtung (N=2000)
(OPASCHOWSKI, 1987a, 25)

Die maßgebliche Triebfeder für Freizeitsportler ist demnach der Faktor Spaß, zu dem sich mit anteilig klarem Abstand die Motive Gesundheit und Fitness gesellen (OPASCHOWSKI, ebd.). Der Spaßgewinn scheint darüber hinaus in Zusammenhang mit der Intensität der Sportaktivität zu stehen: „Je regelmäßiger und intensiver eine Sportart ausgeübt wird, umso mehr Spaß macht sie.“ (OPASCHOWSKI, ebd.) Eine Analyse der Ebene der Sekundärmotivation, deren Items in vielen Einzelfacetten das physische und psycho-soziale Wohlbefinden repräsentieren, führt OPASCHOWSKI (1987a, 41) zu den Thesen: Erstens spielt die soziale Dimension des Sports aus Sicht der Aktiven eine wesentlich geringere Bedeutung als dies von offizieller Seite propagiert wird. Und zweitens erscheinen subjektive Kategorien wie der erlebte Gesundheitswert und das Wohlbefinden durch sportliche Aktivität vielmehr das zentrale Orientierungsmaß zu sein. Motive wie die Überwindung der eigenen Trägheit (19%), das subjektive Wohlfühl (17%), sich jung zu fühlen (10%), der Abbau von Stress (22%) und die Stärkung der eigenen Widerstandskraft (26%) stehen anteilmäßig weit hinter geselligen Motiven der sozialen Netzwirkbildung (vgl. Abb. 2-1). Fragwürdig bleibt, ob die subjektive Äußerung von Aktiven einen unge-

färbten Zugang zum sozialen Wert des Sports ermöglicht. Möglicherweise erfordert die Einschätzung der mitmenschlichen Moderatoren ein genaueres Maß an sozialwissenschaftlichen Methoden und experimentellen Studienkonzepten.

Aufgrund einer noch nicht abgeschlossenen dimensional Fassung des Phänomens Sport (was mitunter auch nicht bis ins Letzte leistbar erscheint), befindet sich auch die Diskussion um die Erfassung der Motive sportlich Aktiver noch in der Entwicklung. Die Datenlage zu Teilpopulationen zeigt sich noch recht dürftig. Ist das Publikum von Fitness-Studios (wahrscheinlich aus der Zielsetzung heraus, einen modernen Trend möglichst zeitnah zu untersuchen) hierzu häufiger Gegenstand von Studien gewesen (z.B. OERDER, 1996; PETRY, 1996; ZAROTIS, 1999), konnten zum Freizeitsport nur vereinzelte Ergebnisse geortet werden (z.B. BÖS & WOLL, 1989; MÜCKE, 1986; OPASCHOWSKI, 1987a; WOLL, 1994).

Von besonderem Interesse für die vorliegende Untersuchung ist eine dreifaktorielle Perspektive auf den Komplex der Motivausprägung und Bindung an die sportliche Aktivität. Diese betrachtet sowohl die Zuwendungsmotivation im Hinblick auf die Anbieterwahl (Vereinszuwendung), als auch die Motive zur Aktivität im Gesundheitssport und dem spezifischen Programm. Im Fokus steht darüber hinaus eine querschnittlich erfasste Stichprobe von bereits aktiven Sportlern, die einen mehr oder minder starken Integrationsgrad in den Sportverein aufweisen. Eine Bindung an die sportliche Aktivität oder zumindest der erfolgreiche Weg in den Sportverein einerseits und innerhalb einer gewissen Grenze an den Sportanbieter andererseits liegt also bereits vor. Kontrastierende Ergebnisse anderer Studien für einen derart strukturierten Untersuchungsrahmen können nur schwer herangezogen werden. Zur Einordnung der Daten soll zunächst eine allgemeine Befundlage dienen.

Im Rahmen einer Evaluationsstudie zur kommunalen Gesundheitsförderung untersuchte WOLL (1994) auch Motive sportlich Aktiver (N=495) und Nutzerbarrieren der inaktiven Bevölkerung (N=145). Die gebotenen acht Items brachten als Hauptmotiv für eine sportliche Aktivität den Fitnessaspekt (94,4% Zustimmung) hervor. An zweiter Stelle rangierte das Gesundheitsmotiv (93,6% Zustimmung). Der Vergleich mit anderen (14,4%) stellt den geringsten Motivationsanteil. Auch soziale Motive wie das Zusammensein mit (54,8%) oder Kennenlernen von anderen (35,6%) rangieren im Hinterfeld. Methodisch muss hierbei die geringe Anzahl der Items, die vor allem eine Kategorie Spaß/Freude betrifft, deren Bedeutung in der Sportmotivation nicht unerheblich ist (OPASCHOWSKI, 1987a), einschränkend hingenommen werden.

Als interessantes Teilergebnis kann dabei aber die geschlechtsspezifische Verlagerung des sozialen Aspektes beim Sporttreiben gelten. WOLL (1994, 60) weist darauf hin, dass dieser für Männer eine stärkere Bedeutung hat als für Frauen. Jene wiederum sind vor allem an der Steigerung des Wohlbefindens, der Fitness und Gesundheit interessiert.

Als unüberwindbare Barrieren für die Probanden der Teilstichprobe „Inaktive“ zeigt WOLL (1994, 61), dass neben der „Präferenz für andere Dinge“ (53,8% Zustimmung) vor allem auch die fehlende Flexibilität der Angebote und damit auch Anbieter im Sport Hindernisse darstellen. Das Einhalten eines zeitlichen und örtlichen Rahmens hält immerhin 46,5% von einer Integration sportlicher Aktivität in ihren Alltag ab.

Auf der Basis einer Repräsentativbefragung der Bevölkerung in einer deutschen Kleinstadt (Bad Schönborn) befragten BÖS & WOLL (1989) 462 Personen (Altersspanne: 18-65 Jahren) zu ihren Motiven für eine freizeit- oder leistungssportliche Aktivität. Für diese Untersuchung wählten die beiden Sportwissenschaftler ein 18 Items umfassendes Instrumentarium in Anlehnung an das Modell von KENYON (kritisch belegt bei SINGER ET AL., 1980). Die Zustimmungsraten der 233 Männer und 219 Frauen fassen BÖS & WOLL (1989, 109) unter drei Dimensionen zusammen: „Fitness und Gesundheit“, „soziale Erfahrung“ und „Wellness“. Werden die Elemente „Risiko“, „Körpererfahrung“ und „Neues erleben“, die varianzanalytisch jeweils nur einen Faktor beinhalten, hinzugenommen, kann eine Varianzaufklärung durch diese sechs Faktoren von 69% erreicht werden. Als das stärkste Motiv erweist sich dabei der Fitnessaspekt (84% Zustimmung). Sehr häufig suchen die Probanden im Sport einen Ausgleich (83% Zustimmung). Das in diesem Inventar enthaltene Spaßmotiv erhält immerhin 79% Zustimmung. Körperzentrierte Faktoren wie „Erleben des eigenen Körpers“, das Risikomotiv oder die „Suche nach dem Erleben von Neuem“ belegen eher hintere Plätze (vgl. Abb. 2-2). Frauen zeigen sich orientierter an den Motiven „Wohlfühlen“, „Figur verbessern“ und „Beweglichkeit“, während Männer eine stärkere Motivausprägung hinsichtlich der Suche nach „Risiko“ aufweisen (BÖS & WOLL, 1989, 110). Für die Freizeitsportler der Stichprobe, die sich einem Verein angeschlossen haben, scheint das soziale Motiv eine signifikant größere Rolle zu spielen als für Sportler ohne Vereinsbindung (vgl. BÖS & WOLL, 1989,111).

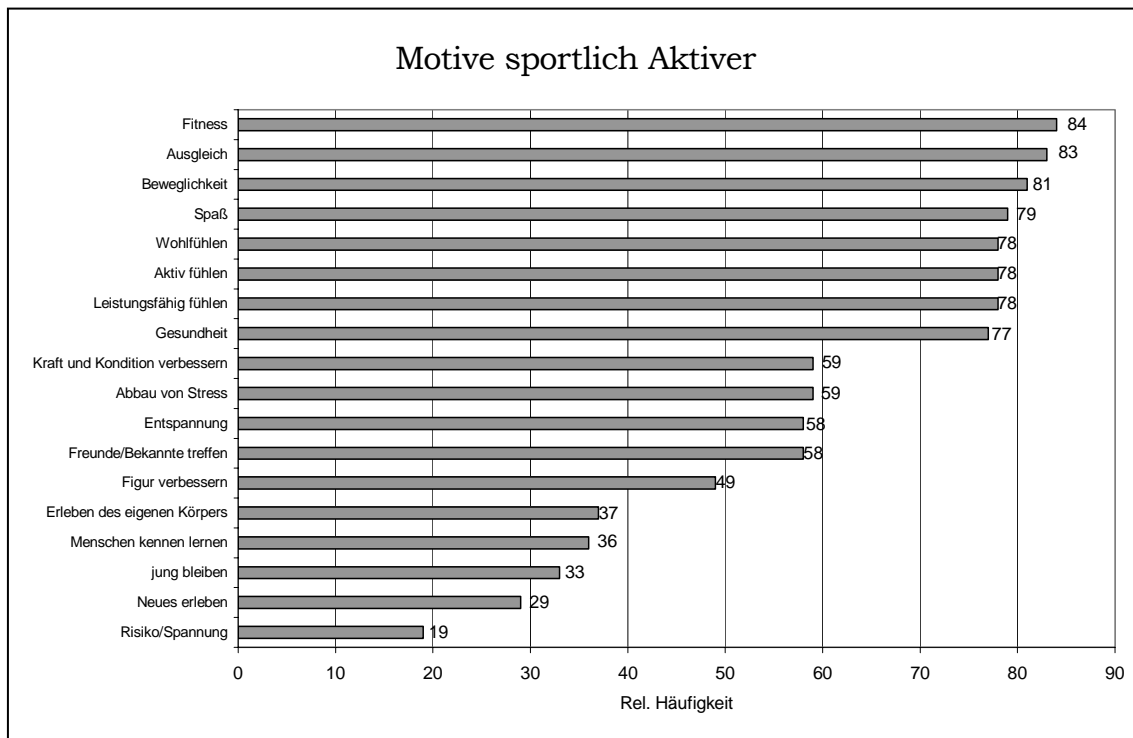


Abb. 2-2: Motive sportlich aktiver Personen einer Kleinstadtbevölkerung (N=462) (mod. nach BÖS & WOLL, 1989, 108)

Die Befundlage zu Sportlern, die in Fitness-Studios aktiv sind, erscheint trotz der Schwierigkeiten, die mit einem nur schwer vergleichbaren Operationalisierungszusammenhang einhergehen, relativ konsistent. Mit einer sieben Dimensionen umfassenden Motivskala („Fitness/Gesundheit“, „Aussehen“, „Psychisches

Erleben“, „Kognitive Dimension“, „Soziale Dimension“, „Leistung“ und „Motorische Dimension“) überprüft ZAROTIS (1999) die Antriebsstruktur von Fitnesssportlern (N=3248; Altersmittelwert: 29,7 Jahre) in kommerziellen Clubs. Die größte Bedeutung erhalten dabei Motive der „Fitnesssteigerung“ (83,3% Zustimmung), der „Gewichtsreduktion“ (49,9% Zustimmung) und des „Ausgleichs“ (43,3% Zustimmung) (vgl. ZAROTIS, 1999, 85). Aspekte des „sozialen Kontaktes“ und einer „motorischen Leistung“ scheinen von untergeordnetem Wert für Fitnesssportler zu sein. OERDER (1990) kam rund ein Jahrzehnt vorher bereits zu ähnlichen Ergebnissen anhand einer Einzelfallstudie eines vereinseigenen Fitness-Studios. Das lässt darauf schließen, dass sich zumindest in der Motivausprägung die Klientel der kommerziellen und von vereinsinternen Fitness-Studios nicht wesentlich voneinander unterscheiden (OERDER, 1990, 102ff).

Für Frauen in Fitness-Studios bzw. im Fitnesssport stellt die Befundlage eine starke Körperzentrierung fest (ZAROTIS, 1999, 103f). Sie sind vor allem an der Verbesserung ihrer körperlichen Fitness (84,8%), ihrer Figur (58,9%) und einer Gewichtsreduktion (57,9%) interessiert (vgl. ZAROTIS, 1999, 194). Männer im Fitnesssport zeigen ähnliche Präferenzen (Verbesserung der Fitness: 81,1%; Muskelaufbau: 52,8%) mit einem zusätzlichen Ausgleichmotiv (41,6%) (vgl. ZAROTIS, 1999, 105). Vergleichbare Befunde liefert die Untersuchung von PETRY (1990) in einem Vereins-Fitness-Studio. Auch hier sind Frauen eher an Faktoren der „Körpermodulation“ interessiert, während für Männer der Fitnesssport auch eine Möglichkeit zum Stressabbau liefert (vgl. PETRY, 1990, 121ff).

Neben Studien zu größeren Stichproben bzw. Populationen finden sich auch Arbeiten zu bestimmten Zielgruppen bzw. Teilpopulationen und deren Motivausprägung bzw. Faktoren der Bindung. Eine Reviewarbeit zur Motivation Älterer in der Sportaktivität liegt von SCHICK (1998) vor. Aus 28 für den Freizeitsport relevante Studien, die für das Review untersucht wurden, identifizierte SCHICK (1998, 197) die Faktoren „Gesundheit und Fitness“ sowie die Elemente „Spaß und Freude“ als herausragende Antriebskräfte für die Älterenpopulation unter den Sportlern. Interessant erscheint darüber hinaus die Betonung des Kontaktes zu anderen Aktiven unter den befragten Seniorensportlern, während die Aspekte „Ausgleich“ und „Wohlbefinden“ für diese Zielgruppe in der Sportausübung eine eher geringe Rolle zu spielen scheinen. Die Ursache für die unterschiedliche Bewertung dieses Faktors in den Studien ist bislang nicht geklärt.

Die Befundlage zur geschlechtsspezifischen Ausprägung des Geselligkeitsmotivs unter den Älteren im Sport ist jedoch uneinheitlich. Das Leistungsmotiv erhält insgesamt einen geringen Stellenwert, erscheint bei Männern jedoch stärker ausgeprägt als bei Frauen (vgl. SCHICK, 1998, 199). Demgegenüber spielen Motive der Gewichtskontrolle bei älteren Sportlerinnen eine größere Rolle als bei Männern. Diesen Zusammenhang bestätigt auch ZAROTIS (1999, 113), der eine ansteigende Bedeutung der Gewichtsreduktion durch Sport für die Motivausprägung der männlichen Sportler über 35 Jahren konstatiert.

Eine wesentliche Zieldimension sportlich aktiver Senioren bildet der Rehabilitationssport. SCHICK (1998, 198) kann für diesen Bereich eine Vielperspektivität in der Motivationslage feststellen, die sich insgesamt die Waage hält: „Ausgleich, Freude, Gesundheit/Fitness und Geselligkeit haben allesamt einen hohen Stellenwert in dem von den untersuchten Probanden betriebenen Rehabilitationssport.“

WEBER (1998) betont in diesem Zusammenhang speziell für das Anwendungsfeld der Rehabilitation die Bedeutung der Formulierung persönlicher, erreichbarer Ziele und warnt vor der Motivierung durch Angst, da dies die Gefahr des „Umkehreffektes“ in sich birgt. Wer Angst hat, reagiert u.U. mit einer Antihaltung und einem Vermeidungsdenken, was in eine Passivität münden kann (WEBER, 1998, 13).

Der Verein als Anbieter von Gesundheitssport kann weitere Faktoren der Motivation oder auch eine Meidungshaltung für Individuen beinhalten, die beschließen eine sportliche Aktivität aufzunehmen. Wie BÖS & WOLL (1989, 111) feststellen, spielt für Vereinsmitglieder die Erhöhung der sozialen Kontaktdichte durch Sport eine größere Rolle als für Nichtvereinsportler. Eine der ersten umfassenden Einzelfallstudien aus dem Setting Sportverein liegt von MÜCKE (1986) vor. Die Befundlage aus dieser Studie zu einem badischen Großverein ist allerdings aus Gründen der mangelnden Variationsbreite des zum Einsatz gekommenen Instrumentes mit nur vier Items (plus einer offenen Antwortkategorie, die jedoch keine zusätzlichen Informationen einbrachte) als defizitär zu bezeichnen. Berücksichtigt wurden hier die Faktoren „Gesundheitsmotiv“, „Breitensportorientierung“, „Geselligkeitsmotiv“ und „Wettkampfsportorientierung“. Die Ergebnisse können aber als generelle Tendenzen, zumindest aus der Zeit der Studienpublikation gelten. Da hierbei keine Unterscheidung zwischen Wettkampf- und Gesundheitssportlern getroffen wurde, können die Ergebnisse nicht für den eigenen Untersuchungsgegenstand kontrastiert werden.

Die Studie von MÜCKE (1986, 187) bestätigt erneut die Dominanz des Gesundheitsmotivs als Anstoß zum Sporttreiben (34,4%). Die Suche nach Geselligkeit (20,9%) steht hinter einer Breitensportorientierung (30,7%) zurück. MÜCKE (ebd.) stellt keinen signifikanten Unterschied in der Bedeutung des Geselligkeitsmotivs zwischen den Geschlechtern fest, wohl aber in Bezug auf den Faktor Gesundheit. Hier zeigen Frauen eine stärkere Präferenz als Männer ($p = .035$) (vgl. MÜCKE, ebd.). Darüber hinaus scheint statistisch abgesichert, dass die Bedeutung des Gesundheitsmotivs mit dem Alter der Sportler zunimmt ($p < .000$) (vgl. MÜCKE, 1986, 191).

Von einer Erweiterung und Verlagerung der Aktivitätsmotive von Sportlern im modernen Sportverein, der bisweilen als Auffang- und Durchgangsanbieter für „Ein-, Um-, Aus- und Zusteiger/Innen“ (DIECKERT, 2001) bezeichnet wird, ist auszugehen.

In diesem Zusammenhang erreicht auch die Frage nach der spezifischen Zuwendungsmotivation Bedeutung: Welche Anreizquellen sind für den Anschluss an einen Verein zur Ausübung der sportlichen Aktivität Ausschlag gebend? Allgemein für das Freizeitverhalten gesprochen identifiziert bereits OPASCHOWSKI (1987b, 17f) die Quelle der maßgeblichen Ideengeber für neue Tätigkeiten im direkten Umfeld des Freundes- und Bekanntenkreises (44% Zustimmung). Auch die Familie hat hieran einen großen Anteil (35% Zustimmung). Die Rolle der Medien (12%) und der Schule (10%) hingegen erweist sich – zumindest für die ausgehenden 1980er Jahre – als marginal. Es kann vermutet werden, dass dieses Verhältnis vor allem im Hinblick auf den wachsenden Einfluss der modernen Medien eine Änderung erlebt hat. Die größte Tragkraft in diesem Zusammenhang demonstriert jedoch die „Macht der Gewohnheit“ und somit die frühe Integration eines Freizeitverhaltens in den individuellen Lebensstil (74% Zustimmung), ob sich dies nun auf eine sportliche Aktivität oder ein anderes Hobby bezieht (OPASCHOWSKI, ebd.). Die Neumotivierung von außen erscheint demgegenüber eher schwer.

Dieser Befund ist auf Ergebnisse aus der Sportforschung übertragbar. Wird im Zusammenhang mit einer Sportaktivierung im Allgemeinen die Bedeutung der Anstoßmotivierung durch den engeren

Freundes- und Bekanntenkreis betont, so ist dies auch unter älteren Sportlern der Fall (SCHICK, 1998, 200). Eine Anregung durch den Arzt erscheint für diese Population nahe liegend, ist aber empirisch bei weitem nicht als solches belegt. Vielmehr wirken familiäre Vorbilder und erworbene Einstellungen aus der Sportsozialisation maßgeblich zu sein (vgl. SCHICK, ebd.).

Sportliche Aktivität und Bindung

Neben der Erforschung von Motiven zur sportlichen Aktivität wurde in den vergangenen zehn Jahren auf deutsch-sprachigem Gebiet die empirische Untersuchung der Drop-out-Problematik und Bindung speziell an gesundheitsorientierte Sportangebote vorangetrieben. Wesentliche Impulse erhielt dieses Thema durch die Arbeit von PAHMEIER (1994b). RAMPF (1999) bzw. BREHM & EBERHARDT (1995) legten in dieser Forschungstradition eine Studie zu Drop-out- und Bindungsfaktoren für Sportler in Fitness-Studios vor. In Anlehnung an internationale Ergebnisse zu diesem Thema konnte PAHMEIER (1994a) über die Charakterisierung von Einfluss ausübenden Motiven, Einstellungen und Kontrollüberzeugungen, wie sie in anderen Modellen und Konzepten bereits dargestellt und überprüft wurden, Faktoren zu folgenden weiteren Komplexen als wesentlich absichern:

- psychologische und biomedizinische Faktoren (z.B. Faktor der Selbstachtung, Belastung mit Risikofaktoren bzw. Krankheitsmerkmalen)
- Faktoren des Lebensstils (z.B. frühe Erfahrungen mit sportlicher Aktivität im Sozialisationsprozess)
- Merkmale des sozialen Kontextes und der Programmdurchführung (z.B. Übungsleiter, emotionale Unterstützung, Übungsgruppe, Kursinhalte)

Danach zeigt sich, dass eine positive Bindung an eine dauerhafte sportliche Aktivität u.a. mit der erfolgreichen (praktischen) Integration einer wichtigen Bezugsperson in die „neue“ Freizeitaktivität, einem kompetenten und individuell mit den Teilnehmern in der Gruppe arbeitenden Übungsleiter, einem sozial integrativen Gruppenklima und dem Erleben einer mittleren subjektiven Belastung mit Wohlbefindenseffekten in Zusammenhang steht (PAHMEIER, 1994a, 131ff). FUCHS, LIPPKE & KNÄUPER (2000) ergänzen hierzu die Bedeutung der Motivierungstechniken des Übungsleiters für eine erfolgreiche Bindung an das Sportprogramm. Danach lässt sich vermuten, dass external fokussierende Motivierungsstrategien, die auf einem Kontinuum zwischen Selbst- und Fremdbestimmung (z.B. Führen von Anwesenheitslisten, Enttäuschung über Nichtaktivität zum Ausdruck bringen) eher auf dem Pol der Selbstbestimmtheit durch die Teilnehmer anzusiedeln sind (z.B. individuelle Zielsetzung, persönliche Fortschritte und Leistungen zum Ausdruck bringen), wirkungsvoller im Sinne einer Bindung sind. Insgesamt hat die Bedeutung der Programmführung (Übungsleitung) in diesem Forschungskomplex noch recht wenig Beachtung gefunden.

Eine Berücksichtigung der Moderation, die durch spezifische Situationsgegebenheiten auf die Motivation von Individuen zur sportlichen Aktivierung ausgeht, wurde in jüngster Zeit vor allem in der englisch-sprachigen Bewegungsforschung vorgenommen. Zu einzelnen Settings und ausgewählten Zielgruppen wurden Interventionsstudien durchgeführt, die Aufschluss über spezifische Motivierungs- und Bindungsmöglichkeiten liefern sollten. PROPER ET AL. (2003) untersuchten die Effektivität eines individuellen Beratungsprogrammes zur Steigerung sportlicher Aktivität am Setting Arbeitsplatz. Hierzu

wurde eine zufällige Stichprobe von 299 Angestellten des öffentlichen Dienstes in einer dänischen Stadt über eine neunmonatige Programmphase in ihrem Bewegungsverhalten analysiert. Die Experimentmaßnahmen waren zweigeteilt: Die Interventionsgruppe (n=131) erhielt insgesamt sieben Beratungsangebote, in denen durch die Anfertigung von Bewegungs- (PACE³³) und Ernährungsprotokollen eine direkte Rückmeldung über Elemente des Lebensstils für die Probanden ermöglicht wurde. Auf der Basis der Protokolle zum Ist-Stand, der auch weitere Lebensstilfaktoren wie Rauchgewohnheiten und Alkoholkonsum beinhalten konnte, wurde ein Programm zur Verhaltensänderung entworfen, der in regelmäßigen Abständen mit den Probanden individuell besprochen und evaluiert wurde. Sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe (n=168) erhielt schriftliche Informationen zu Lebensstilfaktoren, Risikofaktoren und Möglichkeiten der Bewältigung durch sportliche Aktivität. Mit Hilfe von linearen Regressionsanalysen sollte geprüft werden, in welcher Hinsicht sich die Stichprobe in Faktoren wie „sportliche Aktivität“, „cardiorespiratorische Fitness“, „Körpermassenzusammensetzung“, „Blutdruck“ und „Cholesterinwerte“ verändert. Die gefundene Ergebnislage von PROPER ET AL. (2003) ist recht inkonsistent. Es konnte ein leichter Anstieg im Faktor der moderaten sportlichen Aktivität (weniger als 30 Minuten am Tag) bei der Interventionsgruppe beobachtet werden, der sich im Vergleich zur Kontrollgruppe aber als statistisch nicht signifikant absichern ließ. Dagegen zeigte die Kontrollgruppe ein signifikant sinkendes Sportengagement, das von einer moderaten Bewegungsform (s.o.) und einer freizeithlichen Bewegungsaktivität (z.B. zur Arbeit laufen) abgegrenzt wurde. Im Ergebnis konnte die Interventionsgruppe ihre individuellen Merkmale in der Herzrate, im Körperfettanteil, Cholesterinwert, und der cardiorespiratorischen Fitness signifikant (stärker) verbessern (als die Kontrollgruppe). Kontrastierende Effekte auf den Blutdruck, die freizeithliche Bewegungsaktivität und den Body-Mass-Index konnten nicht statistisch ermittelt werden. Die uneinheitliche Befundlage wird von PROPER ET AL. (2003, 223ff) vor allem durch methodische Schwerpunktsetzungen erklärt: Die Zielsetzung, eine Verbesserung der cardiorespiratorischen Fitness bei den Probanden auf den Weg zu bringen, ging mit einem Fokus auf eher ausdauerorientierte sportliche Tätigkeiten (z.B. Jogging) durch die Berater einher. Eine Verlagerung in der Aktivität der Versuchspersonen und damit der gefundenen metabolischen Effekte können als Folgen betrachtet werden. Dennoch konnte der fördernde Einfluss einer individuellen, an aktuellen Lebensbedingungen orientierte Maßnahmen mit dieser Studie untermauert werden.

Die Ergebnisse aus einer Experimentstudie von MILLER, TROST & BROWN (2002) fügen sich in diese Zusammenhänge ein. Die australischen Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen beschäftigten sich mit der sportlichen Aktivierung von 554 Frauen, die als junge Mütter mit besonderen Barrieren behaftet sind (PINTO, MARCUS & CLARK, 1996). Zentral in die Fragestellung integriert war auch der moderierende Effekt durch die Unterstützung des Partners und die Selbstwirksamkeit (durch Kompetenzbildung) auf die sportliche Aktivität.

³³ PACE (Patient-centered Assessment and Counseling für Exercise and Nutrition program) ist ein für das klinische Interventionsfeld evaluierte Konzept, das auf die individuelle Anleitung von Patienten zur Verhaltensänderung gemäß gegebener Rahmenbedingungen und Persönlichkeitsfaktoren abzielt (vgl. PROPER ET AL., 2003, 219).

Eine Interventionsgruppe (n=164) erhielt schriftliche Informationen zur Barrierenüberwindung in dieser speziellen Situation, eine weitere Experimentgruppe (n=199) wurde zusätzlich in der Strategieentwicklung zur praktischen Umsetzung unterstützt. Diese beinhalteten folgende Aspekte:

- Einrichtung „Mutter-freundlicher Kurse“ durch die Sportanbieter (inkl. Zeitgleiche Kinderprogramme oder –betreuung)
- Kostenreduzierung für spezielle Kurse
- Einrichtung von Familiensportangeboten (gleichzeitige Einbindung der gesamten Familie in die Sportprogramme)
- Organisation von Aktivgruppen innerhalb der Teilstichprobe (z.B. Walking-Treff)

Der Kontrollgruppe (n=191) wurde keine der Maßnahmen zuteil. Die als follow-up-Studie angelegte Untersuchung ergab nach achtwöchiger bzw. fünfmonatiger Testung keine signifikanten Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe, die nur schriftliche Hilfestellungen erhielt. Das Ausmaß sportlicher Aktivität in der zweiten Interventionsgruppe veränderte sich signifikant. Hier waren nach fünf Monaten 60% der Mütter regelmäßig aktiv. Als wesentliche Moderatoren für diesen Effekt konnten MILLER, TROST & BROWN (2002, 100f) die Faktoren „Partnerunterstützung“ und „Selbstwirksamkeit“ statistisch absichern. Dieses Ergebnis reiht sich in die Befunde von PINTO, MARCUS & CLARK (1996, 396) aus einer Reviewarbeit ein. Die amerikanischen Wissenschaftler fokussieren auf der Basis von Drop-out-Raten für die sportliche Aktivierung von Frauen insbesondere moderate Bewegungstätigkeiten (30% bei moderaten Bewegungsprogrammen, 50% bei anderen Aktivitäten). Als wesentliche Einflussfaktoren für eine Bindung von Frauen an eine dauerhafte sportliche Aktivität haben auch PINTO ET AL. (1996) eine soziale Unterstützung, die wahrgenommenen Selbstwirksamkeit, aber auch eine subjektive mittlere Belastungsintensität der Sportprogramme identifiziert.

In der englisch-sprachigen Präventionsforschung etablierten sich in jüngster Zeit auch stark interdisziplinäre Ideen und Konzepte zur Förderung der sportlichen Aktivität in der Bevölkerung. Als Teilaspekt stehen Momente der Städteplanung und urbanen Forschung der Sport- und Gesundheitswissenschaft zur Seite. Ziel ist es hier, alltagsnahe Zusammenhänge von Sport und Gesundheit aufzudecken, zu entwickeln und zu propagieren. Eine Literaturstudie zum Methoden- und Theorienüberblick auf diesem relativ neuen Gebiet liegt von KING ET AL. (2002) vor. CRAIG ET AL. (2002) haben in einer solchen weiter gerichteten Perspektive das alltägliche Bewegungsverhalten in 27 Nachbarschaften aus dem Canadian Census 1996 reanalysiert. Ziel der Untersuchung war die Prüfung des Einflusses der nachbarschaftlichen Umwelt auf sportliche Aktivität. Der Moderatoreffekt wurde anhand der operationalisierten Variablen „zur Fuß zur Arbeit gehen“ und einem aus Elementen wie der Verkehrsanbindung, Zielortlage etc. gebildeten Umwelt-Score geprüft. Es stellte sich ein signifikanter Positivzusammenhang zwischen den beiden Faktoren dar ($T=3,32$, $p=.003$), der sich daneben mitbeeinflusst zeigt von Prozessmerkmalen der Verstädterung: Das Maß der Bewegungsaktivität steigt mit zunehmender Urbanisierung, ist demnach in Vorstädten am geringsten, wächst im Gebiet von Kleinstädten und erreicht in Städten das höchste Maß.

3. Sport und Gesundheit im Sozialsystem Sportverein

3.1 Sportvereine – Prämissen und Strukturentwicklungen

Der organisierte Sport mit seinen Vereinen und Verbänden hat sich durch seine nachhaltige Arbeit in den vergangenen drei Jahrzehnten fest auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung durch Sport etabliert. In symbiotischer Beziehung zwischen Sport und gesellschaftlichen Prozessen ist eine Öffnung des Sports vom leistungsorientierten zum Breitensportlichen Gesundheitssport zu erkennen. Die Vereine als Träger des organisierten Sports bilden dabei die Keimzelle der Entwicklungen. Gegenstand sportwissenschaftlicher Betrachtungen sind sie im Bezug auf diese Perspektive kaum. Die organisationalen Besonderheiten von Sportvereinen werden hingegen primär in soziologischer Forschungsrichtung beleuchtet und bleiben vor der Ebene der Sportler bzw. Mitglieder nicht selten an der Oberfläche. Erkenntnisse aus dieser Forschungstradition einerseits und eine historische Entwicklungsbetrachtung zum Thema Sportverein und Gesundheit andererseits zu liefern, ist Aufgabe des vorliegenden Abschnitts. Dabei soll zunächst ein Einblick in die Genese des organisierten Gesundheitssports ermöglicht werden, um anschließend auf der Ebene des Sportvereins für den Untersuchungszusammenhang relevante Strukturbesonderheiten dieser Institutionsform zu beleuchten.

3.1.1 Die Vereine als Träger des organisierten (Gesundheits-)Sports

Die Bedeutung der Sportvereine als Träger des Sports in Deutschland scheint unumstritten, wird sie quantitativ als Organisation von sportlich Aktiven gemessen. Für das Jahr 2000 weist die Statistik des Deutschen Sportbundes einen Bestand von etwa 88 000 Sportvereinen aus, in denen rund 26 813 000 Mitglieder in Bewegungsangeboten mehr oder weniger aktiv sind. Damit wäre rein rechnerisch etwa ein Drittel der deutschen Bevölkerung in Sportvereinen organisiert. Mit Blick auf diese beeindruckende Zahl aus der Praxis lässt sich ohne weiteres die These untermauern, dass die Sportwissenschaft ohne den organisierten Sport nur schlecht denkbar ist (DIGEL, 1988, 9). Um so mehr muss es deshalb verwundern, dass die Sportvereinsforschung als wissenschaftliche Teildisziplin erst vergleichsweise spät aufgekomen ist. Entscheidende Initiativimpulse setzten SCHLAGENHAUF (1977) und TIMM (1979) mit ihren Arbeiten zur Vereins- und Mitgliederstruktur der Sportvereine in der (damals noch „westlichen“) Bundesrepublik Deutschland. Mit ihren empirischen Arbeiten zu zentralen soziologischen Fragestellungen im Zusammenhang mit dem Sozialsystem Sportverein gaben die beiden Wissenschaftler in Antwort auf erste Überlegungen LENKS (1972) die Grundrichtung dieses Forschungszweiges vor. Der Blick auf den Sportverein blieb im Wesentlichen auf eine soziologische Perspektive beschränkt (siehe BAUR, 1995; DIGEL, 1988; EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; PILZ, 1986). Mit Teilsystemen des Vereins, wie z.B. Übungsleitern oder die organisierte Koppelung an Drittsysteme (Stichwort „Kooperation Schule und Sportverein“) beschäftigte sich die Sportwissenschaft zeitverzögert, aber vergleichsweise profund (FESSLER, 1997; JÜTTING, 1996; KAPUSTIN, 1993; MRAZEK & RITTNER, 1992). Dennoch klafft auf dem Weg zu einem gesicherten Wissensstand zum Sportvereinswesen in Deutschland im Bezug auf die Untersuchung der Vereinsmitglieder noch weithin eine Forschungslücke. Daten hierzu liegen allenfalls auf der Untersuchungsebene der Organisation Verein als demographisch gespeicherte Mitgliederkennzeichen vor. Hieraus wurden vorwiegend Rückschlüsse auf sozialintegrative Funktionen des Vereins (HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; SCHLAGENHAUF, 1977) oder Fragen der Perspektiven in der Vereinsentwicklung (z.B. MÜCKE, 1986) geschlossen. Die im Zusammenhang mit diesbezüglichen Analysen immer wieder

konstatierte Forderung nach einer differenzierten Betrachtung der Vereinslandschaft hinsichtlich der Größe eines Vereins, der Mitglieder- und Angebotsstrukturen oder auch der kommunalen Ansiedlung und einer Reihe von weiteren Strukturmerkmalen führt nachdrücklich vor Augen, dass von „dem Sportverein“ (siehe HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; LANGENFELD, 1986) nicht die Rede sein kann.³⁴ Einen datengestützten Argumentenkatalog lieferte bereits TIMM (1979, 52f), der u.a. eine Wechselwirkung zwischen Sportangebot und Frauenanteil im Verein nahelegt.

In der Tat ist in der anfänglichen Orientierung der Turn- und Sportvereine am Wettkampfwesen ein Niederschlag in der Mitglieder- und Angebotsstruktur festzustellen: Frauen und ältere Erwachsene waren ebenso selten vertreten wie Sportangebote zum Ausgleich bzw. in einer Freizeitorientierung (CACHAY, 1988). Diese Verhältnisse sind auch aus den Datenanalysen des ersten umfassenden Surveys zur deutschen Vereinslandschaft, der Anfang der 1970er Jahre konstituiert und von TIMM 1979 publiziert wurde, abzulesen. Gegenmaßnahmen des DSB aus den 1960er Jahren, um dieses Ungleichgewicht und die Distanz zu modernen gesellschaftlichen Entwicklungen zu verringern, konnten bis zur Datenerhebung in den Vereinsstrukturen offenbar keine breitere Wirkung finden. Mit dem Ziel der Öffnung der Sportvereine für gesellschaftliche Belange und Bedürfnisse und damit einer Hinwendung an breitere Bevölkerungsschichten waren seitens des DSB eine Reihe von Aktionen gestartet und Programme initiiert worden. Als wesentlichster Erfolg auf diesem Gebiet kann der so genannte „Zweite Weg“ gewertet werden, der auf einem DSB-Beschluss aus dem Jahre 1959 fußt und auf den Aufbau eines spiel- und erholungsbetonten Sportsektors im Verein abzielte (CACHAY, 1988, 220f; KUHLMANN, 1999, 132f). Mit dieser Initiative sollte neben dem Wettkampfbetrieb ein freizeitorientierter Sport im Verein etabliert werden, der einen zweckfreien Sport als Ausgleich zur beruflichen Tätigkeit unter Betonung der sozialen Aspekte der Sportausübung begründet (vgl. LERSCH, 1959, 13ff). Diese Grundlegung eines *Breitensports* mündete in eine Vielzahl von Aktionen zur Aktivierung einer großen Bürgerschicht, worunter die „Trimm dich durch Sport“-Kampagne aus dem Jahre 1970 wohl die weitreichendste war. Unter Betonung einer nicht leistungsorientierten Ausrichtung der Sportangebote erreicht der organisierte Sport in Deutschland damit eine Bewegungsaktivierung bislang inaktiver Personen auch außerhalb des Vereins. Die Intention zur Ausschöpfung der gesundheitlichen Effekte des Sports findet hier ihren ersten öffentlichkeitswirksamen Durchbruch. Hat die Initiative „Zweiter Weg“ unter Bewahrung des Wettkampfsportgedankens eine grundsätzliche Öffnung des Sports (im Verein) für neue Interessengruppen eingeleitet, erreichte die so genannte „Trimm-Aktion“ eine Loslösung der sportlichen Aktivität von traditionellen Normen und Standards im breiten Maß.

Vor dem Hintergrund der übergeordneten Zielsetzung „Sport für alle“ wurde die Kampagne seitens des DSB mit verschiedenen Schwerpunktsetzungen über Jahre weiterverfolgt. Zunächst wechseln die Themen im Ein-Jahresturnus (z.B. „Lauf mal wieder“, 1970; „Sport ist nicht nur Männersache“, 1971; „Trimm dich am Wochenende“, 1972), später im Vier-Jahresrhythmus (z.B. „Trimm Trab – Laufen

³⁴ Auch wenn das „Pars-pro-toto-Prinzip“ in der Terminologie bei LANGENFELD (1986) noch auf ein Fundament aus Gemeinsamkeiten der Sportvereine im Allgemeinen (Organisation, Finanzierung, Mitgliederstruktur u.a.; ausführlich siehe hierzu LANGENFELD, 1986, 17f) oder auf Strukturkennzeichen des Vereins als non-profit-Organisation im Besonderen (Freiwilligkeit, Unabhängigkeit, Demokratie, Ehrenamtlichkeit wie bei HEINEMANN & SCHUBERT, 1994) begründet sein mag, kann in modernen Entwicklungen wie jener der Professionalisierung und Kommerzialisierung eine Abkehr des modernen Sportvereins von seiner ursprünglichen Auslegung gesehen werden. HEINEMANN (1995, 76) erkennt hierin u.a. gar das Potential zur Selbstzerstörung des Verein.

ohne zu schnaufen“, 1975). Dem Fokus auf physische Leistungsgrößen wie die Ausdauerfähigkeit dieser Aktionen sollte die Ende der 1970er, Anfang der 1980er Jahre propagierte Kampagne „Spiel mit“ gegenübergestellt werden (WOPP, 1995). Hier wurden soziale Effekte sowie das Spielbedürfnis in die sportliche Aktivierung und damit in den Freizeitsport integriert bzw. betont. Auch an dieser Entwicklung ist historisch betrachtet die zunehmende Öffnung des Sportverständnisses im organisierten Sport abzulesen, die eng verknüpft ist mit den gesellschaftlichen Anforderungen der Zeit. Ein gewachsenes Maß an Freizeit und der Geist der Leistungsgesellschaft werden in einem egozentrierten und spaßorientierten Sport abgebildet und aufgefangen. Der Karriere im Beruf steht die Kultivierung der eigenen Aktivität und Lebenskraft im Sport gegenüber (vgl. OPASCHOWSKI, 1987a, 8). Blieben die bisherigen Bemühungen auf der sportpolitischen Ebene des DSB bzw. seinen angeschlossenen Verbänden und Vereinen verhaftet, wurden die Strukturen mit Anfang der 1980er Jahre auf Kooperationsbasis mit Trägern der öffentlichen Gesundheitsfürsorge erweitert. Die Aktion „Trimming 130 – Bewegung ist die beste Medizin“ leitet 1982 eine Weiterentwicklung in der gesundheitspolitischen Konzeption des DSB ein, die mit wissenschaftlicher Auftragsforschung, Kooperationen mit politischen Entscheidungsträgern und Gremien (z.B. Bundesärztekammer, Bundesministerium für Gesundheit, Spitzenverbände der Krankenkassen) und einer planmäßigen Institutionalisierung der Breitensportbewegung insbesondere im Bezug auf das Thema „Gesundheit und Sport“ einher ging: Werbekampagnen für den Sport im Verein wurden gefahren, Qualitätssiegel installiert (z.B. Pluspunkt Gesundheit.DTB, gesund und fit im Wasser.DSV), Kriterien für qualitativ angemessene Gesundheitssportprogramme formuliert (DSB, 1996b), Richtlinien für betreffende Ausbildungsgänge festgelegt (z.B. Zielgruppen der Sekundärprävention: Diabetes, Koronarsport) (KUHLMANN, 1999; DSB, 2003a). Die Anerkennung des DSB-Qualitätssiegels SPORT PRO GESUNDHEIT durch die Spitzenverbände der Krankenkassen für entsprechende Gesundheitssportangebote im Verein seit 2001 sicherte dem organisierten Sport in jüngster Zeit eine gesellschaftspolitische Tragweite seiner Bemühungen (DSB, 2003a). Die Rolle der Sportvereine in diesem Prozess wird zweigeteilt betrachtet: Neben der Existenz von „Vorreiter-Vereinen“, die das Thema Gesundheit lange vor verbandlichen Kampagnen ins Sportleben integrierten, muss der Facettenreichtum an Vereinen berücksichtigt werden, die aufgrund von Verbandsimpulsen und gesellschaftlicher Nachfrage derartige Programme ins Leben gerufen oder aus evaluierten Projekten (z.B. GUT – gesund und trainiert) übernommen haben (DSB, 2003a; ROTH, 2000). In Abhängigkeit der jeweiligen finanziellen, personellen und strukturellen Rahmenbedingungen und in Abstimmung mit vereinsformulierten, meist gewachsenen Zielsetzungen fanden gesundheitsorientierte Sportangebote einen Niederschlag in Sportvereinen, etablierten sich neue Gesundheitssportabteilungen oder wurden rein an der Erhaltung oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes der Mitglieder interessierte Vereine gegründet. Der organisierte Sport nahm und nimmt noch die zutiefst gesellschaftliche Entwicklung der Gesundheitsorientierung unterschiedlich auf, sucht gleichsam aber auch einen festen Nischenplatz, von wo aus neu entstandene Bedürfnisse der Bürger befriedigt werden können. Gerade in der (dargestellten) Auseinandersetzung des organisierten Sports mit dem Feld Gesundheit ist diese Wechselwirkung zwischen Sport und Gesellschaft exemplarisch nachvollziehbar. Ein verändertes Gesundheitsbewusstsein, der Fitnesstrend der 1980er Jahre und die Umbewertung des Sports als Quelle des Spaßerlebens und Wohlbefindens haben die sportliche Aktivität mehr und mehr in die Nachfrage an gesundheitsorientierten Lebenskonzepten interessierter Menschen gerückt, die dem Sport im Übrigen eher fern standen (GRUPE, 2000; RIEDER, 1989; OPASCHOWSKI, 1987b). So entwi-

ckelt(e) sich Sport in und mit einer soziokulturellen Gegenkultur und ist stets Ausdruck sozialer und gesellschaftlicher Veränderungen.

3.1.2 Der Sportverein im Spannungsfeld zwischen Selbst(hilfe)organisation und Spiegel der Gesellschaft

Der Sportverein als soziale Institution steht zwangsläufig in enger Wechselwirkung zu gesellschaftlichen Entwicklungen, bildet er doch einen Ausschnitt – wenn auch keineswegs einen repräsentativen – der jeweiligen bürgerlichen Gemeinschaft. Bedürfnisse und Interessenlagen in sozialer und bewegungsorientierter Hinsicht finden so ihren Niederschlag in dieser Keimzelle der Freizeitorganisation (OPASCHOWSKI, 1987a; 1987b). Für den Sportverein gilt es – im Rahmen seiner Möglichkeiten – darauf zu reagieren und die eigene Struktur in Angebotslage und Organisationsverläufen zeitnah an Entwicklungen anzupassen bzw. abzustimmen. Eine zunehmende Differenzierung und Spezialisierung in der Sportvereinslandschaft bleibt dabei nicht aus. Dies gilt insbesondere für eine Ausrichtung der Vereinskonzption und –angebotslage auf die Gesundheitsförderung. Bestehende Organisationsmerkmale und gewachsene Vereinsstrukturen bilden hierbei ebenso Orientierungsachsen wie die Nachfrage der Sporttreibenden an bestimmten Angeboten und Zusatzleistungen sowie die Bereitschaft sich in das System Sportverein einzubringen.

Die Sportvereinsforschung hat sich in diesem Zusammenhang in jüngster Vergangenheit auch immer wieder die Frage gestellt, inwieweit die von gesellschaftlicher oder verbandlicher Seite an den Verein herangetragenen Forderungen und Ansprüche (z.B. Bekleidung integrativer Aufgaben bezüglich gesellschaftlicher Randgruppen, Übernahme von gesundheitspolitischen Funktionen) von diesem leistbar sind oder ihn eher an seine Grenzen bringen (DIGEL, 1988; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; KRÜGER, 1999; PILZ, 1986a). Um für den gegebenen Untersuchungsschwerpunkt Erkenntnisse aus diesen Forschungsfragen nutzbar zu machen, sollen im Folgenden ausgewählte Merkmale der Sportvereinslandschaft in Deutschland auf der Ebene des Sportanbieters sowie der Sportnutzer, also Vereinsmitglieder, beleuchtet werden. Leitende Zielstellung ist hierbei die Kennzeichnung des Gleichgewichts und der Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen bzw. mitgliederimmanenten Bedürfnissen und Erwartungen einerseits und Struktur- bzw. Angebotsprinzipien des Sportvereins andererseits. Grundsätzlich muss angesichts des engen Rahmens der vorliegenden Arbeit eine Schwerpunktsetzung in dieser Thematik in Kauf genommen werden.

3.1.2.1 Ausgewählte Elemente auf der Anbieterebene

Zunächst soll an dieser Stelle das Sozialsystem Sportverein aus der Perspektive des Vereins selbst mittels ausgewählter Elemente gekennzeichnet werden. Hierzu werden überblicksartig folgende Aspekte im Umfeld des Sportvereins resümiert: die allgemeinen Grundprinzipien des Sportvereins, die Stellung und Bedeutung des Sportvereins in der Kommune, Größe, Form und Angebotsstruktur der Sportvereine in der Bundesrepublik Deutschland sowie ausgesuchte, moderne Entwicklungstrends. Auf eine erschöpfende Darstellung dieser Inhalte auf der Basis der umfangreichen Literatur, wie sie zum aktuellen Forschungsstand vorliegt, muss verzichtet werden, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Ein Resümee zentraler Befunde, die für die eigene Studie relevant sind, wird statt dessen als ausreichend erachtet.

Grundprinzipien des Sportvereins

Trotz aller Unterschiedlichkeit der Sportvereine lässt sich eine gemeinsame, alle Vereine umspannende Basis bestimmen, die nicht nur die große Weite an Leistungs- und Entwicklungsfähigkeit eröffnet, sondern parallel auch deren Grenzen absteckt. Da die konstituierenden Merkmale dieser Basis hinlänglich diskutiert und vor dem Hintergrund traditioneller und aktueller Vereinsentwicklungen kontrastiert wurden, kann unter Hinweis auf die entsprechende Literatur die folgende Darstellung kurz gehalten werden (BAUR, KOCH & TELSCHOW, 1995; EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; KUHLMANN, 1999; LANGENFELD, 1986; PFLAUM, 1961; PILZ, 1986b; SCHLAGENHAUF, 1977; TIMM, 1979):

Als zentralstes bestimmendes Merkmal des Sportvereins gilt die *Freiwilligkeit in der Mitgliedschaft*. Diese Freiwilligkeit beinhaltet nicht nur die freie Entscheidung für oder gegen ein Engagement im Sportverein in der Anschluss- sondern auch in der Austrittsphase. Die Entscheidung der Aktiven wird damit allein getragen von ihrer individuellen Bewertung zu Vereinsmerkmalen wie dessen Leistungsfähigkeit im Angebot, Übungsleiterteam, der Beitragshöhe etc. oder auch Struktureigenheiten wie Lage, Sportstättenausstattung und Verankerung in das Gemeindeleben. Werden einzelne oder mehrere solcher Bewertungskriterien aus der Sicht der Aktiven nicht (mehr) erfüllt oder verschieben sich die Interessen und Wünsche der Sportler, besteht die Gefahr der Abkehr vom Sportverein. Insofern ist der moderne Sportverein, will er Mitglieder bzw. zahlende Aktive für sich gewinnen, gefordert, auf die Entwicklung von Interessenstrends und Bedürfnissen flexibel und zeitnah zu reagieren.

Die Mitgliedschaft in einem Sportverein mündet in eine von *Demokratie* geprägte Entscheidungsstruktur. Alle sozialen Beziehungen innerhalb des Vereinslebens unterstehen dem Prinzip der Gleichheit und führen als solche zu Entscheidungen, die von der Gemeinschaft herbeigeführt und getragen werden. Dies beinhaltet die Formulierung und Verfolgung von Inhalten, Zielen und Leistungen des Vereins ebenso wie die Entscheidung über den Einsatz der erwirtschafteten finanziellen Ressourcen. Eine Einflussnahme auf diese Prozesse erfolgt dabei nicht nur unmittelbar, sondern vor allem mittelbar durch die Ausübung des Stimmrechtes innerhalb der Vereinsdemokratie. Die Macht des Einzelnen basiert damit nicht auf seinem individuellen Eigentum, sondern konzentriert sich im Rahmen der Freiwilligenvereinigung Sportverein auf sein Stimmrecht, das zum Wohle des Vereins eingesetzt wird. Damit gehen auch die Interessen der Mitglieder weniger mit den persönlichen, als vielmehr mit dem kollektiven Bedürfnissen der Mitglieder konform. Angesichts zunehmender Individualisierungstrends und der damit verbundenen Pluralisierung der sportlichen und außersportlichen Interessen im Verein wird der Abgleich der Vereinskstitution allerdings zunehmend schwieriger. BAUR, KOCH & TELSCHOW (1995, 19f) führen in diesem Zusammenhang insbesondere die jüngste Öffnung der Vereine für bislang weniger dem Sportverein zugewandte Zielgruppen wie Senioren, allein Erziehende, sozial schwächer Gestellte oder Kleinkinder an, die die Summe an Erwartungen an den Sportverein weiter ausdifferenzieren. Dies kann u.a. die zeitliche (etwa vormittags) oder inhaltliche Gestaltung der Sportangebote (z.B. Ausrichtung an speziellen Beschwerdeformen) betreffen. Auch eine Verlagerung der Erwartungen an die außersportlichen Leistungen eines Vereins wird mit der Erschließung neuer Zielgruppen provoziert. Betonen z.B. SCHLAGENHAUF (1977) und KLEINE & FRITSCH (1990) noch das gesellige Element als vereinsbestimmend, tritt im Spiegel der modernen Sportvereinsforschung dieser

Aspekt zugunsten einer wachsenden „Konsumhaltung“ deutlich zurück (BAUR, KOCH & TELSCHOW, 1995; CACHAY, 1988; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; MÜCKE, 1986; PILZ, 1986b; RITTNER, 1986a). Der vornehmliche Zugang zum Sportverein geschieht demnach eher über die Suche nach einer Aktivität in einem passenden Sportangebot als jene nach Geselligkeit und sozialen Anschluss. Der Verein sieht sich damit vor die Aufgabe gestellt, traditionelle Aufgaben, wie das der Geselligkeit, mit modernen Anforderungen zu verbinden und mitgliedergerecht auszubalancieren.

Die grundlegendste Ressource des Sportvereins ist das *Ehrenamt*. Unter einem ehrenamtlichen Engagement wird die freiwillige und unentgeltliche Mitarbeit von Mitgliedern verstanden. Daraus erwachsen für den Verein Chancen, aber auch Grenzen. Ebenso wie die Entscheidung für eine Mitgliedschaft im Verein, basiert auch das Engagement für das Erbringen einer Leistung für die Gemeinschaft dem Prinzip der Freiwilligkeit. Grundsätzlich erhöht sich damit für jeden Einzelnen die Chance der direkten Mitgestaltung des Vereinslebens. Jeder Sportler hat so zum einen die Möglichkeit, sich in das Sozialsystem einzubringen und durch das eigene Engagement seine Interessen im Verein zu verwirklichen. Zum anderen erwächst aus der ehrenamtlichen Mitarbeit auch der Keim einer Solidarität, die sich in der Arbeit für die Gemeinschaft ausdrückt. Die Ausübung dieser Form der Leistungserbringung wird im modernen Vereinswesen jedoch mit zunehmend mehr Schwierigkeiten in Verbindung gebracht. Dazu zählt zunächst die nötige Qualifizierung der Ehrenamtlichen für die jeweilige Tätigkeit. Ein differenziertes Aus- und Fortbildungswesen im organisierten Sport bedeutet dabei für den Verein auch eine Reihe von finanziellen Verpflichtungen, zumal moderne Entwicklungen im Vereinswesen eine Laientätigkeit ohne spezielle Expertenkenntnisse mehr und mehr ausschließen. Gestiegene Anforderungen in Bereichen wie dem Finanzwesen, Marketing oder Qualitätsmanagement, die an den modernen Sportverein gestellt werden, seien hier nur hinweisend zu nennen (DSB, 1996; HEINEMANN, 1987; 1988; HEINEMANN & SCHUBERT, 1992; 1994; HUBER & BALDUS, 2001). Nicht zuletzt wird in dieser Entwicklung auch eine gehemmte Bereitschaft der Mitglieder, sich ehrenamtlich für den Sportverein einzusetzen, gesehen; Darüber hinaus wirken im Sportverein verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen nach, die mit einem veränderten Sport- und Freizeitverständnis einerseits und einer gewandelten Vorstellung vom Ehrenamt andererseits konform gehen und in ihrer Wirkung die Rekrutierung von Ehrenamtlichen für den Verein zu erschweren scheinen (BAUR, KOCH & TELSCHOW, 1995; HEINEMANN, 1988; KUHLMANN, 1999; LSB NRW, 1999a; 1999c; WINKLER, 1986).

Auf die Problematik der Ehrenamtlichkeit und Hauptamtlichkeit wird zu einem späteren Zeitpunkt erneut eingegangen werden (siehe Ausführungen zum Punkt *Ausgesuchte, moderne Entwicklungstrends* in diesem Abschnitt).

Als letzter wesentlicher Grundpfeiler des Vereins ist die *Unabhängigkeit von Dritten* zu nennen. Das meint die Selbstorganisation des Vereins aus der Kraft der Mitgliedsbeiträge und der ehrenamtlichen Leistungen seiner Mitglieder heraus. Damit begründet sich die Autonomie des Vereins, die ihn jedoch gleichzeitig eng an die Interessen und Erwartungen der Mitglieder bindet: Zahlende und engagierte Mitglieder wird der Verein nur dann haben, wenn er seine Ziele und Inhalte auf die Sportler abstimmt und ausrichtet. HEINEMANN & HORCH (1988, 110) setzen diese Beziehung einem Gesellschaftsvertrag gleich, bei dem aus dem Einbringen der Ressourcen durch die Mitglieder gleichsam ein Mitbestimmungsrecht über die Verwendung der finanziellen und ehrenamtlichen Mittel erwächst.

Stellung und Bedeutung des Sportvereins in der Kommune

In der sozialwissenschaftlichen Forschung geht das Bild vom Verein im Allgemeinen und vom Sportverein im Besonderen weit über das einer Selbstorganisation hinaus. Als Freizeitraum im Zusammenhang mit seiner Ansiedlung in der jeweiligen Gemeindestruktur werden ihm soziale, integrative und gesellschaftliche Aufgaben zugeschrieben (BEST, 1993; PFLAUM, 1961). SCHEUCH (1993, 153) weist darauf hin, dass derartige intermediäre Instanzen, wozu auch die Vereine gezählt werden, speziell bei allgemeinen Aufgaben der Wohlfahrtspflege entlastend wirken können, da in ihnen ein mitgliederorientiertes Vorgehen möglich ist. Die allgemeine Greifbarkeit dieser Organisationsform im Sinne einer weitgehenden Flächendeckung verlockt mitunter dazu, die Sportvereine als feste Träger und Partner in gesellschaftlichen Aufgaben zu deklarieren (HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 14; SCHMID, 1999, 185). Das Argument der finanziellen und strukturellen staatlichen Förderung der Vereine zur Erfüllung ihrer Aufgaben unterstreicht dies. SCHMID (1999, 186) kommt in einer überblicksartigen Aufstellung für das Jahr 1994 auf etwa 5,5 Milliarden DM an kommunalen Gesamtinvestitionen in Deutschland für die Sportvereine.

Tatsächlich gilt die Entwicklung des (Sport-)Vereins historisch gesehen als „typisch städtische Erscheinung“ (PFLAUM, 1961, 152; TIMM, 1979, 65) und damit als Antwort auf eine fortschreitende soziale Differenzierung. Die Reduzierung der sozialen Kontakte in einem größeren menschlichen Verbund wie der Stadt (Verkleinerung der familiären Einheiten, Reduzierung der nachbarschaftlichen Kontakte etc.) begünstigt offenbar den freiwilligen Zusammenschluss von Menschen mit gleichen Interessen und erreicht damit eine Erhöhung der sozialen Kontaktdichte. TIMM (1979, 66) gibt jedoch einschränkend zu bedenken, dass diese Anfänge der Vereinsentwicklung keinen kontinuierlichen Verlauf bis in die heutige Zeit darstellen. Andere Kommunikationssysteme haben wesentliche Aufgaben der Interessensgemeinschaft Verein zusehends übernommen. In Analyse der (zum damaligen Zeitpunkt west)deutschen Situation zur Ansiedlung von Sportvereinen in Gemeindestrukturen kommt er zu dem Ergebnis, dass der Organisationsgrad der Bevölkerung in den kleineren Gemeinden (bis 10.000 Einwohnern) im Vergleich zu mittleren und großen Kommunen deutlich höher ist. Als Ursache für diese Diskrepanz wird eine unterschiedliche Anspruchs- und Erwartungshaltung gegenüber dem Sportverein und der Ausübung des Freizeitsports in den Städten angenommen (TIMM, 1979, 67ff). Eine erschöpfende Erklärung liegt jedoch nicht vor. Der zeitlich vorgeschalteten Studie von SCHLAGENHAUF (1977, 163ff) ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass sich die Korrelation zwischen Gemeindegröße und Sportvereinsangebot nicht auch auf die rechnerische Größe der Sportaktivität der Bevölkerung übertragen lässt. Vielmehr konstatiert SCHLAGENHAUF (1977, 165) eine Abnahme des Anteils der regelmäßig Sportaktiven auf den Dörfern unter 2.000 Einwohnern trotz höchster Mitgliederdichte in Kommunen dieser Größe. Offensichtlich spielen nicht nur geänderte Erwartungen der Stadtbevölkerung an einen Sportverein bei der Einbindung in eine Aktivität eine Rolle. Vielmehr wird konkret für diesen Effekt die Dominanz von spezifischen Einsparten-Vereinen wie z.B. den Fußballvereinen in den kleineren Gemeinden verantwortlich gemacht. Das Angebot und gesellige Leben dieser Freiwilligenorganisationen bietet nachvollziehbar nicht für jeden das passende Freizeitprogramm. Angesichts häufig mangelnder Alternativen auf dem Dorf ist ein Zugang zum Sportverein damit für einige Bevölkerungsteile erschwert. Im Stand der Forschung aus den 1960er/1970er Jahren galt damit: Lediglich für mittelgroße Gemeinden lässt sich ein adäquater Organisationsgrad der Bevölkerung in

Bezug auf die Gemeindegröße feststellen. Ist die Kommune größer oder kleiner, ergibt sich eine klare Diskrepanz zwischen dem Anteil an Sportvereinsmitgliedern und der Bevölkerungsdichte.

Neuere Studien zu diesem Untersuchungsaspekt liegen kaum vor. Lediglich HEINEMANN & SCHUBERT (1994) integrieren ihn in ihre repräsentative Studie zum Sportverein in Gesamtdeutschland. In der zentralen Tendenz konstatieren die beiden Wissenschaftler jedoch keine Veränderung in den zwischen den beiden Studien liegenden 15 Jahren. Eine akzentuierte Verschiebung ist demnach lediglich für die Klassen der „großen“ Mittel- und der „kleinen“ Großstädte festzuhalten: „Städte zwischen 50.000 und 500.000 Einwohnern [waren] in der Rekrutierung von neuen Mitgliedern in den letzten 15 Jahren besonders erfolgreich“ (HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 74) und weisen demzufolge einen höheren Organisationsgrad ihrer Bevölkerung auf. Allerdings gilt es bereits hier den Blickwinkel einzuschränken: Ein stärkerer Organisationsgrad ist nicht gleichzusetzen mit einer höheren Sportaktivität der Gemeindemitglieder. Differenziertere Analysen bringen insbesondere in kleineren Gemeinden einen erhöhten Anteil an passiven Mitgliedern zu Tage und schränken damit den oben konstatierten Zusammenhang ein (HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 148ff).

Dieser ohne Zweifel schwerpunktartige Überblick zur Wechselwirkung von Kommunenstruktur und Sportvereinsorganisationsgrad gibt sicherlich kein umfassendes Bild zur Bedeutung der Sportvereine in einer Gemeinde. Dennoch kann den Ausführungen bereits ein gewisser Zwang zur Differenzierung entnommen werden, sollen die Leistungen und Potentiale des Sportvereins im Hinblick auf die Übernahme sozial-gesellschaftlicher Funktionen adäquat bewertet werden. Die gewandelten Bedürfnisse der Bevölkerung hinsichtlich einer z.T. ökonomisch orientierten Sportnutzung im Verein, wie sie vor allem für die Stadtbevölkerung vermutet werden, liefern hier nur einen Beitrag. Darüber hinaus müssen Faktoren wie das Angebot und die Konkurrenzsituation von Sportvereinen insbesondere in kleineren Kommunen berücksichtigt werden. Eine gestiegene Mobilität auch der Landbevölkerung mag die Verhältnisse noch zusätzlich aufweichen, indem auch diese mehr und mehr einen erleichterten Zugang zu Sportvereinen in benachbarten Städten haben mögen und dort ein sportliches Angebot nutzen. Die Erfüllung von integrativen Aufgaben innerhalb einer Gemeinde, wie sie PFLAUM (1961) noch eindeutig postuliert, ist durch Entwicklungen der modernen Gesellschaft sicherlich nicht mehr ohne weiteres anzunehmen.

Größe, Form und Angebotsstruktur der Sportvereine

Seit Beginn einer intensiveren Sportvereinsforschung wird weithin betont, dass es „den Sportverein“ nicht gibt. Die mannigfaltigen Erscheinungsformen der Sportvereine in Größe, Form, Mitglieder- und Angebotsstruktur macht eine Fassung in einem einheitlichen Bild nicht möglich. Zur Größe, Form und Angebotsstruktur von Sportvereinen in Deutschland, die an ihrer Mitgliederzahl gemessen werden, liegen eine Reihe von Untersuchungen vor, die an dieser Stelle einen Einblick in die Verhältnisse bieten sollen.

Eine erste umfassende Studie hierzu lieferte TIMM (1979, 83ff), wonach eine Dominanz der so genannten „Einsportvereine“ für die 1960er und 1970er Jahre festgestellt wird. Das bedeutet, dass zum damaligen Zeitpunkt über die Hälfte der Sportvereine in Deutschland lediglich eine Sportart im Ange-

bot hatten und damit auch nur eine eingeschränkte Klientel ansprechen konnten. Als limitierende Faktoren einer etwaigen Erweiterung durch die betreffenden Sportvereine erkennt TIMM (1979, 84) neben der Anlagenstruktur und Hallenkapazität auch personelle Probleme in Verwaltung und Übungsleitung sowie die fehlende Unterstützung durch Dritte.

Im Wesentlichen werden diese Basisbefunde von TIMM (1977) und SCHLAGENHAUF (1979) auch in späteren Studien bestätigt. Einen größeren Strukturwandel im Bezug auf die Größe der Sportvereine in Deutschland können auch HEINEMANN & SCHUBERT (1994) oder EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (2001) jeweils in ihren Studien zur Sportvereinslandschaft in Deutschland nicht eruieren. HEINEMANN & SCHUBERT (1994, 45f) veröffentlichen ein Verhältnis von 69,2% Kleinvereinen (bis 300 Mitglieder) in den alten Bundesländern und 90,4% in den neuen Bundesländern. Und auch EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (2001, 192) kommen aufgrund eigener Befunde zu dem Schluss, dass bundesdeutsche Sportvereine „in der Mehrzahl eher kleine Gebilde“ sind. Auch das Verhältnis zu den übrigen Vereinsgrößenklassen hat sich seit der umfassenden Studie durch SCHLAGENHAUF (1979) und TIMM (1977) laut neuerer Studien nicht signifikant verändert. Etwa ein Viertel der Sportvereine in Deutschland können als Mittelvereine (300 bis 1.000 Mitglieder) gelten und nur ein geringer Anteil von ca. 6% gilt als Großverein mit über 1.000 Mitgliedern (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 1998, 2; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 47).

Werden diese einführende Befunde zur Differenzierung der Sportanbieter in Deutschland um ein weiteres Merkmal vertieft, nämlich der Anzahl an Abteilungen, liefert die Sportvereinsforschung folgendes Bild: Die Mehrzahl der Sportvereine agieren als so genannte „Ein-Sparten-Vereine“, die keine innere Differenzierung nach Abteilungen aufweisen. Für die Studie von HEINEMANN & SCHUBERT (1994, 65) trifft dies auf zwei Drittel der Vereine zu, EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (2001, 190) kommen noch auf einen Anteil von 57% der untersuchten Einheiten. Damit bedient der Großteil der Sportvereinslandschaft das Interesse an einer Sportart, wobei es sich in der Mehrheit um die so genannten klassischen Sportarten wie z.B. Fußball, Tennis oder Schwimmen handelt. Vor einer direkten Übertragung der Abteilungszahl auf die Anzahl der angebotenen Sportarten wird jedoch gewarnt. Häufig entspringt die Koordination von Mitgliedern in einer Unterabteilung des Sportvereins nicht allein der Sportartenzugehörigkeit, sondern erwächst auch aus ökonomisch-organisatorischen Bedingungen wie die Übungsleiterstruktur, Nutzungsberechtigung von Sportstätten oder spezifischen Rollenerwartungen der betreffenden Mitglieder (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001, 191).

Mit über zwei Dritteln ist der Großteil (HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 67) dieser Ein-Spartenvereine unter den Kleinvereinen zu finden, während große und insbesondere mittelgroße Sportvereine einen Zuwachs an Abteilungen zu verzeichnen haben. Damit zeichnet sich bereits anhand der inneren Ausdifferenzierung der Sportvereine ab, dass Mittel- und Großvereine aufgrund ihrer strukturellen Komplexität mit einem erhöhten Koordinations-, Personal- und Ressourcenaufwand ihre Aufgaben bewältigen müssen als dies bei Kleinvereinen der Fall sein dürfte. Begleitend dürfte ein Verlust der integrativen Kraft für diese größeren sozialen Einheiten zu beobachten sein (KUHLMANN, 1999, 36).

Berücksichtigt man, dass sich der Aufbau von Abteilungen innerhalb eines Sportvereins dennoch in aller Regel nach der Ausdifferenzierung der von ihm angebotenen Sportarten vollzieht (vgl. HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 65), bietet sich zur weiteren Betrachtung das Angebotspektrum der Verei-

ne in Deutschland an. TIMM (1979, 82ff) kommt in dieser Fragestellung zu folgender Verteilung (Angabe gewichtet anteilmäßig die „Top Ten“ der Sportarten, gemessen an dem Anteil der anbietenden Sportvereine.):

Sportart	Anteil der anbietenden Sportvereine
Fußball	43,0%
Turnen	29,5%
Tischtennis	25,5%
Leichtathletik	19,5%
Handball	11,5%
Schießen	10,5%
Tennis	10,0%
Schwimmen	9,5%
Volleyball	9,0%
Skisport bzw. Kegeln	7,0%

Tab. 3-1: „Top Ten“ der angebotenen Sportarten in den Sportvereinen der Bundesrepublik Deutschland (Quelle: Funktionärsstichprobe; Auszug nach: TIMM, 1979, 82)

Diese einführende Aufstellung von TIMM (1979) wird in späteren Untersuchungen durch HEINEMANN & SCHUBERT (1994, 169) oder EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (1998, 4; 2001, 208) im Wesentlichen bestätigt. Auffällig bleibt jedoch, dass HEINEMANN & SCHUBERT (1994) zu einer Dominanz im Angebotsspektrum Turnen, Gymnastik und Tanz (vor der Sportart Fußball) im Rahmen ihrer Studie kommen. EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (1998) gelangen zu diesem Ergebnis nicht durch eine Betrachtung der Angebotspalette der Sportvereine, wohl aber auf dem Wege einer anderen Erhebungsstrategie. Werden die aktiven Sportler in den Sportarten als Kriterium herangezogen, ergibt sich auch hier ein Wechsel an der Angebotsspitze im Vergleich zu TIMM (1979): In Deutschland sind aktuell offensichtlich mehr Sportler in den Bereichen der Gymnastik und des Turnens aktiv als in der Sportart Fußball. Dieser Zuwachs dokumentiert nicht zuletzt die zunehmende Orientierung der Sportvereine an modernen Bewegungsformen, die ebenso vielfältig wie bisweilen kurzlebig sind. Angebote aus der fernöstlichen Bewegungstherapie (z.B. Tai Chi) oder spezielle Formen der Gymnastik (z.B. Atemgymnastik) gelten nicht zuletzt als gesundheitsorientierte Trendsportarten und sind demzufolge einem steten Wandel unterlegen. Die dargestellten Befunde unterstreichen demzufolge die verstärkte Reaktion der Sportvereine, auf diese Trends zu antworten und im Bereich der gymnastischen Sportangebote ihr Angebot auf-, um- und auszubauen. Nicht zuletzt damit wird einem veränderten Bewegungsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung getragen und eine breite Basis an Aktiven bedient (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 1998, 5; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 170; ILKER, 1985; RITTNER, 1986). Diese Entwicklung ist schließlich auch parallel zu sehen mit der Etablierung des Gesundheitsports im organisierten Sport der 1980er Jahre (KAPUSTIN, 2001).

Bei einer Differenzierung der Breite des Angebotsspektrums in Abhängigkeit der Vereinsform, wobei TIMM (1979) zwischen Kleinvereinen (bis 300 Mitgliedern), Mittelvereinen (300 – 1.000 Mitglieder) und Großvereinen (ab 1.000 Mitgliedern) unterscheidet, zeigt sich, dass sich insbesondere die ehrenamtlich geführten Großvereine gegenüber der übrigen Vereinsformen hier einen Vorteil herausgearbeitet haben. In diesen Sportvereinen findet sich ein breiteres Angebotsspektrum, auch im Vergleich zu hauptamtlich geführten Großvereinen oder ehrenamtlichen Kleinorganisationen (TIMM, 1979, 85). Auch wenn die Vermutung deshalb nahe liegt, dass insbesondere Großvereine eine ausgeglichene Palette an Sportangeboten aufweisen, kann dies anhand der aktuellen Bestandslage nicht bestätigt werden. HEINEMANN & SCHUBERT (1994, 178f) führen aus, dass auch große Sportorganisationen überzufällig häufig eine Dominanz von ein oder zwei Sportarten aufweisen, die durch ein differenziertes Angebot eine Erweiterung gefunden hat. Vielmehr erscheinen Mittelvereine ein ausgeglicheneres Sportangebot zu präsentieren: „Der Sportverein ohne besondere Dominanz (...) ist (...) überrepräsentiert bei Vereinen zwischen 301 und 1.000 Mitgliedern.“ (HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 178)

Damit lässt sich insgesamt festhalten, dass es in der Sportvereinslandschaft einer äußerst differenzierten Betrachtung bedarf: Während der Großteil der Sportvereine kleine soziale Einheiten mit einer eindeutigen Angebotsdominanz sind, haben sich eine ganze Reihe von Anbietern durch eine innere Differenzierung und einen Ausbau an Sportarten im Programm auf eine vielseitige Bedürfnisstruktur der Sportler zwischenzeitlich eingerichtet. Diese Spezialisierung in Abhängigkeit der Sportvereinsgröße und –organisationsstruktur berücksichtigten – gemessen am Aktivenstand – vor allem Angebote aus dem Bereich des Turnens und der Gymnastik und unterstreichen nicht zuletzt die hohe Anpassungsleistung des Systems Sportverein (vgl. EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 1998, 2).

Ausgesuchte, moderne Entwicklungstrends

Die angeführten Indizien zur Kennzeichnung der Sportvereine in der Bundesrepublik Deutschland dokumentieren bereits, dass sich das moderne Sportvereinswesen im Umbruch befindet. Gesellschaftlich gewachsene und sich ständig verändernde Ansprüche und Bedingungen wirken auch auf die Freiwilligeninstitution des Sportvereins, dessen Aktive und Mitarbeiter. Vertreter des organisierten Sports konstatieren im Zuge aktueller Entwicklungen Problemfelder, die dem Sozialsystem Sportverein dessen Grenzen aufzeigen. Für den vorliegenden Untersuchungsgegenstand sind im Wesentlichen zwei Elemente bestimmend, die als Ausfluss einer komplexen Entwicklungsstruktur gelten können. Dazu zählen so genannte Professionalisierungstendenzen und eine zunehmende Dienstleistungsorientierung im modernen Sportverein. Die Diskussion dieser Problemskizzen erscheint in der Literatur ebenso ausgedehnt wie widersprüchlich und kann aus ökonomischen Gründen an dieser Stelle nicht erschöpfend wiedergegeben werden. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand soll als Hinführung zu Befunden der eigenen Studie deshalb genügen. Im Übrigen wird auf die angegebene Literatur verwiesen (ANDERS, 1986; BAUR, KOCH & TELSCHOW, 1995; BECKER, 1986; BRANDMAIER & SCHIMANY, 1998; CACHAY, 1988; DIECKERT, 2001; EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; HEINEMANN, 1988; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; ILKER & QUANZ, 1986; KRÜGER, 1999; KUHLMANN, 1999; LSB NRW, 1999; PILZ, 1986a; PITSCH & EMRICH, 1997; RITTNER, 1986; SCHLAGENHAUF, 1977; TIMM, 1979; WINKLER, 1986).

Wie bereits einleitend festgehalten wurde, konstituiert sich aus dem Prinzip der ehrenamtlichen Mitarbeit von Mitgliedern eine wesentliche Struktursäule des Vereins. Diese Ressource gibt in den vergangenen Jahrzehnten mehr und mehr Anlass zur problemorientierten Diskussion, da sich veränderte gesellschaftliche Bedingungen auch als Verlagerung in den Erwartungen der Sportvereinsnutzer von ihrem Anbieter einerseits und ihrer Rolle innerhalb des Systems andererseits bemerkbar gemacht haben. So wird allgemein von einer Abnahme der Bereitschaft, sich ehrenamtlich in den Sportverein einzubringen, berichtet und nach wissenschaftlich abgesicherten Erklärungsmodellen für diesen Prozess gesucht.

Dass ein Sportverein auf die ehrenamtliche Mitarbeit seiner Mitglieder zurückgreifen kann, stellt einen wesentlichen Leistungsvorteil des Vereins gegenüber kommerziellen Sportanbietern dar. Diese Mitarbeiterstrategie ist nicht nur kostengünstiger als die hauptamtliche Variante, es sichert auch eine Qualifikationsvielfalt durch die Einbindung beruflicher Erfahrungen der Mitglieder, sie vertieft darüber hinaus das Beziehungsgeflecht mit und innerhalb des Vereins, gewährleistet ein hohes Maß an Flexibilität was den zeitlichen und sozialen Rahmen der Leistungserbringung betrifft und erschließt mitunter weitere externe Ressourcen über den betreffenden Mitarbeiter (vgl. HEINEMANN, 1995, 70). Gestiegene Ansprüche an den Sportverein führten jedoch zunehmend zum Einsatz von hauptamtlichen Fachkräften, was die zentrale Basis der Freiwilligenorganisation mehr und mehr antastet. Dabei bleibt bis dato wissenschaftlich ungeklärt, ob es sich um eine echte Verschärfung der Situation handelt, oder lediglich um eine logische Folge des zunehmenden Wachstums der Sportvereine, wobei die Anzahl der Ehrenamtlichen zahlenmäßig zurück blieb und allein daraus ein Defizit an Freiwilligenmitarbeitern entstanden ist (BAUR, KOCH & TELSCHOW, 1995, 23; KUHLMANN, 1999, 18; PITSCH & EMRICH, 1997, 396). Diese Perspektive mag Auswirkungen auf die anzustellenden Erklärungsstrategien haben, das Problem selbst kann damit wissenschaftlich nicht abgewehrt werden. Der Versuch, diese „Krise des Ehrenamts“ empirisch zu fassen, schlägt weithin fehl. Eine rein numerische Lösung ausgedrückt durch das Verhältnis zwischen der Vereinsgröße und der Anzahl der Ehrenamtlichen liefert aufgrund mangelnder Differenzierung keinen verlässlichen, allenfalls einen ersten Eindruck. Bei ihrer repräsentativen Studie zum Sportvereinswesen kommen HEINEMANN & SCHUBERT (1994, 224) durch diese Strategie auf folgende Ergebnisse: In westdeutschen Sportvereinen ist jedes 18., in ostdeutschen jedes 9. Vereinsmitglied ehrenamtlich engagiert. In Bezug gesetzt zur Vereinsgröße fällt diese Quote auf etwa jedes 30. Mitglied deutlich ab. Kleinere Sportvereine weisen hier eine eindeutig bessere Situation auf (jedes 9. bzw. 8. Mitglied).

Einen genaueren Einblick über mögliche Schwierigkeiten bei der Besetzung von ehrenamtlichen Positionen liefert ein Abgleich von Angebot und Nachfrage, operationalisiert anhand der Differenz zwischen vakanten Positionen und der Anzahl an Ehrenamtlichen. Mit einem solchen Verfahren können EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (2001, 247ff) keinen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft zum ehrenamtlichen Engagement und zu besetzenden Vereinsaufgaben feststellen.

Obleich die Datenlage hierzu also uneinheitlich erscheint, bleibt der Trend im Sportvereinswesen zur hauptamtlichen Mitarbeit. Als Gründe für die verstärkte Professionalisierung werden unter anderem das zunehmende Anforderungsprofil in der Verwaltungs- und Organisationsarbeit des modernen Sportvereins angegeben, das ein hohes Maß an Qualifikation der Mitarbeiter voraussetzt. Daneben werden sozial-psychologische Überlegungen angestellt, die den Entscheidungsprozess des Einzelnen für oder gegen eine ehrenamtliche Tätigkeit begleiten mögen (HEINEMANN, 1988). Hierzu zählen so

genannte Opportunitätskosten, also das Abwägen über immaterielle Verluste, die durch das Verpassen anderer Gelegenheiten aus der Übernahme eines Ehrenamtes entstehen. Es wird angenommen, dass diese in eine Art Kosten-Nutzen-Analyse eingehen, die Vor- und Nachteile eines Engagements für den Einzelnen abwägt. Hierbei spielen offenbar auch Motivstrukturen eine Rolle, die zwischen der Ausprägung des individuellen Altruismus und der Größe bzw. Überschaubarkeit der betreffenden Gruppe, für die es sich einzusetzen gilt, aufgespannt werden (vgl. HEINEMANN, 1988, 126f; KUHL-MANN, 1999). Hauptamtlichen Arbeitskräften jedoch, die in einem vertraglichen Beschäftigungsverhältnis mit dem Sportverein stehen und deshalb aus der Motivation zur Sicherung des eigenen Lebensunterhalts heraus tätig sind, stellen sich derartige Überlegungen nicht.

Die Tendenz zur Professionalisierung der Vereinsarbeit muss dabei differenziert betrachtet werden. Der Einsatz von Hauptamtlichen in der Vereinsführung und -verwaltung, den bereits TIMM (1979) in den 1970er Jahren bei 1,2% (hauptamtlicher Geschäftsführer) bzw. 3,6% (hauptamtliche Verwaltungs- bzw. Organisationskräfte) der Vereine feststellt, muss von der Anstellung hauptamtlicher Sportlehrkräfte getrennt werden. Daneben erscheint eine Unterscheidung nach der Anstellungsform (Vollzeit oder Teilzeit, sozialversicherungspflichtig oder nicht) sinnvoll. Im Bereich der vollbeschäftigten Hauptamtlichen auf der Ausführungsebene, worunter auch die Übungsleitung gerechnet wird, kommen EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (2001, 277) zu einer Quote von 28,4% in 384 untersuchten Sportvereinen. Diese Zahlen mögen verdeutlichen, inwieweit der moderne Sportverein durch einen Strukturwandel nicht nur seine ureigenen Prinzipien, sondern auch seine Stellung in der Gesellschaft als potentieller Arbeitgeber fortentwickelt. Sicherlich ist diese Entwicklung grenzwertig. Nicht nur, dass der Sportverein damit die Gefahr einer rechtlichen und steuerlichen Grenzzone erreicht, wonach seine Stellung als non-profit-Organisation im erwerbswirtschaftlichen Sinn angetastet wird (HEINEMANN, 1987; 1995). Darüber hinaus eröffnet die notwendige Koordination von Ehrenamt und Hauptamt im Verein zusätzliche Probleme. Allein die zeitliche Abstimmung der beiden Ebenen zum Zwecke des formellen und informellen Austauschs mag sich schwierig gestalten, wenn sich Arbeitszeiten von Ehren- und Hauptamtlichen überschneiden und so ein Zusammentreffen zur terminlichen Hürde wird. Daneben spielen Kompetenz- und Qualifikationsfragen häufig eine Rolle. Die Notwendigkeit einer Informationsvermittlung und die Einigung auf ein Qualitätsniveau der Arbeitserledigung von Ehren- und Hauptamtlichen steht als weitere kommunizierte Schwierigkeit im Raum (vgl. hierzu WINKLER, 1986, 169ff). Gerade auf dem Gebiet der Erforschung dieser sozialen Zusammenhänge steckt die Sportvereinsforschung jedoch noch in den Anfängen.

Mit einer zunehmenden Professionalisierung durch den Einsatz von hauptamtlichen Kräften ist auch eine steigende Dienstleistungsorientierung des Sportvereins zu beobachten. An dieser Stelle treten erneut die Fragen nach einer veränderten Erwartungshaltung der Aktiven gegenüber dem Sportverein auf, die in der Literatur ausführlich diskutiert werden. Leider bleiben die meisten Ausführungen auch hier einen empirischen Beleg schuldig.

Im Zuge des Anspruchs, bislang inaktive und dem Sportverein kritisch gegenüberstehende Bevölkerungsgruppen für eine sportliche Aktivität im Verein zu rekrutieren, bleibt eine Öffnung und bisweilen auch „Aufweichung“ traditionaler Vereinsstrukturen nicht aus. Den Interessen dieser Zielgruppen muss sich der Sportverein anpassen, um sie für eine Mitgliedschaft zu gewinnen. Das betrifft eine Installation nachfragestarker Sportangebote, zu denen sicherlich auch aktuelle Formen der Gymnastik

und des gesundheitsorientierten Sports gezählt werden können. Daneben wird eine zunehmende Durchlässigkeit der Mitgliedschaft und Bindung in Form von Kursangeboten und zeitlich begrenzten Verträgen ebenso nachgefragt wie eine flexiblere zeitliche Gestaltung der Übungsstunden (PILZ, 1986b). Der Sportverein wird dadurch gezwungen, sich auf ein heterogenes Gefüge von Bedürfnissen der Nutzer einzustellen. Gesellschaftliche Bedingungen wie einer erhöhte Mobilität der Bürger, auch was Arbeitszeiten, den Arbeitsort oder Wohnortwechsel anbelangt, werden auf die Freizeitwelt im Sportverein übertragen und fordern zusätzliche Flexibilität (DIECKERT, 2001). Man erwartet eine Art „Kundenorientierung“, die sich von der ursprünglichen Solidargemeinschaft Sportverein wegzuentwickeln scheint.

Abzulesen sind erste Entwicklungen unter anderem an der Etablierung der Säule des organisierten Gesundheitssports. RITTNER (1986, 45) sieht darin das „Resultat von individualisierten Interessen“, das eine Konzentration auf den eigenen Körper, dessen Funktionen und Bedürfnissen unabhängig von der Einbindung in eine sportlich aktive soziale Gruppe beinhaltet. Sportliche Aktivität soll für den Einzelnen mehr und mehr von Entspannung, Spiel und Freiheit (vgl. OPASCHOWSKI, 1987a, 11) geprägt sein. Ein Trend zum so genannten „weichen Sport“ wird beobachtet, der mit einer veränderten Wahrnehmung des eigenen Körpers und dessen Funktionen und Rückmeldungen einher geht (vgl. RITTNER, 1986, 46). Das Sportverständnis scheint sich in vielen Bereichen gewandelt zu haben. Das Stichwort „Konsumhaltung“ verweist in diesem Zusammenhang auf mögliche Ansprüche der Aktiven. Sport rückt in den Blickpunkt eines sozialen Prestiges, das nicht nur das bloße Bewegen in einer Solidargemeinschaft befriedigt (RIEDER, 1989). Es wird auch darauf hingewiesen, dass Sport einem Trend unterliegen kann, der stetig neue Bewegungsformen hervorbringt und Anhänger findet. Das Phänomen der Mode, das auch Lebensstilfragen aufwirft, verändert so nicht nur die Ansprüche der Aktiven, sondern auch der Sportvereine, eben diese Tendenzen nachfrageorientiert aufgreifen zu können (vgl. RITTNER, 1986, 47f). Dass eine solche Marktorientierung auch das Einbringen vielschichtiger Interessen der Mitglieder einerseits und durch die Rekrutierung bislang einer dem Verein nicht zugewandter Klientel andererseits mit sich bringt, wird weithin betont. Die Vereinsgemeinschaft wird damit deutlich heterogener. Gleichzeitig kann auch nachvollzogen werden, dass eine solche Weiterentwicklung des Freiwilligensystems Sportverein mit dem Organisationsprinzip der Ehrenamtlichkeit nur schwer zu bewältigen ist. Ein erhöhter Verwaltungsaufwand und die Notwendigkeit der steten Weiterbildung von Übungsleitern auf dem Gebiet aktueller sportlicher Trends lassen Sportvereine vor die Entscheidung zur Professionalisierung oder nicht stehen.

Auch wenn die angeführten Darstellungen zu Entwicklungen und Problemlagen der Sportvereine in Deutschland kaum auf einer empirischen Basis stehen und nicht selten in der Sphäre der Beobachtung und Überlegung stecken bleiben, so lässt sich daran dennoch eine Typisierung der Vereine anhand der Orientierung an traditionellen oder modernen Strukturprinzipien, wie sie BAUR, KOCH & TELSCHOW (1995, 26) vorgelegt haben, nachvollziehen. Die Orientierung des modernen Sportvereins hin zum Erbringen von Dienstleistungen zieht demnach eine Reihe weiterer Strukturelemente nach sich, die ihn vom traditionellen Sportverein unterscheiden:

	Traditionale Sportvereine	Modernitätsorientierte Sportvereine
Vereinskonzeption	Solidargemeinschaft	Dienstleistungseinrichtung
	Ehrenamtlichkeit	Vermehrte Verberuflichung
	Tendenz zur sozialen Schließung	Tendenz zur sozialen Öffnung
	Hoher Integrationsgrad	Geringer Integrationsgrad
Angebotsstruktur	„Angebotsorientierung“	„Nachfrageorientierung“
	Begrenzung der Angebotspalette auf eine oder wenige Sportarten	Breite und variable Angebotspalette an Sportarten und sportiven Formen
Mitgliederstruktur und Mitgliederbindung	Traditionelle Vereinsklientel	„Vielschichtige“ Klientel
	Homogene Interessenlage	Heterogene Interessenlagen
	Dauerhafte Vereinsbindungen	Vorläufige Vereinsbindungen
	Geringe Fluktuation	Hohe Fluktuation

Tab. 3-2: Merkmale traditionaler und modernitätsorientierter Sportvereine (BAUR, KOCH & TELSCHOW, 1995, 26)

Fraglich in diesem Zusammenhang bleibt, inwieweit sich die einzelnen Faktoren ergänzen oder ausschließen. Das Gefüge und die Erscheinungsformen der Sportvereine in Deutschland erscheint zu groß, als dass darauf vielleicht eine befriedigende Antwort – auch auf empirischer Basis – gegeben werden könnte. Interessante Fragestellungen für weitere Vorhaben in der Sportvereinsforschung liefern sie in jedem Fall.

3.1.2.2 Determinanten auf der Mitgliederebene

Nachdem die Perspektive des strukturübergeordneten Sportvereins bezogen wurde, sollen nun aus der Sicht der Mitglieder wesentliche Elemente beleuchtet werden, um die Ausführungen zur Vereinsebene zu ergänzen. Zu diesem Zweck wird ein Blick auf die Geschlechterverteilung und Altersstruktur der Sportvereine in Deutschland ebenso geworfen, wie auf integrative Elemente des Sportvereins und damit ausgesuchte, moderne Entwicklungstrends auf Mitgliederebene im Überblick dargestellt.

Geschlechterverteilung und Altersstruktur

Zu den entscheidenden Fortentwicklungen im Sportverein der vergangenen vierzig Jahre zählt sicherlich die zunehmende Aktivierung von Frauen und Senioren. Galten bis in die 1960er Jahre hinein die Sportvereine als „primär eine mehr oder weniger geschlossene Veranstaltung für Jugendliche und junge Erwachsene männlichen Geschlechts“ (HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 92), erreichten die Anstrengungen des organisierten Sports (z.B. der so genannte „Zweite Weg“; siehe hierzu Ausführungen im Abschnitt 3.1.1) eine schrittweise Öffnung der Sportorganisationen für bis dato weniger aktive Bevölkerungsgruppen. Einen messbaren Erfolg auf diesem Gebiet konstatiert bereits SCHLAGENHAUF (1977, 147) bei einer Kontrastierung seiner repräsentativen Studie zur Vereinslandschaft in der – zum damaligen Untersuchungszeitpunkt westdeutschen – Bundesrepublik mit der so genannten Allens-

bach-Studie aus dem Jahre 1965. Neben einem grundsätzlichen Mitgliederzuwachs in den Sportvereinen stellt SCHLAGENHAUF (ebd.) dabei insbesondere eine um im Durchschnitt etwa 10% gestiegene Aktivität der 20- bis 50-jährigen Frauen fest. Die zunehmende Einbindung von Senioren ab einem Alter von etwa Mitte 50 schlägt sich Mitte der 1970er Jahre allerdings ausschließlich unter Männern nieder. Hier verweist SCHLAGENHAUF (1977, 146) ebenfalls auf einen etwa zehnpromtigen Anstieg. Zu berücksichtigen ist bei diesen Befunden zum einen die nicht einheitliche Alterseinteilung der beiden Vergleichsstudien, die einen direkten Abgleich des realen Zuwachses erschweren. Zum anderen bleibt die Qualität der von SCHLAGENHAUF (1977) genutzten Vergleichsstudie weitgehend unkommentiert und kann somit nicht zwangsläufig mit der Repräsentativstudie gleichgesetzt werden.

Dennoch sind anhand des Vergleichs bereits tendenzielle Entwicklungen ablesbar, die sich in späteren Studien weiter fortsetzen und ausdifferenzieren werden: Der Anteil der weiblichen Mitglieder in Sportvereinen liegt zwar offenbar weiterhin deutlich hinter jenem der männlichen Sportler und bleibt auch deutlich hinter dem Anteil an Frauen in der Gesamtbevölkerung zurück, bewegt sich jedoch mittlerweile stabil im Bereich unter der 40%-Marke (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001, 203f; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 95). Vorsichtige Prognosen und Hoffnungen, den Anteil der in Sportvereinen organisierten Frauen zügig jenem der Männer anzugleichen, sehen Sportwissenschaftler zwischenzeitlich jedoch als revidierungsbedürftig an (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; PFISTER, 2002). Für die in den letzten Jahrzehnten konstatierte Stagnation im Zugang der Frauen zum organisierten Sport werden eine Reihe von Erklärungsversuchen angestellt. HEINEMANN & SCHUBERT (1994, 96ff) oder auch ANDERS (1986, 72ff) führen den Einfluss struktureller Rahmenbedingungen wie die Größe und Struktur des Sportvereins, das Angebotsspektrum sowie dessen Gesamtfrauenanteil ins Feld. Eine Bestätigung dieser Effekte finden EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (2001, 205) nicht. Die übrige Ursachenforschung kommt zu großen Teilen aus dem Stadium der theoretischen Überlegungen im Wesentlichen nicht heraus und findet nur in Einzelaspekten eine empirische Absicherung. Genannt werden in diesem Zusammenhang sowohl rollenspezifische Argumente (stärkeres Eingebundensein der Frau in familiäre Verantwortungen, Sportartenpräferenzen etc.), kulturell-religiöse Gesichtspunkte (hoher Anteil an fremdländischen Kulturen verbunden mit einem anderen Frauenverständnis und Körperkonzept) als auch psycho-soziale Unterschiede bezüglich eines geschlechtsspezifischen Sport- und Gesundheitsverhaltens (PFISTER, 2002; OPASCHOWSKI, 1997; SCHWARZER, 1996; 1997; SYGUSCH, 2000). Untersuchungen zur grundsätzlichen Sportaktivität von Frauen – unabhängig von einer formellen Anbindung an einen Verein – dokumentieren in den so genannten „weichen Sportarten“ wie Schwimmen, Gymnastik und Radfahren die weiblichen Präferenzen, während bei Männern eher eine Orientierung an wettkampfbasierten und leistungsorientierten Sport interessiert sind, und so bei ihnen die Sportart Fußball die Spitzenposition zu beobachten ist (OPASCHOWSKI, 1987a, 19). Angesichts des wachsenden Beitrags der Sportvereine auf dem Gebiet der gymnastischen und gesundheitsorientierten Sportangebote (siehe Ausführungen oben), macht sich in den Reihen des organisierten Sports und der Sportwissenschaft jedoch die Hoffnung breit, den Sektor des Frauensports im Verein zu konsolidieren. Eine erhöhte Aktivität in diesen Bereichen der sportlichen Bewegung kann bereits jetzt angenommen werden.

Gekoppelt an die Historie des Sportvereins mit einem Angebot, das bis in weite Strecken des 20. Jahrhunderts hinein am Leistungsvergleich und Wettkampf orientiert war (DSB, 2003a; PFLAUM, 1961), war auch die anteilmäßige Dominanz der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Vereinssport. Die spezifische Ausrichtung am Wettkampfprinzip sprach konsequentermaßen vorwiegend leistungsstarke und leistungsbereite Zielgruppen der Bevölkerung an, die verstärkt in einem jungen Publikum zu finden waren. Auch auf diesem Gebiet vollzog sich in den vergangenen Jahrzehnten ein grundlegender Wandel. Verbunden mit einer zunehmenden Wachstumsrate der älteren Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland und einer aktiv betriebenen Öffnung der Sportvereine für die Zielgruppe der Senioren im Sinne eines „Sports für alle“ konnten die Vereinsstatistiken hier zaghaft steigende Tendenzen verzeichnen. So stellt SCHLAGENHAUF (1977, 146) einen Zuwachs im Vergleich zur Alvensbach-Studie aus dem Jahr 1965 etwa ein Jahrzehnt später zwar lediglich bei der männlichen Bevölkerung fest (Anstieg der Senioren ab 56 Jahren um etwa 10%), während HEINEMANN & SCHUBERT (1994, 137) keinen empirischen Nachweis auf der Basis ihres Datenmaterials eruieren können. Eine differenzierte Betrachtung in Abhängigkeit des seniorenpezifischen Sportangebots der Vereine offenbart jedoch eine deutliche Orientierung der Sportorganisationen hin zu dieser Zielgruppe. Die Angebotspalette im Bereich Seniorensport gilt als großer Wachstumsfaktor (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; MEUSEL, 2002). Dabei gilt es in Abhängigkeit der Vereinsgröße zu unterscheiden: Offenbar sind es vor allem die Großvereine, die durch Aktivitäten auf diesem Gebiet einen Mitgliederzuwachs erreicht haben, während kleinere Sportorganisationen Senioren weiterhin in einem großen Anteil passiver Mitgliedschaften führen (HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 137f). Aufgefächert nach den betriebenen Sportarten der Senioren kommen EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (2001, 222ff) zu dem Ergebnis, dass der weitaus größte Aktivitätsanteil auf Angebote aus dem Bereich der künstlerisch-kompensatorischen Sportarten entfällt. Einen hohen relativen Anteil haben sich die Senioren offenbar auch in der Dimension des Sports mit interventionistischem und präventivem bzw. fitness-/wellnessorientiertem Aspekt erobert. Der Anteil der Angebote zum fitness- bzw. präventiven Sport, die auch von Senioren besucht werden, liegt im Vergleich zu „seniorenfreien“ Angeboten bei einem Verhältnis von 2:1, im Bereich des interventionistischen Sports wächst diese Beziehung auf 5:1 an (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001, 222f). Auch wenn eine klare Aufhebung der Altersgrenzen in den Anteilen der Sportaktivität bislang nicht auszumachen ist (vgl. OPASCHOWSKI, 1987a, 19), so lassen sich anhand der dargestellten Befunde jedoch Tendenzen festhalten, die den Weg der Seniorensportentwicklung eröffnen. Auch hier spielt die zunehmende Bedarfsorientierung der Sportvereine an den Bedürfnissen und Interessen der Bevölkerung, in diesem Fall der Senioren, eine tragende Rolle. Mit dem Ausbau der gymnastisch- und gesundheitsorientierten Sportangebote werden langfristig sicherlich auch spürbare Veränderungen im Organisationsgrad erreicht, die bislang empirisch noch nicht nachvollzogen werden können.

Integrative Momente

In den voran gegangenen Ausführungen klang bereits an, dass hinsichtlich der originär integrativen Funktionen des Sportvereins eine Reihe von beeinflussenden Wandlungsprozessen zu berücksichtigen sind. Die Soziologie begreift den Verein von seiner Wesensbestimmung her als ein Gebilde mit hoher integrativer Kraft durch die Einbindung von sozialen Schichten und unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (PFLAUM, 1961). Der moderne, organisierte Sport stellt sich dieser Aufgabe auch in Zeiten

gewachsener Anforderungen angesichts einer pluralistischen kulturellen Gesellschaft. Das Sportsystem wird mit den Erwartungen infiltriert, nicht nur verschiedene soziale Bevölkerungsgruppen, sondern auch die Zielgruppen Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie „sportliche Randgruppen“ wie chronisch Kranke und ausländische Mitbürger in der gemeinsamen Freizeitgestaltung durch Sport zusammen zu bringen, ja hier einen integrativen Beitrag zu leisten. Von Seiten des organisierten Sports erkennt man bereits Erfolge der Bemühungen, denn der Deutsche Sportbund formuliert im Rahmen seiner jüngsten Kampagne „Sport tut Deutschland gut“, namentlich eine „Agenda des Deutschen Sportbundes zu gesellschaftlichen Herausforderungen der Gegenwart“ (DSB, 2003b, 6): „Die Entwicklung der Sportvereine zu offenen Treffpunkten der Gesellschaft ist hier (...) sichtlich vorangekommen.“

Um die hier postulierten Leistungen ausleuchten zu können, muss zunächst geklärt werden, was unter dem *Begriff der Integration* zu verstehen ist. Soziologisch betrachtet wird darunter der „Prozess der Bildung von Ganzheiten (Einheiten) aus Teilen, speziell von sozialen Systemen aus Elementen“ (PEUCKERT, 2000, 151) gefasst. Damit wird der Übergang einer heterogenen in eine homogene Gruppe beschrieben, was eine zunehmende Differenzierung und die Entwicklung von Solidarität voraussetzt.

Der Handlungs- und Systemtheoretiker Talcott PARSONS (1970; 1972; 1975; 1979) begreift Integration als eine bestimmte Qualität der Beziehungen aller Einheiten eines sozialen Systems zueinander, die einen Zerfall desselben ausschließt. Dabei gilt: Je besser die Interessen und Bedürfnisse der Mitglieder des sozialen Systems aufeinander abgestimmt und kongruent sind, desto stabiler erweist sich das Gesamtsystem. Um dies zu erreichen, erkennt er drei wesentliche Prinzipien zur Organisation von Gemeinschaften an: Egalitarismus, Freiwilligkeit und die Einigung auf rechtliche Verfahrensregeln und -grundlagen (PARSONS, 1972).

SCHARMANN (1968) erreicht eine psychologische Sichtweise vom Begriff der Integration durch einen interdisziplinären Ansatz. Er erkennt in einer sozial-individualen Integration einen kulturspezifisch geprägten, intermedial und lebenslang stattfindenden Prozess, der in seinem Verlauf sowohl fördernde als auch hemmende Tendenzen beinhalten kann (vgl. SCHARMANN, 1968, 35). Damit schlägt er einen verbindenden Bogen zum psychologischen Begriff der Entwicklung. Wesentlich im Ansatz SCHARMANNs (1968) ist jedoch, dass er den aktiven Charakter des Integrationsvorgangs betont, der sich durch eine bewusste Teilnahme und Mitgestaltung der sozialen Prozesse konstituiert (vgl. SCHARMANN, 1968, 36). Der Ausdruck eines solchen „Identifikationsprozesses“, um erneut die psychologische Wissenschaft zu Wort kommen zu lassen, ist damit nicht das unreflektierte Aneignen der Normen und Werte eines sozialen Systems, sondern wird getragen von der Selbstentfaltung und Selbstverwirklichung einer Person im Rahmen dieses Systems (vgl. SCHARMANN, 1968, 40).

Übertragen auf das Sozialsystem Sportverein kann anhand dieses soziologischen Einstiegs bereits auf zwei wesentliche Aspekte geschlossen werden:

1. Eine Integration in den Sportverein kann nur dann erfolgen, wenn diese in einer wechselseitigen Beziehung erfolgt. D.h., der Prozess muss ein aktiver, kann kein passiver sein, was zum einen das Motiv beim betreffenden Sportler, sich in das soziale Gefüge einzubringen, voraussetzt, und zum anderen einer aktiven Mitgestaltung des Prozesses von beiden Seiten bedarf.

2. Die integrativen Leistungen des Sportvereins sind aufgrund seiner Anlage als freiwillige und unabhängige Vereinigung einer Interessensgemeinschaft augenscheinlich gegeben. Angesichts der komplexen Systemstruktur und zunehmend heterogenen Interessen, die durch eine sukzessive Öffnung des Vereins in das System hinein getragen werden (vgl. Abschnitt 3.1.2.1), spannen sich hier deutliche Grenzen auf.

In der Konsequenz bedeutet dies, dass von einer integrativen Leistung des Sportvereins nicht per se ausgegangen werden kann. Lediglich die Tatsache, sich in einem Verein sportlich zu engagieren und in einer sozialen Untergruppe des Gesamtsystems in der Freizeit einer Bewegungstätigkeit nachzugehen, löst noch keinen Prozess im Sinne einer Integration aus. Die Operationalisierung möglicher Bedingungsfaktoren erscheint dabei schwierig und trifft in der empirischen Sportwissenschaft und Soziologie bislang auf eine Forschungslücke. In Anbetracht der in jüngster Zeit zunehmenden Diskussion um die Tragfähigkeit des Systems Sportverein hinsichtlich seiner mittlerweile komplexen Aufgaben auf dem Gebiet der Integration läge hier allerdings dringender Forschungsbedarf begründet.

Um einen Einblick in die Problematik zu erhalten, könnten diese Bedingungsfaktoren jedoch u.U. an empirischen Belegen zum Phänomen der Fluktuation sowie der Geselligkeit im Sportverein ablesbar gemacht werden. Da eine Gesamtdarstellung der bestehenden Befunde zu diesen Diskussionspunkten hier nicht geleistet werden kann, soll eine Beschränkung auf zentrale Momente des aktuellen Forschungsstandes zur Einordnung der eigenen Studie an dieser Stelle ausreichen.

Jeder Sportverein hat aufgrund eines vielschichtigen Ursachenkomplexes mit dem *Problem der Fluktuation* seiner Mitglieder zu tun. Zweifelsohne begünstigen neuere Entwicklungen hin zu einer flexibleren Gestaltung der Mitgliedschaft und Teilhabe im Sportverein dieses Phänomen. Der Sportverein ist durchlässiger geworden für das Bedürfnis einer zeitlich begrenzten Nutzung, so lange eine sportliche Aktivität in diesem Verein in den eigenen Lebensrhythmus und Bedürfniskomplex integrierbar ist. Empirisch greifbar gemacht wird die Fluktuation anhand der Anzahl der Ein- und Austritte in einem bestimmten Betrachtungszeitraum. HEINEMANN & SCHUBERT (1994, 157) analysierten die repräsentative Sportvereinstichprobe der Bundesrepublik Deutschland hinsichtlich der Fluktuation innerhalb eines Jahres und stellten dabei fest, dass 16,0% aller westdeutschen und 31,5% aller ostdeutschen Vereine angesichts eines „Null-Austausches“ an Mitgliedern das Maximum an Stabilität erreichen. Allerdings weisen auch 13% der West- und 19% der Ost-Sportvereine eine Fluktuationsrate³⁵ von über 10% und damit ein erhebliches Maß an Austausch im Mitgliederbestand auf.

Auf der Suche nach möglichen Einflussfaktoren und Zusammenhängen identifizieren die beiden Wissenschaftler die Größe des Vereins (gemessen an der Gesamtmitgliederzahl), das Alter des Sportvereins, die Größe der jeweiligen Kommune und der Anteil der weiblichen Vereinsmitglieder als Indikatoren für die Fluktuationsrate. Das Maß der inneren Differenzierung des Sportvereins, also die Anzahl der Abteilungen, scheint auf das Fluktuationsphänomen keinen Einfluss zu haben. Begründet wird dies mit dem hohen Maß an Sportartenangeboten, dass die Folge einer großen Abteilungsanzahl ist und es

³⁵ Zur Berechnung der Fluktuationsrate zogen HEINEMANN & SCHUBERT (1994, 157) folgende Formel heran:

$$\text{Fluktuationsrate} = \frac{(E_{\text{intritte}} + \text{Austritte}) - (E_{\text{intritte}} - \text{Austritte})}{\text{Mitgliederbestand}}$$

gleichzeitig dem Mitglied bei veränderten Interessen erlaubt, innerhalb des Vereins einen Wechsel zu neuen sportlichen Inhalten vorzunehmen.

Danach scheint zu gelten: Je größer der Sportverein, desto geringer ist die Hemmschwelle für Ein- und Austritte; Je älter der Sportverein ist, desto stabiler ist der Mitgliederbestand; Je größer die Gemeinde, in der der Sportverein angesiedelt ist, desto höher ist die Fluktuationsrate in diesem Verein und: Steigt der Anteil der weiblichen Mitglieder, steigt auch die Fluktuation im Sportverein (vgl. HEINEMANN & SCHUBERT, 1994, 157ff). Eine Gegenüberprüfung dieser Befunde fand in einem vergleichbaren Maß bislang nicht statt. Auf einen gesicherten Erkenntnisstand kann deshalb in diesem Aspekt nicht zurück gegriffen werden. Diese ersten Eindrücke mögen jedoch belegen, dass ein geändertes Nutzerverhalten auch an der Mitgliederdynamik der Sportvereine ablesbar ist. Einen Beitrag zu diesem Phänomen liefern offenbar eine ganze Reihe von Faktoren, die auf der Ebene der Vereinsstrukturen sicherlich nur eine Erklärungsbasis gefunden haben. Sich wandelnde Motive der Nutzer, Faktoren einer dynamischen Lebenssituation (Wohnortwechsel, Änderungen im Familienstand etc.) und gesellschaftliche Entwicklungen auch auf dem Gebiet des Sports, tragen sicherlich ebenfalls zum Phänomen der Fluktuation bei. Eine genauere Erforschung dieser Zusammenhänge inklusive eines Ausblicks auf Effekte zum Thema Integration durch Sport bzw. im Sportverein stehen bislang noch aus.

Eine Form des Teilhabens im System Sportverein kann die Mitgestaltung eines *geselligen Vereinslebens* sein. Die Sportsoziologie sieht in der aktiven Teilnahme an informellen Angeboten eines Vereins einen Aspekt zur Bewertung der sozialen Integration einerseits und dem Sportvereinsengagement der Mitglieder andererseits (SCHLAGENHAUF, 1977). Die Verbindung von Sport und Geselligkeit ist dabei tradiert. Popularwissenschaftlich wird die Geselligkeit als wesentlicher Beitrag des Sports begriffen, ohne allerdings wissenschaftlich auf Schwierigkeiten dieser beiden Sphären Rücksicht zu nehmen (KLEINE & FRITSCH, 1990; MÜCKE, 1986). Eine begriffliche Fassung von Geselligkeit geht den wissenschaftlichen Diskussionen um die Entwicklung des Geselligkeitsmotivs im Sportverein kaum voraus und so bleibt häufig unklar, welche Interaktionsformen unter Geselligkeit überhaupt verstanden werden. Unter soziologischer Perspektive spannt sich die Geselligkeit in Freiwilligenvereinigungen zwischen den Polen der Kommunikation und dem Spiel auf (BETTE, 1990; RICHTER, 1985). Zentrale Momente bleiben in beiden Fällen der zweck- und sachfreie Charakter bei gleichzeitiger Betonung der Formalität aller geselligen Aktionen. Das bedeutet, dass eine Überbetonung des Persönlichen im geselligen Gespräch oder Spiel als kontraproduktiv interpretiert wird. Insbesondere für Freiwilligensysteme wird demnach eine zielgerichtete, das Vereinsziel unterstützende Form der Geselligkeit als adäquat erachtet (vgl. RICHTER, 1985, 225).

Der Rahmen für einen geselligen Austausch im Sportverein ist damit vergleichsweise eng gezogen, eröffnet gleichzeitig jedoch eine Vielfalt an Operationalisierungsmöglichkeiten. Entsprechend uneinheitlich ist die ohnehin dürftige Befundlage. Für einen ersten Zugang soll deshalb die Repräsentativuntersuchung von SCHLAGENHAUF (1977) herangezogen werden, auch wenn eine Kontrastierung sowohl mit älterem als auch mit aktuellem Datenmaterial und so eine Bewertung der These nach einem Rückgang der Geselligkeit und des Geselligkeitsmotivs (MEINBERG, 1990; RITTNER, 1986a; ZAHN, 1990) hier ausbleiben muss. Einschätzbar werden jedoch einige Einflussgrößen auf das Ausmaß an Geselligkeit in einem Verein, die SCHLAGENHAUF (1977) quantitativ durch das zeitliche Ausmaß an informellen Kontakten bzw. Gesprächen im Verein operationalisiert. Demnach spielt die Vereinsstruktur eine

bedeutende Rolle beim Zustandekommen einer Geselligkeit. Der soziale Kontakt außerhalb der Sportaktivität erscheint in Großvereinen, und hierbei speziell in hauptamtlich geführten Einheiten, deutlich seltener vorzukommen als in kleineren Sportorganisationen. Als Maß zur Bewertung zieht SCHLAGENHAUF (1977, 96) dabei den Anteil derjenigen Mitglieder heran, die überhaupt keinen geselligen Austausch im Sportverein pflegen. Auf der personalen Ebene zeigt SCHLAGENHAUF (1977, 94f) eine positive Wechselwirkung zwischen dem Ausmaß an Geselligkeit und der Zugehörigkeit zum Wettkampfsport einerseits und einen Positivzusammenhang zwischen dem quantitativen Sportengagement und dem Geselligkeitsanteil auf. Der erste Effekt wird durch eine grundsätzlich höhere Ausrichtung der Sportvereine am Wettkampfsport und der damit häufig eng zusammenstehenden Geselligkeit erklärt. Vereine, die vornehmlich Freizeitsport in ihrem Angebot führen, scheinen dem geselligen Anteil des Sportengagements weniger zugewandt zu sein. Eine höhere bzw. geringere Nutzung der betreffenden Sportler mag sich von daher quasi originär ergeben. Der zweite Effekt, der berichtet wird, mag vor allem zeitlich begründet sein. Ein hohes Maß an Sportaktivität geht mit einem hohen zeitlichen Pensum, das im Sportverein verbracht wird, einher und bietet somit auch mehr Gelegenheiten des Austausches. Darüber hinaus können hier u.U. Rückschlüsse auf die grundsätzliche Anlage des Geselligkeitsmotivs und dem Interesse an einer Integration in den Sportverein angestellt und überprüft werden, die für die Untersuchung von SCHLAGENHAUF (1977) leider ausbleiben.

Für eine differenziertere Betrachtung unterscheidet SCHLAGENHAUF (1977, 98ff) zwischen formalen Geselligkeitsformen in einem (halb-)offiziellen Rahmen (z.B. Weihnachtsfeiern, Faschingsveranstaltungen) und Veranstaltungen einer halbformellen bzw. informellen Geselligkeit, worunter er das Zusammentreffen von Vereinsmitgliedern in kleinen Gruppen z.B. bei einem Stammtisch oder geselligen Kartenspiel subsumiert. Im Ergebnis zeigt sich, dass ein Rückschluss auf das Geselligkeitsengagement anhand der Teilnahme an formellen Veranstaltungen, wie sie von 85% der Mitglieder kommuniziert wird, nicht möglich erscheint. Eine Analyse der Verhältnisse im Bereich der informellen Geselligkeitsgelegenheiten, wonach über 70% der Sportler einen geselligen Austausch nach der Sportausübung zumindest zeitweise praktizieren, lässt SCHLAGENHAUF (1977, 101) resümieren: „Wir müssen deshalb davon ausgehen, dass der entscheidende Anteil der Vereinsgeselligkeit sowohl in seinem zeitlichen Umfang als auch bezüglich seiner Bedeutung (...) weder im formellen noch im halbformellen Bereich liegt, sondern informell, unstrukturiert und unreglementiert abläuft.“

Die Geselligkeit im Verein gilt in ihrer Wirkung als „entspannend, sie befreit von den objektiven Bedingungen und Belastungen des Alltags, Berufs- und Verhaltensschränken der Hierarchie scheinen aufgehoben“ (RICHTER, 1985, 229). Aus diesen Funktionen eines geselligen Gemeinschaftslebens im Sportverein lässt sich die allgegenwärtige Betonung der integrativen Leistungen des Systems nachvollziehen. Angesichts der gewachsenen Vielschichtigkeit der integrativen Aufgaben und der gleichzeitigen, offensichtlichen Abnahme des Interesses an einem geselligen Austausch im Verein, scheint sich hier jedoch eine Schere aufzutun, die bislang wissenschaftlich nur wenig Berücksichtigung fand. Weder wurden Bestimmungsfaktoren dieses Phänomens eindeutig geortet, noch ein Abgleich der Anforderungen an den Sportverein und dessen Mitglieder im Hinblick auf die gesellig-integrativen Leistungen vorgenommen.

3.2 Der Sportverein als soziales und institutionelles Netzwerk – Schaffen spezifische Strukturqualitäten spezifische Chancen?

Nachdem im ersten Abschnitt dieses Kapitels der Sportverein als soziale Einheit in wesensbestimmenden Merkmalen erfasst wurde, soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Rolle die Anbindung an einen Verein im Wirkprozess von Sport und Gesundheit einnehmen kann. Da hierbei nicht auf eine abgesicherte Forschungslage zurückgegriffen werden kann, müssen anstelle von Erkenntnissen aus theoretischen oder empirischen Befunden grundlegende Konzepte, Begrifflichkeiten und diesbezügliche Studienergebnisse herangezogen werden. Mit Hilfe jener Überlegungen zum Nutzen und zu Prämissen eines gesundheitsförderlichen Beitrags von Netzwerkeinheiten können mit der gebotenen Vorsicht Perspektiven bezüglich des Potentials von Sportvereinen abgesteckt werden.

3.2.1 Theoretische Grundlagen zu sozialen Netzwerken

Der Sportverein gilt nicht nur als soziales Gebilde, sondern auch als institutionelles Netzwerk, das aufgrund der Vereinigung einer Interessensgruppe von Sportlern in der Lage ist, Beziehungen zwischen den Netzwerkmitgliedern aufzubauen und damit soziale Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Innerhalb eines sozialen Systems, wie der Sportverein eines ist, ist der Erhalt von sozialer Unterstützung möglich. Diese Ressource aus hilfreichen Sozialbeziehungen wird zunehmend auch in der Sportpsychologie im Zusammenhang mit einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung oder auch der Bewertung von Potentialen des Sportvereins berücksichtigt. Als Voraussetzung für den Erhalt von sozialer Unterstützung gilt jedoch die soziale Integration (FUCHS, 1997; RÖHRLE, 1989; SCHWARZER, 1996). Um diese Begrifflichkeiten einordnen zu können, sollen die beiden Konstrukte eine kurze Spezifizierung erfahren. Dabei orientieren sich die nachfolgenden Ausführungen an der Klassifikation von SCHWARZER (1996; 1997).

Mit dem Begriff der *sozialen Integration* wird „die Einbettung in ein soziales Netzwerk“ (SCHWARZER, 1996, 175) gekennzeichnet, die anhand von quantitativen und strukturellen Merkmalen wie z.B. der Anzahl der Familienmitglieder oder die Kontakthäufigkeit zu Freunden gemessen wird. Die Qualität weder des Netzwerkes selbst noch der sozialen Integration im Hinblick auf mögliche Unterstützungsprozesse kann damit bewertet werden. Vielmehr erscheint das Maß der sozialen Integration als Gradmesser für das mögliche Potential von sozialen Beziehungen, die der Einzelne mit seiner Umwelt pflegt. Grundsätzlich bleibt dabei zu bedenken, dass mit dem Phänomen der sozialen Integration nicht zwangsläufig ein Positivum vorliegt. Aus den Sozialbeziehungen eines Menschen können nicht nur positive, sondern auch negative Rückmeldungen erwachsen. Ebenso ambivalent ist der Begriff der *sozialen Unterstützung* zu betrachten. Diese Interaktionsform zwischen Mitgliedern eines sozialen Netzwerkes zielt nun im Vergleich zur sozialen Integration auf die qualitative und funktionale Ebene der Beziehungen ab. Berücksichtigung finden hierbei nicht nur eine subjektive, sondern auch eine objektive Ebene, indem zwischen der so genannten wahrgenommenen und der erhaltenen Unterstützung unterschieden wird. Bei der *wahrgenommenen Unterstützung* wird subjektive Bewertung zur möglichen Verfügbarkeit von sozialen Hilfestellungen vorgenommen, während das Ausmaß der *erhaltenen Unterstützung* mit den tatsächlich erfolgten sozialen Rückhaltmechanismen erfasst wird. Beide Unterstützungsformen können in emotionaler, instrumenteller oder informationeller Weise erfolgen. Als emotionale Unterstützung können Zuwendungen wie Trost oder Mitleid verstanden wer-

den, die instrumentelle Form des Rückhalts kann als tatkräftige Hilfe bei der Verrichtung von Alltagsaufgaben (z.B. Einkaufen, die Dissertation des Freundes korrekturlesen) aufgefasst werden und unter einer informationellen Unterstützung wird die Übermittlung von Kenntnissen und Hinweisen zusammengefasst.

FUCHS (1997) liefert zu den dargestellten Unterscheidungen und Zusammenhängen einen grafischen Überblick, der zu zusammenfassenden Zwecken in Abb. 3-1 wiedergegeben ist.

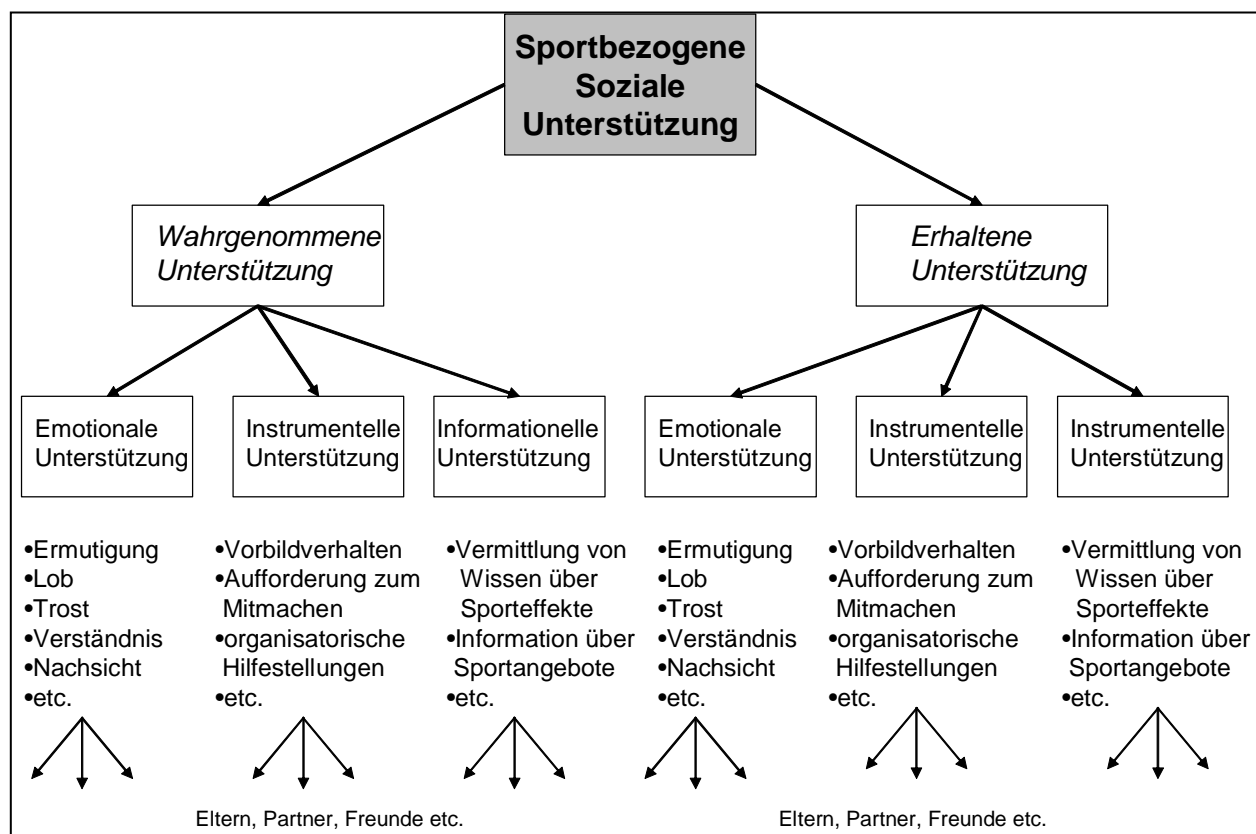


Abb. 3-1: Ebenen und Formen der sozialen Unterstützung (nach FUCHS, 1997, 249)

Insbesondere für den Bereich der sportbezogenen sozialen Unterstützung bzw. dem Wirkzusammenhang zwischen sozialem Rückhalt und Gesundheit wird weiterhin die Unterscheidung zwischen einer generellen und verhaltensspezifischen Unterstützung vorgenommen. Im ersteren Fall handelt es sich um grundsätzliche Hilfen z.B. zur Stärkung des Selbstwertgefühls oder Zuspruch zur Ausprägung einer Kompetenzerwartung. Letzteres kann analog zu den Varianten der wahrgenommenen oder erhaltenen Unterstützung in emotionaler, instrumenteller oder informationeller Form erfolgen.

Grundsätzlich existieren im Prozess der sozialen Unterstützung mindestens zwei Interagierende, der Empfänger und der Helfer. Als ein zentrales Moment im Modell der sozialen Unterstützung wird der Charakter der Gegenseitigkeit verstanden. Zu sozialem Rückhalt kommt es nur dann, wenn er von einem Helfer angeboten bzw. erteilt und von einem Empfänger angenommen wird. Eine wesentliche Zielsetzung der Forschung insbesondere zum Thema sozialer Unterstützung ist deshalb die Suche nach effektiven Unterstützungsgebern und den Wirkmechanismen der jeweiligen Rückhaltform.

Angesichts der insgesamt weit voran geschrittenen Differenzierung in den theoretischen Überlegungen und Modellen zum sozialen Rückhalt muss es deshalb verwundern, dass in der Forschung zur empirischen Überprüfung nicht deckungsgleich verfahren wird. FUCHS (1997, 54) stellt in diesem Zusammenhang die berechtigte Frage, ob zu verschiedenen Zeitpunkten der Sportaufnahme bzw. -ausübung auch unterschiedliche Unterstützungsformen für den Prozess erfolgreich wären. Nicht nur aufgrund der mangelnden Erforschung der vielschichtigen Abläufe, die eine Aufnahme oder Aufrechterhaltung von sportlicher Aktivität begleiten, kann diese Frage wohl erst nach einer Reihe von wissenschaftlichen Anstrengungen beantwortet werden.

3.2.2 Soziale Stützsysteme und ihr Beitrag zur Gesundheit

Der Versuch, das Potential des Sportvereins in der Arbeit um eine ganzheitlich angelegte Gesundheitsförderung zu fundieren, wurde bislang noch nicht unternommen. Ansatzpunkte zur Erwägung von Grenzen und Möglichkeiten können zum einen die voran gestellten Ausführungen bieten. Zum anderen sollen an dieser Stelle ergänzend empirische Befunde aus der psycho-sozialen Forschung auf dem Gebiet der sozialen Unterstützung sowie der Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserwartung weitere Anhaltspunkte liefern.

Zum globalen Zusammenhang von sozialem Rückhalt und Gesundheit haben SCHWARZER & LEPPIN (1989) eine Meta-Analyse vorgelegt. Hierzu gingen 55 empirische Arbeiten aus den Jahren 1970 bis 1987 ein, die eine Gesamtstichprobe von 32.739 Probanden umfasst. Die beiden Begrifflichkeiten Gesundheit und sozialer Rückhalt wurden von den Wissenschaftlern bei ihrer Untersuchung sehr weit gefasst. So berücksichtigt Gesundheit jedwede gesundheitliche Beeinträchtigung und körperliche Beschwerden (z.B. Verschlechterungen des Blutdrucks) und unter sozialem Rückhalt werden sowohl die bloße Präsenz von sozialen Einheiten, als auch die wahrgenommene Unterstützung aus ihnen verstanden.

In einem ersten Analyseschritt kamen die Autoren nur zu einem geringen Zusammenhang von sozialem Rückhalt und Gesundheitsbeeinträchtigungen. Die Effektgröße streute dabei zwischen $r = -.60$ und $r = +.23$. Sowohl die statistische Nachweisbarkeit als auch die eindeutige Richtung des Globalzusammenhangs schränken SCHWARZER & LEPPIN (1989, 228) damit ein. Ein zweiter Untersuchungsschritt berücksichtigte verschiedene Differenzierungen der Stichprobe und ergab unter anderem einen deutlichen Alterseffekt. Mit steigendem Alter der Personen konnte eine Erhöhung des Zusammenhangs und damit eine ansteigende Bedeutung der sozialen Unterstützung für die physische Gesundheit nachgewiesen werden. Die Populationseffekte stiegen von den jungen Versuchspersonen mit $- .03$ über die mittlere Gruppe mit $- .05$ bis zu den ältesten Probanden auf $- .12$ an. Den erwarteten Effekt zur Differenzierung nach der Quelle der sozialen Unterstützung konnten die beiden Forscher nicht nachweisen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass in Abhängigkeit der Intimität zu Mitgliedern des sozialen Netzes auch eine unterschiedlich starke Leistung des sozialen Rückhalts ausgehen würde. Die Überprüfung anhand der Person des Partners und dem Zusammenhang mit der Gesundheit erbrachte jedoch keinen nennenswerten Effekt. Danach scheint es offenbar für die physische Gesundheit keine Rolle zu spielen, wer als Rückhaltgeber fungiert. Entscheidend ist vielmehr, dass ein „support“ stattfindet.

Aus dem Bereich der Forschung zur sportbezogenen sozialen Unterstützung und möglichen Einflussfaktoren in der Phase der Aufrechterhaltung einer sportlichen Aktivität liegen Befunde von PAHMEIER (1994a; 1994b) sowie von BREHM & EBERHARDT (1995) bzw. RAMPF (1999) vor. Diese Arbeiten lassen sich in die noch vergleichsweise junge Tradition der so genannten Drop out-Forschung einreihen, aus welcher bereits zu einem früheren Zeitpunkt für die eigene Untersuchung relevante Befunde resümiert wurden (vgl. Abschnitt 2.3). Für den Effekt von sozialen Unterstützungssystemen sollen diese hier kurz referiert werden:

BREHM & EBERHARDT (1995) bzw. RAMPF (1999) untersuchten Bedingungsfaktoren für das Dabeibleiben oder den Ausstieg aus einer Sportaktivität im Fitness-Studio. Als potentielle soziale Unterstützungssysteme wurden u.a. Trainingspartner sowie Familienmitglieder bzw. der eigene Partner betrachtet. Dabei ergab sich, dass die Wahrscheinlichkeit zu einer dauerhaften Teilnahme an dem Sportprogramm umso höher ist, je größer der soziale Zuspruch von Seiten der Familie bzw. dem Partner ist (Vergleich Dabeibleiber vs. Aussteiger: $p < .001$). Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass die Wahrscheinlichkeit eines Kursausstiegs im Falle des Trainierens mit einem Sportpartner geringer ist, als wenn das Training alleine bewältigt wird.

Diese Befunde lassen sich im Wesentlichen in die Ergebnisse von PAHMEIER (1994a; 1994b) einreihen. Ihre Studie steht unter vergleichbaren Forschungsfragen zum Thema Drop out und Bindung, allerdings im Feld einer Experimentalgruppe von 46 Personen, die über ein Jahr in einem gesundheitsorientierten Sportprogramm hinsichtlich bindender oder den Ausstieg bedingender Faktoren untersucht wurde. Auch hier zeigt sich, dass eine Bindung an ein sportliches Programm vor allem dann gelingt, wenn eine aktive soziale Unterstützung in Form einer Mitbeteiligung von Bezugspersonen sowie eine intentionale und emotionale Unterstützung der Sportler während der Teilnahme am Kursprogramm erfolgt (vgl. PAHMEIER, 1994b, 192).

Einschränkend muss diesen Befunden hinzugefügt werden, dass es sich um die Erkenntnisse aus querschnittlich angelegten Studien handelt. Ein Rückschluss auf mögliche Wechselwirkungen in der Phase der Aneignung ist damit ebenso eingeschränkt, wie der Blick auf eine zukünftige Entwicklung der sportlichen Aktivität gänzlich ausbleibt. Eine retrospektive Interpretation der Daten erscheint zwar möglich, liefert aber weniger verlässliche Informationen als Befunde aus längsschnittlich konstruierten Studien.

Eine solche Untersuchung legte u.a. FUCHS (1997) vor, bei der er die Rolle der sozialen Unterstützung im Prozess der Aneignung und Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität anhand der so genannten „Berliner Hochhausstudie“ in drei Erhebungswellen analysierte. Die Daten von 996 (zweite Erhebungswelle, um Drop out im Vergleich zum Erhebungszeitpunkt bereinigt) Bewohnern eines Wohnkomplexes wurden auf den Zusammenhang zwischen Sportaktivität und sozialem Rückhalt untersucht. Berücksichtigt wurden dabei Personen, die zunächst keine Aktivität aufwiesen und zum sechs Monate späteren Zeitpunkt in eine sportliche Aktivität gefunden haben. Die Frage, inwieweit hierbei die Unterstützung durch Freunde und Familie einen Effekt hatte, muss für die Studie von FUCHS (1997, 257ff) differenziert beantwortet werden. Für beide Variablen, dem support durch Familienmitglieder ebenso wie durch Freunde bzw. Bekannte, konnte ein signifikanter Haupteffekt nachgewiesen werden (Familie: $F(2,279)=3,33$; $p = .037$; Freunde: $F(2,282)=4,18$; $p = .016$). Im Zusammenhang mit der Unterstützung

durch Mitglieder des Freundes- bzw. Bekanntenkreises ergab sich daneben ein interessanter Interaktionseffekt des Alters. Danach nimmt die Wahrscheinlichkeit der Aktivität mit sozialem Rückhalt der Freunde bei Personen bis 40 Jahren zu, während der Zuspruch aus dem Kreis dieser sozialen Bezugspersonen für ältere Probanden ab 41 Jahre kontraproduktiv wirkt. Hier scheint sich ein negativer Einfluss abzuzeichnen, die Wahrscheinlichkeit einer Sportaufnahme nimmt ab.

Im Bezug auf die Aufrechterhaltung einer sportlichen Aktivität konnten interessanterweise keine Effekte aus dem Maß der sozialen Unterstützung gezogen werden. Für das Dabeibleiben in einer sportlichen Aktivität spielt demnach die wahrgenommene Unterstützung weder durch Familienmitglieder noch durch Freunde eine bedeutsame Rolle.

Vor dem Hintergrund dieses Forschungsstandes erscheint es schwer, die Frage nach dem Potential des Sportvereins in einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung zu beantworten. Erste Ergebnisse geben jedoch Hinweise, dass sowohl die Aufnahme als auch die langfristige Bindung an sportliche Aktivität einer Vielzahl von sozialen Unterstützungsformen und -systemen bedarf. Die Befundlage erscheint bislang jedoch uneinheitlich und bedarf weiterer Spezifizierung. Im Sinne einer Netzwerkverdichtung erscheint die Ankoppelung des Systems Sportverein an weitere Träger der öffentlichen Gesundheitsfürsorge sinnvoll. Hier sind vor allem die Ärzteschaft und Krankenkassen gefordert. Insbesondere ein umfassender und effektiver sozialer Rückhalt durch eine informationelle Unterstützung erscheint auf diese Weise möglich. Wenn Informationen zur Wechselwirkung von Gesundheit und Sport nicht allein durch Mitglieder des sozialen Netzes Sportverein, sondern auch durch den behandelnden Arzt kommuniziert werden, könnte zumindest darin ein wesentlicher Baustein der sozialen Hilfestellung erreicht werden.

Daneben stellt sich grundsätzlich die Frage nach der Bedeutung einer parallelen Aktivität von intimen Bezugspersonen für die Aneignung und Aufrechterhaltung einer sportlichen Aktivität. So sehr dies in allen Bereichen des Sports zu wünschen wäre, so dringlich erscheint es, diesen möglichen Effekt in der Primär- vor allem aber in der Sekundärprävention zu nutzen. Da es gerade in diesen Dimensionen des gesundheitsorientierten Sports auf eine kontinuierliche Sportaktivität der Patienten ankommt, sollten speziell die Unterstützungsmechanismen aus den Reihen des engeren sozialen Netzes nicht ungenutzt bleiben.

4. Konzeption der Untersuchung

4.1 Fragestellungen und Zielsetzungen

Der theoretische Bezugsrahmen der Arbeit spannt sich zwischen Kernfragen der Sportvereins- und Gesundheitssportforschung auf. Im Zentrum der Fragestellung stehen Merkmale der Gesundheitswahrnehmung und des Gesundheitsverhaltens von Freizeit- und Gesundheitssportlern im Sportverein. Das theoretische Vorverständnis der Zusammenhänge wird konstituiert durch Beiträge der Gesundheitspsychologie zum Selbstkonzept (BELZ-MERK, 1995; FILIPP, 1984; FUCHS, HAHN, JERUSALEM, LEPPIN & SCHWARZER, 1989) und zu subjektiven Gesundheitsmaßen (ABELE & BECKER 1991; ABELE-BREHM, BREHM & GALL, 1991; FALTERMAIER, 1994a; 1994b) einerseits; Andererseits baut die Studie auf Theorien zum Gesundheitsverhalten (SCHWARZER, 1996; FUCHS, HAHN, JERUSALEM, LEPPIN & SCHWARZER, 1989) auf, die durch Erkenntnisse aus der Einstellungs- und Motivationsforschung besonders im Hinblick auf sportliche Aktivierung (ERDMANN, 1983; HECKHAUSEN, 1989) ergänzt werden. Darüber hinaus werden Ergebnisse zur Sportvereinsforschung (EMRICH, PITSCH, PAPATHANASSIOU, 1998; 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; TIMM, 1979; SCHLAGENHAUF, 1977) zur Konstruktion des theoretischen Bezugsrahmens genutzt.

Die Klientel der Sportvereine, die um ihrer Gesundheitsförderung willen das Angebot dieser Vereinigungen besucht, scheint in Teilaspekten bestimmt zu sein. Auch bestimmte Strukturelemente der Sportvereine weisen einen hohen Erforschungsgrad auf. Parallel dazu etablieren Sportverbände und – vereine in Kooperation oder Abstimmung mit Wissenschaft und Forschung die Säule des Gesundheitssports in ihren Institutionen. Besteht dabei Einigkeit über spezifisch unterschiedliche Zielsetzungen bei der Erhaltung oder Wiedergewinnung von Gesundheit durch sportliche Aktivierung, klafft zwischen Theorie und Praxis auf Seiten der betreffenden Sportler jedoch noch eine Forschungslücke. Sportlerprofile im Hinblick auf objektive und subjektive Gesundheitsparameter, Motivausprägung, Gesundheitsverhalten und Risiko- bzw. Schutzfaktoren sind vornehmlich aus Experimentalgruppen bekannt. Feldstudien, insbesondere in einem umfangreichen Maße wie vorliegend, die eine Verknüpfung der dargelegten Untersuchungsaspekte verfolgen, existieren – soweit bekannt – bislang noch nicht. Zwar finden sich Einzelfallstudien zum Sozialsystem Sportverein (z.B. MÜCKE 1986), oder auch repräsentative Erhebungen zu dieser Institution (z.B. EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; SCHLAGENHAUF, 1977; TIMM, 1979), auf eine fundierte wissenschaftliche Profilerstellung explizit von Gesundheitssportlern in Vereinen kann jedoch nicht zurückgegriffen werden. Dabei lässt sich vermuten, dass nicht allein der objektiv messbare Gesundheitszustand oder soziodemographische Hintergründe der Teilnehmer die Parameter zur Rekrutierung, Zielsetzung und Anbieterwahl von Sportlern bestimmen. Auch der erreichte Organisationsgrad innerhalb des Gesundheitssports und des Vereins werden als Einflussgröße vermutet.

Das Erkenntnisinteresse der Arbeit richtet sich zunächst auf den Zusammenhang von gesundheitlicher Wahrnehmung und Elementen des Gesundheitsverhaltens vor allem durch sportliche Aktivität im Verein, um im Weiteren zum einen Rückschlüsse auf Potentiale der sportlichen Aktivierung und zum anderen den Beitrag des Sportvereins für die individuelle Gesundheitsförderung insbesondere auch in Abhängigkeit der Gesundheitssportdimensionen (Fitness, Prävention, Rehabilitation) zu ermöglichen.

Die zunächst breite Fragestellung wird so auf den Brennpunkt zwischen Gesundheitssportler, Gesundheit und Verein fokussiert und durch folgende Leitfragen repräsentiert:

- ◆ Welche Profile (Organisationsgrad im Verein, physische und psychische Gesundheit, Risiko- und Schutzfaktorenausprägung, Motivausprägung und Rekrutierung, Funktionen der sportlichen Aktivität) hinsichtlich ihrer gesundheitsrelevanten Lage und ihres Verhaltens weisen die Gesundheitssportler (im Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssport) auf und inwieweit lassen sich Unterschiede feststellen?
- ◆ Welche Rückschlüsse lassen sich auf die erreichbaren Bedeutungen und Möglichkeiten des Sportvereins ziehen?

Ziel der Arbeit ist es demnach, zunächst auf der Basis des Erhebungsinstrumentariums Merkmale der Stichprobe „unter gesundheitlichen Aspekten aktive Sportler“ zu beschreiben, um anschließend in differenzierter Betrachtung Unterschiede in der Profilausbildung gemäß der gesundheitlichen Ausrichtung der sportlichen Aktivität auszuloten. Es wird also unter anderem zu ergründen sein, in welchen Aspekten der zu erstellenden Profile sich Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportler unterscheiden. Daneben bleibt die Frage zu klären, welchen Beitrag die sportliche Tätigkeit im Verein aus Sicht der Sportler für ihr gesundheitliches Befinden und Verhalten leistet. Mit Erkenntnissen hierzu lässt sich schließlich der Versuch unternehmen, aus der Teilnehmerperspektive Leistungen des Sozialsystems Sportverein abzustecken, aus denen Möglichkeiten zur effektiven und sportlerorientierten Angebotsgestaltung abgeleitet werden können.

Die Fragestellung der vorliegenden Studie wurde vor dem Hintergrund des Evaluationsprojektes „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ und dessen Ergebnisse generiert. Zur Ableitung der gegebenen Fragestellung erfolgte zunächst in Kapitel 1 eine Einführung in die Kernproblematik des Themas mit Gesundheitsverhaltensmodellen, den Facetten des Gesundheitsbegriffs und der Konstitution eines Gesundheitskonzeptes in der Selbstkonzepttheorie. In Kapitel 2 wurden wesentliche Erkenntnisse zum Potential der sportlichen Aktivität innerhalb einer Förderung der Gesundheit inklusive der Grenzen einer Generalisierung von Effekten herausgearbeitet. Daneben wurden wesentliche Befunde zur Motivierung bzw. Motivausprägung beschrieben, die im Zusammenhang mit einer sportlichen Aktivierung und Bindung als bedeutsam erachtet werden. Kapitel 3 richtete den Blick auf den spezifischen Organisationsrahmen des Sportvereins, für den relevante, institutionelle Merkmale festgehalten wurden. Vor dem Hintergrund der Annahmen zur Leistung des sozialen Netzes im Zusammenhang mit einer Gesundheitsförderung spannt Kapitel 3 den Bogen zum Setting Sportverein und den dort aktiven Sportlern. In Anlehnung an die aufgezeigte Befundlage zum Gesundheitsverhalten, dem Forschungsstand zum Zusammenhang von Gesundheit und sportlicher Aktivität, sowie zu Organisationsmerkmalen von Vereinssportlern, ist die Sekundäranalyse folgenden theoretischen Fragestellungen unterstellt:

- ◆ Welche Ausprägung und Ausrichtung weist das Gesundheits- und Vereinsleben von Freizeit- und Gesundheitssportlern auf?
- ◆ Wie sind das Gesundheitsverhalten und der gesundheitliche Zustand (objektive und subjektive Gesundheitslage, Schutz- und Risikofaktorenausprägung) der Probanden ausgeprägt?

- ◆ Unterscheiden sich die Vereinssportler mit differierender Sportausrichtung (Fitness-, Präventions-, Rehabilitationssport) hinsichtlich der zentralen Kategorie Gesundheit in Bezug auf: allgemeiner Gesundheitszustand, Gesundheitswahrnehmung, allgemeines Gesundheitsverhalten, sport- bzw. vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten, Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport?

Die Prämissen, unter denen die Ausbildung von Gesundheitsressourcen durch sportliche Aktivität geleistet werden kann (vgl. Kapitel 2), berücksichtigend werden aus der Befundlage zum Gesundheitsverhalten, zum Potential des Sportvereins und zur Sportmotivierung zunächst sechs globale Hypothesen abgeleitet:

- ◆ Fitnesportler geben einen positiveren allgemeinen Gesundheitszustand an als Präventions- und/oder Rehabilitationssportler.
- ◆ Präventionssportler dokumentieren im Vergleich zu Probanden der Fitness- und Rehabilitationsdimension eine differenziertere und positivere Gesundheitswahrnehmung.
- ◆ Risiko- und Schutzverhalten nehmen im allgemeinen Gesundheitsverhalten von Fitnesportlern einen geringeren Stellenwert ein als bei Präventions- und/oder Rehabilitationssportlern.
- ◆ Die soziale Integration und Identifikation bezüglich des Sportvereins ist bei Fitnesportlern ausgeprägter als bei den beiden Gesundheitssportlergruppen.
- ◆ Das Ausmaß der Angebotspartizipation ist bei Präventionssportlern am größten.
- ◆ Sportbezogene Schutzfaktoren (kognitive Gesundheitsressourcen) werden von Präventionssportlern ausgeprägter berichtet als von Aktiven des Fitness- und/oder Rehabilitationssports.
- ◆ Die Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport (Aktivierungs- und Bindungsmotivation, subjektive Befindlichkeitsveränderungen) wird von Präventionssportlern elaborierter im Gesundheitskonzept berichtet als von Sportlern in Fitness- und/oder Rehabilitationsangeboten.

Aus Gründen der Stichprobenkonstitution (vgl. Abschnitt 4.3) und Operationalisierungsfragen, die sich bei einer Explorationsstudie mit dem Ziel der Analyse bislang verborgener Zusammenhänge und Effekte hinsichtlich des Einsatzes von vorhandenem Befragungsinventar ergeben, müssen bezüglich der Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit der Befunde Grenzen eingeräumt werden. Neben einer eingeschränkten Repräsentativität der Stichprobe (vgl. die Abschnitte 4.2.1 und 4.3.1) wurde eine Beschränkung der Analyse auf die für die eigene Untersuchung interessanten Merkmale des Gesundheits- und Vereinserebens vorgenommen und das vorliegende Erhebungsinventar hierfür genutzt. Grenzen des Inventars werden bei einem solchen Verfahren zwangsläufig adaptiert und müssen in Kauf genommen werden. Durch eine Rekombination der Instrumente und Methoden kann eine Kompensation des resultierenden Informationsverlustes auf dem Wege einer Generierung neuer Theorien oder Hypothesen versucht werden (BOTZ & DÖRING, 1995, 342ff). Auf den Einsatz einer solchen Strategie wird an gegebener Stelle im Ergebnisteil hingewiesen.

4.2 Untersuchungsmethodik

Die vorliegende Untersuchung muss zum Verständnis in ihrem weiteren Studienzusammenhang gesehen werden. Diese Leistung soll der folgende Abschnitt erbringen. Hier wird das übergeordnete Eva-

luationsprojekt „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ in relevanten Punkten vorgestellt, welchem der Teilnehmer-Datensatz entspringt. Daneben wird die methodische Anlage der Studie spezifiziert, das zu Grunde gelegte Messinstrumentarium sowie die Methodik der Auswertung erläutert.

4.2.1 Untersuchungsansatz

Die Evaluationsstudie „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ muss in zwei Komponenten unterteilt werden. Ausgangspunkt bildet der gleichnamige Wettbewerb, der als Gemeinschaftsinitiative des Bayerischen Landes-Sportverbandes BLSV, des Bayerischen Sportärzteverbandes BSÄV und der Gmünder Ersatz-Kasse GEK initiiert ist. Im Zuge einer zunehmenden Wettbewerbskonsolidierung und der Integration eines Qualitätsmanagements war dem Wettbewerb für die Prämierungsjahrgänge 1998 und 1999 ein Evaluationsprojekt angegliedert, das unter der Leitung von Prof. Dr. Peter Kapustin am Institut für Sportwissenschaft der Universität Würzburg in den Jahren 1999 und 2000 durchgeführt wurde. Ziel dieser Studie war die systematische wissenschaftliche Untersuchung der prämierten Modelle im Sinne einer Netzwerkanalyse einerseits sowie die Prüfung der Vergabekriterien und spezifischen Struktur determinanten der Siegervereine andererseits.³⁶ Als wesentlich erachtete Merkmale jener die Grundgesamtheit der Stichprobe konstituierenden Sportvereine werden in Abschnitt 4.4.1 dieses Kapitels vorgestellt.

Das Evaluationsprojekt setzte vorwiegend quantitative Verfahren, im Zusammenhang mit einem integrierten Qualitätsmanagement aber auch qualitative Methoden ein. Die Querschnittsuntersuchung bezog sich auf die standardisierte schriftliche Befragung von insgesamt sechs Personenkreisen, die als Elemente eines Netzwerkmodells interpretiert wurden: Übungsleiter und Teilnehmer des Gesundheitssports, betreuende Ärzte im Gesundheitssport, relevante Kooperationspartner (weitere Bildungs- und Erziehungsinstitutionen, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens etc. zur Erweiterung bzw. Stärkung der gesundheitsorientierten Maßnahmen und Strukturen), Vertreter der politischen Öffentlichkeit (Kommune) und der Vereinsorganisation bzw. -leitung verhalfen zu einem differenzierten und umfassenden Bild.

Als Datengrundlage der vorliegenden Untersuchung werden Teile der im Evaluationsprojekt „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ gewonnenen Teilnehmerstichprobe eingesetzt. Da die Kernfrage der vorliegenden Untersuchung den Fokus auf die Identifizierung von Unterschieden zwischen Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportlern legt, musste eine künstliche Reduzierung der Basisstichprobe vorgenommen werden. Für die Analysen des Evaluationsprojekts war eine Beschränkung der Probanden auf die genannten Gesundheitssportdimensionen zwar immanent, eine klare Abgrenzung und damit Kategorisierung der Versuchspersonen lag allerdings nicht vor. Die in Mischklassen (Kombination im Belegungsprofil aus den drei zu Grunde gelegten Gesundheitssportdimensionen) organisierten Gesundheitssportler wurden aus dem Datensatz entfernt, um klare Forschungshypothesen zu ermöglichen. (Zum Verfahren siehe Abschnitt 4.4.2.1 in diesem Kapitel.)

Die Nutzung bestehender Daten gilt als *eine* Möglichkeit, um auf empirisch-quantitativem Weg neue Hypothesen oder Theorien vorzubereiten, insbesondere auch im Zusammenhang mit Evaluationsbe-

³⁶ Die Darstellung der Gesamtergebnisse findet sich bei ROTH (2000), Teilaspekte wurden bei ROTH (2002) und KAPUSTIN & ROTH (2003) publiziert.

mühungen (BORTZ & DÖRING, 1995, 327ff). Derartige Forschungsvorhaben sind als explorative Studien angelegt und können als solche durch Alltags- oder Wissenschaftstheorien fundiert oder initiiert werden. Auf der Basis von Erkenntnissen dieser Theorien oder daraus abgeleiteter Modellannahmen erfolgt eine Auswahl der für die Exploration brauchbaren Variablen, sowie deren Operationalisierung bzw. grundsätzlich für das Forschungsvorhaben geeigneter Untersuchungsobjekte (vgl. BORTZ & DÖRING, 1995, 332). Die Formulierung von operationalen und statistischen Hypothesen gilt angesichts eines geringen Elaboriertheitsgrades im theoretischen Modell meist als eingeschränkt. Erklärte Zielsetzung ist es deshalb, durch eine Reanalyse von Daten unter einer neuen Fragestellung bis dato unbeobachtete Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten zu generieren. Einschränkungen bezüglich der zur Anwendung kommenden quantitativen Methoden müssen nur zum Teil gemacht werden. Neben deskriptiven Analysen (Häufigkeitsverteilung, Maße der zentralen Tendenz und Dispersion, Korrelations- und Kreuztabellen) stehen auch multivariate Techniken (Cluster- und Faktorenanalyse) zur Verfügung. Dagegen muss hinsichtlich einer statistischen Hypothesenprüfung berücksichtigt werden, dass gegebenenfalls im Untersuchungsprozess formulierte Hypothesen nicht den Charakter von „a priori Hypothesen“ tragen und deshalb lediglich vorläufige Ergebnisse repräsentieren, die in weiteren Studien zu prüfen wären. Eine Signifikanzprüfung von Effekten in der Exploration gilt als Vehikel, um Vermutungen ein „statistisches Gesicht“ zu verleihen, sind aber kein Ausdruck der Prüfung von Hypothesen (vgl. BORTZ & DÖRING, 1995, 356f).

Als Datenbasis der vorliegenden Studie fungieren Teilstichproben der Teilnehmerbefragung des Evaluationsprojektes „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ (vgl. Abschnitt 4.4). Hatte diese Untersuchung die Probanden als konstituierendes Netzwerkelement im Blick, soll nun eine differenziertere Betrachtung der Teilpopulationen von Gesundheitssportlern hinsichtlich von Merkmalen des gesundheitlichen Verhaltens und Erlebens im Zusammenhang mit ihrem Sportvereinsengagement erreicht werden. Der explorative Charakter der Studie wird auf die theoriegeleitete Annahme von Teilstichproben im Gesundheitssport gegründet (vgl. Kapitel 2 und Abschnitt 4.4.2.2) und in der Einordnung der Ergebnisse in die Forschung zu subjektiven Gesundheitsmodellen, dem gesundheitsorientierten Verhalten und der Sportvereinsaktivität fortgeführt. Damit sollen Erklärungsmodelle für Merkmale und Unterschiede von gesundheitsbezogen aktiven Sportler auf den Weg gebracht werden.

Eine Populationsbeschreibung von Gesundheitssportlern kann aus Gründen der gegebenen Stichprobengenerierung nur vorbereitet werden (siehe BORTZ & DÖRING, 1995, 369ff). Da die Versuchspersonen der Studie aus Sportvereinen rekrutiert wurden, denen als prämierte Modelle durch die Erfüllung von bestimmten Kriterien ein „Vorreitercharakter“ unterstellt wird, kann der Datensatz nicht als repräsentative Stichprobe der Grundgesamtheit ‚Gesundheits- und Freizeitsportler‘ im Verein fungieren. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist demnach nicht, eine Ableitung von Tendenzen jedoch sehr wohl möglich.

4.2.2 Messinstrumentarium und -methoden

Das Erhebungsinstrumentarium zur Teilnehmerbefragung verknüpft angesichts des interdisziplinär angelegten Basisforschungsprojektes soziologische, psychologische, medizinische und pädagogische Variablen, die zur Analyse der Netzwerkfragestellung im Evaluationsprojekt mit den Ergebnissen aus den übrigen Befragungen und Untersuchungen kombiniert wurden. Der interdisziplinäre Rahmen ent-

spricht dem aktuellen Vorhaben insofern, als die Konstrukte Gesundheit und gesundheitsorientiertes Verhalten gleichermaßen als komplexe Modelle angenommen werden (vgl. theoretische Grundlagen in den Kapiteln 1 und 2). Der zum Einsatz gekommene Fragebogen birgt vorwiegend geschlossene Fragestellungen. Nur in wenigen Fällen liegen offene Antwortforderungen vor. Wurde eine Antwortskala eingesetzt, handelt es sich in aller Regel um eine fünfstufige Likertskala (1 – „trifft nicht zu“, 2 – „trifft weniger zu“, 3 – „trifft sowohl als auch zu“, 4 – „trifft überwiegend zu“, 5 – „trifft völlig zu“). In einigen Fällen tritt eine vierstufige Skala auf. Im Übrigen kommen geschlossene Katalog-, Alternativ- und Mehrfachwahlfragen, teilweise in Hybridform, vor. Eine differenzierte Informationsgabe wird im Zusammenhang mit den entsprechenden Ergebnisdarstellungen geleistet.

Die Selektion der zur Analyse der Untersuchungsfragen adäquaten Methoden orientierte sich an erprobten Inventaren aus der Gesundheits-, sozialmedizinischen und sportwissenschaftlichen Forschung, repräsentieren im Wesentlichen jedoch Eigenentwicklungen. Tab. 4-1 liefert einen Überblick über die genutzten Testbatterien bzw. Operationalisierungen.

Analysebereich	Erfassungsgegenstand	Instrument
<i>Gesundheit und Krankheit</i>		
Objektive Gesundheit	Chronische Erkrankungen	WIAD (1984), standardisierter Fragebogen
Gesundheitswahrnehmung	Subjektive Gesundheitseinschätzung, Stellenwert der Gesundheit, Zufriedenheitsbewertung, Kontrollüberzeugung zur Beeinflussbarkeit der Gesundheit	Fragebogen in Anlehnung an WIAD (1984) (standardisiert)
Gesundheitswahrnehmungskategorien	Kombination der Inventare zur Gesundheitswahrnehmung	Eigenentwicklung auf der Basis der oben dargestellten Instrumente
<i>Allgemeines Gesundheitsverhalten</i>		
<i>Risikofaktoren</i>		Fragebogen in Anlehnung an WIAD (1984) (standardisiert)
- Biomedizinische Risikofaktoren	Bluthochdruck, erhöhter Cholesterinspiegel, Übergewicht	
- Risikoverhalten	Rauchen	
- Berufliche Belastungen	Stressoren des Arbeitsplatzes	
<i>Schutzfaktoren und gesundheitsorientiertes Verhalten</i>		Fragebogen in Anlehnung an WIAD (1984) (standardisiert)
- Ernährungsverhalten	Gesundheitsbezogene Ernährungsweisen	
- Bewegungsprofil	Bewegungsprofil im Alltag	

Sport- bzw. vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten

Kognitive Gesundheitsressourcen	Wissen und Handlungskompetenz im Zusammenhang von Sport und Gesundheit	ROTH (2000), Eigenentwicklung (standardisiert)
Soziale Identifikation und Integration	Soziale Netzwerke im vereinsorganisierten Gesundheitssport, Ehrenamtliches Engagement, Multiplikatorenfunktion, Formale Integration (Mitgliedschaft)	ROTH (2000), Eigenentwicklung in Anlehnung an Teilaspekte des F-SOZU (SOMMER & FYDRCH, 1991) und MÜCKE (1986)
Sportliche Aktivität (Angebotspartizipation)	Art und Umfang der aktuellen sportlichen Aktivität; habituelle sportliche Aktivität	ROTH (2000), Eigenentwicklung (nicht standardisiert)

Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein

Aktivierungs- und Zuwendungsmotivation	Motive und Anstöße zur Aufnahme der Sportaktivität und des spezifischen Programms	ROTH (2000), Eigenentwicklung (standardisiert)
Subjektive Befindlichkeitsveränderung	Subjektive Befindlichkeitsveränderung auf Aktivierungsebene, Subjektive Befindlichkeitsveränderung auf Angebotsebene	ROTH (2000), Eigenentwicklung (standardisiert) ROTH (2000), Eigenentwicklung (nicht standardisiert) in Anlehnung an ABELE-BREHM & BREHM (1986), SCHIMMACK (1997), SCHMIDT-ALZERT & HÜPPE (1996) und STEYER ET AL. (1994)

Tab. 4-1: Überblick zu den Analysebereichen, deren Operationalisierung und Instrumente

Durch die Verknüpfung der Forschungsebenen besteht die Möglichkeit, Daten und Ergebnisse zu den verschiedenen gesundheitsrelevanten Bereichen vor dem Hintergrund des Sportengagements der Vereinsmitglieder zu differenzieren.

Um einen einführenden Überblick zu den verwendeten Messinstrumenten, die zur Analyse der angeführten Testbereiche eingesetzt wurden, zu gewähren, sollen diese im Folgenden charakterisiert werden (vgl. auch Tab. 4-1):

1. Analysebereich: Gesundheit und Krankheit

Objektive Gesundheit: Zur Beurteilung der objektiven Gesundheit wurde die Ausprägung von *chronischen Erkrankungen* instrumentalisiert. Hierzu wurde das Inventar von WIAD (1984) herangezogen, das zehn Krankheitsbilder zur Wahl stellt. Zusätzlich war in freier Antwortform die Angabe weiterer Erkrankungen möglich (vgl. Fragebogen im Anhang), die im Auswertungsprozess geprüft und gegebenenfalls berücksichtigt wurden.

Aus den dichotom codierten Antworten wurde mittels Aufaddierung ein Summenscore gebildet, der die Anzahl der chronischen Erkrankungen als Maß für den objektiven Gesundheitszustand zusammenfasst. Als Kontrollvariable wurde die Frage nach einer „ärztlichen Behandlung aufgrund des ausgeprägten Krankheitsbildes“ eingesetzt.

Gesundheitswahrnehmung: Unter einer Gesundheitswahrnehmung als soziale Dimension des gesundheitlichen Befindens werden die Elemente „*subjektive Gesundheit*“, „*Stellenwert der Gesundheit*“, „*Zufriedenheit mit der Gesundheit*“ und „*Kontrollüberzeugung zur Beeinflussbarkeit der Gesundheit*“ subsumiert. Alle Einzelinventare wurden dem Gesundheitssurvey von WIAD (1984) entnommen.

Für das Item „*subjektive Gesundheit*“ wurden die Aufforderung des Fragebogens an die Probanden genutzt, „ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen zu bewerten“, und zwar auf einer 4-stufigen Skala (Codierung: 1 – „schlecht“, 2 – „mäßig“, 3 – „gut“, 4 – „sehr gut“). Um Rückschlüsse darauf zu erhalten, welchen *Stellenwert die Gesundheit* unter den Sportlern einnimmt, konnte die Frage herangezogen werden, „wie sehr im Allgemeinen auf die Gesundheit geachtet wird“. Auch hier stand eine 4-stufige Skala (1 – „überhaupt nicht“, 2 – „wenig“, 3 – „mittelmäßig“, 4 – „sehr genau“) zur Verfügung.

Im Rahmen einer allgemeinen *Zufriedenheitsbewertung* liefert der Datenbestand neben der Einschätzung zur Befriedigung hinsichtlich der Arbeitssituation/Hauptbeschäftigung, Wohnsituation, finanziellen Lage, Freizeit, familiären Situation und Beziehungen zu Nachbarn/Freunden/Bekanntem/Arbeitskollegen u.a. auch Aussagen über die Zufriedenheit der Probanden mit ihrer Gesundheit. Die Bewertung erfolgte auf einer 6-stufigen Skala (1 – „sehr unzufrieden“ bis 6 – „sehr zufrieden“).

Als letztes Teilelement der Gesundheitswahrnehmung wird die Überzeugung von der *Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes* durch Eigenleistung als Kontrollüberzeugung eingesetzt. Hierzu lag die Aufforderung an die Probanden vor, zu beurteilen, inwieweit man „zur Erhaltung und Verbesserung seines Gesundheitszustandes selbst etwas beitragen“ könne. Die Beantwortung sollte auf einer 6-stufigen Skala (1 – „überhaupt nicht“, 2 – „kaum“, 3 – „ein wenig“, 4 – „in mancherlei Hinsicht“, 5 – „durchaus“, 6 – „sehr stark“) vorgenommen werden.

2. Analysebereich: Allgemeines Gesundheitsverhalten

Risikofaktoren: Unter Risikofaktoren werden sowohl *biomedizinische Merkmale* als auch *Risikoverhalten* und *berufliche Belastungen* erkannt. Alle Teilinventare wurden dem Gesundheitssurvey von WIAD (1984) entnommen.

Zur Ausprägung *biomedizinischer Risikofaktoren* wurde die Frage nach der Ausprägung von Bluthochdruck, einem erhöhten Cholesterinspiegel und Übergewicht eingesetzt. Mit Ausnahme der Frage nach einem ausgeprägten Übergewicht, das lediglich mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden musste, ließen die beiden anderen Items neben der Ja-Nein-Codierung auch die Angabe einer Kategorie „weiß ich nicht“ für die Probanden zu. Gewertet wurden jeweils die gegebenen Positivantworten.

Im Sinne eines *Risikoverhaltens* liegen Angaben zum Rauchverhalten vor. Das Messinstrument hierfür stellte vier gestufte Möglichkeiten zur Verfügung: 1 – „Nichtraucher“, 2 – „(täglich) starker Raucher“, 3 – „(täglich) mäßiger Raucher“, 4 – „Gelegenheitsraucher (nicht täglich)“. Als Bewertungsgrundlage dient die dichotome Unterscheidung in Raucher und Nichtraucher.

Ergänzt wird der Bereich der mit den dargestellten Inventaren erfassten internen Risikofaktoren durch externe Risikofaktoren, wofür die wahrgenommene *Stressbelastung am Arbeitsplatz* instrumentalisiert wurde. Hierzu wurde in Rückgriff auf WIAD (1984) das Instrument „Beanspruchungen am Arbeitsplatz“ eingesetzt. Es umfasst 21 Items, die sich vier Zielbereichen zuordnen lassen: Stressoren der Arbeitsaufgabe (vier Items), physikalische und biophysiological Stressoren (sieben Items), Stressoren der zeitlichen Dimension (fünf Items) und Stressoren der sozialen und organisationalen Situation (fünf Items). Jedes Item wurde von den Probanden auf einer dreistufigen Skala (1 – „belastet mich überhaupt nicht“, 2 – „belastet mich wenig“, 3 – „belastet mich stark“) hinsichtlich des von ihnen ausgehenden Stresspotentials bewertet. Daneben enthält die Antwortskala die Möglichkeit einer Kategorie „trifft nicht zu“ für den Fall, dass der jeweilige Arbeitsplatz ein Belastungsitem nicht „zur Verfügung stellt“. Die Überprüfung der internen Konsistenz ergab für die vorliegende Untersuchung über alle 21 Items einen Wert für Cronbach α von .89. In die Auswertung gingen zum einen nur Personen in Voll- oder Teilzeitbeschäftigung ein. Zum anderen wurden die Angaben „trifft nicht zu“ als benutzerdefinierte missing values umcodiert, um der realen Stressbelastung des Arbeitsplatzes näher zu kommen und aus den Berechnungen heraus zu nehmen. Mittels Faktorenanalyse konnten 20 Items auf eine Vierfaktorenlösung reduziert werden, die 93,19% der Gesamtvarianz aufklärt. Damit werden die Items mit den beiden Skalen „physikalisch-chemische und organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion“ (neun Items; Cronbach α = .97), „psycho-soziale Stressoren“ (sechs Items; Cronbach α = .77), „Stressoren der modernen Arbeitswelt“ (drei Items; Cronbach α = .52) und „physische Stressoren“ (zwei Items; Cronbach α = .65) zusammengefasst. Die Reliabilität der Faktorenlösung auf der Basis der jeweiligen Skalenmittelwerte beträgt für die vorliegende Stichprobe einen Wert von Cronbach α = .67.

Schutzfaktoren und gesundheitsorientiertes Verhalten: Zu allgemeinen Schutzfaktoren, die in ein gesundheitsrelevantes Verhalten eingeordnet werden können, zählt ein diesbezügliches *Ernährungsverhalten* sowie das *Bewegungsprofil* des Alltags der Probanden. Ein großer Bereich solcher Ressourcen wird im Zusammenhang mit sport- und vereinsbezogenen Schutzfaktoren geprüft (s.u.).

Die Frage nach dem *Ernährungsverhalten* liegt in Anlehnung an WIAD (1984) vor. Diese unterscheidet zwischen „dem Einhalten einer speziellen Diät“, „die Orientierung an einer speziellen Ernährungsweise (z.B. Vegetarier)“, „das Achten auf einer grundsätzlich ausgewogenen Ernährung“ und dem „Nicht-Achten“ auf die eigene Ernährung.

Die Erfassung des *alltäglichen Bewegungsprofils*, das ebenfalls eine Anlehnung an WIAD (1984) bildet, wurde über die folgende Angaben der Probanden erreicht: „viel bewegen“, „vorwiegend sitzen“, „vorwiegend stehen“, „vor allem Gebrauch von Muskelkraft“ und „gleichverteiltes Vorkommen von Sitzen, Stehen und Bewegen“ im Alltag.

3. Analysebereich: Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten

Kognitive Gesundheitsressourcen: Als relevant für den Bereich der kognitiven Gesundheitsressourcen werden die Elemente *Handlungs- und Effektwissen* interpretiert. Bei den dafür eingesetzten Skalen handelt es sich um Entwicklungen nach ROTH (2000).

Die Ausprägung von *Effektwissen* liegt als Abfrage von dichotom codierten Kenntnisbereichen erfasst vor. Dazu zählen die Bereiche „Herz-Kreislauf-System“, „Knochen“, „Muskel-, Sehnen- und Bänderapparat“, „Wirbelsäule“, „das individuelle Krankheitsbild“, „Physiologie (Ernährung, Blut, Atmung etc.)“, „psycho-soziale Zusammenhänge (Entspannung, soziale Kontakte etc.)“. Daneben war den Probanden die Möglichkeit gegeben, gänzlich Unwissen auf diesem Gebiet anzugeben.

Die Ausprägung des *Handlungswissens* wurde ebenfalls als Ja-Nein-Antwortmöglichkeit erfasst und erfragte die Bereiche „Wissen über das `Warum` von Übungen/sportlicher Aktivität“, „Kenntnisse zur korrekten Übungsausführung“, „Kenntnisse im Bereich Rückenschule (richtiges Sitzen, Heben, Tragen; rückengerechtes Bewegen im Sport“, „Wissen zur gesundheitsbewussten Ernährung“, „Kompetenzen zur selbstständigen Ausdauerschulung außerhalb der Vereinsübungsstunden (richtiges Laufen, Pulsmessung etc.)“ und „Wissen über selbstständige Durchführung von Übungen auch zu Hause“. Ergänzung finden diese Angaben durch die Bewertung diesbezüglicher Vermittlungsqualitäten in den Sportangeboten durch die Versuchspersonen. Auf einer vierstufigen Skala (1 – „gar nicht“, 2 – „in geringem Maße“, 3 – „in ausreichendem Maße“, 4 – „in großem Maße“) bewerteten die Probanden, „inwieweit sie in den besuchten Gesundheitssportprogrammen auch die Vermittlung von Kenntnissen zum Zusammenhang von Sport und Gesundheit (z.B. Ziele bestimmter Übungsformen, Wirkung sportlicher Bewegung auf die Gesundheit) und zum gesundheitsbewussten Handeln in Sport und Alltag (z.B. rückengerechtes Bewegen) erfahren“.

Aus beiden Nominal-Skalen zum Effekt- bzw. zum Handlungswissen wurde jeweils ein Summenscore gebildet, in den die quantitative Anzahl der Positivantworten einging. Der Index „Effektwissen“ weist ein Minimum von 0 Wissensbeständen und ein Maximum von 7 auf. Der Index „Handlungswissen“ liegt zwischen 0 und 5.

Der Fragebogen hält darüber hinaus 14 Items zur Analyse der Quellen des Kompetenzerwerbs im Effektwissen bereit. In dichotomer Codierung liegen Angaben der Probanden vor, wo bzw. auf welchem Weg sie die angegebenen Kenntnisse erworben haben. Hier werden die Angaben zur Stellung des Sportvereins für Analysen genutzt.

Soziale Integration und Identifikation: Die soziale Integration und Identifikation wird operationalisiert über die Merkmale *Mitgliedschaft (formale Integration)*, *Multiplikatorenfunktion*, *ehrenamtliches Engagement* und *soziale Netzwerke* im vereinsorganisierten Gesundheitssport. Alle vorliegenden Instrumente sind von ROTH (2000) übernommen.

Die *formale Integration* wird über die Frage „Sind Sie Mitglied im Verein“ erfasst. Die Antwortskala bietet die Möglichkeit, zwischen Mitgliedschaften als Einzelperson, als Ehepaar und als Familienmitglied sowie die Teilnahme ohne Mitgliedschaft zu unterscheiden. Ergänzend zur fehlenden Mitgliedschaft wird die Frage nach den Gründen gewählt. Als Antworten sind ein „zu hoher Mitgliedsbeitrag“, „der Zugang über einen Kooperationspartner (spezielle Kursangebote)“, „eine Bindungsangst“ und „eine Scheu von Verantwortung“ geboten, die binär codiert sind.

Als *Multiplikatorenfunktion* wird die Frage nach einem „Betreiben von Werbung für den Verein (für eine Veranstaltung, eine Sportgruppe, weitere Mitglieder o.ä.)“ operationalisiert. Die Antwortvorgaben bilden „ja“ und „nein“.

Das *ehrenamtliche Engagement* ist über eine Binärskala erfasst. Erweiternd konnte in dieser Frage die Angabe der betreffenden ehrenamtlichen Tätigkeit in freier Antwortform angegeben werden, die in einem fortgeschrittenen Analyseschritt kategorisiert und aufsummiert werden können.

Zur Erfassung von *sozialen Netzwerken* wird eine Kombination vorhandener Fragen eingesetzt. Dazu zählt die Fragen nach „wichtigen Freunden, Bekannten, Arbeitskollegen, die ebenfalls im Verein aktiv sind“. Diese wird mit „ja“ oder „nein“ beantwortet. Angeschlossen ist eine Bewertungsfrage nach der Bedeutung bzw. der Wichtigkeit eines solchen Umstandes. Dies wird auf einer dreistufigen Skala (0 – „nein“, 1 – „nicht notwendigerweise“, 2 – „ja“) erfasst. Bei Positivantwort bietet die Skala die Möglichkeit einer frei formulierten Begründung der angegebenen Wichtigkeit. Diese Angaben werden in späteren Analyseschritten geclustert. Als weiteres Element der sozialen Integration wird das Instrument zur Erfassung bestehender aktiver Freundschaften im Vereinsgesundheitsport genutzt. Hierzu liegen die Frage nach der „privaten Aktivität mit Freunden/Bekanntes des Vereins auch außerhalb des Vereins“ vor, die auf einer dreistufigen Skala (0 – „nein, keine Treffen“, 1 – „ja, hin und wieder“, 2 – „ja, oft“) erfasst werden, und die Frage nach der „Knüpfung neuer Freundschaften, mit denen ein sozialer Austausch und Treffen stattfinden“. Letzteres wurde mit „ja“ oder „nein“ beantwortet.

Zur Gesamtanalyse des Bereichs der sozialen Integration und Identifikation werden die Skalen der Einzelmerkmale (s.o.) durch künstliche Reduktion dichotomisiert (Merkmal vorhanden – Merkmal nicht vorhanden) und so zu einem Summenindex zusammengefasst. Die Überprüfung der internen Konsistenz erbrachte einen Wert für Cronbach α von .61. Ein maximaler Integrationswert liegt damit bei 8, der minimale bei 0 vor. Als Bewertungsgrundlage dient hier das arithmetische Mittel der Skala.

Sportliche Aktivität (Angebotspartizipation): Zur Erfassung der sportlichen Aktivität können Fragen zur *habituellen* wie zur *aktuellen Aktivität* herangezogen werden.

Zur Prüfung der *habituellen Sportaktivität* wird die Frage nach einer früheren Aktivität in einer Sportart im Wettkampfbetrieb genutzt, die von ROTH (2000) entwickelt wurde. Als Antwortmöglichkeiten werden „ja“ und „nein“ geboten.

Zur Ausprägung der *aktuellen Sportaktivität* wird die Aufforderung zur Angabe der Übungsstunden bzw. Sportkurse, in denen die Probanden aktiv sind, herangezogen. Diese Frage gibt die Möglichkeit in offener Antwortform die besuchten Angebote anzugeben. In einer post-hoc-Kategorisierung werden die genannten Angebote einer Gesundheits- bzw. Freizeitsportdimension (Fitness, Prävention, Rehabilitation) zugeordnet, um damit auch die Gruppe der Probanden klassifizieren zu können. Dabei ist auch die Unterscheidung hinsichtlich fest installierter Vereinsangebote, freier Bewegungsangebote (z.B. Walkingtreffs, Schwimmtreff) und fachsportlicher Programme möglich. Darüber hinaus erlaubt die Frage eine quantitative Bewertung der sportlichen Aktivität der Versuchspersonen anhand der Anzahl der genutzten Angebote. Ermittelt wird der Skalenmittelwert bei einem möglichen Maximum von sechs und einem Minimum von einem Angebot.

4. Analysebereich: Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein

Aktivierungs- und Zuwendungsmotivation: Die Aktivierungs- und Zuwendungsmotivation zu einem Gesundheits- bzw. Freizeitsportangebot im Verein wurde auf drei Ebenen operationalisiert. Zur Ermittlung der Bedeutung bestimmter *Motivationsmerkmale zur Aufnahme und Aufrechterhaltung einer sportlichen Aktivität* auf einer generalisierten Ebene wurde das Instrument von ROTH (2000) genutzt, das zwölf Motivitems anbietet, die auf einer fünfstufigen Skala (5 – „trifft völlig zu“ bis 1 – „trifft nicht zu“) bewertet werden. Die Prüfung auf interne Konsistenz der Skala erbrachte für die vorliegende Stichprobe einen Wert für Cronbach α von .76. Faktorenanalytische Untersuchungen haben ergeben, dass sich die verwendete Skala unter Reduktion auf zehn Items, auf drei Hauptkomponenten präzisieren lässt, die 54,9% der Varianz aufklären. Die Skalen können demnach in folgende drei Faktoren zusammengefasst werden: „Psycho-soziale Motive“ (drei Items; Cronbach α = .63), „physische Faktoren“ (drei Items; Cronbach α = .63), und „kompensatorische Faktoren“ (vier Items; Cronbach α = .42).

Ergänzt werden die Motivanalysen zum einen durch die Frage nach der Aufnahme des *Gesundheits-sports auf Anraten des Arztes*, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden musste und ebenfalls von ROTH (2000) übernommen wurde. Zum anderen wurde die Frage „Treiben Sie wegen Ihres Krankheitsbildes Sport im Verein?“ eingesetzt. Diese Skala bietet ebenfalls die Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“, beinhaltet darüber hinaus aber auch die Ermittlung von Gründen, die evtl. trotz eines existenten Erkrankungszustandes dafür verantwortlich sind, dass im Verein Gesundheitssport betrieben wird. Hierfür werden die Argumente „der Verein hat nicht das passende Angebot für meine Erkrankung“, „die Übungsleiter haben nicht die erforderliche Qualifikation“ und „nicht die gesundheitliche Situation, sondern der Spaß am Sport ist der Grund für die sportliche Aktivität“ angeboten.

Die zweite Ebene der Zuwendungs- und Aktivierungsmotivation betrifft den Bereich der *Vereinswahl*. Zur Erfassung der Zugangswege wurde die Frage nach den Gründen für die Vereinsentscheidung nach ROTH (2000) eingesetzt. Diese bietet elf Items, die als zutreffend oder eben nicht zutreffend bewertet werden. Aufgenommen sind hier neben räumlichen auch strukturelle und finanzielle Merkmale des Vereins und seiner Organisation bzw. seines inhaltlichen Angebots. In freier Antwortform können schließlich weitere Motive genannt werden. Zur weiteren Bestimmung der Rekrutierungswege wurde die Frage „Wer hat Sie auf diesen Verein aufmerksam gemacht?“ von ROTH (2000) genutzt. Diese bietet neun Items, die mögliche Aktivierungsquellen bzw. Personenkreise der Vereinszuführung bilden können. Zusätzlich gibt es die Möglichkeit einer frei formulierten Antwortergänzung.

Auf einer dritten Ebene wurde mittels der Skala von ROTH (2000) die Motivlage bezüglich einer *Entscheidung für das gewählte Sportangebot* abgedeckt. Dieses Instrument liefert neun Items zur Angebotswahl, die auf einer fünfstufigen Skala (1 – „trifft nicht zu“, bis 5 – „trifft völlig zu“) bewertet werden. Eine zusätzliche Angabe von Gründen zur Angebotswahl in freier Antwortform ist möglich. Die Reliabilitätsprüfung ergab einen Wert von Cronbach α von .55. Auf der Basis einer Faktorenanalyse wurden für diese Skala zwei Hauptkomponenten ermittelt, die mit 47,8% zur Klärung der Gesamtvarianz beitragen. Die Skala kann demnach durch die folgenden zwei Faktoren repräsentiert werden: „Medizinisch-gesundheitliche Rahmenbedingungen“ (drei Items; Cronbach α = .70) und „psycho-

soziale Rahmenbedingungen“ (drei Items; Cronbach $\alpha = .56$). Zur Bewertung wird der Skalenmittelwert verwertet.

Subjektive Befindlichkeitsveränderung: Zur Erfassung der subjektiven Befindlichkeitsveränderung durch sportliche Aktivität liegen Skalen von ROTH (2000) mit zwei Bezugsebenen vor:

Auf der *Aktivierungsebene* umfasst der Fragebogen eine Skala zur Ausprägung der Verbesserung im Wohlbefinden und der Zufriedenheit durch die sportliche Aktivierung. Die Frage wird auf einer vierstufigen Skala (0 – „keine Befindensverbesserungen“, 2 – „ein wenig“, 3 – „durchaus“, 4 – „erheblich“) beantwortet. Daneben war die Frage nach möglichen Verbesserungen des Gesundheitszustandes in medizinischer Hinsicht (Blutwerte, Herz-Kreislauf-Werte etc.) gegeben. Die Antwortmöglichkeiten hierbei waren „ja“, „nein“ oder „ich weiß nicht“

Auf der *Angebotsebene* wurde der Entwicklungsverlauf der subjektiven Befindlichkeit vor, während und nach der sportlichen Aktivität in Rückgriff auf ein Instrument von Roth (2000) dokumentiert. In offener Fragestellung wurden hier Kernbegriffe, die das individuelle Befinden der Probanden im Kontext der Sportaktivität aus deren Sicht zu kennzeichnen vermögen, ermittelt. In Anlehnung an die Befindlichkeitsskalen von ABELE-BREHM & BREHM (1986), SCHIMMACK (1997), SCHMIDT-ALZERT & HÜPPE (1996) UND STEYERS ET AL. (1994) erfolgte eine Clusterung post hoc.

4.2.3 Datenaufbereitung und Analyseverfahren

Das Datenmaterial lag bereits in codierter Form als 836 Variablen umfassendes, digitales Datenblatt im Windows-Statistikprogramm SPSS Version 10.0 vor und wurde von dort in die Version 11.0 transformiert und ausgewertet. Die 2056 Probanden der Gesamtstichprobe wurden zunächst einem unten beschriebenen Reduktionsverfahren (vgl. Abschnitt 4.3.3.2) unterzogen, um eine klare Differenzierung der Versuchspersonen in den Dimensionen des Mediums Gesundheits- und Freizeitsport zu erreichen. Das Datenmaterial wurde schließlich vor dem Hintergrund der Frage- und Zielstellungen in mehreren Schritten Analysen unterzogen. Der Deskription der Daten ist eine beschreibende Darstellung soziodemographischer (in diesem Abschnitt) Merkmale vorangestellt.

Für die Ergebnisdarstellung werden sowohl deskriptive als auch multivariate Datenanalysemethoden verwendet. Neben Verfahren zur Berechnung der Häufigkeitsverteilung und von statistischen Kenngrößen wie Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD), der Darstellung absoluter und relativer Häufigkeiten, kommen Berechnungen zu Zusammenhangsmaßen zur Anwendung. Ermittelte relative Häufigkeiten werden jeweils auf die Anzahl der gültigen Antworten relativiert – soweit nicht anders angegeben. Fehlwerte (missing values) werden im Absolutmaß beziffert. Werden Korrelation als Ausdruck eines statistischen Zusammenhangs berechnet, wird der Pearson'sche Koeffizient für intervallskalierte Merkmale herangezogen, bei ordinalskalierten Variablen wird auf den Koeffizienten nach Spearman (Spearman-Rho) angegeben, für nominalskalierte Variablen auf Phi Φ zurückgegriffen. Zum Vergleich von Mittelwerten wird hinsichtlich der zum Einsatz kommenden Verfahren zwischen der Anzahl der zu testenden Teilstichproben sowie der Verteilungsform des Merkmals unterschieden. Zur Prüfung von Unterschieden zweier Stichproben kommt unter Voraussetzung der Normalverteilung der t-Test zur Anwendung. Ist diese Verteilungsbedingung nicht gegeben, wurde auf den Mann-

Whitney-U-Test ausgewichen, der als parameterfreies Prüfverfahren für zwei unabhängige Stichproben eingesetzt werden kann (SIEGEL, 1976, 112). Als Prüfverfahren für mehr als zwei Teilstichproben kommt bei Verletzung gegen die Normalverteilungsvoraussetzung der H-Test nach Kruskal und Wallis zum Einsatz. Liegen nominalskalierte Variablen vor, gibt die Prüfgröße Chi-Quadrat Aufschluss über geschätzte Wahrscheinlichkeiten der Merkmale (BORTZ & DÖRING, 1995, 150ff). Damit kann der Chi-Quadrat-Test sowohl zur Prüfung von Zusammenhängen zwischen Variablen in einer Stichprobe als auch für Unterschiedshypothesen zwischen Personengruppen in einem Merkmal herangezogen werden (WILLIMCZIK, 1999, 158).

Komplexe Testsituationen, die den Einfluss mehrerer Variablen auf eine abhängige Variable berücksichtigen müssen, machten den Einsatz von (mehrfaktoriellen) Varianzanalysen nötig. Als abhängige Variablen galt dabei zum einen die zu prüfende Variable der Gesundheitsportdimension (Fitness/Prävention/Rehabilitation). Zum anderen wurden die Variablen „Geschlecht“ und „Altersgruppe“ durchgängig als Faktoren mitberücksichtigt. Mittelwertvergleiche wurden im Zuge der varianzanalytischen Berechnungen post hoc durch den Bonferroni-Test durchgeführt. Auch dieses Verfahren verlangt zwar i.a.R. die Voraussetzung der Normalverteilung des Merkmals in der Grundgesamtheit bzw. eine Homogenität der Varianzen, gilt jedoch als recht robust gegenüber Verletzungen dieser Prämissen (BACKHAUS ET AL., 2000, 70ff). Bei der Beurteilung des Signifikanzniveaus gelten die üblichen Grenzen der Irrtumswahrscheinlichkeit:

Irrtumswahrscheinlichkeit	Bedeutung	Symbolisierung
$p > .05$	nicht signifikant	n.s.
$p \leq .05$	signifikant	*
$p \leq .01$	sehr signifikant	**
$p \leq .001$	höchst signifikant	***

Tab. 4-2: Einteilung und Symbolisierung des Signifikanzniveaus

Zur Dimensionreduktion auf dem Weg zur Identifizierung zentraler Einflussfaktoren wurden faktorenanalytische Verfahren genutzt. Mit Hilfe der Faktorenanalyse können aus einem Konglomerat von angenommenen Einflussvariablen auf ein Merkmal die wesentlichen voneinander unabhängigen Faktoren herauskristallisiert werden, um diese in weiterführenden Analysen spezifizieren zu können (vgl. BACKHAUS ET AL., 2000, 253).

Die Fragestellung nach der unterschiedlichen Wahrnehmung von Befindlichkeitsveränderungen durch sportliche Aktivität (vor, während und nach dem Sport) wurde mit einer Typisierung der Probandengruppe versucht, die durch eine Konfigurationsfrequenzanalyse nach LIENERT & KRAUTH (1974a; 1974b) bzw. KRAUTH (1993) erreicht wurde. Dieses Verfahren identifiziert statistisch bedeutsame Merkmalskombinationen anhand ihres signifikant überzählig häufigen oder seltenen Vorkommens (CLAUSEN & MEYER, 1999; KRAUTH, 1993; LAUTSCH & WEBER 1995; LIENERT & KRAUTH, 1974a; 1974b). Weitere Anwendung findet dieses Verfahren bei der Identifizierung von „Gesundheitswahrnehmungstypen“ in der vorliegenden Stichprobe.

4.3 Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden wird die vorliegende Stichprobe hinsichtlich ihrer Rekrutierung und deren soziodemographischen Kennwerte beschrieben. Das setzt eine kurze Charakterisierung der zu Grunde liegenden Grundgesamtheit, die den prämierten Sportvereinen entstammt, voraus. Hierzu wird ein Überblick geliefert, um anschließend die Rekrutierung der Stichprobe zu spezifizieren. Nach einer Differenzierung in die relevanten Gesundheitssportdimensionen erfolgt schließlich eine soziodemographische Analyse der Daten.

4.3.1 Rekrutierung der Stichprobe

Die Datenerhebung wurde als Querschnittsuntersuchung grundsätzlich im Anschluss an die Prämierung der Sportvereine durch die Wettbewerbskommission, im vorliegenden Fall also im Jahr 1999 bzw. 2000 vorgenommen. Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte durch zufällige Auswahl relevanter Sportangebote in den jeweiligen Vereinen. Dafür standen in den 16 Sportvereinen insgesamt 626 laufende Angebote zur Wahl. Diese mussten folgende Strukturqualitäten repräsentieren:

- ◆ Zuordnung zum gesundheitsorientierten Fitness-, Präventions- oder Rehabilitationssport,
- ◆ Angebot für Erwachsene oder Senioren und
- ◆ Kurs- oder Dauerprogramm des Sportvereins.

Für die Durchführung der Befragung wurden in direkten Gesprächen im Rahmen einer in der Regel zwei- bis dreistündigen Informationsveranstaltung im jeweiligen Sportverein betreffende Übungsleiter bezüglich des Fragebogaufbaus, Maßgaben zum Verteilungs- und Beantwortungsverfahren instruiert. Die Verteilung der Fragebögen und Datenerhebung erfolgte durch das Evaluationsteam und den eingesetzten Hilfskräften.

Durch Faktoren des Erhebungsverfahrens müssen Einflüsse auf die externe und interne Validität der Untersuchung angenommen werden. Vergleiche mit Ergebnissen anderer Studien und die Anlehnung der Instrumente an Inventare bewährter, größerer Gesundheitssurveys hingegen sollten diese positiv beeinflussen.

4.3.2 Die ausgewählten Sportvereine

Die 16 aus den Jahrgängen 1998 und 1999 prämierten Sportvereine des Wettbewerbs „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ weisen als Preisträger eine hohe Strukturqualität im Bereich von Gesundheitsförderungsinentionen und –maßnahmen auf. Als Referenz gilt die erfolgreiche Prüfung der Modelle anhand der wettbewerbsimmanenten Kriterien, die bei ROTH (2000) dokumentiert ist.³⁷ Alle Vereine sind Mitglied des Bayerischen Landes-Sportverbandes. Die Population der Sportvereine konstituiert sich aus vier Klein- und zwölf Großvereinen, wobei die Grenze zum Großverein bei 1001 Mitgliedern zu ziehen ist. Die Mitgliederspanne streut zwischen 440 und 17500 Mitgliedern, die auf vier Klein- (bis 1000 Mitglieder) und zwölf Großvereine (ab 1001 Mitglieder) verteilt sind (vgl. Abb. 4-1).

³⁷ Die Wettbewerbskriterien lauteten im Einzelnen: Aspekte des Vereinsangebotes: Umfang in Abhängigkeit der Vereinsgröße, Zuordnung zu den Säulen des Gesundheitssports, Erfassung von Dauer- und Kursangeboten, Regelmäßigkeit; Öffentlichkeitsarbeit des Vereins; Übungsleiterqualifikation; Kooperationsprojekte; Angebote zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung; sonstige Auszeichnungen des Vereins.

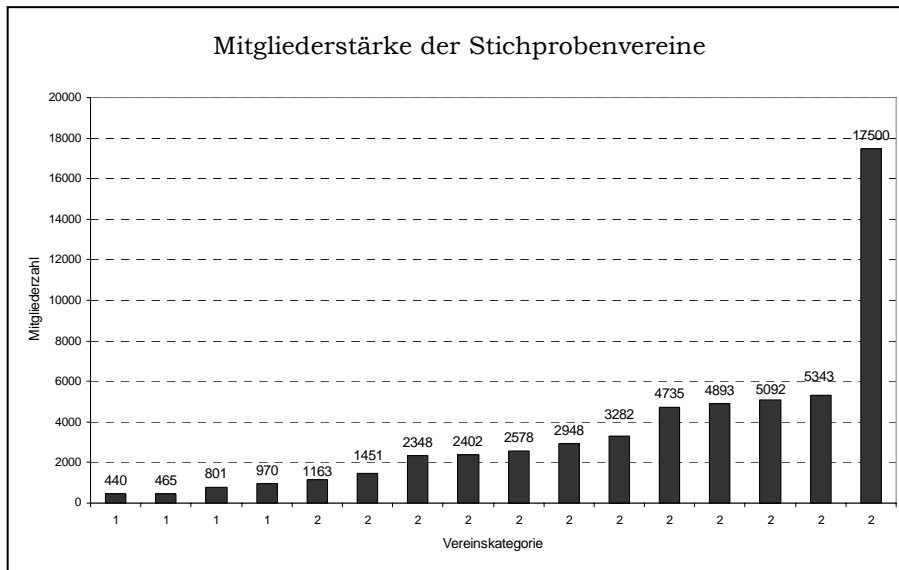


Abb. 4-1: Größe der Stichprobenvereine anhand der Mitgliederstärke inkl. Kategorisierung nach Klein- (1) und Großverein (2) (N=16)

Der deutlich überwiegende Teil der Vereine ist der Form des Mehrsportvereins zuzurechnen (87,5%). Unter den übrigen 12,5% sind ein Fußball- und ein reiner Gesundheitssportverein. Die Angebotslage der Vereine zeigt sich in der Gesamtschau schwerpunktmäßig dem Fitness- und Präventionssport (jeweils 43%) gegenüber Angeboten mit rehabilitativem Charakter (14%) verpflichtet. Die inhaltliche Ausrichtung des *Rehabilitationssports* weist Programme zum Coronarsport (n=25) als eindeutige Spitzenreiter aus. Gefolgt werden diese von rehabilitativen Wirbelsäulenprogrammen (n=16) und Osteoporosetherapien (11). Eine genaue Verteilung liefert Abb. 4-2:

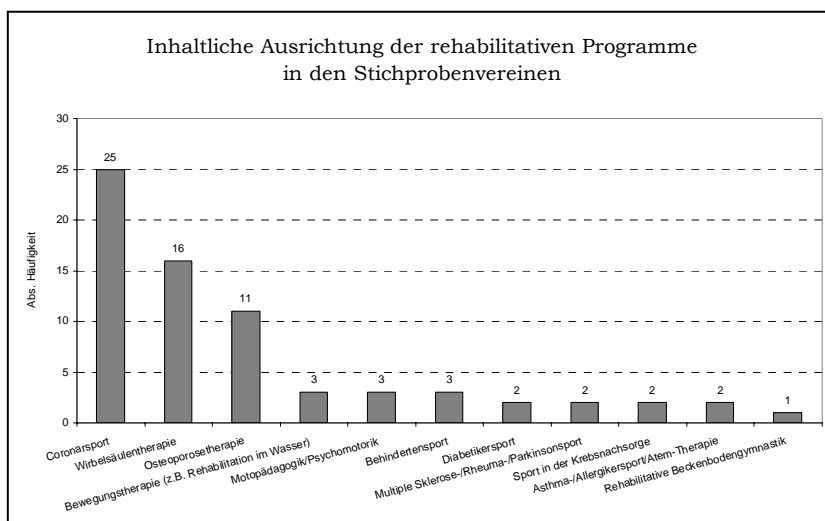


Abb. 4-2: Verteilung der rehabilitativ ausgerichteten Angebote in den rekrutierten Sportvereinen

Die inhaltliche Ausrichtung im *Präventionsbereich* wird dominiert von Angeboten zur Wirbelsäulengymnastik (n=64). Darüber hinaus liegen in der Grundgesamtheit eine ganze Reihe von Angeboten zur Seniorengymnastik (n=23), sowie Programme mit Entspannungscharakter (Tai Chi, Entspannungstraining, Yoga etc.) vor (n=19). Eine detaillierte Darstellung der Häufigkeitsverteilung im Präventionsangebot liefert Abb. 4-3. Zu berücksichtigen gilt, dass hierbei zur Garantie einer Übersichtlich- und Ver-

gleichbarkeit lediglich diejenigen Programme aufgenommen wurden, die mit mindestens vier Angeboten in der Grundgesamtheit vertreten sind. Die verbleibende Angebotspalette wird gebildet durch Programme wie Venengymnastik, Gesundheitstraining, Ausgleichsgymnastik oder 50 plus-Angebote (vgl. Tab. A-1 im Anhang).

Eine Beschreibung der vorliegenden *Fitnessangebote*, aus denen sich die Teilnehmerstichprobe rekrutiert, stößt auf die Problematik der Vielfältigkeit. Mit Angeboten aus dem Bereich Aerobic ist die Zielgruppe der an Fitness interessierten Herz-Kreislauf-Sportler dabei am stärksten vertreten. Weiterhin wurden Angebote, die sich an einem Programm zum Thema Problemzonengymnastik bzw. Sportprogramme für Übergewichtige oder zur Gewichtsreduktion und Angebote zum Muskelaufbau berücksichtigt. Schließlich zählen auch Angebote mit speziell gymnastischen Inhalten zur Fitnesssteigerung (z.B. Skigymnastik, Frauen- bzw. Herrngymnastik, Callanetics) dazu und wurden deshalb hier verbucht. Einen Überblick liefert Tab. A-1 im Anhang.

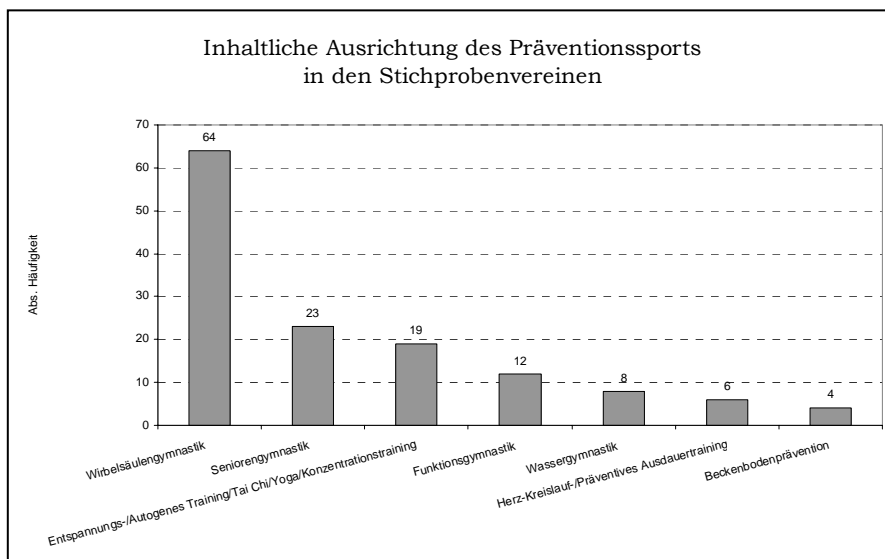


Abb. 4-3: Verteilung der präventiv ausgerichteten Angebote in den rekrutierten Sportvereinen (Programme mit $n < 4$ werden nicht angegeben.)

Hinsichtlich der *Zielgruppenorientierung* weisen die untersuchten Vereine eine starke Betonung des Erwachsenensektors auf, während sich Senioren nicht als feste Größe in der Zielgruppenbestimmung orten lassen: Insgesamt 67 Angebote sind in den 16 Sportvereinen explizit für Senioren ausgeschrieben. Dieser Umstand korrespondiert mit den Aussagen über eine beachtlich niedrige Quote an speziellen Seniorenprogrammen in deutschen Sportvereinen, wie sie EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU (2001, 218ff) oder anklänglich schon HEINEMANN & SCHUBERT (1994) oder TIMM (1979) jeweils für das Gesamtangebotsspektrum von Vereinen ermittelt haben. Ursächlich wird hier der stark vertretene Rehabilitationsbereich im Gesundheitssport der Vereine angenommen, der einen Großteil der sportlich aktiven Senioren aufzufangen scheint. Im Präventions- oder gar Fitnessgesundheitssport finden Sportlerinnen und Sportler der höheren Altersgruppen „noch“ kein klassisches Angebotsfeld. Eine Differenzierung ist hier vorzunehmen bezüglich der Größe des Vereins. Die bei ROTH (2000, 42ff) geleiste-

ten Analysen zeigen, dass Kleinvereine (bis 1000 Mitglieder) hier und bezüglich spezieller Zielgruppenangebote einen leichten Vorsprung erreichen.

Ein direkter Vergleich der Vereinsklassen (Groß- bzw. Kleinverein) weist für die Großvereine den Hauptteil der Angebote für die Zielgruppen Kinder/Jugendliche und Erwachsene aus. Kleinvereine hingegen konstituieren ihr Sportangebot vornehmlich durch Programme für Erwachsene und spezielle Zielgruppen, wie z.B. den Rehabilitationssport, an denen Erwachsene und Senioren gleichermaßen teilnehmen (vgl. Tab. 4-3).

Angebote		Kleinvereine		Großvereine	Angebote				
%	Abs. Häuf.	SD	M	Zielgruppen	M	SD	Abs. Häuf.	%	
14,6%	8	1,83	2,00	Kinder und Jugendliche	15,08	13,77	181	23,8%	
43,6%	24	4,83	6,00	Erwachsene	34,83	39,98	418	55,0%	
3,6%	2	1,00	0,50	Senioren	5,42	5,96	65	8,6%	
34,6%	19	5,19	4,75	Spezielle Zielgruppen	5,25	4,16	63	8,3%	
0,0%	0	0,00	0,00	Betriebssportgruppen	1,00	2,59	12	1,6%	
3,6%	2	0,58	0,50	Saison- u. bes. Angebote	1,75	1,42	21	2,8%	
100%	55	Summe						760	100%

Tab. 4-3: Statistische Kennwerte zur Zielgruppenorientierung des Gesundheitssportangebots in den der Teilnehmerstichprobe zu Grunde gelegten Klein- (n=4) und Großvereinen (n=12) (ROTH, 2000, 45)³⁸

Zur Gewinnung von Vereinssportlern und damit potentiellen Mitgliedern installieren Sportvereine vermehrt *Kursangebote*, die eine zeitlich begrenzte und so für den Sportler überschaubare Teilnahme am Vereinssport ohne sofortige Bindung ermöglichen. Zur Beachtung sollte dieser Aspekt jedoch grundsätzlich angeführt werden, da die Bindung an eine sportliche Aktivität und damit die Erziehung zu einem lebensbegleitenden Sport als entscheidend gilt für die Wirksamkeit auf gesundheitliche Parameter (HOLLAMN & HETTINGER, 2000; PAHMEIER, 1994; WEINECK, 1997). Insbesondere PAHMEIER (1994a) konnte dem Thema Drop out und Bindung an gesundheitsorientierte Sportprogramme in den vergangenen Jahren in der deutschsprachigen Forschung zur nötigen Beachtung verhelfen. Für ein Dabeibleiben sind zwar vielschichtige Voraussetzungen nötig, der Einstieg zu einer sportlichen Aktivität über ein Kursprogramm sollte jedoch, um beständigen Gesundheitsnutzen zu ziehen, in eine dauerhafte Betätigung überführt werden, also in ein Dauerprogramm münden, wenn nicht vorausgesetzt wird, dass Kursprogramme nahtlos nacheinander belegt werden.

Im Mittel komplettieren die Sportvereine der Basisuntersuchung das Gesundheitssportangebot mit 19% Kursangeboten. Ein signifikanter Unterschied in den Gesundheitssportdimensionen konnte nicht

³⁸ Die Zielgruppe „Senioren“ wird bezüglich des Alters ab 60 Jahren bestimmt. Unter Angeboten für spezielle Zielgruppen wurden solche Programme subsumiert, die durch ihre inhaltliche Ausrichtung sowohl Erwachsene als auch Senioren rekrutieren, wie z.B. Asthmasport, Osteoporosegymnastik. Aus ähnlichen Gründen so wie mit dem Argument einer zeitlich begrenzten Installation im Vereinsangebot einerseits oder eine unregelmäßige Nutzung durch die Sportler andererseits wurden saisonal gebundene Angebote (z.B. Lauftreffs, Übungszeiten im Fitnessstudio) bei der altersorientierten Zielgruppenübersicht gesondert betrachtet.

nachgewiesen werden (vgl. Tab. 4-4). Die größte Zielgruppe für Kursangebote rekrutiert sich unter erwachsenen Sportlern. Senioren und Kinder bzw. Jugendliche sind in den untersuchten Vereinen eher seltener in Kursangeboten organisiert (vgl. ROTH, 2000, 56).³⁹

<i>Dimensionen der Gesundheitssportkurse⁴⁰</i>	<i>Gesamt (N=16)</i>	<i>% gesamt</i>	<i>Großvereine (n=12)</i>	<i>% Großvereine</i>	<i>Kleinvereine (n=4)</i>	<i>% Kleinvereine</i>
Fitness	48	18,7%	47	18,7%	1	14,3%
Prävention	45	19,7%	35	15,3%	10	45,5%
Rehabilitation	11	17,5%	11	17,5%	0	-
Gesamt	104	19,1%	93	17,1%	11	23,0%

Tab. 4-4: Aufteilung der Kursangebote nach deren gesundheitsorientierten Ausrichtung in den Sportvereinen der Basisuntersuchung gesamt, sowie in Groß- (n=12) und Kleinvereinen (n=4) durch absolute und relative Häufigkeit (ROTH, 2000, 55)

4.3.3 Stichprobe der Teilnehmer

4.3.3.1 Identifizierung der relevanten Sportvereinskriterien

Im Rahmen des Evaluationsprojekts „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ erfolgte die Datenerhebung zu Teilnehmern in Sportangeboten der untersuchten Vereine, die sich gemäß ihrer inhaltlichen Ausrichtung dem Gesundheitssport (vgl. Kapitel 2) zuordnen ließen. Maßgabe war dabei die Aktivität in Angeboten, die ausschließlich in der Organisationsverantwortung der Vereine lag, wobei für Kursangebote kein Ausschlussprinzip erhoben wurde (vgl. hierzu Abschnitt 4.3.2).

Die Teiluntersuchung der Teilnehmer in Gesundheitssportangeboten richtete sich an Sportler aus Angeboten für die Zielgruppen Erwachsene und Senioren. Aufgrund der Inventare und Konstruktionsqualitäten des Erhebungsinstrumentariums war die Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen nicht intendiert. Aus Angeboten dieser Zielgruppe wurde keine Stichprobe gezogen. Eine Aktivität von Jugendlichen in Angeboten für Erwachsene nicht ausschließend, wurde eine Begrenzung der Probanden im soziodemographischen Merkmal des Alters jedoch nicht vorgenommen. Begründet werden kann dies einerseits mit der Unerheblichkeit bezüglich des Untersuchungsrahmens, der globale Aussagen zum Untersuchungsgegenstand zum Ziel hat und weniger eine Einordnung der Ergebnisse in die Jugend- oder Erwachsenenforschung vornehmen will. Andererseits erschien die Orientierung an der Aktivität in Fitness-, Präventions- oder Rehabilitationsangeboten des Vereinssports der Probanden mit einer höheren Priorität belegt als die Erfassung einer Altersstichprobe.

Die zu Grunde liegende Gesamtstichprobe umfasst einen Datensatz von 2056 Gesundheitssportlern im Alter zwischen 13 und 90 Jahren (M=54,27), wovon 72,6% weibliche und 27,4% männliche Personen sind.

³⁹ Der Anteil der Kursprogramme für Erwachsene liegt bei 19,1%, das erfasste Seniorenprogramm besteht zu 3,0% aus Kursangeboten, für Kinder und Jugendliche werden insgesamt 9,0% der Angebote in Kursform offeriert (spezielle Zielgruppen: 9,8%, Betriebssportangebote: 41,7%).

⁴⁰ Ohne Saison- und besondere Angebote, ohne allgemeine Angebote für Kinder und Jugendliche.

4.3.3.2 Klassifizierung nach den angelegten Gesundheitssportdimensionen

Für die Zielstellung der Untersuchung, die im Wesentlichen durch die Unterscheidung von Personen in verschiedenen Gesundheitssportdimensionen hinsichtlich Merkmalen ihrer Gesundheitswahrnehmung und ihres Organisationsprofils formuliert wird, ist die Zuordnung der Probanden zu den gestellten Dimensionen von wesentlicher Bedeutung. Mit diesem Hintergrund wird die Stichprobe im Folgenden den Klassen Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportlern zugeordnet.

4.3.3.2.1 Verfahren

Im Rahmen der schriftlichen Befragung wurden von den Probanden Daten zu deren Angebotspartizipation erhoben. Aus den Angaben resultierte eine Auflistung von mehr als 150 Angebotsnennungen, die in Abhängigkeit des jeweiligen Vereins geprüft und klassifiziert werden mussten. Insbesondere die facettenreiche und fantasiebetonte Titulierung einiger fitnessorientierter Angebote in den Sportvereinen musste zunächst anhand vorliegender Angebotsbeschreibungen identifiziert werden. Eine angelegte a posteriori-Klassifizierung und -codierung für die weitere Datenverarbeitung legte die erfassten Sportangebote⁴¹ als Basis an und machte zunächst eine Unterscheidung von fest installierten Bewegungsangeboten, die in sozialen Gruppen regelmäßig (zu einem bestimmten Tag im Wochenplan des Vereinsangebotes und zu einer festen Zeitpunkt des Tages) abgehalten werden und solchen, die naturgemäß einer freien Organisation unterliegen, nötig. Zu letzteren zählen insbesondere solche Programme, die eine zeitliche Gestaltung hinsichtlich Trainingshäufigkeit, -intensität und -dauer dem Sportler selbst in die Verantwortung legen (z.B. Trainingsangebote an Kraftgeräten im Fitnessstudio, Lauf und Walkingtreffs, selbstständiges Schwimmtraining etc.) (vgl. Abb. 4-4).

Die endgültige Zuordnung der Angebote aus dem Pool der Probandennennungen geschah in einem ersten Arbeitsschritt schließlich über zwei Pfade: Zunächst erfolgte eine Einteilung der als eindeutig zu klassifizierenden Bewegungsangebote (z.B. Wirbelsäulengymnastik als Präventivprogramm, Koronarsportgruppe als Rehabilitativangebot, Aerobic für fitnessorientierte Angebote etc.). Anschließend wurden einzelne Programme nach Prüfung der Vereinsausschreibung (Angebotsflyer, Programmhandzettel, Interviewdaten der Vereinsorganisatoren zum Angebot⁴²) klassifiziert und den Dimensionen des Gesundheitssports zugerechnet, wobei freie Bewegungsangebote (Schwimmen, Walking etc.) zunächst unberücksichtigt blieben. Diese Angebote mussten sekundär behandelt werden, da die spezifische Trainingsintention der Probanden hier nicht durch einen Programmverlauf bzw. eine programmimmanente Zielsetzung vorgegeben ist. Nutzt ein Sportler beispielsweise ein vereinseigenes Fitness-Studio, kann dies aus präventiven Gesichtspunkten zum vorbeugenden Kraftaufbau (z.B. unterstützend zu einem Wirbelsäulenprogramm) ebenso geschehen, wie mit der Absicht einer weiterführenden rehabilitativen Intention (z.B. nach einer Operation). Auch eine klare fitnessorientierte Ausrichtung wie der Aufbau von Muskelmasse ist denkbar. Vergleichbare Divergenzen ergeben sich für weitere Angebote dieser Strukturklasse (z.B. eigenständige Nutzung einer Schwimmanlage, Walking-/Lauftreff,

⁴¹ Eine Tabellierung der Codes bzw. Labels zu den belegten Bewegungsangeboten aus der Stichprobe findet sich im Anhang (Tab. A-1).

⁴² Den Interviewskripten zu den mündlichen Befragungen der Vereinsorganisatoren, die aus dem Evaluationsprojekt stammen, konnten Informationen zum Vereinsangebot inklusive der jeweiligen Ausrichtung, Schwerpunktsetzung und Zielorientierung des Vereins bzw. der Programme entnommen und für diese Aufgabenstellung zu Rate gezogen werden.

freie Übungsstunden ohne Übungsleiterbetreuung, Aktionsprogramme für Senioren). Diese Vielschichtigkeit in der Vereinssportpraxis machte ein vergleichsweise aufwändiges Verfahren nötig, das nicht nur eine Reihe von Einzelprüfungen beinhaltete, sondern auch Differenzierungen von gleich- oder ähnlichnamigen Programmen nötig machte, was den Veranstalter und damit die Ausrichtung dieser Angebote betrifft. D.h. ein Angebot mit dem Titel „fit forever“ kann in Verein A einer Fitnessorientierung vergleichbar einem Aerobic-Programm unterliegen, während es in Verein B einer Präventivmaßnahme zur Gewichtsreduktion entspricht. Eine Übersicht zur Grundlage dieses Verfahrens ist Tabelle A-1 im Anhang zu entnehmen.

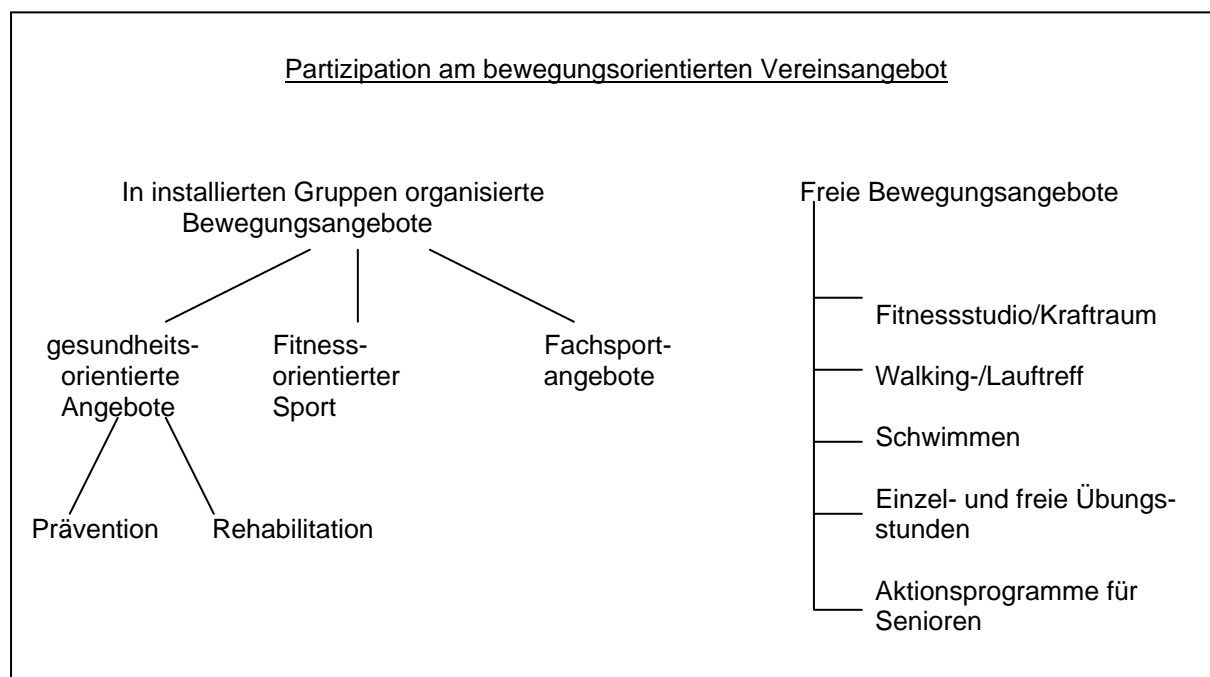


Abb. 4-4: Differenzierung der Angebotspartizipation nach Angeboten in installierten Gruppen und freien Bewegungsangeboten zur Operationalisierung der Sportleraktivität in der vorliegenden Studie

Im zweiten Schritt erfolgte eine primäre Sortierung der Probanden nach der Priorität der Teilnahme an „in installierten Gruppen organisierten Sportangeboten“ (z.B. Wirbelsäulengymnastik, Asthmasportgruppe), woraus die Differenzierung der Versuchspersonen nach der Ausrichtung ihrer sportlichen Aktivität in den Dimensionen des Gesundheitssports resultierte. Das Ergebnis dieses Schrittes ist im folgenden Abschnitt dargestellt.

Eine Betrachtung der Partizipation an freien Angeboten wurde in einem nächsten Schritt vollzogen. Ergebnisse hierzu sind dem Abschnitt 5.3.4 im empirischen Teil zu entnehmen.

4.3.3.2.2 Ergebnis

Eine beabsichtigte Differenzierung der Sportler gemäß ihrer gesundheitlichen Orientierung machte eine Reduzierung der Stichprobe um diejenigen Probanden nötig, die gemessen an ihrem Belegungsprofil keine eindeutige Ausrichtung in der Gesundheitssportdimension erkennen ließen. Zu berücksichtigen galt dabei nicht nur die Tatsache, dass etwa 43% der Teilnehmer mehr als ein praktisches Angebot im Verein nutzen und so z.T. eine zwei- oder gar dreidimensionale Gesundheitssportausrichtung

tung vereinen. Darüber hinaus stellt sich bereits bei Teilnehmern, die an einem Vereinsangebot teilnehmen, das Problem der Zuordnung, wenn diese z.B. ausschließlich das vereinseigene Fitness-Studio nutzen, was aus präventiven Motiven ebenso erfolgen kann wie zur Stärkung der allgemeinen Fitness oder gar aus rehabilitativen Zielsetzungen heraus. Vor dem Hintergrund dieser komplexen Realität wurden für eine Klassifizierung der Stichprobe mit Hilfe einer Einzeltypisierung der Probanden die Sportler in Abhängigkeit ihres individuellen Belegungsprofils vorgenommen und einer der drei Dimensionen (Fitness-, Präventions-, Rehabilitationssport) zugeordnet oder aber aus den erörterten Gründen aus der Gesamtstichprobe eliminiert.

Die Kriterien dieses Klassifizierungsvorganges sind aus Tabelle 4-5, das Ergebnis aus Abbildung 4-5 abzulesen.

Sportlertypen gemäß Belegungsprofil	Belegungskriterien
Fitnesssportler (1) (n=436)	Teilnahme an Angeboten – oder Kombinationen von Angeboten –, die eine allgemeine oder spezifische Fitnessförderung intendieren sowie an Breiten- bzw. Freizeitsportangeboten, die nicht dem Fachsport zuzuordnen sind
Präventionssportler (2) (n=915)	Teilnahme an Sportangeboten – oder Kombinationen von Angeboten –, die eindeutig präventive Zielsetzungen aufweisen
Rehabilitationssportler (3) (n=401)	Teilnahme an Sportprogrammen – oder Kombinationen von Angeboten – mit klar rehabilitativem Charakter

Tab. 4-5: Bildung der drei Sportlertypen in Abhängigkeit des individuellen Belegungsprofils (N=1752)

Über die Hälfte der Stichprobe ist der Dimension des Präventionssports zuzurechnen (52%). Ein Viertel der Probanden konnte der Klasse der Fitnesssportler zugeordnet werden (25%). Die übrigen 23% üben im Verein Gesundheitssport mit rehabilitativer Intention aus. Eine genaue Beschreibung der Teilstichproben hinsichtlich soziodemographischer Merkmale ist Abschnitt 4.3.3.3 zu entnehmen.

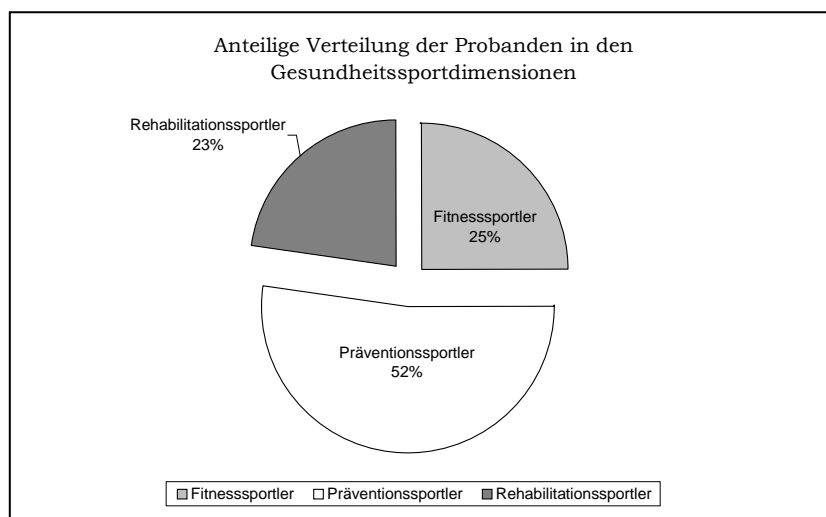


Abb. 4-5: Prozentuale Verteilung der Gesundheitssportlertypen in der Stichprobe (N=1752)

4.3.3.3 Beschreibung der Stichproben

4.3.3.3.1 Soziodemographische Merkmale der Gesamtstichprobe

In erster Annäherung an das Datenmaterial soll eine Analyse der Gesamtstichprobe hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht, Nationalität, Merkmale des Familienstands, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit erreicht werden. Bei der Dokumentation der Nationalität wird aus Gründen der Unerheblichkeit angesichts des geringen Anteils (2,2%) auf weiterführende Analysen über die Häufigkeitsverteilung hinaus verzichtet.

Die Stichprobe setzt sich mit einem Gesamtersmittelwert von 55,13 Jahren (SD=13,608) aus 70,4% weiblichen und 29,6% männlichen Personen zusammen, wobei die Frauen im Durchschnitt etwas jünger sind als die Männer (Frauen: 53,32 Jahre, Männer: 59,41 Jahre).

	M	SD	range⁴³
Alter (n=1738)	55,13	13,608	31-74
weiblich (n=1223)	53,32	13,832	30-74
männlich (n=514)	59,41	12,020	34-75
	n		%
Geschlecht (n=1742)			
weiblich	1227		70,4
männlich	515		29,6
Nationalität (n=1740)			
deutsch	1702		97,8
nicht deutsch	38		2,2
Merkmale des Familienstandes (n=1734)			
verheiratet, mit dem Ehepartner lebend	1333		76,9
verwitwet	162		9,3
ledig, ohne festen Partner	78		4,5
ledig, mit festem Partner	73		4,2
geschieden	72		4,2
verheiratet, getrennt lebend	16		0,9
Kinder (n=1655)			
ja	1431		86,5
nein	224		13,5

Tab. 4-6: Ausprägung der soziodemographischen Merkmale Alter, Geschlecht und Merkmale des Familienstands in der Untersuchungsstichprobe (N=1752; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Die eindeutige Mehrheit der Probanden ist verheiratet und lebt mit dem Partner zusammen (76,9%). Ein unerwartet großer Prozentsatz ist verwitwet (9,3%), was mit dem hohen Altersmittelwert einher geht und damit erklärbar ist, dass die Anzahl der über 60-Jährigen unter den Versuchspersonen stark

⁴³ Als Dispersionsmaß zur Angabe der Variationsbreite wird ein eingeschränkter Streubereich angegeben, der durch den Interpercentilbereich ($P_5 - P_{95}$) repräsentiert wird. Diese Einschränkung wurde vorgenommen, da die Varianz aufgrund von Ausreißerwerten stark von der Spannweite der Daten abweicht.

vertreten ist ($n=707$ entspricht 40,4%), die dieser Familienstandsvariante in der Stichprobe Gewicht verleihen. Auf die übrigen Lebensformen, die einen unverheirateten Status repräsentieren, entfallen wenige Nennungen, die sich zwischen einem Anteil von 4,5 und 0,9% bewegen (vgl. Tab. 4-6).

Als zusätzlicher Faktor der Familienstruktur der Probanden wurde die Frage nach Kindern gestellt, die eine deutliche Mehrheit mit „ja“ beantwortet: 86,5% der Befragten haben Kinder.

Tab. 4-6 bietet einen allgemeinen Überblick zu den erhobenen und im weiteren Verlauf näher zu untersuchenden soziodemographischen Kennwerten der Gesamtstichprobe.

Zugunsten einer präzisen Stichprobendeskription wurden die Probanden in vier *Altersgruppen* (AG) unterteilt: AG 1: bis 26 Jahre, AG 2: 27-40 Jahre, AG 3: 41 bis 60 Jahre und AG 4: ab 61 Jahre. Die Geschlechterverteilung erweist sich hier in den jüngeren Jahrgängen bis 60 Jahren als sehr „frauenlastig“, während sich die AG 4 (ab 61 Jahren) vorwiegend durch Männer konstituiert. Diese Gewichtsverlagerung lässt sich durch den hohen Männeranteil in den vereinsorganisierten Herzsportgruppen erklären. Als Erklärungsmodell sei angefügt, dass aufgrund eines hypothetischen Faktorenkonglomerats bestehend aus biologisch-genetischen, kulturellen und sozialen Momenten von einer Präferenz der Männer bei koronaren Herzkrankheiten ausgegangen wird (KLOTZ, 1998; KOLIP, 1997), was die deutliche Präsenz dieses Geschlechts in jenen spezifischen Sportprogrammen erklären mag. Für die Erhebung konnten Probanden zur Altersgruppe der unter 27-Jährigen vergleichsweise am geringsten rekrutiert werden.

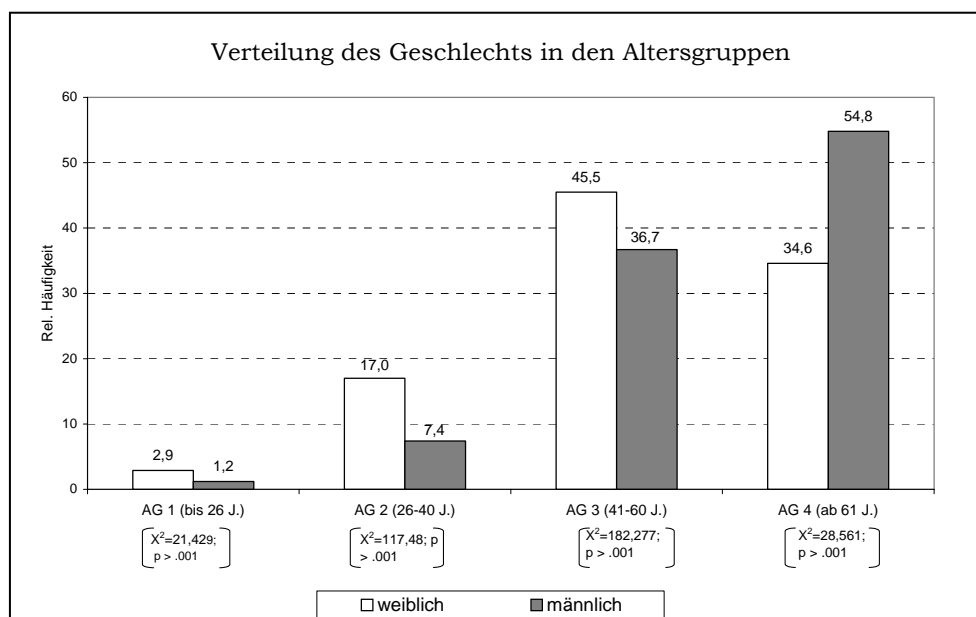


Abb. 4-6: Geschlechterverteilung in den Altersgruppen 1 bis 4 inklusive Angabe des Chi-Quadrat-Wertes und des Signifikanzniveaus zur Prüfung auf Differenzen der Merkmalsverteilung in den Teilgruppen (N=1741)

Die soziale Schicht der Stichprobe spezifizierend konnten Daten zu den erhobenen Komplexen *Berufs- bzw. Hochschulbildung, Erwerbstätigkeit* und derzeit *ausgeübter Beruf* genutzt werden, die in Analogie zum Inventar des Mikrozensus „Bevölkerung und Erwerbstätigkeit“ des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2000) operationalisiert worden sind.

Die Mehrheit der Probanden (28,9%) kann eine kaufmännische Lehre nachweisen. Der Abschluss einer Berufsfach- bzw. Handelsschule ist in der Stichprobe auch recht häufig (13,2%) vertreten. Die Quote der Universitätsabsolventen liegt bei 10,7%. Nicht deutlich weniger Probanden weisen keinen Ausbildungsabschluss auf (9,6%). Dieses Stichprobensegment rekrutiert sich zur Hälfte aus der Altersgruppe der über 61-Jährigen und hinsichtlich des Geschlechts vorwiegend aus Frauen, was einen statistischen Hinweis auf die traditionelle gesellschaftliche Rolle der Frau in der betreffenden Generation liefert.

Bezüglich einer Differenzierung nach dem Geschlecht der Versuchspersonen ist bei Frauen eine Ausbildung mit kaufmännischer Ausrichtung (36,4%), für Männer der Abschluss auf einer Meister- bzw. Technikerschule (22,4%) am zahlreichsten vertreten. Das Absolvieren einer universitären Ausbildung kann bei Männern (16,1%) annähernd doppelt so häufig beobachtet werden wie bei Frauen (8,4%). Ein ähnliches Verhältnis mit einer etwas höheren Verhältnisquote bei Männern gilt für eine gewerbliche bzw. landwirtschaftliche Lehre (Frauen: 6,6% vs. Männer: 14,9%).

Die Ergebnisse zur Frage nach einer derzeitigen Erwerbstätigkeit soll einen besseren Einblick in den Status der sozialen Absicherung der Probanden bieten, die insbesondere im Zusammenhang mit Risiko- und Schutzfaktoren des Gesundheitsverhaltens von Bedeutung ist.

Berufs- bzw. Hochschulausbildung (n=1672)	Rel. Häuf. Frauen	Rel. Häuf. Männer	Gesamt Rel. Häuf.	Gesamt N
Keinen Ausbildungsabschluss	12,4	3,6	9,6	160
Gewerbliche/landwirtschaftliche Lehre	6,6	14,9	9,2	153
Kaufmännische Lehre oder Vergleichbares	36,4	11,5	28,9	483
Berufsfachschule/Handelsschule	15,2	8,7	13,2	221
Schule des Gesundheitswesens	5,5	0,4	3,9	66
Fachschule (Meister-/Technikerschule)	2,9	22,4	8,8	147
Beamtenausbildung	2,6	6,7	3,8	64
Fachhochschule/Ingenieurschule	3,8	13,9	6,8	114
Universität/Hochschule	8,4	16,1	10,7	179
Sonstige Ausbildung	6,3	2,4	5,1	85
Erwerbstätigkeit (n=1729)				
Nicht erwerbstätig	28,0	2,0	20,2	350
In Teilzeit beschäftigt	27,5	2,0	19,8	343
Voll erwerbstätig	13,2	34,1	19,3	333
Arbeitslos	1,2	2,3	1,6	27
Aus Altersgründen pensioniert/in Rente	22,2	35,4	26,3	454
Aus Gesundheitsgründen pensioniert/in Rente	6,0	17,8	9,6	166
Freiwillig pensioniert/in Rente	0,8	5,7	2,3	39
Sonstiges	1,1	0,8	1,0	17

Tab. 4-7: Verteilung der soziographischen Merkmale Berufs- bzw. Hochschulausbildung und Erwerbstätigkeit in der Untersuchungsstichprobe (N=1752; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Berufstätigkeit (n=1348)	Rel. Häuf. weibl.	Rel. Häuf. männl.	Ges. Rel. Häuf.	Ge-samt N
<i>Berufe der Land-, Tier- und Forstwirtschaft, des Gartenbaus</i>				
Land- und forstwirtschaftliche Berufe	0,3	0,5	0,4	5
Gartenbauberufe	0,3	-	0,3	4
Sonstige artverwandte Berufe	0,3	-	0,2	3
<i>Fertigungsberufe</i>				
Keramik-, Glas-, Chemie-, Kunststoffberufe	1,0	3,2	1,7	23
Berufe der Papierherstellung und -verarbeitung	0,3	0,7	0,4	6
Berufe der Metallbearbeitung, Holz- und Flechtwarenherstellung	-	0,3	1,0	13
Berufe des Metall-, Maschinenbaus und artverwandte Berufe	0,2	7,7	2,7	36
Elektroberufe	0,1	3,2	1,1	15
Textil- und Bekleidungsberufe	2,8	0,9	2,2	29
Ernährungsberufe	0,6	1,4	0,8	11
Hoch- und Tiefbauberufe	-	2,0	0,7	9
Ausbauberufe, Polsterer, Maler, Lackierer und verwandte Berufe	0,1	1,6	0,6	8
Maschinisten und zugehörige Berufe	0,4	1,4	0,7	10
Sonstige Fertigungsberufe	0,3	1,4	0,7	9
<i>Technische Berufe</i>				
Ingenieure, Physiker und Mathematiker	0,4	10,0	3,6	48
Chemiker	0,4	0,9	0,6	8
Techniker	0,3	4,5	1,7	23
Sonstige technische Berufe	1,1	5,9	2,7	36
<i>Dienstleistungsberufe</i>				
Warenkaufleute	10,3	4,8	8,5	115
Dienstleistungskaufleute und zugehörige Berufe	6,6	3,6	5,6	76
Verkehrsberufe	0,7	1,6	1,0	13
Organisations-, Verwaltungs-, Büroberufe	38,6	18,0	31,8	429
Ordnungs- und Sicherheitsberufe	0,3	3,6	1,4	19
Künstlerische Berufe	0,3	-	0,2	3
Gesundheitsberufe (Ärzte und Apotheker)	2,4	1,1	2,0	27
Sonstige Gesundheitsberufe	8,5	0,2	5,9	79
Sozial- und Erziehungsberufe	11,7	5,9	9,9	133
Sonstige Dienstleistungsberufe	5,4	3,2	4,7	64
<i>Sonstige Arbeitskräfte</i>	5,6	9,8	7,0	94

Tab. 4-8: Verteilung der beruflichen Tätigkeiten in der Stichprobe, kategorisiert (N=1349)

Die Stichprobe setzt sich aus etwa gleich vielen Erwerbstätigen wie Rentnern/Pensionären zusammen. Mehr als ein Drittel der Probanden gibt an, bereits pensioniert bzw. in Rente zu sein (gesamt: 38,2%), was mit dem insgesamt hohen Altersschnitt und der starken Präsenz der Altersgruppe 4 (s.o.) korrespondiert. Der Anteil derer, die aus gesundheitlichen Gründen aus dem Arbeitsleben ausgeschie-

den sind, liegt bei 9,6% und wird vorwiegend durch Personen gebildet, die über 61 Jahren (69,5%) bzw. zwischen 41 und 60 Jahren (28,0%) sind. Ein leichtes Übergewicht erhält der Anteil der Erwerbstätigen in der Stichprobe, der bei 39,1% angesiedelt werden muss, wobei sich diese Gruppe aus annähernd gleich großen Teilgruppen von voll Erwerbstätigen (19,3%) und Teilzeitbeschäftigten (19,8%) zusammensetzt. Als nicht erwerbstätig kennzeichnen sich 20,2% der Probanden. Diese Gruppe besteht fast ausschließlich aus Frauen (97,1%) und ist in der Mehrheit den Altersgruppen 3 und 4 zuzuordnen.

Die Arbeitslosenquote der Stichprobe liegt bei insgesamt 1,6%, wobei 1,2% der Frauen und 2,3% der Männer angeben, derzeit ohne Anstellung zu sein. Diese vergleichsweise niedrige Quote weist auf eine starke Selektivität der Stichprobe hin.

Geschlechtsspezifisch zeigt die Stichprobe eindeutige Schwerpunktsetzungen (vgl. Tab. 4-7): Während die befragten Frauen annähernd anteilsgleich teilzeitbeschäftigt (27,5%) oder nicht erwerbstätig (28,0%) sind, sind die Männer aus Altersgründen im Ruhestand (35,4%) bzw. Vollzeit im Beruf tätig (34,1%).

Die Berufe der Versuchspersonen wurden gemäß der Konvention des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2000) in vier Berufskategorien, inkl. Spezifizierungskategorien, sowie in sechs Klassen zum Berufsstand zusammengefasst (vgl. Tab. 4-8 und Abb. 4-7). Auf erster Näherung präsentieren sich Tätigkeiten aus dem Feld der Organisations-, Verwaltungs- und Büroberufe als klare Spitzenreiter (31,8%). Unter den weniger stark vertretenen Berufen scheinen allenfalls noch die Anteile auf Sozial- und Erziehungsberufen mit 9,9% der Probanden und Warenkaufleute mit 8,5% erwähnenswert.

Die Dominanz der Bürotätigkeiten bleibt auch bei einer geschlechterabhängigen Betrachtung bestehen. Sowohl unter den Männern (18,0%) als auch unter den Frauen (38,6%) der Stichprobe ist dies das vorrangige Berufsfeld. Die männlichen Probanden entstammen darüber hinaus zu 10,0% Ingenieurberufen. Bei Frauen liegen in vergleichsweise hohem Maße Sozial- und Erziehungsberufe (11,7%) vor. Annähernd ebenso häufig sind die weiblichen Probanden Warenkaufleuten zuzurechnen (10,3%). Die übrigen Verteilungen sind Tab. 4-8 zu entnehmen.

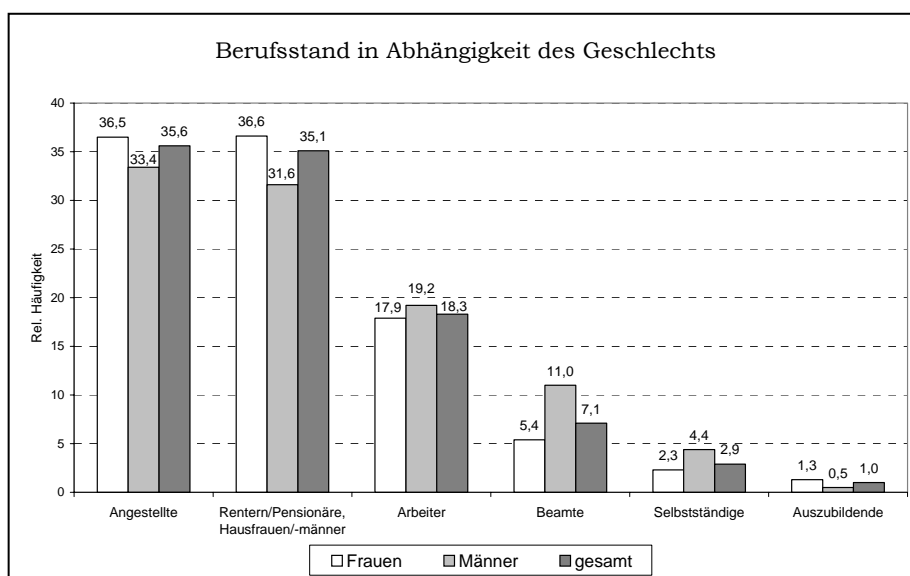


Abb. 4-7: Verteilung der Stichprobe nach Berufsstand und Geschlecht (N=1473)

Wie aus Abb. 4-7 zu entnehmen ist, liegen in einer *Klassifizierung des Berufsstandes* zwei Schwerpunkte vor, die jeweils einen prozentualen Anteil von etwas mehr als einem Drittel erhalten. Dies ist die Situation des Ruhestandes bzw. Rolle der Hausfrauen bzw. -männer einerseits und das Angestelltenverhältnis andererseits. Die Verteilung der Geschlechter innerhalb dieser Gruppen zeigt keine wesentlichen Verschiebungen; In beiden ist die Präsenz der Frauen etwas größer (vgl. Abb. 4-7). Die Kategorie der Arbeiter nimmt den dritten Rang ein und wird von mehr Männern als von Frauen besetzt (Männer: 19,2% vs. Frauen: 17,9%). Die gleiche Verlagerung ist unter Beamten und Selbstständigen zu beobachten. Hier finden sich jeweils etwa doppelt so viele Männer wie Frauen. Demgegenüber finden sich mehr weibliche Probanden in der Klasse der Auszubildenden als männliche.

Eine Analyse der Berufsgruppen nach Alter lässt keine eindeutige Tendenz finden. Erwartungsgemäß ist der Anteil der Auszubildenden in der AG 1 (bis 26 Jahren) am größten, während die Kategorie der Ruheständler bzw. Hausfrauen/-männer vorwiegend die AG 4 (ab 61 Jahren) besetzt. Probanden der AG 2 (27-40 Jahren) befinden sich häufiger in einem Arbeiterverhältnis als die übrigen Altersgruppen. Die Versuchspersonen der AG 3 (41-60 Jahren) weisen im Vergleich zu den übrigen Altersgruppen einen hohen Anteil Selbstständiger, Beamter und Angestellter auf.

4.3.3.3.2 Soziodemographische Merkmale der Teilstichproben

Im Folgenden werden die Teilstichproben, wie sie gemäß des oben stehenden Verfahrens (vgl. 4.3.3.2) differenziert wurden, hinsichtlich der soziodemographischen Kennzeichen Alter, Geschlecht, Familiensituation, Ausbildung und Beruf spezifiziert. Die folgenden Analysen stellen eine erste Näherung nicht nur zur Deskription der untersuchten Teilstichproben dar, sondern auch hinsichtlich darzustellender Gruppenunterschiede.

4.3.3.3.2.1 Alter und Geschlecht

Tab. 4-9 gibt die Verteilung der demographischen Variablen Alter und Geschlecht in den Teilstichproben wieder. Daraus sind zwei wesentliche Auffälligkeiten ersichtlich. Zum einen sinkt der verhältnismäßige Frauenüberhang gegenüber des Männeranteils von einem gerundeten 4:1-Verhältnis unter Fitnesssportlern über ein glattes 3:1-Verhältnis bei Präventionssportlern bis zu einem annähernden 2:1-Verhältnis in der Teilstichprobe der Rehabilitationssportler. Zum anderen lässt sich in dieser Richtung ein kontinuierliches Ansteigen des Altersmittelwertes feststellen, der für Fitnesssportler bei etwa 43 Jahren, für Präventionssportler bei 58 Jahren und für Rehabilitationssportler bei 62 Jahren liegt.

Die Stichprobe der in fitnessorientierten Angeboten aktiven Vereinssportler konstituiert sich vorwiegend aus Personen der Altersgruppe 3 und mit etwas Abstand der AG 2. Präventionssportler entstammen in der Hauptsache zu etwa gleich großen Teilen den Altersgruppen 3 und 4, während im Rehabilitationssport überwiegend Personen über 61 Jahren rekrutiert sind. Diese deutlichen Unterschiede weisen auf zwei hypothetische Zusammenhänge hin: Zunächst kann diese Entwicklung durch die allgemeine Häufung von Beschwerde- bzw. einer zunehmenden Manifestierung von Krankheitsbildern und entsprechender Wahl eines adäquaten Bewegungsprogrammes im Alter erklärt werden (vgl. Abschnitt 5.1.1 und 5.3.1). Darüber hinaus schlägt sich in dieser Verteilung die hohe Rekrutie-

rung von Coronasportlern in der Gesamtstichprobe nieder, die sich fast ausschließlich aus Männern zusammensetzt.

Merkmal	Teilstichprobe Fitnesssportler % (n)	Teilstichprobe Präventionssportler % (n)	Teilstichprobe Rehabilitationssportler % (n)
<i>Geschlecht</i>			
Männlich	21,4 (93)	25,0 (227)	48,8 (195)
Weiblich	78,6 (342)	75,0 (680)	51,3 (205)
<i>Altersgruppen</i>			
Bis 26 Jahren	7,8 (34)	0,7 (6)	0,7 (3)
27 bis 40 Jahren	36,7 (160)	8,7 (79)	3,0 (12)
41 bis 60 Jahren	47,9 (209)	43,3 (395)	36,2 (145)
Ab 61 Jahren	7,6 (33)	47,4 (433)	60,1 (241)
gesamt	100 (436)	100 (915)	100 (401)
<i>Altersdeskription</i>			
Mittelwert	42,79	57,96	62,12
Standardabweichung	11,919	11,991	9,687

Tab. 4-9: Verteilung demographischer Merkmale Alter und Geschlecht der Teilstichproben im Vergleich

4.3.3.3.2 Familiensituation

Bezüglich der erhobenen Merkmale zur Familiensituation konnten keine nennenswerten Unterschiede festgestellt werden. Die Ergebnisse bestätigen grundsätzlich die Vorherrschaft des Familienstandes „verheiratet, mit dem Partner lebend“ und weisen somit zusammen mit dem hohen Prozentsatz der Probanden, die angeben Kinder zu haben, auf eine vorhandene familiäre Netzdichte hin. Der Anteil der verwitweten Personen ist erwartungsgemäß unter den vergleichsweise jüngeren Fitnesssportlern (vgl. Tab. 4-10) niedriger als in den übrigen Teilstichproben. Ebenso verhält es sich mit dem Merkmal „geschieden“. Demgegenüber lassen sich für die Fitnesssportler im Vergleich mehr ledige Personen (mit und ohne Partner) nachweisen als für die übrigen Teilstichproben. Dieses Phänomen kann ebenfalls auf die spezifische Alterszusammensetzung der Stichproben zurückgeführt werden, die in Beziehung zur jeweiligen Phase der Lebensplanung stehen.

Der prozentuale Anteil der verheirateten Probanden, die mit ihrem Ehepartner zusammen leben, schwankt in den Teilstichproben zwischen 75,9% und 79,4%, wobei der höchste Wert für Rehabilitationssportler nachgewiesen werden kann. Der geringste Anteil hierzu entfällt auf die Stichprobe der Präventionssportler, die relativ gesehen die höchste Quote der geschiedenen Personen repräsentieren.

Merkmal	Teilstichprobe Fitnesssportler % (n)	Teilstichprobe Präventionssportler % (n)	Teilstichprobe Rehabilitationssportler % (n)
<i>Familienstand</i>			
Verheiratet, mit dem Ehepartner lebend	76,6 (331)	75,9 (685)	79,4 (317)
Verheiratet, getrennt lebend	0,9 (4)	0,9 (8)	1,0 (4)
Ledig, mit festem Partner	9,0 (39)	2,7 (24)	2,5 (10)
Ledig, ohne festen Partner	7,4 (32)	4,3 (39)	1,8 (7)
Geschieden	3,5 (15)	4,5 (41)	4,0 (16)
Verwitwet	2,5 (11)	11,7 (106)	11,2 (45)
<i>Kinder</i>			
Ja	82,3 (329)	86,7 (757)	90,2 (348)
Nein	17,7 (70)	13,3 (116)	9,8 (38)

Tab. 4-10: Verteilung soziodemographischer Merkmale zur Familiensituation der Teilstichproben im Vergleich

4.3.3.3.2.3 Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Berufsstand

Eine vergleichende Analyse der Ausbildungsdaten demonstriert über die Teilstichproben hinweg eine Dominanz der kaufmännischen Ausbildungsberufe, deren Anteil zwischen 23,6% und 30,8% variieren. Unter Fitnesssportlern ist auf der Basis eines höheren Wertes an universitären Ausbildungsgängen ein insgesamt höheres Bildungsniveau zu vermuten. Auf das Item „Fachhoch-/Ingenieurschule“ entfallen 10,2%, auf eine absolvierte Universitätsausbildung 15,3% der Nennungen. Beide Kennzeichen fallen über die Teilstichprobe der Präventions- zu den Rehabilitationssportlern hin stetig ab. Im Gegenzug weisen Probanden der Präventionsstichprobe einen erhöhten Anteil von Absolventen einer Berufsfach- bzw. Handelsschule auf. Unter Rehabilitationssportlern erscheint die Quote der Personen ohne Ausbildungsabschluss (13,7%) sowie mit einer gewerblichen bzw. landwirtschaftlichen Lehre (17,5%) sehr hoch. Dies ist u.U. auf den hohen Altersschnitt der Teilstichprobe und damit der Rekrutierung einer Generation zurückzuführen, die sowohl einem anderen Rollenverständnis verhaftet ist und damit eine niedrigere Ausbildungsquote unter Frauen aufweist⁴⁴, als auch im Vergleich zu heute andere Schwerpunkte in der beruflichen Orientierung (Gewerbe/Landwirtschaft) birgt.

Deutliche Unterschiede sind bezüglich der Erwerbstätigkeit zu verzeichnen. Der „typische“ Rehabilitationssportler ist im Ruhestand, wobei hier der hohe Anteil der aus gesundheitlichen Gründen aus dem Arbeitsleben geschiedenen Personen auffällig ist (21,7%). Unter den Fitnesssportlern herrscht eine annähernde Gleichverteilung in den Merkmalen „nicht erwerbstätig“ (26,4%), „voll erwerbstätig“ (32,2%) und „in Teilzeit beschäftigt“ (32,9%) vor. Die Teilstichprobe der Präventionssportler weist einen hohen Anteil an Ruheständlern bzw. nicht erwerbstätigen Personen auf. Der Anteil der Erwerbstätigen macht hier insgesamt etwa ein Drittel aus (vgl. Tab. 4-11).

⁴⁴ 82% der Probanden in der Teilstichprobe Rehabilitationssportler, die angeben keinen Ausbildungsabschluss zu haben, sind Frauen. Diese gehören mehr als zur Hälfte der AG 4 (ab 61 Jahren) an.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Verteilung der soziographischen Merkmale aufgrund der Stichprobenkonstitution eng mit den demographischen Kennzeichen zusammenhängen. Die Teilstichproben enthalten im Ergebnis recht konträre Probandentypen. Die „typische“ Versuchsperson aus der Fitnesssportlerstichprobe ist 43 Jahre alt, besitzt einen höheren Bildungsstand, ist weiblich und steht im Berufsleben. Der für die Untersuchung herangezogene „typische“ Rehabilitationssportler ist wesentlich älter (etwa 62 Jahre), ausbildungstechnisch weniger gut situiert und pensioniert bzw. in Rente. Die Stichprobe der Präventionssportler zeigt hingegen keine derart eindeutige Verteilungsstruktur.

Merkmal	Teilstichprobe	Teilstichprobe	Teilstichprobe
	Fitnesssportler	Präventionssportler	Rehabilitationssportler
	% (n)	% (n)	% (n)
<i>Berufs- bzw. Hochschulausbildung</i>			
Keinen Ausbildungsabschluss	8,4 (36)	8,4 (74)	13,7 (50)
Gewerbliche/landwirtschaftliche Lehre	5,1 (22)	7,6 (67)	17,5 (64)
Kaufmännische Lehre oder vergleichbares	29,5 (127)	30,8 (270)	23,6 (86)
Berufsfachschule/Handelschule	8,8 (38)	15,9 (139)	12,1 (44)
Schule des Gesundheitswesens	7,7 (33)	3,0 (26)	1,9 (7)
Fachschule (Meister-/ Technikerschule)	7,0 (30)	7,9 (69)	13,2 (48)
Beamtenausbildung	3,5 (15)	4,6 (40)	2,5 (9)
Fachhochschule/ Ingenieurschule	10,2 (44)	6,2 (54)	4,4 (16)
Universität/Hochschule	15,3 (66)	10,3 (90)	6,3 (23)
Sonstige Ausbildung	4,6 (20)	5,4 (47)	4,9 (18)
<i>Erwerbstätigkeit</i>			
Nicht erwerbstätig	26,4 (114)	20,8 (188)	12,2 (48)
Voll erwerbstätig	32,2 (139)	16,6 (150)	11,2 (44)
In Teilzeit beschäftigt	32,9 (142)	17,6 (159)	10,7 (42)
Aus Altersgründen pensioniert/in Rente	4,2 (18)	31,8 (288)	37,8 (148)
Aus Gesundheitsgründen pensioniert/in Rente	1,6 (7)	8,2 (74)	21,7 (85)
Freiwillig pensioniert/in Rente	1,4 (6)	2,8 (25)	2,0 (8)
Arbeitslos	0,2 (1)	1,8 (16)	2,6 (10)
Sonstiges	1,2 (5)	0,6 (5)	1,8 (7)

Tab. 4-11: Verteilung der soziographischen Merkmale Berufs- bzw. Hochschulausbildung und Erwerbstätigkeit der Teilstichproben im Vergleich

5. Empirische Befunde der Bereichsanalysen „Gesundheit und Vereinsleben“ in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter

Die Ergebnisdarstellung der vorliegenden Arbeit gliedert sich in zwei Teile, die mit den Kapiteln 5 und 6 vorliegen. In Kapitel 5 werden empirische Befunde zu den Bereichsanalysen im Gesundheits- und Vereinsleben der Probanden dargestellt. Dabei erfolgen neben einer Darstellung der Stichprobenverteilung auch Differenzierungen nach dem Alter und dem Geschlecht der Freizeit- und Gesundheitssportler. Im Einzelnen werden folgende Bereiche betrachtet: Gesundheit und Krankheit, allgemeines Gesundheitsverhalten, sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten sowie die Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport. In der Untersuchung dieser Bereiche wird der Frage nachgegangen, in welcher Ausprägung die Freizeit- und Gesundheitssportler im Verein ihre Gesundheit wahrnehmen, welche gesundheitlichen Bedingungen sie aufweisen. Ein großer Komplex befasst sich mit der Frage nach vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren, wobei letztere nicht nur auf Kernverhaltensweisen des Alltags beschränkt bleiben, sondern es werden auch angesichts des Untersuchungsrahmens innerhalb des sozialen Systems Sportverein Ressourcen der sportlichen Aktivität und Kompetenz im Handlungsfeld Sport im Blickpunkt stehen. Hierzu zählt auch die Erforschung dessen, wie Freizeit- und Gesundheitssportler ihre sportliche Aktivität – auch in gesundheitlicher Dimension – erleben und bewerten. Als methodischer Weg werden zur Analyse und Darstellung die deskriptiven Verfahren gewählt, die mit der Angabe von absoluten und relativen Häufigkeiten sowie statistischen Kennwerten (Mittelwert M , Standardabweichung SD) erreicht werden. Daneben werden mit Hilfe von univariaten Verfahren (Signifikanztests für normalverteilte Variablen: t-Test; Signifikanztests für nichtparametrische Verteilungen: Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben bzw. Kruskal-Wallis-Test für mehrere unabhängige Stichproben) Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Altersgruppen herausgearbeitet.

Die konstatierten Ergebnisse werden jeweils in zentralen Merkmalen zusammengefasst, kommentiert und mit externen Befunden kontrastiert bzw. in theoretische Modellüberlegungen eingeordnet.

Mit der deskriptiven Befunddarstellung geht in einigen Bereichen eine Instrumententwicklung für weiterführende Analysen einher. In diesem Zusammenhang kommen zum Zwecke der Dimensionenreduktion Faktorenanalysen zum Einsatz. Daneben werden die analytischen Verfahren durch eine Konfigurationsfrequenzanalyse mit dem Ziel einer Typengenerierung ergänzt.

Mit der Differenzierung der Bereichsanalysen nach den gebildeten Gesundheitssportlertypen befasst sich Kapitel 6 (Näheres siehe Ausführungen dort).

5.1 Gesundheit und Krankheit

Das Unterfangen, den Gesundheitszustand anhand verschiedener Faktoren zu bestimmen, trifft nicht auf gesicherten wissenschaftlichen Boden. Die Operationalisierung der Merkmale eines zu messenden Gesundheitszustandes fällt je nach angelegter Gesundheitsperspektive eher medizinisch-naturwissenschaftlich, soziologisch oder psychologisch aus. So spielen neben objektiven Daten wie Risikofaktoren, Krankheitssymptomen, Beschwerden oder diagnostizierten Erkrankungen auch subjektive Merkmale des Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitseinschätzung eine Rolle.

Neuere theoretische Modelle zur Gesundheit legen die Vermutung nahe, dass der Rückschluss von objektiv-medizinischen Parametern auf den „wahren“ Gesundheitszustand von Personen eine unzureichende Methode darstellt. Aus der Existenz von Krankheitssymptomen lässt sich ohne die Berücksichtigung von persönlichkeitspezifischen Merkmalen und Urteilen nicht ohne Weiteres auf das gesundheitliche Befinden von Personen schließen (ANTONOVSKY, 1997; LUTZ & MARK, 1995; SCHWENKMEZGER & SCHMIDT, 1994). Auf derartige Überlegungen antwortend setzen neue wissenschaftliche Studien auf eine Kombination von objektiv mess- bzw. erfassbaren und subjektiv abgefragten Daten zur Gesundheit (OPPER, 1998a; STATISTISCHES BUNDESAMT, 1996; WINKLER ET AL., 1996; WOLL & BÖS, 1994a). Damit versucht man nicht nur der Vorstellung eines integrativen Gesundheitsmodells gerecht zu werden, das physische und psycho-soziale Aspekte bei der abgrenzenden Erfassung von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt, sondern auch ein möglichst breites Maß an etwaigen Faktoren des gesundheitlichen Befindens einzufassen.

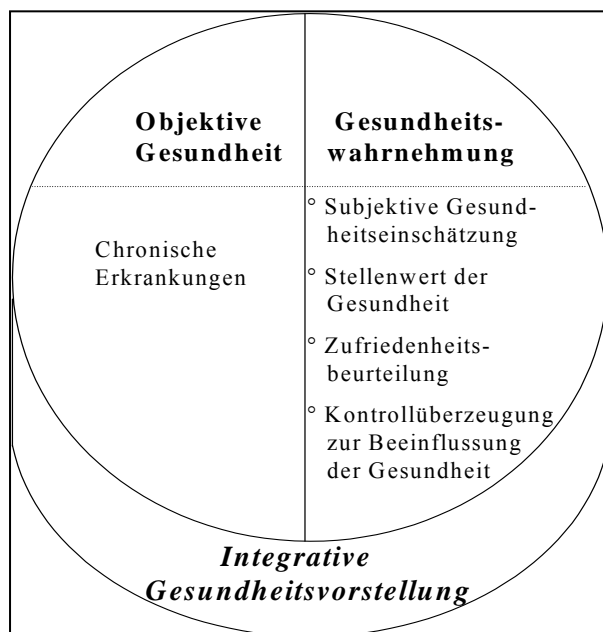


Abb. 5-1: Teilaspekte zur Operationalisierung von Gesundheit und Krankheit in der vorliegenden Untersuchung

Wie aus Abb. 5-1 ersichtlich, wird in der vorliegenden Untersuchung neben einer horizontalen Kombination auch eine vertikale Kombination von Merkmalen zur Beschreibung des Gesundheitszustandes der untersuchten Freizeit- und Gesundheitssportler verfolgt. Auf horizontaler Ebene erfolgt die Ergänzung der Erkenntnisse zur objektiven Gesundheit, die mittels Daten zur Existenz von chronischen Erkrankungen gewonnen werden, durch eine subjektive Dimension, der „Gesundheitswahrnehmung“.

Diese konstituiert sich aus den subjektiven Faktoren der Gesundheitszufriedenheit, Gesundheitsbewertung sowie der Beurteilung des Stellenwerts der Gesundheit und deren Beeinflussbarkeit. Dabei muss grundsätzlich von Wechselwirkungen und Überlagerungen der Faktoren ausgegangen werden, die die einzelnen Aspekte nicht unabhängig voneinander zur Ausprägung des subjektiven Gesundheitszustandes beitragen lassen.

Im Folgenden werden deskriptive Befunde sowohl zu den Einzelitems als auch zu den Gesamtindikatoren dargestellt, die für die Kontrastierung der Sportlergruppen (siehe hierzu Abschnitt 6.1) die Basis bilden.

5.1.1 Objektive Gesundheit

Als Maß für die Gesundheit als objektiv-messbaren Zustand können unterschiedliche Merkmale operationalisiert werden. Neben einer ärztlichen Anamnese (OPPER, 1998a; WOLL & BÖS, 1994a) existieren in der Forschung auch Modelle zur Beschwerde- oder Symptombdokumentation der Patienten (OPPER, 1998a; PAHMEIER, 1994a; RAMPF, 1999; TIEMANN, 1997a; WIAD, 1984; WINKLER ET AL., 1996; WOLL & BÖS, 1994a, WYDRA, 1996) als Zugang zu einer objektiven Einschätzung des gesundheitlichen Befindens. Insbesondere experimentelle Feldstudien in kleinerem Umfang generieren Daten zum Gesundheitszustand der Probanden häufig anhand von medizinischen Parametern (Leistungstests) oder Einschätzungen (Skalenbewertung eines Arztes). Umfassendere epidemiologische Studien fußen dagegen Befunde zur Gesundheitslage auf quantitative Befragungsdaten (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1999; 2000; WIAD, 1984; WINKLER ET AL., 1996).

Zur Bestimmung der objektiven Gesundheit wird im vorliegenden Fall die Frage nach bestehenden chronischen Erkrankungen analysiert. Als Nachsicherung zur Bedeutung der von den Probanden angegebenen Erkrankungen und damit als Abgrenzung zu mittleren Beschwerdebekundungen kann die Nachfrage nach einer ärztlichen Versorgung („Sind Sie wegen Ihrer gesundheitlichen Bedingungen in ärztlicher Behandlung?“) eingeschaltet werden. Eine kontrollierende Analyse ergab, dass 95,5% (N=1000) der Probanden, die angeben, an einer oder mehr chronischen Erkrankungen zu leiden, diesbezüglich auch in ärztlicher Behandlung sind. Von einer adäquaten medizinischen Absicherung der quasi-objektiven Angaben wird deshalb ausgegangen.

Die Probanden waren aufgefordert, aus einer Liste von elf möglichen Krankheiten („Wirbelsäulenerkrankung“, „Herz-Kreislauferkrankung“, „Asthma“, „Arthrose“, „Krebs“, „Osteoporose“, „Parkinson“, „Diabetes“, „Morbus Bechterew“, „Multiple Sklerose“ und „psychische Erkrankung“) evtl. zutreffende anzukreuzen. Darüber hinaus ermöglichte diese Fragestellung die erweiterte Angabe von zusätzlichen chronischen Erkrankungen, die unter „Sonstiges“ frei zu formulieren waren. Auf diese Antwortkategorie entfielen unter den 1752 Befragten insgesamt 199 Angaben, die in einem sekundären Analyseschritt auf der Grundlage biologisch-medizinischer Überlegungen kategorisiert und den Gruppen „Sonstige Erkrankungen der inneren Organe“, „Sonstige Erkrankungen des Bewegungsapparates“, „Hautkrankheiten und Allergien“ und „Sonstige Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems“ zugeschrieben wurden.

In der Gesamtbetrachtung zeigt sich, dass die Bedeutung der Wirbelsäulenerkrankungen auch für die vorliegende Stichprobe bestätigt werden kann: 32,5% (N=1702) der Befragten geben hier eine chronische Beschwerdequelle an. Dieses Ergebnis reiht sich in Befunde der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ein, die dem Schmerzbild Rückenprobleme einen erheblichen Anteil der direkten und Folgekosten im deutschen Gesundheitswesen zuschreibt (DIEMER & BUCHERT, 2002). An zweiter Stelle folgt das Krankheitsbild einer Herz-Kreislaferkrankung (18,2%), die somit ihre Bedeutung in der Krankheitsstatistik bestätigen (vgl. Abschnitt 2.2). Auch das Beschwerdebild „Arthrose“ in seiner chronischen Ausprägung wird von 15,6% der Probanden als Krankheitsbild angegeben. Alle übrigen Erkrankungsbilder erreichen die 10%-Marke in der Stichprobe nicht mehr (vgl. Abb. 5-2).

Die aus den freien Antworten kategorisierten Angaben zeigen ein Schwergewicht auf Erkrankungen der inneren Organe. Hierauf entfallen 3,1% (N=1702) der Nennungen. Deutlich „auf dem Vormarsch“ scheinen vor allem auch die Klasse der Hautkrankheiten und Allergien zu sein, die 2,8% der Antworten benennen.

Insgesamt gibt jedoch auch immerhin mehr als ein Drittel der Sportler an, völlig frei von chronischen Erkrankungen zu sein (36,5%; N=1702). Darunter fallen deutlich mehr Frauen als Männer (Chi-Quadrat-Test: $X^2=16,050$; $df=1$; $p < .001$).

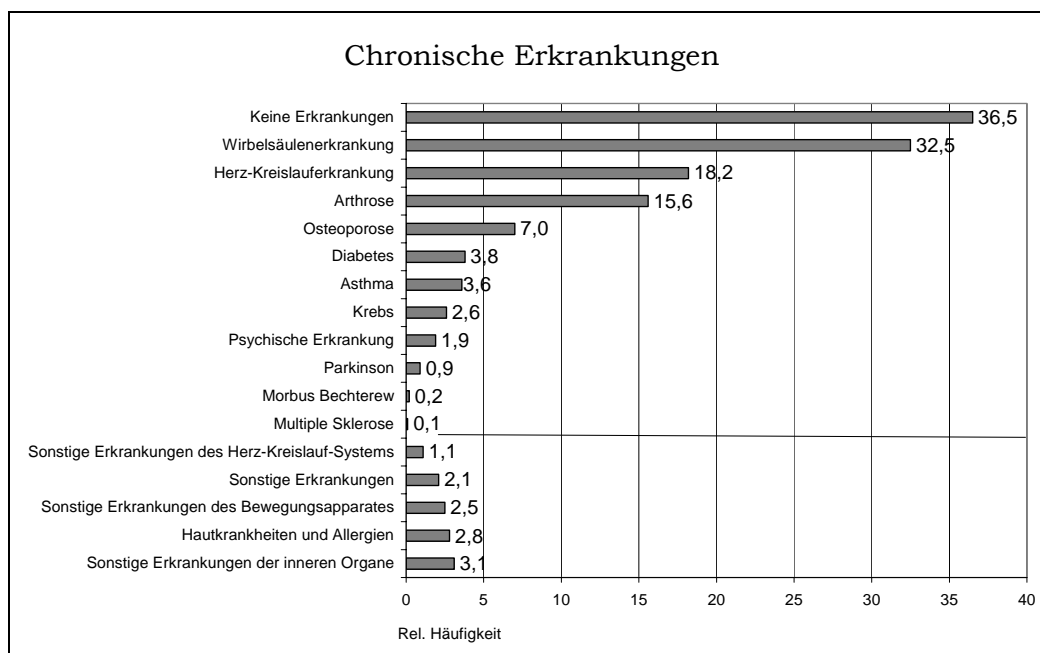


Abb. 5-2: Verteilung chronischer Erkrankungen in der Sportlerstichprobe/gruppierte Angabe der freien Antworten unter „Sonstige...“ (Angaben in Prozent; N=1702)

Geschlechtsimmanente Differenzen konnten mittels mehrfacher Chi-Quadrat-Tests bezüglich der Ausprägung von Diabetes-Erkrankungen, Herz-Kreislaferkrankungen, Krebs, Osteoporose und Parkinson festgestellt werden. Demnach leiden Frauen sehr signifikant häufiger an Krebs ($X^2=7,750$; $df=1$; $p = .005$) und höchstsignifikant häufiger an Osteoporose ($X^2=34,185$; $df=1$; $p < .001$) als Männer. Die männlichen Aktiven in Gesundheits- und Freizeitsportangeboten geben dagegen sehr signifikant häufiger die Ausprägung der Krankheitsbilder Diabetes ($X^2=11,714$; $df=1$; $p = .001$) und Parkinson ($X^2=6,572$; $df=1$; $p = .010$), sowie höchstsignifikant häufiger eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems ($X^2=159,267$; $df=1$; $p < .001$) an. Die Prüfung auf geschlechtsspezifische Differenzen im

Krankheitsbild der psychischen Erkrankungen, wonach Frauen hieran häufiger leiden als Männer (vgl. Tab. 5-1) kann mit $p = .062$ ($X^2 = 3,471$; $df = 1$) lediglich als Tendenz interpretiert werden.

Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, wonach Frauen deutlich häufiger und stärker an Krankheitsbildern des Rückens leiden als Männer (DIEMER & BUCHERT, 2002, 14) konnten für die vorliegende Stichprobe an Sportlern nicht bestätigt werden. Die Differenz beträgt in relativen Prozentpunkten lediglich 2,2 und erreicht nicht das geforderte Signifikanzniveau.

Chronische Erkrankungen	Geschlecht	
	Männer (N=505)	Frauen (N=1187)
Sonstige Erkrankungen der inneren Organe*	8,7	0,8
Hautkrankheiten und Allergien	6,5	1,3
Sonstige Erkrankungen des Bewegungsapparates	2,6	1,1
Sonstige Erkrankungen	5,0	0,8
Sonstige Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems	2,4	0,6
Multiple Sklerose	0,0	0,2
Morbus Bechterew	0,4	0,2
Parkinson**	1,8	0,5
Psychische Erkrankung	1,0	2,4
Krebs**	1,0	3,4
Asthma	3,8	3,5
Diabetes**	6,1	2,7
Osteoporose***	1,4	9,3
Arthrose	14,3	16,1
Herz-Kreislauferkrankung***	36,4	10,5
Wirbelsäulenerkrankung	30,7	32,9
Keine Erkrankung***	29,5	39,8

Tab. 5-1: Chronische Erkrankungen in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests; $N = 1692$)

Eine Analyse der Häufigkeitsverteilung mit zunehmendem Alter weist in beinahe allen Items eine, anhand von Chi-Quadrat-Test abgesicherte, signifikante Entwicklungslinie aus, die zumeist zu Ungunsten der Älterenpopulation ausfällt. So treten Wirbelsäulen- ($X^2 = 17,380$; $df = 3$; $p < .001$), Herz-Kreislauf- ($X^2 = 121,590$; $df = 3$; $p < .001$), Arthrose- ($X^2 = 88,296$; $df = 3$; $p < .001$) und Osteoporoseerkrankungen ($X^2 = 35,964$; $df = 3$; $p < .001$) höchstsignifikant häufiger auf, je älter die Probanden sind (vgl. Tab. 5-2). Die Items „Parkinson“ ($X^2 = 10,622$; $df = 3$; $p = .014$) und „Krebs“ ($X^2 = 11,019$; $df = 3$; $p = .012$) weisen eine sehr signifikante Zunahme der Erkrankungshäufigkeit mit zunehmendem Alter auf. Demgegenüber sinkt der Anteil der Asthma-Kranken in der Stichprobe mit der Altersgruppe 2 und steigendem Alter signifikant ab ($X^2 = 9,965$; $df = 3$; $p = .019$).

Die dargestellten und in Tab. 5-2 zusammengefassten Ergebnisse zu den Einzelitems werden in der Analyse der Antworten, die auf ein Freisein von chronischen Krankheiten entfallen, korrespondierend aufgefangen. Je jünger die Probanden sind, desto verbreiteter ist unter den Sportlern eine stabile Gesundheit ohne die Ausprägung von chronischen Erkrankungen. Mit zunehmendem Alter jedoch steigt die gesundheitliche Belastung in dieser Hinsicht höchstsignifikant an ($X^2=109,262$; $df=3$; $p<.001$).

Chronische Erkrankungen	Altersgruppe			
	AG 1 (bis 26 J.) (N=43)	AG 2 (27-40J.) (N=245)	AG 3 (41-60J.) (N=736)	AG 4 (ab 61 J.) (N=676)
Sonstige Erkrankungen der inneren Organe	2,3	4,9	2,6	3,1
Hautkrankheiten und Allergien***	11,6	4,1	2,9	1,8
Sonstige Erkrankungen des Bewegungsapparates**	0,0	2,0	3,4	1,8
Sonstige Erkrankungen	4,7	1,2	2,0	2,2
Sonstige Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems	0,0	0,4	1,2	1,3
Multiple Sklerose	0,0	0,4	0,1	0,0
Morbus Bechterew	0,0	0,0	0,5	0,0
Parkinson**	0,0	0,0	0,4	1,8
Psychische Erkrankung	0,0	1,6	2,3	1,8
Krebs**	0,0	0,4	2,3	4,0
Asthma***	2,3	5,3	2,0	1,4
Diabetes***	2,3	0,8	2,2	5,6
Osteoporose***	0,0	0,8	5,7	10,9
Arthrose***	2,3	2,4	12,2	24,9
Herz-Kreislaferkrankung***	4,7	2,4	13,3	30,0
Wirbelsäulenerkrankung***	20,9	22,0	34,0	34,9
Keine Erkrankung***	58,1	57,6	40,4	23,5

Tab. 5-2: Chronische Erkrankungen in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p\leq .001$, ** $p\leq .01$, * $p\leq .05$ auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests; N=1700)

Um zu einem globalen Überblick der Verteilung von chronischen Erkrankungen zu gelangen und damit einen aussagekräftigen Index zum physischen Gesundheitszustand der Stichprobe zu erhalten, wurden die Items der Angaben zur Belastung mit Krankheiten aufaddiert und zu einem Summscore zusammengefasst, der sein Minimum bei 0 und sein Maximum bei 7 hat (0 – „keine chronische Erkrankung“ bis 7 – „sieben chronische Erkrankungen“). Mit einem Mittelwert von 0,979 (SD=1,062) zeigt sich die Stichprobe eher gering mit chronischen Krankheiten belastet. Unter den Sportlern liegt gerundet und gemittelt pro Proband etwa eine Erkrankung vor. Dieses Verhältnis zeigt sich mit $p<.001$ abhängig vom Geschlecht der Sportler (Mann-Whitney-U-Test: $Z=-3,820$). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass männliche Sportler mehr Erkrankungen im chronischen Stadium ausgeprägt haben als Frauen (Männer: $M=1,077$ vs. Frauen: $M=0,937$).

Auffällig erscheint bei einer Altersdifferenzierung, dass die jüngsten Sportler der Stichprobe eine gemittelte höhere Belastung mit chronischen Erkrankungen und damit einen schlechteren physischen Gesundheitszustand dokumentieren als die etwas älteren Sportler der Gruppe zwischen 27 und 40 Jahren. Erst dann steigt die Mittelwertkurve zu den älteren Sportlern hin sukzessive an und dokumentiert eine steigende Belastung der objektiven Gesundheit durch Erkrankungen mit dem Alter (vgl. Abb. 5-3). Auf der Suche nach dem basalen Effekt dieses Befundes stellt sich heraus, dass diese Kurvenentwicklung durch junge Sportler verursacht wird, die mit Herz-Kreislaufkrankungen (n=2), Wirbelsäulenerkrankungen (n=6), Hautkrankheiten und Allergien (n=4) sowie Erkrankungen der inneren Organe (n=1) belastet sind und sich vor allem in Sportangeboten mit starker Trainingsbetonung der Herz-Kreislaufstärkung (z.B. Aerobic) und in spezifischen Gymnastikprogrammen (z.B. Problemzonen-, Skigymnastik) aktiv zeigen. Diese Fitnesssportler suchen offenbar eine Besserung ihres physischen Gesundheitszustandes über eine Fitnesssteigerung und haben den Weg in gezielt gesundheitsorientierte Sportprogramme (noch) nicht gefunden.

Die konstatierte Verteilung konnte mittels Kruskal-Wallis-Test als höchstsignifikant abgesichert werden ($X^2=128,054$; $df=3$; $p < .001$).

In den Altersgruppen zeigt sich, dass mit Ausnahme der 41- bis 60-Jährigen, Frauen im Vergleich zu ihren männlichen Sportlerkollegen ein leicht höheres Ausmaß an chronischen Erkrankungen kommunizieren. Lediglich für die Altersgruppe 3 liegt der Mittelwert der Männer deutlich höher als jener der Frauen. Männer zwischen 41 und 60 Jahren geben im Vergleich zu den übrigen Altersklassen eine stärkere physische Gesundheitsbelastung an als Frauen (vgl. Abb. 5-3).

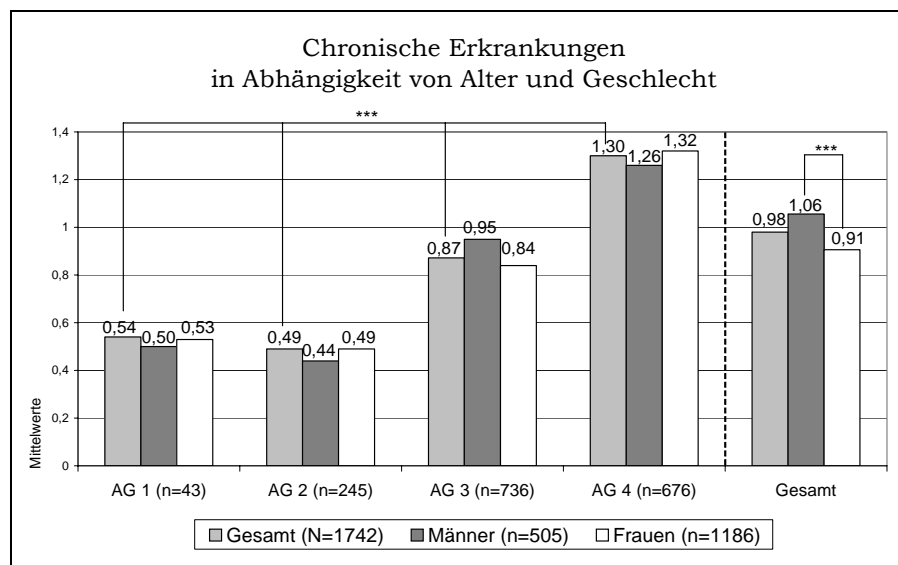


Abb. 5-3: Verteilung von chronischen Erkrankungen der Sportler, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht (Angabe von Mittelwerten, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$ auf der Basis eines Mann-Whitney-U- bzw. Kruskal-Wallis-Tests) (N=1742; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Fazit

Die Ergebnisse lassen sich nur zum Teil in die frühere Befundlage aus epidemiologischen und sportwissenschaftlichen Studien einreihen. Auch WOLL & BÖS (1994a) konstatierten anhand einer Arztein-

schätzung der Probandengesundheit in einer Gemeindepopulation eine Verschlechterung des physischen Gesundheitszustandes mit fortschreitendem Alter. OPPER (1998a) hingegen stellte in ihrer Untersuchung fest, dass ältere Sportler über 65 Jahre anhand eines Medizinerurteils mit weniger gesundheitlichen Einschränkungen behaftet sind, als vergleichsweise jüngere Probanden zwischen 50 und 64 Jahren. Dennoch war auf der Basis eines Literaturstudiums eine grundsätzlich sukzessive Verschlechterung der objektiven Gesundheit mit zunehmendem Alter zu erwarten, wie sie insbesondere WINKLER ET AL. (1996) und das STATISTISCHE BUNDESAMT (1999; 2000) nahelegten. In diese Befunderwartung fügen sich die vorliegenden Ergebnisse, nach denen mit zunehmendem Alter eine hochsignifikant stärkere Belastung mit chronischen Erkrankungen und damit einer Verschlechterung des objektiven Gesundheitszustandes vorliegt.

Dabei konnte auch festgestellt werden, dass Männer im Durchschnitt eine höchstsignifikant schlechtere objektive Gesundheit dokumentieren als Frauen, wobei sich dieses Verhältnis allerdings vor allem auf die Gruppe der 41- bis 60-Jährigen konzentriert.

Erwartungsgemäß zeigt sich hinsichtlich der spezifischen chronischen Erkrankungen eine Schwerpunktverlagerungen in den Geschlechtern. Während sich die Krankheitsbilder Osteoporose und Krebs signifikant häufiger bei weiblichen Sportlern finden lassen, ist die Männerstichprobe signifikant stärker mit Diabetes, Parkinson und Herz-Kreislaufkrankungen belastet. Als häufigstes Krankheitsbild in der Sportlerstichprobe zeigen sich Wirbelsäulenerkrankungen, gefolgt von Herz-Kreislaufkrankungen und Arthrose. Zusammenhängend mit dieser Verteilung kann neben Parallelitäten zu allgemeinen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken, die Herz-Kreislaufkrankungen als Haupttodesursache und Rückenprobleme als zentrale Beschwerdemaße ausweisen (DIEMER & BUCHERT, 2002; STATISTISCHES BUNDESAMT, 1999; 2000) die Stichprobenkonstitution interpretiert werden, die einen Großteil der organisierten Freizeit- und Gesundheitssportler in Angeboten zur Herz-Kreislauf- bzw. Wirbelsäulenprävention und –rehabilitation orten konnte.

5.1.2 Gesundheitswahrnehmung

Neben objektiven und quasi-objektiven Daten zur Einschätzung des Gesundheitszustandes erscheint es sinnvoll, der subjektiven Dimension der Gesundheit Raum zu gewähren, um eine an einem integrativen Gesundheitsmodell orientierte methodische Anlage zu realisieren (SCHWENKMEZGER & SCHMIDT, 1994). Durch die Operationalisierung von Aspekten der Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes sollen Erkenntnissen zur psycho-sozialen Dimension der Gesundheit einerseits (DLUGOSCH, 1994) und den Anforderungen eines integrativen Gesundheitsmodells andererseits (FALTERMAIER, 1994; GAWATZ, 1993) an die Oberfläche verholten werden.

Für die vorliegende Untersuchung werden hierzu Befunde zu den folgenden vier subjektiven Kategorien zur Bestimmung der Gesundheitswahrnehmung herangezogen: Erkenntnisse zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes, der Zufriedenheit mit der individuellen Gesundheit, der Kontrollüberzeugung zur Beeinflussbarkeit der Gesundheit und dem Stellenwert, den die Gesundheit im alltäglichen Leben der Sportler einnimmt. Neben deskriptiven Befunden stellt die Identifizierung von Kategorien in der Gesundheitswahrnehmung eine zentrale Bedeutung für die weiteren Analysen hinsichtlich einer Kontrastierung der Gesundheitssportlertypen dar.

5.1.2.1 Befunde zu Merkmalen der Gesundheitswahrnehmung

Im Folgenden sollen zu den angenommenen Faktoren der Gesundheitswahrnehmung deskriptive Befunde und Analysen auf der Ebene der Einzelitems aufgezeigt werden.

Subjektive Gesundheitseinschätzung

Zur Ermittlung der subjektiven Gesundheitsbewertung der Probanden wurde die Aufforderung, den eigenen Gesundheitszustand im Allgemeinen auf einer Skala von 1 („schlecht“) bis 4 („sehr gut“) ⁴⁵ zu bewerten, eingesetzt. Nahezu ein Drittel der Probanden beurteilen danach ihren Gesundheitszustand als „gut“ bis „sehr gut“ (72,4%; N=1724). Mit einem Mittelwert von $M=2,81$ ($SD=0,636$) wird die subjektive Gesundheit in der Stichprobe als sehr positiv eingestuft. Die Vermutung überprüfend, dass dies mit der als recht guten objektiven Gesundheitsbewertung der Stichprobe einhergeht, wurde eine Korrelationsberechnung durchgeführt, die einen Pearson'schen Koeffizienten von $-0,475$ erbrachte. Der auf dem .01-Niveau sehr signifikante negative Zusammenhang der beiden Items macht durchaus deutlich, dass mit zunehmender Verschlechterung des objektiven Gesundheitszustandes (operationalisiert durch eine steigende Anzahl an chronischen Erkrankungen) dieser auch subjektiv schlechter eingeschätzt wird.

Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich einer subjektiven Gesundheitseinschätzung konnten anhand eines Mann-Whitney-U-Tests auf einem p-Niveau von .005 ($Z=2,797$) ausgemacht werden. Männer dokumentieren danach eine sehr signifikant schlechtere subjektive Gesundheit als Frauen (Mittelwerte: Männer 2,74 vs. Frauen 2,84). Dieser Teilbefund korrespondiert mit oben dargestellten Ergebnissen zur objektiven Gesundheit in den Geschlechtergruppen. Auch hier konnte festgestellt werden, dass Männer höchstsignifikant mehr chronische Erkrankungen ausgebildet haben als Frauen. Parallel dazu erscheint es als logische Konsequenz, dass auch auf subjektiver Ebene diesbezügliche Differenzen bestehen und Männer hier niedrigere Werte aufweisen als Frauen. Dieses Gesamturteil kann jedoch nicht für alle Altersgruppen konstatiert werden. In den Altersgruppen 2 und 4 demonstrieren vielmehr die weiblichen Sportler eine geringere subjektive Gesundheitseinschätzung als die Männer. Sind diese hingegen unter 27 Jahre oder zwischen 41 und 60 Jahre alt, fallen sie durch einen niedrigeren Mittelwert in der Gesundheitsbewertung auf (vgl. Abb. 5-4). Die in den Altersgruppen festgehaltenen Geschlechterdifferenzen erwiesen sich jedoch nicht als signifikant. Lediglich für die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Sportlern in den Altersgruppen 2 (Mann-Whitney-U-Test: $Z= -1,717$; $p= .086$) und 3 (Mann-Whitney-U-Test: $Z= -1,753$; $p= .080$) können als Tendenz interpretiert werden.

Betrachtet man geschlechtsunabhängig die gebildeten Altersgruppen, zeigt sich eine sukzessive Reduktion des Bewertungsmittelwerts mit zunehmendem Alter der Probanden. Schätzen die unter 27-Jährigen ihren Gesundheitszustand mit einem Mittelwert von 3,79 ($SD=0,664$) noch sehr hoch und die Altersgruppe 2 mit $M=3,11$ ($SD=0,569$) ebenfalls tendenziell „gut“ ein, fällt dieser Mittelwert ab einem Probandenalter von 41 Jahren unter die „mäßige“-Marke: Die Altersgruppe 3 bewertet ihren Gesundheitszustand mit durchschnittlich 2,84 ($SD=0,641$) und die über 61-Jährigen erreichen einen Mit-

⁴⁵ Die beiden übrigen Kategorien lauteten: 2 – „gut“, 3 – „mäßig“

telwert von 2,65 (SD=0,595). Mit einem Kruskal-Wallis-Test konnte diese Altersentwicklung als höchstsignifikant ($X^2=119,359$; $df=3$; $p<.001$) identifiziert werden. Je älter die Sportler sind, desto schlechter fällt demnach ihre subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes aus.

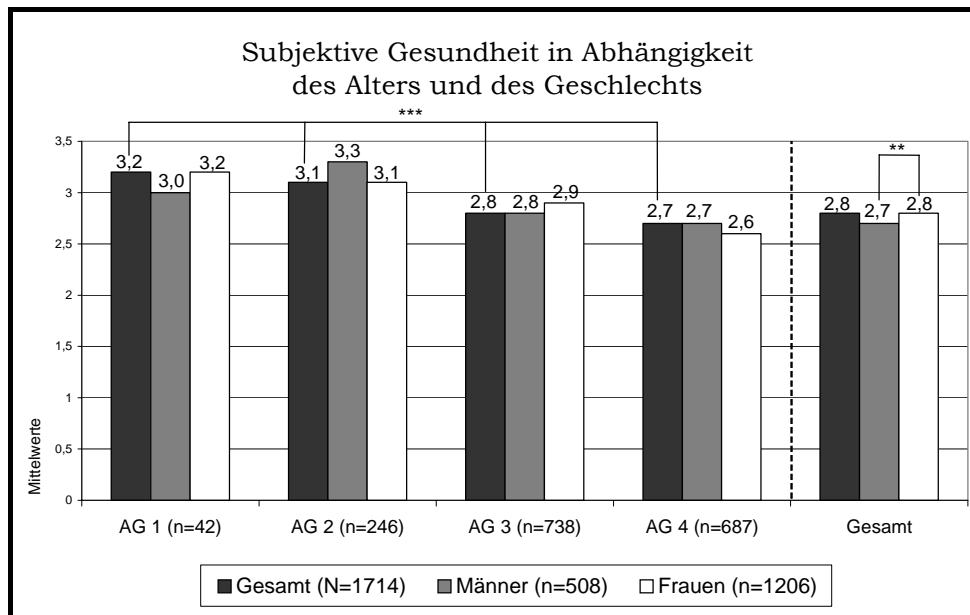


Abb. 5-4: Subjektive Gesundheitsbewertung der Sportler, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht (Angabe von Mittelwerten, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p\leq .001$, ** $p\leq .005$ auf der Basis eines Mann-Whitney-U- bzw. Kruskal-Wallis-Tests) (N=1742; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Fazit

Die Befunde decken sich mit Ergebnissen aus früheren Studien hinsichtlich der altersabhängigen Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes, nach denen dieser mit zunehmendem Alter schlechter eingeschätzt wird (OPPER, 1998a; WOLL & BÖS, 1994). Ein häufig in Studien konstatiertes Optimismus der Älterenpopulation gegenüber der eigenen Gesundheit konnte hier demnach nicht belegt werden (ZANK, WILMS & BALTES, 1997). Dabei zeigt sich eine erwartungsgemäße Verknüpfung des objektiven mit dem subjektiven Gesundheitszustand, insofern, als dieser einen parallelen Altersverlauf nimmt. Steigt die Anzahl der chronischen Erkrankungen mit dem Alter an, d.h. verschlechtert sich der objektive Gesundheitszustand, wird auch subjektiv der Gesundheitszustand schlechter beurteilt. Der statistische Zusammenhang der beiden Merkmale ist jedoch nur mittelmäßig ausgeprägt.

Dennoch kann mit dieser Beziehung die im Vergleich zu früheren Studienergebnissen uneinheitliche Befundlage zur geschlechterspezifischen Differenzierung im Merkmal „subjektive Gesundheit“ nachvollzogen werden. Hier zeigt sich, dass Männer sowohl in der objektiven als auch in der subjektiven Gesundheit signifikant schlechtere Werte kommunizieren. Dieses Ergebnis weicht insofern vom allgemeinen empirischen Bestand ab, als Frauen eine höhere Sensibilität gegenüber körperlichen Belangen attestiert wird, was mit einer geringeren Einschätzung der Gesundheit und gleichzeitig einer erhöhten Aufmerksamkeit hinsichtlich eines gesundheitsorientierten Verhaltens einher geht (PAHMEIER, 1994b; SCHWARZER, 1992). Im vorliegenden Fall jedoch zeigen sich Frauen als diejenigen Probanden, die im Vergleich zu den Männern ihren subjektiven Gesundheitszustand positiver erleben. Diese These muss durch den vorliegenden Befund nicht verneint werden. Vielmehr kann angesichts der Stich-

probenkonstitution vermutet werden, dass Frauen durchaus eine höhere Symptom- und Gesundheitswahrnehmung verinnerlicht haben. Als Ausfluss dieser verstärkten Aufmerksamkeit kann die sportliche Aktivität gewertet werden, die wiederum bei dauerhafter Integration in den Alltag und damit dem Gesundheitsverhalten in einen verbesserten (objektiven und) subjektiven Gesundheitszustand mündet.

Zufriedenheit mit der Gesundheit

Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit sollte auf einer sechs-stufigen Skala zwischen 1 „sehr unzufrieden“ bis 6 „sehr zufrieden“ eingeschätzt werden. Die Mehrzahl der Probanden urteilt über ihre gesundheitliche Zufriedenheit „durchaus“ positiv (53,6%; N=1698). Als „sehr zufrieden“ bezeichnen sich immerhin 13,6% der befragten Freizeit- und Gesundheitssportler, „mittelmäßig zufrieden“ sind 28,0%. Der hohe Mittelwert von 4,73 (SD=0,842) bestätigt den insgesamt hohen Zufriedenheitsgrad in der Stichprobe hinsichtlich des gesundheitlichen Befindens.

Auch für dieses Merkmal wurde ein möglicher Zusammenhang mit der ausgeprägten objektiven Gesundheit geprüft. Angesichts eines auf dem .01-Niveau signifikanten (Pearson'schen) Korrelationskoeffizienten von $-0,434$ kann von einem mittleren Zusammenhang ausgegangen werden. Erwartungsgemäß gilt: Je mehr chronische Erkrankungen die Probanden ausgeprägt haben, desto unzufriedener sind sie mit ihrem Gesundheitszustand.

Angesichts einer dokumentierten positiveren objektiven wie subjektiven Gesundheit bei den Frauen der Stichprobe lässt sich für diese Teilpopulation auch ein höherer Zufriedenheitsgrad mit dem gesundheitlichen Zustand erwarten. Eine Überprüfung anhand der Mittelwerte bestätigt diese These: Frauen zeigen sich mit $M=4,77$ (SD=0,818) signifikant zufriedener mit ihrer Gesundheit (Mann-Whitney-U-Test: $Z= -2,423$; $p= .015$) als Männer ($M=4,64$; SD=0,894).

Bei einer Betrachtung der Altersgruppen fällt auf, dass sich die Zufriedenheit mit der Gesundheit nicht stetig mit dem Alter entwickelt. Diese liegt vergleichbar mit der subjektiven Gesundheit in der Altersgruppe der 27- bis 40-Jährigen am höchsten ($M=4,97$; SD=0,706), was einen Zusammenhang der beiden Faktoren der Gesundheitswahrnehmung vermuten lässt (siehe hierzu Abschnitt 5.1.2.2). Den in der Gesamtschau höchsten Mittelwert in der Gesundheitszufriedenheit kommunizieren dabei beide Geschlechter dieser Altersgruppe gleichermaßen (Männer: $M=4,97$; SD=0,763 vs. Frauen: $M=4,99$; SD=0,693). Die Altersgruppe 1 hingegen zeigt sich mit einem Mittelwert von 4,88 (SD=0,832) weniger zufrieden mit dem Merkmal Gesundheit. Mit einem Ansteigen des Alters sinkt schließlich die Gesundheitszufriedenheit höchstsignifikant ab (Kruskal-Wallis-Test: $df=3$; $X^2=41,498$; $p< .001$). Die Sportler, die zwischen 41 und 60 Jahre alt sind, unterstreichen noch tendenziell ihre „gute Zufriedenheit“ ($M=4,75$; SD=0,859), während die ältesten Sportler in ihrer Bewertung bereits Richtung „mittelmäßige Zufriedenheit“ zu orten sind ($M=4,609$; SD=0,849). Auch in dieser Altersgruppe liegen keinerlei Unterschiede zwischen Männern und Frauen vor (vgl. Abb. 5-5).

Allerdings urteilen sowohl in der Altersgruppe 1 als auch 3 die befragten weiblichen Sportler über ihre Gesundheitszufriedenheit besser als die Männer, wobei sich die Differenz lediglich für die AG 3 als signifikant konstatieren lässt (Mann-Whitney-U-Test: $Z= -1,978$; $p= .048$). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Gesundheitszufriedenheit lassen sich somit auf die Gruppe der unter 27-Jährigen sowie der 41- bis 60-Jährigen konzentrieren. Sind die Sportler älter oder aber

zwischen 27 und 40 Jahren, weisen Frauen eine stärker ausgeprägte Befriedigung ihres Gesundheitszustandes auf als Männer (vgl. Abb. 5-5).

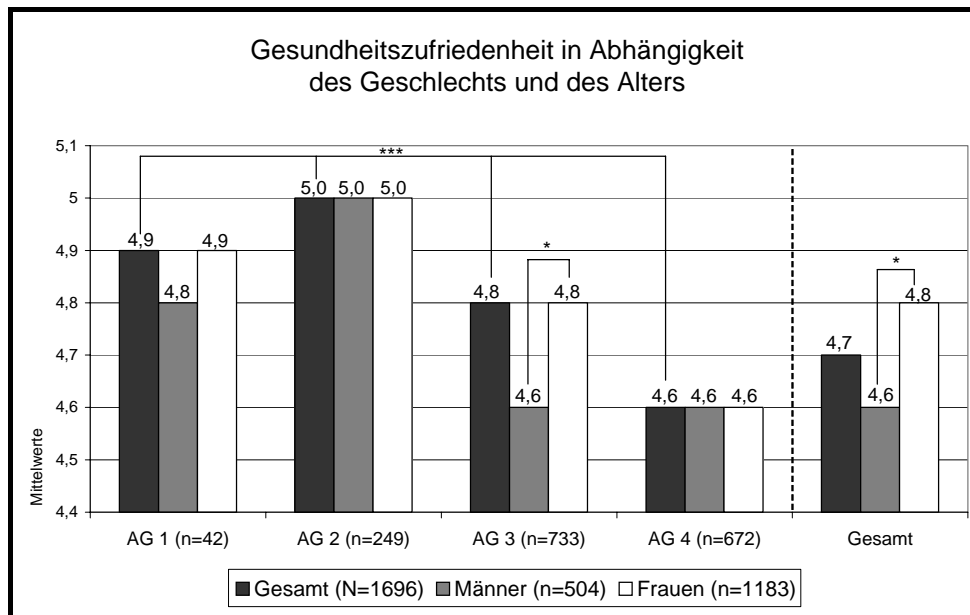


Abb. 5-5: Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand, gruppiert nach Geschlecht und gruppiert nach Alter (Angabe von Mittelwerten; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$, * $p \leq .05$ auf der Basis eines Mann-Whitney-U- bzw. Kruskal-Wallis-Tests) (N=1698; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Fazit

Die Zufriedenheit mit dem individuellen Gesundheitszustand fällt in der vorliegenden Stichprobe recht hoch aus. Der überwiegende Teil der Probanden ist „durchaus“ oder „sehr zufrieden“ mit dem gesundheitlichen Befinden. Dieser Befund stützt Ergebnisse früherer Studien zur Gesundheitszufriedenheit von Sportlern, die zu einer ähnlich positiven Beurteilung gelangen (WINKLER ET AL., 1996).

Korrespondierend zu bereits dargestellten Befunden zeigen sich die weiblichen Sportler im Merkmal Gesundheitszufriedenheit mit höheren Werten ausgestattet als Männer. Angesichts einer stabileren objektiven und subjektiven Gesundheit war dieser Befund zu erwarten.

Hinsichtlich des Alters der Sportler dokumentieren die 27- bis 40-Jährigen die größte Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit, unabhängig vom Geschlecht. Auch die Jüngsten unter der Sportlerstichprobe reichen in ihren Zufriedenheitswerten an die Befunde der Altersgruppe 2 nicht heran. Mit zunehmendem Alter nimmt dieses Merkmal der Gesundheitswahrnehmung signifikant ab. Die Ältestensportler zeigen sich damit am unzufriedensten mit ihrem gesundheitlichen Befinden, ebenfalls unabhängig vom Geschlecht.

Diese Ergebnislage lässt sich nicht mit den aus dem Studium anderer Untersuchungen erwachsenen Erwartungen in Einklang bringen. WINKLER ET AL. (1996) stellten für den Zufriedenheitspegel bezüglich der Gesundheit unter Sportlern eine kontinuierliche Steigerung mit dem Alter fest. Für die vorliegenden Besonderheiten zeichnen sich offensichtlich die Zusammenhänge mit der zunehmenden Verschlechterung der objektiven und subjektiven Gesundheit im Alter verantwortlich, die sich auch auf die Zufriedenheit auswirkt. Dieser Ansatz könnte die These von einer sehr differenzierten Gesundheitswahrnehmung der Sportler stützen, die angesichts einer spezifischen Ausprägung von chroni-

schen Erkrankungen auch in den subjektiven Kategorien der Gesundheit eine geringere Einschätzung bzw. Zufriedenheit dokumentieren.

Stellenwert der Gesundheit

In Anlehnung an WIAD (1984) wurde die Bedeutung der Gesundheit für den Einzelnen anhand der Frage gemessen, „wie sehr die Probanden im Allgemeinen auf ihre Gesundheit achten“. Der dadurch ermittelte Stellenwert wurde auf einer vier-stufigen Skala von „sehr genau“ (Code 4) bis „überhaupt nicht“ (Code 1) differenziert. Die deutliche Mehrheit der Probanden gibt hierbei an, „mittelmäßig“ auf den gesundheitlichen Zustand zu achten (58,9%; N=1727). Die „akribischen Gesundheitsbeobachter“ sind in der Stichprobe als zweitgrößte Gruppe mit 37,5% vertreten. Nur „wenig“ oder gar „überhaupt nicht“ achten lediglich 3,6% der Sportler auf ihre Gesundheit. Das hohe Maß an Bedeutung des Faktors Gesundheit im Lebenskonzept der Freizeit- und Gesundheitssportler zeigt sich auch in dem sehr hohen Mittelwert von 3,34 (SD=0,549). Angesichts der hohen Ausprägung eines Achtens auf die Gesundheit könnte ein Zusammenhang mit dem objektiven Gesundheitszustand vermutet werden, der damit korrespondieren könnte: Wer der Gesundheit ein hohes Maß an Stellenwert zuweist und somit verstärkt für eine gesundheitliche Aufmerksamkeit sensibilisiert ist, weist entsprechend weniger chronischen Erkrankungen und damit einen besseren Gesundheitszustand auf. Ein solcher Zusammenhang kann für die vorliegende Stichprobe zwar als signifikant nachgewiesen werden, der sich allerdings mit einem Pearson'schen Korrelationskoeffizienten von $-0,092$ auf einem vernachlässigbar geringen Niveau bewegt.

Entgegen der Erwartungen, die sich vor allem auf die geschlechtsabhängigen Differenzen in den übrigen Faktoren der Gesundheitswahrnehmung stützten, unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant voneinander hinsichtlich des Stellenwerts, den sie ihrer Gesundheit beimessen (Männer: $M=3,33$; $SD=0,554$ vs. Frauen: $M=3,34$; $SD=0,548$). Demnach achten männliche wie weibliche Freizeit- und Gesundheitssportler gleichermaßen auf ihren Gesundheitszustand.

Demgegenüber ergeben sich höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen (Kruskal-Wallis-Test: $X^2=52,676$; $df=3$; $p<.001$). In einer übergreifenden Analyse gewinnt der Stellenwert der Gesundheit mit einem Alter von etwa 40 Jahren vehement an Bedeutung. Kommunizieren die Altersgruppen 1 und 2 noch identische Mittelwerte in diesem Merkmal, steigt dieser zu den Ältestensportlern hin stark an (AG 3: $M=3,268$; $SD=0,537$; AG 4: $M=3,453$; $SD=0,545$). Damit bestätigt sich ein vermuteter Befund, wonach gilt: Je älter die Probanden sind, desto mehr achten sie auf ihre Gesundheit.

Auffällig erscheint schließlich die geschlechtsspezifische Verteilung in den beiden hohen Altersgruppen (vgl. Abb. 5-6), in denen Frauen ein deutlich höheres Maß an Gesundheitsaufmerksamkeit dokumentieren als Männer (AG 3: Männer $M=3,179$; $SD=0,525$ vs. Frauen $M=3,299$; $SD=0,538$; AG 4: Männer $M=3,442$; $SD=0,559$ vs. Frauen $M=3,461$; $SD=0,537$). Die Merkmalsdifferenz erreicht allerdings nur für die Altersgruppe 3 das Signifikanzniveau ($Z=-2,650$; $p=.008$). Für die Gruppe der jüngsten Sportler hingegen gilt genau das Gegenteil. Hier geben männliche Sportler ein höheres Maß an Aufmerksamkeit auf den Gesundheitszustand an als Frauen, die in diesem Alter offensichtlich noch vergleichsweise unbelastet mit ihrem Gesundheitszustand umzugehen vermögen (Männer: $M=3,33$;

SD=0,516 vs. Frauen: M=3,22; SD=0,540). Die Sensibilität hinsichtlich einer aktiven Sorge um die Gesundheit wird mit zunehmendem Alter jedoch eher ein Thema der Frauen.

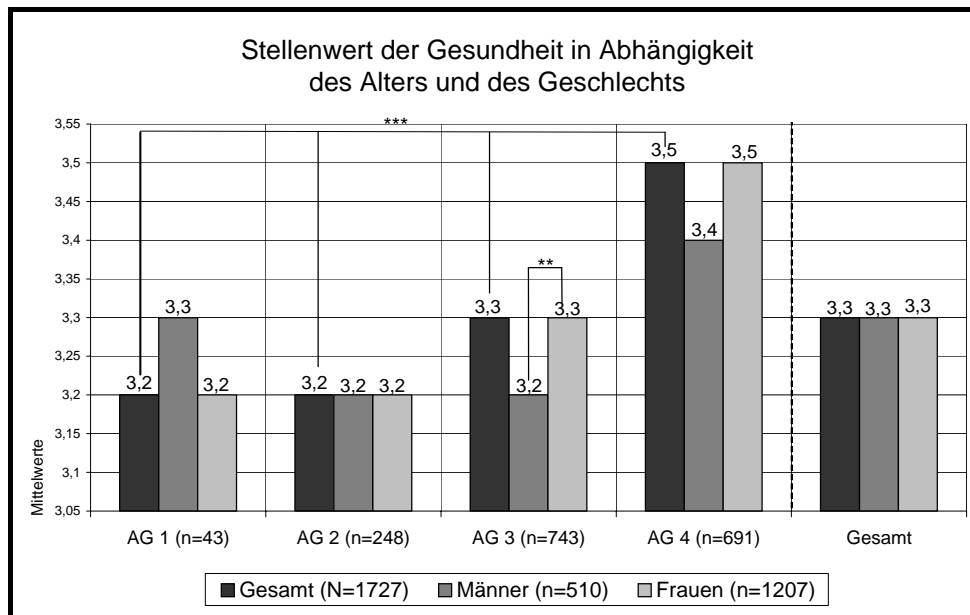


Abb. 5-6: Stellenwert der/Achten auf Gesundheit, gruppiert nach Geschlecht und gruppiert nach Alter (Angabe von Mittelwerten; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$ auf der Basis eines Mann-Whitney-U- bzw. Kruskal-Wallis-Tests) (N=1727; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Fazit

Der Stellenwert, den die Gesundheit bei den Sportlern einnimmt, kann als sehr hoch eingeschätzt werden. Ein beeindruckender Anteil der Probanden achtet „mittelmäßig“ bis „sehr genau“ auf den Gesundheitszustand. Ein derart eindeutiges Ergebnis war insofern zu vermuten, als die vorliegende Stichprobe durch ihre dauerhafte sportliche Aktivität ein wesentliches Merkmal gesundheitsorientierten Verhaltens bereits ausgeprägt und damit per se ein hohes Maß an Sensibilität für Maßnahmen zur positiven Beeinflussung des gesundheitlichen Befindens realisiert hat. Dies legte bereits die Studie von WINKLER ET AL. (1996) nahe, wonach Personen, die eine ausgeprägte Gesundheitsaufmerksamkeit aufweisen, vor allem unter sportlich Aktiven zu finden sind. BLÄSE & SCHLICHT (1997) haben insbesondere betont, dass das Maß der Gesundheitswertschätzung bzw. des Stellenwerts der Gesundheit ein wesentlicher Einflussfaktor für die Initiative zu einem gesundheitsorientierten Verhalten darstellt. Wenn also das Gesundheitskonzept mit hohen Werten und Normen besetzt ist, können Gesundheitsmaßnahmen in das Verhalten (dauerhaft) integriert werden. Die vorgestellten Befunde zu sportlich aktiven Personen untermauern diese These aus der Perspektive eines bereits gezeigten Verhaltens in differenzierter Weise. Personen, die zu einer sportlichen Aktivität aus Gründen eines instabilen Gesundheitszustandes motiviert wurden, erhöhen ihre Aufmerksamkeit auf die Gesundheit und erreichen damit möglicherweise eine Verankerung der Bewegungsaktivität im Gesundheitskonzept.

Stellen sich die Geschlechter hier als differenzfrei heraus, zeigt sich in Abhängigkeit des Alters ein wachsendes Ausmaß des Achtens auf die Gesundheit mit fortschreitendem Alter der Sportler. Vor allem die Sportler, die ein Alter ab 41 Jahren erreicht haben, dokumentieren einen ansteigenden Stellenwert der Gesundheit innerhalb ihres Selbstkonzeptes. Auch dieser Zusammenhang in der gesund-

heitlichen Wahrnehmung geht sicherlich mit einem zunehmend negativeren objektiven wie subjektiven gesundheitlichen Zustand einher, der die Sportler dazu motiviert, mehr Aufmerksamkeit auf ihre Gesundheit zu verwenden, um diese zu stabilisieren oder zu verbessern. Insbesondere für die älteren Sportler der Stichprobe, für die eine Bewegungsaktivität in vergleichsweise geringem Ausmaß festgestellt werden kann (vgl. Abschnitt 5.3.3), liegt die Vermutung nahe, dass ein Sportangebot als gesundheitsorientierte Maßnahme erst mit Erreichen eines spezifischen Krankheitszustandes aufgenommen wird. Erst dann scheint auch die Aufmerksamkeit auf die Gesundheit eine zentralere Rolle im Selbstkonzept einzunehmen. Dies ist dann aber vorwiegend unter Frauen und weniger unter Männern der Fall.

Kontrollüberzeugung zur Gesundheit

Als letztes Element einer Gesundheitssensibilität wurde die Überzeugung der Probanden von der Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit eingesetzt. Zur Klärung wurde die in Anlehnung an WIAD (1984) eingesetzte Frage, inwieweit die Sportler glauben, „zur Erhaltung oder Verbesserung ihres Gesundheitszustandes selbst etwas beitragen zu können“, herangezogen. Auf einer sechs-stufigen Skala (1 – „überhaupt nicht“ bis 6 – „sehr stark“) waren die Probanden aufgefordert, die eigene Kontrollüberzeugung im Merkmal Gesundheit zu dokumentieren. Dabei sieht eine deutliche Mehrheit der Sportler die Möglichkeit, den gesundheitlichen Zustand „durchaus“ zu beeinflussen (46,2%; N=1711). 27,5% sehen gar ein „sehr großes“ Einflusspotential im eigenverantwortlichen Handeln verankert und für 22,1% besteht immerhin noch eine Möglichkeit der Steuerung „in mancherlei Hinsicht“. Von einer eher negativ geprägten Einstellung, die sich in den Antworten „ein wenig“, „kaum“ oder „überhaupt nicht“ äußert, zeugen insgesamt lediglich 4,2% der Antworten. Damit und mit einem Mittelwert von 4,964 (SD=0,833) äußern sich die Probanden sehr deutlich überzeugt von einer Kontrollmöglichkeit hinsichtlich des eigenen Gesundheitszustandes. Männer und Frauen unterscheiden sich in diesem Merkmal nicht.

Dieses eindeutige Votum für eine Beeinflussbarkeit lässt einen Zusammenhang mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand vermuten, der sich jedoch als gering herausstellt (Pearson'scher Korrelationskoeffizient = $-0,135$; $p \leq 0,01$). Dennoch kann angesichts des erreichten Signifikanzniveaus erwartet werden, dass Probanden, die ein hohes Maß an chronischen Erkrankungen und damit einen schlechten objektiven Gesundheitszustand aufweisen, in ihrem Glauben an die Steuerbarkeit der Gesundheit beeinträchtigt sind. Demgegenüber sind Sportler, die weniger mit chronischen Erkrankungen belastet sind, stärker davon überzeugt, eigenverantwortlich etwas für den Erhalt ihrer Gesundheit tun zu können.

Wird das Merkmal in Abhängigkeit des Altersverlaufs betrachtet, kann ein deutlicher Abfall der Gewissheit von der Beeinflussbarkeit der Gesundheit von den jüngsten hin zu den ältesten Sportlern verzeichnet werden. Sind die unter 27-Jährigen noch „durchaus“ bis „sehr stark“ (M=5,349; SD=0,720) davon überzeugt, glauben die 27- bis 40-Jährigen nur noch an eine selbsttätige Steuerung mit einem Mittelwert von M=5,199 (SD=0,770). Für die Gruppe der ältesten Sportler erreicht dieses Merkmal gar nur noch einen Wert von M=4,81 (SD=0,847) (AG 3: M=5,01; SD=0,819). Dieser auf statistischem Niveau höchstsignifikante negative Verlauf der Merkmalskurve mit zunehmendem Alter (Kruskal-Wallis-Test: $X^2=53,693$; $df=3$; $p < 0,001$) verweist auf mögliche Effekte gesammelter Krankheitserfahrungen, die Einfluss nehmen auf die Überzeugung von der Steuerbarkeit der eigenen Gesundheit. Es steht zu vermuten, dass Menschen, die im Verlauf des Lebens eine Reihe von Erkrankun-

gen durchlebt und erlitten haben, mehr am Glauben daran, die Gesundheit durch Eigenleistungen beeinflussen zu können, zweifeln, als junge und gesunde Menschen ohne eine prägende Krankheitsgeschichte.

Wird in den Altersgruppen zwischen Männern und Frauen unterschieden, zeigen sich Frauen unter 27 Jahren überzeugter davon, ihren Gesundheitszustand beeinflussen zu können als Männer (Männer AG 1: $M=5,33$; $SD=0,817$ vs. Frauen AG 1: $M=5,39$; $SD=0,688$). Mit zunehmendem Alter und damit wachsender Krankheitserfahrung hingegen dreht sich dieses Verhältnis zugunsten der männlichen Sportler um. In der Altersgruppe 2 zeigen sich Männer sehr signifikant stärker von der Möglichkeit der Gesundheitsgestaltung überzeugt als Frauen (Männer AG 2: $M=5,50$; $SD=0,726$ vs. Frauen AG 2: $M=5,16$; $SD=0,688$; Mann-Whitney-U-Test: $Z= -2,638$; $p= .007$). In den höheren Altersgruppen reduziert sich die Differenz zwar, erreicht aber auch für die Sportlergruppe über 61 Jahren das Signifikanzniveau (Männer AG 4: $M=4,90$; $SD=0,828$ vs. Frauen AG 4: $M=4,75$; $SD=0,856$; Mann-Whitney-U-Test: $Z= -2,187$; $p= .029$).

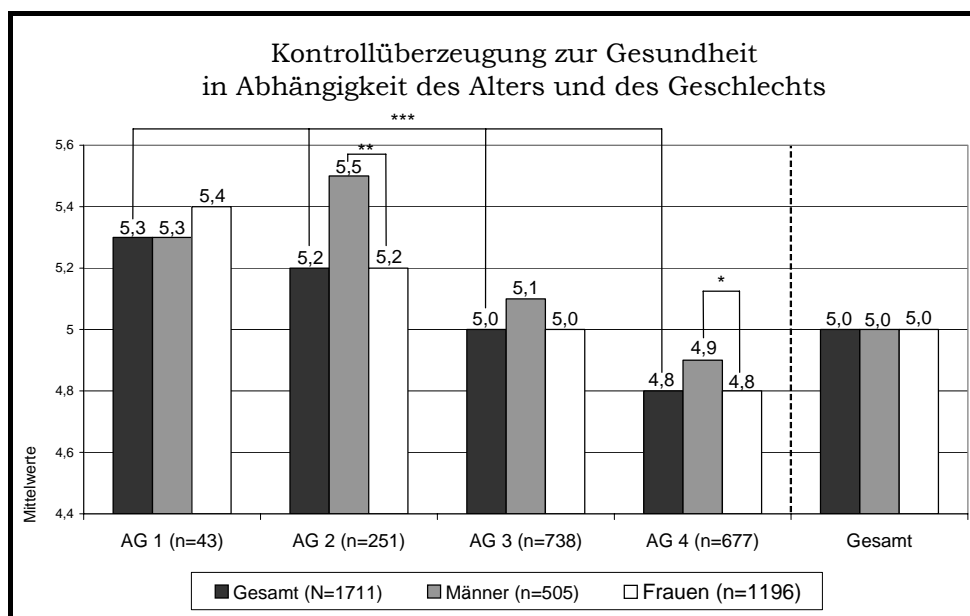


Abb. 5-7: Überzeugung von der Beeinflussbarkeit der Gesundheit, gruppiert nach Geschlecht und gruppiert nach Alter (Angabe von Mittelwerten; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ auf der Basis eines Mann-Whitney-U- bzw. Kruskal-Wallis-Tests) ($N=1711$; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Fazit

Die Kontrollüberzeugung von der Beeinflussbarkeit der Gesundheit ist unter den Sportlern sehr hoch. Annähernd zwei Drittel der Vereinsaktiven sind davon überzeugt, dass man durch eigenverantwortliches Handeln das gesundheitliche Befinden zumindest in einem bedeutsamen Maße steuern kann. Dieses Ergebnis reiht sich angesichts der Stichprobenkonstitution in Befunde der Studie von WINKLER ET AL. (1996) ein, die unter Sportlern ein vergleichbares Maß der Kontrollüberzeugung zur Gesundheit gefunden haben.

Dabei zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern, wohl aber im Hinblick auf eine Unterscheidung der Altersgruppen. Je gewachsener mit dem Altersfortschritt mögliche Krankheitserfahrungen und erhöhte Vulnerabilität sind, desto weniger sind die Sportler davon überzeugt, ihren

Gesundheitszustand selbst gestalten zu können. Hierin kann womöglich ein Gefühl der „Schicksalsfügung“ im Bezug auf den gesundheitlichen Zustand vermutet werden, das die Sportler weniger an eine Eigenverantwortung für die Gesundheit als mehr und mehr an einen nicht zu beeinflussenden Prozess glauben zu lassen scheint. ZANK, WILMS & BALTES (1997) legen nahe, dass der Glaube an die Fähigkeit der Kontrolle im Alter auch mit der Existenz eines sozialen Netzwerks bzw. von sozialer Unterstützung abhängt. Wenn, wie vorgelegt, ältere Vereinssportler ein Defizit in der Überzeugung von der Kontrollierbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes aufweisen, könnte dies im Rückschluss die Vermutung nahe legen, dass die Einbindung in eine sportliche Gruppe im Verein die Lücke im sozialen Netz nicht zu schließen vermag. Die Sicherung von sozialen Kontakten innerhalb eines festen institutionellen Rahmens und einer zunächst starren zeitlichen und organisatorischen Einheit, die einem Sporttreiben wenige Male pro Woche im Stundenplan des Vereinsalltags inne wohnt, gereicht Älteren offenbar nicht zur Ressource ihres psychischen gesundheitlichen Befindens in Form von Kontrollüberzeugungen.

Differenziert nach Altersgruppen können Frauen ab einem Alter von etwa 27 Jahren als diejenigen mit einem geringeren Steuerungsbewusstsein hinsichtlich des individuellen gesundheitlichen Zustandes identifiziert werden. Die erhöhte Sensibilität gegenüber körperlichen Belangen, die LIESENHOFF (1986) für Frauen postuliert, schlägt sich angesichts dieses Befundes offenbar in einem verminderten Glauben an die Beeinflussbarkeit der Gesundheit ab einem gewissen Alter und damit einem fiktiven Maß an Krankheitserfahrungen bei Frauen nieder.

5.1.2.2 Bildung von Gesundheitswahrnehmungskategorien

Um den Gesamtzusammenhang der einzelnen Faktoren der Gesundheitswahrnehmung zu prüfen, liefert Tab. 5-3 einen Überblick über die Interkorrelationen. Diese erweisen sich mit einer Ausnahme mit Beträgen zwischen .01 und .39 als lediglich gering bis mittelmäßig. Die Merkmale „subjektive Gesundheitseinschätzung“ und die „Zufriedenheit mit der Gesundheit“ erreichen allerdings eine hohe Korrelation. Das Maß, in dem die Gesundheit aus eigener Perspektive bewertet wird, geht demnach gleichzeitig damit einher, wie zufrieden eine Person mit dem gesundheitlichen Zustand ist. Alle festgestellten Korrelationen zeigen sich auf dem Niveau $p \leq .01$ statistisch signifikant. Auch hiervon gibt es eine Ausnahme: Die sehr geringe Beziehung zwischen der Gesundheitseinschätzung und dem Stellenwert, der der Gesundheit zugeordnet wird, erreicht nicht das Signifikanzniveau.

Faktoren der Gesundheitswahrnehmung	2.	3.	4.
1. Subjektive Gesundheitseinschätzung	.68**	-.01	.36**
2. Zufriedenheit mit Gesundheit		.09**	.29**
3. Stellenwert der Gesundheit			.13**
4. Kontrollüberzeugung zur Gesundheit			

Tab. 5-3: Korrelationsmatrix (Pearson'scher Korrelationskoeffizient) der Teilaspekte zur subjektiven Gesundheitswahrnehmung (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: ** $p \leq .01$)

Für weitere Analysen wurde über die vier Variablen zur Gesundheitswahrnehmung mittels z-Transformation ein Mittelwert-Score berechnet, um die Vergleichbarkeit der Mittelwerte zu erhöhen (vgl. BORTZ & DÖRING, 1995, 387). Abb. 5-8 zeigt das Ergebnis des Verfahrens gruppiert nach dem Alter

und dem Geschlecht der Sportler. Wird bei einer Interpretation berücksichtigt, dass ein über standardisierte Werte gebildeter Score stets einen Mittelwert von 0 und eine Standardabweichung von 1 besitzt (vgl. BORTZ, 1999, 46), ist zu erkennen, dass Männer deutlich unter dem durchschnittlichen Ausmaß der Gesundheitswahrnehmung liegen und damit ein tendenziell pessimistischeres Erleben aufweisen als Frauen. Die Differenz zwischen den Geschlechtern erscheint marginal signifikant (t-Test: $T=1,710$; $p=.087$).

Im Altersverlauf zeigt sich, dass der Mittelwert in der Gesundheitswahrnehmung höchstsignifikant von den jüngsten zu den ältesten Sportlern hin absinkt ($X^2=38,123$; $df=3$; $p<.001$). Je älter die Sportler sind, desto pessimistischer ist das subjektive Erleben der Gesundheit ausgeprägt, während jüngere Personen unbelasteter ihre Gesundheit wahrnehmen. Innerhalb der Altersgruppen ergibt im Geschlechtervergleich ein uneinheitliches Bild. Liegen Frauen in den Altersgruppen der jüngsten und der ältesten Sportler bezüglich ihrer Gesundheitswahrnehmung günstiger als Männer, so dreht sich dieses Bild für die beiden mittleren Altersgruppen um. Hier nehmen Männer ihre Gesundheit positiver wahr als Frauen. Die augenscheinlichen Differenzen erreichen jedoch nur für die Altersgruppe 3 das Signifikanzniveau (Mann-Whitney-U-Test: $Z=2,028$; $p=.043$).

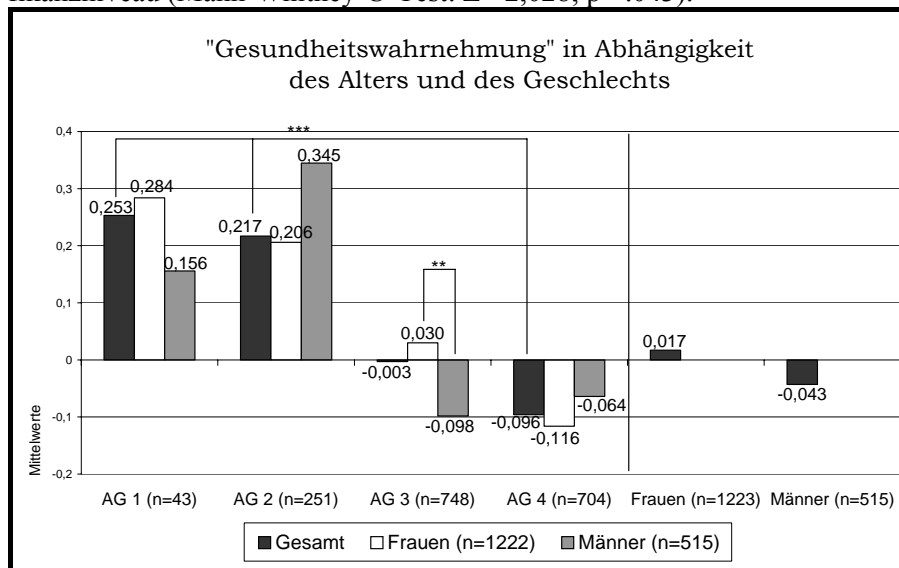


Abb. 5-8: Mittelwert-Score (z-Transformation) zur Gesundheitswahrnehmung, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht (Angabe von Mittelwerten; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p\leq .001$, ** $p\leq .01$ auf der Basis eines Mann-Whitney-U- bzw. Kruskal-Wallis-Tests) (N=1748; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Fazit

Die Befunde zur neu gebildeten Variablen „Gesundheitswahrnehmung“ stützen die bereits konstatierten Teilergebnisse. Mit zunehmendem Alter erleben die Freizeit- und Gesundheitssportler ihre Gesundheit signifikant negativer, d.h. der Gesundheitszustand wird subjektiv ungünstiger eingeschätzt und rückt gleichzeitig stärker in den Fokus der Probanden. Mit dem Anhäufen von Krankheitserfahrungen stellt sich bei den Vereinsaktiven offenbar eine erhöhte Sensibilität für gesundheitliche Belange ein, die in eine differenzierte Wahrnehmung der Gesundheit mündet.

Die These von einer differenzierteren Gesundheitswahrnehmung bei Frauen kann nur mit einer oberflächlichen Betrachtung gestützt werden. Stützt LIESENHOFF (1986) diese These auf eine größere Fähigkeit von Frauen bei der Verbalisierung von Beschwerden sowie in der Wahrnehmung von Symptomen und Befindlichkeiten, kann das hier verwendete Instrument die abgeleitete höhere Gesundheitssensibilität von Frauen dies nicht auf signifikantem Niveau bestätigen.

Identifizierung von „Gesundheitswahrnehmungs-Typen“

Im Zusammenhang mit der Kategorie zur Gesundheitswahrnehmung interessierte grundsätzlich, inwieweit die Zahl der hierzu vorliegenden Einzelinformationen in der Stichprobe der Freizeit- und Gesundheitssportler in verschiedenen Klassen eingeordnet werden können. Angesichts der für die Messung der Gesundheitswahrnehmung herangezogenen relativen Fülle von vier Merkmalsdimensionen (subjektive Gesundheit, Gesundheitszufriedenheit, Kontrollüberzeugung zur Gesundheit und Stellenwert der Gesundheit) wird eine Typisierung von Untersuchungseinheiten angestrebt. Ziel soll es sein, verschiedene Typen in der Wahrnehmung ihrer Gesundheit zu identifizieren, die einer Kombination von Merkmalen folgen. Als methodisches Verfahren, das dies zu leisten in der Lage ist, wird die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) (KRAUTH, 1993; LIENERT & KRAUTH, 1974a; 1974b) gewählt. Hauptintention dieses Verfahrens ist es, statistisch bedeutsame Merkmalskombinationen im Vergleich zueinander als überzufällig häufig oder selten zu lokalisieren. Anhand von $m \times n$ -Tafeln lassen sich mit Hilfe von X^2 -Tests die Randsummen der erwarteten Häufigkeiten zur beobachteten Zellenbesetzung kontrastieren und mit einer vorab festgelegten Irrtumswahrscheinlichkeit auf Signifikanz prüfen. Auf eine ausführlichere Darstellung des Verfahrens wird an dieser Stelle verzichtet und auf die jeweilige Basisliteratur verwiesen (CLAUSEN & MEYER, 1999; KRAUTH, 1993; LAUTSCH & WEBER, 1995; LIENERT & KRAUTH, 1974a; 1974b).

Als Voraussetzungen für die KFA gilt eine disjunkte Klassifikation der Untersuchungseinheiten, also die eindeutige Zuordnung der Probanden in eine Merkmalskategorie. Hierzu wurden die vier gewählten Merkmale mittels Transformation jeweils in eine binäre Form überführt, die der Unterscheidung „hoch“ (Code 0) und „niedrig“ (Code 1) entspricht. Da alle Merkmale ursprünglich in Form einer Intervallskalierung vorliegen, werden diese künstlich dichotomisiert: Bewertungen im Merkmal „subjektive Gesundheit“ von 1 – „schlecht“ und 2 – „mäßig“ werden als „niedrig“ interpretiert und mit 0 neu-codiert, Bewertungen mit 3 – „gut“ und 4 „sehr gut“ erhalten den Wert 1 und damit den Stellenwert einer hohen subjektiven Gesundheitseinschätzung. Analog wurde für die Variable „Stellenwert der Gesundheit“ (1 – „überhaupt nicht“ und 2 – „wenig“ = „niedrig“; 3 – „mittelmäßig“ und 4 – „genau“ = „hoch“) vorgegangen. Die beiden Merkmale „Kontrollüberzeugung“ und „Gesundheitszufriedenheit“ wurden auf einer sechs-stufigen Skala gemessen und machten ein Zusammenfassen von jeweils drei Stufen zur Bildung von zwei Kategorien nötig (1 – „überhaupt nicht/sehr unzufrieden“, 2 – „kaum/unzufrieden“ und 3 „ein wenig/kaum zufrieden“ = „niedrig“; 4 – „in mancherlei Hinsicht/mittelmäßig zufrieden“, 5 – „durchaus/durchaus zufrieden“ und 6 – „sehr stark/sehr zufrieden“).

Aufgrund des Fehlens einer abgesicherten theoretischen Überlegung, die darauf schließen ließe, welche hypothetischen Typen vorausgesetzt werden können, wird ein exploratives Verfahren angestrebt. Die Formulierung von a priori-Hypothesen entfällt damit. Als Teststatistik wird die X^2 -Statistik auf

Einzelzellebene verwendet. Ein überzufällig häufiges Auftreten einer Merkmalskombination gemessen am Erwartungswert wird nach KRAUTH (1993) als Typ oder Syndrom bezeichnet, das überzufällig seltene Vorkommen im Vergleich zum erwarteten Wert als Antityp.

Tab. 5-4 gibt das Ergebnis der KFA für die Merkmale der Gesundheitswahrnehmung wieder. Eine Identifizierung von Typen bzw. Antitypen erfolgte auf der Basis von X^2 -Teststatistiken, die mit einem Freiheitsgrad geprüft wurden. Um die Verzerrung der Ergebnisse durch die Identifizierung von so genannten Scheintypen zu unterbinden, schlägt KRAUTH (1993) eine α -Adjustierung vor. Für die vorliegende Prüfung wird eine Korrektur nach der Bonferoni-Methode gewählt, nach der α^* folgendermaßen berechnet wird:

$$\alpha^* = \frac{\alpha}{r}, \text{ wobei } \alpha \text{ das Overall-Alpha-Niveau und } r \text{ die Anzahl der durchgeführten Einzeltests ist.}$$

Bei $\alpha=0,05$ und $r=16$ ergibt sich ein Wert für α^* von 0,003. In Tab. 5-4 erfüllen nur sieben Konfigurationen diese Bedingung und können somit als Typen bzw. Antitypen identifiziert werden.

Konfiguration				f (o)	p (e)	f (e)	X^2	df	p	Typ/ Antityp
A	B	C	D							
0	0	0	0	2	0,000	0,03	133,99	1	≤ .000	Typ
0	0	0	1	9	0,000	0,77	87,93	1	≤ .000	Typ
0	0	1	0	3	0,000	0,72	7,22	1	n.s.	-
0	0	1	1	60	0,012	19,14	87,26	1	≤ .000	Typ
0	1	0	0	2	0,000	0,59	3,41	1	n.s.	-
0	1	0	1	35	0,009	15,56	24,28	1	≤ .000	Typ
0	1	1	0	12	0,009	14,55	0,45	1	n.s.	-
0	1	1	1	315	0,234	386,64	13,27	1	≤ .000	Antityp
1	0	0	0	0	0,000	0,08	0,08	1	n.s.	-
1	0	0	1	0	0,001	2,14	2,14	1	n.s.	-
1	0	1	0	0	0,001	2,00	2,00	1	n.s.	-
1	0	1	1	4	0,032	53,13	45,43	1	≤ .000	Antityp
1	1	0	0	1	0,001	1,63	0,24	1	n.s.	-
1	1	0	1	15	0,026	43,21	18,41	1	≤ .000	Antityp
1	1	1	0	40	0,024	40,40	0,00	1	n.s.	-
1	1	1	1	1156	0,649	1073,42	6,35	1	n.s.	-
gesamt				1654	1,00	1654,0	432,48			

Tab. 5-4: Konfigurationsfrequenzanalyse zu Merkmalen der Gesundheitswahrnehmung inkl. Identifizierung von Typen bzw. Antitypen (A=Subjektive Gesundheit, B=Gesundheitszufriedenheit, C=Kontrollüberzeugung, D=Stellenwert der Gesundheit; 0=niedrig, 1=hoch)

Als Ergebnis der Analyse zeigt sich, dass die Kombination von niedrigen Ausprägungen in allen Merkmalen signifikant häufiger vorkommt als erwartet. Ebenso verhält es sich mit der niedrigen Aus-

prägung in allen Merkmalen mit Ausnahme der Kontrollüberzeugung. Überzufällig häufig tritt darüber hinaus die Verbindung einer niedrigen subjektiven Gesundheit und Gesundheitszufriedenheit mit einer hohen Kontrollüberzeugung und einem hohen Stellenwert auf. Schließlich konnte auch die Verknüpfung einer niedrigen subjektiven Gesundheit und Kontrollüberzeugung und einer hohen Gesundheitszufriedenheit und einem hohen Stellenwert der Gesundheit als Typus identifiziert werden. Als Antitypen und in dieser Interpretation mit überzufällig geringer Häufigkeit tritt die Kombination einer niedrigen subjektiven Gesundheit und einer niedrigen Ausprägung in allen übrigen Merkmalen auf. Darüber hinaus erscheint bei hoher subjektiver Gesundheitseinschätzung die Verbindung mit einer niedrigen Zufriedenheit und hohen Ausprägungen in den Merkmalen Kontrollüberzeugung und Stellenwert signifikant selten. Dies gilt auch für jene Kombination, in der alle Merkmale mit Ausnahme der Kontrollüberzeugung zur Gesundheit hoch ausfallen.

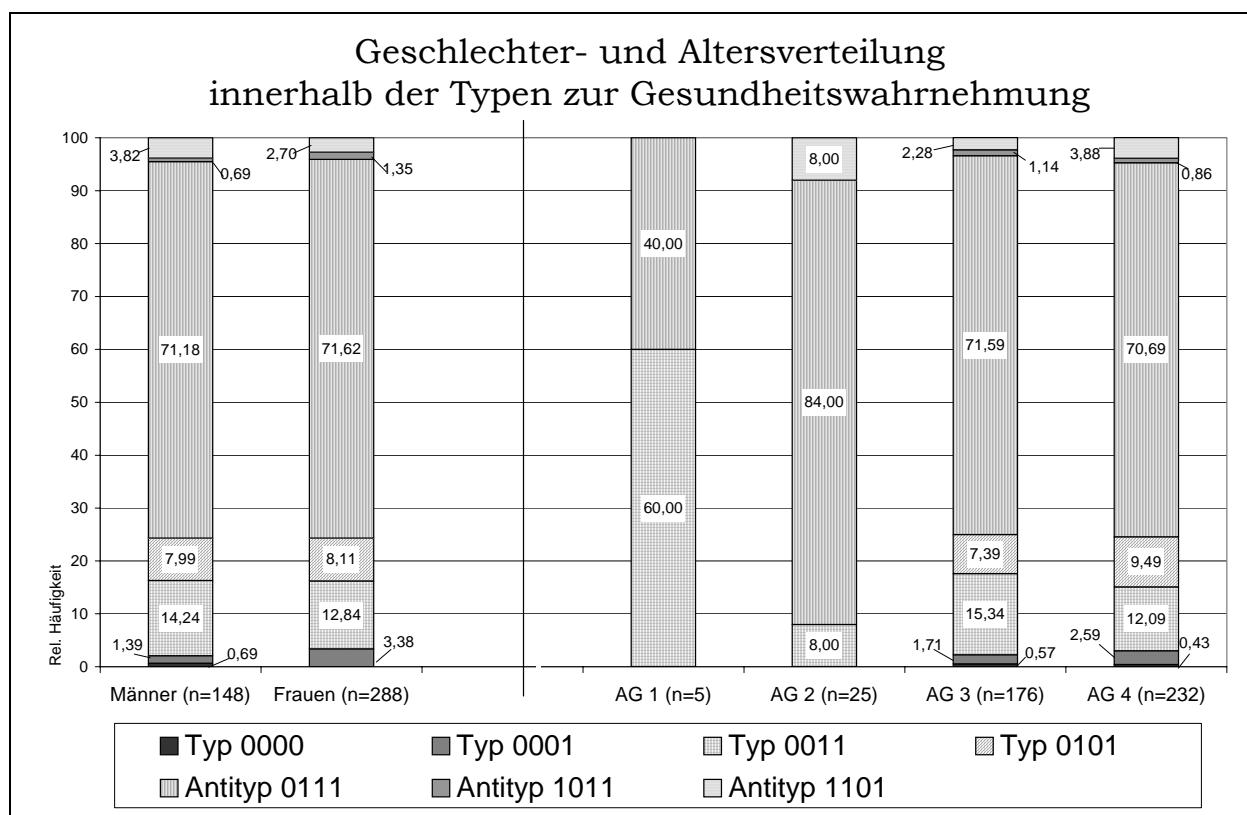


Abb. 5-9: Typen der Gesundheitswahrnehmung, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht (Angaben in Prozent, berechnet jeweils auf die angegebene Teilstichprobengröße) (N=440, variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Wird die Häufigkeitsverteilung der Geschlechter in den durch die KFA statistisch abgesicherten Typen untersucht, erhalten Frauen im Vergleich zu Männern einen höheren relativen Anteil an der Typengruppe, die sich durch einen hohen Stellenwert der Gesundheit bei gleichzeitiger niedriger Ausprägung aller übrigen Merkmale auszeichnet (vgl. Abb. 5-9). Auch dem Typus „hohe subjektive Gesundheit“, „hohe Kontrollüberzeugung“, „niedriger Stellenwert“ und „niedrige Zufriedenheit“ gehören relativ mehr weibliche als männliche Freizeit- und Gesundheitssportler an. Männer dagegen sind unter dem Typus häufiger vertreten, der in allen Merkmalen einen niedrigen Trend aufweist. Darüber hinaus

sind mehr Männer zum Typ zu zählen: „niedrige subjektive Gesundheit“, „niedrige Zufriedenheit“, „hoher Stellenwert“ und „hohe Kontrollüberzeugung“, sowie zur Typengruppe derer, die zwar eine hohe subjektive Gesundheit, Zufriedenheit und einen hohen Stellenwert, aber gleichzeitig eine niedrige Kontrollüberzeugung aufweist.

Für die Altersverteilung lässt sich grob festhalten, jüngere Freizeit- und Gesundheitssportler zählen eher zum Typus derer, die ihre Gesundheit subjektiv gering einschätzen und unzufrieden mit dem gesundheitlichen Befinden sind, diesem jedoch einen hohen Stellenwert beimessen und eine hohe Kontrollüberzeugung ausgebildet haben. Für die älteren Sportler der Stichprobe hingegen lässt sich kein vergleichbarer Trend ausmachen.

Fazit

Über eine KFA konnte für die Stichprobe der untersuchten Freizeit- und Gesundheitssportler die Ausprägung von vier Syndromen und drei Antitypen identifiziert werden. Ein Typus, also ein überzufällig häufiges Auftreten einer Merkmalskombination, ist dabei i.a.R. an eine geringe subjektive Gesundheitseinschätzung gebunden. Eine Ausnahme bildet die Kombination „niedrige Gesundheitseinschätzung und eine hohe Ausprägung in allen anderen Items“, welche statistisch auffällig selten auftritt.

Als Typus konnte das Vorkommen einer über alle Merkmale verteilten geringen Einschätzung von Gesundheitsmerkmalen festgehalten werden. Dieser Ausdruck einer negativen Wahrnehmung der eigenen Gesundheit, die von einer niedrigen Zufriedenheit, subjektiven Gesundheit, Kontrollüberzeugung und einem niedrigen Stellenwert des gesundheitlichen Befindens ausgeht, ist unter den Probanden der Stichprobe auffällig häufig vertreten. Das statistische Ergebnis lässt sich durch folgende Überlegungen stützen: Wird berücksichtigt, dass durch die Stichprobenkonstitution Probanden untersucht wurden, die durch ihre sportliche Aktivität einer Population entstammen, für die ein vergleichsweise ausgeprägtes Gesundheitsverhalten vorliegt, könnte damit auch davon ausgegangen werden, dass damit der Gesundheit ebenfalls ein gewisser Stellenwert beigemessen wird. Dann muss verwundern, dass sich unter den Probanden Teilnehmer mit dieser negativ geprägten Gesundheitswahrnehmung befinden, da darüber hinaus angenommen werden sollte, dass das Engagement der Probanden im Sport als Ausdruck der aktiven Gestaltung des gesundheitlichen Befindens gewertet werden könnte. Den Teilnehmern könnte also die Überzeugung, durch Sport die Gesundheit beeinflussen zu können, unterstellt werden. Dieser Typus wird ausschließlich durch Männer besetzt. Es zeigt sich jedoch auch, dass ein Typus bei einer niedrigen Ausprägung der übrigen Merkmale, unabhängig von der Bewertung des Stellenwerts auftritt und in diesem Fall vornehmlich durch Frauen ausgebildet wird.

Bei einer geringen subjektiven Gesundheitseinschätzung tritt ebenfalls statistisch signifikant die Verbindung zu einer niedrigen Gesundheitszufriedenheit bei gleichzeitiger hoher Kontrollüberzeugung und einer hohen Stellenwertzuordnung zur Gesundheit öfter auf als erwartet.

Ist die Einschätzung zum subjektiven gesundheitlichen Befinden niedrig, der Stellenwert der Gesundheit jedoch hoch, erwies es sich für die Identifizierung von Typen als unerheblich, ob die Gesundheitszufriedenheit hoch und die Kontrollüberzeugung zur Gesundheit niedrig ausgeprägt ist oder umgekehrt. Beide Spielarten sind in der Stichprobe der Freizeit- und Gesundheitssportler signifikant öfter vertreten als statistisch zu erwarten war. Allerdings zeigte sich, dass die Variante zur geringen subjek-

tiven Gesundheit und Zufriedenheit bei hoher Kontrollüberzeugung und hohem Stellenwert von den jüngsten Sportlern der Stichprobe (AG 1) gebildet wird, während der Typus „niedrige subjektive Gesundheit und Kontrollüberzeugung bei hoher Gesundheitszufriedenheit und Stellenwert“ verstärkt unter älteren Sportlern (AG 3 und AG 4) zu finden ist. Jüngere Probanden wenden aus ihrer Sicht ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Energie auf, um ihren Gesundheitszustand (positiv) zu beeinflussen, können ihre Erwartungen an mögliche Effekte dadurch aber offenbar nicht erreichen. Dieser Typus ist unter den jungen Sportlern signifikant häufig vertreten. Ältere sportlich Aktive hingegen zeichnen sich durch eine negative Einstellung gegenüber der Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes und einer geringen subjektiven Gesundheit aus, verwenden gleichzeitig ein hohes Maß an Aufmerksamkeit auf die Gesundheit. Auch wenn unter den Älteren also ebenfalls in ausgeprägter individueller Form Anstrengungen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes unternommen werden, mischt sich hierunter offensichtlich eine resignierte Stimmung, die die Sportler in fortgeschrittenem Alter dazu bringt, nicht an die umfassende Wirksamkeit ihrer Bemühungen zu glauben und insgesamt unzufrieden mit ihrem Gesundheitszustand zu sein. Eine Reihe von Negativerlebnissen, die im Verlauf des Lebens gemacht wurden, schränken die Kontrollüberzeugung und die Zufriedenheit bezüglich der Gesundheit (auch) bei sportlich Aktiven zusehends ein.

Auffällig selten kommt bei einer geringen subjektiven Gesundheit eine hohe Ausprägung in allen übrigen Items vor (Antityp). Hinter diesem Muster lässt sich eine gewisse Form der Resignation vermuten, die sich dadurch begründet, dass diese Gruppe zwar davon überzeugt ist, den gesundheitlichen Zustand positiv oder negativ beeinflussen zu können, dieser auch eine große Rolle für sie spielt, sich aber bei einer selbst beurteilten schlechten Gesundheit mit ihrer Verfassung zufrieden zeigen. Dieser Antitypus scheint sich trotz hoher Anstrengungen und einem subjektiv gering erlebten „Erfolg der Bemühungen“ mit dem Erreichten zufrieden zu geben. Unter den Sportlern ist diese Gruppe jedoch erwartungsgemäß sehr klein und auffällig selten zu finden.

Die beiden übrigen konstatierten Antitypen zeichnen sich durch eine hohe subjektive Einschätzung der Gesundheit und die Zuweisung einer hohen Bedeutung an das Merkmal Gesundheit aus. Vergleichbar mit den oben festgestellten Typen zu einer hohen Ausprägung in der subjektiven Gesundheit und einer niedrigen im Merkmal des Stellenwerts, ist auch hier die Tendenz der beiden übrigen Merkmale von der Absicherung eines Antitypus unabhängig, solange diese konträr ausfallen. Unter Freizeit- und Gesundheitssportlern erreicht die Kombination einer hohen subjektiven Gesundheit und Bedeutungszumessung bei gleichzeitig niedriger Zufriedenheit und hoher Kontrollüberzeugung eine statistisch auffällig gering ausfallende Quote. Die Gruppe derer, die ihren Gesundheitszustand zwar tendenziell positiv bewerten, der Gesundheit auch einen hohen Stellenwert beimessen, dabei von der Beeinflussbarkeit derselben überzeugt sind und sich aber unzufrieden mit dem eigenen gesundheitlichen Befinden zeigen, ist unter sportlich Aktiven deutlich selten vertreten. Zu beachten gilt, dass mehr Frauen als Männer diesen Antitypus unter Sportlern stellen. Im Kontrast dazu konnte auch ein Antitypus festgestellt werden, der sich bei ebenfalls hoher subjektiver Gesundheit und deren Stellenwert zufrieden mit dem eigenen Gesundheitszustand dokumentiert, allerdings von der Beeinflussbarkeit der Gesundheit nicht überzeugt zeigt. Personen mit einer solchen Wahrnehmungskombination sind unter Freizeit- und Gesundheitssportlern auffällig selten zu finden und sind in der vorliegenden Stichprobe vor allem durch Männer vertreten.

5.2 Allgemeines Gesundheitsverhalten

Zur Einschätzung des Gesundheitszustandes ziehen verschiedene Wissenschaftsbereiche wie die Gesundheitspsychologie, Medizinsoziologie oder Epidemiologie die Diagnose von Risikofaktoren heran (vgl. Kapitel 1 und 2). Die medizinische Absicherung des Risikofaktorenmodells begründete auch dessen zunehmenden Einsatz in der Untersuchung psycho-sozialer Gesundheit (vgl. Kapitel 1 und 3). In dynamischen Gesundheitsmodellen etablierte sich in diesem Zusammenhang die Formulierung und Berücksichtigung von Schutzfaktoren, wie sie Wegweisend ANTONOVSKY (1993; 1997) in sein Salutogenese-Konzept integrierte (vgl. Abschnitte 1.1.2 und 2.2.2). Hintergrund ist hier die Frage nach der Ätiologie spezifischer Zivilisationserkrankungen ebenso wie nach Merkmalen der Widerstandskraft. Gleichzeitig erhofft man sich über die Kenntnis von der Ausprägung bestimmter Risikofaktoren eindeutige Rückschlüsse auf das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten.

In der Literatur findet sich die Analyse einer Vielzahl von Merkmalen, die als Risiko- und Schutzfaktoren erörtert werden. Für die vorliegende Untersuchung wird die Operationalisierung wesentlicher Merkmale, die aus der Basisstudie vorliegen, erfolgen.

Im folgenden Abschnitt wird die Ausprägung der Faktoren unter den befragten Gesundheits- und Freizeitsportlern untersucht, um das Gesundheitsverhalten der Vereinsaktiven skizzieren zu können. Die gegebene Datenlage macht eine Betrachtung von externen wie internen Risiko- und Schutzfaktoren möglich. In Anbetracht der Bedeutung und wissenschaftlich vergleichsweise konsistenten Befundlage zum Zusammenhang von bestimmten Risikofaktoren und einer Herz-Kreislaufmorbidity und -mortalität (vgl. Abschnitt 2.2.1) soll deren Analyse herausgestellt werden. Hierzu werden die Kennzeichen Rauchen, Übergewicht, Blutfettniveau und Bluthochdruck als interne sowie Stressoren der Arbeitstätigkeit als externe Risikofaktoren betrachtet. Aufschluss über die Verfügbarkeit von Bewältigungsstrategien sollen zunächst der Ernährungsstil sowie das allgemeine Bewegungsverhalten im Alltag liefern. Im Rahmen der Studienkonzeption werden insbesondere zu den möglichen Schutzfaktoren eine Reihe von sport- und vereinsbezogenen Kriterien gezählt. Die Analyse dieser Zusammenhänge komplettiert das Konstrukt einer Untersuchung zur psycho-sozialen Gesundheit im Setting Sportverein und wird im darauffolgenden Abschnitt vorgenommen werden (siehe Abschnitt 5.3).

5.2.1 Risikofaktoren

Zur Beurteilung des objektiven Gesundheitszustandes und des individuellen Gesundheitsverhaltens ziehen u.a. medizinische und medizinsoziologische Studien die Kenntnis über vorhandene Risikofaktoren heran. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine spezifische Disposition von biomedizinischen Merkmalen mit einer erhöhten Inzidenz von bestimmten Erkrankungen einhergeht. Zwischenzeitlich liegen für viele Krankheiten mehr oder minder hypothetische bis empirisch abgesicherte Risikofaktorenmodelle vor (vgl. Kapitel 2).

Darüber hinaus nimmt die Kenntnis über die Ausprägung eigener Risikofaktoren in theoretischen Gesundheitsverhaltensmodellen die Position einer wesentlichen Voraussetzung für eine Intention zur Verhaltensänderung ein (vgl. Kapitel 1 und Abschnitt 5.3.1). Als solche sind sie Einflussgrößen auf das Bedrohungserleben und einer Einschätzung der Erkrankungsgefahr gleichzusetzen, wie sie innerhalb des Health Belief-Models (ROSENSTOCK, 1990) und der Protection Motivation Theory (ROGERS, 1975) verankert sind.

Die Genese des Risikofaktorenmodells zur coronaren Herzerkrankung gilt als am weitesten vorange-trieben (siehe z.B. SCHMOOK, DAMM & FREY, 1997; SCHWARZER, 1996; WYDRA, 1996, 17). Ausge-hend von der Annahme einer mehrfachen Wirkrichtung einzelner Merkmale (z.B. Rauchen), die sie in den Zusammenhang mit einer Reihe von Erkrankungen bringen (z.B. cardiovasculäre Krankheiten, Krebserkrankungen etc.), und einer begleitenden klinischen Manifestation findet sich insbesondere in gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen explizit die Analyse der biophysiologischen Risiko-faktoren Übergewicht, Rauchen, Blutfettwerte und Blutdruck in ihrem Zusammenhang mit Gesundheit und sportlicher Aktivität (z.B. BÖS & WOLL, 1989; BREHM ET AL., 2001; OPPER, 1998a; RAMPF, 1999; WINKLER ET AL., 1996; WOLL & BÖS, 1994). Dabei liegt der Fokus der Erwartungen auf einer Erhö-hung der Erkrankungswahrscheinlichkeit durch die Existenz von Risikofaktoren und einer Senkung derselben durch moderate sportliche Aktivität. Die Befundlage zu einem erfolgreichen Wechselver-hältnis von Sport und coronaren Herzerkrankungen ist zwar hinsichtlich positiver Effekte auf die Herz-Kreislaufmortalität zu differenzieren (vgl. Abschnitt 2.2.1), lieferte jedoch einige Befunde, die eine Reduzierung von Risikofaktoren und eine Stärkung von physischen Ressourcen für die Gesund-erhaltung bzw. Unterstützung zur Rehabilitation vermuten lassen (DANNENBERG ET AL., 1989; HEATH ET AL., 1986).

Für die vorliegende Untersuchung wird aus Gründen der Transparenz zwischen internen und externen Faktoren unterschieden. Interne Risiko- und Schutzfaktoren sollen als in der Person und deren Verhal-ten begründet interpretiert werden, während externe Merkmale aus Umwelteinflüssen resultieren. Da-bei muss einschränkend und ergänzend festgehalten werden, dass es sich in allen Dimensionen um eine selbst berichtete Einschätzung zu diesen Merkmalen handelt, die nicht „von außen“ kontrolliert oder verifiziert sind. Da die Fragestellung auf die reine Existenz der jeweiligen Risikofaktoren oder deren Erleben (z.B. Arbeitsplatzbelastungen) und nicht auf den Bericht konkreter medizinischer Para-metergrößen (z.B. Höhe des LDL- oder HDL-Wertes) oder objektiver Belastungsprofile (z.B. körper-licher Einsatz im Alltag) fokussiert ist, kann der Proband bzw. Patient als zufriedenstellende Aus-kunftsquelle zur Einschätzung des Risikofaktorenbildes gelten. Daneben kann der subjektive Bericht über diese Merkmale des Risiko- und Schutzverhaltens als Teilindiz des Gesundheitserlebens gelten.

Die für die eigene Studie zur Verfügung stehende Datengrundlage bietet die Möglichkeit, Informatio-nen zu den internen Risikofaktoren Bluthochdruck, Blutfettwerte, Übergewicht und Rauchverhalten zu analysieren. Ebenfalls auf subjektiver Basis wurde ein Element des externen Risikopotentials für eine stabile Gesundheit erfasst, die im Bereich der beruflichen Alltagsbelastung anzusiedeln ist. In Interpre-tation des aus der modernen Gesundheitsinterventionsforschung verankerten Setting-Ansatzes wird in der Beurteilung der Stressoren aus der Arbeits- und Arbeitsplatzsituation eine entscheidende Quelle für Wirkmechanismen im Gesundheit-Krankheits-Kontinuum erkannt (ANTONOVSKY, 1993; 1997). Mit der Formulierung des Settings, womit die Bedeutung der Lebensbereiche betont wird, in denen der Mensch einen Großteil seiner Lebenszeit verbringt und darin großem positiven wie negativen Einfluss auf die Gesundheit ausgesetzt sein kann (SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN, 2000), können sowohl der Gesundheit förderliche als auch gesundheitsgefährdende Potentiale einzelner Umweltbe-reiche besser erfasst und abgeschätzt werden. Mit einem Setting ist i.d.S. vor allem laut WHO die Idee von einem gesundheitsrelevanten Komplex, der „alle Umwelteinflüsse einer Bevölkerungsgruppe

umfasst“ (GROSSMANN, 1994, 66), verbunden. Das schließt soziale Beziehungen zu anderen explizit mit ein (ebd., 65). Obwohl in der Literatur eine Reihe von Elementen als mögliche Stressoren und externe Risikofaktoren operationalisiert werden, soll aus den angestellten Überlegungen mit Bezug zur aktuellen Forschungspraxis heraus die Analyse der subjektiven Belastung durch die Arbeitstätigkeit ein Indiz für externe Risikofaktoren sein. Die fragebogentechnische Erfassung liegt in Anwendung des Inventars der WIAD-Studie (1984) auf der Basis von arbeitspsychologischen Überlegungen vor (UDRIS & GROTE, 1994). Danach mussten durch die Probanden Bewertungen der Items zu folgenden Stressoren-Gruppen (vgl. MOHR & UDRIS, 1997, 556f) auf einer vierstufigen Likert-Skala vorgenommen werden (0 – „trifft nicht zu“, 1 – „belastet mich überhaupt nicht“, 2 – „belastet mich ein wenig“, 3 „belastet mich stark“):

Stressoren der Arbeitsaufgabe

- Häufige Unterbrechungen und Störungen
- Langweilige, gleichförmige Arbeit
- Große Verantwortung für Maschinen
- Starke Konzentration

Physikalische und biophysiologische Stressoren

- Lärm
- Hitze, Kälte, Nässe
- Chemische Schadstoffe
- Fließbandarbeit
- Arbeit am Bildschirm, EDV-Terminal
- Körperlich schwere Arbeit
- Unangenehme oder einseitige körperliche Beanspruchung, Körperhaltung

Stressoren der zeitlichen Dimension

- Überstunden, lange Arbeitszeit
- Nachtarbeit
- Wechselschichten
- Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck
- Arbeitstempo durch Maschinen bestimmt

Stressoren der sozialen und organisationalen Situation

- Akkord- oder Stückarbeit
- Zwang zu schnellen Entscheidungen
- Große Verantwortung für Menschen
- Starke Konkurrenz durch Kollegen
- Alleine arbeiten, keine Gespräche mit Kollegen möglich

In die Analyse der gesundheitlichen Wechselwirkungen von externen Risikofaktoren unter den Gesundheits- und Freizeitsportlern wurden lediglich die Versuchspersonen einbezogen, die voll- oder teilzeiterwerbstätig sind.

Interne Risikofaktoren

Um Rückschlüsse auf das Gesundheitsverhalten der befragten Sportler zu ermöglichen, stehen die Fragen nach der Ausprägung von biophysiologicalen Risikofaktoren zur Verfügung. Hierzu wurde nach einem möglichen Übergewicht, erhöhten Blutfettwerten, Bluthochdruck und dem Rauchverhalten gefragt, soweit dies den Probanden bekannt war⁴⁶. Mit Ausnahme der Erfassung zum Rauchen sind die Items binär codiert. Die Merkmale Bluthochdruck und Blutfettwerte ließen darüber hinaus die Antwort „weiß ich nicht“ zu. Diese und die Angaben zum Rauchen sind zunächst vierfach gestuft („Nicht-raucher“ bis „starker Raucher“) und werden für die Bildung eines Faktorenindex⁷ künstlich dichotomisiert.

Deskriptive Analysen demonstrieren in erster Näherung der Befunde in erhöhten Blutfettwerten den am meisten in der Stichprobe verteilten Risikofaktor. 27,6% (N=1752) der Probanden berichten von zu hohen Cholesterinwerten, 14,9% der Probanden kommunizieren hierzu ihre persönliche Unkenntnis. Über Bluthochdruck klagen insgesamt 23,8% (2,9% sind über einen solchen Faktor selbst nicht unterrichtet), Übergewicht liegt bei 14,4% der Versuchspersonen vor. Als Raucher identifizieren sich lediglich 10,0% der Stichprobe, die sich aus 4,0% Gelegenheits-, 4,9% mäßigen und 1,1% aus nach eigenen Angaben starken Rauchern zusammensetzen.

Eine Analyse der Häufigkeitsverteilung unter den Geschlechtern zeigt, dass Männer in fast allen Risikofaktoren einen relativen Vorsprung vor den Frauen haben. Sie sind häufiger mit erhöhten Blutfettwerten (33,0% vs. 25,5%), Bluthochdruck (31,7% vs. 20,5%) und Übergewicht (15,8% vs. 13,7%) belastet. Frauen allerdings stellen sich als die stärkeren Raucher heraus (vgl. Abb. 5-5). Für die Ergebnisse zum Bluthochdruck und erhöhten Blutfettwerten erbrachte ein Chi-Quadrat-Test eine Absicherung der Verteilung auf signifikantem Niveau (Bluthochdruck: $X^2=26,611$; $df=1$; $p<.001$; Blutfettwerte: $X^2=5,819$; $df=1$; $p=.016$). Die übrigen Verteilungen erwiesen sich als nicht signifikant.

Interner Risikofaktor	Männer (N=456)		Frauen (N=843)	
	%	(n)	%	(n)
Übergewicht	15,8	(80)	13,7	(163)
Rauchen	9,1	(46)	10,5	(125)
Blutfettwerte**	37,0	(168)	30,0	(307)
Bluthochdruck***	32,9	(162)	21,0	(248)

Tab. 5-5: Geschlechtsspezifische Verteilung ausgewählter interner Risikofaktoren in relativer und absoluter Häufigkeit (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p<.001$; ** $p<.01$ auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests) (N=1299)

⁴⁶ Möglichkeit der Angabe „weiß ich nicht“ für die Frage nach erhöhten Blutfettwerten und Bluthochdruck. Die relative Häufigkeit zu diesen Antworten ist bei den dargestellten Prozentangaben berücksichtigt.

Über die Altersgruppen hinweg nimmt der Anteil derer, die angeben unter Übergewicht zu leiden, signifikant zu (Chi-Quadrat-Test: $X^2=14,238$; $df=3$; $p= .003$). Identifizieren sich in der Gruppe der unter 27-Jährigen lediglich 7,0% (N=43) als mit Übergewicht belastet, steigt dieser Anteil in der Altersgruppe 2 bereits auf 11,0% (N=245), in der Altersgruppe 3 auf 12,5% (N=736) bis zu den ältesten Sportlern gar auf 18,2% (N=676) an.

Eine verblüffend parallele Entwicklungskurve zum Merkmal „Übergewicht“ ist für den Faktor „Blutfettwerte“ festzustellen (vgl. Abb. 5-10). Geben die Altersgruppen 1 und 2 nur ein geringes Auftreten dieses Risikofaktors an (AG 1: 0,4%; N=42 bzw. AG 2: 3,4%; N=248), ist er mit 40,2% (N=741) unter den 41- bis 60-Jährigen vertreten und steigt zur AG 4 nochmals auf 56,0% (N=689) an. Die Verteilung ist ebenfalls höchstsignifikant (Chi-Quadrat-Test: $X^2=91,028$; $df=3$; $p< .001$).

Den rasantesten Anstieg mit zunehmendem Alter erfährt der Risikofaktor Bluthochdruck. Während sich in den beiden jüngeren Altersgruppen (bis 26 Jahre und 27 bis 40 Jahre) nur ein leichter Anstieg dieses Risikofaktors verzeichnen lässt, berichten Probanden über 61 Jahren mit einem relativen Anteil von 65,0% (N=695) etwa doppelt so häufig von krankhaften Gewichtsproblemen wie Personen der Altersgruppe zwischen 41 und 60 Jahren. Der konstatierte Häufigkeitsverlauf des Merkmals mit zunehmendem Alter erweist sich als höchstsignifikant (Chi-Quadrat-Test: $X^2=154,692$; $df=3$; $p< .001$), mit $\eta^2=0,092$ liegt jedoch nur ein äußerst geringer Zusammenhang vor. Dieser Effekt korrespondiert mit dem hohen Anteil an coronaren Patienten in dieser Altersgruppe, die aufgrund ihres Erkrankungsbildes nahezu zwangsläufig diesen Risikofaktor ausgeprägt haben.

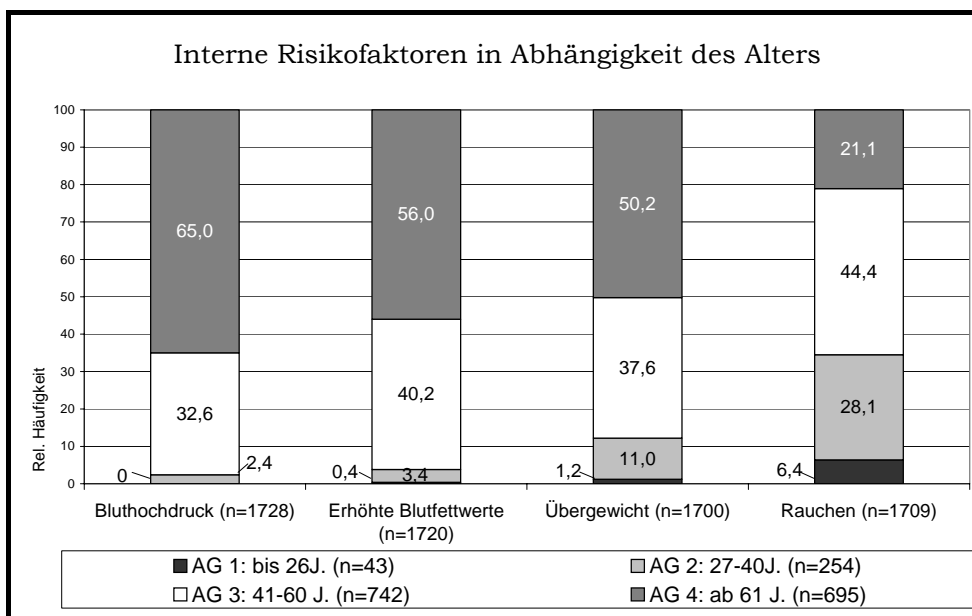


Abb. 5-10: Ausprägung zentraler interner Risikofaktoren in der Stichprobe in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent der Zustimmung, berechnet auf die in den Risikofaktoren angegebenen Teilstichprobengrößen; variieren aufgrund verschieden hoher missing values; N=1734)

Insgesamt fällt bei einer altersabhängigen Betrachtung auf, dass die ältesten Sportler der Stichprobe am stärksten mit internen Risikofaktoren behaftet sind (vgl. Abb. 5-10). Sowohl in den Merkmalen „Blutfettwerte“ und „Bluthochdruck“ als auch hinsichtlich eines „Übergewichts“ finden sich unter den

ab 61-Jährigen die höchsten Anteile. Alleine im Bezug auf das Rauchverhalten zeigen die Ältestensportler ein höheres Gesundheitsbewusstsein als die übrigen Aktiven. Hier liegt der relative Anteil mit 21,1% etwa in der Höhe eines Drittels berechnet auf die Ausprägung unter den jüngsten Sportlern (bis 26 Jahre) und weit unter der Hälfte in Bezug auf die beiden übrigen Altersgruppen. Der Risikofaktor „Rauchen“ ist damit von den getesteten Merkmalen der einzige, der im Verhältnis zum Altersverlauf eine negative Häufigkeitsentwicklung aufweist, die sich ebenfalls auf höchstsignifikantem Niveau absichern lässt (Chi-Quadrat-Test: $X^2=53,379$; $df=3$; $p<.001$).

Summenscore „Interne Risikofaktoren“

Für weitere Berechnungen wurde ein Summenscore aus der Existenz der berichteten Risikofaktoren gebildet, in dem die jeweilige Positivinformation zu den einzelnen Merkmalen einging. So wurde jedem Probanden ein Wert zwischen 0 („keine internen Risikofaktoren“) und 4 („alle internen Risikofaktoren“) zugeordnet. Für die Gesamtstichprobe liegt ein Mittelwert von 0,744 (SD=0,839) vor. Männer berichten dabei im Mittel von mehr Risikofaktoren (M=0,885) als Frauen (M=0,687). Diese Differenz ließ sich durch einen Mann-Whitney-U-Test für nichtparametrische Verteilungen auf einem p-Wert von $<.001$ absichern ($Z=-4,412$).

Hinsichtlich einer Altersbetrachtung steigt der Mittelwert der internen Risikofaktoren sukzessive mit zunehmendem Alter der Probanden an (vgl. Tab. 5-6). Die ältesten Sportler in der Stichprobe geben im Schnitt die Existenz etwa eines Risikofaktors an. Gleichzeitig lässt sich jedoch auch eine hohe Varianz in den Altersgruppenangaben feststellen, was auf insgesamt inhomogene Subgruppen in diesem Merkmal schließen lässt. Erst zur Ältestengruppe hin reguliert sich das Streuungsmaß im Vergleich zum Mittelwert auf ein Verhältnis von etwa 1:1. Der Effekt des Alters auf die Variable „Interne Risikofaktoren“ (Summenscore) erreicht eindeutig das Signifikanzniveau (Kruskal-Wallis-Test: $X^2=111,911$; $df=3$; $p<.001$).

Statistische Kennwerte der Teilstichproben zum Index „Interne Risikofaktoren“	M	SD	N
Gruppenkriterium			
Geschlecht			
Weiblich	0,885	0,889	515
Männlich	0,687	0,812	1227
Altersgruppe			
AG 1	0,372	0,536	43
AG 2	0,402	0,614	251
AG 3	0,658	0,793	749
AG 4	0,979	0,902	707
Gesamt: N= 1730; M=0,744, SD=0,839			

Tab. 5-6: Statistische Kennwerte der Teilstichproben zur Ausprägung interner Risikofaktoren (Mittelwerte) in Abhängigkeit der Merkmale Alter und Geschlecht

Konzentriert man sich auf die Differenzen zwischen den Geschlechtern innerhalb der Altersgruppen, erkennt man, insbesondere aus Abb. 5-11, dass die männlichen Sportler zunächst in jungen Jahren hinter den Frauen zurückstehen, was den durchschnittlichen Wert an ausgeprägten Risikofaktoren betrifft (AG 1: Männer M= 0,333; SD=0,516 vs. Frauen M=0,389; SD=0,549). In den mittleren Altersgruppen hingegen übertreffen die Männer die weiblichen Sportler deutlich hinsichtlich des Mittelwerts im Summenscore „Interne Risikofaktoren“. Im Alter zwischen 41 und 60 Jahren weisen die männlichen Sportler gar einen 1,5-fach höheren Mittelwert hinsichtlich der geprüften Risikofaktoren auf als Frauen (AG 3 Männer: M=0,857; SD=0,890 vs. Frauen: M=0,893; SD=0,747). Dieses Verhältnis hält als einziges in der altersgruppenspezifischen Geschlechtertestung einer Überprüfung auf statistische Signifikanz stand (Mann-Whitney-U-Test: $Z = -3,587$; $p < .001$). Unter den Ältestensportlern gleichen sich die Werte wieder an; Hier haben die Frauen deutlich aufgeholt.

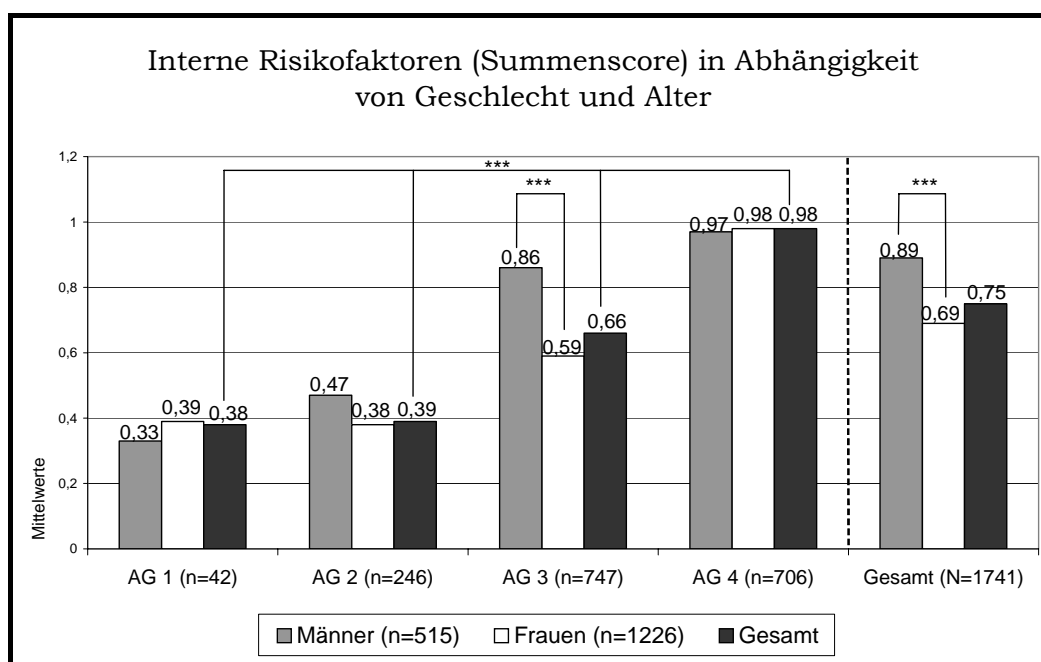


Abb. 5-11: Summenscore der internen Risikofaktoren, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht (Angabe von Mittelwerten, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$ auf der Basis eines Mann-Whitney-U-Tests bzw. Kruskal-Wallis-Tests) (N=1741, variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Fazit

Bezüglich der getesteten internen Risikofaktoren zeigen sich erhöhte Blutfettwerte als am weitesten unter den Freizeit- und Gesundheitssportlern verbreitet. Dieser relative Befund deckt sich mit Ergebnissen aus anderen gesundheitswissenschaftlichen Studien aus der Sportforschung (OPPER, 1998a; WOLL & BÖS, 1994).

In der Zusammenschau muss einschränkend festgehalten werden, dass sich die vorliegende Stichprobe, kontrastiert zu repräsentativen Ergebnissen, speziell zum Thema Rauchen und Übergewicht als deutlich geringer mit diesen Risikofaktoren behaftet erweist als der Bundesdurchschnitt. Dies gilt speziell für das Merkmal Übergewicht (BENECKE & VOGEL, 2003; STATISTISCHE BUNDESAMT, 2001). Auch verläuft die altersabhängige Entwicklung dieses Merkmals anders als sie das STATISTISCHE BUNDESAMT (2001, 139) oder BENECKE & VOGEL (2003, 9f) berichten. Wird ein Abfall der Verlaufs-

kurve in den höheren Altersgruppen erwartet, zeigt die vorliegende Stichprobe einen Anstieg mit zunehmendem Alter. Zu erklären ist dieser signifikante Effekt unter Umständen damit, dass ältere Menschen den Zugang zum Verein u.a. auch unter bestimmten Prämissen verstärkt finden, um z.B. bestehendes Übergewicht durch eine Sporttätigkeit abzubauen.

Geschlechtsspezifisch erweisen sich Männer signifikant stärker mit Risikofaktoren belastet als Frauen. Auch dieser Befund lässt sich in bereits aus der Literatur bekannte Ergebnisse einreihen (OPPER, 1998a; STATISTISCHES BUNDESAMT, 2001; WOLL & BÖS, 1994). Als Ursachen können zum einen genetische Bedingungen angeführt werden, zum anderen trägt ein allgemein ausgeprägteres Gesundheitsverhalten von Frauen mit zu diesem Ergebnis bei. Unter anderem LIESENHOFF (1986) und SCHWARZER (1996) stellen Frauen ein Zeugnis des gesundheitsbewussteren Handelns aus.

Im Altersverlauf konnte wie erwartet ein Anstieg der Belastung mit Risikofaktoren ausgemacht werden, was sich mit Ergebnissen von bundesrepräsentativen Untersuchungen (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2001; WINKLER ET AL., 1996) vergleichen lässt.

Exkurse zur Wechselwirkung von Internen Risikofaktoren und ausgewählten Kontrollmerkmalen

Neben der Effekte des Alters und des Geschlechts auf die Ausprägung der untersuchten Risikofaktoren soll im folgenden Abschnitt auch deren Wechselwirkung mit zentralen Gesundheitsmaßen (subjektive bzw. objektive Gesundheit und Angebotspartizipation) interessieren. Zur Klärung eines möglichen Einflusses werden Korrelationsberechnungen durchgeführt und alters- bzw. geschlechtsspezifische Betrachtungen vorgenommen.

Interne Risikofaktoren und die subjektive Gesundheitseinschätzung

Die Ausprägung der Risikofaktoren beeinflusst die subjektive Gesundheitseinschätzung nur gering. Eine Korrelationsberechnung nach Pearson ergab einen Koeffizienten von -0.259 . Der Zusammenhang ist auf dem Niveau von $p \leq .01$ signifikant. Wie auch OPPER (1998a) zeigte, gilt: Je größer die Belastung durch Risikofaktoren, desto schlechter fällt die subjektive Bewertung des Gesundheitszustandes durch die Probanden aus. Angesichts der geringen Koeffizientengröße muss jedoch davon ausgegangen werden, dass weitere, wesentlich effektstärkere Zusammenhangsmerkmale existieren.

Auffällig erscheint, dass Frauen zwar – wie oben bereits dargestellt – mit weniger Risikofaktoren belastet sind als Männer, ihren Gesundheitszustand in Abhängigkeit des Risikoindex subjektiv jedoch schlechter bewerten (vgl. Abb. 5-12). Männer, die ihren Gesundheitszustand als eher „mäßig“ erleben, weisen die höchste interne Risikofaktorenausprägung auf ($M=1,25$). Dagegen sinkt das Potential an gesundheitsgefährdenden Merkmalen unter den Männern, die sich subjektiv mit einer schlechten gesundheitlichen Verfassung ausgestattet fühlen ($M=1,07$).

In den Altersgruppen zeigen sich zwei wesentliche Effekte: Erstens schätzen junge Sportler, die eine relativ geringe Belastung mit internen Risikofaktoren berichten, ihren Gesundheitszustand vergleichsweise schlecht ein. Probanden zwischen 27 und 40 Jahren, die sich subjektiv als „mäßig gesund“ bewerten, haben im Risikofaktorenindex einen Mittelwert, der nicht einmal auf dem Niveau derer liegt, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bewerten.

Zweitens fallen die ältesten Sportler der Stichprobe (ab 61 Jahre) durch eine vergleichsweise positive Gesundheitseinschätzung in Abhängigkeit der internen Risikofaktorenausprägung auf. Obwohl hier in

den einzelnen Kategorien der subjektiven Gesundheit („sehr gut“, Codierung: 4; „gut“, Codierung: 3; „mäßig“, Codierung: 2; „schlecht“, Codierung: 1) vergleichsweise hohe Mittelwerte aus dem Risikofaktorenindex dokumentiert werden, liegen diese jeweils über den Werten der Altersgruppe 3 (41 bis 60 Jahre). Die Sportler über 61 Jahre sind damit zwar durch mehr Risikofaktoren behaftet, bewerten ihre gesundheitliche Verfassung jedoch besser ein als die übrigen Probanden (vgl. Abb. 5-12).

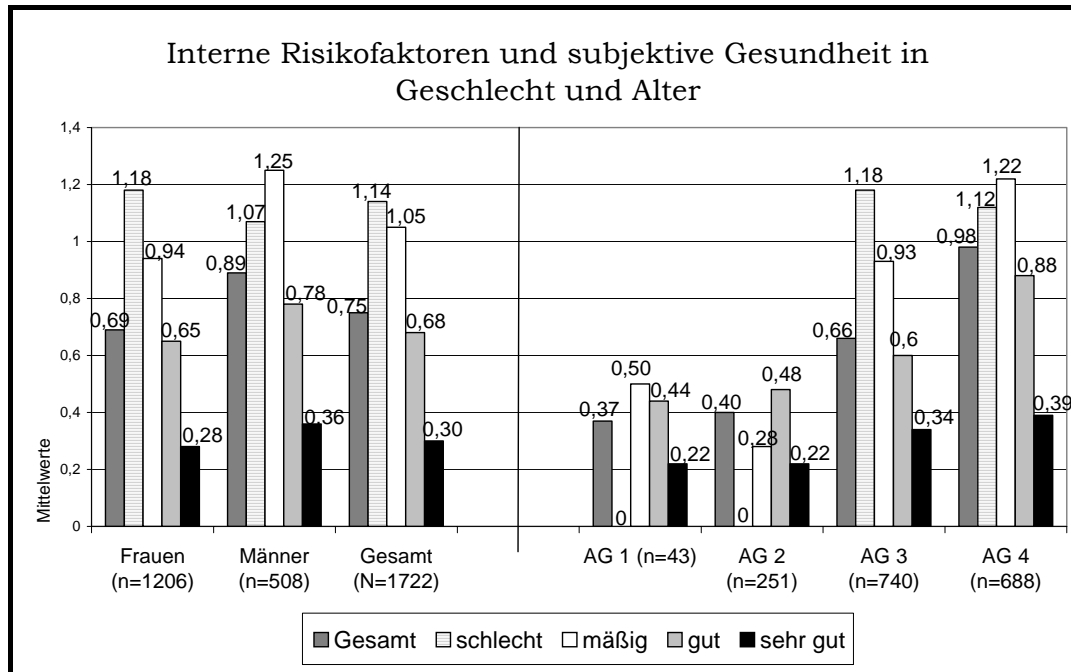


Abb. 5-12: Interne Risikofaktoren nach subjektiver Gesundheitsbewertung, gruppiert nach Geschlecht und Alter (Angabe von Mittelwerten)

Interne Risikofaktoren und objektive Gesundheit

Die Variablen „Interne Risikofaktoren“ und „objektive Gesundheit“, welche anhand der vorliegenden chronischen Erkrankungen operationalisiert wurde, stehen in einem signifikanten korrelativen Verhältnis ($p \leq .01$). Mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,419 nach Pearson zeigt sich der Zusammenhang mittelstark. Es lässt sich folgern, dass eine zunehmende Ausprägung an Risikofaktoren mit einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes gemessen an chronischen Erkrankungen einhergeht.

Eine geschlechtsspezifische Analyse zeigt, dass Frauen im Durchschnitt mit der sukzessiven Verschlechterung ihres objektiven Gesundheitszustandes, also über den Anstieg der Anzahl chronischer Erkrankungen, von weniger internen Risikofaktoren berichten als Männer. Eine Ausnahme in diesem Verhältnis bilden jeweils die Extrempole der Achse zur objektiven Gesundheit. Während sowohl männliche als auch weibliche Probanden, die frei von chronischen Erkrankungen sind, auf einem vergleichbaren Niveau der Risikofaktorenbelastung liegen, geht die Schere zwischen den Geschlechtern dann auseinander, wenn die Gruppe derer betrachtet wird, die das konstatierte Höchstmaß an chronischen Erkrankungen mit sechs Nennungen angeben: Hier weisen Frauen einen doppelt so hohen Wert im Risikofaktorenindex auf wie Männer (vgl. Abb. 5-13). Diese Kategorie sowie jene mit einem kommunizierten Ausmaß an sieben chronischen Erkrankungen auf der Skala der objektiven Gesund-

heit sind allerdings mit einer relativ geringen absoluten Häufigkeit (sechs chronische Erkrankungen Männer: N=1, Frauen: N=5; sieben chronische Erkrankungen Männer: 0, Frauen: 1) vertreten, so dass eine Interpretation des Befundes redundant erscheint.

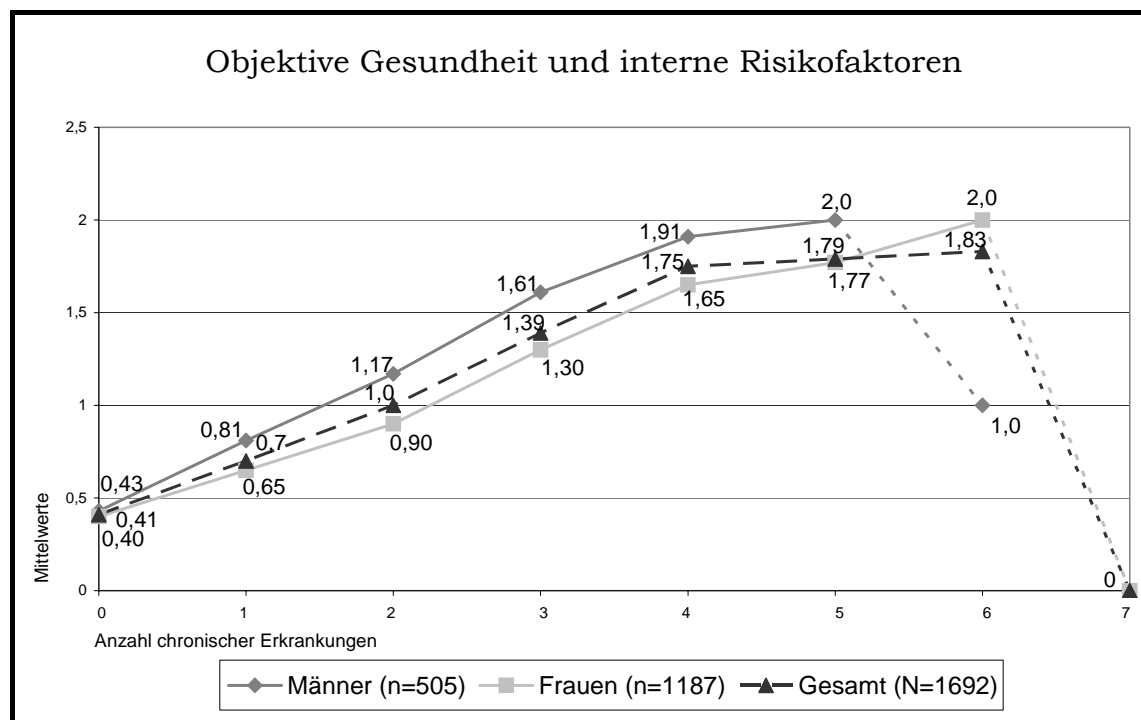


Abb. 5-13: Objektive Gesundheit und interne Risikofaktoren, gruppiert nach Geschlecht (Angabe von Mittelwerten)⁴⁷

In den Altersgruppen steigt die Anzahl der berichteten internen Risikofaktoren gemessen an der dokumentierten objektiven Gesundheit mit zunehmendem Alter an. Ältere Sportler haben demnach mehr Risikofaktoren bei vergleichbarer objektiver Gesundheit ausgeprägt als jüngere Sportler. Bereits im Ausgangsniveau zeigen sich beträchtliche Unterschiede: Bei gleicher Voraussetzung des Freiseins von chronischen Erkrankungen und damit einer sehr guten objektiven Gesundheit haben die jüngeren Sportler unter 40 Jahren etwa 0,2 interne Risikofaktoren im Mittelwert ausgeprägt, liegt dieser Wert bei den 41- bis 60-Jährigen bereits etwa doppelt so hoch ($M=0,4$) und steigt zu den ältesten Aktiven über 61 Jahre nochmals auf das Doppelte ($M=0,6$) an (vgl. Abb. 5-14). Berichtet die Altersgruppe 1 (bis 26 Jahre) bei einem Anstieg der Risikofaktorenausprägung lediglich ein Maximum von zwei Risikofaktoren, lässt sich für die Altersgruppe 2 (27-40 Jahre) in der Wechselwirkung von objektiver Gesundheit und internen Risikofaktoren kein eindeutiger Trend ausmachen. Die beiden höchsten Altersgruppen hingegen zeigen in den Regionen einer sehr schlechten objektiven Gesundheit auch einen Rückgang der kommunizierten internen Risikofaktoren. Da die Zellen hier mit nur sehr geringen Fallzahlen besetzt sind (siehe Ausführungen oben), soll auch eine Interpretation dieses Teilbefundes außen vor bleiben.

⁴⁷ Aufgrund der geringen Absolutbesetzung in den Extremwerten von sechs bzw. sieben chronischen Erkrankungen wird der Kurvenverlauf hier nur in gestrichelter Form wiedergegeben, um die Problematik einer Interpretation angesichts der Datenlage plastisch zu machen.

Es bleibt als Ergebnis ein gemäß dem jeweiligen Ausgangsniveau in den Altersgruppen differenziertes Ansteigen der Belastung mit internen Risikofaktoren bei gleichzeitiger Verschlechterung des objektiven Gesundheitszustandes.

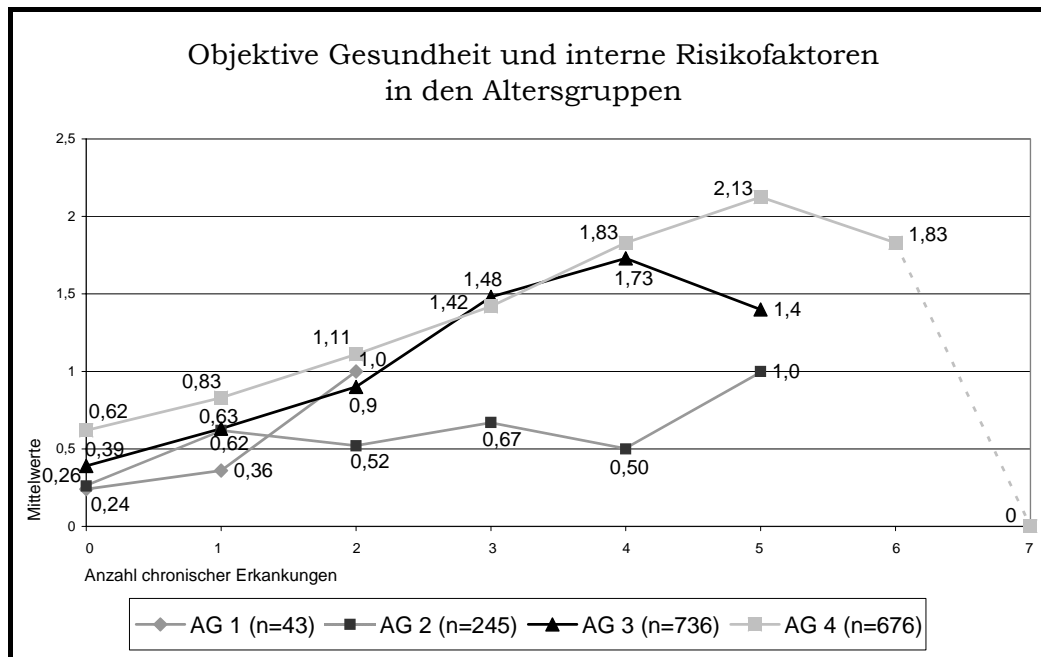


Abb. 5-14: Objektive Gesundheit und interne Risikofaktoren, gruppiert nach Alter (Angabe von Mittelwerten)⁴⁸

Interne Risikofaktoren und Angebotspartizipation

Für die Wechselwirkung zwischen dem Risikofaktorenbild und einer sportlichen Aktivität könnte eine Negativkorrelation vermutet werden. Mit zunehmender Sporttätigkeit würde damit eine Reduktion der Risikofaktoren vorliegen. Ein derartiges Verhältnis liegt auf der Basis eines Pearson'schen Korrelationskoeffizienten von $-0,21$ vor, ist jedoch nicht signifikant.

Frauen, die bis zu drei Gesundheitssportangebote besuchen, dokumentieren eine Reduktion des Mittelwerts im Summenindex „Interne Risikofaktoren“, während die Probandinnen mit einer Kurzsahlbelegung von vier Angeboten einen deutlichen Anstieg zu vermerken haben. Es kann vermutet werden, dass eine steigende sportliche Aktivität einen positiven Effekt auf die Verminderung von Risikofaktoren besitzt, während dies für eine höhere Bewegungstätigkeit nicht mehr zutrifft. Andererseits ist zu mutmaßen, dass die Frauen, die eine derart hohe Risikofaktorausprägung besitzen, erst aus diesem Grund zu einer sportlichen Aktivität finden. Ein ähnlich uneinheitliches Bild liefern die männlichen Sportler in diesen beiden Merkmalen. Männer, die ein Angebot belegen, weisen einen wesentlich höheren Mittelwert in der Risikofaktorenbelastung auf als die adäquate Frauengruppe (Männer: $M=0,882$ vs. Frauen: $M=0,696$). Mit der wachsenden Zahl an Angebotsbelegungen ist kein Trend in der Risikofaktorenbelastung unter Männern feststellbar. Dies muss auch für die Untersuchung der Altersgruppen konstatiert werden.

Exkursende

⁴⁸ Aufgrund der geringen Absolutbesetzung in den Extremwerten von sechs bzw. sieben chronischen Erkrankungen wird der Kurvenverlauf hier nur in gestrichelter Form wiedergegeben, um die Problematik einer Interpretation angesichts der Datenlage plastisch zu machen.

Externe Risikofaktoren

Risikofaktoren, die aus der Umwelt auf ein Individuum einwirken, können nicht nur eine Vielzahl von Formen annehmen, diese Umwelteinflüsse können auch unterschiedlichen Quellen entspringen. Für die vorliegende Studie soll das Setting Arbeitsplatz als Ursprung von gesundheitlichen Risikofaktoren untersucht werden. Darin werden in Anlehnung an ANTONOVSKY (1993; 1997) Stressoren vermutet, die einen Einfluss auf die subjektive wie objektive Gesundheit der Sportler haben können und als solche auch das Sportlerleben der aktiven Sportler mitbestimmen können.

Gemessen wurden 21 Items, die den Kategorien „psychische“, „physische“, „soziale“, „physikalisch-chemische“ und „organisationale Stressoren“ zugeordnet werden können und von den Probanden auf einer Skala von 0 – „trifft nicht zu“, 1 – „belastet mich nicht“, über 2 – „belastet mich wenig“ bis 3 – „belastet mich stark“ zu bewerten waren. Angaben, die sich darauf beziehen, dass einzelnen Items für die berufliche Alltagsbelastung der Probanden nicht zutreffen (0-Codierung), werden aus dem Mittelwert-Score ebenso herausgerechnet wie Angaben von Probanden, die weder voll- noch teilzeitbeschäftigt sind, um die reine Belastungswahrnehmung zu erhalten. Dadurch gingen in die Bewertung der Stressoren lediglich die realen Arbeitsbelastungsfaktoren ein. Ein hoher Wert in diesem Index repräsentiert eine hohe Stressorenbewertung.

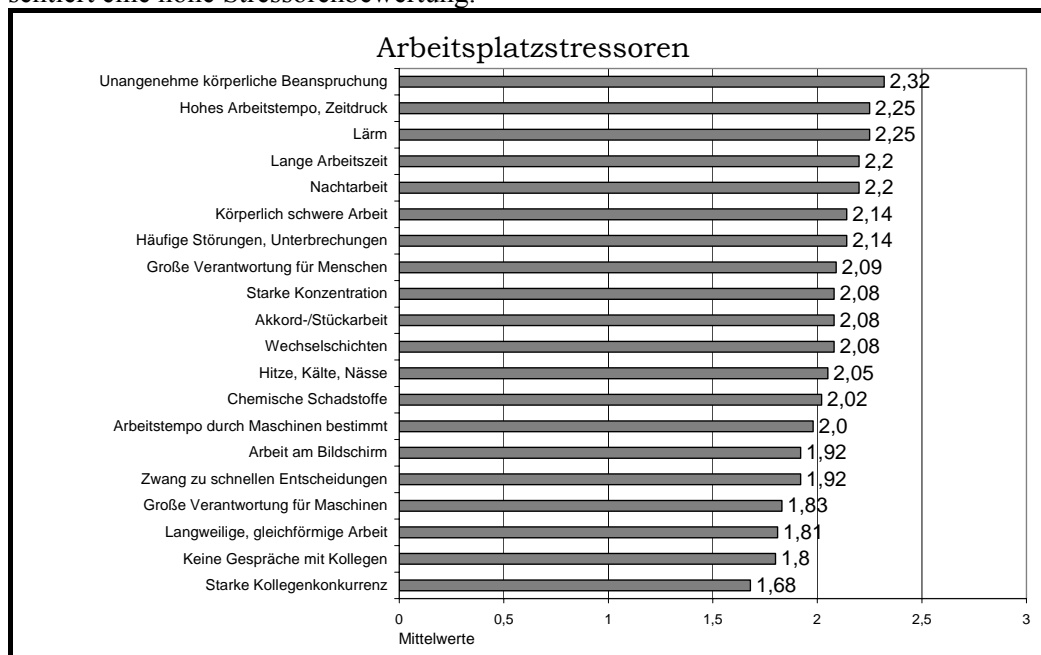


Abb. 5-15: Stressoren des Arbeitsplatzes (Angabe von Mittelwerten) (N=676; nur Probanden in Voll- oder Teilzeiterwerb)

Eine deskriptive Betrachtung der möglichen Stressoren am Arbeitsplatz weist eine „Unangenehme körperliche oder einseitige Beanspruchung“ als den Faktor aus, von dem die größte Belastung ausgeht (M=2,315; SD=0,606). Erst mit etwas Abstand folgen die Stressfaktoren eines „Hohen Arbeitstemplos“ bzw. das „Arbeiten unter Zeitdruck“ (M=2,253; SD=0,658), „Lärm“ (M=2,249; SD=0,670), eine „Lange Arbeitszeit“ (M=2,204; SD=0,628) und „Nachtarbeit“ (M=2,20; SD=0,786) als Quellen der Belastung. Gefolgt wird diese Gruppe der vergleichsweise einheitlichen Stressbewertung von Belastungen durch eine „Körperlich schwere Arbeit“ (M=2,137; SD=0,701) und der Belastung durch „Häufige Störungen und Unterbrechungen“ (M=2,143; SD=0,674). Die Stressfaktoren „Große Verantwor-

tung für Menschen“ (M=2,092; SD=0,697), „Starke Konzentration“ (M=2,081; SD=0,655), „Akkord-/Stückarbeit“ (M=2,083; SD=0,874), „Wechselschichten“ (M=2,077; SD=0,777) und „Hitze/Kälte/Nässe“ (M=2,048; SD=0,650) werden von den arbeitenden Probanden als mittelmäßige Belastung empfunden. Eher geringes Stresspotential stellen offenbar die Items „Chemische Schadstoffe“ (M=2,019; SD=0,724), die „Bestimmung des Arbeitstempos durch Maschinen“ (M=1,979; SD=0,897), die „Arbeit am Bildschirm“ (M=1,927; SD=0,683) und der „Zwang zu schnellen arbeitsrelevanten Entscheidungen“ (M=1,923; SD=0,695) bereit. Elemente der sozialen Belastung („Konkurrenz durch Kollegen“, „Arbeiten ohne soziale Kontakte“), ein „eintöniges Arbeitsprofil“ sowie die „Verantwortung für Maschinen“ schließlich scheinen in der Stressbewertung der Probanden eine marginale Rolle zu spielen (vgl. Abb. 5-15).

Stressoren, die sich auf eine zeitliche Dimension und bestimmte Elemente der Arbeitsaufgabe beziehen, werden von den Probanden demnach eher als unangenehme Arbeitsanstrengungen empfunden, als physikalisch-chemische und soziale bzw. organisationale Bedingungen (vgl. Abb. 5-15). Insbesondere soziale Bedingungen und Elemente eines eintönigen Arbeitsplatzes erhalten eher geringere Mittelwerte in der Beurteilung.

Stressorenmerkmal	Männer M (SD)	Frauen M (SD)
Fließbandarbeit	1,40 (0,699)	1,85 (0,899)
Starke Kollegenkonkurrenz	1,73 (0,618)	1,65 (0,636)
Keine Gespräche mit Kollegen	1,92 (0,646)	1,74 (0,718)
Langweilige, gleichförmige Arbeit	1,84 (0,678)	1,80 (0,718)
Große Verantwortung für Maschinen*	1,91 (0,663)	1,71 (0,694)
Zwang zu schnellen Entscheidungen***	2,01 (0,728)	1,88 (0,673)
Arbeit am Bildschirm*	2,03 (0,689)	1,88 (0,676)
Arbeitstempo durch Maschinen bestimmt	2,00 (0,905)	1,96 (0,908)
Chemische Schadstoffe	2,02 (0,664)	2,02 (0,770)
Hitze, Kälte, Nässe	2,04 (0,600)	2,05 (0,686)
Wechselschichten	2,05 (0,805)	2,09 (0,772)
Akkord-/Stückarbeit	2,00 (0,866)	2,16 (0,898)
Starke Konzentration**	2,19 (0,665)	2,03 (0,644)
Große Verantwortung für Menschen	2,09 (0,676)	2,09 (0,710)
Häufige Störungen, Unterbrechungen	2,17 (0,689)	2,13 (0,667)
Körperlich schwere Arbeit	2,09 (0,749)	2,17 (0,668)
Nachtarbeit	2,17 (0,848)	2,22 (0,757)
Lange Arbeitszeit	2,24 (0,637)	2,18 (0,623)
Lärm	2,22 (0,651)	2,27 (0,684)
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck**	2,40 (0,586)	2,18 (0,681)
Unangenehme körperliche Beanspruchung	2,35 (0,551)	2,30 (0,627)

Tab. 5-7: Statistische Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) zur geschlechtsabhängigen Bewertung der Stressfaktoren am Arbeitsplatz (Codierung: 1 – „belastet mich überhaupt nicht“; 2 – „belastet mich wenig“; 3 – „belastet mich stark“); Angabe des Signifikanzniveaus: ** p < .01, *p < .05 auf der Basis multipler Mann-Whitney-U-Tests bei nichtparametrischer Verteilung

Eine geschlechtsabhängige Betrachtung der Ergebnisse zeigt, dass signifikante Unterschiede in nur einigen Items bestehen, die sich durch Mann-Whitney-U-Tests absichern ließen. Hierzu gehören die Faktoren „Starke Konzentration“ ($Z = -4,425$; $p < .001$), „Zwang zu schnellen Entscheidungen“ ($Z = -3,175$; $p < .001$) und „Hohes Arbeitstempo“ bzw. „Zeitdruck“ ($Z = -3,353$; $p = .001$), in denen Männer sehr signifikant höhere Belastungswerte angeben als Frauen (vgl. Tab. 5-7). Auch die „Arbeit am Bildschirm“ ($Z = -1,947$; $p = .051$) und eine „Große Verantwortung für Maschinen“ ($Z = -2,316$; $p = .021$) stellt für Männer eine signifikant größere Stressquelle dar als für Frauen.

Stressorenmerkmal	AG 1 M (SD)	AG 2 M (SD)	AG 3 M (SD)	AG 4 M (SD)
Zwang zu schnellen Entscheidungen***	2,03 (0,72)	1,72 (0,67)	1,98 (0,68)	2,07 (0,67)
Starke Konzentration***	1,97 (0,64)	1,95 (0,66)	2,13 (0,64)	2,23 (0,66)
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck**	2,00 (0,66)	2,17 (0,07)	2,28 (0,66)	2,36 (0,65)
Keine Gespräche mit Kollegen**	2,43 (0,79)	2,00 (0,71)	1,74 (0,64)	1,73 (0,63)
Große Verantwortung für Maschinen*	2,00 (0,00)	1,64 (0,70)	1,89 (0,60)	2,07 (0,80)
Große Verantwortung für Menschen*	2,25 (0,86)	1,92 (0,70)	2,16 (0,38)	2,25 (0,70)
Fließbandarbeit	2,00 (0,00)	2,11 (0,93)	1,79 (0,88)	2,22 (0,88)
Starke Kollegenkonkurrenz	1,79 (0,79)	1,62 (0,66)	1,79 (0,65)	1,73 (0,67)
Langweilige, gleichförmige Arbeit	2,19 (0,75)	1,91 (0,68)	1,80 (0,70)	1,82 (0,72)
Arbeit am Bildschirm	1,65 (0,71)	1,86 (0,73)	1,97 (0,67)	1,92 (0,63)
Arbeitstempo durch Maschinen bestimmt	2,00 (0,00)	1,71 (0,92)	2,16 (0,83)	2,09 (0,73)
Chemische Schadstoffe	1,67 (0,71)	2,05 (0,73)	2,12 (0,70)	2,16 (0,70)
Hitze, Kälte, Nässe	1,82 (0,75)	2,00 (0,92)	2,10 (0,65)	2,07 (0,68)
Wechselschichten	2,33 (0,58)	2,07 (0,67)	2,25 (0,75)	2,31 (0,84)
Akkord-/Stückarbeit	-	2,33 (0,82)	2,17 (0,85)	2,32 (0,84)
Häufige Störungen, Unterbrechungen	2,11 (0,60)	2,13 (0,65)	2,12 (0,66)	2,17 (0,62)
Körperlich schwere Arbeit	2,43 (0,79)	2,07 (0,66)	2,19 (0,69)	2,31 (0,67)
Nacharbeit	2,50 (0,58)	2,21 (0,81)	2,23 (0,82)	2,40 (0,71)
Lange Arbeitszeit	2,04 (0,57)	2,15 (0,63)	2,26 (0,66)	2,25 (0,64)
Lärm	2,00 (0,71)	2,22 (0,62)	2,29 (0,68)	2,17 (0,62)
Unangenehme körperliche Beanspruchung	2,38 (0,58)	2,30 (0,64)	2,38 (0,61)	2,37 (0,62)

Tab. 5-8: Statistische Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) zur altersabhängigen Bewertung der Stressfaktoren am Arbeitsplatz (Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$ auf der Basis eines Kruskal-Wallis-Tests)

Eine Überprüfung in der unterschiedlichen Stresswahrnehmung der Arbeitsplatzbelastung bezüglich der Altersgruppen mittels Kruskal-Wallis-Tests brachte signifikante Ergebnisse lediglich in den Faktoren „Hohes Arbeitstempo“, „Zeitdruck“ ($X^2 = 13,318$; $df = 3$; $p = .004$), „Starke Konzentration“ ($X^2 = 22,362$; $df = 3$; $p < .001$), „Zwang zu schnellen Entscheidungen“ ($X^2 = 27,451$; $df = 3$; $p < .001$), „Große Verantwortung für Menschen“ ($X^2 = 8,530$; $df = 3$; $p = .036$) und „Alleine arbeiten, ohne Gespräche mit Kollegen“ ($X^2 = 11,951$; $df = 3$; $p = .008$). Bezieht man die ermittelten arithmetischen Mittel der Altersgruppen mit in die Betrachtungen ein, ergeben sich für die Stressoren „Zeitdruck“ und „Konzentration“ ansteigende Werte mit der Alterskurve. Hier geben die Probanden mit steigendem Alter eine zunehmende Stressbelastung durch den arbeitsimmanenten Termindruck und eine geforderte Konzentration

rationsfähigkeit an. Dagegen fällt die Mittelwertkurve im Item „Alleine arbeiten ohne Kollegengespräche“ zu den Ältestensportlern hin sukzessive ab. Jüngere Freizeit- und Gesundheitssportler sehen hierin offenbar eher eine Belastung als ältere.

Die übrigen Items, die in der statistischen Alterstestung eine signifikante Verteilung aufwiesen („Zwang zu schnellen Entscheidungen“, „Große Verantwortung für Menschen“, „Große Verantwortung für Maschinen“) zeigen sich im Verlauf uneinheitlich (vgl. Tab. 5-8). Hier zeigt sich insbesondere die Gruppe der jüngsten Sportler stark belastet, während mit zunehmender Berufserfahrung und damit Alter die Belastung durch diese Faktoren als geringer bewertet wird, um im Alter erneut als Stressor zu wirken.

Die Items „Starke Konkurrenz durch Kollegen“ ($X^2=6,324$; $df=3$; $p= .097$), „Körperlich schwere Arbeit“ ($X^2=6,273$; $df=3$; $p= .099$), „Arbeit am Bildschirm“ ($X^2=6,670$; $df=3$; $p= .083$) sowie „Lange Arbeitszeit“ ($X^2=6,874$; $df=3$; $p= .076$) lassen sich in der altersabhängigen Einschätzung ihres Belastungspotentials aufgrund der statistischen Ergebnisse (Testung erfolgte mittels Kruskal-Wallis-Tests) als marginal signifikant bewerten. Alle übrigen Items erreichen in dieser Überprüfung nicht das Signifikanzniveau.

Zur Vereinfachung weiterer Analysen werden die einzelnen Faktoren zum Belastungspotential des Arbeitsplatzes einer Faktorenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation unterzogen. Dabei wurde anhand des Kaiser-Kriteriums eine Vierfaktorielle Lösung favorisiert. Nach einem ersten Rechenschritt musste das Item „Große Verantwortung für Maschinen“ eliminiert werden, da es auf keinen Faktor höher als mit einem Wert von .036 lud.

Das ermittelte Vier-Faktoren-Modell erklärt insgesamt 93,19% der Varianz und unterscheidet folgende Faktoren:

- „physikalisch-chemische Stressoren und organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion“;
- „psycho-soziale Stressoren“;
- „Stressoren der modernen Arbeitswelt“ und
- „physische Stressoren“.

Bemerkenswert erscheint damit bereits auf erster Näherung die empirische Absicherung der theoretischen Annahme von einer Unabhängigkeit von psycho-sozialen und physischen Stressfaktoren, wobei der Faktor „physische Stressoren“ allerdings den vergleichsweise geringsten Anteil der Varianz erklärt. Der Tab. 5-9 sind Faktorenladungen, Eigenwerte, Kommunalitäten (h^2) und die Anteile der Varianzaufklärungen zu entnehmen.

Faktor/ Item	Varianz- aufklärung	Eigen- werte	Faktoren- ladung	h ²
Faktor 1: Physikalisch-chemische und organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion	43,56%	9,37		
Nachtarbeit			.97	.98
Wechselschichten			.97	.98
Akkord- oder Stückarbeit			.97	.98
Fließbandarbeit			.97	.98
Lärm			.91	.95
Hitze, Kälte, Nässe			.76	1.0
Chemische Schadstoffe			.97	.98
Arbeitstempo durch Maschinen bestimmt			.63	.69
Langweilige, gleichförmige Arbeit			.97	.98
Faktor 2: Psycho-soziale Stressoren	25,38%	6,28		
Überstunden, lange Arbeitszeit			.83	.82
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck			.84	.99
Häufige Unterbrechungen und Störungen			.97	.99
Große Verantwortung für Menschen			.58	.92
Alleine arbeiten, keine Gespräche mit Kollegen möglich			.86	.99
Zwang zu schnellen Entscheidungen			.84	.92
Faktor 3: Stressoren der modernen Arbeitswelt	15,0%	1,63		
Starke Konkurrenz durch Kollegen			.87	.81
Starke Konzentration			.71	.84
Arbeit am Bildschirm, EDV-Terminal			.72	.93
Faktor 4: Physische Stressoren	9,36%	1,36		
Körperlich schwere Arbeit			.80	.99
Unangenehme oder einseitige körperliche Beanspruchung, Körperhaltung			.73	.90

Tab. 5-9: Rotierte Faktorenladungsmatrix eines Dreifaktorenmodells der 21 Items zu Stressoren am Arbeitsplatz (Hauptkomponentenanalyse mit Rotation nach der Varimax-Methode)

Um zu prüfen, ob sich für das Ausmaß der wahrgenommenen Stressoren des Arbeitsplatzes Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen (Geschlecht, Alters-, Gesundheitssportlergruppen) ergeben, werden die Angaben zu den Hauptkomponenten in den Stressorenkategorien nach z-Transformation zu

einem Mittelwert-Score zusammengefasst. Damit werden für jeden einzelnen Probanden die Variablen zunächst standardisiert und anschließend Mittelwerte aus den Items zum Faktor „physikalisch-chemische und organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion“, „psycho-soziale Faktoren“, „Stressoren der modernen Arbeitswelt“ sowie aus den Items zur Komponente „physische Stressoren“ berechnet. Anschließend können diese Mittelwerte gruppenabhängig kontrastiert werden. Hierbei gilt zu beachten, dass z-transformierte Variablen stets den Mittelwert 0 und die Standardabweichung 1 erhalten (vgl. BORTZ, 1999, 46).

Aus diesem Verfahren ergibt sich (vgl. Abb. 5-16), dass „physische Stressoren“ von weiblichen Probanden nachhaltiger bewertet werden als von Männern der Stichprobe. Die Differenzen erweisen sich jedoch nicht als statistisch signifikant. Auch die Unterschiede in der Bewertung „physikalisch-chemischer bzw. organisationaler Stressoren“, wie sie die moderne Industrieproduktion bereit hält, erreichen in einem geschlechtlichen Vergleich nicht die Signifikanzgrenze, sodass von einer Differenz zwischen männlichen und weiblichen Freizeit- und Gesundheitssportlern nicht ausgegangen werden kann.

Als statistisch bedeutsam können allerdings die Unterschiede in den Faktoren „psycho-soziale Stressoren“ und „Stressoren der modernen Arbeitswelt“ identifiziert werden. Männer dokumentieren für Belastungen im psycho-sozialen Bereich ein sehr signifikant höheres Belastungsempfinden als Frauen (Mann-Whitney-U-Test: $Z = -2,491$; $p = .013$). Auch für Stressoren, die von Anforderungen der modernen Arbeitswelt wie einem „Konkurrenzdruck“, einem „hohen Konzentrationsvermögen“ und der „Arbeitsleistung am Computer“ ausgehen, fühlen sich Männer sehr signifikant stärker beeinträchtigt als Frauen ($Z = -3,010$; $p = .003$).

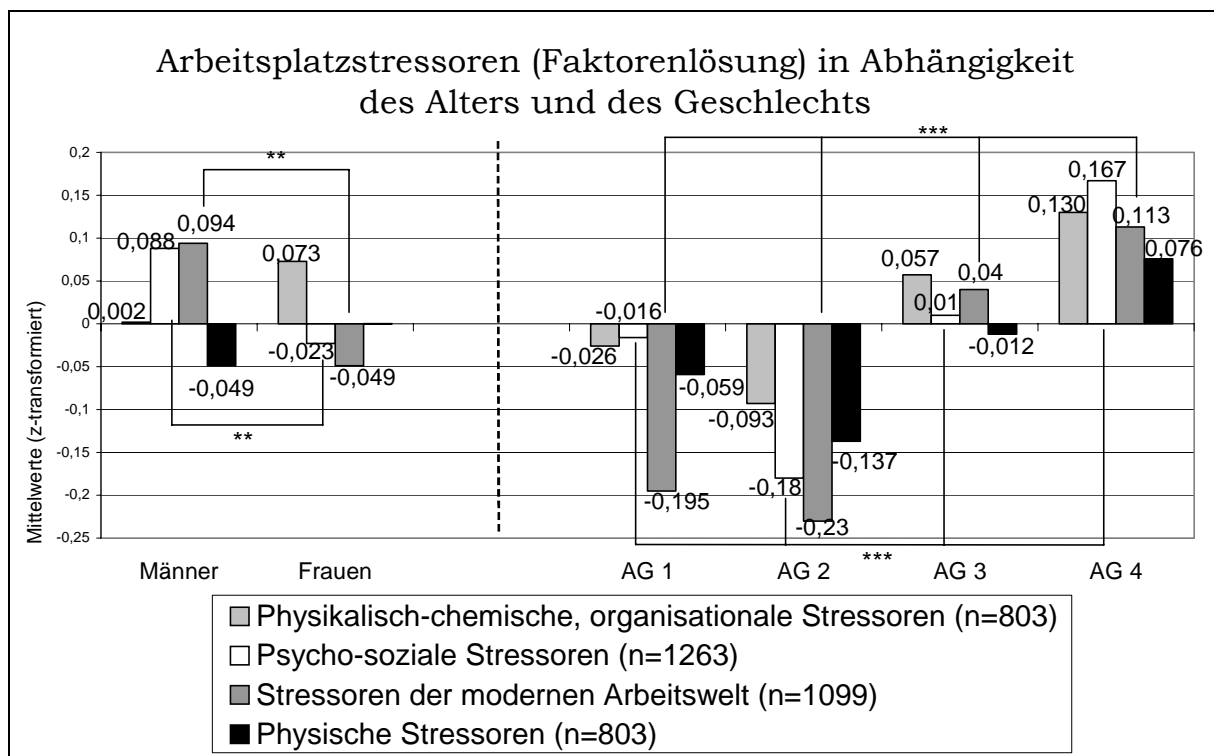


Abb. 5-16: Stressoren der Arbeitstätigkeit in Dimensionen; gruppiert nach Geschlecht und gruppiert nach Alter (Angabe von Mittelwerten nach z-Transformation inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$, ** $p < .01$ auf von Basis Mann-Whitney-U- bzw. Kruskal-Wallis-Tests)

Eine altersabhängige Analyse zeigt, dass signifikante Unterschiede (Berechnung mittels Kruskal-Wallis-Tests) in der Belastungswahrnehmung der Altersgruppen ebenfalls in den beiden Stresskomponenten „psycho-soziale Faktoren“ und „Stressoren der modernen Arbeitswelt“ vorliegen. Die Last durch diese Faktoren wird von den Probanden mit zunehmendem Alter höchstsignifikant höher bewertet als dies unter jüngeren Probanden der Fall ist („psycho-soziale Stressoren“: $X^2=28,448$; $df=3$; $p<.001$; „Stressoren der modernen Arbeitswelt“: $X^2=22,319$; $df=3$; $p<.001$). Die Toleranz gegenüber Arbeitsstressoren, die die physiologische Dimension betreffen, ist erwartungsgemäß bei den ältesten Sportlern am geringsten und wird damit als schwerwiegender bewertet als alle anderen Belastungsfaktoren des Arbeitsplatzes. Die statistische Signifikanztestung erreicht jedoch lediglich einen p-Wert von .079 ($X^2=6,784$; $df=3$) und kann deshalb als marginal signifikant interpretiert werden.

Fazit

Die Analyse möglicher Arbeitsplatzstressoren identifizierte überraschenderweise in einer physischen Komponente das höchste Stresspotential über die Gesamtstichprobe: Von einer unangenehmen bzw. einseitigen körperlichen Beanspruchung geht die höchste Belastung aus. Als auffälliges Ergebnis der deskriptiven Betrachtung kann die geringe Stressbewertung im Item „Konkurrenz durch Kollegen“ angesehen werden, das den letzten Rang in der Stressorenskala einnimmt und somit nur in geringem Ausmaß als Stressquelle fungiert. Es lässt sich festhalten, dass Elemente der zeitlichen Arbeitsgestaltung für die Freizeit- und Gesundheitssportler einen höheren Stressfaktor ausmachen als Begleitscheinungen einer physikalisch-chemischen oder sozialen Belastung. Dabei bestehen nur eingeschränkt Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die sich vor allem auf die Reaktion bezüglich eines erhöhten Zeit- und Entscheidungsdrucks bzw. einer Belastung durch erhöhte Konzentration beziehen. Männer zeigen sich hier signifikant stärker belastet durch diese Faktoren als Frauen. In einer Itembetrachtung in Abhängigkeit der Altersgruppen konnte ein erwartungsgemäßer Trend ausgemacht werden, der ähnliche Stressoren fokussierte. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Arbeiten unter Zeit- und Konzentrationsdruck für ältere Menschen als unangenehmer empfunden wird als für jüngere. Dagegen ist die Form des Arbeitens ohne Kontakt zu Kollegen und damit mit einer eingeschränkten sozialen Agitation für Ältere weniger ein Problem als dies für jüngere der Fall ist. Eine mögliche Ursache könnte auch für die Ergebnisse in den Items „Zwang zu schnellen Entscheidungen“ und den beiden Faktoren zur Verantwortung („für Menschen“ bzw. „für Maschinen“) zutreffen: Mit zunehmender Arbeitserfahrung setzt offenbar ein Gewöhnungsprozess ein, von dem ältere Menschen hinsichtlich einer Stresstoleranz profitieren. Empfinden junge Arbeitstätige die „neue“ Verantwortung oder die Einschränkungen im sozialen Bereich als störend, haben sich ältere Menschen damit arrangiert und diesen Stressor für sich in seiner Wirkung abgebaut.

Das faktorenanalytische Verfahren zur Dimensionenreduktion reduzierte die Gesamtzahl der Items auf die vier Einzelfaktoren: „Physikalisch-chemische und organisationale Stressoren der modernen Industrie- und Dienstleistungsproduktion“, „psycho-soziale Stressoren“, „Stressoren der modernen Arbeitswelt“ und „physische Stressoren“. Bedeutsame Unterschiede zwischen den Geschlechter- bzw. Altersgruppen in diesen Faktoren konzentrieren sich jeweils auf die Dimension der „psycho-sozialen Stressoren“ sowie jenen der „modernen Arbeitswelt“. Hier zeigen sich Männer signifikant stärker belastet als Frauen, die hierbei eine höhere Toleranzschwelle an den Tag legen. Auch die Entwicklung mit dem Altersverlauf erreicht

lediglich in diesen beiden Faktoren das geforderte Signifikanzniveau und lässt festhalten, dass sich die Wirkung dieser Stressoren mit zunehmendem Alter sukzessive verstärkt. Der Umgang mit Stress, der auf psycho-sozialer Ebene wirkt bzw. aus Belastungen resultiert, wie sie das moderne Arbeitsleben („Kollegenkonkurrenz“, „hohe Konzentration“, „Bildschirmtätigkeit“) bereit hält, fällt älteren Sportlern signifikant schwerer als jüngeren Aktiven.

5.2.2 Schutzfaktoren und gesundheitsorientiertes Verhalten

Die Tragweite bestimmter Schutzfaktoren in der Krankheitsprävention kann bislang noch nicht als zufriedenstellend erforscht gelten. Es ist demzufolge eine sehr unterschiedliche Operationalisierung von Schutzmerkmalen zu finden. Je nach Forschungsansatz werden bestimmte Zusammenhänge und Merkmale als Gesundheitsressourcen interpretiert und Effekte geprüft (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Für die eigene Studie sollen Elemente des Gesundheitsverhaltens hinsichtlich interner und externer Schutzfaktoren herangezogen werden. Als interner Schutzfaktor wird das Ernährungsverhalten gewertet, von dem ein enger Zusammenhang mit einem gesundheitsorientierten Lebensstil und der Ausprägung von Krankheiten angenommen wird (vgl. Kapitel 2). Vor dem Hintergrund eines Gesundheitsbewusstseins im Bezug auf sportliche Bewegung, das für die vorliegende Stichprobe, die sich aus Aktiven in einem Sportverein konstituiert, unterstellt werden kann, soll das Bewegungsprofil im Alltag im Sinne eines weiteren internen Schutzfaktors interpretiert werden. Damit wird der Frage nachgegangen, ob Personen, die in ihre Freizeit eine Sportaktivität integriert haben, im Alltag ein bestimmtes Verhaltensmuster in der körperlichen Tätigkeit aufweisen.

Einen großen Teil der Untersuchung nehmen externe Schutzfaktoren ein, die im Zusammenhang mit dem Erleben des Sportvereins bzw. der sportlichen Aktivität stehen. Hierzu zählen Elemente der Angebotsnutzung, der Integration und Identifikation mit dem Setting Sportverein und der kognitiven Gesundheitsressourcen zum Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und Gesundheit. Diese werden in Anlehnung an die theoretische Diskussion um die Bedeutung sozialer Netzwerke in der Gesundheitsförderung (vgl. Abschnitt 3.2.1) und der Wechselwirkung zwischen sportlicher Aktivität und gesundheitlicher Ressourcen (vgl. Abschnitt 2.2) berücksichtigt. Die Analysen hierzu bietet Abschnitt 5.3 des aktuellen Kapitels.

Für den vorliegenden Abschnitt sollen interne Schutzfaktoren das Zentrum des Interesses bilden. Dies betrifft Untersuchungen zum Merkmal „Ernährung“ und „Bewegungsprofil im Alltag“. Damit können zwei grundlegende Elemente des Gesundheitsverhaltens betrachtet werden, deren Ausprägung in der Gesamtstichprobe geprüft werden soll.

Interner Schutzfaktor Ernährung

Das Ernährungsverhalten liegt als Merkmal in vier Ausprägungsmöglichkeiten vor. Zur Kategorisierung der Ernährungsgewohnheiten standen den Versuchspersonen die Möglichkeiten „eine Diät einhalten“, „eine besondere Ernährungsweise (z.B. Vegetarier) favorisieren“, „eine grundsätzlich ausgewogene Ernährung durchhalten“ oder „kein besonderes Augenmerk auf die Ernährung legen“ zur Verfügung.

Eine deskriptive Analyse zeigt, dass ein hohes Maß an gesundheitlicher Orientierung im Hinblick auf die Ernährung in der Stichprobe verbreitet ist. Lediglich 23,9% (N=1672) der Sportler geben an, in

keiner Weise auf ihre Ernährung zu achten. 1,9% halten sich an eine Diät, 6,0% ernähren sich nach einer besonderen Art und Weise (z.B. Vegetarierum). Die absolute Mehrheit jedoch (68,2%) gibt an, eine grundsätzlich ausgewogene Ernährung für sich in Anspruch nehmen zu können. Frauen (75,8%) tun dies signifikant häufiger (Chi-Quadrat-Test: $X^2=6,940$; $df=1$; $p= .008$) als Männer (69,3%). Allerdings zeigt sich auch, dass Männer sehr viel häufiger eine diätische oder besondere Ernährungsweise einhalten als Frauen (vgl. Abb. 5-17). Der geschlechtliche Unterschied hinsichtlich einer besonderen Ernährungsweise erreicht das Signifikanzniveau (Chi-Quadrat-Test: $X^2=6,011$; $df=1$; $p= .014$), jener bezüglich des Einhaltens einer Diät nicht (Chi-Quadrat-Test: $X^2=2,377$; $df=1$; $p= .123$).

Ein deutliches Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Wechselwirkung zwischen Alter und Ernährungsverhalten. Mit fortschreitendem Alter verändert sich das gesundheitsbewusste Verhalten im Merkmal „Ernährung“ maßgeblich: Je älter die Gesundheitssportler sind, desto mehr verlagert sich das Verhältnis zwischen einer ausgewogenen Ernährung und einem nicht ausgeprägten Augenmerk auf die Ernährung hin zu einem gesundheitsorientierten Ernährungsstil (vgl. Abb. 5-17). Die Hälfte der jüngeren Sportler (AG 1: bis 26 Jahre) geben an, sich ausgewogen zu ernähren, während dies in der AG 3 (41-60 Jahre) bereits 65,4% und in der Gruppe der ältesten Aktiven (ab 61 Jahre) bereits mehr als drei Viertel der Befragten (76%) tun. Gleichzeitig lässt sich in der Gruppe der ältesten Sportler eine Zunahme der diätischen und speziellen Ernährungsmethoden feststellen (2,7% und 7,1%).

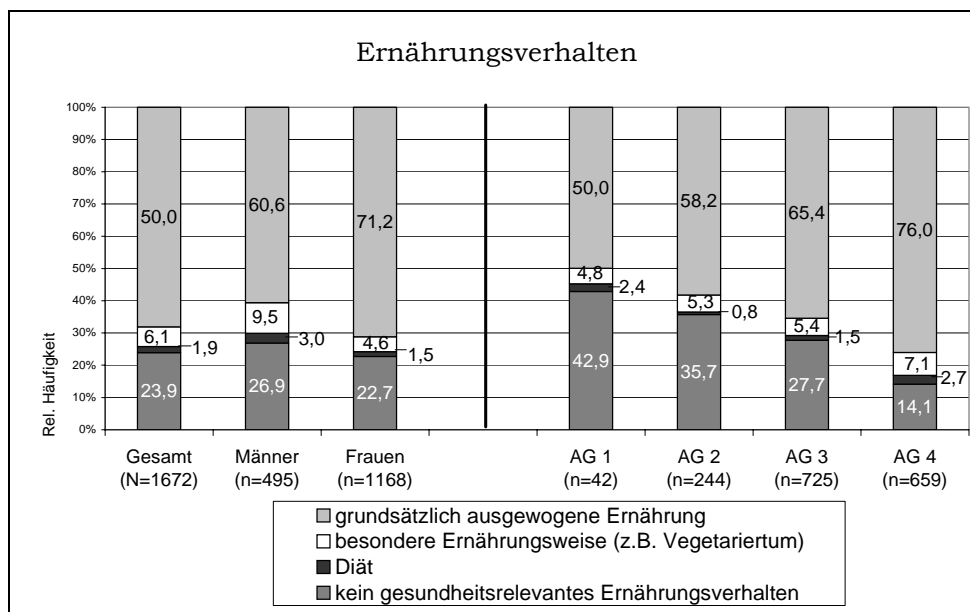


Abb. 5-17: Ernährungsverhalten, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht (Angaben in Prozent, berechnet auf die jeweils angegebene Teilstichprobengröße)

Differenziert man in den Befunden zum Merkmal Ernährungsverhalten nach der Verteilung des Geschlechts in den Altersgruppen zeigt sich, dass sich hinsichtlich einer grundsätzlich ausgewogenen Ernährung das relative Verhältnis zwischen Männern und Frauen in den Altersgruppen von den 27- bis 40-Jährigen zu den Ältestensportlern hin annähert, die relativen Unterschiede in etwa stabil bleiben bzw. sich minimieren (Abb. 5-18a). Dabei zeigen sich Frauen über alle Altersgruppen hinweg gesundheitsbewusster in ihrer Ernährung, wird die Differenz im relativen Anteil betrachtet. Anhand von multiplen Chi-Quadrat-Tests wurden diese Unterschiede auf Signifikanz getestet. Die geschlechtsspezifischen

schen Unterschiede in der Wahl einer grundsätzlich ausgewogenen Ernährung erreicht in der Altersgruppe 1 nicht das statistisch geforderte Niveau. Allerdings erweisen sich diese Differenzen in der AG 2 ($X^2=5,720$; $df=1$; $p=.017$) sowie in der AG 3 ($X^2=14,323$; $df=1$; $p<.001$) als signifikant.

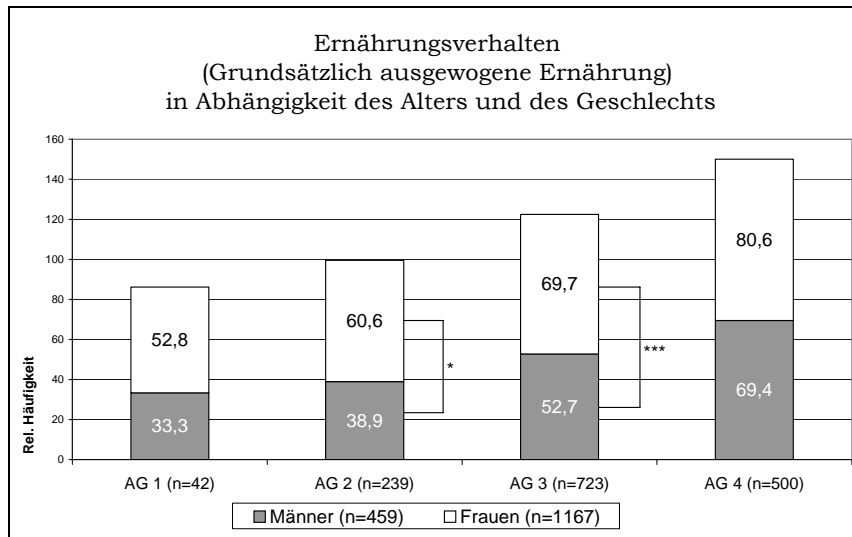


Abb. 5-18a: Ernährungsverhalten (Grundsätzlich ausgewogene Ernährung), gruppiert nach Alter und nach Geschlecht (Angaben in Prozent, berechnet jeweils auf die angegebene Teilstichprobengröße, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests: * $p<.05$, *** $p<.001$)

In der Ausprägung einer besonderen Ernährungsweise ist eine parallele Verhältnisentwicklung in den Altersgruppen zu verfolgen, allerdings „mit vertauschten Rollen“. Hier dokumentieren Männer eine weiter verbreitete Sensibilität als Frauen. Die jüngsten Sportler bilden hier eine Ausnahme, unter denen Frauen das Einhalten einer speziellen Ernährungsform relativ häufiger angeben als Männer. Mit zunehmendem Alter hingegen orientieren sich Männer in ihrer Ernährung stärker an einer spezifischen Richtlinie als Frauen (vgl. Abb. 5-18b). Die geschlechtsabhängigen Differenzen in den Altersgruppen erreichen für das Merkmal „Besondere Ernährungsform“ nur unter den Ältestensportlern das geforderte Signifikanzniveau ($X^2=5,411$; $df=1$; $p=.020$).

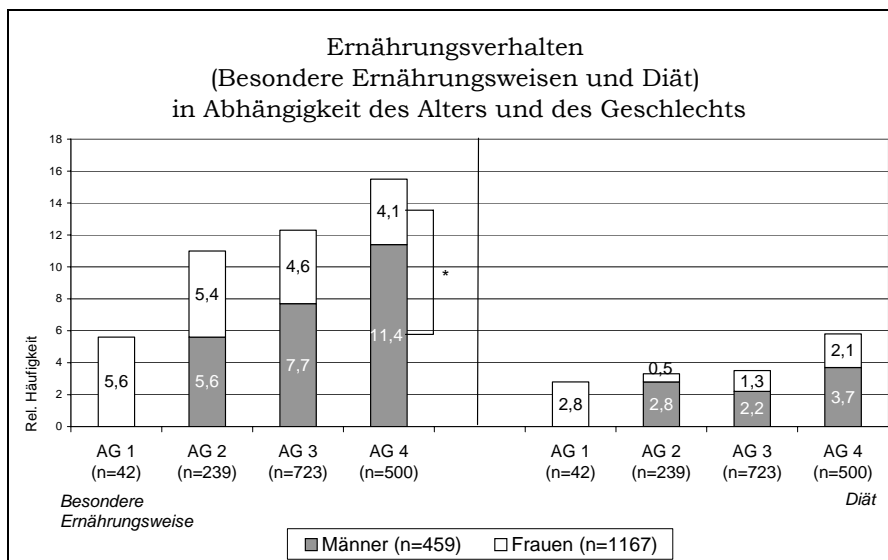


Abb. 5-18b: Ernährungsverhalten (Besondere Ernährungsweisen und Diät), gruppiert nach Alter und nach Geschlecht (Angaben in Prozent, berechnet jeweils auf die angegebene Teilstichprobengröße, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests: * $p<.05$)

Demgegenüber ist für das Einhalten einer Diät kein erkennbarer Trend auszumachen. Dennoch lässt sich auch hier eine Tendenz feststellen, die bereits im Bezug auf das Einhalten einer speziellen Ernährungsform bzw. einer grundsätzlich ausgewogenen Ernährung zu konstatieren war: Die Gruppe der jüngsten Sportler fällt aus dem „allgemeinen Trend“ in diesem Merkmal heraus. Zeigen sich im Übr-

gen Männer stärker an einer Diät orientiert als Frauen, sind es bei den unter 27-Jährigen eher die Frauen, die eine diätische Ernährung favorisieren. Alle geschlechtlichen Differenzen in den Altersgruppen zeigen sich nicht statistisch signifikant.

Fazit

Grundsätzlich zeigen sich die befragten Freizeit- und Gesundheitssportler hinsichtlich ihrer Ernährung ausgesprochen gesundheitsbewusst. Die Mehrheit der Probanden favorisiert eine „grundsätzlich ausgewogene Ernährung“ für sich. In einer geschlechtsabhängigen Betrachtung zeigte sich, dass unter Frauen signifikant häufiger als bei Männern eine ausgewogene Ernährung verbreitet ist, während Männer signifikant häufiger eine Diät oder eine spezielle Ernährungsform einhalten. Bei einer Wertung dieses Befundes bleibt zu berücksichtigen, dass von einer Prävalenz der Frauen für Ernährungsfragen (auch im Hinblick auf Essstörungen) und tangierend damit für Fragen der Gewichtskontrolle nicht mehr undifferenziert ausgegangen werden kann (PUDEL, 1997). Vor diesem Hintergrund scheinen die Befunde darauf hinzuweisen, dass in der Kontrolle des Ernährungsverhaltens eine unterschiedliche Akzentuierung zwischen Männern und Frauen besteht. Betten Frauen dieses Merkmal eines gesundheitsorientierten Lebensstils offenbar in den Rahmen einer dynamischen, ausgeglichenen Perspektive ein, steuern Männer ihre Ernährung und damit z.T. sicher auch ihr Gewicht mittels kurzfristiger oder gar einseitiger Maßnahmen wie eine Diät. Dabei gilt im Altersverlauf für die Form der ausgewogenen Ernährung, dass zunehmend mehr Männer darin für sich eine Ernährungsweise entdecken, je älter die Sportler werden.

Im Altersverlauf dokumentieren die Sportler ein Ansteigen der gesundheitsorientierten Ernährung, je älter diese sind. Hinsichtlich der Möglichkeit, eine Diät oder eine spezifische Ernährungsweise (z.B. Vegetarierum) einzuhalten, zeigen sich Männer ab 27 Jahren deutlich stärker vertreten als Frauen. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der bis 26-Jährigen. Hier dominieren die Frauen klar das Bild: Diejenigen Sportler, deren Ernährungsgewohnheiten in der untersten Altersgruppe von einer Diät oder einer bestimmten Ernährungsform geprägt wird, sind Frauen. Männer in diesem Alter zeigen hier (noch) keine Aktivitäten. Allerdings holen die Männer dies mit zunehmendem Alter deutlich auf. Ein zunächst „sorgloser“ Umgang der Männer in Fragen des Ernährungsstils wird bereits in den mittleren Altersgruppen deutlich kompensiert und gleicht sich dem Verhalten der Frauen an, bzw. übertrifft dies gar.

Interner Schutzfaktor Bewegungsprofil im Alltag

Den Gesundheitssportlern wurde (in Anlehnung an WIAD, 1984) die Aufgabe gestellt, ihr Bewegungsprofil im Alltag hinsichtlich der Tätigkeiten Sitzen, Stehen, Bewegen zu gewichten. Danach sollte angegeben werden, ob die Probanden in ihrer Alltagssituation „vorwiegend sitzen“, „vorwiegend stehen“, „sich viel bewegen“, „vorwiegend ihre Muskelkraft gebrauchen“ oder „Sitzen, Stehen und Bewegen in einem vergleichbaren Verhältnis vorkommt“.

Hierzu geben 19,3% (N=1624) der Sportler an, ihre körperliche Aktivität im Alltag sei vor allem durch Sitzleistungen geprägt. 4,1% stehen vorwiegend, 1,9% gebrauchen primär ihre Muskelkraft. Etwa ein Viertel der Stichprobe gibt an, sich in der alltäglichen Situation viel zu bewegen (24,1%). Etwa die Hälfte dokumentiert ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Sitzen, Stehen und Bewegen (50,6%).

Im geschlechtsspezifischen Bewegungsprofil können signifikante Unterschiede festgestellt werden (Chi-Quadrat-Test: $X^2=57,380$; $df=4$; $p < .001$). Frauen berichten häufiger von einer Dominanz der Stehleistungen (4,6%) als Männer (2,8%), sowie von einem gesteigerten Maß an alltäglicher Bewegung (Frauen: 26,9% vs. Männer: 17,0%). Der Alltag der männlichen Freizeit- und Gesundheitssportler scheint hingegen mehr geprägt durch sitzende Tätigkeiten (25,9%) als der von Frauen (16,8%). Daneben geben Männer (4,7%) annähernd sechs Mal so häufig wie Frauen (0,8%) an, im Alltag vor allem ihre Muskelkraft zu gebrauchen (vgl. Abb. 5-19). Die relative Verteilung hinsichtlich eines durch Sitzen, Stehen und Bewegen ausgeglichenen Aktivitätsbildes unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen hingegen nur marginal (Männer: 49,6% vs. Frauen: 51,0%). Dieses Ergebnis korrespondiert mit der traditionellen Vorstellung der Rollenverteilung in den Berufsfeldern, wonach Männer häufiger in Handwerksberufen und Tätigkeiten, die einen hohen körperlichen (Kraft-)Einsatz verlangen, zu finden sind. Dies lässt sich für die vorliegende Stichprobe duplizieren (vgl. Abschnitt 4.3.3.3). Auch für die Merkmalsverteilung in Abhängigkeit des Alters ergeben sich signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat-Test: $X^2=159,998$, $df=12$; $p < .001$). Der Anteil der Sportler, die eine Dominanz des Sitzens im Alltag angeben, sinkt mit steigendem Alter zusehends. Sind es unter den jüngsten Sportlern noch 53,5%, geben dies 32,3% der 27- bis 40-Jährigen an. In der Altersgruppe 3 beläuft sich der Anteil auf 23,0% und die über 61-Jährigen weisen den geringsten Anteil auf (7,0%). Maßgeblich steigende Tendenz besitzt das Merkmal „viel bewegen“ (vgl. Abb. 5-19). Hier geben ältere Sportler einen höheren Anteil an als jüngere. Probanden, die ihr Bewegungsprofil vor allem durch den Gebrauch der Muskelkraft definieren, finden sich nur in den mittleren und höheren Altersgruppen. Probanden, die ihren Bewegungsalltag vermehrt durch die körperliche Leistung des Stehens kennzeichnen, sind vor allem in den mittleren Altersgruppen (abgeschwächt auch in AG 4) zu finden. An diesen beiden Ergebnissen finden sich erneut Anklänge an die Stichprobenkonstitution hinsichtlich soziographischer Merkmale.

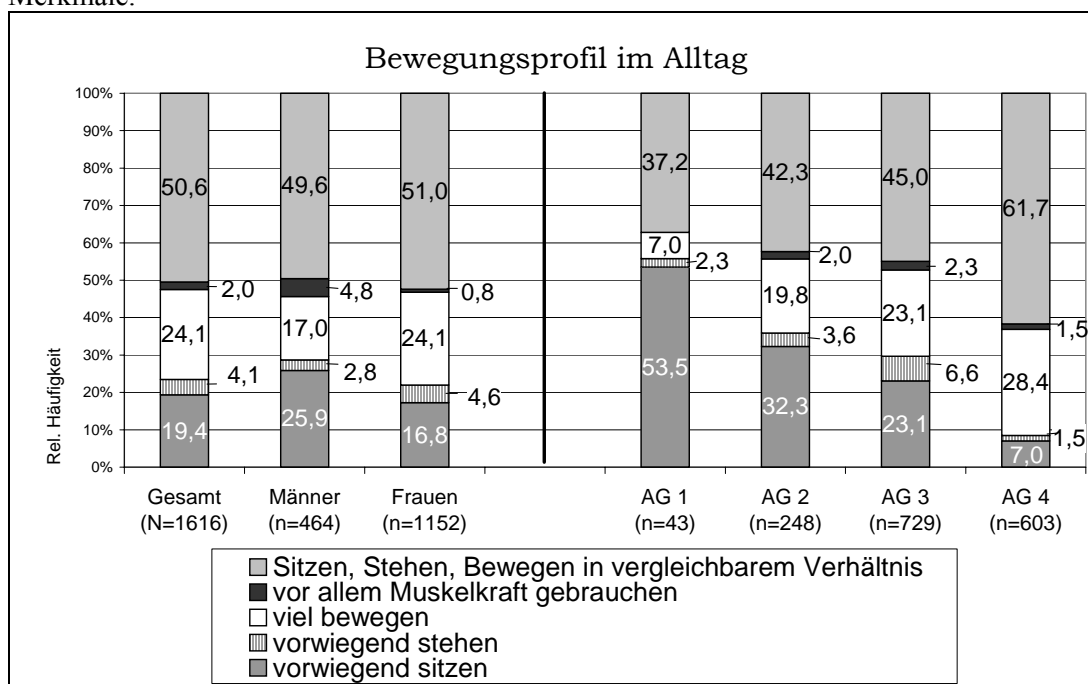


Abb. 5-19: Bewegungsprofil aus der derzeitigen Alltagssituation der Gesundheitssportler, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht (Angaben in Prozent, berechnet jeweils auf die angegebene Teilstichprobengröße)

Werden die Altersgruppen getrennt voneinander im Hinblick auf die geschlechtsspezifische Verteilung in den einzelnen Merkmalen betrachtet, lassen sich die folgenden drei Trends festhalten:

Zum einen scheinen Männer in jungen Jahren (bis 26 Jahre) deutlich aktiver zu sein als Frauen. Sie sitzen weniger, bewegen sich mehr bzw. zeigen häufiger ein ausgewogenes Bewegungsprofil als Frauen, die ihrerseits im vergleichbaren Alter häufiger viel sitzen. Zum anderen lässt sich für Männer der mittleren Altersgruppen, und damit der erwerbstätigen Lebensphase, eine steigende physische Belastung durch gesteigerte Sitzleistungen oder aber eine hohe physische Beanspruchung durch den dominierenden Gebrauch der Muskelkraft ablesen. Frauen im Alter zwischen 27 und 60 Jahren hingegen weisen ein durch viel Bewegung geprägtes Alltagsprofil auf. Unter den Senioren der Stichprobe schließlich setzt sich dieser Trend fort, allerdings weisen auch Männer hier ein gesteigertes Maß an Bewegungsaktivität im Alltag auf (vgl. Abb. 5-20).

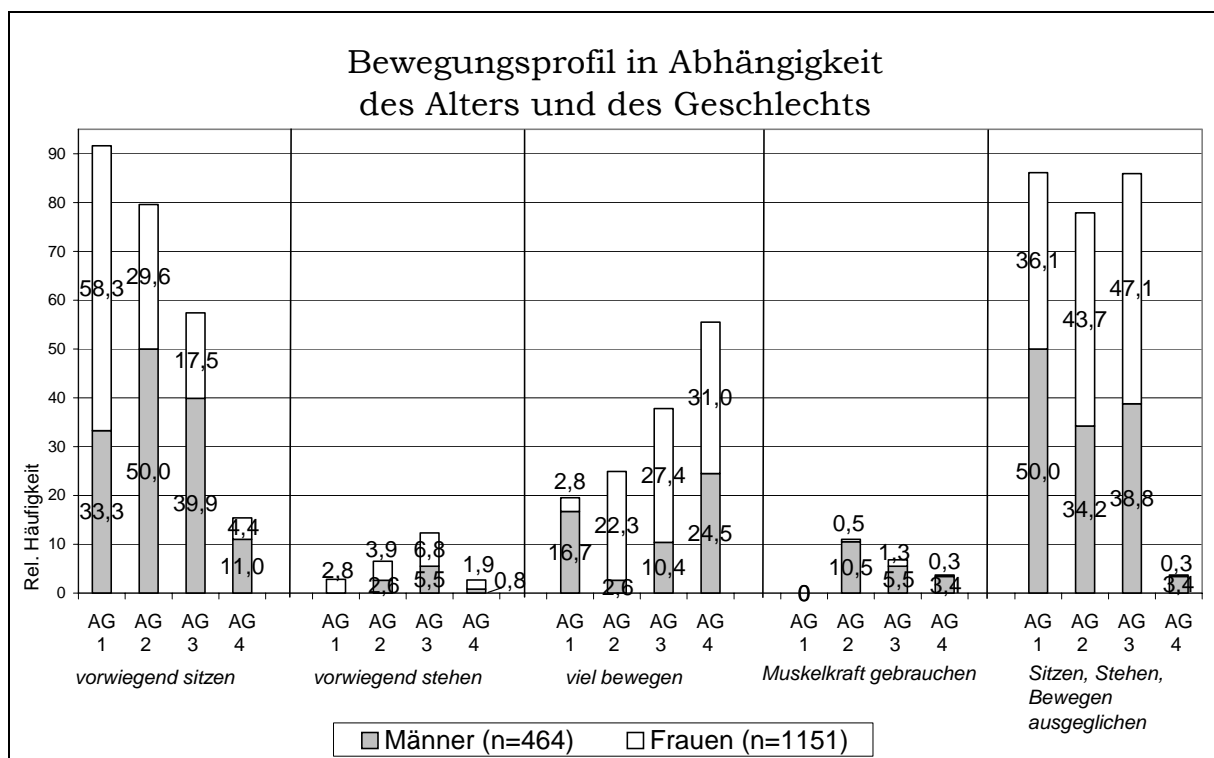


Abb. 5-20: Bewegungsprofil im Alltag, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht (Angaben in Prozent, berechnet jeweils auf die angegebene Teilstichprobengröße: AG 1 – N=42, AG 2 – N=244, AG 3 – N=727, AG 4 – N=602)

Fazit

Das Bewegungsprofil, das die befragten Freizeit- und Gesundheitssportler dokumentieren, erscheint angesichts des hohen Anteils derer, die einen durch Sitzen, Stehen und Bewegen ausgeglichenen Aktivitätsstil in Alltag und Beruf angeben, vergleichsweise ideal zu sein. Erste Überlegungen, Sitzleistungen würden hier dominieren, sehen sich nicht bestätigt. Nähere Analysen identifizierten Frauen als diejenigen Probanden mit dem Schwergewicht auf Stehleistungen bzw. einem hohen Maß an Bewegung im Alltag. Männer hingegen zeigen einen Fokus auf Sitzleistungen und einem ausgeprägten Gebrauch der Muskelkraft. Wie bereits angedeutet wird darin auch ein Niederschlag der traditionell geschlechtsspezifischen Berufsprävalenzen vermutet, wonach Männer häufiger in Handwerks- bzw. Büroberufen

zu finden sind. Dagegen wird das Alltagsleben der Frauen z.B. durch eine im Bewegungsrepertoire abwechslungsreiche Hausarbeit bzw. durch eine Berufsausübung im Stehen geprägt.

Auffällig ist die Entwicklung des Bewegungsprofils mit dem Alter der Probanden. Zunächst erwartungsgemäß sind in der Gruppe der unter 27-Jährigen Sitzleistungen stark verbreitet, die sich aus der Einbindung in eine Schul- oder Berufsausbildung und damit zusammenhängend längere Phasen der Schreibtisch- und Lernarbeit ergeben. Ein großer Teil dieser Altersgruppe jedoch gibt ein ausgewogenes Bewegungsprofil an und unterstreicht damit die Verfügbarkeit eines hohen Ressourcepotentials im Bereich möglicher Schutzfaktoren. Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil an Sitzleistungen, während gleichzeitig sukzessive das Bewegungsmaß ansteigt. Es finden sich nicht nur vermehrt Probanden, die angeben sich grundsätzlich im Alltag viel zu bewegen unter älteren Freizeit- und Gesundheitssportlern; Darüber hinaus steigt auch der Anteil derer, die ein ausgewogenes Bewegungsmaß kommunizieren. Durch die im Alter abfallende Einbindung in einen Beruf und damit die dort geforderte körperliche Aktivität bzw. Passivität, erreichen ältere Probanden immer mehr ein ausgeglichenes oder auch stark bewegungsorientiertes Alltagsprofil.

Die Befunde legen den Schluss nahe, dass unter den Sportlern auch die als Schlagwort bekannten „aktiven Alten“ eine große Rolle spielen und vor allem auch Zugang zum Sportverein gefunden haben.

5.3 Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten

Die Ausbildung und Stärkung von Gesundheitsressourcen wird allgemein als Möglichkeit zur Unterstützung von Bewältigungsstrategien bei den alltäglichen Anforderungen an die physische und psychosoziale Gesundheit betrachtet (vgl. Kapitel 2). Eine Aktivität im Sport soll dabei nicht nur Einfluss auf biologisch-medizinische Risikofaktoren ausüben, sondern auch Positivwirkungen auf Variablen der psychosozialen Gesundheit entwickeln können, auch wenn deren Greifbarkeit weit schwieriger erscheint als die Effekte im physischen Bereich (vgl. Kapitel 2). Angesichts der aktuellen Befundlage zu Wechselwirkungen des Sports und der psychosozialen Gesundheit geht man unter Berücksichtigung der Forderung nach spezifischen Rahmenbedingungen (systematische Strukturierung der Inhalte bezüglich erwünschter Effekte, adäquate Zusammensetzung der Interventionsgruppe etc.) in der Sportforschung von einer Drei-Schicht-Wirkung aus: Neben Wechselwirkungen auf der emotionalen Ebene setzt man auf Effekte im sozialen und im kognitiven Kontext (vgl. BREHM, PAHMEIER & TIEMANN, 1997, 39f).

Im folgenden Abschnitt sollen in diesem Bezugsrahmen Teilaspekte des Gesundheitsverhaltens der untersuchten Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportler hinsichtlich eines Aufbaus bzw. einer Nutzung von Schutzfaktoren im sozialen und kognitiven Bereich in Ergänzung zu den vorausgegangenen Ausführungen zur Schutzfaktorenverteilung (Abschnitt 5.2.2) analysiert werden. Hierzu werden global kognitive Gesundheitsressourcen (Handlungs- und Effektwissen), die soziale Identifikation und Integration an bzw. in den Sportanbieter (soziale Netzwerke, ehrenamtliches Engagement, Multiplikatorenfunktion, Mitgliedschaft als formale Integration) und die sportliche Aktivität (Art und Umfang der Angebotspartizipation) gezählt. Intention der folgenden Ausführungen ist es, Aufschluss über gesundheitlich relevante Verhaltensweisen der Probanden in ihrer Vereinssportnutzung zu erhalten. Kernfragen sollen demnach sein: Welcher Stellenwert kommt der Sportaktivität im Verein in der Ressourcenförderung gemessen an von den Teilnehmern ausgebildeten Schutzfaktoren zu? Wie beurteilen Freizeit- und Gesundheitssportler z.T. Chancen und Hindernisse in der Ressourcenstärkung? Welche Unterschiede ergeben sich dabei hinsichtlich der Geschlechter und der Altersgruppen?

5.3.1 Kognitive Gesundheitsressourcen

Um gesundheitsorientierte Interventionsmaßnahmen dauerhaft in das Verhaltensprogramm integrieren zu können, sehen neuere sportwissenschaftliche Ansätze die begleitende Veränderung gesundheitsbezogener Kognitionen als notwendig an. Dabei geht man von Rückkopplungen zwischen Gesundheitskognitionen des subjektiven Gesundheitskonzeptes und individuellen Erfahrungen aus, die eine Veränderung im Selbstkonzept erreichen können (vgl. Abschnitt 1.1). Daneben gelten Informationselemente in theoretischen Modellen zum Gesundheitsverhalten als maßgebliche Faktoren zur Verhaltensintention (vgl. Abschnitt 1.1.3.3). Die Kenntnis von Risikofaktoren und deren Beeinflussbarkeit durch sportliche Aktivität, von Möglichkeiten und Prämissen eines gesundheitsorientierten Sports können als Handlungsanreiz wirken und so Verhalten motivieren (vgl. Abschnitt 5.2.1).

Gleichzeitig erfüllen handlungsbezogene Kenntnisse die Anforderung nach einer Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen in gesundheitsorientierten Sportangeboten. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Vermittlung von Informationen zum gesundheitlichen Sporthandeln auf die Überzeugung von der Beeinflussbarkeit des gesundheitlichen Zustands einerseits und der Handlungs-

kompetenz andererseits positiv auswirkt (vgl. BREHM, PAHMEIER & TIEMANN, 1997). TIEMANN (1997a; 1998) geht in Interpretation der Erkenntnisse zur Selbstkonzeptforschung davon aus, dass ein mögliches Sportverhalten wesentlich von der Ausprägung der subjektiven Gesundheits- und Sporttheorien und relevanten Kognitionen begründet wird.

In der Folge wird ein sportliches Engagement dann erwartet, wenn das Individuum differenzierte Kognitionen zum Komplex Sport und Gesundheit aufgebaut hat und von der Wirksamkeit und der Realisierbarkeit des Zielverhaltens überzeugt ist (vgl. Kapitel 1). Neuere Forschungsansätze postulieren deshalb die Notwendigkeit einer Fertigkeitsvermittlung zur selbsttätigen Sporthandlung und einer Kenntnisvermittlung zur Wechselwirkung von Sport und Gesundheitsfaktoren (BREHM, PAHMEIER & TIEMANN, 1997; TIEMANN, 1997a; 1997b; 1998).

Bei BREHM (1990) findet sich zu dieser Annahme eine Referenzstudie zum Erleben von Gesundheit und Sport jugendlicher Schülerinnen und Schüler. In seiner Studie suchte BREHM (1990) nach Verknüpfungsmustern der subjektiven Theorien von Gesundheit, Wohlbefinden und Sport bzw. Sportunterricht von 16 13- bis 16-jährigen Schülern. In einem aufwändigen qualitativen Verfahren, das Strukturlegetechniken und Interviewbefragungen einsetzte, wurden auf der Basis von Einzelfallanalysen zusammenfassende Auswertungen vorgenommen. Im Ergebnis extrahiert BREHM (1990) zwei Schülertypen: den Sport-Typ und den Verzicht-Typ. Kennzeichnend erscheint dabei vor allem das vergleichsweise ausdifferenzierte Gesundheitsverständnis des Sport-Typs, der enge Verbindungen zum Faktor Wohlbefinden und seinem Sportkonzept herzustellen vermag. Von einer Beeinflussbarkeit der Gesundheit durch die Sportaktivität ist der Verzicht-Typ wiederum im Gegensatz zum Sport-Typ nicht überzeugt (BREHM, 1990, 130).

Für die vorliegende Untersuchung wird die Dimension der kognitiven Gesundheitsressourcen grundsätzlich in ein Handlungs- und ein Effektwissen differenziert (siehe TIEMANN, 1998). Unter Handlungswissen werden dabei analog zu TIEMANN (1997a, 75f; 1998, 233f) Kenntnisse zur Durchführung spezifischer sportlicher Übungs- und Trainingsformen verstanden. Dies bezieht Informationen zur Belastungssteuerung, korrekter Übungsausführung (nach anatomisch-biologisch funktionalen und trainingsphysiologischen Prinzipien) mit ein. Unter Effektwissen werden Kenntnisse zu möglichen Auswirkungen der Sporttätigkeit subsumiert. Hierzu zählen z.B. Effekte eines Ausdauertrainings auf das Herz-Kreislaufsystem, Adaptationen der sportlichen Belastung auf den aktiven und passiven Bewegungsapparat und Wirkungen bestimmter Sportelemente auf die psycho-soziale Gesundheit. Hinsichtlich möglicher Operationalisierungsstrategien steckt dieser Forschungsaspekt noch in den Anfängen. Probate, abgesicherte Erhebungsinventare liegen derzeit noch nicht vor. Die Schwierigkeit besteht dabei insbesondere in der Auswahl relevanter Inhalte zum Handlungs- und Effektwissen. Nicht alles, was aus diesem Bereich wissenswert erscheint, muss es für den einzelnen Sportler auch sein. Nötige und relevante Kenntnisse können von Sportaktivität, Beschwerdezustand und Erkrankungsniveau des Sportlers abhängen. Des Weiteren stellt sich das Problem eines ökonomischen Verfahrens zur Erhebung von Wissensbeständen zur Handlungskompetenz und Effektinformation, ohne ein wünschenswertes Maß an Informationsdichte zu verlieren. Qualitative Methoden oder offene Fragestellungen erscheinen zwar sinnvoll, um konkrete Rückschlüsse auf vorhandene Kognitionen zu ziehen,

scheitern jedoch ab einem gewissen Stichprobenumfang an einer eingeschränkten Praktikabilität. Die Entwicklung eines adäquaten Inventars in der Sportwissenschaft steht noch aus.

Eine Möglichkeit zur Operationalisierung des Effektwissens boten die Fragenkomplexe zum Wissen über zentrale Effektgrößen von Gesundheit und sportlicher Aktivität. Hierzu wurden im Fragebogen der Basisstudie die Bereiche „Wirbelsäule allgemein“, „Herz-Kreislauf-System“, „Muskeln, Sehnen, Bänder“, „Knochen“, „psycho-soziale Zusammenhänge“ und „das individuelle Krankheitsbild“ als relevante Wirkungsdimensionen auf die Gesundheit angeboten. Die Grenzen der Aussagekraft werden durch die geringe Differenzierung der Inhalte bestimmt. In welche kognitive Tiefe diese Kenntnisse unter den Probanden reichen, ist anhand des Inventars nicht prüf- oder gar differenzierbar. Angesichts der Größe der Stichprobe erscheinen qualitative Methoden, wie sie z.B. von TIEMANN (1996; 1997b) zur Untersuchung des Zuwachses an Effektwissen durch ein (konstruiertes) Sportprogramm angewandt wurden, als nicht praktikabel. Hierbei wurden 16 Versuchspersonen (10 Frauen und 6 Männer zwischen 24 und 61 Jahren) vor und nach einem sportlichen Interventionsprogramm zu subjektiven Theorien über Gesundheit, Fitness und Sport in einem Interview befragt. Teilergebnisse daraus betrafen Nennungen zum Handlungs- und Effektwissen der Probanden. TIEMANN (1997a, 184ff) konnte grundsätzlich eine Ausdifferenzierung der Wissensbestände zum Handlungs- und Effektwissen nach dem sportlichen Interventionsprogramm verzeichnen (Effektwissen vorher: 92 Nennungen, nachher: 165 Nennungen; Handlungswissen vorher: 27, nachher 61). Beachtenswert erscheint dabei, dass eine Strukturveränderung der übrigen Selbstkonzepte, die die subjektiven Theorien von Gesundheit, Fitness und deren Zusammenhang betrafen, keine Veränderung zeigte.

Für die vorliegende Stichprobe können neben Angaben zum Effektwissen auch die Quellen des Wissenserwerbs eruiert werden, um die Leistung der vereinsorganisierten Sportprogramme abschätzen zu können. Hier wurden verschiedene Gelegenheiten und Institutionen als Informationsvermittler geboten (vgl. Abb. 5-22). Aussagen über bestehendes Handlungswissen sind auf der Ebene von theoretischen und alltagsrelevanten Anweisungen zu unterschiedlichen Komplexen möglich (vgl. Tab. 5-11).

Effektwissen

Um Aufschluss über vorhandenes Effektwissen der Probanden zu erhalten, wurden die dichotomen Angaben zu Kenntnissen über Wechselwirkungen von Sport und folgenden Bereichen genutzt: „Herz-Kreislaufsystem“, „Wirbelsäule (allgemein)“, „Muskeln, Sehnen, Bänder“, „psycho-soziale Zusammenhänge“, „Knochen“, „physiologische Zusammenhänge“ und „das individuelle Krankheitsbild“. Eine deskriptive Auswertung zeigt ein deutliches Schwergewicht der angegebenen Kenntnisse auf dem Gebiet der Beziehung von Sport und Wirbelsäule (53,9% der Nennungen; N=1688). Hohe Anteile entfallen auch auf das Wissen über die Auswirkung von Sport auf das Herz-Kreislaufsystem (47,2%) als einer der zentralsten Bestandteile der Präventionsforschung (vgl. Abschnitt 2.2.1). Relativ viele Probanden (30,3%) geben an, Kenntnisse zum Bereich „Sport und psycho-soziale Zusammenhänge“ zu haben. Immerhin 21,5% dokumentieren im Bezug auf mögliches Effektwissen gänzlich fehlende Kenntnisse (vgl. Abb. 5-21).

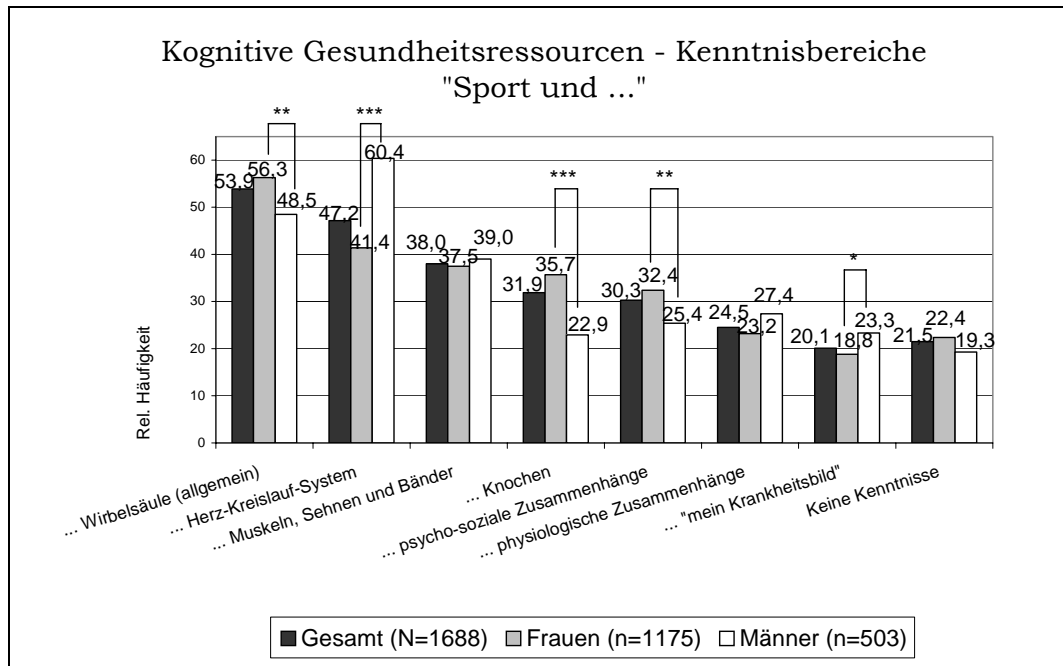


Abb. 5-21: Kognitive Gesundheitsressourcen der Probanden in den Kenntnisbereichen „Sport und ...“, gesamt und in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent, jeweils berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ auf der Basis multipler Chi-Quadrat-Tests zum geschlechtsabhängigen Verteilungsvergleich; Mehrfachnennungen waren möglich)

Eine geschlechtsabhängige Analyse (statistische Absicherung auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests) weist Wirkungen des Sports auf die Wirbelsäule (56,3%; $N=1175$; $X^2=8,507$; $df=1$; $p=.004$), Knochen (35,7%; $X^2=26,585$; $df=1$; $p<.001$) und psycho-soziale Zusammenhänge (32,4%; $X^2=8,116$; $df=1$; $p=.004$) als die Hauptthemen der Frauen aus, in denen sie signifikant häufiger Kenntnisse dokumentieren als ihre männlichen Sportkollegen. Männer hingegen geben signifikant häufiger Kenntnisse zu Effekten des Sports auf das Herz-Kreislaufsystem (60,4%; $N=503$; $X^2=50,977$; $df=1$; $p<.001$) und das individuelle Krankheitsbild (23,3%; $X^2=4,340$; $df=1$; $p=.037$) an.

Tabelle 5-10 gibt die Verteilung des Effektwissens in den Altersgruppen inklusive deren statistische Bedeutsamkeit auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests wieder. Es lässt sich eine gewachsene Kenntnisanlage in den höheren Altersgruppen, vorwiegend der 41- bis 60-Jährigen, ablesen. Die Themen „Sport und physiologische Aspekte“ und „Sport und Muskeln, Sehnen und Bänder“ spielen jedoch offensichtlich eher unter jüngeren Sportlern eine Rolle (AG 1: jeweils 44,2%). Insbesondere die Themen „Wirbelsäule“ ($X^2=10,875$; $df=3$; $p=.012$), das „individuelle Krankheitsbild“ ($X^2=10,998$; $df=3$; $p=.012$) und „Knochen“ ($X^2=10,817$; $df=3$; $p=.013$) spielen mit zunehmendem Alter unter den Gesundheitssportlern eine signifikante größere Bedeutung. Je älter die Probanden sind, desto häufiger werden zu diesen Gebieten Kenntnisse angegeben. Das Bild dreht sich um, wenn die Items „physiologische Zusammenhänge“ ($X^2=9,616$; $df=3$; $p=.022$) oder „keine Kenntnisse“ ($X^2=37,213$; $df=3$; $p<.001$) betrachtet werden. Hier gilt: Je jünger die Sportler sind, desto geringer ist die Verbreitung von Wissen zu diesen Gebieten unter den Probanden. Bezüglich des Merkmals „Kenntnisse zu Wechselwirkungen des Herz-Kreislauf-Systems und Sport“ fällt auf, dass insgesamt über alle Altersgruppen

hinweg ein hoher relativer Informationsstand zu konstatieren ist (vgl. Tab. 5-10). Fällt dieser Anteil für die Altersgruppe der 27- bis 40-Jährigen unerwartet ab (AG 1: 42,9% vs. AG 2: 39,1%), steigt er mit zunehmendem Alter erneut an (AG 3: 47,3%, AG 4: 50,2%). Damit demonstrieren insbesondere die älteren Sportler ab 41 Jahren ein signifikant höheres Ausmaß in diesem Bereich kognitiver Gesundheitsressourcen als ihre jüngeren Vereinskollegen ($X^2=8,804$; $df=3$; $p= .032$). Die übrigen Items weisen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen auf.

Wissen über „Sport und ...“	AG 1 (bis 26 J.) % (n)	AG 2 (27 – 40 J.) % (n)	AG 3 (41 – 60 J.) % (n)	AG 4 (ab 61 J.) % (n)
„... Wirbelsäule allgemein“***	41,9 (18)	46,8 (98)	57,2 (346)	53,7 (333)
„... Herz-Kreislauf-System“**	42,9 (18)	39,1 (116)	47,3 (419)	50,2 (356)
„... Muskeln, Sehnen, Bänder“	44,2 (19)	34,3 (85)	40,0 (293)	36,7 (243)
„... Knochen“***	23,3 (10)	23,8 (59)	33,9 (248)	33,2 (220)
„... psycho-soziale Zusammenhänge“	20,9 (9)	27,4 (68)	33,1 (242)	29,0 (192)
„... physiologische Zusammenhänge“**	44,2 (19)	24,2 (60)	24,5 (179)	23,2 (154)
„... mein Krankheitsbild“***	18,6 (8)	12,5 (31)	21,2 (155)	22,0 (146)
Keine Kenntnisse***	25,6 (11)	34,7 (86)	21,7 (159)	16,1 (107)

Tab. 5-10: Kognitive Gesundheitsressourcen bezüglich Wechselwirkungen des Sports und Gesundheit nach Alter der Probanden (Angaben in relativer und absoluter Häufigkeit der Positivantworten inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$ auf der Basis multipler Chi-Quadrat-Tests zum altersabhängigen Verteilungsvergleich; Mehrfachnennungen waren möglich) (N=1677)

Nach den Quellen des Wissenserwerbs befragt, stellen die Probanden der Unterweisung durch die Ärzteschaft ein deutliches Zeugnis aus (vgl. Abb. 5-22): Mit 50,3% (N=1284) der Angaben erhält das öffentliche Gesundheitswesen die stärkste Rolle in der Vermittlung von Wissen zu biologisch-medizinischen Effekten des Sports. Daneben erhalten die Informationsgeber Medien (47,3%) und ein eigenverantwortliches Literaturstudium (35,8%) ein deutliches Gewicht. Zur Ausbildung von Effektwissen trägt der Sportverein lediglich bei 24,5% der Versuchspersonen bei. Differenziert in theoretische und praktische Veranstaltungen entfallen auf die Praxisangebote sogar nur 10,2% der Nennungen. Wesentliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder den Altersgruppen konnten hierbei nicht festgestellt werden. Von einer augenscheinlichen Überbewertung der Leistungen der vereinsorganisierten Sportprogramme in einer Informationsvermittlung soll dennoch nicht gesprochen werden. Die Konstitution der Stichprobe als dauerhaft aktive Sportler setzt sicherlich gegenüber anderen Experimentalstudien, die eigens rekrutierte – u.U. vormals inaktive – Probanden einer Sportintervention aussetzen (TIEMANN, 1997a; 1997b), ganz andere Maßstäbe im vorhandenen Effektwissen. Den Beitrag des Sportangebots zu differenzieren, fällt gewiss nicht nur den Probanden des Sportvereins in der Retrospektive schwer. So betrachtet erhält die Rolle der praktischen Vermittlung im Sportangebot eine durchaus respektable Position.

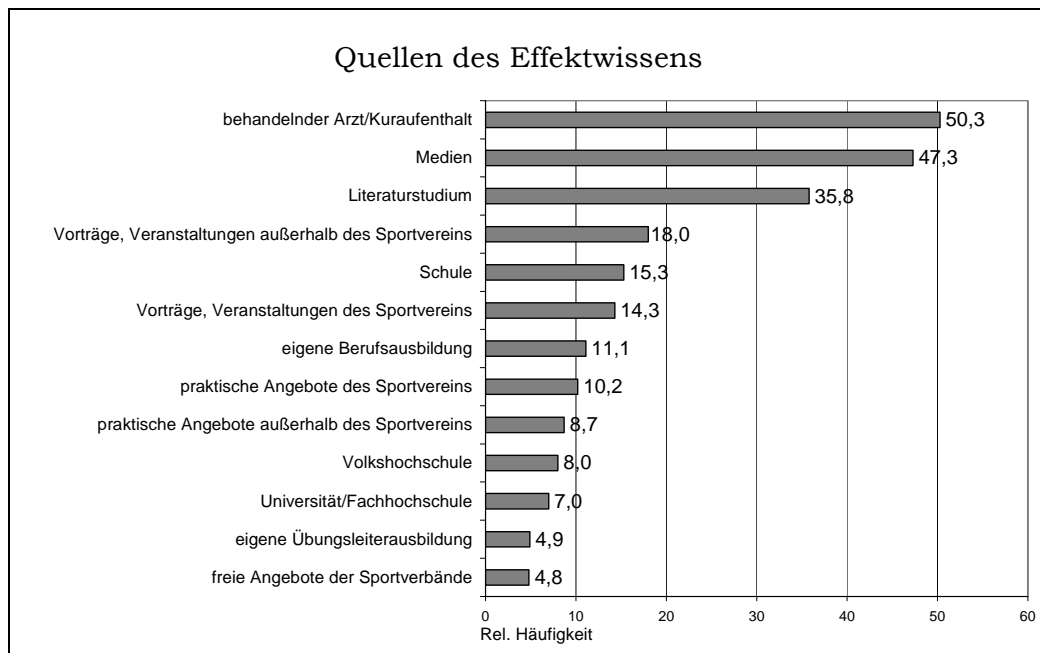


Abb. 5-22: Quellen des Wissenerwerbs zum Effektwissen der Probanden (Angaben in Prozent jeweils berechnet auf Gesamt-N=1284; Mehrfachnennungen waren möglich)

Ausmaß im Effektwissensbestand (Summenscore)

Um vergleichende statistische Analysen zu erleichtern, wurde aus den Einzelitems ein Summenscore „Effektwissen“ (Werte 0=“keine Kenntnisse“ bis 7=“Kenntnisse in allen gebotenen Bereichen“) gebildet.⁴⁹ Damit soll die Differenzierung des Ausmaßes an kognitiven Gesundheitsressourcen im Bereich des Effektwissens ermöglicht werden. Analysen in Abhängigkeit des Geschlechts und Alters werden im Folgenden dargestellt. Differenzierungen nach der Zugehörigkeit einer Gesundheitssportlergruppe erfolgen im Abschnitt 6.3.

Mit einem Mittelwert von 2,37 (SD=2,10; N=1752) fällt das quantitative Ausmaß des Effektwissens in der Stichprobe eher gering aus. Ein Mittelwertvergleich (Mann-Whitney-U-Test für zwei unabhängige Stichproben bei nicht vorliegender Normalverteilung) ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Männern (M=2,41; SD=1,99) und Frauen (M=2,35; SD=2,15) bezüglich des Effektwissens ($Z = -1,301$; $p = .193$). Dagegen unterscheiden sich die Altersgruppen hinsichtlich der Summe an kognitiven Gesundheitsressourcen im Effektbereich signifikant voneinander (Kruskal-Wallis-Test, $X^2 = 9,572$; $df = 3$; $p = .023$). Die Altersgruppe 3 weist hierzu den höchsten Mittelwert auf (M=2,513; SD=2,185), gefolgt von der Gruppe der ältesten Sportlern unter den Probanden (M=2,325; SD=2,003) und den jüngsten Gesundheitssportlern bis 26 Jahre (M=2,349; SD=2,235), während dieser Wert für die 27- bis 40-Jährigen am niedrigsten ausfällt (M=2,060; SD=2,084). Demnach ist zwar kein eindeutiger Trend in Abhängigkeit des Alters festzumachen, es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die Sportler im Alter zwischen 41 und 60 Jahren das quantitativ größte Ausmaß im Effektwissen bezüglich weit gefächerter Themen angehäuft haben, während die etwas jüngeren Sportler zwischen 27 und 40 Jahren hier das geringste Niveau einnehmen.

⁴⁹ Dieser Index wird als grundsätzlich aussagekräftiger erachtet als der Vergleich einzelner Kenntnisbereiche, da insbesondere die Detailanalysen (vgl. Tab. 5-10 und Abb. 5-21) keine hinreichenden Unterschiede im Alter, Geschlecht der Probanden und hinsichtlich der Gesundheitssportdimensionen eine Schwerpunktverlagerung durch die Teilstichprobenkonstitution nahelegen.

Werden die Geschlechter getrennt nach dem Alter der Sportler betrachtet, unterstreichen in fast allen Altersgruppen die Männer ihren Vorsprung im Hinblick auf kognitive Gesundheitsressourcen (vgl. Abb. 5-23). In der Gruppe der unter 27-Jährigen konnte für Männer ein beinahe doppelt so hoher Mittelwert berechnet werden als für Frauen. Die Differenz ist mit $p = .081$ (Mann-Whitney-U-Test: $Z = -1,774$) statistisch signifikant. Auch die Männer zwischen 27 und 40 Jahren sind signifikant stärker mit Kenntnissen zum Effekt des Sports auf die Gesundheit ausgestattet als gleichaltrige Frauen (Mann-Whitney-U-Test: $Z = -2,391$; $p = .017$). Mit zunehmenden Alter schwindet der Vorsprung der Männer allerdings, beträgt für die Altersgruppe 3 lediglich noch 0,1 Punkte und dreht sich für die Seniorengruppe sogar um. Hier weisen die Frauen einen quantitativ ausgeprägteren Kenntnisstand auf als Männer.

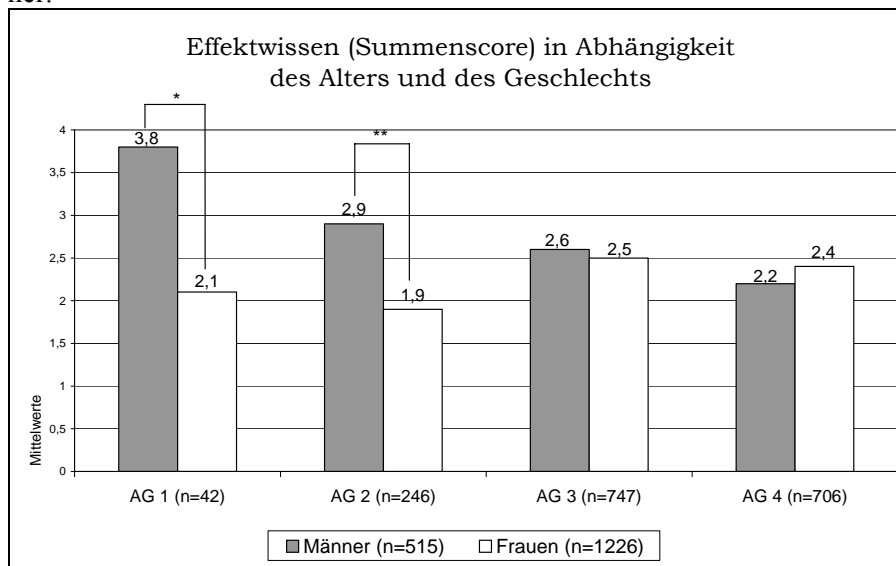


Abb. 5-23:
Ausmaß des Effektwissens (Summenscore), gruppiert nach Alter und nach Geschlecht (Angabe von Mittelwerten; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: $**p < .01$, $*p < .05$ auf der Basis von Mann-Whitney-U-Tests)

Fazit

Mit dem deutlichen Schwergewicht der angegebenen Kenntnisse unter den Freizeit- und Gesundheitssportlern auf Wechselwirkungen sportlicher Aktivität und dem Wirbelsäulenapparat kann die These von der „Volkskrankheit“ Rückenbeschwerden gestützt werden (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1999). DIEMER & BUCHERT (2002, 14f) registrieren auf der Basis des Bundesgesundheits surveys 1998 einen Anteil der unter Rückenschmerzen leidenden Bevölkerung von etwa 60%, wobei Frauen häufiger über Schmerzzustände im Rückenbereich klagen als Männer (vgl. auch Abschnitt 5.1.1). Eine Ausdifferenzierung der Kenntnisse zu diesem Beschwerdebild und zu Wechselwirkungen einer Sporttherapie war deshalb zu erwarten.

Aus den anklängigen Differenzen zwischen Männern und Frauen in den Bereichen des Effektwissens lässt sich die Beschwerde- und Erkrankungsverteilung unter Männern bzw. Frauen ablesen, wonach für Frauen die Beschwerdebilder Osteoporose und Rückenschmerzen dominieren, während unter männlichen Probanden Herz-Kreislaufkrankungen vorherrschen (vgl. Abschnitt 5.1.1). Konsequenterweise sind Kenntnisse zum Effektmaß von Sport und Knochen, sowie Wirbelsäule eher unter Frauen zu finden, während Männer ein stärkeres Maß an Effektwissen zu den Themen Sport und Herz-Kreislaufsystem bzw. das individuelle Krankheitsbild ausgeprägt haben. Insbesondere in diesem Befund schlägt sich die Stichprobenkonstitution nieder, die einen Großteil der Männer aus Coronasportgruppen rekrutierte. Interessant erscheint allerdings, dass Frauen häufiger Kenntnisse zu psy-

cho-sozialen Effekten des Sports angeben als Männern dies tun. Hier geben sich weibliche Freizeit- und Gesundheitssportler offensichtlich sensibler für solche Themen als männliche.

Über den Altersverlauf konnte erwartungsgemäß eine grundsätzliche Steigerung im Ausmaß des Effektwissens festgestellt werden. Je älter die Sportler sind, desto geringer ist der Anteil derer, die gänzlich ohne Effektwissen ihrer sportlichen Aktivität nachgehen. Auch in den Einzelitems ist in aller Regel eine Erhöhung des relativen Anteils von Positivantworten mit der Alterskurve zu verzeichnen. Eine Ausnahme bildeten hier die Items „Sport und physiologische Zusammenhänge“ und „Sport und Muskeln, Sehnen, Bänder“, in denen sich vor allem die jüngsten Sportler der Stichprobe unterrichtet zeigten. Als Zusammenhang kann hier die gestiegene Bedeutung des Körperkults unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen (GRUPE, 2000) gesehen werden, der ein gesteigertes Interesse dieser Population an biologischen Mechanismen des Muskelaufbaus und des Fettabbaus insbesondere durch Sport mit sich bringt. Das aus der Genese des Gesundheitssports stammende „Kernthema“ der präventiven Wirkung sportlicher Aktivität auf das Herz-Kreislaufsystem spielt ebenfalls wie der moderne Schwerpunkt im Gesundheitssport, der Zusammenhang von Sport und der Wirbelsäule mit zunehmendem Alter der Probanden eine größere Rolle. Je älter die Sportler sind, desto häufiger werden hierzu Kenntnisse angegeben. Insbesondere für die Gruppe der Probanden im höheren Erwachsenenalter bzw. für die Senioren können gewachsene Krankheitserfahrungen auf diesen Gebieten mit fortschreitendem Alter als Ursache vermutet werden. Für die Gruppe der Erwachsenen im mittleren Alter, die ebenfalls einen nicht unerheblichen Kenntnisanteil dokumentieren, kann sicher auch ein gesteigertes Maß an präventivem Verhalten angenommen werden, der diese Zielgruppe bei ersten Symptomen oder gar noch vor einer Beschwerdeausprägung mit dem Ziel einer Erkrankungsvorbeugung für die Themen Rückenbeschwerden und Herz-Kreislaufkrankungen sensibilisiert und möglicherweise zu einer sportlichen Aktivität im Verein motiviert hat.

Die Untersuchung des quantitativen Maßes im Effektwissen anhand eines Summenscores erbrachte neben einem nur geringen Niveau ($M=2,37$) keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Die in den vorangegangenen Befunden festzustellenden geschlechtlichen Unterschiede im Kenntnisbestand lassen sich demnach auf eine Verlagerung im Effektwissen bezüglich der Themen oder Inhalte zurückführen und nicht auf ein größeres Informationsmaß. Im Altersverlauf lässt sich kein eindeutiger Trend festhalten. Auffällig ist allerdings, dass Männer bis zu einem Alter von etwa 60 Jahren den Frauen hinsichtlich des Ausmaßes an kognitiven Gesundheitsressourcen z.T. überlegen sind. Erst mit fortschreitendem Alter schließen die Frauen hier auf, um im Seniorenalter ab 61 Jahren schließlich ein größeres Maß an Effektwissen zu dokumentieren als ihre männlichen Sportkollegen. Über die Ursachen dieses Befundes kann nur gemutmaßt werden. Hinweise aus theoretischen Überlegungen liegen nicht vor und so stellt sich lediglich die Möglichkeit, die zunehmende Freizeit in der Phase nach einer beruflichen oder familiären Verpflichtung heranzuziehen, in der Frauen offenbar verstärkt gesundheitsorientierte Interessen entwickeln und sich neues Wissen aneignen, während Männer bereits früher hierin aktiv waren. Diese bauen demnach vorhandenes Wissen zwar früher auf, jedoch im späteren Alter nicht weiter aus – zumindest nicht quantitativ; Eine qualitative Bewertung ist an dieser Stelle nicht möglich.

Handlungswissen

Bezüglich einer Handlungskompetenz als Teilbereich kognitiver Gesundheitsressourcen wurde die Frage nach Kenntnissen und Fähigkeiten der Probanden hinsichtlich folgender Aspekte eingesetzt:

- Kenntnisse zu Funktions- und Wirkweisen von Übungsformen
- Fähigkeit zur richtigen Übungsausführung
- Wissen aus dem Bereich der Gebrauchsschule (richtiges Sitzen, Heben, Tragen)
- Kenntnisse zur Bedeutung und Ausführung von Ausdaueraktivitäten (Pulsmessung, Lauftechnik)
- Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Sportaktivität
- Wissen zur gesundheitsbewussten Ernährung

Die Probanden waren aufgefordert, hierzu dichotome Angaben zu machen. Daraus ergab sich, dass sich zum Handlungswissen einer korrekten Übungsausführung von Bewegungsabläufen aus dem gesundheitssportlichen Alltag die relativ meiste Verbreitung unter den Probanden findet; Drei Viertel der Sportler geben hierzu Kenntnisse an (vgl. Abb. 5-24). Für Fragen der rückengerechten Alltagsgestaltung sehen sich 59,8% der Befragten gerüstet. Nur unerheblich weniger Probanden berichten Kompetenzen in eigenverantwortlicher Sportaktivität außerhalb des Vereinsprogramms, wenn es z.B. darum geht, bestimmte Übungen auch zu Hause durchzuführen. Der Anteil derjenigen, die sich in der Lage sehen, den jeweiligen Übungen deren spezifische Wirkweisen und Funktionen zuzuordnen, liegt „lediglich“ bei 44,3%. Auch im Komplex des Handlungswissens kann das „klassische“ Wirkfeld der Schulung von Ausdauer durch sportliche Aktivität keine wesentliche Bedeutung untermauern. (Hierauf entfallen 24,7% der Nennungen.) Das Thema der gesundheitsbewussten Ernährung spielt allerdings eine eher marginale Rolle. Lediglich 8,8% sehen sich darin unterrichtet.

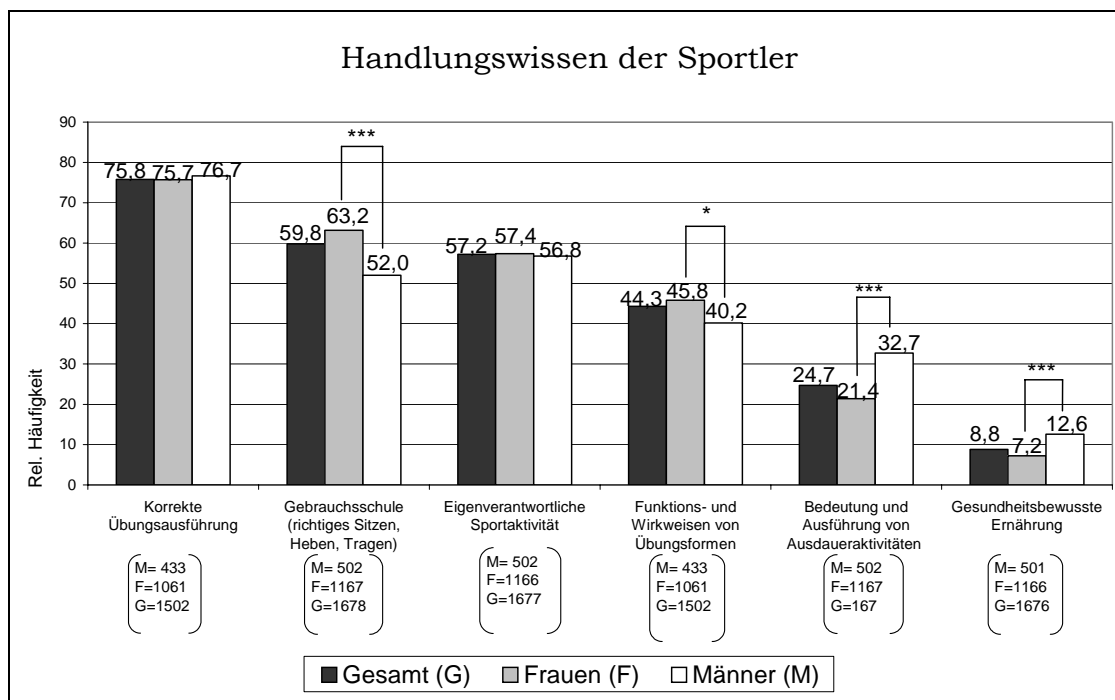


Abb. 5-24: Handlungswissen in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent jeweils berechnet auf die Teilstichprobengröße wie angegeben; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$, * $p < .05$ auf der Basis multipler Chi-Quadrat-Tests zum geschlechtsabhängigen Verteilungsvergleich) (Mehrfachnennungen waren möglich)

Betrachtet man die Geschlechter isoliert, ergeben sich vereinzelt, nennenswerte Unterschiede in den Einzelitems (Prüfung auf statistische Signifikanz anhand von Chi-Quadrat-Tests). Hinsichtlich eines alltagsrelevanten korrekten Hebens, Sitzens und Tragens (Gebrauchsschule) geben Frauen höchstsignifikant häufiger Kenntnisse an als Männer (Frauen: 63,2% vs. Männer: 52,0%; $X^2=18,189$; $df=1$; $p<.001$). Ein vergleichbares Ergebnis liefert die geschlechtsspezifische Analyse des Items „Funktions- und Wirkweise von Übungsformen“. Auch hierin berichten Frauen signifikant häufiger von ausgebildeten Kompetenzen als Männer (Männer: 40,2% vs. Frauen: 45,8%; $X^2=3,999$; $df=1$; $p=.046$). Eine Ausnahme bildet das Gebiet zur Bedeutung und zu Kompetenzen einer selbstständigen Ausdauerschulung, das die Fähigkeit zur Pulskontrolle und dem richtigen Laufstil abfragt, in dem sich Männer höchstsignifikant häufiger als „Experten“ sehen als Frauen dies tun (Männer: 32,7% vs. Frauen: 21,4%; $X^2=23,804$; $df=1$; $p<.001$). Auch an diesem Befund lassen sich die Zusammenhänge zur Bedeutung der coronaren Herzkrankheit in der (männlichen Teil-) Stichprobe erkennen, für die ein grundlegendes Herz-Kreislauftraining wesentlicher Therapiebestandteil darstellt und damit in die kognitiven Gesundheitsressourcen bzw. das Handlungswissen eingeht. Auch in Sachen gesundheitsbewusster Ernährung attestieren sich die männlichen Sportler höchstsignifikant häufiger einen Kenntnisstand als Frauen (Männer: 12,6% vs. Frauen: 7,2%; $X^2=12,571$; $df=1$; $p<.001$). Hinsichtlich der Kenntnisbestände zum Handlungswissen in einer korrekten Übungsausführung und der grundsätzlichen Bedeutung einer eigenverantwortlichen Sportaktivität auch außerhalb des Vereinssportprogrammes ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Items im Handlungswissen	AG 1 % (n)	AG 2 % (n)	AG 3 % (n)	AG 4 % (n)
Korrekte Übungsausführung***	91,2 (31)	90,3 (204)	79,9 (523)	65,1 (380)
Wirkweise und Funktion der Übungen**	24,4 (10)	35,6 (80)	45,3 (297)	47,4 (277)
Gebrauchsschule***	31,7 (13)	54,0 (134)	64,1 (466)	59,1 (390)
Bedeutung und Ausübung von Ausdaueraktivitäten	14,6 (6)	20,2 (50)	25,4 (185)	26,2 (173)
Eigenverantwortliche Sportaktivität***	41,5 (17)	46,8 (116)	55,0 (400)	64,3 (424)
Gesundheitsbewusste Ernährung	9,8 (41)	6,9 (248)	7,6 (726)	10,8 (659)

Tab. 5-11: Handlungskompetenzen der Gesundheitssportler in Abhängigkeit der Altersgruppen (Angaben in relativer und absoluter Häufigkeit der Positivantworten, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$ auf der Basis multipler Chi-Quadrat-Tests zum altersabhängigen Verteilungsvergleich; $N=1676$, variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Eine Betrachtung der Altersgruppen (statistische Absicherung mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests) erwies die Fertigkeit zur korrekten Übungsausführung für die älteren Sportler eher als Schwierigkeit als für jüngere Aktive. Hier dokumentieren die ältesten unter den Sportlern das höchstsignifikant gerings-

te Verbreitungsausmaß an Kenntnissen ($X^2=72,471$; $df=3$; $p<.001$). Dagegen weisen ältere Versuchspersonen signifikant häufiger Kompetenzen zur selbstständigen Übungsausführung zu Hause ($X^2=30,277$; $df=3$; $p<.001$), zum theoretischen Hintergrund der Funktion und Wirkweise von sportlichen Übungsformen ($X^2=12,60$; $df=3$; $p=.006$) und einer rückengerechten Alltagsgestaltung ($X^2=22,626$; $df=3$; $p<.001$) auf. Letzteres erscheint vor allem unter den 41- bis 60-Jährigen weite Verbreitung zu genießen.

Ausmaß im Handlungswissensbestand (Summenscore)

Für den globalen Vergleich der Alters-, Geschlechts- und später auch der Sportlergruppen im Merkmal „Handlungswissen“ wurde ein Summenscore gebildet. Das Maximum dieses Index' liegt in der Stichprobe bei sechs genannten Wissensbereichen (Minimum: 0). Im Mittel geben die Probanden 2,81 (SD=1,548) Kenntnisbestände an. Während sich Männer und Frauen in einzelnen Bereichen des Handlungswissens z.T. deutlich unterscheiden (siehe voran gegangene Analysen), zeigen sich im zusammengefassten Summenscore keine signifikanten Differenzen zwischen den Geschlechtern.

In der Differenzierung nach dem Alter der Probanden erweisen sich die Sportler der beiden mittleren Altersgruppen (AG 2: $M=2,833$; $SD=1,469$) als diejenigen Aktiven mit dem ausgeprägtestem Maß an Handlungswissen – mit einem Vorsprung der 41- bis 60-Jährigen (AG 3: $M=2,925$; $SD=1,537$). Das zahlenmäßig geringste Ausmaß an Wissensbeständen dokumentieren die jüngsten Sportler (AG 1: $M=2,349$; $SD=1,526$), während der Mittelwert der Ältestengruppe hinter jenem der 27- bis 40-Jährigen zurückbleibt ($M=2,707$; $SD=1,577$). Die konstatierten Mittelwertsunterschiede zwischen den Altersgruppen konnten durch einen Kruskal-Wallis-Test als signifikant abgesichert werden ($X^2=10,878$; $df=3$; $p=.012$). Es lässt sich damit festhalten, dass das Ausmaß im abgefragten Handlungswissen als Teilbereich der kognitiven Gesundheitsressourcen mit zunehmendem Alter ansteigt, für die Ältesten unter den Gesundheitssportlern jedoch wieder ein Abfall der Kompetenzen festzustellen ist (vgl. Abb. 5-25).

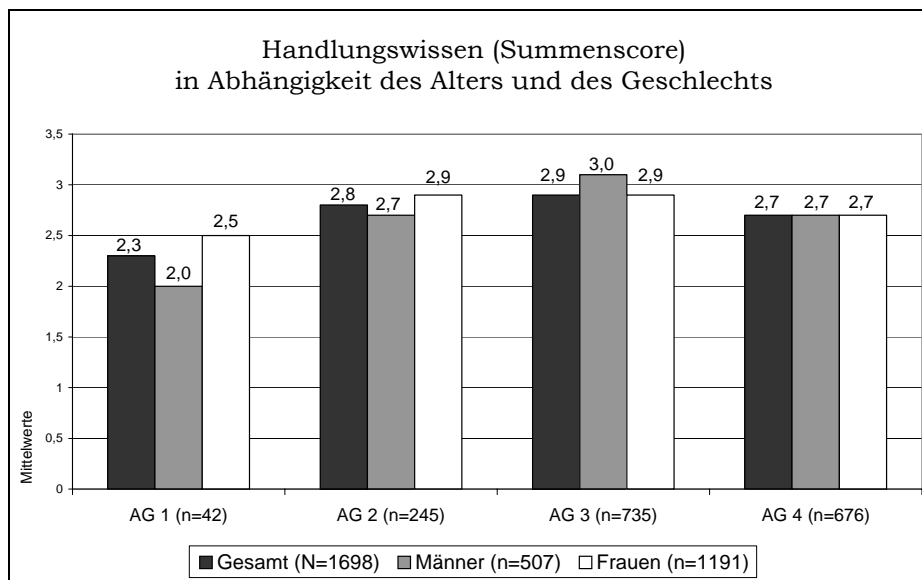


Abb. 5-25:
Ausprägung des Handlungswissens (Summenscore) in der Stichprobe, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht (Angabe von Mittelwerten) (N=1698)

Betrachtet man das Ausmaß an Handlungswissen anhand des Summenscores zwischen den Geschlechtern in den Altersgruppen, zeigen sich Männer in beinahe allen Altersstufen mit einem höheren

Kenntnisstand ausgestattet als Frauen. Die Differenzen sind gemessen an den Mittelwertsunterschieden jedoch z.T. nur marginal und statistisch nicht signifikant (vgl. Abb. 5-25).

Fazit

Zwar waren Kenntnisse zur korrekten Übungsausführung unter den Freizeit- und Gesundheitssportlern am weitesten verbreitet. Mit drei Viertel an Positivantworten erscheint der Wert aber insofern noch recht unbefriedigend, als gerade im vorliegenden Interventionsfeld eine höhere Sensibilität vorausgesetzt werden könnte. Diese ist nicht nur bei den beteiligten Übungsleitern zu vermuten, sondern auch unter den Teilnehmern, die ausreichend in der funktionellen und richtigen Durchführung von sportlichen Übungsformen und Bewegungsabläufen unterrichtet sein sollten. Da in der Sportforschung keine vergleichbaren Studienergebnisse vorliegen, kann dieser Wert zumindest vorläufig aber höchstens als Orientierung dienen. Ein geschlechtlicher Unterschied in diesem Item konnte nicht festgestellt werden. Männer geben ebenso häufig Kenntnisse zur korrekten Übungsausführung an wie Frauen.

Dagegen zeigen sich Frauen eher als die Spezialisten in Sachen rückengerechtes Bewegen im Alltag sowie in der Kenntnis zur Wirkweise von sportlichen Übungsformen. Parallel zu den dargestellten Befunden zum Effektwissen, in deren Zusammenhang ebenfalls die Frauen verstärkt Kenntnisse zur Wechselwirkung des Sports auf den Wirbelsäulenapparat angaben, ließ sich auch für das Handlungswissen in diesem Bereich eine Dominanz der Frauen vermuten. Das erhöhte Ausmaß hinsichtlich des Handlungswissens zur Wirkweise von Übungsformen lässt bei Frauen eine ausgeprägtere Sensibilität für derartige Fragestellungen vermuten. Dagegen erscheinen Männer jedoch besser für eine eigenverantwortliche Ausdauerschulung gerüstet zu sein, d.h. es sind die Männer, die eher als die Frauen angeben, eine sportliche Aktivität zur Schulung des Herz-Kreislaufsystems in Eigenregie durchführen zu können. Hier dokumentieren die Frauen eher Defizite. Diese Befunde lassen sich in die bereits konstatierten Schwerpunktverlagerungen in der gesundheitssportlichen Ausrichtung von Männern und Frauen einreihen. Während Frauen an den Themen „Aktiver und passiver Bewegungsapparat“ interessiert sind und darüber ihre sportliche Aktivität gefunden haben, nimmt diese Position für Männer das Herz-Kreislaufsystem ein. In diesen Gebieten werden von Männern und Frauen konsequenterweise auch die jeweiligen kognitiven Gesundheitsressourcen im Handlungs- und Effektwissen aufgebaut.

Werden die Einzelitems im Handlungswissen in Abhängigkeit des Alters betrachtet, zeigt sich ein grundsätzlich deutliches Wissenspotential unter den älteren Sportlern. Mit Ausnahme der kognitiven Ressourcen zur korrekten Übungsausführung gilt: Je älter die Sportler sind, desto eher verfügen sie über Bestände im Handlungswissen. Zum Seniorenalter hin fällt das quantitative Handlungswissen jedoch wieder ab. Eine Ausnahme in der Einzelitembetrachtung bilden Kenntnisse zur korrekten Übungsausführung, in der sich die jüngsten Sportler am häufigsten unterrichtet zeigen.

In der Altersbetrachtung ergibt sich weiterhin ein Defizit in der Fähigkeit zur eigenständigen Übungsdurchführung. Je älter die Sportler sind, desto geringer ist die Kompetenzerwartung bezüglich der Ausübung eines Übungsprogramms auch außerhalb der vereinsbetreuten Sportstunden. Berücksichtigt man die eigentliche Zielrichtung gesundheitsorientierter Sportprogramme, die sich in einer Bindung an eine regelmäßige Sportaktivität und begleitend einen Kompetenzaufbau äußert, offenbart sich hier noch Optimierungspotential.

5.3.2 Soziale Identifikation und Integration

Die Bedeutung des Sportvereins als Trägersystem und Rahmeneinheit eines Netzwerkes sozialen Austausches wurde in den vergangenen Jahren unter zwei Diskussionsperspektiven erörtert: Der organisierte Sport sieht sich einer „Veränderung des Sportverständnisses der Sporttreibenden“ unter anderem im Hinblick auf eine „zunehmende Kommerzialisierung [gegenüber], die das Bild des Sports in der Öffentlichkeit stärker prägt“ (LANDESPORTBUND NRW, 1999a). Indes war und ist die empirische Sozialforschung bemüht, dem Umstand dieser Klagerufe auf wissenschaftlichem Weg näher zu kommen. Besondere Bedeutung erhalten diesbezügliche Forschungsvorhaben durch den Umstand, dass es sich bei dem gegebenen Untersuchungsgegenstand um eine soziale Vereinigung mit der Betonung der Freiwilligkeit handelt, die darüber hinaus Raum für eine dem zwischenmenschlichen Austausch zuträgliche Intimitätsschwelle bietet (vgl. hierzu Abschnitt 3.1.2). Bei der Betrachtung einer Eingliederung in Netzwerke sozialer Beziehungen (soziale Integration) stehen quantitative und strukturelle Aspekte im Vordergrund. Damit spielen funktional-inhaltliche Zusammenhänge wie die Qualität der sozialen Unterstützung durch die Netzwerkmitglieder keine Rolle (LEPPIN & SCHWARZER, 1997). Als Maße zur Beurteilung der sozialen Integration können verschiedene Indikatoren herangezogen werden, die das Bestehen von sozialen Beziehungen innerhalb eines Lebensraumes eruieren können. Hierzu können simple Maße wie der Familienstand oder die Zahl der Kontakte mit Freunden überhaupt eine Rolle spielen, wie auch Erkenntnisse aus der Untersuchung komplexerer Einheiten wie die Größe, Dichte und Homogenität des Netzwerkes oder das Ausmaß der Kontakte zu Netzwerkteilnehmern. Auch der Zahl der von Menschen bekleideten sozialen Rollen wird ein wesentlicher Informationsbeitrag bei der Ermittlung von sozialer Integration beigemessen.

Das gezeigte Spektrum potentieller Messgrößen verweist auf das Problem der Operationalisierung, das durch ein fehlendes, in der Wissenschaft allgemein anerkanntes theoretisches Rahmenkonzept des sozialen Netzwerkes getragen wird (BOWLING, 1991; KOLIP & HURRELMANN, 1994). Studien hierzu weisen in der Konsequenz differierende Erfassungsinstrumente auf. Die Palette reicht von der einfachen Befragung nach dem Familienstand bis hin zu umfangreichen Itemkomplexen zur Einbettung in private soziale Beziehungsgeflechte (z.B. F-SOZU bei: SOMMER & FYDRICH, 1991).

Zur Erfassung der sozialen Integration der befragten Sportler in das Netz Sportverein wurde bei der vorliegenden Untersuchung ein Gefüge von acht Items kombiniert (vgl. Abb. 5-26). Es wurden Angaben zur formalen Integration der Sportler (Mitgliedschaft), zu integrativen Rollen und Funktionen (Werbung betreibend; Übernahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit), zum Bestehen eines sozialen Netzes unter den Vereinssportlern (Einbindung und Funktion bereits bestehender Freundschaften in das sportliche Vereinsleben, Bildung neuer Freundschaften, informelle Treffen mit Freunden aus dem Sportverein) sowie bezüglich einer Motivation zur Geselligkeit (Kurswahlmotiv) erhoben. Diese Items wurden auf differierenden Skalenniveaus erfasst (vgl. hierzu auch die Analysen zu Teilaspekten, die im Folgenden dargestellt werden) und mussten deshalb zur weiteren Analyse auf ein einheitliches Messniveau reduziert werden. Berücksichtigend, dass durch die nachträgliche Reduzierung auf die binäre Information (Merkmal vorhanden – Merkmal nicht vorhanden) ein gewisses Maß an Information verloren geht, überwog in den Überlegungen jedoch die transparentere rechnerische Handhabbarkeit der Gemengelage zur sozialen Integration, die eine geschlechts- und altersspezifische Betrachtung

ebenso erleichterte wie die zu einem späterem Zeitpunkt zu erbringende Analyse der Gesundheitssportlergruppen.

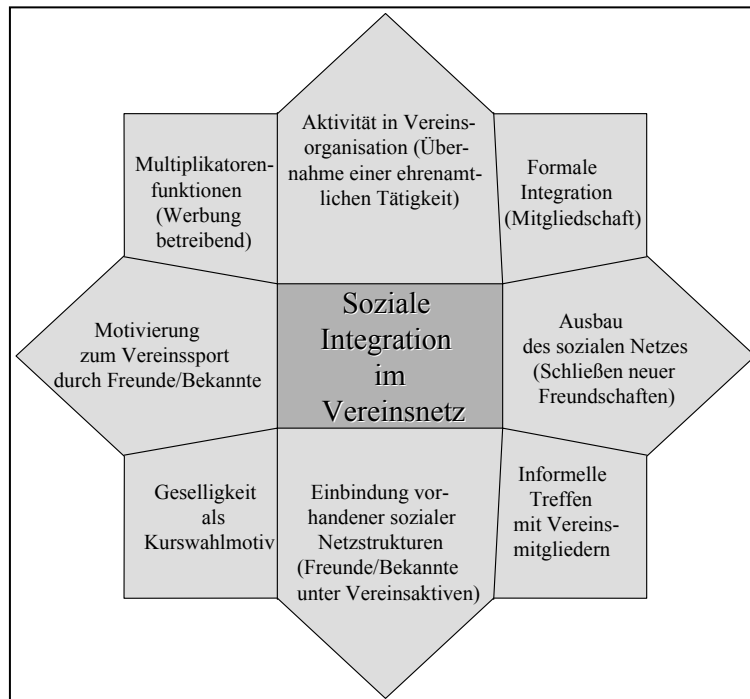


Abb. 5-26:
Ausgewählte Indikatoren zur Integration in das Vereinsnetz durch die Freizeit- und Gesundheitssportler in der vorliegenden Untersuchung

Zunächst sollen die gewählten Teildimensionen der sozialen Integration im Einzelnen deskriptiv analysiert werden:

Soziale Motive und Netzwerkstrukturen

Angebotsmotivation Geselligkeit

Einen ersten Zugang zu diesem Untersuchungsgegenstand liefert eine Teilanalyse der Motivationslage unter den Probanden, an dem von ihnen gewählten Gesundheitssportangebot teilzunehmen. Auf einer Likert-Skala von 1 („trifft nicht zu“) bis 5 („trifft völlig zu“) sollte die Suche nach Geselligkeit als Begleiterscheinung ihrer Angebotswahl von den Sportlern bewertet werden. Die Antwortkonstruktion birgt mit der fünfstufigen Lösung und der Antwortmöglichkeit „trifft sowohl als auch zu“ das Problem der „unentschlossenen Mitte“. Es besteht also für Probanden bei Unsicherheiten die Tendenz, auf die „neutrale“ mittlere Kategorie auszuweichen, was das Interpretieren dieser Mittelkategorie erschwert (vgl. BORTZ & DÖRING, 1995, 167, 204). Daneben ist für diesen Komplex zu berücksichtigen, dass die Fragestellung keine Spezifizierung des Begriffes vornimmt oder impliziert. Die zu Grunde gelegte Begriffsdefinition lässt – insbesondere im Hinblick auf das Ergebnis – eine vergleichsweise weiche, unverbindliche Art der Geselligkeit vermuten. Das bedeutet, dass hier nicht korrespondierend z.B. zu SCHLAGENHAUF (1977) informelle gesellschaftliche Veranstaltungen in kleineren Gruppen unter Geselligkeit zu verstehen sind. Vielmehr sollen darunter Intentionen und Aktionen einer inhaltsleeren Tätigkeit verstanden werden, die rein um ihrer selbst willen und in einer zweckfreien Form betrieben werden (KENT, 1996; RICHTER, 1985; SCHARMANN, 1968; SIMMEL, 1986). Das Erkenntnisinteresse zielt in diesem Fall also darauf ab, welche grundsätzliche Motivation im Bereich der sozialen Einbin-

dung in das Sportvereinsleben bei den Gesundheitssportlern besteht. Eine Analyse zum tatsächlich wahrgenommenen Aktivitätsausmaß ist nicht intendiert.

Abb. 5-27 verdeutlicht, dass über die Hälfte der Befragten diesem Aspekt Bedeutung beimessen: 53,9% (N=1733) suchten mit einer sportlichen Aktivierung auch gesellschaftlichen Anschluss. Insgesamt ergab sich ein Mittelwert von $M=3,38$, der im Durchschnitt von einer hohen Orientierung an einem geselligen Anschluss zeugt. Die recht hoch ausgefallene Variabilität im Antwortverhalten ($SD=1,354$) berücksichtigend fällt auf, dass das Motiv unter den Befragten durchaus uneinheitlich bewertet wird.

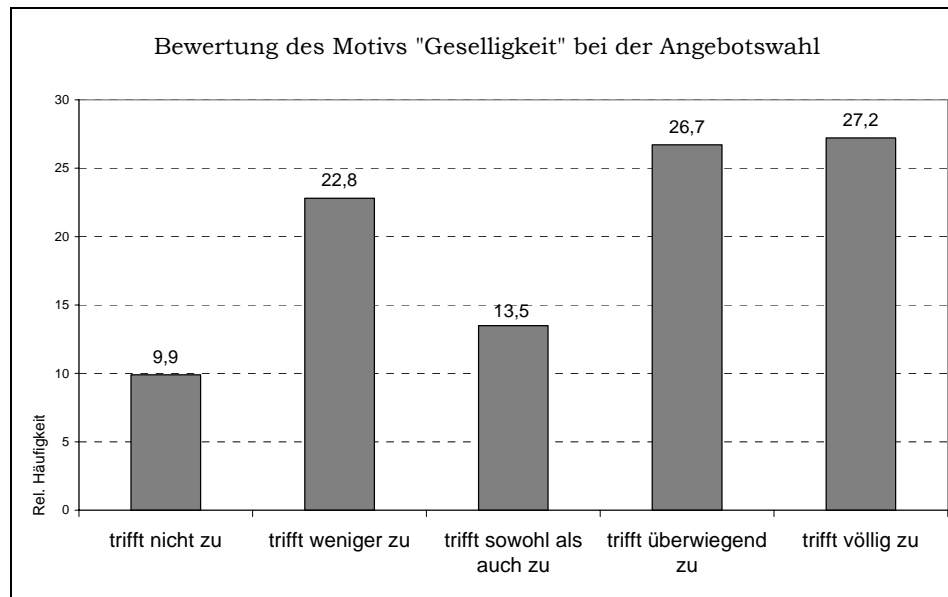


Abb. 5-27:
Bewertung des Motivs „Geselligkeit“ bei der Wahl des Sportangebots/ gruppiert (N=1733; Angaben in Prozent)

Zur Differenzierung nach dem Geschlecht der Probanden wurde nach Feststellung einer Homogenität der Varianzen (Levene-Test: $p= .791$) ein t-Test durchgeführt, nach der ein höchstsignifikanter Mittelwertsunterschied zwischen Männern und Frauen besteht ($df=1721$; $T=3,351$; $p= .001$). Frauen legen mehr Wert auf einen mit der sportlichen Aktivität gekoppelten gesellschaftlichen Kontakt als Männer (Frauen: $M=3,452$; $SD=1,352$ vs. Männer: $M=3,213$; $SD=1,349$). Dies gilt für alle Altersgruppen der Stichprobe, wie aus Abb. 5-28 ersichtlich. Als signifikant erscheinen die Differenz zwischen den Geschlechtern jedoch lediglich für die Sportler über 40 Jahre. In der Altersgruppe 4 errechnet sich mittels Mann-Whitney-U-Test ein p-Wert von $< .001$ ($Z= -3,566$). In der Gruppe der 40- bis 60-jährigen Sportler ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen Männer und Frauen, der sich auf $p= .012$ absichern lässt ($Z= -2,507$). Die geschlechtliche Differenz in der Altersgruppe 2 (27 bis 40 Jahre) erreicht das geforderte Signifikanzniveau nicht ganz und kann mit $p= .072$ lediglich als Tendenz gewertet werden.

Erkenntlich wird in der Gesamtschau auch eine grundsätzliche Steigerung der beurteilten Wertigkeit des Aspekts durch die Probanden mit der Zunahme des Alters. Die Älteren unter den Gesundheitssportlern sind demnach mehr an einem Aufbau des geselligen Lebens durch Teilnehmer des Sportprogramms interessiert als ihre jüngeren Vereinskollegen. Dieser Kurvenverlauf erreicht für die vorliegende Stichprobe nach Kruskal-Wallis-Test eine statistische Höchstsignifikanz ($X^2=40,082$; $df=3$; $p< .001$).

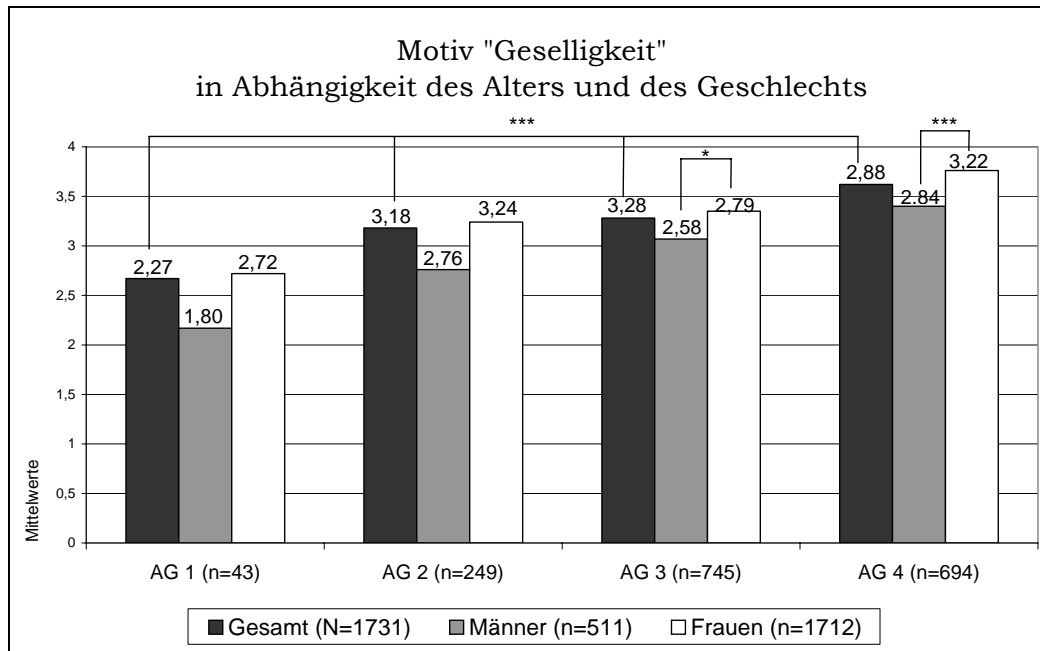


Abb. 5-28: Einfluss des Motivs „Geselligkeit“ bei der Wahl des Sportangebotes, gruppiert nach Altersgruppe und Geschlecht der Probanden (Angabe des Mittelwerts und der Teilstichprobengröße; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$, * $p < .05$, auf der Basis multipler Mann-Whitney-U-Tests zum geschlechtsabhängigen Verteilungsvergleich bzw. einem Kruskal-Wallis-Test zum Altersgruppenvergleich) (N= 1732, variiert aufgrund verschieden hoher missing value)

Fazit zur Analyse des Motivs Geselligkeit

Insgesamt lässt sich ein Anstieg der Bewertung im Motiv „Geselligkeit“ mit zunehmendem Alter feststellen: Je älter die Freizeit- und Gesundheitssportler sind, desto größere Bedeutung spielt dieser Faktor in der Sportmotivation. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der „kritischen Analyse empirischer Studien“ von SCHICK (1998), wonach das Anschlussmotiv eine wesentlich Zuwendungsmotivation älterer Menschen zur Aufnahme einer sportlichen Aktivität bildet. Zu begründen ist diese Zunahme sicherlich mit dem im Allgemeinen parallel zum fortschreitenden Alter kleiner werdenden sozialen Umfeld, das durch das Fehlen eines durch Arbeitskollegen gebildeten Netzes sowie die natürliche „Reduzierung“ der Gleichaltrigengruppe bestimmt ist. Das mag die Suche nach einem neuen Feld mit der Möglichkeit nach neuen Kontakten und freundschaftlichen Bindungen motivieren.

Hinsichtlich einer Unterscheidung zwischen Männern und Frauen erweisen sich die weiblichen Sportler als signifikant stärker vom Motiv der Geselligkeitssuche im Sportverein getragen als ihre männlichen Sportgenossen. Aus Gründen der mangelnden Befundlage lässt sich das eigene Ergebnis nur schwer gewichten. Das bereits in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts von MÜCKE (1986, 167) monierte Manko an verlässlichen Daten zur Vereinsgeselligkeit scheint bis heute nicht behoben zu sein. Ansatzpunkte zur wissenschaftlichen Einordnung liefern allenfalls Motivanalysen, die nicht der Vereinsforschung entstammen, sondern im Kontext der Sportmotivation oder einer Untersuchung der Klientel von Fitness-Studios zu orten sind. Für letztere haben sowohl PETRY (1996) als auch ZAROTIS (1999) eine Priorität der Geselligkeit für die Frauengruppe festgestellt. Auch SCHICK (1998) gibt für die Population der älteren Sportler auf der Basis von Literaturstudien den Hinweis auf die allgemeine

Tendenz, dass Frauen stärker an einem geselligen Austausch im Umfeld der Sportaktivität interessiert sind als Männer.

Anstoßmotivierung „Freunde“ bei der Vereinswahl

Als weitere Messgröße für die Anbindung eines bestehenden sozialen Netzes an das freizeitliche Sportsetting wurde die Nennung zur Anstoßmotivierung instrumentalisiert. Dabei bestimmten die Befragten die bei ihnen wirksamen Reize zur spezifischen Vereinswahl („Warum haben Sie sich für diesen Verein entschieden?“). Unter den zwölf hierfür gebotenen Items stand in binärer Codierung auch die Variable „Freunde/Bekannte etc. haben mich für diesen Verein gewonnen“ zur Wahl. Aus dem Bestehen einer solchen Allianz wird die Möglichkeit zur Erhöhung der sozialen Kontakte, die erleichterte Eingliederung in ein neues soziales Netz durch die bestehenden Bekanntschaften interpretiert.

Für die getroffene Vereinswahl war die Motivation durch Freunde jedoch lediglich für 24,3% (N=1752) Ausschlag gebend. Die untersuchte Geschlechterdifferenz macht dabei nur etwa 2,5 Prozentpunkte aus, womit Frauen über Freunde häufiger einen Zugangsweg finden als Männer (Frauen: 25,1% vs. Männer: 22,5%). Interessanter erscheint der Vergleich in den Altersgruppen. Eine Überzeugung zum jeweiligen Sportverein erfuhren demnach vor allem die Teilnehmer der Altersgruppe 1 (51,2%; n=22). Der Anteil derer, die durch Freunde zum Verein gefunden haben, übersteigt in den höheren Altersgruppen die 25%-Grenze nicht mehr (AG 2: 24,4%, n=61; AG 3: 25,0%, n=185; AG 4: 22,1%, n=152). Dieses Ergebnis lässt auf der Basis eines Chi-Quadrat-Tests ($X^2=18,881$; $df=3$; $p<.001$) die Vermutung zu, dass sich jüngere Sportler höchstsignifikant eher durch Bindungen an den eigenen Freundeskreis bei der Vereinswahl beeinflussen lassen als ältere. Die Bindung an Einstellungs- und Werthaltungen von Bezugspersonen im Freundeskreis wirkt bei jüngeren Aktiven offenbar stärker nach (SYGUSCH, 2000). Dagegen entscheiden Teilnehmer der höheren Altersgruppen unabhängiger vom sozialen Umfeld ihren Sportanbieter. Die spezifische Motivlage dieser Zielgruppen wird an späterer Stelle erörtert (vgl. 5.4.1 in diesem Kapitel).

Einbindung vorhandener sozialer Netzstrukturen

Unter dem Aspekt eines Netzwerkausbaus durch die Entwicklung von Freundschaften im Sportangebot werden die Elemente einer Angebotsmotivierung durch die Suche nach Geselligkeit, die Existenz bereits bestehender Bekanntschaften im gewählten Gesundheitssportangebot, daneben der Aufbau neuer Freundschaften im Sportverein und die Pflege der sozialen Kontakte durch informelle Treffen auch außerhalb des Sports im Verein gezählt.

Eine Erweiterung des verfügbaren sozialen Netzes im Sportverein kann – wie bereits dargestellt – durch die gleichzeitige Aktivität von Freunden erfolgen, die einerseits die Kontaktdichte erhöhen und andererseits Zielpersonen sozialen Rückhalts sein können (SCHWARZER, 1996). Die Probanden waren aufgefordert, die Einbindung bereits vorhandener Freundschaften, „die ihnen wichtig sind“, in das Vereinsleben anzugeben. Insgesamt 73,7% (N=1752) der Sportler geben an, dass Freunde ebenfalls im Verein ihrem sportlichen Engagement nachgehen. Dabei messen 41,1% (N=1589) einem solchen Umstand durchaus erhebliche Bedeutung bei, erachten es als „wichtig“. Für annähernd die Hälfte der Probanden jedoch besitzt das Bestehen von Freundschaften im Sportverein „nicht notwendigerweise“ Tragweite (46,6%). Den übrigen Befragten ist dies „gar nicht wichtig“ (vgl. Abb. 5-29). Eine ge-

schlechtsspezifische Betrachtung zeigt, dass im Vergleich eher die Frauen eine Verbindung der beiden sozialen Felder „Freundeskreis“ und „Sportverein“ erreichen (Männer 65,0% vs. Frauen 70,4%; Chi-Quadrat-Test: $X^2=26,584$; $df=1$; $p<.001$) und zwar in fast allen Altersgruppen mit Ausnahme der AG 1: In der Gruppe der unter 27-Jährigen geben Männer häufiger als Frauen eine gleichzeitige Aktivität von Freunden im Sportverein an (Männer: 80,0% vs. Frauen: 75,0%). Darüber hinaus verleihen Frauen diesem Element grundsätzlich stärkere Bedeutung als Männer (Männer 35,4% vs. Frauen 43,3%). Für die Differenz in der relativen Häufigkeit konnte auf der Basis eines Mann-Whitney-U-Tests eine statistische Signifikanz nachgewiesen werden ($Z= -3,106$; $p= .002$).

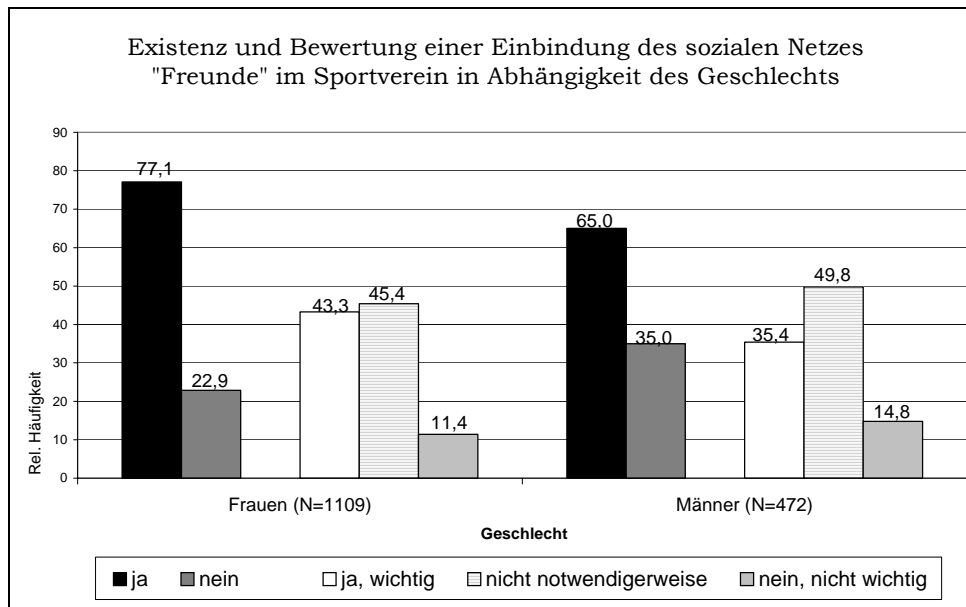


Abb. 5-29: Geschlechtsspezifische Betrachtung der Integration sozialer Bezugspersonen aus dem Freundeskreis in den Sportverein und dessen Bewertung (Angaben in Prozent; N=1581)

In den Altersgruppen polarisieren sich die Ergebnisse vor allem auf die Altersgruppe 3 – abgeschwächt auch auf die AG 4 –, in denen sowohl der Umstand der parallelen Aktivität von Freunden im Sportverein als auch die Wichtigkeit dieses Umstandes bejaht wird (vgl. Tab. 5-12). In einer ersten Betrachtung scheint es, dass die Bedeutung von Freunden bei der sportlichen Aktivität größer wird, je älter die Teilnehmer sind. Statistisch ließ sich diese Behauptung jedoch nicht absichern (Kruskal-Wallis-Test: $X^2=4,704$; $df=3$; $p= .195$). Für die älteste Sportlergruppe muss jedoch ergänzt werden, dass der leichte Abfall wohl mit der natürlichen „Reduktion“ der Gleichaltrigengruppe zusammenhängt.

Altersgruppe	Wichtigkeit der gleichzeitigen Aktivität von Freunden im Sportverein			Summe (N)
	Ja (%)	Nicht notwendigerweise (%)	Nein (%)	
AG 1 (bis 26 J.)	40,5	50,0	9,5	42
AG 2 (27–40 J.)	41,9	49,6	8,5	246
AG 3 (41-60 J.)	38,6	47,4	14,0	702
AG 4 (ab 61 J.)	43,8	44,1	12,0	598

Tab 5-12: Altersgruppenspezifische Betrachtung der Bewertung einer gleichzeitigen Aktivität von Freunden im Sportverein (Angaben in Prozent; N=1588)

Nach dem Grund für die zugeordnete Wichtigkeit einer Bindung an Freunde im Sportverein befragt, geben die Probanden bei offener Fragestellung in der Mehrheit eine Erhöhung des Spaßfaktors (30,6%) an. Die übrigen Angaben der 219 antwortenden Sportler betonen daneben den Aspekt der Geselligkeit, der sich durch eine verbesserte Einbindung in die soziale Gruppe ergibt (21,1%), sie schätzen die erhöhte Kontaktdichte (13,2%) oder den motivierenden Einfluss (8,7%). Immerhin 7,8% sehen die soziale Unterstützung durch „Gleichgesinnte“ in Kommunikation und Austausch als wesentliches Element an. Eine geclusterte Zusammenstellung der Antworten liefert Tab5-13:

Angegebener Grund	Häufigkeit der Nennung	
	abs.	rel.
Erhöhter Spaßfaktor	67	30,6
Geselligkeitsmotive/Gemeinschaft	46	21,1
Erhöhter Kontakt	29	13,2
Motivierender Faktor	19	8,7
Psychosozialer Austausch und Unterstützung (Gedankenaustausch und Kommunikation; Verständnis; Kommunikation; Austausch)	17	7,8
Intensivierung der sozialen Netzgefüge (Gemeinsame Erfahrung/Aktivitäten)	17	7,8
Gruppendynamische Vorteile (Zusammengehörigkeitsgefühl; Harmonie etc.)	12	5,5
Erleichterte Integration in Gruppe	6	2,7
Nutzbringende Motive (Fahrgemeinschaften)	6	2,7
Sonstiges	6	2,7
Summe	219	100

Tab. 5-13: Begründung für die Wichtigkeit einer gleichzeitigen Aktivität von Freunden im Sportverein

Ausbau des sozialen Netzes durch Freundschaften

Die sozialen Gruppen im Sportverein, die zunächst durch die Organisation von regelmäßigen Gesundheitssportangeboten gebildet werden und einen festen Platz im Stundenplan des Vereinsangebotes besetzen (jedoch auch unregelmäßige informelle Veranstaltungen im Vereinsleben), bieten die Möglichkeit, das eigene soziale Netz zu vergrößern, soziale Kontakte zu erhöhen. Interesse daran scheint in der Stichprobe (s.o.) zu bestehen. Interessant war nun anhand des Indizes der Bildung neuer Freundschaften im Setting Sportverein zu testen, inwieweit diese Möglichkeit der Netzerweiterung genutzt wird. Hierzu wurden die Probanden danach befragt, ob sie „im Verein neue Freunde gefunden haben, mit denen ein regelmäßiger Austausch und/oder gelegentliche Treffen stattfinden“. Relativ gesehen ist das bei mehr als der Hälfte der Befragten der Fall (52,6%; N= 1691). Männer weisen dabei eine leicht höhere Aktivität bei der Bildung neuer Freundschaften auf (55,7% vs. Frauen: 51,1%; N=1682). Das Ergebnis erwies sich allerdings als nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test: $X^2=2,915$; $df=1$; $p= .088$).

In der Differenzierung nach dem Alter der Probanden zeigt sich ein grundsätzlicher Anstieg der Bindung an neue Freunde im Sportnetz parallel mit steigendem Alter (vgl. Abb. 5-30). In einer tieferen Schicht nach dem Geschlecht der Sportler unterschieden teilt sich die Ergebnislage zwischen den

beiden niedrigeren und den beiden höheren Altersgruppen auf: In der Gruppe der Sportler bis zu einem Alter von 40 Jahren geben Männer häufiger einen Ausbau des sozialen Netzes durch den Aufbau von neuen Freundschaften im Verein an als Frauen. Die geschlechtsspezifische Differenz erreicht jedoch nur in der Altersgruppe 2 das Signifikanzniveau (Chi-Quadrat-Test: $X^2=8,849$; $df=1$; $p= .003$). Hier geben 68,4% der Männer und 42,2% der Frauen an, ihr Freundschaftsnetz durch Sportpartner erweitert zu haben. Sind die Probanden älter, steigt der Anteil der Frauen, die angeben im Verein für sie wichtige neue Freundschaften geknüpft zu haben, an. In den höheren Altersgruppen lässt sich dieses Ergebnis jedoch nicht statistisch absichern.

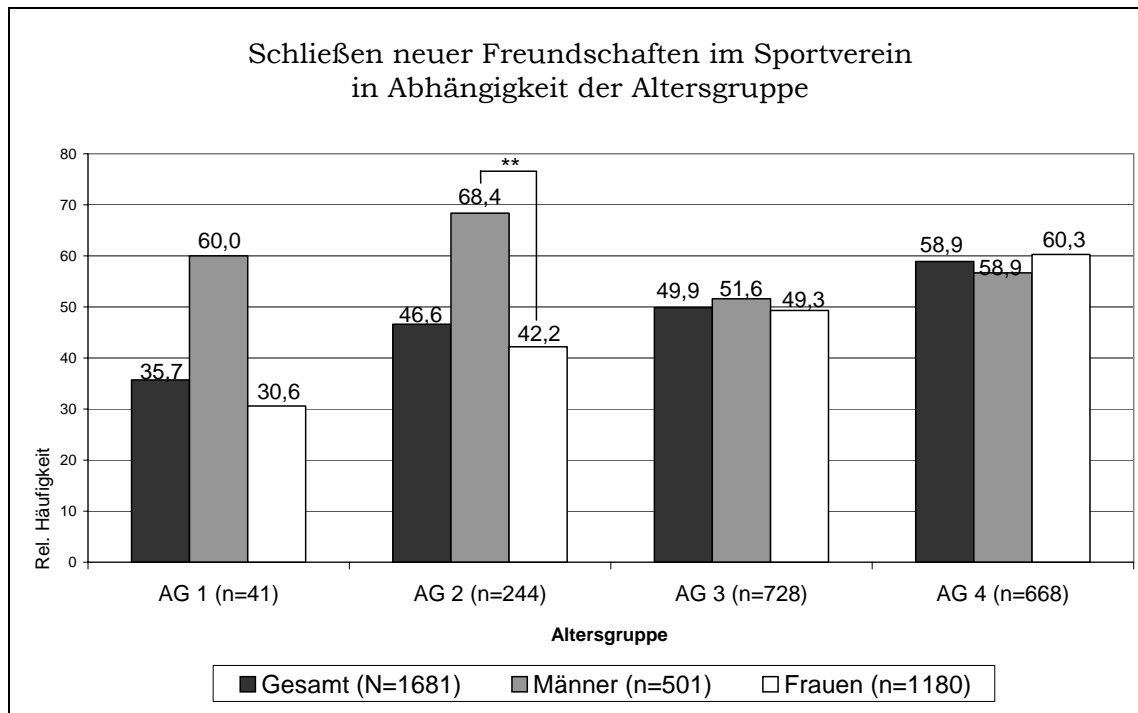


Abb. 5-30: Aktivität der Teilnehmer in der Bildung neuer Freundschaften im Sportverein in Abhängigkeit der Altersgruppe (Angaben in Prozent; Angabe des Signifikanzniveaus: ** $p < .01$ auf der Basis eines Chi-Quadrat-Tests; $N=1681$)

Informelle Treffen mit Vereinssportlern

Neben der Integration bestehender sozialer Netze und dem bloßen Neuentstehen von freundschaftlichen Bindungen zwischen den Sportpartnern im Verein wurde seitens des Erhebungsinstrumentariums auch die selbst organisierte Erweiterung der Kontaktdichte ermittelt, indem nach privaten Unternehmungen mit Freunden und Bekannten des Vereins, nach Treffen außerhalb des Vereins gefragt wurde. Die Mehrheit der Probanden bejaht diese Frage (61,8%; $N=1707$), wobei 49,2% angeben, dies „hin und wieder“ zu tun. 12,7% nutzen dieses soziale Netz gar „oft“.

Unterschieden nach Frauen und Männern präsentieren sich die weiblichen Gesundheitssportler als intensivere „Konsumenten“ eines vereinsinternen Austausches mit Sportpartnern. Sie geben mit 50,6% eine „hin-und-wieder-“ und mit 13,1% eine häufige Nutzung an, während die Referenzwerte der Männer bei 45,5% und 11,5% liegen. Ein statistisch abgesicherter Unterschied zwischen den Geschlechtern der Probanden in diesem Item des informellen Treffens mit Vereinssportlern konnte nicht nachgewiesen werden.

In den Altersgruppen zeigen sich folgende bemerkenswerte Tendenzen: Erstens nimmt der Anteil derer, die angeben, keinen Austausch mit Sportpartnern im Verein zu pflegen, mit fortschreitendem Alter zu, sodass er in der AG 1 am niedrigsten und in der AG 4 am größten ist. Zweitens erscheint in der AG 1 die globale Häufigkeit einer geselligen Kontaktpflege mit 20,9% (N=43) der Nennungen, die auf die Antwortvorgabe „oft“ entfallen, am größten zu sein. Und schließlich drittens konnte für die spezifischen Verteilungen des Items in den Altersgruppen 2 mit 4 eine statistische Höchstsignifikanz mit einem p-Wert von $< .001$ nachgewiesen werden.

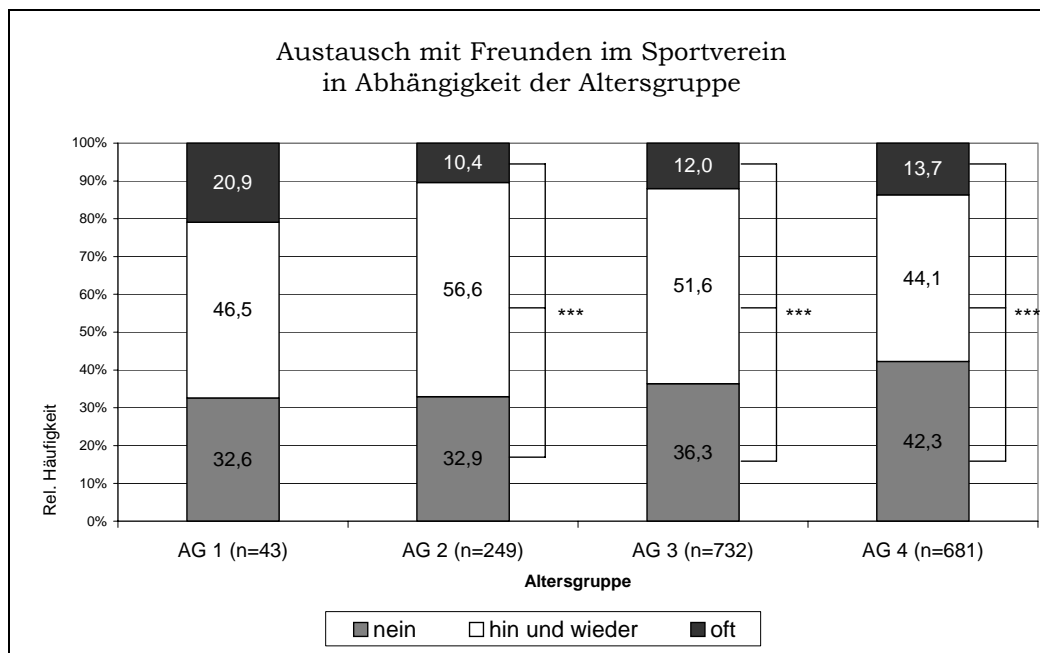


Abb. 5-31: Austauschdichte mit Sportpartnern in Abhängigkeit der Altersgruppe (Angaben in Prozent; Angabe der Teilstichprobengröße inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$ auf der Basis eine Chi-Quadrat-Tests; N=1705)

Fazit zur Analyse der sozialen Motive und Netzstrukturen

Zur Tragweite von Sport(vereins)gruppen als Teilelemente größerer sozialer Netzwerke oder auch in der Funktion autonomer Netze liegen bislang keine gesicherten Daten vor. Die bislang untersuchten Aspekte in diesem Zusammenhang beschränken sich auf die Partizipation an Vereinsveranstaltungen zur formellen und informellen Geselligkeit (SCHLAGENHAUF, 1977) oder kommen über eine Motivabfrage in sozialen Dimensionen wie das Interesse an einem Training mit Sportpartnern oder an einem sozialen Austausch mit anderen Sportlern nicht hinaus (PETRY, 1996; ZAROTIS, 1999). Die vorgelegten Ergebnisse können deshalb nur als erste Annäherung an dieses komplexe Feld sportsoziologischer bzw. -psychologischer Fragestellungen dienen.

In diesem Sinne kann die Bedeutung des Sportvereins als Träger eines sozialen Netzes aufgrund der dargestellten Teilanalysen für die befragten Freizeit- und Gesundheitssportler als durchaus hoch bewertet werden. Nicht nur die Einbindung bereits bestehender Freundschaften in die Freizeitsportwelt wird von der Mehrheit der Probanden erreicht, sondern auch der Ausbau des Freundeskreises durch Sportpartner. Eine bewusste Bedeutung wird diesem Umstand durch die Probanden jedoch nicht beigemessen. Die Bewertungen „ist mir wichtig“ und „nicht notwendigerweise wichtig“ halten sich gera-

de die Waage. Das lässt darauf schließen, dass ein sozialer Austausch zwar gesucht und erreicht wird, die Bedeutung dieses Faktors sozialer Gesundheit jedoch nicht ins Bewusstsein der Sportler gerückt ist. Es wird ins sportliche Vereinsleben integriert, erhält aber nicht den Stellenwert einer zentralen Motivkategorie, wie bereits MÜCKE (1986) festgestellt hat.

Eine auffällige Diskrepanz offenbart sich bei der Betrachtung der Geschlechter. Während Frauen häufiger eine Integration von bereits bestehenden Freundschaften in die sportliche Aktivität im Verein kommunizieren, schließen Männer zumindest relativ gesehen häufiger neue freundschaftliche Kontakte im Sportverein. Erweitert man die Betrachtungen mit der Analyse nach dem Zugangsweg zum Verein, lässt sich dieser Befund u.U. genauer fassen, denn gleichzeitig wurden Frauen häufiger durch Freunde für den Sportverein gewonnen. Dies legt die Vermutung nahe, dass für weibliche Sportler ein tradiertes soziales Netz nicht nur die sportliche Aktivität vorbereitet, sondern auch weiter stützen kann. Eine Erweiterung der sozialen Netzstrukturen durch neue Partner, die im Sportverein gefunden werden, erreichen Frauen dann eher seltener. Dies mag zum einen darin motiviert sein, dass die soziale Kontaktdichte innerhalb des bestehenden Netzes an Freundschaften als ausreichend erachtet wird, oder eine größere Zurückhaltung in neuen Bindungsaktivitäten bei Frauen vorliegt. Männer hingegen kommen seltener im Kontext eines längst existenten sozialen Bezugsnetzes in den Sportverein, weiten ihr soziales Umfeld durch dort vorgefundene Personen allerdings häufig aus. Für männliche Freizeit- und Gesundheitssportler kann eine Sportgruppe einen soliden Pool zum Auf- oder Ausbau eines Sozialnetzes bieten.

Im Altersverlauf müssen die Befunde folgendermaßen differenziert werden: Die parallele Anknüpfung von sozialen Netzwerken innerhalb und außerhalb der sportlichen Aktivität wird von den jüngeren Sportlern häufiger erreicht als von den älteren, wobei kein einheitlicher Trend festzustellen war. Dieser Befund liegt nicht unwesentlich durch eine natürliche Reduktion des Freundeskreises im Alter begründet.

Interessanterweise ist für das Merkmal „Ausbau des sozialen Netzwerkes durch Freundschaften aus dem Sportverein“ ein relativer Anstieg im Altersverlauf zu konstatieren. Je älter die Freizeit- und Gesundheitssportler werden, desto größer ist die Aktivität im Schließen neuer, zentraler Freundschaften im Umfeld der Sportaktivität. Mit fortschreitendem Alter und damit einer offensichtlichen Reduktion der Mitglieder des individuellen sozialen Netzes wird demnach umso stärker ein (Neu-)Aufbau von Austauschpartnern im Umfeld des sportlichen Engagements im Verein genutzt. Damit kann der Sportverein für Ältere als ein zentraler Ort sozialer Unterstützungssysteme fungieren.

Bei Berücksichtigung des sportlichen Tätigkeitsfeldes eines fitness- und gesundheitsorientierten Sports, aus denen die Probanden rekrutiert wurden, erscheint die Befundlage insofern von Bedeutung, als eine hohe Kontaktqualität in der Sportausübung per se nicht gegeben ist, wie dies z.B. bei der Ausübung von Mannschaftssportarten der Fall sein sollte. Eine Interaktion mit anderen muss demnach im Übungs- und Trainingsprozess gesteuert oder durch Teilnehmer gesucht werden. Dass dies erfolgt, legen die dargestellten Befunde nahe. Eine kritische wissenschaftliche Prüfung im Sportvereinsleben auch hinsichtlich der Effektivität und Tragweite der praktischen Arbeit erscheint jedoch angezeigt und lohnend.

Formale Integration und integrative Rollen und Funktionen

Neben der sozialen und geselligkeitsorientierten Aktivität kommt für die Erkenntnis der Gesamtintegration speziell der Analyse des strukturellen und eigenverantwortlichen Engagements der Sportler im Bezug auf eine bestehende Vereinsmitgliedschaft oder eine ehrenamtliche Tätigkeit große Bedeutung zu. Darüber hinaus ist die identifikatorische Einbindung der Gesundheitssportler insofern von Interesse für die Untersuchung, als deren Einsatz als Multiplikator in der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins erörtert werden soll. Begleiterscheinungen moderner Vereinsstrukturen wie dem wachsenden Sektor des Kurssystems, eine hohe Fluktuation der Teilnehmer und verstärkte Individualisierungstrends bei den Sportlern werden als Barrieren bei der Einbindung in den Sportverein betrachtet (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; SCHLAGENHAUF, 1977; TIMM, 1979) und lassen so die Aspekte der Vereinsmitgliedschaft, Bekleidung eines Ehrenamtes und die Ausübung von Multiplikatorenfunktionen in einem bedeutungsvolleren Licht erscheinen (vgl. Abschnitt 3.1.2).

Als strukturelle Eingliederung der Sportler in den Verein wird in der vorliegenden Untersuchung einerseits die Bindung an den Sportverein durch das Eingehen einer Mitgliedschaft verstanden, sowie andererseits die erfolgreiche Rekrutierung der Teilnehmer zur ehrenamtlichen Mitarbeit. Als ausgewähltes Element einer Identifikationsleistung soll eine eventuelle von den Gesundheitssportlern betriebene aktive („mündliche“) Öffentlichkeitsarbeit, die im Rahmen der Befragung als „Werbung betreibend“ verbalisiert wurde, instrumentalisiert werden. Damit sollen Rückschlüsse insbesondere auf die emotionale Bindung des Vereinssportlers an den spezifischen Anbieter in Abhängigkeit seiner formalen Konnexion ermöglicht werden, da hierdurch ein Element der Verbundenheit zum Sportverein tangiert wird.

Mitgliedschaft im Verein

Zur Mitgliedercharakterisierung wurden zunächst die Angaben über eine formale Bindung an den Verein durch Beitritt als ordentliches Mitglied herangezogen. Hieraus ergab sich, dass der Großteil der Sportler eine fundierte Mitgliedschaft eingegangen ist, denn 87,5% (N=1723) der Freizeit- und Gesundheitssportler sind dem Verein beigetreten, wohingegen etwa jeder Zehnte die formale Bindung an den Sportanbieter scheute. Begründet wird dies von den betreffenden Sportlern in der Hauptsache mit einer grundsätzlichen Angst vor der Bindung an den Verein (47,2%, N=216; bei der Möglichkeit von Mehrfachantworten). Finanzielle Aspekte, wie sie der jeweilige zu entrichtende Vereinsbeitrag liefert (16,1%), oder eine Vermeidungshaltung gegenüber möglicher Verantwortung (3,7%) spielten dabei eine eher untergeordnete Rolle. Das als mögliche Begleiterscheinung einer schnelllebigen und auf Flexibilität angelegten Gesellschaft zu kennzeichnende Phänomen des Hanges nach Ungebundenheit flankiert von der Meidung von Verpflichtung schlägt sich offenbar – im Übrigen geschlechtsunabhängig – auch in dem Versuch nieder, die eigene Freizeit mit einem Höchstmaß an persönlicher Freiheit zu gestalten ohne sich an einen Verein zu binden. Eine Übersicht zur Verteilung der Gründe für die fehlende formale Bindung an den Sportanbieter liefert Tab. 5-14.

Eine Bindungsangst scheint dabei vornehmlich Sportler der Altersgruppe 3 (56,1% der nicht beigetretenen 41- bis 60-Jährigen) von einer Mitgliedschaft im Verein abzuhalten, wohingegen die Teil-

nehmer der Altersgruppe 2 (36,8% der nicht organisierten 27- bis 40-Jährigen) den finanziellen Aspekt des „zu hohen Beitrags“ verantwortlich zeichnen.

Gründe für fehlende formale Bindung an den Sportverein	Rel. Häufigkeit
Bindungsangst	47,2
Zu hoher Vereinsbeitrag	16,2
Zugang über ein Kooperationsprojekt	13,0
Verantwortungsscheue	3,7
<i>Sonstiges (Freie Antworten):</i>	13,0
• Formale Bindung besteht zu einem anderen Sportverein	4,2
• Nutzung des Vereinsangebots zeitlich und/oder im Umfang begrenzt	3,2
• Neubürger	1,9
• Persönliche Gründe (z.B. „bin Einzelgänger, kein Vereinsmeier“)	1,9
• Keine Aufforderung/nicht erforderlich	0,9
• Teilnahme auf Verordnung des Arztes	0,5
• Teilnahme als Familienangehöriger eines Mitglieds	0,5

Tab. 5-14: Argumente für eine fehlende formale Integration in den Verein durch eine ordentliche Mitgliedschaft der Freizeit- und Gesundheitssportler (N=216; Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen waren möglich)

Die Mitgliedschaft in der freiwilligen Organisationsform Sportverein erscheint für die klare Mehrheit jedoch nicht mit offensichtlich unüberwindbaren Barrieren behaftet zu sein, denn 1507 der Befragten geben einen Vereinsbeitritt an (29 missing values). Darunter fallen jedoch überwiegend Mitgliedschaften als Einzelperson, also Vereinssportler, die zumindest formal ohne enge Bindung an die Familie das Sportangebot nutzen. Die äußerliche Integration des Settings Familie erreichen 18,5% der Befragten durch eine Vereinsmitgliedschaft als Familienverbund, als Ehepaar sind 21,1% integriert (vgl. Abb. 5-32).

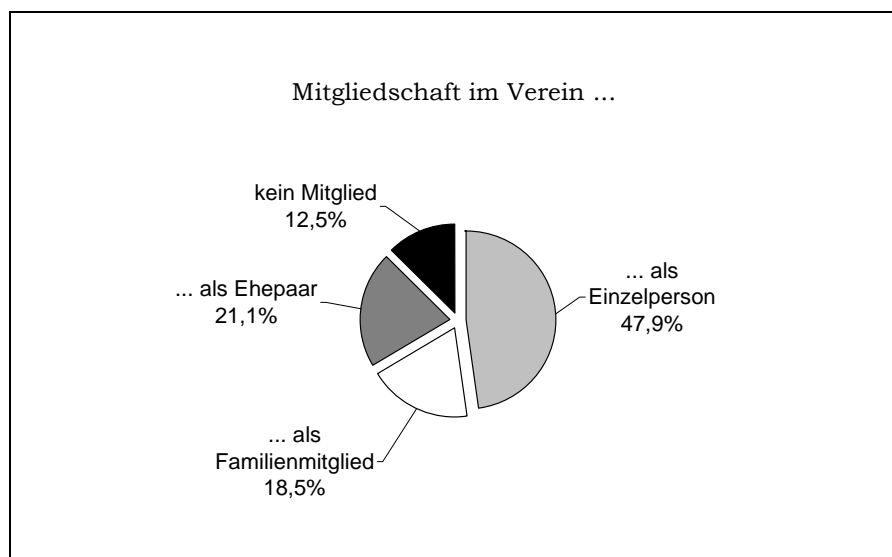


Abb. 5-32: Bindungsstruktur der Teilnehmerstichprobe an den Sportverein (N=1713)

Bezüglich möglicher Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigt sich, dass Frauen in aller Regel als Einzelperson (50,7%) an den Verein gebunden sind. Männer hingegen finden zusammen mit dem Ehepartner als Mitglied (31,6%) in den Verein. Der Anteil der Männer, die nicht Mitglied in einem Verein sind, ist höher als der entsprechende Wert für Frauen (Männer: 13,6% vs. Frauen: 12,27). Der Unterschied erweist sich jedoch als statistisch unbedeutsam.

Eine altersabhängige Betrachtung zeigt, dass die unter 27-jährigen Sportler entweder im Verbund mit der Familie (34,9%) oder als Einzelperson (62,8%) dem Verein beigetreten sind. Sportler zwischen 27 bis 40 Jahren weisen eine vergleichbare, wenn auch abgeschwächte Verteilung auf (vgl. Tab. 5-15). Unter den Teilnehmern der Altersgruppe 3 und 4 findet sich eine verstärkte Einbindung der Ehepartnerschaften in das Setting Verein, bei gleichbleibender Bedeutung der Einbindung als einzelnes Mitglied. Die Anzahl der Familienmitgliedschaften nimmt in den höheren Altersgruppen naturgemäß ab. Auffällig erscheint, dass der Anteil der Sportler, die keine Mitgliedschaft eingegangen sind, unter den ältesten Sportlern am verbreitetsten ist. Je älter die Sportler sind, desto häufiger wird die sportliche Aktivität ohne Vereinsbindung betrieben. Diese Verteilung ließ sich als signifikanter Befund absichern (Chi-Quadrat-Test: $X^2=12,629$; $df=3$; $p= .006$).

Teilnehmer-Kategorien		Art der Mitgliedschaft				
		Einzelperson % (n)	Ehepaar % (n)	Familienmitglied % (n)	Kein Mitglied % (n)	Summe % (N)
Altersgruppe	AG 1	62,8 (27)	-	34,9 (15)	2,3 (1)	100 (43)
	AG 2	41,5 (102)	8,9 (22)	41,1 (101)	8,5 (21)	100 (246)
	AG 3	43,7 (325)	21,4 (159)	23,0 (171)	11,8 (88)	100 (743)
	AG 4	44,9 (370)	50,3 (183)	4,5 (31)	15,2 (105)	100 (689)
Geschlecht	Männlich	40,7 (207)	31,6 (161)	14,1 (72)	13,6 (69)	100 (509)
	Weiblich	50,7 (611)	16,6 (200)	20,4 (246)	12,2 (147)	100 (1204)

Tab. 5-15: Arten der Mitgliedschaft in Abhängigkeit nach Geschlecht bzw. Alter (Angaben in rel. und abs. Häufigkeit)

Fazit zur Analyse der formalen Integration und integrativen Rollen und Funktionen

Insgesamt ist die Bindung der Freizeit- und Gesundheitssportler an den Verein durch Eingehen einer Mitgliedschaft als durchaus hoch einzustufen. Mit einem Anteil von etwa 88% scheint sich das moderne und als flexibel propagierte System der Kurzmitgliedschaften durch Kurse in nur geringem Maße auf die Bindungsstruktur auszuwirken.

Lässt sich in der Verteilung der Bindungsstruktur von Teilnehmern an den Gesundheitssportanbieter ein Abbild des auch in der Vereinsforschung konstatierten gesellschaftlichen Trends zur Individualisierung nachweisen (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; JÜTTING, 1999; KUHLMANN, 1999; OPASCHOWSKI, 1997), kann darunter zudem eine Dominanz der weiblichen Sportler konstatiert werden. Demgegenüber sind Männer in der zu Grunde gelegten Stichprobe zumeist gemeinsam mit dem

Ehepartner dem Verein angeschlossen. Für die Anbindung der Sportler in Abhängigkeit des Alters können zwei Tendenzen festgehalten werden:

Zum einen nimmt die gleichzeitige Integration der älteren Sportler (ab ca. 41 Jahre) im Verbund mit einer Familie zusehends ab, wohingegen die Mitgliedschaften zusammen mit dem Ehepartner sowie jene als Einzelperson parallel dazu gestärkt werden. Diese Trends lassen sich mit der demographischen und familiensoziologischen Entwicklung im Altersverlauf erklären: Kinder sind im Alter dieser Probanden nicht mehr derart in die Familie eingebunden, als dass sie eine gemeinsame Freizeitgestaltung im Allgemeinen bzw. eine Anbindung an den Verein im Besonderen partizipieren würden, sondern haben i.a.R. bereits eine eigenen Familie gegründet, die im Freizeitleben die primäre Rolle spielt. Darüber hinaus spielen natürliche Reduktionsprozesse in der Älterenzielgruppe hier eine Rolle.

Zum anderen betonen die Sportler ab 41 Jahren ihre Ungebundenheit gegenüber dem Verein, indem der Anteil der Nicht-Mitgliedschaften mit dem Alter zunimmt. Gesundheits- und Freizeitsportler in diesem Alter u.U. mit nicht ausgeprägter oder nur geringer Vereins Erfahrung scheuen die Bindung an den Sportanbieter stärker als jüngere Sportler. Das Angebot der Vereine, viele Gesundheitssportprogramme insbesondere im Rehabilitationsbereich im Kurssystem ohne feste Mitgliedschaft zu offerieren, trifft hier auf ein hohes Nutzerniveau, da insbesondere die Zielgruppe der bislang nur wenig Aktiven, die mit einer gewissen gesundheitlichen Vorschädigung und damit unter zunächst eingeschränkter Perspektive für den Vereinssport rekrutiert werden, eine (neue) Bindung an den Sportverein scheuen mögen.

Insgesamt muss darauf hingewiesen werden, dass die bislang in der Vereinsforschung vernachlässigte Zielgruppe der Senioren ihre Position zumindest im Bereich des gesundheitsorientierten Vereinssports zunehmend untermauert, für eine Bindung an den Anbieter allerdings noch gewonnen werden muss.

Ehrenamtliches Engagement

Zu einer ersten Einschätzung der affektiven Bindung der Teilnehmer an den Sportverein wurden zwei Elemente der Identifikation und Integrationsbereitschaft betrachtet. Dies betrifft zum einen den Ausprägungsgrad der strukturellen Vereinsanbindung, die durch die Übernahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit im Vereinsgeschehen (siehe Ausführungen unten) dokumentiert wird. Zum anderen soll die Angabe, inwieweit sich die Befragten als Multiplikatoren in der Mitgliedergewinnung integrieren, instrumentalisiert werden, um erste Rückschlüsse auf das Identifikationsverhalten der Sportler im Bezug auf ihren Sportanbieter zu ziehen. Hierzu wird die Frage an die Teilnehmer, ob sie für ihren Verein Werbung betreiben um eine Veranstaltung zu propagieren bzw. Mitglieder zu gewinnen, genutzt. Rund die Hälfte der Befragten artikuliert in diesem Bereich Aktivitäten (49,6%; N=1660). Dieses Element zeigt sich unabhängig von Alter und Geschlecht der Probanden.

Des Weiteren wurde zur Klärung der Ausprägung eines ehrenamtlichen Engagements die Frage „Haben Sie ehrenamtlich eine Aufgabe im Verein übernommen oder planen Sie dies zu tun?“ eingesetzt. Hierauf antworten relativ 7,0% (N=1752) der befragten Freizeit- und Gesundheitssportler. Damit engagiert sich nur etwa $\frac{1}{16}$ der Probanden in einem Vereinsehnamt.

Formen der Ehrenämter auf den verschiedenen Ebenen	Rel. Häufigkeit
Ehrenämter auf der Ausführungsebene	55,0
Ehrenämter auf der Ebene der Übungs- und Abteilungsleitung	31,3
Übungsleiter/in	21,1
(Stellvertretende/r) Abteilungsleiter/in	9,4
Übungsleiterassistent/in	0,8
Ehrenämter auf der Ebene des Leistungsvergleiches/Wettkampfes im Sport	7,1
Schieds- bzw. Kampfrichter/in	4,7
Organisator/in von Wettkämpfen	0,8
Sportabzeichenprüfer/in	0,8
Platzansager/in/Stadionsprecher/in	0,8
Ehrenämter auf der Betreuungsebene	6,3
Betreuer/in von Kindern und Jugendlichen	5,5
Betreuer/in allgemein	0,8
Ehrenämter auf der Ebene der saisonalen Sportangebote	4,7
Organisation von Ausflügen/Radtouren/Wanderungen	3,9
Organisation von Ferienangeboten (v.a. Kinderprogramm)	0,8
Ehrenämter auf der Ebene der Arbeit mit speziellen Einrichtungen	1,6
Betreuungs- bzw. Wartungsaufgaben technischer Geräte (v.a. Kraftraum)	0,8
Magnetfeldebeteuer/in	0,8
Ehrenämter auf der Ebene der Sportgruppenvertretung	2,4
Gruppensprecher/in	1,6
Mannschaftsführer/in	0,8
Ehrenämter auf der Ebene der Öffentlichkeitsarbeit	1,6
Mitglied von Vorführgruppen	0,8
Mitglied von Theatergruppen	0,8
Ehrenämter auf der Ebene der Führung und Verwaltung	36,1
Kassenwart/in bzw. Buchhalter/in	9,4
(Ersatz-)Delegierte/r	8,6
Vorstandsmitglied	4,7
Vorsitzende/r	3,1
Pressewart/in	2,3
Sportliche/r Leiter/in bzw. Sportwart/in	1,6
Seniorenrat/-rätin	1,6
Aufgaben in der allgemeinen (Mitglieder-)Verwaltung	1,6
Schriftführer/in	0,8
Vereinsbeirat/-beirätin	0,8
Präsidiumsmitglied	0,8
Vizepräsident/in	0,8
Sonstige (Helfer)	9,4

Tab. 5-16: Ehrenamtliche Funktionen der Probanden (Angaben in Prozent, berechnet auf Gesamt-N=128; Anteile variieren aufgrund von Rundungsfehlern; Mehrfachnennungen waren möglich)

Die Definition um ein ehrenamtliches Engagement wurde bei der vorliegenden Erhebung in Korrespondenz zu den Schwierigkeiten der wissenschaftlichen Begriffsfassung einerseits und eines eindeutigen statistischen Zusammenhangs andererseits bewusst weit gefasst (vgl. Kapitel 3.1.2). Im Ergebnis bieten die Angaben der 128⁵⁰ Probanden, die eine oder zwei ehrenamtliche Tätigkeiten im Verein ausüben, ein facettenreiches Bild der Freiwilligenposten mit deutlichem Schwergewicht auf der Ausführungsebene. Hierauf entfallen 55,0% der Nennungen (vgl. Tab. 5-16).

In der Verteilung der genannten Führungsaufgaben fällt zunächst auf, dass diejenigen Funktionärsposten den Hauptanteil beitragen, die unter den Führungsämtern die deutlichste Brückenstellung zwischen Verwaltung und sportlicher Praxis aufweisen: die (stellvertretende) Leitung von Abteilungen (9,4%; n=12). Unerwartet hoch zeigt sich der Anteil der befragten Gesundheitssportler, die dem Verein in der Finanzverwaltung – als Buchhalter/in bzw. Schatzmeister/in – ihre Dienste unterstellen (9,4%, n=12) (vgl. Tab. 5-16).

Die Ausführungsebene wird dominiert von einer ehrenamtlichen Tätigkeit in der Übungsleitung, worauf 21,1% (n=27) der Nennungen entfallen. Die Häufigkeit im Bereich „Helfender Tätigkeiten im Wettkampfsport und Leistungsvergleich“ ist in Korrespondenz zur Stichprobenkonstitution erwartungsgemäß gering, demonstriert aber dennoch eine durchaus weit tragende Verquickung der Gesundheitssportler in den Wettkampfsport der Vereine; Diese Ehrenamtsübernahmen tragen 7,1% (n=9) zur Ausführungsebene bei. Das genaue Tätigkeitsfeld von 9,4% der Nennungen ließ sich aufgrund der Titulierung als „Helfer“ nicht sicher beschreiben (vgl. Tab. 5-16).

Wird nach dem Geschlecht der Ehrenamtlichen gefragt, offenbart sich ein durchaus ausgewogenes Verhältnis zwischen Männern und Frauen: 50,8% (N=122) derjenigen, die angeben ein Ehrenamt im Verein auszuüben, sind weiblich. Dieser vergleichsweise hohe Anteil ist hauptsächlich durch die Stichprobenkonstitution als Ausschnitt aus dem Gesundheitssport im Verein, dem ein Verhältnis Männer zu Frauen annähernd 1:3 zugrunde liegt, motiviert, denn relativiert auf die Stichprobe geben Männer höchstsignifikant häufiger ein ehrenamtliches Engagement an (Männer: 11,7% vs. Frauen: 5,1%; Chi-Quadrat-Test: $X^2=24,243$; $df=1$; $p<.001$). Eine differenzierte Betrachtung offenbart die Dominanz der männlichen Sportler vor allem in höheren Führungspositionen wie Vorsitzender (75%; n=3) und Vizepräsident (100%). In allen übrigen Verwaltungsämtern liegen die Frauen vorn oder gehen absolut gesehen zumindest eine Pattsituation mit ihren männlichen Kollegen ein. Eine deutliche Dominanz beweisen die Frauen allerdings in der Rolle der Übungsleitung: 63,0% (N=27) werden von Frauen gestellt. Ein gegenläufiges Bild liefert zum einen der oben als Brückenposition bezeichnete Wirkungskreis der Abteilungsleitung, in der unter den Befragten deutlich mehr Männer als Frauen aktiv sind (1:3). Zum anderen sind in jener Sphäre, die dem klassischen Sportartenbetrieb zuzuordnen ist, also Aufgaben im Wettkampfbetrieb und Leistungsvergleich, mehr Männer anzutreffen. Für Betreuungsaufgaben bietet sich erwartungsgemäß das umgekehrte Ergebnis, diese erscheint eher als eine Domäne der Frauen.

⁵⁰ 1499 Probanden antworteten bei der Frage nach der Ausübung eines Ehrenamtes im Verein mit „Nein“, 90 Personen der Stichprobe (=5,1% missing values) machten keine Angaben. Von den 163 Probanden, die angeben ein Ehrenamt auszuüben, haben jedoch nur 128 Personen eine Verbalantwort bezüglich der Art der Tätigkeit gegeben; Mehrfachnennungen bei Positivantworten möglich.

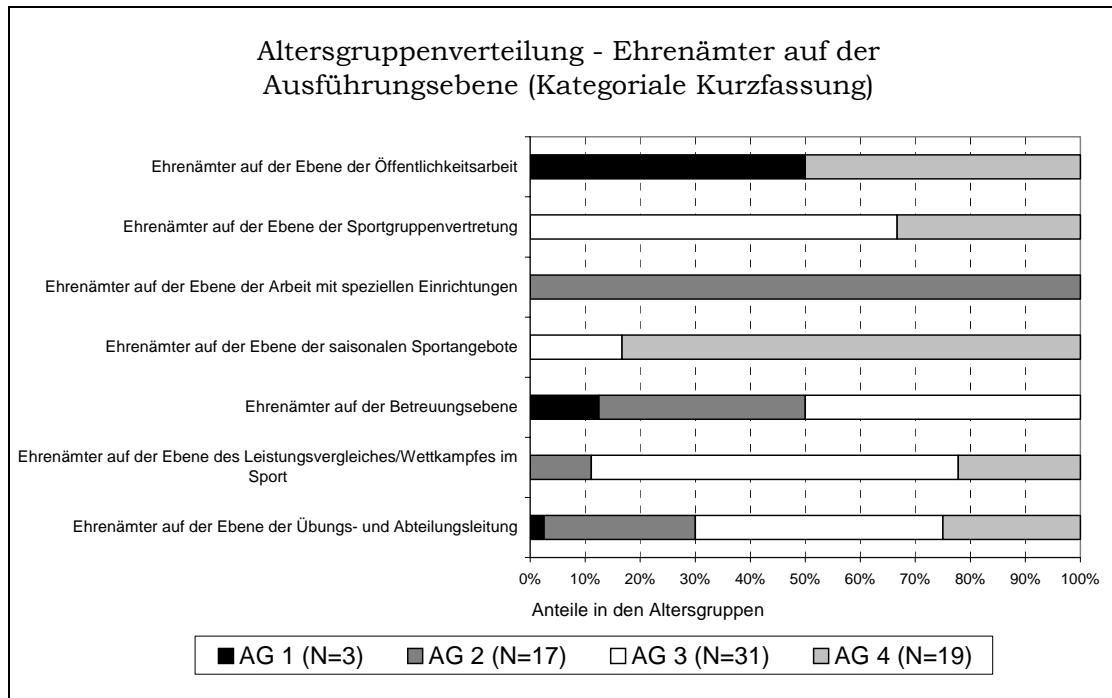


Abb. 5-33: Ehrenämter auf der Ausführungsebene - in Kategorien zusammengefasst – in Abhängigkeit der Altersverteilung (Angaben in Prozent; N=70; Mehrfachnennungen waren möglich)

In der Aufschlüsselung der Ämterübernahme nach dem Alter der Sportler zeigt sich grundsätzlich ein erwartungsgemäßes Charakteristikum. Zunächst ist festzustellen, dass ehrenamtlich tätige, ältere Gesundheitssportler häufiger auf der Ebene der Führung und Verwaltung anzutreffen sind, während die Positionen der praktischen Durchführung von den vergleichsweise jüngeren Mitgliedern (hier v. a. der Altersgruppe 3: 41-60 Jahre) konstituiert wird. Das relativ gesehen ausgewogenste Bild im Hinblick auf die Alterszusammensetzung bietet der Posten der Übungsleitung. Hier sind unter den Befragten Aktive aller Altersgruppen zu finden. Ehrenämter auf der Basis von Betreuungsangeboten für Kinder und Jugendliche nehmen wie erwartet die Altersgruppen 1 bis 3 wahr, während Senioren der Zugang hier erschwert scheint. Dagegen beteiligen sich die ab 61-Jährigen engagiert in der Organisation und Abwicklung von Sportwettkämpfen sowie saisonalen Sportangeboten (z.B. Wanderungen, Radtouren etc.). Ein großes Engagementfeld findet diese Altersgruppe jedoch offenbar in Ehrenämtern, die zur Führung und Verwaltung des Vereins zählen. Hier bringen sich die befragten Gesundheitssportler der Altersgruppe 4 sehr stark ein und sind in nahezu allen Kategorien der erfragten Posten vertreten.

Grundsätzlich ist die Präsenz der jüngsten Altersgruppe bezüglich des Engagements in Ehrenämtern eher gering. Die integrale Aufgabenbindung an die bis 26-Jährigen – auch auf der Ausführungsebene, ganz eklatant jedoch auf der Führungsebene – kann für die vorliegende Stichprobe als gering beurteilt werden. Den prozentualen Hauptanteil der Freiwilligenkräfte stellt in erster Linie die Altersgruppe der 41- bis 60-Jährigen und in zweiter Linie die Gruppe der 27- bis 40-Jährigen. Eine genaue Übersicht zur Altersverteilung im ehrenamtlichen Engagement der Stichprobe liefern die Abbildungen 5-33 und 5-34.

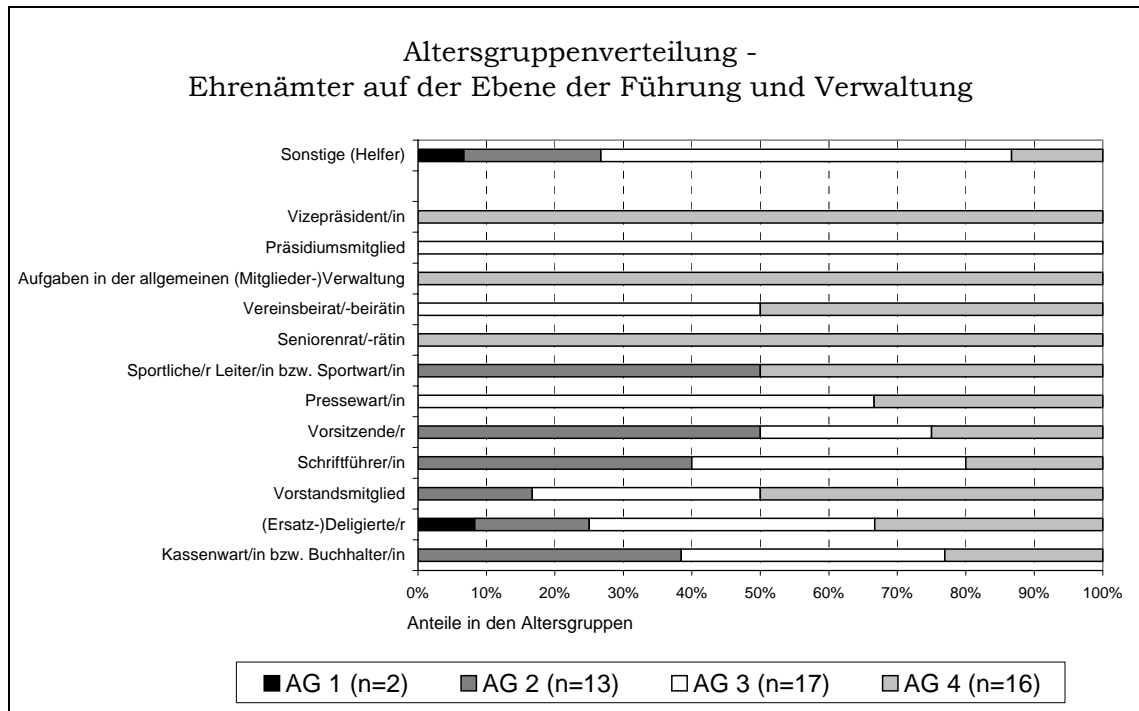


Abb. 5-34: Ehrenämter auf der Ebene der Führung und Verwaltung in Abhängigkeit der Altersverteilung (Angaben in Prozent; N=58; Mehrfachnennungen waren möglich)

4,1% der Personen, die Angaben zu ihrer freiwilligen Vereinsmitarbeit gemacht haben, geben zwei Positionen an. In Anklang an die von EMRICH, PITSCH & PAPANASSIOU (2002) geäußerte Kritik der „begrifflichen Negativ-Konnotation“ (ebd., 256) im Falle der Bezeichnung „Ämterhäufung“ für jene Besonderheit in der Vereinspersonalpolitik soll auch hier dem Vorschlag des Autorenkollektivs entsprochen und von „Personenbündelungen“ gesprochen werden. Eine Ermittlung derselben in der gegebenen Stichprobe identifizierte drei kopplungsaffirmative Posten: die Rolle des Übungsleiters, das Amt des Kassenwartes und die Aufgabe zur Organisation von zusätzlichen (saisonalen) Sportangeboten. Die vorkommenden Positionenverknüpfungen sind Tab. 5-17 zu entnehmen:

Positionenverknüpfung		Altersgruppe	Geschlecht
Kassenwart	Schriftführer	AG 2	Männlich
	Organisator von saisonalen Zusatzsportangeboten	AG 4	Männlich
Übungsleiter	Schieds- und Kampfrichter	AG 3	Männlich
Sportabzeichenprüfer	Organisator von saisonalen Zusatzsportangeboten	AG 4	Männlich
Helfer, allgemein		AG 4	Weiblich

Tab. 5-17: Positionenbündelungen in Abhängigkeit der Altersgruppen und des Geschlechts der ehrenamtlich tätigen Freizeit- und Gesundheitssportler (N=5)

Hinter dieser ersten überblicksartigen Zusammenstellung lässt sich als ein Charakteristikum vermuten, dass praxis- bzw. ausführungsorientierte Aufgaben eine Koppelung an eben solche als weitere Ehrenämter begünstigen. Das reine Engagement im Verwaltungs- und Führungsbereich scheint dagegen unter Aktiven eher selten vertreten zu sein.

Daneben scheinen sportartbezogene Aufgaben sowie jene mit finanzverwaltendem Bezug eher Männer anzusprechen, denn die Verknüpfungen mit dem Amt „Kassenwart“, „Schieds- und Kampfrichter“ sowie „Sportabzeichenprüfer“ werden hier nur von Männern besetzt. Eine altersspezifische Betrachtung lässt die These vermuten, je arbeitsintensiver und verantwortungsvoller die Posten sind, desto jünger sind die Aspiranten (vgl. Tab. 5-17).

Fazit zur Analyse der ehrenamtlichen Tätigkeit

Die Schwierigkeiten einer präzisen Befunddarstellung zum Maß des ehrenamtlichen Engagements im Sportverein liegen in der empirischen Definition und Umsetzbarkeit, d.h. in der Begriffsbestimmung und Erfassung der jeweiligen ehrenamtlichen Tätigkeit. Infolge einer weitläufigen Extension des Terminus' (HEINEMANN & SCHUBERT, 1992; TIMM, 1979) trifft man in der Forschung immer auf eine grundlegende Diskussion um den Begriff des Ehrenamts, womit auch unterschiedliche Thesen zur Situation des non-profit-Engagements in Deutschland einher gehen (EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1992; 1994; JÜTTING & JOCHINKE, 1996; PILZ, 1986b). Differierende statistische Ergebnisse resultieren dabei unter anderem aus dem Anlegen unterschiedlicher Qualitätsbegriffe, was unter einem Ehrenamt im Sportverein überhaupt zu subsumieren sei; Anzumerken ist hierzu, dass dabei selten ein dauerhaftes von einem fallweisen Mitwirken in Institutionen ohne Entgelt abgegrenzt wird. Zu beobachten ist en gros eine in gesellschaftliche Entwicklungen eingebettete Klage über zunehmende Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Vereinsmitgliedern für ehrenamtliche Aufgaben (HEINEMANN & SCHUBERT, 1992, 1994; JÜTTING & JOCHINKE, 1996; KUHLMANN, 1999; PILZ, 1986b; RIEDER, 1989), welche mit z.T. sehr hohen Anteilen an der ehrenamtlichen Arbeit beteiligter Vereinsmitglieder in Frage gestellt wird. JÜTTING & STROB (1994, 168) publizieren hierzu auf der Basis einer Untersuchung zur lokalen Vereinslandschaft in Münster einen Wert von 56,2% an Mitgliedern, die sich ehrenamtlich im Sportbetrieb engagieren. Auf Basis einer Einzelfallstudie kommt MÜCKE knapp ein Jahrzehnt früher zu einem Anteil von 12% der von ihm befragten Vereinsmitglieder, die „in irgend einer Form ehrenamtlich aktiv sind.“ (MÜCKE, 1986, 226)

Die vorliegende Stichprobe kann sich in die z.T. hoch positive Ergebnislage hinsichtlich der Bereitschaft sich aktiv an der Vereinsarbeit zu beteiligen, nicht einreihen. Vielmehr scheint sie auf den ersten Blick die Negativzeichnung aus Sicht der Vereine und Verbände zu stützen, denn lediglich 7,0% der Teilnehmer geben an, neben ihrer Rolle als aktive Sportler eine Funktion in der Freiwilligenarbeit übernommen zu haben. Aus Gründen der Stichprobenkonstitution kann und soll diese Ergebnislage zu diesem Untersuchungsteilaspekt weder die eine noch die andere Forschungsthese stützen. Die Eigenart der Stichprobe als Erhebung unter Freizeit- und Gesundheitssportlern spezifischer Vereine macht eine Vergleichbarkeit der Datenlage mit anderen Ergebnissen aus der (Sport-)Vereinsforschung impraktikabel. Auch MÜCKE (1986) stellt im Rahmen seiner Einzelfallstudie eine „Meidungstendenz“ bezüglich der Übernahme von Ehrenämtern bei Gesundheitssportlern und Schwimmern seiner Stichprobe fest (ebd., 228f), was in der „instrumentellen Orientierung“ (ebd., 229) dieser Sportler begründet liegt. Eine Hochrechnung auf das statistische Verhältnis in den Gesamtvereinen der Befragten ist auch im vorliegenden Falle aus der gegebenen Datenlage nicht möglich.

Es ist davon auszugehen, dass ein erhöhter Anteil ehrenamtlichen Engagements vor allem im Bereich der wettkampfbasierten Sportarten zu finden ist, vornehmlich jedoch in jenem Sektor des Sports, der durch die gemeinsame mannschaftliche Nutzung von Sportgeräten, das Austragen von sportlichen Vergleichen oder der Betreuung und Heranführung jugendlichen Nachwuchses in einer Sportart geprägt ist jenem Sportsektor also, bei dem im erweiterten Verständnis eine „ehrenamtlich helfende Hand“ im alltäglichen Sportgeschehen gebraucht wird, als Gerätewart, Schiedsrichter oder Jugendbetreuer. Datenbasis der vorliegenden Untersuchung bilden jedoch Sportler, die einen Sport betreiben, der sich als prinzipiell frei vom Leistungs- bzw. Wettkampfprinzip auszeichnet und sich per se nicht dem Aufbau nachfolgender Kinder- und Jugendgenerationen verpflichtet sieht. Diese Strukturdivergenz macht die Stichprobe im Hinblick auf den Ausprägungsgrad der Ehrenamtlichkeit ebenso wenig repräsentativ für die Sportvereinslandschaft im Allgemeinen wie für den jeweiligen Verein im Besonderen.

Das ermittelte Verhältnis in der Anzahl an Mitarbeitern auf der Ausführungs- bzw. Führungsebene korrespondiert mit Ergebnissen, die aus Basisstudien wie jener von EMRICH, PITSCH & PAPANASSIOU (2001, 245ff) bekannt sind und erkennen ein Schwergewicht auf dem Tätigkeitsfeld der Praxis und damit auf der Ausführungsebene.

Stellt MÜCKE (1986) für die von ihm untersuchte Vereinsmitgliederstichprobe im Hinblick auf die Übernahme von Ehrenämtern ein „nahezu erdrückendes Übergewicht der Männer“ (ebd., 226) fest, stellen in der vorliegenden Studie die Frauen ihre starke Position – wie auch bezüglich ihrer Repräsentation im aktiven Gesundheitssport – unter Beweis: Knapp die Hälfte derer, die sich ehrenamtlich im Verein engagieren, sind Frauen. In einem relativierten Bild erscheinen jedoch Männer häufiger in ehrenamtlichen Positionen als Frauen, was eine differenziertere Befundfassung fordert. Wie EMRICH, PITSCH & PAPANASSIOU (2001, 264) erörtern, liegt in der geschlechtlichen Disposition offenbar lediglich ein Merkmal zur Voraussage eines ehrenamtlichen Engagements von Vereinssportlern vor. Der Zugang zum Ehrenamt wird auch mitbestimmt von Faktoren der Qualifikation, familiären Situation und/oder der subjektiven Eignungseinschätzung (vgl. Abschnitt 3.1.2).

Korrespondierend zu Befunden aus anderen Studien (EMRICH, PITSCH & PAPANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994) kann für die vorliegende Untersuchung von Freizeit- und Gesundheitssportlern hinsichtlich einer geschlechtlichen Verteilung festgestellt werden, dass Frauen auf der höheren Ausführungsebene, wie der Vereinsvorsitz oder dessen Stellvertretung, stark unterrepräsentiert, in den Posten der Übungsleitung und Gruppenbetreuung auf der Ausführungsebene hingegen deutlich überrepräsentiert sind. Darüber hinaus lässt sich auch für die Freizeit- und Gesundheitssportler auf der Ausführungsebene ein Übergewicht der Männer bei Aufgaben im Wettkampf- und Schiedsrichterbereich sowie in der Abteilungsleitung konstatieren. Auch dieser Befund reiht sich in Ergebnisse aus vergleichbaren Studien ein (EMRICH, PITSCH & PAPANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994).

Hinsichtlich des Alters der Freizeit- und Gesundheitssportlers, die sich ehrenamtlich im Verein engagieren, lassen sich zusammenfassend folgende Gesetzmäßigkeiten festhalten:

- Ältere Sportler sind häufiger auf der Führungs- und Verwaltungsebene aktiv.

- Die Ebene der ausführenden Tätigkeiten wird von jüngeren Sportlern beherrscht.
- Innerhalb der Aufgabengebiete der Praxis stehen jüngere Sportler Betreuungstätigkeiten offener gegenüber, während ältere sich stärker in Posten der Organisation von Wettkämpfen und saisonalen Sportangeboten engagieren.
- Posten der Übungsleitung hingegen werden von keiner Altersgruppe dominiert und bilden somit ein ausgewogenes Altersverhältnis.
- Insgesamt fällt ein geringes ehrenamtliches Potential sowohl für Aufgaben der Führung und Verwaltung, als auch der praktischen Ausführung der unter 27-jährigen Sportler auf. Je älter die Sportler werden, desto größer ist die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit im Verein. Dieses Ergebnis geht mit Befunden von TIMM (1979) und Analysen durch MÜCKE (1986) konform, wonach Ehrenamtliche durch die Aufgaben in einem Verein nicht die „Langeweile des Lebensabends“ vertreiben wollen, sondern in Beruf und Sportlerkarriere mit beiden Beinen „voll im Leben stehen“ (MÜCKE, 1986, 228).

Exkurs: Sportvereinsgröße und Ausmaß des ehrenamtlichen Engagements

In einem nächsten Schritt von globalerer Perspektive soll ein immer wieder diskutierter Zusammenhang mit Faktoren der Vereinsorganisation auf das Ausmaß des ehrenamtlichen Engagements der Mitglieder Berücksichtigung finden. Dies betrifft unter anderem die – wenn auch im Vereinsvergleich stark differierenden – an der Gesamtmitgliederzahl ermittelte Größe des jeweiligen Sportvereins. Dieser Aspekt soll in Nachdruck zur eingeschränkten Repräsentativität, aber nicht ungeachtet der in der Forschung zwischenzeitlich etablierten kritischen Auseinandersetzung mit den damit zusammenhängenden methodologischen Problemen kurz dargestellt werden.

Die Annahme von einem statistisch nachweisbaren Zusammenhang des ehrenamtlichen Engagements und der Größe des Sportvereins wurde maßgeblich durch die Studien und daraus abgeleiteten Thesen von TIMM (1979) etabliert. Auf der Basis einer groß angelegten, für die damalige Vereinslandschaft der Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Studie stellt TIMM (1979) einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Funktionsträger eines Vereins und dessen Mitgliederstärke fest.⁵¹ Darüber hinaus wird eine enge Relation zwischen dem zahlenmäßigen Engagement von ehrenamtlichen Helfern und Mitarbeitern außerhalb des Vereinsvorstandes und der Vereinsgröße insofern konstatiert, als deren Zahl „eine Funktion der Vereinsgröße“ sei, „d.h. sie ist am niedrigsten in Kleinvereinen⁵² und steigt mit der Größe und Komplexität der Organisation stetig an.“ (TIMM, 1979, 159) In der Grundaussage stützen HEINEMANN & SCHUBERT (1994) diesbezügliche Befunde 15 Jahre später; mit analoger Berechnungsstrategie. Dagegen führen EMRICH & PITSCH (1997) nicht nur Bedenken um die Schwierigkeiten bei der Differenzierung des Tatbestandes einer ehrenamtlichen Tätigkeit an. Sie formulieren auch Kritik an der Basis der Berechnungen, die lediglich das Verhältnis der Anzahl der Ehrenamtlichen zur Gesamtmitgliederzahl des Vereins bildet. Relationsveränderungen, die sich hin-

⁵¹ TIMM gründet seinen Befund auf den errechneten Kontingenzkoeffizienten von .50 sowie dem PEARSONSchen Korrelationskoeffizienten von -0.50 (TIMM, 1979, 159 und 264).

⁵² Die Typenbildung in der Vereinsklassifizierung nach Mitgliederstärke folgt in der Studie von TIMM (1979, 38) folgenden Größenordnungen:

Kleinverein:	bis 300 Mitglieder
Mittelverein:	301 – 1000 Mitglieder
Großverein:	ab 1001 Mitglieder

sichtlich des Gebildes Sportverein und dem parallel dazu gegebenem Verwaltungsaufwand bei kleinen und großen Freiwilligeninstitutionen ergeben, werden auf diese Weise vernachlässigt (PITSCH, 1999; PITSCH & EMRICH, 1997). Gleichwohl führen soziologische Überlegungen an, dass eine klar strukturierte und zahlenmäßig für den Menschen gut erfassbare Gruppengröße (Verein, Abteilung, Sportgruppe etc.) den Zugang zu einem Ehrenamt erleichtert (KUHLMANN, 1999, 36).

Die uneinheitliche Befundlage lässt die Vermutung zu, dass die These von der relativen Abnahme ehrenamtlichen Engagements in Sportvereinen empirisch bislang weder apodiktisch bewiesen ist, noch auf den beschriebenen Analysewegen greifbar gemacht werden kann. Für die vorliegende Stichprobe lässt sich zwar kein stetiger – wie ihn TIMM (1979) beobachtet – aber ein deutlicher Anstieg der ehrenamtlich tätigen Sportler unter den Befragten mit zunehmender Vereinsgröße feststellen (vgl. Abb. 5-35). Diesbezüglich getroffene Aussagen sollen aufgrund der aufgezeigten Schwierigkeiten lediglich als Aspekte der deskriptiven Analyse der vorliegenden Stichprobe dienen. Darüber hinaus gehend werden diese als Teilkomponenten zur Bestimmung des Integrationsgrades der Probanden in das Gefüge „Sportverein“ operationalisiert (siehe Abschnitt 5.1.3).

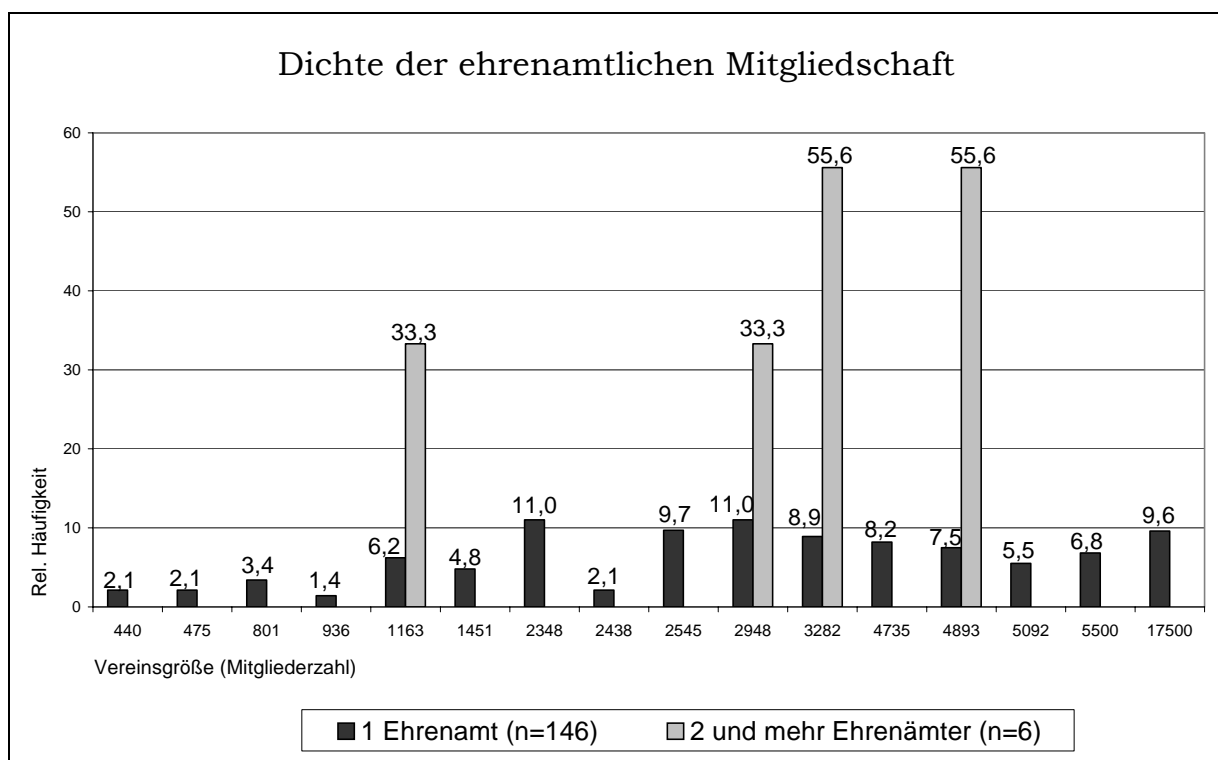


Abb. 5-35: Dichte der ehrenamtlichen Tätigkeit in Abhängigkeit von der Vereinsgröße (Angaben in Prozent, berechnet jeweils auf die angegebene Teilstichprobengröße; N=152)

Zusammenfassung: Identifizierung von Integrationsschemata

Um dem Phänomen der sozialen Integration und Identifikation von sportlich Aktiven in und mit einem Verein näher zu kommen, wurde aus den oben dargestellten Analysemaßen ein insgesamt achtstufiger Summenscore „sozint“ gebildet. Dazu wurden die Informationen über die formale Integration (Mitgliedschaft), über integrative Rollen und Funktionen (Ehrenamt, Öffentlichkeitsarbeit), über die Existenz von sozialen Netzwerken und über die Geselligkeitsmotivation genutzt. Diese Items wurden auf differierenden Skalenniveaus erfasst (vgl. hierzu auch die Analysen zu Teilaspekten, die bereits im vorangegangenen Abschnitt dargestellt wurden) und mussten deshalb zur weiteren Analyse auf ein einheitliches Messniveau reduziert werden. Berücksichtigend, dass durch die nachträgliche Reduzierung auf die binäre Information (Merkmal vorhanden – Merkmal nicht vorhanden) ein gewisses Maß an Information verloren geht, überwog in den Überlegungen jedoch die transparentere rechnerische Handhabbarkeit der Gemengelage zur sozialen Integration, die eine geschlechts- und altersspezifische Betrachtung ebenso erleichterte wie die zu einem späterem Zeitpunkt zu erbringende Analyse der Gesundheitssportlergruppen.

Faktoren der sozialen Integration	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Geselligkeit als Kurswahlmotiv	.016 ^{ns}	.243 ^{***}	.385 ^{***}	.261 ^{***}	.017 ^{ns}	.092 ^{***}	.070 ^{**}
2. Motivierung zum Vereinssport durch Freunde/Bekannte		.150 ^{***}	.041 ^{ns}	.122 ^{***}	.070 [*]	.039 ^{ns}	.070 ^{**}
3. Einbindung vorhandener sozialer Netzstrukturen (Freunde/Bekannte unter Vereinsaktiven)			.241 ^{***}	.455 ^{***}	.178 ^{***}	.092 ^{***}	.156 ^{***}
4. Ausbau des sozialen Netzes (Schließen neuer Freundschaften)				.422 ^{***}	.084 ^{***}	.180 ^{***}	.187 ^{***}
5. Sozialer Austausch mit Vereinsmitgliedern					.157 ^{***}	.161 ^{***}	.193 ^{***}
6. Formale Integration (Mitgliedschaft)						.202 ^{***}	.111 ^{***}
7. Aktivität in Vereinsorganisation (Übernahme eines Ehrenamtes)							.168 ^{***}
8. Multiplikatorenfunktionen (Werbung betreibend)							

Tab. 5-18: Korrelationsmatrix (Phi Φ) der Teilaspekte zur sozialen Integration in das Vereinsnetz, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, ns=nicht signifikant

In einem ersten Schritt wurde das Intervallniveau der Items „motgesel“ (Motivationsitem zur Angebotsteilnahme: Suche nach Geselligkeit) und „sozaus“ (sozialer Austausch/Treffen mit Sportpartnern) sowie das Ordinalniveau des Items „mitglied“ (Form der Mitgliedschaft) auf ein Nominalniveau herabgesetzt. Der Informationsgehalt wurde bei den betreffenden Items auf die Basis „Merkmal vorhanden“ (Code 1) bzw. „Merkmal nicht vorhanden“ (Code 0) reduziert. Als zweiter Schritt erfolgte eine dichotome Codierung des Informationsgehalts im Item „ehrenamt“. Für die weiteren Berechnungen

spielte deshalb lediglich die Information eine Rolle, ob die Probanden ein Ehrenamt bekleiden oder nicht. Die übrigen relevanten Variablen wiesen bereits Nominalniveau auf.

Durch Addition der vorhandenen Merkmale (Code 1) erhielten die Probanden einen Integrationswert zwischen 0 und 8 (0=sehr geringe soziale Integration bis 8=sehr hohe soziale Integration), der in einem letzten Schritt einer z-Transformation unterzogen wurde, um die Werte zu standardisieren und damit deren Vergleichbarkeit zu erhöhen. Der Mittelwert der entstandenen z-Verteilung liegt bei 0, die Standardabweichung bei 1 (BORTZ, 1999, 45f).

Die oben stehende Korrelationsmatrix (Tab. 5-18) dokumentiert die Beziehung zwischen den ausgewählten Items zur sozialen Integration. In der Zusammenschau ergeben sich nur geringe Korrelationen zwischen .016 und .261 – lediglich das Item „Sozialer Austausch mit Vereinsmitgliedern“ weist mit dem Merkmal „Einbindung vorhandener sozialer Netzstrukturen“ sowie mit dem „Ausbau des sozialen Netzes“ eine mittlere Korrelation auf (.455 bzw. .422). Für das Signifikanzniveau kann allerdings in der überwiegenden Zahl der Fälle ein p-Wert $\leq .001$ dokumentiert werden.

Im Mittel weisen die Probanden einen Integrationswert von 0,508 (SD=0,229) und damit eine mittlere soziale Integration auf. Bei einer differenzierten Betrachtung fällt auf, dass Männer mit einem Mittelwert von 0,491 (SD=0,249) einen leicht niedrigeren Integrationswert aufweisen als Frauen mit $M=0,514$ (SD=0,220). Hinsichtlich der Altersgruppen zeigt sich die AG 2 als mit den vergleichsweise höchsten Integrationswerten ausgestattet ($M=0,532$; SD=0,215), die AG 4 hingegen mit dem niedrigsten Wert ($M=0,501$; SD=0,228). Diese Ergebnisse erwiesen sich jedoch als statistisch nicht signifikant.

Statistische Kennwerte der Teilstichproben	M	SD	N
Altersgruppe 1	0,511	0,195	43
Altersgruppe 2	0,532	0,215	251
Altersgruppe 3	0,507	0,236	749
Altersgruppe 4	0,501	0,228	707
Männer	0,491	0,249	515
Frauen	0,514	0,220	1227
Gesamt: N= 1741; M=0,508, SD=0,229			

Tab. 5-19: Statistische Kennwerte der sozialen Integrationsschemata in Abhängigkeit der Merkmale Alter und Geschlecht

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine geschlechtsspezifische Betrachtung im Index „Soziale Integration und Identifikation“ Frauen oberflächlich betrachtet als stärker in das Vereinsleben integriert sieht als Männer (vgl. Tab. 5-19). Diese Differenz erscheint jedoch nicht signifikant. Auch wenn die Altersgruppen als Unterscheidungskriterium herangezogen, ergibt sich kein signifikanter Unterschied im Merkmal der „Sozialen Integration“.

5.3.3 Sportliche Aktivität und Angebotspartizipation

Der Sportverein gilt als Organisation, die sich zu allererst und in allen Ebenen durch das Strukturelement der Freiwilligkeit auszeichnet. In welchem Umfang ein aktiver Teilnehmer des Vereinssports an Bewegungsangeboten partizipiert, ist damit ebenso dem Sportler selbst überlassen wie die Entscheidung, sich darüber hinaus u.U. im Rahmen einer ehrenamtlichen Mitarbeit zu engagieren. Liegen isolierte Studien und Analysen zur ehrenamtlichen Tätigkeit bzw. zur aktuellen sportlichen Aktivität im Verein im Einzelnen vor (EMRICH, PITSCH & PAPANASSIOU, 2001; HEINEMANN & SCHUBERT, 1994; KUHLMANN, 1999; MÜCKE, 1986; RIEDER, 1989; TIMM, 1979; WOLL, 1994), schließen diese nur vereinzelt eine strukturorientierte Gesamtbetrachtung der Zielgruppe „Vereinssportler“ mit ein und ziehen daneben unterschiedliche Ausgangspunkte für die Abschätzung quantitativer Ergebnisse heran. Quantitative Studien anhand von Dokumentenanalysen oder Re-Analysen von Vereins- bzw. Verbandsstatistiken stehen dabei gezielten Fragebogenuntersuchungen zu unterschiedlichen Untersuchungsansätzen gegenüber. Einschätzungen zum sportlichen Engagement von Gesundheitssportlern in deutschen Sportvereinen wurden bislang nicht lokalisiert, können im Einzelnen auch nicht über gängige Verbandsstatistiken generiert werden. Hindernisse in der Integration der Sportler in den Verein sowohl als ehrenamtliche Mitarbeiter als auch in identifikatorischer Hinsicht über die singuläre Teilnahme am Vereinssport hinaus wurden bereits an früherer Stelle der vorliegenden Arbeit aufgezeigt (vgl. Abschnitt 3.1.2.2).

Für die vorliegende Untersuchung sollen im Zusammenhang mit der Prüfung des Organisationsgrades der befragten Sportler im Verein neben der strukturellen Integration und Identifikation einerseits auch der Umfang in der Teilnahme am Gesundheitssportangebot andererseits definiert werden. Durch die beiden grundsätzlichen Prämissen zur Teilnahme an der vorliegenden Untersuchung – der Aktivität im Gesundheits- bzw. fitnessorientierten Freizeitsport der prämierten und evaluierten Sportvereine – wurde eine a posteriori-Klassifizierung und –codierung nötig, die sich an den erfassten Bewegungsangeboten in den Vereinen orientierte. Grundsätzlich wurde dabei eine Differenzierung der Angebote in Gruppen- oder freier Organisation vorgenommen (vgl. Abschnitt 4.3.3.2). Zunächst wurde demnach erfasst, in welchem Umfang die Probanden angeben, in regulären, in sozialen Gruppen mit unterschiedlicher Größe organisierten Bewegungsangeboten regelmäßig teilzunehmen. Daneben wurden Angebote, die in freier Weise organisiert sind, berücksichtigt. Insbesondere ein individuelles Training in einem (vereinseigenen oder kooperierenden) Fitness-Studio, ein selbstständiges Schwimmtraining oder Einzelübungsstunden zählen zu jenen Bewegungsangeboten (vgl. Abschnitt 4.3.3.2.1). Im Ergebnis ist eine überwiegende Mehrheit in (präventiven) Wirbelsäulengymnastik-Angeboten organisiert: 24,1% der befragten Gesundheitssportler (N=1752) geben an, derartige Programme belegt zu haben. Dieses Ergebnis korrespondiert mit den Ergebnissen zur Analyse der häufigsten Angebote in den Sportvereinen der Stichprobe, bei der sich Programme zur Wirbelsäulengymnastik mit insgesamt 64 Einheiten in 16 prämierten Vereinen als Spitzenreiter darstellten (vgl. ROTH, 2000). Bezüglich rehabilitativer Gymnastik liegt der Koronarsport an der Spitze (11,2%). Auch dies konnte anhand einer Angebotsanalyse in den Vereinen nachgewiesen werden. In der allgemeinen Fitness-Dimension weisen Angebote zur Aerobic ebenfalls einen hohen Anteil auf (8,7%). Zum einen bestätigen sich damit Thesen zu den allgemeinen Trends im Gesundheitssport, die die Wirbelsäulengymnastik in der präventiven Ausrichtung sowie den Koronarsport als Hauptvertreter des rehabilitativen Vereinssports postulieren; Zum anderen lässt die weit verbreitete Teilnahme an Aerobic-Angeboten auf ein stark

ausdifferenziertes Gebiet einer offensichtlich immer noch sehr beliebten Form der Fitnessgymnastik schließen.

Angebots-Cluster	Teilnehmer-Partizipation
Wirbelsäulengymnastik-Angebote (präventiv)	24,1
Sonstige gesundheitsorientierte Gymnastikangebote (z.B. Basis-, Schongymnastik)	22,9
Zielgruppenorientierte Rehabilitations-Angebote darunter „Coronarsport“	12,8
Aerobic-Angebote	8,7
Seniorengymnastik-Angebote	6,9
Frauengymnastik-Angebote	6,7
Angebote im Wasser	5,4
Angebote zur Osteoporose-Gymnastik	5,0
Problemzonengymnastik; Angebote für Übergewichtige bzw. zur Gewichtsreduktion; Angebote zum Muskelaufbau	4,5
Funktionsgymnastik	4,3
Skigymnastik-Angebote	3,7
Fitnessgymnastik-Angebote (allgemein)	3,1
Sonstige präventive Gymnastikangebote	3,1
Stretching-Angebote	2,6
Senioren-sport-Angebote	2,1
Atem- und Entspannungsangebote, „alternative Bewegungsprogramme“	1,5
Angebote zum Herz-Kreislauftraining	1,5
50 plus-Angebote	1,4
Beckenbodengymnastik-Angebote	1,3
Rückenschule (rehabilitativ)	1,0
Sonstige allgemeine Gymnastik-Angebote für Männer und Frauen	0,7
Gymnastik-Angebote für Männer	0,6
Allgemeine Gymnastikangebote für Behinderte bzw. zur Rehabilitation	0,6
Venengymnastik-Angebote	0,4
Callanetics-Angebote	0,3
Angebote zum Krafttraining	0,3
Familiensportangebote	0,1
Sonstige rehabilitative Angebote	0,1

Tab. 5-20: Partizipation der Teilnehmer an den Angeboten des Fitness- und Gesundheitssports - gruppiert - (Mehrfachnennungen waren möglich; Angaben in Prozent, berechnet auf Gesamtstichprobengröße N=1752)

Tab. 5-20 gibt den gesamten Angebots-Cluster sowie die jeweilige Aktivität der Teilnehmer wieder und lässt dabei die Vielseitigkeit des vereinsorganisierten Fitness- und Gesundheitssports in der Untersuchung erkennen.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung identifizierte in Angeboten zur Wirbelsäulengymnastik weit mehr Frauen als Männer (Frauen: 88,0% vs. Männer 22,0%; N=422). Auch für den zweiten Spitzenreiter unter der sportlichen Aktivität – Programme zum Thema Aerobic – sind anteilmäßig Frauen mit 93,4% deutlich stärker die Zielgruppe als Männer (6,6%; N=152). Letztere jedoch sind im Rehabilitationssport häufiger vertreten als Frauen. Speziell der Koronarsport stellt sich erwartungsgemäß als Domäne der Männer dar (Männer: 70,9% vs. Frauen: 29,1%; N=196).

Eine Zusammenschau in Abhängigkeit der Altersgruppen zeichnet folgendes Bild der sportlichen Aktivität in der Stichprobe: Je älter die Teilnehmer werden, desto spezifizierter sind die Angebote, die sie besuchen. Findet man demzufolge in allgemeinen Aerobic-Angeboten eher Teilnehmer der Altersgruppen 1 (bis 26 Jahre) und vor allem 2 (27-40 Jahre), rekrutiert sich die Zielgruppe für Angebote zur Problemzonengymnastik bzw. Bewegungsprogrammen zum Abnehmen vorwiegend aus Teilnehmern der AG 2 und 3. Ausdrückliche Angebote für Frauen, z.B. ein Herz-Kreislauftraining, sprechen schließlich vor allem Teilnehmer zwischen 41 und 60 Jahren (AG 3) an. Diese Altersgruppe ist darüber hinaus wesentlich häufiger in Angeboten zur „sanften Gymnastik“ (z.B. Stretching) bzw. in „alternativen Bewegungsprogrammen“ (z.B. Tai Chi, Yoga) sowie in Programmen, die sich an ersten Beschwerdebildern (vor allem Wirbelsäulengymnastik) orientieren, zu finden. Rehabilitative Programme und besondere Angebote für Senioren schließlich werden insbesondere von Teilnehmern der Altersstufe 4 (ab 61 Jahre) besucht. Abb. 5-36 gibt dies exemplarisch für ausgesuchte Programmaktivitäten wieder.

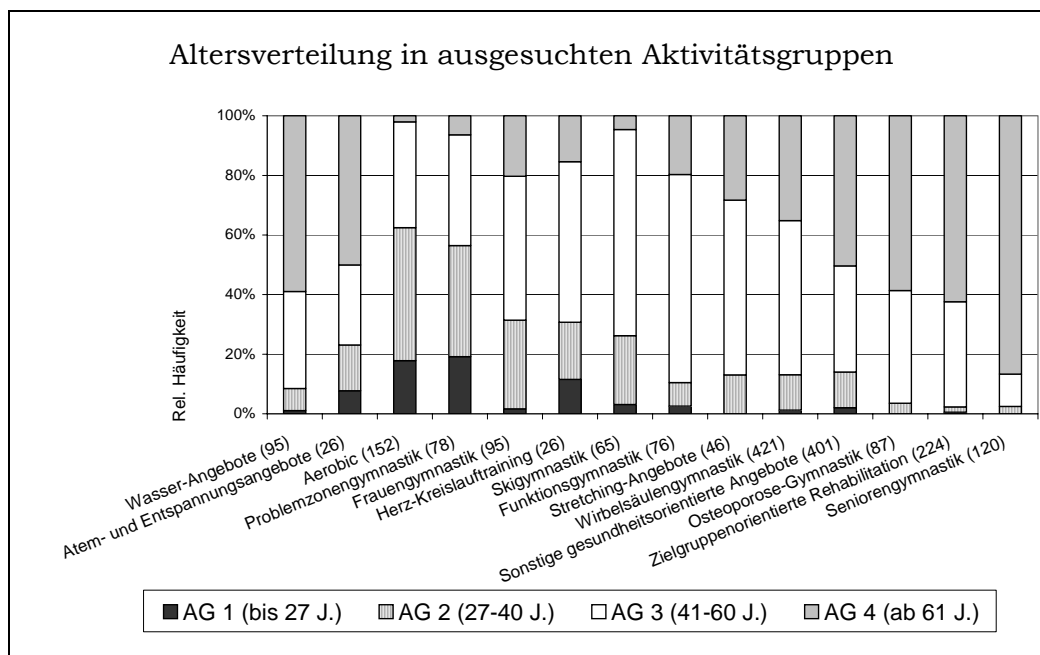


Abb. 5-36: Aktivität in ausgesuchten Sportgruppen in Abhängigkeit der Altersgruppen (Angaben in Prozent, berechnet jeweils auf die angegebene Teilstichprobengröße; Mehrfachnennungen waren möglich)

Teilnahme an fachsportlichen Angeboten

Eine Ergänzung des eigenen sportlichen Aktivitätsprogramms durch den Besuch fachsportlicher Angebote ist unter den Probanden relativ selten zu beobachten. Lediglich 8,3% (n=143) der Freizeit- und Gesundheitssportler geben an, neben den gesundheits- bzw. fitnessorientierten Angeboten des Vereins auch in Fachsportprogrammen aktiv zu sein. Eine solche zusätzliche Sportausübung erscheint eher als männliche denn als weibliche Besonderheit: Sind 12,4% (n=64) der Männer in der Stichprobe auch in verschiedenen Fachsportarten organisiert, sind dies nur 6,4% (n=79) der befragten weiblichen Gesundheitssportler. Männer nehmen dabei im Mittel an 0,14 (SD=0,401) Fachsportangeboten teil, während Frauen im Schnitt lediglich in 0,07 (SD=0,289) fachsportlichen Programmen aktiv sind. Damit ergänzen Männer ihre Gesundheitssporttätigkeit mit höchstsignifikant mehr Angeboten zu verschiedenen Fachsportarten als Frauen (Mann-Whitney-U-Test: $Z = -4,153$; $p < .001$).

In der altersabhängigen Gesamtbetrachtung nimmt die gleichzeitige Aktivität im Fachsport erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter hochsignifikant ab (Kruskal-Wallis-Test: $X^2 = 14,117$; $df = 3$; $p = .003$). Liegt der Mittelwert hierbei für die Altersgruppe 1 bei 0,26 Angeboten (SD=0,539), steigt er für die Sportlergruppe zwischen 27 und 40 Jahren auf 0,10 (SD=0,326) besuchten Fachsportangeboten. Die Sportler zwischen 41 und 60 Jahren hingegen sind weniger häufig im Sportartenbetrieb des Vereins aktiv ($M = 0,7$, $SD = 0,293$). Diese Gruppe konzentriert ihre sportliche Aktivität offenbar stärker auf den fitness- bzw. gesundheitsorientierten Bereich. Die Senioren der Stichprobe allerdings erweisen sich als durchaus engagiert in fachsportlichen Angeboten ($M = 0,10$; $SD = 0,342$). Dies resultiert zum einen aus einem offensichtlich großen spezifischen Fachsportangebot für diese Zielgruppe in den Sportvereinen auch innerhalb des Gesundheits- und Freizeitsports und zum anderen kann darin eine „Re-Rekrutierung“ von Sportlern im Seniorenalter über bekannte Sportarten vermutet werden.

Teilnahme an freien Bewegungsangeboten

Unter freien Bewegungsangeboten wurden in den Vereinen all jene Möglichkeiten zusammengefasst, die in mehr oder weniger selbstständiger und/oder variabler Terminierung von den Teilnehmern genutzt werden können. Hierzu wurden auch typisch saisonale Angebote gezählt, wie Lauf- bzw. Walkingtreffs. Am häufigsten ist in diesem Zusammenhang der Besuch des vereinseigenen bzw. eines kooperierenden Fitness-Studios – soweit ein solches Angebot in den Sportvereinen eingerichtet ist – unter den Probanden zu beobachten. 6,6% (N=1752) der Sportler ergänzen damit ihre sportliche Aktivität im Verein. Eine Erweiterung durch die Teilnahme an Schwimmangeboten bzw. der freien Nutzung eines vereinseigenen oder an den Verein angebotenen Schwimmbades kann weniger häufig beobachtet werden (1,8%). Ebenso ist die Aktivität in Walking- (1,4%) oder Jogging-Angeboten (1,1%) eine seltene Zusatzaktivität der Probanden. Die Erweiterung des eigenen Sportprogramms durch die Teilnahme an Spinning-Programmen oder die Nutzung freier Übungsstunden ohne spezifizierte Inhalte nimmt lediglich eine Minderheit der Sportler wahr. Eine genaue Aufstellung der Häufigkeitsverteilung liefert Tab. 5-21:

Freie Bewegungsangebote	Teilnehmer-Partizipation
Fitness-Studio	6,6
Schwimmen bzw. freie Nutzung des Schwimmbades	1,8
Walking	1,4
Lauftreff	1,1
Aktionsprogramme für Senioren	1,0
Spinning	0,3
Freie Übungsstunden	0,1

Tab. 5-21: Teilnehmer-Partizipation an möglichen freien Bewegungsangeboten (Angaben in Prozent, berechnet auf Gesamtstichprobengröße=1752; Mehrfachnennungen waren möglich)

Insgesamt unterscheiden sich in dieser Dimension die Geschlechter nicht nennenswert – mit Ausnahme der Trainingstätigkeit in einem angebotenen Fitness-Studio. Diese Möglichkeit der selbstständigen sportlichen Aktivität nutzen unter den Probanden Männer eher als Frauen (Männer: 9,1% vs. Frauen: 5,5%). Dieses Ergebnis korrespondiert mit Angaben aus Studien von ZAROTIS (1999) und DIETRICH, HEINEMANN & SCHUBERT (1990), die den Schluss nahelegen, in der Klientel des modernen Fitness-Studios mehr Frauen als Männer zu finden.

Die Präferenzen im Altersverlauf bezüglich der am häufigsten genutzten freien Sportangebote identifiziert das Training in einem Fitness-Studio vor allem als Vorliebe der unter 40-Jährigen. Insgesamt fällt die Kurve hier in Abhängigkeit des Alters stark ab. Demgegenüber weist die Aktivität in selbstständigen Schwimmangeboten eine gegenläufige Entwicklung auf und ist bei den älteren Sportlern zunehmend beliebter als bei den jüngeren Altersgruppen. Programme zum gesundheitsorientierten Laufen schließlich sprechen vor allem die beiden mittleren Altersstufen an. Eine grafische Darstellung dieser Ergebnisse liefert Abb. 5-37:

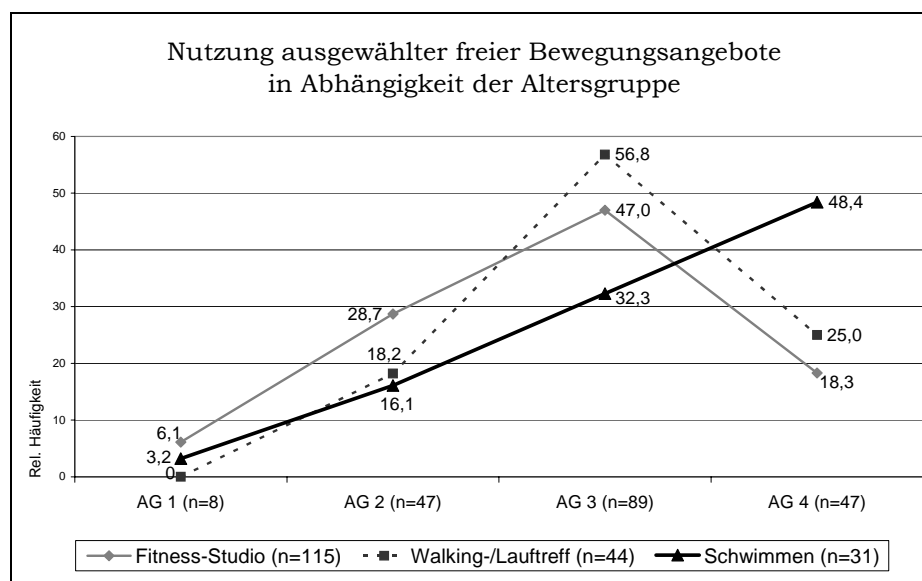


Abb. 5-37: Nutzung der Spitzenreiter unter den freien Bewegungsangeboten in Abhängigkeit der Altersgruppen (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen; Mehrfachnennungen waren möglich) (N=191)

Summenscore „Angebotspartizipation“

Zur besseren Differenzierung wurde anhand der belegten Angebote der Teilnehmer ein Index „Angebotspartizipation“ gebildet, in welchem die genutzten Sportangebote addiert wurden (von Minimum „1“ bis Maximum „6“). Dieser berücksichtigt aus Gründen der verbesserten Transparenz für den Untersuchungsgegenstand lediglich die belegten Programme aus dem vereinsorganisierten Gesundheitssport, jedoch keine Fachsport- oder freien Bewegungsangebote. Als statistische Kennwerte des Gesamtindex konnte folgende Werte ermittelt werden: Im Mittel belegt ein Freizeit- bzw. Gesundheitssportler 1,26 Angebote (SD=0,60). Mit insgesamt sechs belegten Sportangeboten liegt ein beeindruckendes Maximum in diesem Merkmal vor.

Im Faktor Alter unterscheidet sich die Stichprobe hinsichtlich des quantitativen Merkmals der Angebotspartizipation hochsignifikant (Kruskal-Wallis-Test für nichtparametrische Verteilungen: $X^2=15,811$; $df=3$; $p= .001$). Die quantitative Sportaktivität nimmt mit zunehmendem Alter ab (vgl. Tab. 5-22). Die Differenz zwischen den Gruppen erweist sich jedoch nur jeweils im Vergleich zur AG 1 (M=1,77 Angebote) als ein signifikanter Effekt ($p< .001$). Es zeigt sich, je jünger die Probanden sind, desto höher ist die Sportaktivität gemessen an der Anzahl genutzter (in Gruppen installierter) Vereinsangebote (Pearson-R= - .075; $p\leq .01$). Für die Sportler ab einem mittleren Lebensalter (ab etwa 40 Jahren) lässt sich ein mittleres Nutzmaß von etwa 1,2 Sportangeboten konstatieren (vgl. Tab. 5-22). Auch das Geschlecht der Probanden wirkt sich signifikant auf den Faktor Angebotspartizipation aus. Eine diesbezügliche Analyse transportiert die Frauen der Stichprobe als „fleißigere Angebotsnutzer“ mit einem Mittelwert von 1,31 Sportprogrammen gegenüber 1,12 bei den Männern (vgl. Tab. 5-22). Auf der Basis eines Mann-Whitney-Tests konnte der Mittelwertsvergleich mit $p< .001$ als höchstsignifikant abgesichert werden ($Z= -6,688$).

Statistische Kennwerte der Teilstichproben	M	SD	N
Altersgruppe 1	1,77	1,231	43
Altersgruppe 2	1,30	0,634	251
Altersgruppe 3	1,23	0,531	749
Altersgruppe 4	1,25	0,586	707
Männer	1,12	0,397	515
Frauen	1,31	0,655	1227
Gesamt: N= 1752; M=1,26, SD=0,60			

Tab. 5-22: Statistische Kennwerte (Mittelwerte, Standardabweichung, Stichprobengröße) zur Angebotspartizipation in Abhängigkeit der Merkmale Geschlecht und Alter

Der Vorsprung der weiblichen vor den männlichen Sportlern bleibt über alle Altersstufen eine verbreitete Erscheinung. Die Differenzen erreichen mit Ausnahme der Gruppe der Sportler, die bis 26 Jahre alt sind, die Signifikanzgrenze von $p\leq .005$ (vgl. Abb. 5-38). In diesem Vergleich kann mit $p= .067$ der Unterschied zwischen Männern und Frauen als Tendenz zur Signifikanz interpretiert werden. In allen übrigen Altersstufen erweisen sich Frauen als die Sportler im Freizeit- und Gesundheitsbereich mit einer signifikant höheren Sportaktivität als Männer.

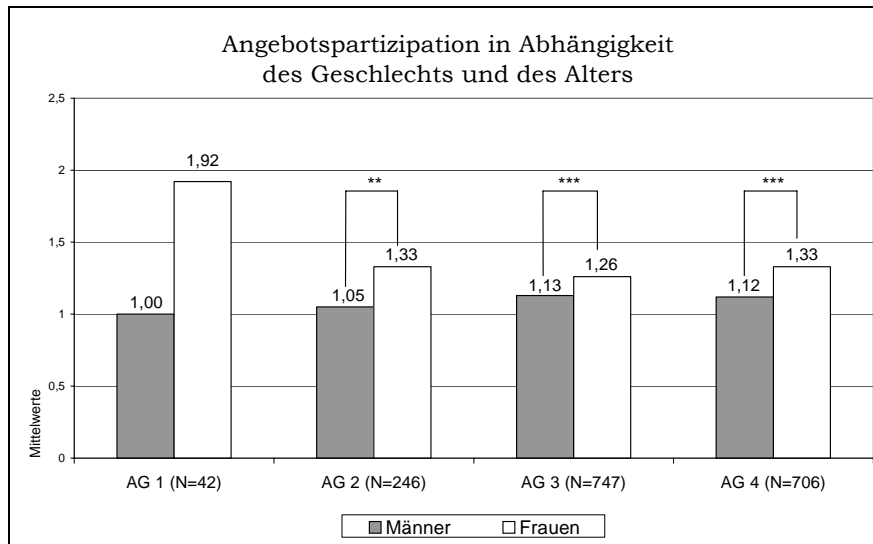


Abb. 5-38: Aktivität im Freizeit- und Gesundheitssport gemessen am Mittelwert der genutzten Angebote, gruppiert nach Alter und gruppiert nach Geschlecht (N=1741; inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$, ** $p < .01$ auf der Basis multipler Mann-Whitney-U-Tests zum geschlechtsabhängigen Verteilungsvergleich)

Aspekte der Rekrutierung zum Gesundheitssport (Sportbiographie)

Neben der aktuellen sportlichen Aktivität, die an der Angebotsnutzung (Umfang, Ausrichtung) ablesbar ist, erscheint die habituelle sportliche Aktivität der Probanden für den Untersuchungsgegenstand interessant. Grundsätzliche Überlegungen legen die Vermutung nahe, dass im Spektrum des Gesundheitssports eines Sportvereins neben „reinen Freizeitsportlern“ auch Aktive des Wettkampfsports als Teilnehmer zu finden sind. Denkbar wäre hier ein die Ausübung der eigenen Sportart unterstützendes oder an eine (ausklingende) Sportlerkarriere angeschlossenes Gesundheitstraining, z.B. hinsichtlich der Beweglichkeit oder Kraft – je nach belegtem Gesundheitssportangebot. Aus Befunden zur Sportbiographie lassen sich vor allem Rückschlüsse auf die Rekrutierung für den Gesundheitssport ziehen. Hierfür werden die Positivangaben der Probanden zur Frage, ob sie vor ihrer Aktivität im Gesundheits- oder Fitnesport wettkampfmäßig eine Sportart betrieben haben bzw. diese noch betreiben, genutzt (Codierung: 0 – „nein“, 1 – „ja“). Danach zählen sich lediglich 18,6% (n=319; 33 missing values) der Versuchspersonen zu (ehemaligen) Aktiven des Wettkampf- bzw. sportartenbezogenen Breitensports. Damit sind vier von fünf Sportlern *nicht* über die engere Bindung an eine Sportart und deren wettkampforientierten Ausübung zum Freizeit- und Gesundheitssport gelangt! Der weitaus größere Teil der Gruppe fand demnach nicht über eine wettkampforientierte Sportausübung zum Gesundheitssport, sondern auf dem Wege eines direkteren Einstiegs in eine sportliche Aktivität ohne Leistungsvergleich. Bezogen auf die Geschlechter ist die Gruppe der Männer als ehemalige Wettkampfsportler höchstsignifikant größer als jene der Frauen (Männer: 30,7% vs. Frauen: 13,5%; Chi-Quadrat-Test: $X^2=69,815$; $df=1$; $p < .001$). Dieser Befund korrespondiert mit den Ergebnissen zur gleichzeitigen Aktivität der Geschlechter in fachsportlichen Angeboten, was für Männer in stärkerem Maße festzustellen war als für Frauen (s.o.). Eine Brückenbindung des „klassischen Sports“ zum Gesundheitssport gilt offenbar vornehmlich für Männer, die nicht nur über den Sportartenbetrieb einen Einstieg in den Gesundheitssport finden, sondern diesem auch in paralleler Aktivität verbunden bleiben (s.o.).

In Bezug auf die Altersgruppen zeigt sich, dass ein Zugang zum Gesundheitssport aus einer leistungsorientierten Sportform mit zunehmendem Alter abnimmt. Unter jüngeren Probanden ist dieser Aspekt der Sportbiographie eher zu finden (AG 1: 51,2%; n=22; AG 2: 21,3%; n=53), während er bei älteren Sportlern zunehmend seltener wird (AG 3: 17,7%; n=131; AG 4: 16,5%; n=113). Liegt er für die bis 26-Jährigen noch bei über 50%, übersteigt er bei den Senioren gerade noch die 15%-Hürde.

Diese Entwicklungskurve lässt sich anhand eines Chi-Quadrat-Tests als höchstsignifikant absichern ($X^2=33,725$; $df=3$; $p<.001$). Die statistische Bedeutsamkeit des Unterschiedes zwischen männlichen und weiblichen Sportlern in diesem Merkmal bleibt mit Ausnahme der Altersgruppe 1 über alle übrigen Gruppen bestehen (vgl. hierzu Abb. 5-39). Sind unter den bis 26-Jährigen mehr Frauen als (ehemalige) Wettkampfsportler identifizierbar, so überwiegt in allen anderen Altersstufen deutlich der Anteil der Männer, die sich dieses Merkmal zu Eigen machen.

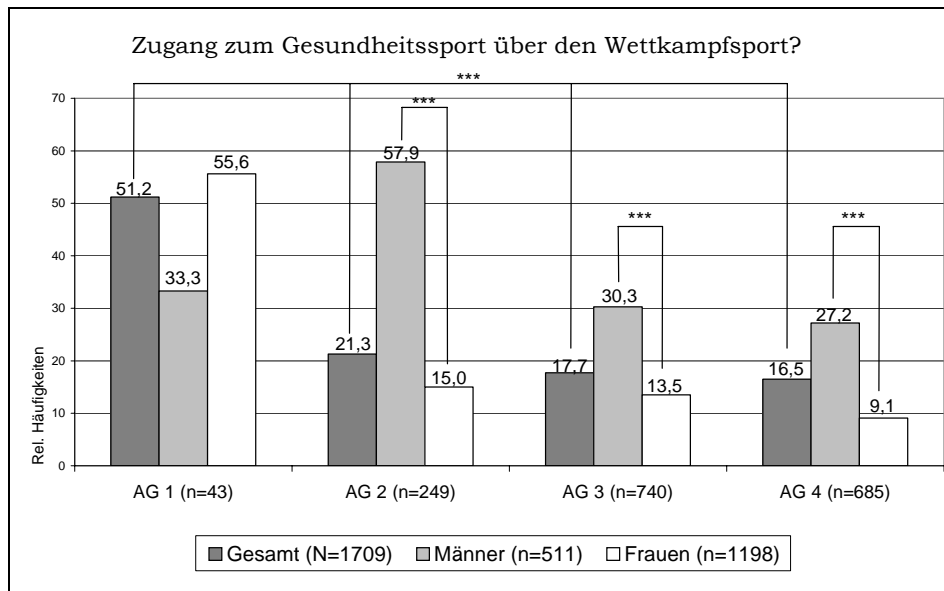


Abb. 5-39: Anteil der (ehemaligen) Wettkampfsportler in der Stichprobe der Freizeit- und Gesundheitssportler in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (Angaben in Prozent; Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p<.001$ auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests; $N=1709$)

Fazit

Die Unterscheidung hinsichtlich der Angebotspartizipation der Sportler zwischen freien Bewegungsangeboten, Fachsportangeboten und regelmäßigen Freizeit- bzw. Gesundheitssportangeboten in mehr oder minder festen sozialen Gruppen erbrachte ein grundsätzlich durchschnittliches Niveau der Gesamtteilnahme: Im Mittel nehmen die Sportler an 1,3 Angeboten teil. Frauen zeigen sich hier aktiver als Männer, jüngere Sportler „fleißiger“ als ältere. Der Bereich der Fachsportangebote wird stärker von Männern frequentiert als von Frauen, sowie häufiger von jungen als von älteren Sportlern. Für die freien Bewegungsangebote ergaben sich keine nennenswerten geschlechtlichen Differenzen. Bezüglich der Altersunterscheidung muss folgendermaßen differenziert werden: Die Nutzung eines Fitness-Studios oder von Ausdauerangeboten (Laufen, Walking) nimmt mit dem Alter ab, während sich der Besuch von Schwimmangeboten mit dem Alter wachsender Beliebtheit erfreut. Da im Zusammenhang mit diesen Befunden keine Vergleichsanalysen als Anhaltspunkte zur Einordnung der Ergebnisse herangezogen werden können, erreichen die Darstellungen lediglich den Charakter einer ersten Annäherung an dieses komplexe Forschungsfeld.

Der Zugang zum Gesundheitssport über eine Aktivität im Sportartenwettkampfbetrieb ist für Männer deutlich stärker ausgeprägt als für Frauen. Unter Umständen schlägt sich hier eine grundsätzlich größere Interessenlage der Männer für das Sportartenkonzept nieder, das sie erst in einer zweiten Schiene

zum Freizeit- und Gesundheitssport finden lässt. Frauen hingegen orientieren sich viel häufiger direkt an dieser Dimension des Sporttreibens. Interessant erscheint die Tatsache, dass sich dieses Verhältnis erst für die Altersstufen ab 27 Jahren ergibt – und zwar mit statistischer deutlicher Signifikanz. Für die jüngsten Probanden der Sportlerstichprobe hingegen dreht sich die Beziehung um: Hier geben relativ gesehen deutlich mehr Frauen an, einem Wettkampfsport angehört gewesen zu sein. (Allerdings erscheint dieses Ergebnis statistisch nicht bedeutsam.) Insgesamt sinkt der Anteil der Wettkampfsportler signifikant mit dem Alter der Probanden, was angesichts der bereits dargestellten Einzelanalysen als ein erwartungsgemäßes Ergebnis gewertet werden kann; Schließlich lässt sich für die älteren Sportler der Stichprobe vermuten, dass diese mit einem gewissen Potential an gesundheitlichen Beschwerden und mit eindeutiger Zielsetzung, nämlich der Wiederherstellung ihrer Gesundheit, den Gesundheitssport verfolgen und insofern eher weniger dem Sport im Sinne des „Sich-Vergleichens“ und Wettkämpfens verhaftet sind.

Exkurs: Angebotspartizipation und Gesundheit

Interessant erscheint die Frage nach einer Wechselwirkung des objektiven bzw. subjektiven Gesundheitszustandes der Probanden und dem Ausmaß der Angebotsnutzung. Hierzu wurden die Variablen „Objektive Gesundheit anhand von Risikofaktorenausprägung“ (Rauchgewohnheiten, erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, Anzahl chronischer Erkrankungen) einerseits und der „subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes“ andererseits eingesetzt, um einen Zusammenhang mit dem Ausmaß der Angebotspartizipation zu testen. Danach konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Risikofaktorenausprägung und dem Ausmaß der sportlichen Aktivität gemessen am belegten Sportangebot nachgewiesen werden (Korrelationsberechnung: Pearson-R= - .012; p= .619). Dieses Ergebnis fügt sich in die meta-analytischen Ergebnisse KNOLLS (1997a; 1997b), wonach mit zunehmender Sportaktivität nicht zwangsläufig von Positiveffekten auf den Gesundheitszustand auszugehen ist.

Andererseits lässt sich erwartungsgemäß ein positiver signifikanter Zusammenhang der Kurspartizipation und einer Erhöhung des erlebten Gesundheitszustands (subjektive Gesundheit) nachweisen, der mit einem Pearson-R von 0,060 (p= .013) allerdings als sehr gering einzustufen ist. Grundsätzlich gilt jedoch: Je besser die Probanden ihr gesundheitliches Befinden einschätzen, desto mehr Sportprogramme besuchen sie regelmäßig und umgekehrt. Dieser Aspekt kann für das Merkmal einer biographisch bereits älteren Bindung an den Sport, die durch die ehemalige Aktivität im Wettkampfsport der Probanden instrumentalisiert wurde, dupliziert werden: Versuchspersonen, die vor ihrer Aktivität im Gesundheitssport dem „klassischen“ Sportartenbetrieb zugehörig waren, bewerten ihren Gesundheitszustand subjektiv signifikant besser als Probanden, die nicht im Wettkampfsport aktiv waren (Mann-Whitney-U-Test: Z= -3,250; p= .001). Sportler, die bereits durch eine frühere Aktivität an den Sport gebunden sind, schätzen ihren Gesundheitszustand im Mittel als „gut“ (Codierung: 1 – „schlecht“, 2 – „mäßig“, 3 – „gut“, 4 – „sehr gut“) ein (M=2,917; SD=0,649), vergleichsweise „Neueinsteiger“ in den Gesundheitssport hingegen tendieren in ihrer subjektiven Bewertung von „gut“ eher Richtung „mäßig“ (M=2,787; SD=0,629). Dabei konnte jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den „ehemaligen Wettkampfsportlern“ und den „originären Gesundheitssportlern“ im Index der objektiven Gesundheit nachgewiesen werden.

Exkursende

5.4 Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein

Wurden in den voran gegangenen Abschnitten gesundheitliche Maße in objektiver und subjektiver Hinsicht beleuchtet, sowie das Erleben des Sportanbieters analysiert, soll in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung die Ebene der sportlichen Aktivität, also der spezifischen Angebotsnutzung unter verschiedenen Aspekten betrachtet werden. Hierzu zählen zuvorderst Merkmale der Motivation für die gesundheitssportliche Aktivierung, wobei unterschieden wird zwischen einer grundlegenden Zugangsmotivation für den Vereinssport und der Motivstruktur für den Gesundheitssport. Diese Differenzierung soll es ermöglichen, die Zugangswege und mögliche Motivausprägungen separat zu betrachten: Hierfür wird zunächst die Frage genutzt, über welchen „Kanal“ die Aufmerksamkeit auf den später gewählten Sportverein als Anbieter gelenkt wurde sowie, welche Motive Ausschlag gebend für die Wahl des Sportvereins waren (*Zugangsmotivation zum Vereinssport*).

Schließlich soll der Motivkomplex, der den Weg zu einer sportlichen Aktivierung der Probanden grundsätzlich bereitet hat, Gegenstand der Analysen sein. Dazu dienen Fragen nach der Motivierung auf Anraten des Arztes, der Eigenmotivierung durch das Bestehen eines durch Bewegung zu lindern- den Krankheitsbildes ebenso wie Aspekte der Motivausprägung für und Erwartungen an den gesundheitsorientierten Sport (*Motivation zur sportlichen Aktivierung*).

Ergänzend treten Befunddarstellungen zur Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme hinzu. Die Angaben der Probanden zu subjektiven Befindlichkeitsveränderungen sollen ein Indiz für die allgemeine Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden durch die sportliche Aktivität liefern. Auch für diesen Aspekt wird eine Ebenendifferenzierung vorgenommen: Auf der übergeordneten Ebene der Interventionsmaßnahme Sport sollen Äußerungen der Sportler zu subjektiven und quasi-objektiven Wohlbefindens- bzw. Gesundheitsverbesserungen Anhaltspunkte liefern (*Aktivierungsebene*). Auf der Ebene des besuchten gesundheitssportlichen Vereinsangebotes werden die Befunde zu den Angaben der Probanden hinsichtlich ihres subjektiven Befindens vor, während und nach der sportlichen Aktivität dargelegt (*Angebotebene*).

5.4.1 Aktivierungs- und Programmmotivation

Ein Mensch, der motiviert ist seine Freizeit mit gesundheitsorientierten Bewegungsangeboten zu gestalten, kann dies auf unterschiedliche Weise in die Tat umsetzen. Der Weg in den Sportverein zur Nutzung dessen Angebote ist dabei nur eine Möglichkeit von vielen. Gleichzeitig ist auch die Verlagerung des sportlichen Engagements von bereits sportlich Aktiven hin zu einer gesundheitsorientierten Variante (z.B. aus dem Leistungssport) denkbar. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang auch die Frage nach der „ureigenen“ Motivation des Sportlers nicht nur um zu ergründen, warum die Entscheidung auf den spezifischen Anbieter fiel, sondern auch welche Kriterien für die Wahl des (Sport-) Angebots Ausschlag gebend waren. Das Sportangebot und damit die Klientel eines Sportvereins im Fitness- und Gesundheitsbereich wird damit von Menschen konstituiert, die aus unterschiedlichen Gründen mit differenzierter Motivation aktiv sind, sei es auf Anraten des Arztes oder aus persönlichem Engagement heraus, mit einem gewachsenen oder noch „frischen“ Bezug zur sportlichen Aktivität im oder außerhalb des Vereins.

Der Werdegang der Freizeit- und Gesundheitssportler kann durch eine Kombination vorhandener Fragestellungen in zentralen Aspekten nachgezeichnet werden. Hierzu stehen Fragen zu Motiven für die Vereinswahl, für den Gesundheitssport bis hin zum spezifischen Angebot ebenso zur Verfügung wie

Fragen, die sich auf die Lenkung der Aufmerksamkeit auf den betreffenden Verein sowie eine mögliche Aktivität im Wettkampfsport beziehen.

Aufmerksamkeit für den Sportverein

Warum sich jemand, der sportlich aktiv sein möchte, für einen Verein entscheidet, um seine Bewegungstätigkeit aufzunehmen oder aufrechtzuerhalten, ist in der Forschung weithin unbekannt. Auf den Boden einer empirischen Absicherung treffen die zumeist hypothetisch-spekulativen Annahmen kaum. Als Teilaspekt erscheinen lediglich Überlegungen zur Geselligkeit als Anschlussmotiv an einen Sportverein in der Forschung hinlänglich Beachtung zu finden (KUHLMANN, 1999; MÜCKE, 1986; PFLAUM, 1961; SCHEUCH, 1993; SCHLAGENHAUF, 1977). Über welche Multiplikatorenkanäle Sportler in den Verein gelangen ist hingegen kaum erforscht. Sportvereine setzen in der Alltagspraxis auf eine stete Präsenz in den lokalen Medien und verschiedene Formen der Werbetätigkeit, die z.B. durch Handzettel, Annoncen und/oder Anbindungen an Kooperationspartner mehr oder weniger realisiert wird. Der Erfolg der jeweiligen Bemühungen ist i.a.R. lediglich durch die Vereinsverantwortlichen aus dem Erfahrungsschatz der langjährigen Bemühungen subjektiv einschätzbar.

Die Befragung der aktiven Gesundheits- und Freizeitsportler ermöglicht für die untersuchten Sozialsysteme eine erste Beantwortung der Frage nach der Rekrutierung zur sportlichen Aktivität, wobei sich der erste Zugangsweg in den Verein mit der Frage „Wer hat Sie auf den Verein aufmerksam gemacht?“ ergründen lässt. Hierzu waren neun Items geboten, die als zutreffend angekreuzt werden konnten. Darüber hinaus war auch die Angabe eines frei formulierten Zugangskanals möglich (vgl. Abb. 5-40).

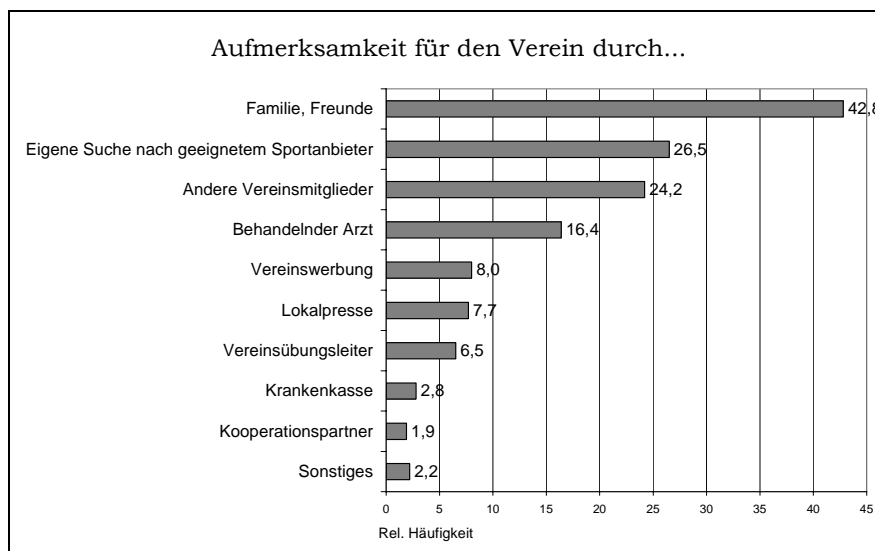


Abb. 5-40:
Quellen der Aufmerksamkeit für den Verein (Angaben in Prozent; Mehrfachnennungen waren möglich) (N=1712)

Eine erste deskriptive Analyse unterstreicht die Bedeutung des engen Familien- bzw. Freundeskreis als Weg in den Sportverein: 42,8% (N=1712) der befragten Sportler geben an, durch diese Personengruppen auf den Sportverein aufmerksam geworden zu sein. Dabei gilt hinsichtlich der Operationalisierungsstrategie zu bedenken, dass diese Rubrik auch die Anbindung an einen Sportverein zu einem früheren Lebenszeitpunkt, z.B. als Familienmitglied im Kindesalter, inkludieren kann.

An zweiter Stelle folgt der Faktor der Eigeninitiative, denn 26,5% sind durch die selbstständige Suche nach einem geeigneten Sportanbieter zum Verein gelangt. 24,2% der befragten Sportler wurden durch Ansprache bereits im Verein Aktiver rekrutiert. Für die Stichprobe erwartungsgemäß zeigt sich im

Weiteren die Bedeutung der Zuweisung zum organisierten Sport durch den behandelnden Arzt, der eine Bewegungsmaßnahme mit Blick auf das jeweilige Kranken- bzw. Beschwerdebild angeraten haben mag. Unter den Gesundheits- und Freizeitsportlern sahen sich 16,4% dadurch zum Vereinssport motiviert.

Eine geschlechtsabhängige Betrachtung weist Frauen (47,5%) höchstsignifikant häufiger durch Familienmitglieder und/oder Freunde für den Sport im Verein aktiviert als Männer (31,6%; $X^2=31,105$; $df=1$; $p < .001$). Jene wiederum finden höchstsignifikant öfter durch einen medizinischen (Arzt) oder versicherungstechnischen Vermittler (Krankenkasse) den Weg zur sportlichen Aktivität im Verein (Arzt: Männer 27,6% vs. Frauen 11,6%; $X^2=66,339$; $df=1$; $p < .001$; Krankenkasse: Männer 5,1% vs. Frauen 1,8%, $X^2=14,035$; $df=1$; $p < .001$). Alle übrigen Gruppenvergleiche erreichten nicht das erforderliche Signifikanzniveau (vgl. Tab. 5-23; alle Prüfungen auf Signifikanz mittels Chi-Quadrat-Tests).

Aufmerksamkeit durch ...	Männer (N=507)	Frauen (N=1195)	AG 1 (bis 26 J.) (N=43)	AG 2 (27-40 J.) (N=247)	AG 3 (41-60 J.) (N=736)	AG 4 (ab 61 J.) (N=684)
Familie, Freunde <small>Geschlecht***; Alter***</small>	31,6	47,5	81,4	58,7	43,1	34,5
Andere Vereinsmitglieder	25,4	23,8	16,3	22,3	26,8	22,7
Vereinsübungsleiter	6,9	6,2	4,7	4,5	6,7	7,2
Lokalpresse	7,5	7,9	4,7	6,9	8,2	7,7
Kooperationspartner	2,2	1,8	0,0	1,6	2,0	2,0
Behandelnder Arzt <small>Geschlecht***; Alter***</small>	27,6	11,6	0,0	1,6	12,8	26,5
Krankenkasse <small>Geschlecht***; Alter***</small>	5,1	1,8	0,0	1,6	1,4	5,0
Vereinswerbung	8,1	8,0	7,0	9,3	8,6	7,0
Eigene Suche nach geeignetem Sportanbieter <small>Alter*</small>	27,2	26,2	11,6	31,6	26,5	25,7

Tab. 5-23: Wege der Aktivierung für eine Aktivität im Sportverein in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter (Angaben in Prozent der Positivantworten, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$, * $p \leq .05$ auf der Basis multipler Chi-Quadrat-Tests; Mehrfachnennungen waren möglich) (N=1702)

Die gefundenen signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen konzentrieren sich im Wesentlichen auf die selben Variablen (Ermittelt durch Chi-Quadrat-Tests): Durch das engere soziale Netz, das durch Freunde und Familie konstituiert wird, wurden vornehmlich die jüngeren Probanden für den Sportverein gewonnen; Je älter die Sportler werden, desto stärker nimmt der Einfluss dieses Rekrutierungsweges ab ($X^2=70,910$; $df=3$; $p < .001$). Umgekehrt verhält es sich hinsichtlich der Vereinszuweisung durch den medizinischen bzw. versicherungstechnischen Sektor: Diese Möglichkeit wird umso wahrscheinlicher, je älter die Probanden sind (Arzt: $X^2=105,798$; $df=3$; $p < .001$; Krankenkasse: $X^2=19,915$; $df=3$; $p < .001$).

Ein durchaus interessantes Ergebnis liefert der altersabhängige Vergleich im Merkmal „eigene Suche nach einem geeigneten Sportanbieter“. Auf diesem Weg fanden überzufällig viele Sportler mittleren Alters, insbesondere Mitglieder der AG 2, zu „ihrem“ Sportverein. Während die unter 27-Jährigen

seltener durch Eigenengagement zum Verein gefunden haben, nimmt der Anteil auch mit zunehmendem Alter wieder ab ($X^2=8,350$; $df=3$; $p= .039$). Alle übrigen Merkmale verfehlen im Vergleich der Altersgruppen das erforderliche Signifikanzniveau (vgl. Tab. 5-23).

Fazit

Die Wege, die Gesundheits- und Freizeitsportler in den jeweiligen Sportverein geführt haben, lassen sich im Wesentlichen auf zwei verweisende Elemente reduzieren: Zum einen spielt das Geflecht des näheren sozialen Netzes, das durch Familie und Freunde konstituiert wird, eine tragende Rolle in der Gewinnung für eine Aktivität im Sportverein. Dies nehmen insbesondere Frauen höchstsignifikant stärker an als Männer. Zum anderen fungieren Institutionen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge wie der behandelnde Arzt oder zuständige Krankenkassen als Zugangsvermittler. Diese Form der Aktivierung nehmen höchstsignifikant häufiger Männer wahr. Es lässt sich anhand der dargestellten Gesetzmäßigkeiten unter Nachweis der statistischen Bedeutsamkeit der Ergebnisse vermuten, dass Männer „zielorientiert“ für einen Freizeit- und Gesundheitssport gewonnen werden können, konkret, wenn sie sich durch bestehendes oder drohendes gesundheitliches Missbefinden von fachkundiger Seite von der Bedeutung einer sportlichen Aktivität überzeugen lassen. Frauen hingegen lassen sich eher von Personenkreisen für den Sportverein gewinnen, die in ihrem unmittelbaren Umfeld eine zentrale Rolle vor allem in ihrem Freizeitleben einnehmen, nämlich der Familie und dem Freundeskreis. Die Ausgestaltung der Freizeit mit Personen dieser sozialen Netzwerke scheint für Frauen ein stärkerer Antrieb für ein Engagement im Sportverein zu sein als für Männer. Dieses Ergebnis lässt sich in Befunde zum Freizeitverhalten einordnen: OPASCHOWSKI (1987b) betont bereits die Bedeutung des direkten Familien-, Freundes- und Bekanntenkreises als Ideengeber und „Aktivator“ für die Gestaltung des Freizeitlebens. Insbesondere für Ältere konnte SCHICK (1998) die Tragweite von Freunden und Bekannten bei der Sportmotivierung nachweisen.

Erstaunlich erschien, dass die Variable „eigene Suche nach einem geeigneten Sportanbieter“ keine nennenswerten Unterschiede im Geschlechtervergleich zu verzeichnen hatte, wohl aber hinsichtlich des Alters der Probanden. So erscheint dieser Aspekt am stärksten in den mittleren Jahren und dort vor allem unter den 27- bis 40-Jährigen ausgeprägt, während er mit zunehmendem Alter abnimmt und auch für die unter 26-Jährigen eine äußerst geringe Rolle spielt. Die „Aktiveren“ unter den Sportlern, was die eigenverantwortliche Forschung nach einem Ort des Sporttreibens anbelangt, sind also eher in den „Dreißigern“ zu finden.

Motive für die Vereinswahl

Unter sportwissenschaftlichen Gesichtspunkten ist der Kenntnisstand zu den Beweggründen, die zur Wahl eines Sportvereins als Ort der Sportausübung führen, als äußerst dürftig zu bezeichnen (vgl. Abschnitt 3.1.2). Das Phänomen der Zuwendung zu einem Sportverein ist im Allgemeinen wissenschaftlich ebenso wenig überblickbar wie die Aufnahme eines gesundheitsorientierten Sportangebotes im Speziellen. Um hier erste Einblicke in die Motivationslage der Sportler im Bezug auf die Vereinswahl zu erhalten, wurden den Befragten elf Items zur binären Bewertung („Trifft zu“ – „Trifft nicht zu“) geboten. Hierbei zeigt sich, dass an vorderster Stelle das betreffende Angebot, das gemäß den individuellen Bedürfnissen besucht wird, Ausschlag gebend ist: 56,6% (N=1725) der Sportler nennen das Kriterium des „überzeugenden Angebots“ als maßgeblich an. Dicht gefolgt wird dieses Motiv von

einer personalen Komponente: Die Qualität und Kompetenz der Übungsleiter werden von den Sportlern mit 54,3% als maßgeblich für die Vereinswahl belegt. Mit vergleichbar hoher Zustimmung wird lediglich noch der Umstand, dass es sich beim Gesundheitssportanbieter um den „Verein vor Ort“ handelt, was durchaus auch eine eingeschränkte Wahl(möglichkeit) konnotiert, belegt (47,9%). Erst mit deutlichem Abstand können gesundheitlich motivierte Items („Gesundheitliches Vereins-Gesamtkonzept“, „Vorschlag des Arztes“, „Ärztliche Betreuung im Verein“) oder Merkmale des sozialen Netzes („Überzeugung durch Freunde/Bekannte“) bzw. spezifische Variablen des Vereins („Nähe zum Wohnort“, „Überzeugendes Rahmenprogramm“, „Zugang über Kooperationsbeziehung“⁵³, „Günstiger Vereinsbeitrag“) ausgemacht werden. Einen detaillierten Überblick zu den Motiven der Vereinswahl – auch in Abhängigkeit des Geschlechts – liefert Abb. 5-41:

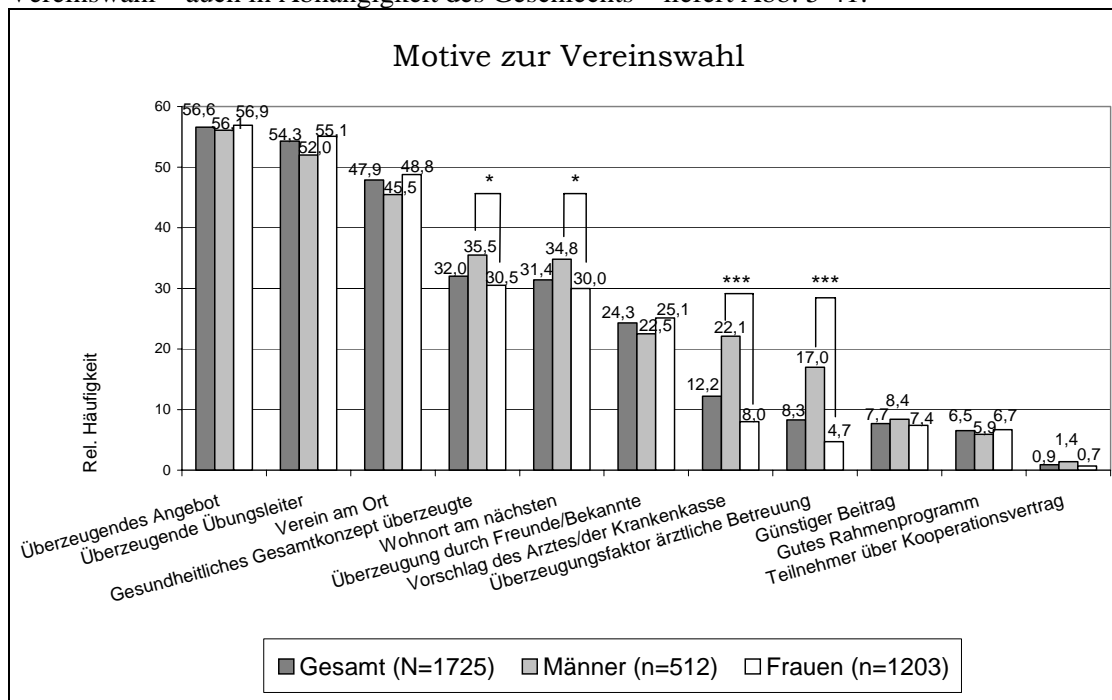


Abb. 5-41: Motive für die Wahl des Sportanbieters, gesamt und in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent; Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$, * $p [.05$ auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests) (N=1725)

Eine geschlechtsspezifische Differenzierung und Prüfung auf signifikante Unterschiede mittels Chi-Quadrat-Tests bezüglich der Motive zur Vereinswahl zeigt zunächst, dass insbesondere die drei „Favoriten“ bei der Entscheidung für einen Verein („Überzeugendes Angebot“, „Überzeugende Übungsleiter“, „Verein vor Ort“) prozentual häufiger von Frauen herangezogen werden als von Männern (vgl. Abb. 5-41). Für diese geschlechtlichen Unterschiede konnte jedoch keine statistische Signifikanz nachgewiesen werden. Dies gilt ebenso für den – im Vergleich zu Männern – relativ gesehen höheren Anteil an Frauen, der sich durch ein „gutes Rahmenprogramm“ und die „Überzeugung durch Freunde bzw. Bekannte“ für einen Verein entscheidet. Auch hier konnte keine statistische Bedeutsamkeit nachgewiesen werden. Hingegen erreichten die Motive „Gesundheitliches Gesamtkonzept des

⁵³ Einige der prämierten „Gesundheitsclubs“ unterhielten eine Reihe von Kooperationsbeziehungen z.B. zu Betrieben, Krankenkassen, Bildungswerken oder anderen Institutionen, worüber die Teilnehmer von Gesundheitssportangeboten rekrutiert wurden. Diesen Probanden war keine freie Vereinswahl möglich, der Zugang zum jeweiligen Verein „vorbestimmt“.

Vereins überzeugte“ ($X^2=4,191$; $df=1$; $p= .041$) und „Nähe zum Wohnort“ ($X^2=3,772$; $df=1$; $p= .052$), die häufiger von Männern als Beweggrund zur Vereinswahl angegeben wurden als von Frauen, das Signifikanzniveau. Für die Entscheidung aus Gründen der Empfehlung bzw. der Betreuung durch einen Arzt in Vernetzung mit dem Sportverein zeigen sich höchstsignifikant mehr Männer empfänglich als Frauen („Vorschlag des Arztes/der Krankenkasse“: $X^2=66,630$; $df=1$; $p< .001$; „Ärztliche Betreuung“: $X^2=70,116$; $df=1$; $p< .001$).

Motive zur Vereinswahl	Rel. Anteil AG 1 (N=43)	Rel. Anteil AG 2 (N=250)	Rel. Anteil AG 3 (N=741)	Rel. Anteil AG 4 (N=689)	X ² -Wert	df	p-Wert
Überzeugendes Angebot	58,1	62,8	57,0	54,1	5,689	3	n.s.
Überzeugende Übungsleiter	32,6	51,6	54,0	56,7	10,612	3	= .014
Verein am Ort	44,2	54,0	47,5	46,3	4,720	3	n.s.
Gesundheitliches Gesamtkonzept	14,0	26,0	31,7	35,7	14,433	3	= .002
Nähe zum Wohnort	39,5	33,2	30,2	31,5	2,171	3	n.s.
Überzeugung durch Freunde/Bekannte	51,2	24,4	25,0	22,1	18,881	3	< .001
Vorschlag des Arztes/der Krankenkasse	0	2,4	9,3	19,6	69,381	3	< .001
Ärztliche Betreuung im Verein	0	0	6,1	14,2	63,116	3	< .001
Günstiger Beitrag	23,3	12,0	6,1	7,0	24,370	3	< .001
Gutes Rahmenprogramm	0	2,0	4,2	11,0	41,129	3	< .001
Teilnehmer einer Kooperationsbeziehung	0	0,8	1,1	0,9	0,657	3	n.s.

Tab. 5-24: Motive zur Wahl des Sportvereins als Anbieter des Gesundheitssports in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent der Positivantworten, inkl. Angabe des Chi-Quadrat- und p-Wertes sowie der Freiheitsgrade df auf der Basis multipler Chi-Quadrat-Tests; Mehrfachnennungen waren möglich) (N=1723)

Eine durchaus interessante Ergebnislage bietet eine Differenzierung der Items nach dem Alter der Versuchspersonen (vgl. Tab. 5-24). Während die Faktoren „Vorschlag des Arztes/der Krankenkasse“ und „Ärztliche Betreuung im Verein“ erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter der Sportler höchstsignifikant an Bedeutung für die Entscheidung für einen Sportverein gewinnen, verliert auf einem vergleichbaren statistischen Niveau der finanzielle Aspekt des Vereinsbeitrags mit dem steigenden Alter an Bedeutung. Letzterer Faktor spielt vor allem für die jüngere Generation bei der Wahl des Sportanbieters eine deutlich größere Rolle (23,3%). Als einen umfassenden Anbieter zur Freizeitgestaltung begreifen die jüngeren Altersgruppen den Sportverein insofern weniger, als ein erweitertes Rahmenprogramm neben dem Sportangebot eher von den Älterensportler gesucht wird (11,0%): Für die unter 27-Jährigen spielt dieser Faktor definitiv keine Rolle (0% Zustimmung), unter den Seniorensportlern erhält das Item immerhin 11,0% Zuspruch. Dagegen liefert für jüngere Aktive die Anbindung an Freunde bzw. Bekannte, die bereits im Verein integriert sind, ein höchstsignifikant stärkeres Wahlmotiv als für ältere Sportler, was mit der natürlichen Reduktion des Freundeskreises im Alter

erklärt werden kann (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.3.2). Liegt der Anteil derer, die sich durch den Zuspruch von Freunden bzw. Bekannten für einen Verein haben gewinnen lassen noch bei über 50%, sinkt dieser bis zur Altersgruppe der über 60-Jährigen auf 22,1% ab.

Darüber hinaus legen die Sportler mit zunehmendem Alter hochsignifikant mehr Wert auf ein stimmiges und ansprechendes gesundheitliches Gesamtkonzept des Sportvereins: Zur Altersgruppe der über 60-Jährigen hin steigt der Zustimmungsteil auf deutlich über ein Drittel (35,7%). Für die jüngsten Sportler der Stichprobe (14,0%) zählt offenbar das singuläre Angebot stärker als die gesundheitliche Gesamtausrichtung des Anbieters.

Daneben bewerten die Probanden die Wertigkeit des Übungsleiters signifikant stärker je älter die Sportler sind. Unter den jüngeren Aktiven nimmt dieser Faktor einen deutlich geringeren Stellenwert ein (AG 1: 32,6%), während er mit der Altersgruppe 2 bereits von über der Hälfte der Mitglieder als bedeutsam für die Vereinswahl eingestuft wird und mit zunehmendem Alter weiter an Bedeutung gewinnt (vgl. Tab. 5-24).

Die Motive „Überzeugendes Angebot“ sowie die Merkmale der räumlichen Strukturierung („Verein am Ort“, „Nähe des Vereins zum Wohnort“) schließlich werden über alle Altersgruppen hinweg vergleichbar und damit auch ohne statistische Signifikanz der feststellbaren Differenzen gewichtet.

Fazit

Die Motive, die Gesundheitssportler bei der Wahl ihres Sportanbieters tragen, lassen sich im Wesentlichen auf drei zentrale Kategorien konzentrieren, die sich in die Hauptachsen „Inhalt – Leitung – Räumlich-strukturelle Ansiedlung des Vereins“ klassifizieren lassen: Zunächst spricht offensichtlich das Angebot für sich. Lässt sich das Gesundheitssportangebot mit den individuellen Bedürfnissen und Erwartungen für den Sportler in Einklang oder zumindest in starke Annäherung bringen, trägt dies zur Zuwendung zum jeweiligen Verein bei. Daneben spielt die durch den Sportler beurteilte Kompetenz der Übungsleiter bei der Vereinswahl eine entscheidende Rolle. Schließlich zählt zu den drei Hauptfaktoren der Vereinsmotive ein Element der räumlich-strukturellen Ansiedlung des Vereins: Handelt es sich bei dem gewählten Sportanbieter um den „Verein am Ort“, wird nicht nur eine räumliche Nähe, sondern auch tradierte, gewachsene Strukturen in der Gemeindekonstitution oder auch der eigenen Sportvereinsbiographie genutzt. Auffallend ist, dass finanzielle Aspekte wie die Höhe des Mitgliedsbeitrags oder auch die Zuwendung aus der Vernetzung mit Freunden und Bekannten heraus bei der Motivation für einen Sportverein eine untergeordnete Rolle spielen. Diese Gesetzmäßigkeiten lassen sich aufgrund mangelnder statistischer Signifikanz relativ festgestellter Unterschiede auf beide Geschlechter übertragen. Eine nachweisliche Diskrepanz ist jedoch für Motive mit gesundheitlicher Relevanz festzustellen: Ist eine ärztliche Betreuung von Nöten oder geht eine Zuweisung durch den Arzt voraus, lassen sich Männer deutlich eher für einen bestimmten Verein gewinnen, während diese Aspekte für Frauen weniger eine Rolle spielen. Dies lässt sich in die Ergebnislage zum grundsätzlichen Zugang der Männer zum Gesundheitssport eingliedern, die mit deutlicher Beschwerdelage zur sportlichen Aktivität finden und damit in Konsequenz häufiger in Angebote eintreten, die unter ärztlicher Betreuung stehen oder bei denen dieses anzuraten ist (vgl. Abschnitt 5.1). Hierzu korrespondiert auch das Ergebnis, dass diese Motive höchstsignifikant umso stärker bei der Vereinswahl für die Sportler wiegen, je älter sie sind und damit u.U. auch je weiter das Beschwerdebild ausgeprägt ist. Auch ein stimmiges gesundheitliches Gesamtkonzept und ein akzeptiertes Rahmenprogramm des Sportanbieters

beeinflusst die Vereinswahl erst mit zunehmendem Alter der Probanden. Darüber hinaus erreicht auch die Übungsleitung unter Älteren einen höheren Stellenwert bei der Entscheidung für einen Sportverein.

Erwartungsgemäß reichen demgegenüber für jüngere Sportler Aspekte des finanziellen Beitrags für die gesundheitsorientierte Freizeitgestaltung eher zum Entscheidungsträger bei der Vereinswahl als bei älteren Probanden. Beachtenswert ist schließlich der höchstsignifikante Unterschied in der Zuwendung zum Verein aus Gründen der sozialen Eingebundenheit in ein Netz aus Freunden bzw. Bekannten, die bereits sportlich aktiv sind und damit den Weg zum Sportverein „gebahnt“ haben: Dies trifft umso mehr zu, je jünger die Sportler sind. Für ältere Probanden ist dies eher selten ein Zugangsmotiv.

Motivierung für jeweilige Angebotsauswahl

Zur Komplettierung der Dimension „Zugangsmotivation“ erscheint das Motivgefüge der Sportler für die Wahl des jeweiligen Angebots bzw. der Angebotsauswahl, die sie aus dem Vereinsprogramm belegt haben, von Interesse. Durch Erkenntnisse darüber, warum sich Freizeit- und Gesundheitssportler für die Sportangebote entschieden haben, lassen sich Rückschlüsse auf die Anreizqualitäten der Gesundheitssportdimensionen Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssport auf der Angebotsebene schließen. Inhaltlich ist dabei zu differenzieren zwischen der (grundsätzlichen) Motivation für eine (gesundheits-)sportliche Aktivierung, die zu einem späteren Zeitpunkt Gegenstand der Untersuchung sein wird, und dem hier vorliegenden Aspekt der Zugangsmotivation zum Vereinssportangebot. Aufschlüsse hierüber liefert die Aufforderung an die Probanden, eine Auswahl von neun Items auf einer fünfstufigen Skala (1 – „trifft nicht zu“ bis 5 – „trifft völlig zu“) zu bewerten. Eine Angabe frei formulierter Zugangsgründe war möglich. Die Auswertung dieser Kategorie ergab jedoch keinen wesentlichen Zusatz; i.a.R. konnten die hier formulierten Antworten den gebotenen Items unter- bzw. zugeordnet werden.

Motiv zur Angebotsauswahl	M Ge- samt	SD Ge- samt	M Män- ner	SD Män- ner	M Frau- en	SD Frau- en
... Angebot versprach Spaß***	4,59	0,73	4,39	0,86	4,66	0,66
... fühle mich hier wohl***	4,09	1,04	3,93	1,11	4,15	1,00
... günstiger Ort und Zeitpunkt des Angebots***	4,04	1,22	3,78	1,32	4,14	1,16
... ideale Abstimmung auf meine Bedürfnisse***	3,97	1,26	3,67	1,34	4,09	1,20
... Angebot ideal auf Krankheitsbild abgestimmt***	3,39	1,62	3,66	1,53	3,26	1,65
... Freunde/Bekannte im Angebot aktiv***	3,06	1,64	2,58	1,58	3,25	1,62
... habe den/die Übungsleiter/in „gewählt“***	2,97	1,64	2,58	1,59	3,13	1,64
... ideale medizinische Betreuung inbegriffen**	2,74	1,51	2,92	1,55	2,65	1,49
... Programm des Kooperationspartners (z.B. Betriebssport)	1,94	1,39	1,95	1,42	1,94	1,38

Tab. 5-25: Anreizqualitäten der Sportangebote aus der Sicht der Probanden (Statistische Kennwerte) in Gesamtverteilung und in Abhängigkeit des Geschlechts, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus *** $p < .001$, ** $p [.01$ auf der Basis von Mann-Whitney-U-Tests) (GesamtN=1495; n Männer=442; n Frauen=1053)

Eine Beschreibung der Verteilung in den einzelnen Variablen durch das statistische Maß des arithmetischen Mittels liefert neben erwarteten auch überraschende Ergebnisse: Als tragende Anreizqualität mit einer vergleichsweise geringen Streuung für die Angebotswahl konnte (erneut) das Spaßmotiv identifiziert werden ($M=4,59$, $SD=0,73$). Unerwartet starkes Gewicht erhielt ein rein ökonomisch-praktisches Item, das einen günstigen Zeitpunkt und Ort des Sportangebots für die Probanden betitelt ($M=4,04$; $SD=1,22$). Ein entscheidendes Kriterium für Freizeit- und Gesundheitssportler scheint demnach die reine Praktikabilität des Angebots hinsichtlich der räumlichen und zeitlichen Koppelung an den individuellen Alltag zu sein. Vergleichbar stark fiel die Bewertung für das „Wohlfühlen im besuchten Angebot“ aus ($M=4,09$, $SD=1,04$), das zur Entscheidung beigetragen hat. Auf den hinteren Positionen rangieren strukturelle Rahmenbedingungen des Angebots, wie der Übungsleiter ($M=2,97$, $SD=1,64$), eine medizinische Betreuung innerhalb des Sportprogramms, was z.B. für Rehabilitationssportler ein wesentliches Kriterium sein könnte ($M=2,74$, $SD=1,51$), und die Möglichkeit des Zugangs über ein Kooperationsprogramm (z.B. Betriebssport), bei der die Wahl des Sportvereins naturgemäß eingeschränkt ist ($M=1,94$, $SD=1,39$). Eine Übersicht über die Kennwerte aller neun Items liefert Tab. 5-25.

Erweist sich die Reihenfolge der Items gemessen an der Höhe der Zustimmung für Frauen unverändert, lässt sich diese für Männer mit leichten Akzentuierungen⁵⁴ in etwa duplizieren. Im Geschlechtervergleich und damit in der Differenzierung der Mittelwerte zwischen Männern und Frauen allerdings ergeben sich mit Ausnahme der Anreizqualität „Angebot eines Kooperationspartners“ für alle übrigen Items höchstsignifikante Unterschiede (vgl. Tab. 5-25). Dabei erreichen männliche Sportler lediglich in den medizinisch-pathogenen Items der „idealen Abstimmung des Angebots auf das Krankheitsbild“ und der „eingebundenen medizinischen Betreuung im Sportangebot“ einen höheren Mittelwert als die weiblichen Aktiven. Alle übrigen Variablen werden von Frauen höchstsignifikant höher bewertet.

Differenziert man die Mittelwertverteilung nach den Altersgruppen, sind statistisch bedeutsame Unterschiede anhand von Kruskal-Wallis-Tests in folgenden Items nachweisbar (vgl. Tab. 5-26): Die günstigen Rahmenbedingungen des Veranstaltungsortes und –zeitpunktes fallen umso stärker bei der Angebotswahl ins Gewicht, je älter die Probanden sind ($X^2=35,36$; $df=3$; $p<.001$). Hier ist ein sukzessiver Anstieg des Mittelwerts erkennbar. Dies gilt auch für die Anreizqualitäten des Wohlfühlens im Angebot ($X^2=53,91$; $df=3$; $p<.001$), der idealen Abstimmung auf das Krankheitsbild ($X^2=157,64$; $df=3$; $p<.001$), der idealen medizinischen Begleitbetreuung ($X^2=59,05$; $df=3$; $p<.001$) und des Zugangs über einen Kooperationspartner zum Kurs ($X^2=32,12$; $df=3$; $p<.001$). Eine angemessene Abstimmung der Angebotsinhalte auf die individuellen Bedürfnisse werden hingegen insbesondere von den jüngeren Altersgruppen, also den Probanden bis 40 Jahren als Ausschlag gebend bewertet, während die Mittelwerte der über 41-Jährigen demgegenüber abfallen ($X^2=17,83$; $df=3$; $p<.001$). Für alle übrigen Items konnten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Alters nachgewiesen werden.

⁵⁴ Männer bewerten ihr „Wohlfühlen“ im gewählten Angebot im Schnitt höher als das „strategische“ Element des günstigen Ortes und Zeitpunkts des Angebots (vgl. Tab. 5-25).

Motiv zur Angebotsauswahl	AG 1 M(SD) N=41	AG 2 M(SD) N=243	AG 3 M(SD) N=666	AG 4 M(SD) N=549
... Angebot versprach Spaß	4,63 (0,62)	4,68 (0,56)	4,53 (0,80)	4,61 (0,72)
... fühle mich hier wohl***	3,37 (1,30)	3,83 (1,12)	4,07 (1,04)	4,28 (0,92)
... günstiger Ort und Zeitpunkt des Angebots***	3,45 (1,34)	3,94 (1,19)	3,95 (1,26)	4,23 (1,13)
... ideale Abstimmung auf meine Bedürfnisse***	4,13 (1,17)	4,27 (1,04)	3,99 (1,22)	3,78 (1,38)
... Angebot ideal auf Krankheitsbild abgestimmt***	1,98 (1,39)	2,44 (1,54)	3,37 (1,63)	3,93 (1,38)
... Freunde/Bekannte im Angebot aktiv	3,00 (1,78)	3,03 (1,59)	2,97 (1,62)	3,24 (1,67)
... habe den/die Übungsleiter „gewählt“	2,40 (1,57)	2,86 (1,55)	3,01 (1,66)	3,03 (1,67)
... ideale medizinische Betreuung inbegriffen***	2,05 (1,21)	2,28 (1,32)	2,65 (1,58)	3,17 (1,56)
... Programm des Kooperationspartners (z.B. Betriebssport)***	1,62 (0,94)	1,52 (1,03)	1,92 (1,36)	2,26 (1,58)

Tab. 5-26: Anreizqualitäten der Sportangebote aus der Sicht der Probanden (Statistische Kennwerte der Verteilung bei einer Skala von 1 „trifft nicht zu“ bis 5 „trifft völlig zu“) in Abhängigkeit der Altersgruppen (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus *** $p < .001$ auf der Basis von Kruskal-Wallis-Tests) (Gesamt-N=1499)

Die Berechnung einer Korrelationsmatrix (Pearsons-R) identifiziert im gros geringe bis mittlere Zusammenhänge, die sich jedoch – von wenigen Ausnahmen abgesehen – auf einem statistischen Signifikanzniveau von 5% bzw. 1% absichern ließ. Auffälligerweise gruppieren sich die vergleichsweise höheren Korrelationskoeffizienten im Bereich der medizinisch-gesundheitlichen Motivation, also zwischen solchen Items, die eine medizinische Betreuung im Angebot oder eine Abstimmung auf das jeweilige Krankheitsbild und einen Zugangsweg über einen Kooperationspartner (aus der öffentlichen Gesundheitsfürsorge) kommunizieren (vgl. Tab. 5-27).

Motiv zu Angebots(aus)wahl	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. ... versprach Spaß	.28**	.40**	.19**	.33**	-.09**	.17**	.05	-.00
2. ...Freunde/Bekannte dort aktiv		.36**	.19**	.21**	-.02	.14**	.03	.08*
3. ... fühle mich hier wohl			.23**	.24**	.19**	.26**	.20**	.15**
4. ... habe den/die Übungsleiter „gewählt“				.18**	.15**	.18**	.12**	.08*
5. ... ideale Abstimmung auf meine Bedürfnisse					.01	.22**	.05	.01
6. ... Angebot ideal auf mein Krankheitsbild abgestimmt						.20**	.51**	.40**
7. ... günstiger Ort und Zeitpunkt des Angebots							.20**	.18**
8. ... ideale medizinische Betreuung inbegriffen								.48**
9. ... Programm des Kooperationspartners								

Tab. 5-27: Korrelationsmatrix (Pearson's Korrelationskoeffizient R) der Motive zur Angebots(aus)-wahl (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: ** $p < .01$, * $p < .05$)

Ein signifikanter, wenn auch verschwindend geringer, Negativzusammenhang überraschte indes: Von einem Angebot, das auf die persönlichen krankheitsimmanenten Gesundheitsbeschwerden zugeschnitten ist (z.B. ein Coronarsportangebot) erwarten sich die Probanden keinen Spaßgewinn ($R = -.09^{**}$)! Insbesondere das Item „Wohlfühlen im Angebot“ geht mit allen übrigen Variablen mittlere, hochsignifikante Korrelationen ein und legt damit den Schluss nahe, dass das subjektive Wohlfühlen in einer engen Komplexstruktur mit allen übrigen Umständen steht, wie die gleichzeitige Aktivität von Freunden/Bekanntem im Sportangebot, der Spaßaspekt, die Betreuung durch den Übungsleiter, der als günstig empfundene räumliche und zeitliche Rahmen und die inhaltlich-gesundheitliche Gestaltung des Angebotes. All diese Elemente scheinen Einfluss auf das subjektive Erleben der sportlichen Aktivität zu nehmen und entscheiden mit, ob sich ein Sportler im Angebot „wohl fühlt“.

Kritische Autoren legen zur Eignung einer Korrelationsmatrix für eine Faktorenanalyse die Überprüfung derartiger Matrizen hinsichtlich ihrer positiven Definitheit nahe (SPONSEL, 2002). Hierzu werden deren Eigenwerte herangezogen, die für die vorliegende Korrelationsmatrix durchweg positive Werte zwischen 2.48345 und 0.435221 erbrachte und somit für das weitere Vorgehen hinsichtlich der Faktorenanalyse eine Zwei-Faktorenlösung nahelegt (vgl. Tab. 5-28).

Laufindex (i)	Eigenwert
1.	2.48345
2.	1.77537
3.	.879004
4.	.849328
5.	.757704
6.	.692607
7.	.627643
8.	.499668
9.	.435221

Tab. 5-28:
Eigenwerte zur Korrelationsmatrix der Motivitems hinsichtlich der Angebots(aus)wahl aus Tab. 5-27

Die Reliabilitätsprüfung der Gesamtskalen ergab einen (Ausgangs-)Wert für Cronbach- α von .58. Eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) mit anschließender Varimax-Rotation lieferte eine Zwei-Faktoren-Struktur. Das Item „günstiger Ort und Zeitpunkt“ musste nach dem ersten Rechenschritt eliminiert werden, da es auf beide Faktoren vergleichbar hoch lud. Die endgültige Faktorenlösung erreicht eine Varianzaufklärung von 47,8% und ein Cronbach- α von .55. Dabei enthält Faktor 1 solche Motive, die medizinisch-gesundheitliche Rahmenbedingungen betreffen, da hier Items der gesundheitlichen Bedingungen und einer entsprechenden Betreuung enthalten sind und weist eine interne Konsistenz von .70 auf. Faktor 2 hingegen fasst solche Motive zusammen, die mit psycho-sozialen Rahmenbedingungen umschrieben werden können und erreicht ein Reliabilitätsmaß von .56. Hierzu zählen offensichtlich neben psychischen und sozialen Aspekten des Wohlbefindens auch Gesichtspunkte der inhaltlichen Komponente („Angebot bedient die eigenen Bedürfnisse“) und des sozialen Bezugs zur Angebotsleitung. Die Anteile an der aufgeklärten Varianz durch die beiden Faktoren sind

nahezu identisch. Tab. 5-29 gibt Faktorenladungen, Eigenwerte, Kommunalitäten (h^2) und die anteilige Varianzaufklärung wieder.

Item	Faktor 1	Faktor 2	h^2
Angebot versprach Spaß	—	.729	.543
Freunde/Bekannte im Angebot aktiv	—	.595	.357
Wohlfühlen im Angebot	—	.675	.510
Übungsleiter „gewählt“	—	.426	.211
Ideale Abstimmung auf meine Bedürfnisse	—	.584	.345
Ideale Abstimmung auf mein Krankheitsbild	.788	—	.628
Medizinische Betreuung inbegriffen	.812	—	.665
Angebot des Kooperationspartners	.744	—	.559
Eigenwerte	2,047	1,773	
Varianzaufklärung	24,21%	23,55%	

Tab. 5-29: Rotierte Faktorenladungsmatrix eines Zweifaktorenmodells der neun Items zu Motiven bezüglich der Angebots(aus)wahl (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation nach Eliminierung eines Items; Ladungen $< .40$ wurden nicht dokumentiert)

Um zu testen, ob sich hinsichtlich verschiedener Gruppen, die sich nach Geschlecht, Alter und der Zugehörigkeit zu den gebildeten Gesundheitssportlerkategorien unterscheiden lassen, statistisch bedeutsame Unterschiede in diesen Faktoren ergeben, wurden für jede Versuchsperson durch multiple Regressionsrechnung Faktorwerte ermittelt. Aus diesem Verfahren gingen standardisierte Werte mit einem Mittelwert von 0 und einer Standardabweichung von 1 hervor (BACKHAUS ET AL., 2000).

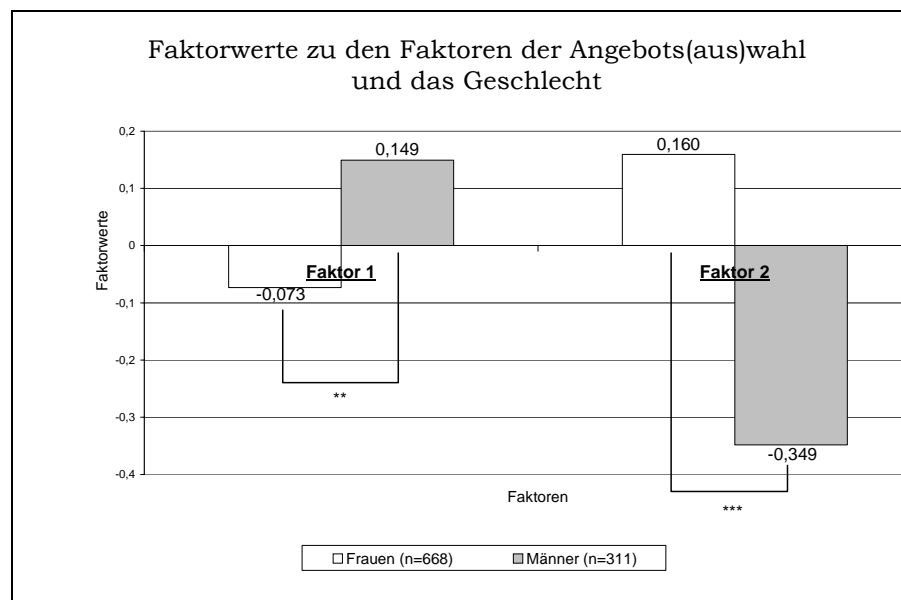


Abb. 5-42:
Faktorwerte zu den Faktoren der Motivation bei der Angebots(aus)wahl in Abhängigkeit des Geschlechts (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$)

Mittelwertvergleiche (t-Test für unabhängige Stichproben) ergaben für die geschlechtsspezifische Betrachtung, dass Frauen von den Aspekten der medizinisch-gesundheitlichen Rahmenbedingungen hochsignifikant weniger bei der Wahl ihres Sportangebotes geleitet werden als Männer ($T = -3,16$; $df = 559,7$; $p = .002$). Für die Gesichtspunkte der psycho-sozialen Rahmenbedingungen hingegen dreht

sich das Bild um (vgl. Abb. 5-42). Diese Faktoren spielen für Frauen eine wesentlich stärkere Rolle bei der Entscheidung für ein spezifisches sportliches Vereinsangebot als für Männer. Dieser Unterschied konnte auf einem statistisch höchstsignifikanten Niveau abgesichert werden ($T=7,61$; $df=977$; $p < .001$).

Eine Überprüfung der beiden Faktoren in Abhängigkeit des Altersverlaufs dokumentiert eindrucksvoll die Bedeutung der medizinisch-gesundheitlichen Rahmenbedingungen eines Sportangebots für ältere Sportler. Jüngere Aktive lassen sich durch derartige Gesichtspunkte weniger bei der Wahl des Sportprogramms leiten. Eine Überprüfung mittels Kruskal-Wallis-Tests ergab für den Faktor „medizinisch-gesundheitliche Rahmenbedingungen“ als Motivkomplex zur Angebotswahl eine Absicherung des konstatierten Effektes auf höchstsignifikanten Niveau ($X^2=89,60$; $df=3$; $p < .001$).

Abb. 5-43 verdeutlicht daneben die Entwicklung der Faktorwertkurve für den Faktor 2 („psychosoziale Rahmenbedingungen“) über den Altersverlauf, die ihren höchsten Punkt bei der Gruppe der 27- bis 40-jährigen Sportler erreicht und zu den Ältestensportlern hin sukzessive abfällt. Die augenfälligen Differenzen in der Bewertung dieses Faktors in den Altersgruppen konnten statistisch auf signifikantem Niveau nachgewiesen werden (Kruskal-Wallis-Test: $X^2=11,093$; $df=3$; $p = .011$).

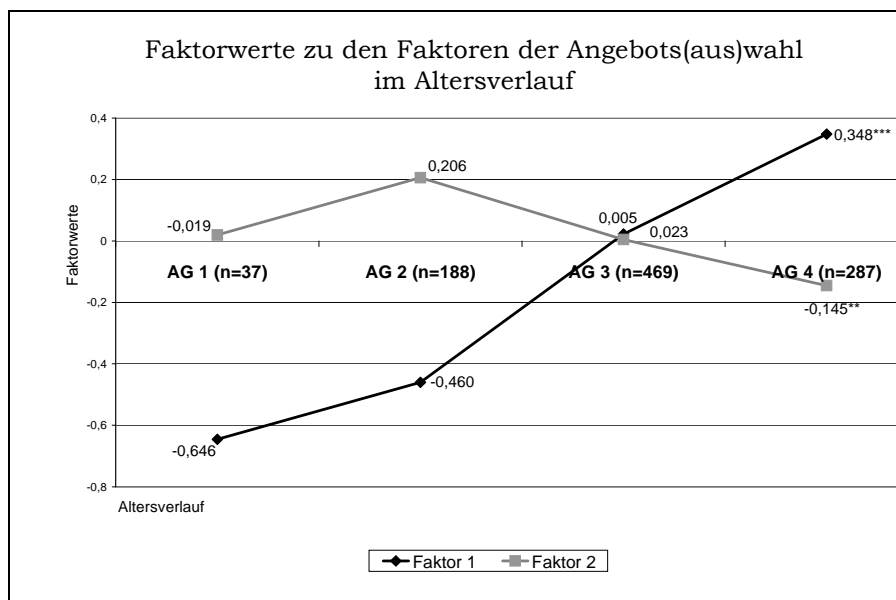


Abb. 5-43:
Faktorwerte zu den Faktoren der Motivation bei der Angebots(aus)wahl in Abhängigkeit des Alters (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$; ** $p < .01$ auf der Basis von Kruskal-Wallis-Tests)

Fazit

Erkenntnisse über die Motivstruktur von Sportlern, die sich einem Freizeit- bzw. Gesundheitssportangebot eines Vereins anschließen, liegen aus der Literatur bislang nicht vor. Hier könnten allenfalls Vermutungen oder Rückschlüsse auf der Basis der übergreifenden sportpsychologischen Motivationsforschung einen Anhaltspunkt bieten, sie trafen jedoch lediglich die Ebene der Motive zur sportlichen Aktivierung im Allgemeinen, nicht aber für den vereinsorganisierten Gesundheitssport im Besonderen. Die vorliegenden Ergebnisse zu diesem Zusammenhang liefern hierzu einen überraschenden Befund: Vor allen anderen gebotenen Motiven wird das Spaßmotiv als Anreiz für den Besuch eines gesundheitssportlich ausgerichteten Vereinsangebotes genannt, was auf der Basis soziologischer (OPASCHOWSKI, 1987b) und grundlegender sportpsychologischer Untersuchungen (BÖS & WOLL, 1989; STEFFGEN ET AL., 2000) bereits vermutet werden konnte (vgl. Abschnitt 2.3). Die Suche nach der Erfüllung dieses Bedürfnisses spielt also auch für Probanden, die per se ein Bewegungsangebot

„um ihrer Gesundheit willen“ aufsuchen, die zentralste Rolle. Auffälligerweise wird dieses Motiv gefolgt von einem organisatorisch-praktischen Aspekt, das den möglichst günstigen Zeitpunkt und Ort des jeweiligen Sportangebots benennt. Organisatorische Aspekte rücken damit für die Aktivierung von Gesundheits- und Freizeitsportlern an eine entscheidende Position. Es kann demnach vermutet werden, dass der Prozess der Aufnahme und Aufrechterhaltung der gesundheitssportlichen Aktivität maßgeblich von den Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, das Sportprogramm in den Alltag möglichst reibungslos zu integrieren oder eben nicht, abhängt. Ähnlich starkes Gewicht erhielt eine weitere subjektive Note, das Wohlfühlen im gewählten Sportangebot. Korrelationsanalysen unterstreichen in diesem Zusammenhang die notwendige Ausbildung eines Komplexes an psycho-sozialen Rahmenbedingungen wie die Einbindung von Freundschaften sowie die positive Bewertung der inhaltlichen Gestaltung und die Leitung des Sportangebotes. Insgesamt jedoch wird die Bedeutung des Übungsleiters bei der Entscheidungsfindung für ein Sportangebot durch die Probanden eher gering eingestuft. Dieses Item blieb deutlich hinter psycho-sozialen und organisatorisch-inhaltlichen Motiven zurück.

Ein Geschlechtervergleich legte für Männer den Schwerpunkt auf den Motivkomplex der gesundheitlich-relevanten Rahmenbedingungen des Sportangebotes: Sie erwarten höchstsignifikant stärker eine begleitende medizinische Betreuung innerhalb des Angebotes und dessen adäquate Ausrichtung auf ihre individuelle gesundheitliche Verfassung als Frauen. Dieser Befund geht sicherlich mit dem hohen Anteil männlicher Sportler in Rehabilitationssportangeboten innerhalb der Stichprobe einher, die naturgemäß an diesen Strukturqualitäten interessiert sind. Frauen schließlich legen als Maßstab bei der Wahl eines Sportangebotes bzw. der Zusammenstellung sportlicher Aktivitäten im Verein höchstsignifikant häufiger die Aspekte Spaß, Einbindung von Freundschaften, Wohlfühlen, günstige räumliche und zeitliche Anbindung, inhaltliche Abstimmung auf die eigenen Bedürfnisse und die individuelle Bewertung der Übungsleitung fest.

Eine altersabhängige Betrachtung identifizierte räumlich-organisatorische Gesichtspunkte (günstiger Ort und Zeitpunkt des Angebotes), Aspekte des Wohlfühlens im Angebot, die inhaltliche Abstimmung auf das individuelle Krankheitsbild, eine gekoppelte ärztliche Betreuung und der Zugang über einen vermittelnden Kooperationspartner des Vereins (Arzt, Krankenkasse, Klinik, Betrieb etc.) als starke Einflussgeber auf die Angebots(aus)wahl im Alter. Dagegen sinkt der Aspekt einer „idealen Abstimmung auf die individuellen Bedürfnisse“ mit dem Alter signifikant ab.

Bei einer Zwei-Faktorenlösung dieser Motivskalen spalten sich die Anreizqualitäten von gesundheitsorientierten Sportangeboten im Verein in die Aspekte „medizinisch-gesundheitliche“ und „psycho-soziale Rahmenbedingungen“. In dieser Konzentration setzen sich die vorab dargestellten Befunde weiter fest: Für Frauen spielt das psycho-soziale Umfeld des Sportangebotes einen höchstsignifikant größeren Wert als für Männer, während jene auf die medizinisch-gesundheitlichen Zusatzqualitäten des Angebots signifikant stärker Wert legen. Im Altersvergleich konnten hierbei die Differenzen in beiden Faktoren auf einem statistisch bedeutsamen Niveau abgesichert werden. Danach gilt: Je älter die Probanden sind, desto mehr Wert legen sie auf Aspekte der medizinisch-gesundheitlichen Ausrichtung des Angebots bei der Wahl ihrer sportlichen Programme und desto weniger auf psycho-soziale Momente der Sportprogramme.

Insgesamt legen die Befunde nahe, dass neben einer grundsätzlich ausgeprägten Motivation für eine sportliche Aktivierung, die den Rahmen und das Organisationsprinzip der Aktivität nicht festlegt, weitere Anreizqualitäten für „potentielle“ (Gesundheits-)Sportler existieren mit denen ein Zugang und evtl. auch eine Bindung an den Sport und den Sportanbieter einher gehen. Die Ergebnisse erlauben jedoch keinen allgemeinen Rückschluss auf die Richtung der Wechselwirkung. D.h., es kann nicht geklärt werden, ob zunächst das Interesse für oder gar die Anbindung an einen Sportverein und dann die Aktivität innerhalb des Vereinsangebots erfolgte, oder umgekehrt. Erkenntnisse aus der Drop-out-Forschung legen jedoch die These nahe, dass der Übungsleitung von Sportangeboten ein wesentlicher Bedeutungsanteil im Bindungsprozess zukommt und weiterer Untersuchung bedarf (FUCHS, LIPPKE & KNÄUPER, 2000; PAHMEIER, 1994a, 1994b).

Motivation für den Gesundheitssport

Zur Beurteilung der Motivation für die sportliche Betätigung existieren eine Reihe von empirischen Skalen und pädagogischen Perspektivenkonstruktionen. Neben verschiedenen Skalen zur Motivausprägung finden Einstellungsmessungen Anwendung bei der Erforschung von handlungssteuernden Elementen. Sportpsychologische und sportsoziologische Untersuchungen ziehen v.a. mehrdimensionale Skalen (z.B. ATPA nach KENYON), die den instrumentellen Charakter des Sports in physische, psychische, soziale und kognitiv-affektive Dimensionen gliedern, zur Erfassung der Einstellungslage gegenüber sportlicher Aktivität heran. Reichweite und Grenzen derartiger Konzepte wurden in Abschnitt 2.3 diskutiert.

Der Versuch, die Motivlage von sportlich aktiven Personen zu eruieren, stößt i.a.R. auf das Problem der Vielperspektivität des Phänomens Sport. Wesentliche Dimensionen hierzu konnten in der Forschung zwischenzeitlich extrahiert werden und liefern Anhaltspunkte für einen grundlegenden Zugang zu dieser Fragestellung (BÖS & WOLL, 1989; MÜCKE, 1986; OPASCHOWSKI, 1987a; SCHICK, 1998; WOLL, 1994). Im Speziellen gelten Populationen aus dem fitnessorientierten Freizeitsport (Fitness-Studio) als vergleichsweise gut erforscht (OERDER, 1990; PETRY, 1990; ZAROTIS, 1999). Im Übrigen liegen einige Erkenntnisse aus Studien zur Aktivierung von Personen zu einer sportlichen Aktivität vor, die jedoch häufig einen eingeschränkten Fokus auf eine Zielorientierung besitzen, z.B. die Aktivierung für Bewegungsprogramme in der Rehabilitation (GÖHNER & EID, 2001; WEBER, 1998).

Für die vorliegende Untersuchung müssen folgende Prämissen beachtet werden. Zum einen handelt es sich bei den Probanden um sportlich aktive Personen, die bereits Zugang und in einem gewissen Rahmen Integration in einem Sportverein gefunden haben. Eine Anstoßmotivierung kann demnach nicht Gegenstand der Analysen sein, zumal die Bewertung lediglich retrospektiv abgefragt wurde. Die im Erhebungsinstrumentarium enthaltene Fragestellung nach den Entscheidungsgründen für eine Aktivität im Gesundheitssport kann also in erster Linie Hinweise auf grundsätzliche Faktoren der Sportmotivation liefern.

Zum anderen ist die Konstitution der angewandten Skala an Grenzen gebunden, die sich aus der Auswahl und dem Umfang der Dimensionen bzw. Items ergeben. Eine Einordnung in bereits vorliegende Studienbefunde muss deshalb unter der gebotenen Vorsicht erfolgen.

Es wird angenommen, dass eine Motivation „von außen“ aus dem Bestehen eines spezifischen Krankheitsbildes erwachsen kann, das eine Steigerung der Bewegungstätigkeit zur Verbesserung des ge-

sundheitlichen Befindens verlangt. Um solche Zusammenhänge ergründen zu können, stehen seitens des Erhebungsinstrumentariums der Fragenkomplex zum objektiven Gesundheitszustand, einer damit zusammenhängenden ärztlichen Behandlung sowie die Frage nach dem Rat des Arztes zur Aufnahme einer Gesundheitssportaktivität zur Verfügung. Darüber hinaus wurde explizit danach gefragt, ob für den Probanden das eigene Krankheitsbild als Motiv für den Eintritt in ein vereinsorganisiertes Sportangebot gewirkt hat.

Insgesamt 1010 Probanden (90,7%; 638 missing value) geben an, aufgrund ihrer dokumentierten gesundheitlichen Probleme und Risikofaktoren in einer ärztlichen Behandlung zu stehen. Von dieser Gruppe geben drei Viertel (75,2%; 12 missing value) der Sportler an, wegen eines bestehenden Krankheitsbildes im Fitness- bzw. Gesundheitssport aktiv zu sein. Etwa die Hälfte (51,3%; 12 missing value) der Patienten wurde von ihrem Arzt zur Aufnahme einer gesundheitssportlichen Maßnahme angehalten. Damit kann sowohl zwischen dem Merkmal „ärztliche Behandlung“ und „Erkrankung als Motiv für Gesundheitssportaufnahme“ (Chi-Quadrat-Test: $X^2=46,43$; $df=1$; $p < .001$) als auch mit dem Item „Aktivität im Gesundheitssport auf Empfehlung des Arztes“ (Chi-Quadrat-Test: $X^2=62,45$; $df=1$; $p < .001$) jeweils ein höchstsignifikanter Zusammenhang bestätigt werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient, der zu einer sportlichen Aktivierung in einem gesundheitsorientierten Angebot durch den Arzt motiviert wurde und diese auch aufnimmt, jenes Verhalten aus dem Motiv seines jeweiligen Gesundheitszustandes heraus zeigt, liegt bei über 99% (Chi-Quadrat-Test: $X^2=278,23$; $df=1$; $p < .001$).

Für gruppenspezifische Vergleiche wurden lediglich die Personen berücksichtigt, die aufgrund ihrer dokumentierten gesundheitlichen Beschwerden angeben, diesbezüglich in ärztlicher Behandlung zu stehen. Diese Patientengruppe wurde dahingehend geschlechts- und altersabhängig überprüft, inwieweit eine Motivation zur Aktivität im Gesundheitssport auf Anraten des Arztes bzw. aufgrund des eigenen Krankheitsbildes erfolgte (vgl. hierzu Abb. 5-44). Die Testung auf statistische Signifikanz erfolgte mittels Chi-Quadrat-Tests. Für beide Items konnte ein höchstsignifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen nachgewiesen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Männer höchstsignifikant häufiger über einen Anreiz des Arztes ihre gesundheitssportliche Aktivität aufnehmen als Frauen ($X^2=36,32$; $df=1$; $p < .001$). Männer betreiben daneben auch höchstsignifikant häufiger als Frauen eine gesundheitsorientierte Bewegungsaktivität aufgrund eines bestehenden Krankheitsbildes ($X^2=23,15$; $df=1$; $p < .001$).

Erwartungsgemäß steigt die Häufigkeit derer, die auf Anraten des Arztes oder aufgrund einer Erkrankung zu einer Bewegungsaktivität finden mit dem Alter höchstsignifikant an ($X^2=24,243$; $p < .001$). Den Antrieb zur Aufnahme und Aufrechterhaltung einer sportlichen Aktivität im Vereinsgesundheitssport finden ebenfalls mit zunehmendem Alter hochsignifikant mehr Probanden ($X^2=11,34$ $df=3$; $p = .01$).

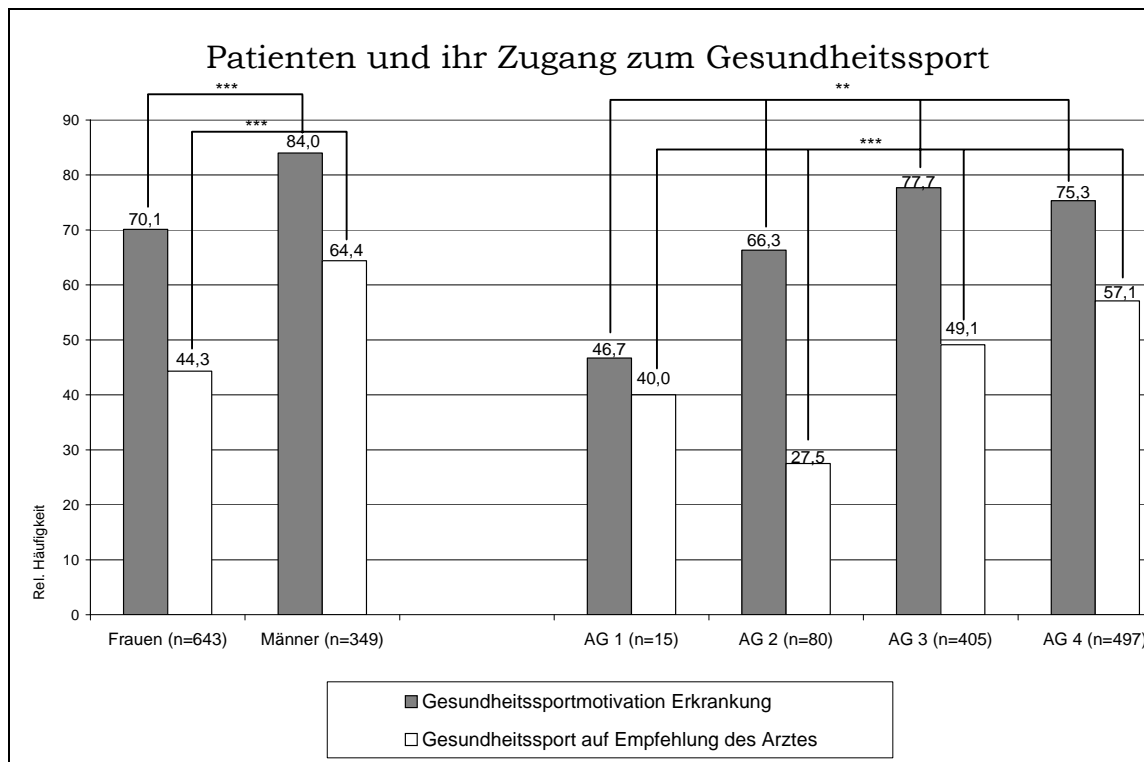


Abb. 5-44: „Gesundheitssport auf Anraten des Arztes“ bzw. aus der „Motivation einer Erkrankung heraus“, in Abhängigkeit des Geschlechts bzw. des Alters (Angaben in Prozent der Zustimmung berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen; N=1010: nur in ärztlicher Behandlung sich befindende Patienten, variiert aufgrund verschieden hoher missing value) (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p < .001$; ** $p \leq .01$)

Um genauere Aufschlüsse über die Motivationslage der Probanden hinsichtlich ihrer Aktivität im Freizeit- und Gesundheitssport zu erhalten, kann die Frage nach den Entscheidungsgründen für eine Teilnahme am Gesundheitssport genutzt werden. Die vorliegende Skala enthält hierzu zwölf Items, die auf einer fünfstufigen Likertskala erhoben wurden (1 – „trifft nicht zu“ bis 5 „trifft völlig zu“). Die Fragestellung ermöglichte auch die Formulierung freier Antworten, deren Auswertung jedoch keinen nennenswerten zusätzlichen Erkenntnisgewinn erbrachte. Auf die Darstellung der darauf entfallenen Antworten wird aus Gründen der Redundanz verzichtet. Die Auswahl der geschlossenen Items stellt eine starke Reduktion möglicher Sinnperspektiven dar, die schwerlastig auf gesundheitsorientierte Motive angelegt ist (vgl. Tab. 5-30). Theoretisch lassen sich diese acht Dimensionen unterscheiden: Gesundheit, Wohlbefinden, Ausgleich, Sozialer Kontakt, Aussehen, Freizeit und Spaß.

Eine Analyse der Verteilung mit Hilfe der Kennwerte arithmetisches Mittel und Standardabweichung muss zunächst die ungerade Skalierung berücksichtigen, die eine Interpretation der Mittelkategorie erschweren kann. Die Befundlage lässt anhand der Kennwertverteilung jedoch recht eindeutige Motivstrukturen vermuten: An der Spitze der Motivpyramide stehen die Merkmale Wohlbefinden, Spaß und Prävention. Das Motiv mit der stärksten Ausprägung findet sich für das Bestreben nach einer Hebung des Wohlbefindens ($M=4,44$). Dieser Anreiz wird von den Sportlern mit einer sehr geringen Streuung bewertet ($SD=0,82$) und manifestiert damit die einhellige Bedeutungszuweisung. An zweiter Stelle rangiert die Anreizqualität „Spaß“ ($M=4,25$), die ebenfalls eine homogene Bewertung findet ($SD=0,99$). In Korrespondenz zur Stichprobenkonstitution schließt als drittes Motiv an der Spitze des

Motivkomplexes der Aspekt der Prävention (Vorbeugung von Krankheiten am Bewegungsapparat) auf, der im Durchschnitt als „überwiegend zutreffend“ ($M=4,06$) beurteilt wird ($SD=1,13$). Die Sinnorientierung der Leistung steht mit allen unter ihr aufgefächerten Teilaspekten an vierter Stelle mit einer Mittelbewertung zwischen 3,42 und 3,65 (vgl. Tab. 5-30). Am unteren Ende der Motivskala rangieren Aspekte des Aussehens (Figur halten bzw. Gewicht reduzieren), des Ausgleichs zum Beruf und der Suche nach Anregungen für eine gesundheitsbewusste Lebensführung. An unterstützenden Effekten in diesen Bereichen sind die Freizeit- und Gesundheitssportler offensichtlich weniger interessiert. Eine detaillierte Verteilung der Kennwerte zu den Einzelitems liefert Tab. 5-30.

Motiv zur Aktivität im gesundheitsorientierten Sport	M Ge- samt	SD Ge- samt	M Män- ner	SD Män- ner	M Frau- en	SD Frau- en
1. Gesundheit						
- Suche nach Anregungen für gesundheitsbewusste Lebensführung**	2,77	1,35	2,63	1,33	2,83	1,35
- Prävention (Krankheiten am Bewegungsapparat vorbeugen)***	4,06	1,13	3,83	1,25	4,15	1,07
2. Wohlbefinden (Hebung des Wohlbefindens allgemein)***	4,44	0,82	4,32	0,90	4,49	0,78
3. Ausgleich						
- Seelisches Gleichgewicht erreichen/halten***	3,31	1,40	2,88	1,41	3,49	1,36
- Ausgleich zum Beruf schaffen***	2,96	1,43	2,78	1,45	3,04	1,42
4. Aussehen (Figur halten bzw. Gewicht reduzieren)***	3,16	1,44	2,67	1,42	3,36	1,41
5. Leistung						
- Herz-Kreislaufsystem verbessern***	3,57	1,34	3,83	1,35	3,46	1,32
- Ausdauer steigern	3,65	1,23	3,63	1,24	3,66	1,23
- Muskelkraft erhöhen***	3,42	1,33	3,18	1,35	3,51	1,31
6. Sozialer Kontakt (Geselligkeit)***	3,38	1,35	3,21	1,35	3,45	1,35
7. Freizeit (Sport als sinnvollste Freizeitgestaltung)	3,22	1,31	3,16	1,31	3,25	1,31
8. Spaß**	4,25	0,99	4,16	1,00	4,29	0,98

Tab. 5-30: Sinnperspektiven einer Aktivität im Freizeit- bzw. Gesundheitssport, Gesamtverteilung und in Abhängigkeit des Geschlechts (Statistische Kennwerte bei einer Skala von 1 „trifft nicht zu“ bis 5 „trifft völlig zu“), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$ auf der Basis von Mann-Whitney-U-Tests) (Gesamt-N=1733; n Männer=511; n Frauen=1212)

Eine geschlechtsabhängige Betrachtung liefert mit nur einer Ausnahme für alle Items höhere Mittelwerte bei Frauen im Vergleich zu männlichen Sportlern. Männer geben lediglich ein stärkeres Interesse an der Verbesserung ihres Herz-Kreislauf-Systems durch das sportliche Bewegungsprogramm im Vergleich zu Frauen an. Diese Differenz ließ sich auf einem höchstsignifikanten Niveau absichern (Mann-Whitney-U-Test: $Z = -5,819$; $p < .001$). Dieses Ergebnis ist angesichts der Stichprobenkonstitution allerdings kritisch zu betrachten: Mit einem erhöhten relativen Anteil an männlichen

Sportlern, die in Rehabilitationsangeboten, und dort im Coronarsport, aktiv sind (vgl. Abschnitt 5.3.3), sowie der häufigen Verbreitung von Herz-Kreislaufkrankungen unter den Männern der Stichprobe (vgl. Abschnitt 5.1.1) sollte die starke Ausrichtung der männlichen Sportler am Motiv, das eigene kardio-vaskuläre System leistungsmäßig zu optimieren, nicht überbewertet werden.

Für die Items „Steigerung der Ausdauerleistungsfähigkeit“ und die Sinnorientierung Freizeit („Sport als sinnvollste Freizeitbeschäftigung“) konnten im Geschlechtervergleich keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden. Das Niveau aller übrigen signifikanten Unterschiede (Mann-Whitney-U-Tests) ist der Tab. 5-30 zu entnehmen.

Motiv zur Aktivität im Gesundheitssport	AG 1 M (SD) N=43	AG 2 M (SD) N=249	AG 3 M (SD) N=745	AG 4 M (SD) N=649
1. Gesundheit				
- Suche nach Anregungen für gesundheitsbewusste Lebensführung***	2,28 (1,50)	2,23 (1,27)	2,72 (1,37)	3,04 (1,27)
- Prävention (Krankheiten am Bewegungsapparat vorbeugen)***	2,81 (1,56)	3,85 (1,26)	4,16 (1,07)	4,09 (1,07)
2. Wohlbefinden (Hebung des Wohlbefindens allgemein)	4,40 (0,85)	4,55 (0,75)	4,46 (0,80)	4,39 (0,87)
3. Ausgleich				
- Seelisches Gleichgewicht erreichen/halten*	3,37 (1,48)	3,50 (1,45)	3,31 (1,41)	3,31 (1,36)
- Ausgleich zum Beruf schaffen***	3,28 (1,53)	3,57 (1,44)	3,24 (1,49)	2,41 (1,16)
4. Aussehen (Figur halten bzw. Gewicht reduzieren)***	3,93 (1,30)	3,49 (1,53)	3,11 (1,47)	3,04 (1,36)
5. Leistung				
- Herz-Kreislaufsystem verbessern***	2,91 (1,52)	3,24 (1,40)	3,50 (1,37)	3,81 (1,22)
- Ausdauer steigern**	3,84 (1,25)	3,86 (1,20)	3,60 (1,29)	3,61 (1,18)
- Muskelkraft erhöhen***	3,91 (1,34)	3,69 (1,31)	3,39 (1,38)	3,31 (1,26)
6. Sozialer Kontakt (Geselligkeit)***	2,67 (1,38)	3,18 (1,46)	3,28 (1,36)	3,62 (1,27)
7. Freizeit (Sport als sinnvollste Freizeitbeschäftigung)***	3,23 (1,34)	2,92 (1,40)	3,17 (1,33)	3,39 (1,24)
8. Spaß**	4,37 (1,13)	4,39 (0,92)	4,27 (0,96)	4,17 (1,02)

Tab. 5-31: Kennwertverteilung der Motive für die Aktivität im Freizeit- und Gesundheitssport in Abhängigkeit des Alters (Skala von 1 „trifft nicht zu“ bis 5 „trifft völlig zu“, inkl. Angabe des Signifikanzniveaus *** $p < .001$, ** $p [.01$, * $p [.05$ auf der Basis von Kruskal-Wallis-Tests) (Gesamt-N=1731)

Der Altersvergleich zeigt folgende Gesetzmäßigkeiten (vgl. Tab. 5-31): Je älter die Probanden sind, desto stärker ist der Motivkomplex Gesundheit ausgeprägt. Sowohl für das Item „Suche nach Anregungen für eine gesundheitsbewusste Lebensführung“ ($X^2=79,189$; $df=3$; $p < .001$) als auch für den Aspekt der Prävention ($X^2=39,319$; $df=3$; $p < .001$) ließ sich der Mittelwertsverlauf in Abhängigkeit des Alters mittels Kruskal-Wallis-Tests auf einem höchstsignifikanten Niveau absichern. Mit dem Alter steigt auch die Sinnorientierung „Geselligkeit“ an. Ältere Sportler sehen also in der sportlichen

Aktivität auch das Motiv des sozialen Kontaktes höchstsignifikant stärker als jüngere Aktive ($X^2=40,082$; $df=3$; $p<.001$).

Für die Aspekte der Dimension „Leistung“ lassen sich uneinheitliche Befunde konstatieren, die mittels Kruskal-Wallis-Tests abzusichern waren. Erweist sich für das Item „Verbesserung des Herz-Kreislaufsystems“ eine wachsende Bedeutung bei der Motivation für den Gesundheitssport mit zunehmendem Alter der Probanden ($X^2=44,896$; $df=3$; $p<.001$), spielt für jüngere Versuchspersonen die Steigerung der Muskelkraft eine hochsignifikant stärkere Bedeutung ($X^2=24,565$; $df=3$; $p<.001$). Die Verbesserung der eigenen Ausdauerleistungsfähigkeit erachten Sportler unter 41 Jahren als ein deutlich gewichtigeres Motiv für ihre sportliche Aktivität an als jene ab 41 Jahren ($X^2=12,147$; $df=3$; $p=.007$). Für jüngere Sportler hingegen spielen Aspekte des Ausgleichs („Seelisches Gleichgewicht“: $X^2=7,883$; $df=3$; $p=.049$; „Ausgleich zum Beruf“: $X^2=183,251$; $df=3$; $p<.001$), des Aussehens ($X^2=33,496$; $df=3$; $p<.001$) und der Spaß am Sport ($X^2=11,935$; $df=3$; $p=.008$) als Motiv für ihre sportliche Aktivität eine statistisch bedeutsamere Rolle als für Sportler höherer Altersklassen.

Tab. 5-32 gibt die Korrelationsmatrix der Einzelitems zum Komplex der Motive für eine Aktivität im Gesundheitssport wider. Insgesamt ergeben sich allerdings nur geringe bis mittlere Zusammenhänge, die jedoch ausnahmslos mindestens auf dem 5%-Niveau signifikant sind. Korrelationen um einen R-Wert von .45 ergeben sich für Teilaspekte der Sinnorientierung Leistung, die einen Zusammenhang der Merkmale Stärkung des Herz-Kreislaufsystem und der Ausdauer sowie der Kraft als Motive unterstreichen. In einer vergleichbaren Höhe fällt der Zusammenhang zwischen dem Item „Freizeit“ und dem Spaßmotiv aus. Eine „sinnvolle Freizeitbeschäftigung“ geht für die Sportler demnach auch mit einer Befriedigung des Spaßbedürfnisses einher.

Motiv zur Aktivität im Gesundheitssport	1b.	2.	3a.	3b.	4.	5a.	5b.	5c.	6.	7.	8.
1. Gesundheit											
a) Lebensführung	.22**	.17**	.32**	.11**	.21**	.26**	.23**	.22**	.32**	.29**	.15**
b) Prävention		.18**	.16**	.14**	.21**	.16**	.16**	.23**	.10**	.13**	.15**
2. Wohlbefinden			.31**	.12**	.17**	.30**	.21**	.31**	.17**	.18**	.27**
3. Ausgleich											
a) Seelischer23**	.27**	.23**	.30**	.28**	.32**	.27**	.26**
b) ... zum Beruf					.23**	.05*	.17**	.18**	.05*	.11**	.13**
4. Aussehen						.16**	.26**	.22**	.18**	.19**	.15**
5. Leistung											
a) Herz-Kreislauf							.46**	.21**	.17**	.14**	.12**
b) Ausdauer								.44**	.19**	.23**	.25**
c) Muskelkraft									.10**	.18**	.16**
6. Sozialer Kontakt										.38**	.29**
7. Freizeit											.44**
8. Spaß											

Tab. 5-32: Korrelationsmatrix (Pearson's Korrelationskoeffizient R) der Motive zur Aktivität im Freizeit- und Gesundheitssport (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: **p[.01, *p[.05)

Auffällig erscheinen die mittleren Zusammenhänge (um $R = .30$), die das Probandenverständnis von „Wohlbefinden“ spezifizieren. Dieses hängt für die Sportler offensichtlich auch davon ab, inwieweit sie einen Zustand der seelischen Ausgeglichenheit, sowie eine ausgewogene Leistungsfähigkeit ihres Herz-Kreislaufsystems und ihrer Kraftentfaltung entwickelt haben (vgl. Tab. 5-32). Das Motiv des „Seelischen Ausgleichs“ durch die sportliche Aktivität wiederum geht mittlere Zusammenhänge mit der Dimension des „Sozialen Kontaktes“ (Geselligkeit) und dem Motiv der Ausdauerstärkung ein und legt damit den offenbaren Schwerpunkt der Probandendefinition von einer psychischen Ausgleichswirkung durch die Bewegungstätigkeit auf die genannten Dimensionen. Anreize zur gesundheitsbewussten Lebensführung schließlich sind für die Sportler offensichtlich vor allem durch das Training des eigenen Herz-Kreislaufsystems ($R = .32$), der Möglichkeit des sozialen Austauschs ($R = .32$) aber auch der sinnvollen Freizeitgestaltung durch Sport ($R = .29$) charakterisiert.

Zur numerischen Absicherung einer anstehenden Faktorenanalyse wurden die Eigenwerte der Korrelationsmatrix berechnet und auf ihre positive Definitheit hin überprüft (SPONSEL, 2002). Tab. 5-33 liefert das positive Ergebnis zu diesem Kontrollverfahren und legt zudem im Hinblick auf die Hauptkomponentenanalyse eine Dreifaktorenlösung nahe.

Laufindex (i)	Eigenwert
1.	4.02584
2.	1.24545
3.	1.05932
4.	0.866537
5.	0.781918
6.	0.748859
7.	0.710079
8.	0.670023
9.	0.565375
10.	0.521943
11.	0.452622
12.	0.352033

Tab. 5-33:

Eigenwerte zur Korrelationsmatrix der Items hinsichtlich der Motive für die Aktivität im Gesundheitssport aus Tab. 5-31

Mit einem Cronbach- α von .76 kann die Reliabilität der Gesamtskala als zufriedenstellend betrachtet werden. Eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) bestätigte die dreifaktorielle Struktur. Dabei musste das Item „Hebung des allgemeinen Wohlbefindens“ eliminiert werden, da es für keinen der drei Faktoren den Schwellenwert von .40 erreichte. Darüber hinaus konnten die Variablen „Seelisches Gleichgewicht“ und „Suche nach Anregungen für eine gesundheitsbewusste Lebensführung“ nicht berücksichtigt werden, da sie auf mehrere Faktoren eine gleich hohe Ladung aufwiesen. Die verbleibenden neun Items der Skala erreichen ein Cronbach- α von .68. Die drei Faktoren der Motivskala erreichen eine Gesamt-Varianzaufklärung von 54,91% und lassen sich in folgende drei Komponententypen gruppieren:

Faktor 1 beinhaltet mit den Variablen „Spaß“, „Sozialer Kontakt“ und „Freizeit“ psycho-soziale Komponenten der Sportaktivität und weist eine zufriedenstellende interne Konsistenz von .63 auf.

Im Faktor 2 sind solche Motive zusammengefasst, die der physischen Sinnorientierung des Sports entsprechen (Kraft, Ausdauer, Herz-Kreislaufsystem), die ebenfalls einen Reliabilitätswert von .63 erreichen.

In den Faktor 3 gehen schließlich Motive ein, denen ein kompensatorischer Charakter unterstellt werden kann. Die Facetten der Kompensation betreffen dabei berufliche als auch den Lebensstil bestimmende Aspekte (Prävention, Gewicht/Figur). Diese Subskala weist mit .42 den niedrigsten Wert der internen Konsistenz auf. Tab. 5-34 sind die Faktorenladungen der neun Items, Eigenwerte, Kommunalitäten und die Anteil der Varianzaufklärung zu entnehmen:

Item	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	h ²
Verbesserung des Herz-Kreislaufsystems	—	.808	—	.665
Steigerung der Ausdauer	—	.786	—	.696
Erhöhung der Muskelkraft	—	.557	.415	.484
Sozialer Kontakt (Geselligkeit)	.721	—	—	.537
Freizeit (Sport als sinnvollste Beschäftigung)	.791	—	—	.651
Aussehen (Figur halten bzw. Gewicht reduzieren)	—	—	.603	.427
Prävention (Krankheiten vorbeugen)	—	—	.529	.320
Ausgleich (zum Beruf)	—	—	.770	.600
Spaß	.729	—	—	.564
Eigenwerte	2,624	1,255	1,062	
Varianzaufklärung	19,56%	18,66%	16,68%	

Tab. 5-34: Rotierte Faktorenladungsmatrix eines Dreifaktorenmodells der neun Items zu Motiven bezüglich der Angebots(aus)wahl (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation nach Eliminierung eines Items; Ladungen < .40 wurden nicht dokumentiert)

Zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen bezüglich der Faktoren und dem Geschlecht bzw. dem Alter der Probanden werden die durch Regressionsrechnung ermittelten standardisierten Faktorwerte herangezogen. T-Test-Analysen ergaben, dass der Effekt des Geschlechts zwar auf die Faktoren der physischen und der kompensatorischen Komponenten in der Motivation für den Gesundheitssport, nicht jedoch für den Faktor der psycho-sozialen Aspekte nachweisbar ist.

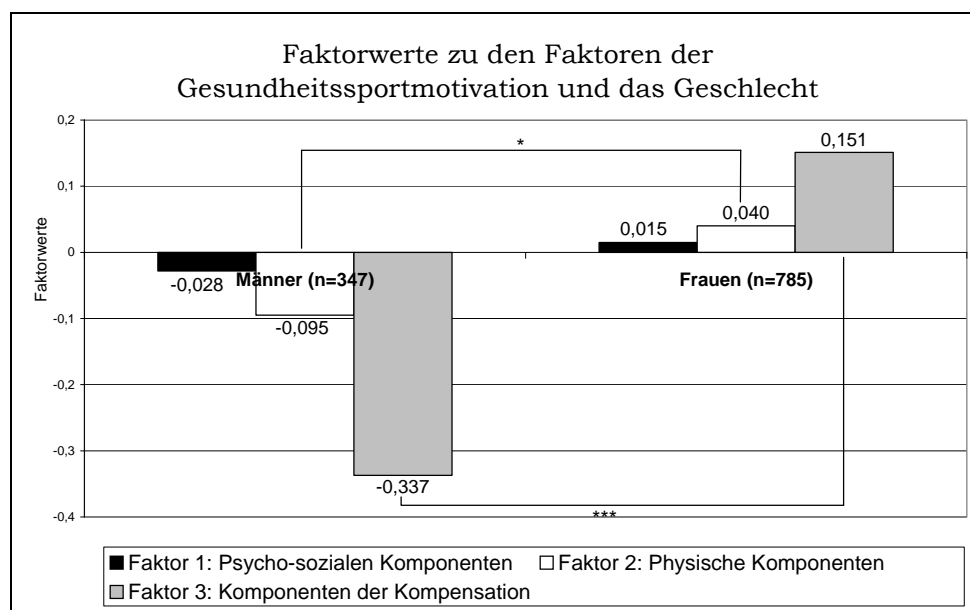


Abb. 5-45: Faktorwerte zu den Faktoren bei der Motivation für den Freizeit- und Gesundheitssport in Abhängigkeit des Geschlechts (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus * $p \leq .05$, *** $p < .001$)

Abb. 5-45 dokumentiert die Differenz der Faktorwerte für den Geschlechtsvergleich. Demnach spielen physische Komponenten der Sportmotivation für Männer eine signifikant geringere Rolle als für Frauen ($T=2,091$; $df=1130$; $p= .037$). Darüber hinaus lassen sich Frauen mit höchstsignifikanter Wahrscheinlichkeit eher durch kompensatorische Aspekte, die eine Aktivität im gesundheitsorientierten Sport verspricht, zur Aufnahme und Aufrechterhaltung einer solchen motivieren als Männer ($T=7,778$; $df=1130$; $p< .001$).

Im Altersverlauf zeigen die Faktoren der psycho-sozialen sowie der physischen Komponenten in der Motivation zum Gesundheitssport einen zum Alter parallel ansteigenden Verlauf (vgl. Abb. 5-46). Die Bedeutung dieser Motivkomplexe nimmt für die Probanden zu je älter sie sind. Dabei erreicht die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Sportler den Faktor 1 („psycho-soziale Komponenten“) als bedeutender für ihre Aktivitätsmotivation erachten als jüngere einen vergleichsweise höheren Wert (Kruskal-Wallis-Test: $X^2=13,668$; $df=3$; $p= .003$) als dies für den Faktor 2 („physische Komponenten“) im Altersverlauf der Fall ist (Kruskal-Wallis-Test: $X^2=11,614$; $df=3$; $p= .009$). Dagegen fällt die Bewertung des Faktors mit „kompensatorischen Aspekten“ des Sports als Motivgeber höchstsignifikant mit dem Alter ab (Kruskal-Wallis-Test: $X^2=238,717$; $df=3$; $p< .001$).

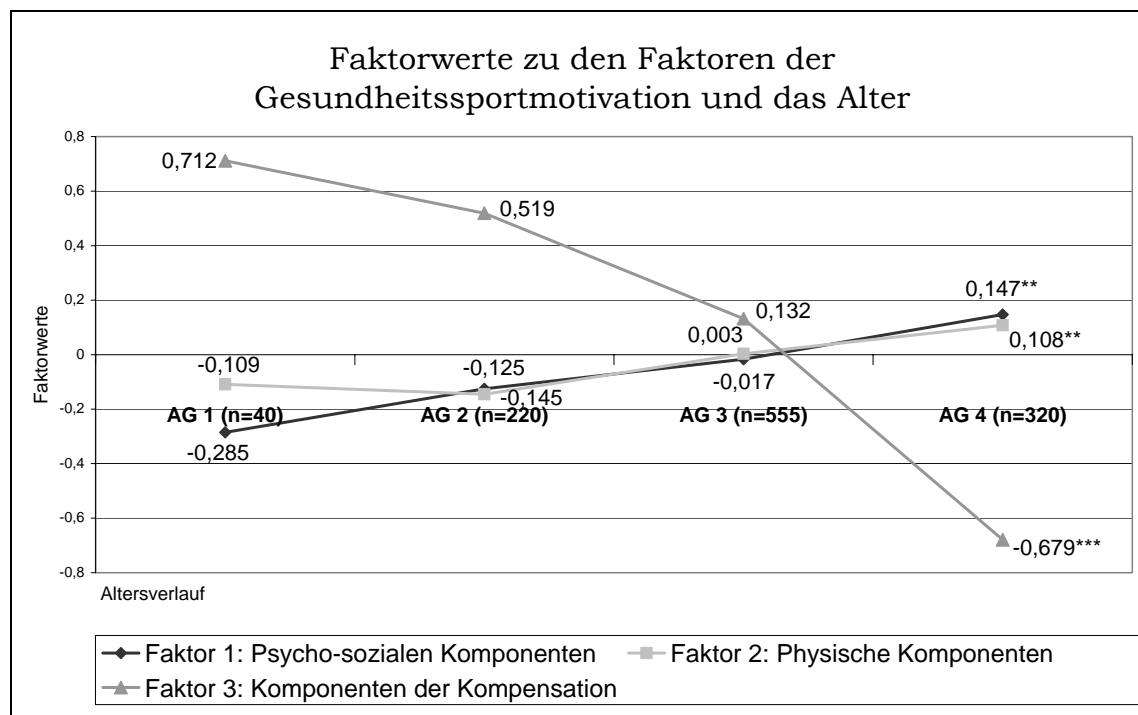


Abb. 5-46: Faktorwerte zu den Faktoren bei der Motivation für den Freizeit- bzw. Gesundheitssport in Abhängigkeit des Alters (inkl. Angabe des Signifikanzniveaus *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$ auf der Basis von Kruskal-Wallis-Tests)

Fazit

Die Motivation für eine Aktivität im gesundheitsorientierten Sport wurde mit zwei Strategien untersucht. Neben der Analyse der Skala zur Sportmotivation wurden die Angaben der Teilpopulation „Patienten“ hinsichtlich ihrer krankheitsgenerierten Motivation genutzt. Mit Letzterem stehen Erkenntnisse solcher Personen zur Verfügung, die ein sportliches Interventionsprogramm u.U. vorwiegend aus

Gründen der Krankheitsprävention (bei Ausbildung zentraler Risikofaktoren) oder –rehabilitation (bei Existenz chronischer Erkrankungen) betreiben mögen. Der Anteil derer, die innerhalb der Teilpopulation der Patienten aus ihrem objektiv schlecht zu beurteilenden Gesundheitszustand in die sportliche Aktivität gefunden haben, ist mit 75% hoch, jedoch nicht überraschend hoch. Aus früheren Studien war hinlänglich bekannt, dass das Gesundheitsmotiv per se mit den höchsten Zuspruch bei der Frage nach der Sportmotivation inne hat (BÖS & WOLL, 1989; MÜCKE, 1986; OPASCHOWSKI, 1987a; PAHMEIER, 1994b; WOLL, 1994). Es stellt sicherlich keinen inhaltlichen Bruch dar, die Motivation aus Gründen der Gesundheitsverbesserung unter diese Argumentationslinie zu gruppieren. Eine Anstoßmotivierung durch das Erleben einer gesundheitlichen Bedrohung (Krankheit, Risikofaktoren) findet schließlich auch – wenn auch in unterschiedlicher Stärke und Deutlichkeit – Niederschlag in theoretischen Modellen zum gesundheitsorientierten Verhalten und kann die konstatierte Befundlage somit stützen (vgl. Abschnitt 1.2).

Auch die übrigen Befunde zur betrachteten Teilpopulation lassen sich in die Erkenntnislage der Literatur einreihen: Der Anstieg der Motivation durch das Anraten des Arztes bzw. eine Bedrohung des Gesundheitszustandes konnte bereits aus den Arbeiten von MÜCKE (1986) und SCHICK (1998) vermutet werden.

Dem bisherigen empirischen Kenntnisstand zur Anreiz- und Bindungsmotivation an eine sportliche Aktivität entsprechend kann angenommen werden, dass sich Momente der affektiv-emotionalen Ebene und solche der psycho-physischen Dimension überlagern. Nach den vorliegenden Untersuchungen kann dies auf die folgenden Bereiche konzentriert werden:

Das sportliche Engagement wird zuvörderst getragen durch das Ziel, das eigene Wohlbefinden zu erhalten bzw. zu verbessern. Stark ausgeprägt ist auch das Spaßmotiv, das bereits z.B. von OPASCHOWSKI (1987a) in seiner zentralen Rolle für die Sportmotivation bestätigt wurde. Diese beiden Komplexe wurden ebenfalls von PAHMEIER (1997b) als wesentliche Säulen der Bindung an ein Sportprogramm extrahiert. Die von der Wissenschaftlerin konstatierte hohe Korrelation zwischen diesen beiden Elementen konnte in der eigenen Untersuchung nicht nachvollzogen werden. Als Teilaspekt des Gesundheitsmotivs spielt für die Probanden darüber hinaus die Prävention von Krankheiten und Risikofaktoren durch die sportliche Aktivität eine entscheidende Rolle. Die Rangreihe der Entscheidungsmotive wird – mit deutlichem Abstand – gefolgt von Aspekten der physischen Leistungsfähigkeit und der Geselligkeit sowie des seelischen Ausgleichs. Dies bestätigt die komplexe Struktur der Handlungsmotive, die auch aus früheren sportwissenschaftlichen und psychologischen Studien bekannt ist (BELZ-MERK, 1995; DZWALTOWSKI ET AL., 1990; GODIN, VALOIS & LEPAGE, 1993; OPASCHOWSKI, 1987a; PAHMEIER, 1997b; SLENKER, PRICE & O`CONNELL, 1985; WOLL, 1994). Korrelationsüberprüfungen untermauern schließlich die Überlagerung der Dimension „Wohlbefinden“ mit seelischen, affektiv-emotionalen und physischen (Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislaufsystems und Kraftentfaltung) Aspekten.

Die Befundlage zur Geschlechterpräferenz im Gesundheitsmotiv hingegen trifft nicht auf Einheitlichkeit. Die eigene Studie förderte zwar eine höchstsignifikant häufigere Aktivierung von Männern durch den behandelnden Arzt bzw. aus einer bestehenden Gesundheitsbedrohung heraus zu Tage, daneben aber zeigen sich Frauen höchstsignifikant stärker aus Präventionsgründen zum Sport motiviert als

Männer. Aus Überlegungen die Stichprobenkonstitution betreffend (Anzahl männlicher Sportler in präventiven und rehabilitativen Angeboten; vgl. Abschnitt 4.3.3.3.2.1) entspringt die These, dass Männer erst durch den Ratschlag des Arztes und/oder dem Erleben einer Gesundheitsbedrohung durch Krankheit für eine sportliche Aktivität motiviert werden, während Frauen möglicherweise früher präventiv orientiert sind und sich durch das Motiv „Gesundheit“ auch ohne manifesten Krankheitsgrund oder diesbezüglichen Risiken zum Gesundheitssport motivieren lassen. Dies kann in Einklang mit Ergebnissen von WOLL (1994) und MÜCKE (1986) gebracht werden.

Der Aspekt der sozialen Anbindung, der im Zusammenhang mit der Verortung der Aktivität im Vereinssport von Interesse war, bleibt insgesamt in seiner Motivationsqualität zurück. Die Suche nach gesellschaftlichem Anschluss treibt die Probanden demnach eher weniger in ihr gewähltes Sportprogramm im Verein. Damit scheint die These OPASCHOWSKIS (1987a, 41) nach einer Überbewertung der sozialen Motivationskraft des Sports nachvollziehbar. Für die vorliegende Stichprobe zumindest ist die Aussicht auf Geselligkeit von untergeordneter Bedeutung bei der Ausübung ihres Sports. Auch hier kann die Geschlechterdifferenz nicht in eindeutige Vor-Befunde eingegliedert werden. Stellt MÜCKE (1986) hinsichtlich des Geselligkeitsmotivs unter Vereinssportlern keine signifikanten Geschlechtereffekte fest, sieht WOLL (1994) dieses Motiv bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. In der vorliegenden Untersuchung jedoch sind es die Frauen, die höchstsignifikant stärker durch die Suche nach Geselligkeit zum Sport motiviert sind. Eine weitere Überprüfung dieser Zusammenhänge insbesondere unter Präzisierung des Geselligkeitsbegriffs innerhalb der Erhebung ist für folgende Studien anzuraten. Bestätigt sehen sich hingegen Erkenntnisse zum Anstieg des Geselligkeitsmotivs unter Älterensportlern (SCHICK, 1998). Die natürliche Reduktion an sozialen Kontaktmöglichkeiten aus einem Familien- und Freundeskreis könnte in einem Sportangebot innerhalb einer Vereinswelt eine Kompensationsmöglichkeit für diese Zielgruppe bieten.

Für den Altersverlauf lässt sich bezüglich der Motivausprägung feststellen: Je älter die Sportler sind, desto stärker rücken die Motive Geselligkeit und Gesundheit in den Vordergrund, während die Sinnerpektiven Ausgleich, Aussehen und Spaß an Bedeutung verlieren.

Faktorenanalytische Untersuchungen zur Motivation für den betriebenen Gesundheitssport extrahierten die Faktoren „psycho-soziale Komponenten“, „physische Komponenten“ und „Kompensatorische Komponenten“, die eine Varianzaufklärung von 55% erreichen. Dabei zeigt sich statistisch der bedeutsamste Unterschied im Faktor der Kompensation durch Sport, den Frauen höchstsignifikant stärker bewerten als Männer. Im Altersverlauf fällt dieser Motivationskomplex stark ab, was durch den Wegfall einer beruflichen und meist auch familiären Doppelbelastung im Alter erklärt werden kann. Auch physische Aspekte des Sports tragen bei Frauen nachhaltiger zu einer Sportmotivation bei als unter Männern. Auch im Altersverlauf nimmt die Bedeutung dieses Faktors stetig zu. Dies gilt auch für den Faktor der psycho-sozialen Komponenten: Je älter die Sportler sind, desto größer wird der Einfluss dieser Komplexe auf die Motivation zur Sportaufnahme bewertet.

5.4.2 Subjektive Befindlichkeitsveränderungen

Unter subjektiven Befindlichkeiten wird der momentane innere Zustand eines Individuums, sein subjektives Empfinden in einer psycho-physischen Dimension verstanden (vgl. Abschnitt 1.1.3.2). Die erklärte Intention einer Messung zur Befindlichkeit ist dabei die Sammlung von Erkenntnissen zum psycho-physischen Zustand einer Person.

Die empirische Emotionsforschung geht bei Befindlichkeitsmessungen grundsätzlich davon aus, dass die Beschreibung von Gefühlen in Fremd- oder Selbstbeobachtung, aktuell oder retrospektiv erfolgen kann (ABELE-BREHM & BREHM 1986, SCHMIDT-ATZERT & HÜPPE 1996). Der Selbstbeobachtung ist dabei aus Gründen des subjektiven Wertes und der konstatierten Eingeschränktheit von beobachtbarem Verhalten aufgrund von Befindlichkeiten Vorrang zu verleihen (vgl. vor allem STEYER, SCHWENKMEZGER, NOTZ & EID 1994). Für die vorliegende Untersuchung werden unter verschiedenen Zugangswegen zwei Aspekte betrachtet: Dabei interessiert, wie die Probanden die Interventionsmaßnahme Sport als Einflussgröße auf ihre Befindlichkeit wahrnehmen. Hierbei soll der Blick auf vorübergehende wie auch überdauernde Zustände möglich werden, indem zum einen die grundsätzlichen Befindlichkeitsveränderung durch die sportliche Aktivität in objektiver und subjektiver Hinsicht (Interventionsebene) und zum anderen der retrospektive Befindensprozess vor, während und nach der sportlichen Bewegung betrachtet werden (Angebotsebene).

5.4.2.1 Interventionsmaßnahme Sport

Die intrapersonale Perspektive von Gesundheitswahrnehmungen und –veränderungen wird auch bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes gegenüber objektiver Verfahren gleichrangig eingesetzt und bewertet (vgl. Abschnitt 5.1). D.h., dass zur Erfassung von gesundheitlichen Veränderungen, die sich möglicherweise durch eine sportliche Aktivität ergeben haben, subjektive Aussagen genutzt werden. Dazu zählen Angaben zu Veränderungen im Hinblick auf die subjektive Befindlichkeit ebenso wie Hinweise zu einer medizinisch konstatierten Verbesserung des Gesundheitszustandes. Zu möglichen Befindensverbesserungen durch die grundsätzliche Aufnahme eines sportlichen Programms liegen aus der Befragung der Freizeit- und Gesundheitssportler zwei Fragestellungen vor. In beiden Fällen sind diese monokanal-positiv formuliert, fragen also eine positive Veränderung des Gesundheitszustandes ab und lassen etwaige negative Entwicklungen oder das Gleichbleiben des gesundheitlichen Befindens weitestgehend außen vor. Inhaltlich liegen die Bewertung einer (positiven) objektiven und subjektiven Gesundheitsveränderung durch die Probanden vor. So sollte zum einen bewertet werden, ob sich der gesundheitliche Zustand in medizinischen Parametern durch die sportliche Aktivität verbessert habe. Zum anderen wurde nach subjektiven Befindlichkeitsveränderungen durch die regelmäßige Aktivität im gesundheitsorientierten Freizeitsport gefragt. In die folgenden Berechnungen gehen nur Personen ein, die aus dem Filter „in ärztlicher Behandlung befindlich“ als „Patienten“ hervorgegangen sind (vgl. vorangegangener Abschnitt), da von diesen ein Kenntnisstand über ihren Gesundheitszustand auch im Hinblick auf medizinisch-objektive Parameter erwartet werden kann. Beide Variablen zeichnen sich durch einen negativen, aber gemessen an der numerischen Größe vernachlässigbaren Zusammenhang aus (Pearson-R= -0,012), der sich zudem als nicht signifikant erweist. Dieser Befund überrascht zunächst, da es sich offenbar bei den Dimensionen der objektiven und subjektiven Gesundheitsveränderung durch Sport um zwei unabhängige Modelle handelt. Angesichts der negati-

ven Signifikanzprüfung ($p = .704$) kann der Tatbestand eines zufälligen Ergebnisses jedoch nicht ausgeschlossen werden.

Eine positive Verbesserung ihres dokumentierten Gesundheitszustandes in medizinisch-objektiver Hinsicht berichten 39,7% der Patienten ($N=1010$, 33 missing value). 40,4% geben an, darüber keine Kenntnis zu besitzen (Antwortvorgabe „weiß nicht“).

Eine geschlechtsabhängige Betrachtung identifiziert den deutlichen Mehranteil derer, die aus der sportlichen Aktivität eine objektiv dokumentierbare Verbesserung ihrer gesundheitlichen Parameter ziehen, unter den Männern der Stichprobe (vgl. Abb. 5-47). Wird die Antwortkategorie „keine Kenntnisse“ bei Chi-Quadrat-Berechnungen vernachlässigt, erweist sich diese Befundlage als höchstsignifikant ($X^2=23,930$; $df=1$; $p < .001$).

In der Alterskurve bestätigt sich ein zu erwartendes Ergebnis: Je älter die Probanden sind, desto wahrscheinlicher ist eine positive Veränderung des objektiven Gesundheitszustandes durch eine sportliche Interventionsmaßnahme (vgl. Abb. 5-47). Auch dieser Befund ließ sich mittels Chi-Quadrat-Tests auf dem 1%-Signifikanzniveau absichern ($X^2=10,832$; $df=3$; $p = .013$). Gleichzeitig nimmt auch der Anteil derer, die keine Kenntnis über die Veränderung ihrer Gesundheit nach der Aufnahme des Sportprogramms äußern, mit dem Alter sukzessive ab. Jüngere Probanden sind demnach deutlich schlechter über den Wechselprozess zwischen sportlicher Aktivität und Gesundheit informiert als ältere Sportler (inkl. „weiß nicht“-Antworten: $X^2=36,861$; $df=6$; $p < .001$).

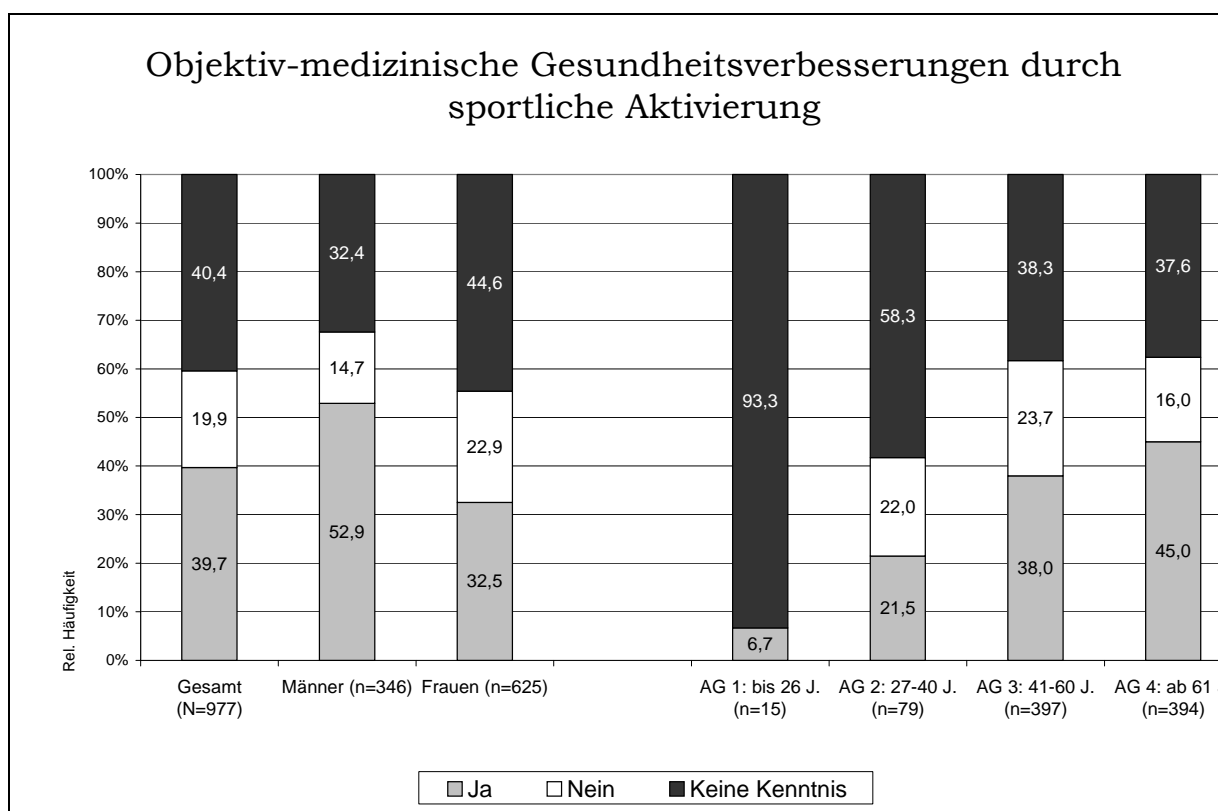


Abb. 5-47: Positive Veränderungen in objektiv-medizinischer Hinsicht durch sportliche Aktivierung, gesamt (nur Patienten) und in Abhängigkeit des Geschlechts bzw. des Alters der Probanden (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße) ($N=977$, variiert aufgrund verschieden hoher missing value)

Darüber hinaus waren die Versuchspersonen aufgefordert, über subjektive Veränderungen seit Aufnahme ihres gesundheitsorientierten Sportprogramms zu berichten. Hierzu waren vier Antwortvorgaben geboten, mit denen die Verbesserungen des gesundheitlichen Befindens gewichtet werden konnten (0 – „nein“, 1 – „ein wenig“, 2 – „durchaus“, 3 – „erheblich“). Dabei geben über die Hälfte der als Patienten deklarierten Probanden (in ärztlicher Behandlung stehend) an, „durchaus“ eine Befindensverbesserung durch Aufnahme der regelmäßigen Sportaktivität feststellen zu können (56,0%; N=992). Als statistischer Kennwert der Verteilung ergibt sich ein Mittelwert von 1,951 und eine Standardabweichung SD=0,716. Dieser Wert liegt für Männer etwas höher als für Frauen, was auf einem höchstsignifikanten Niveau abgesichert werden konnte (vgl. Tab. 5-35). Darüber hinaus zeigte sich, dass die unter 27-Jährigen den höchsten Mittelwert dokumentieren, der zur Altersgruppe der 27- bis 40-jährigen Sportler deutlich abfällt, von dort jedoch erneut stetig ansteigt. Doch auch die Ältesten unter den Probanden erreichen hier nicht mehr das Niveau der jüngsten Versuchspersonen (vgl. Tab. 5-35). Der charakteristische Verlauf der Variablen „subjektive Befindlichkeitsverbesserung durch die Aktivität im Sportprogramm“ erreichte das 5%-Signifikanzniveau.

Subjektive Befindlichkeitsverbesserung durch die Aktivität im Sportprogramm	Frauen (N=636)	Männer (N=349)	AG 1 (N=15)	AG 2 (N=80)	AG 3 (N=401)	AG 4 (N=494)
M	1,915	2,017	2,133	1,775	1,900	2,014
SD	0,738	0,669	0,516	0,711	0,735	0,699
Mittelwertvergleich (Chi-Quadrat bzw. Mann-Whitney-U-Test)	X²	23,930	Z	-2,211		
	df	1				
	p-Wert	< .000				

Tab. 5-35: Statistische Kennwerte und Mittelwertvergleiche zur Variablen „Positive Veränderungen durch sportliche Aktivierung in subjektiver Bewertung“, in Abhängigkeit des Geschlechts bzw. des Alters der Probanden (N=977, variiert aufgrund verschieden hoher missing value)

Fazit

Insgesamt liegt der Anteil derer, die von einer positiven Entwicklung ihres Gesundheitszustandes durch die Aktivität im vereinsorganisierten Freizeit- und Gesundheitssport berichten, mit knapp 40% nicht sehr hoch. Allerdings ist dieser Befund durch den vergleichbar hoch ausfallenden Anteil der Probanden, die über Veränderungen ihrer objektiv-medizinischen Befunde durch das Bewegungsprogramm keine Kenntnis besitzen, zu relativieren. Insofern erscheint sich doch bei einer hohen Anzahl von Sportlern, die sich aufgrund von Erkrankungen oder ausgebildeten Risikofaktoren in ärztlicher Behandlung befinden, ein positiver Effekt auf den Gesundheitszustand durch die Aufnahme eines Bewegungsprogramms eingestellt zu haben – soweit eine begleitende Wirkung der Bewegungstätigkeit auf der Basis dieser Fragestellung überhaupt konstatiert werden kann.

In subjektiver Hinsicht wird von den Sportlern in hohem Maß eine Verbesserung ihres Befindens durch die sportliche Aktivität berichtet; Im Mittel erkennen die Probanden „durchaus“ einen Effekt auf ihr gesundheitliches Ergehen.

Sowohl objektiv-medizinische als auch subjektive Verbesserungen des Gesundheitszustandes berichten höchstsignifikant mehr Männer als Frauen der Stichprobe. Für diesen Effekt liegen keine gesicherten Kenntnisse aus anderen Studien vor. Vermutet werden kann im Zusammenhang mit einem deutlich höheren Prozentsatz an Männern, die aus Gründen einer Erkrankungssituation bzw. auf Anraten des Arztes zum Gesundheitssport gefunden haben (vgl. Abschnitt 5.4.1), dass damit auch eine stärkere Orientierung an messbaren gesundheitlichen Verbesserungen einhergeht. Diese Wechselwirkung spielt sicherlich auch dabei eine Rolle, dass im Altersverlauf die berichteten positiven Veränderungen durch die Sporttätigkeit zunehmen (vgl. Abschnitt 5.4.1).

5.4.2.2 Befindlichkeiten auf Angebotsebene

Das Konstrukt der „Befindlichkeit“ im Allgemeinen ist wissenschaftlich nicht eindeutig verortet; In das Konzept fließen je nach theoretischer Ausrichtung verschiedene Dimensionen und Faktoren ein (vgl. Abschnitt 1.1.3.2.1). Für die Sportwissenschaft im Besonderen existieren neben monopolen auch bipolare Konzepte, die die aktuelle Befindlichkeit als Fließgleichgewicht zwischen mehreren Polen begreift (ABELE-BREHM & BREHM, 1986; BREHM, 1997a; 1998). Eine Messung von Befindlichkeiten und deren Veränderungen erfolgt dementsprechend auf der Basis von Itembewertungen (zumeist adjektivischer Form), die sich zwischen definierten Polen befinden (z.B. „gehobene vs. gedrückte Stimmung“). Zur Befindlichkeitserfassung liegt eine Vielzahl von Instrumenten vor (einen ersten Überblick liefert MAYRING, 1991). Insbesondere die vorherrschende induktive Methode bei der Konstruktion der Erfassungsinstrumentarien wird von kritischen Stimmen begleitet und mit einer Erweiterung durch qualitative Verfahrensstrategien aufgefangen (SCHIMMACK, 1997; SCHMIDT-ATZERT & HÜPPE, 1996; STEYER, SCHWENKMEZGER, NOTZ & EID, 1994). Die Analyse von verbalen Auskünften zur individuellen Befindlichkeit soll eine facettenreichere Erfassung des Phänomens menschlichen (Wohl-)Befindens und damit genauere, standardisierte Instrumente ermöglichen. Dieser wissenschaftliche Forschungsprozess erscheint allerdings noch lange nicht abgeschlossen, zumal definitorische Unklarheiten die Phänomenerfassung zusätzlich erschweren (vgl. Abschnitt 1.1.3.2.1).

Für die vorliegende Untersuchung lassen sich ebenfalls Indikatoren zum Befindlichkeitsverlauf der Freizeit- und Gesundheitssportler im Umfeld der Sportaktivität extrahieren. Angaben hierzu wurden von den Probanden in der vorliegenden Untersuchung jedoch lediglich in der Rückschau geleistet. In einer generalisierenden Beurteilung sollten Bewertungen hinsichtlich des Befindens vor, während und nach der sportlichen Aktivität im Verein von den Versuchspersonen abgegeben werden. Dies erfolgte in offener Form, was nachweislich den Vorteil einer geringeren Quote an sozialer Erwünschtheit in den Antworten implizieren kann (BECKER, 1991b, 63) und wovon eine Repräsentativitätsanpassung der Itemauswahl zum Phänomen „Stimmung“ an die Stichprobe erwartet wird (SCHIMMACK, 1997). Die Fragestellung folgt gleichzeitig insofern dem Modell der bipolaren Stimmungskonzeption, als verbale Impulse zur offenen Beantwortung der Aufgabe das zu dokumentierende Befinden zwischen den Begriffspaaren „Wohlbehagen und Unbehagen, gute und schlechte Laune, körperliches Wohlbefinden und Unwohlsein, positives und negatives Erschöpftsein, Schlappsein und Fitness“ lokalisiert. Die Angaben der Probanden variieren dabei sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Definiert eine große Anzahl von Probanden ihr Befinden vor, während und nach der sportlichen Aktivität mit

einem zentralen Begriff, wenden viele Versuchspersonen bis zu sechs Kategorien an. Daraus ergaben sich etwa 300 Codes, die für weitere Analysen herangezogen werden konnten.

Insgesamt mussten dabei 720 Datensätze eliminiert werden, da lediglich Informationsblöcke berücksichtigt werden sollten, die mindestens Angaben zur Befindlichkeit zu den beiden Zeitpunkten „vor und nach der sportlichen Aktivität“ beinhalten. Für die Hinweise zur Stimmung während der Sportausübung konnten informative Abstriche in Kauf genommen werden. Grundsätzlich wurde bei der Selektion der Datensätze das Hauptaugenmerk auf eine eindeutig bestimmbare Befindlichkeit vor der Aktivität im Bewegungsprogramm geachtet. Hier sollten klare Aussagen getroffen werden, um den gefühlsmäßigen Ausgangspunkt der Probanden orten und damit einen klaren Verlauf des Befindens in der Wechselwirkung mit dem Sport nachvollziehen zu können. Das hatte für die Datenauswahl zur Folge, dass Versuchspersonen von den weiteren Betrachtungen und Berechnungen ausgeschlossen werden mussten, die ihre Stimmung vor dem Sport als „normal“, „unterschiedlich“, „abhängig von Tagesverfassung“ oder „sowohl gut als auch schlecht“ kennzeichneten. Ebenso wurde mit den Datensätzen von Sportlern verfahren, die ihre Befindlichkeit nach der sportlichen Betätigung als „normal“ bezeichneten, da auch diese verbale Kategorie als zu unspezifiziert gelten musste.

Befinden vor der sportlichen Aktivität

Im Mittel geben die Probanden 1,42 (SD=0,745) unterscheidbare Antworten zur Bestimmung ihres Befindens vor dem Sport an. An erster Stelle werden hier die „klassischen“ Befindenslagen nach einem (anstrengenden) Arbeitstag genannt, wie „Schlappsein“ (n=193), „Müdigkeit“ (n=148), „Unbehagen“ (n=98), „Negative Erschöpfung“ (n=51) oder auch „Stress“ (n=37)⁵⁵. Bestimmungen in dieser Richtung waren insofern zu erwarten, als davon ausgegangen werden kann, dass die sportlichen Angebote der Probanden im Verein in den späten Nachmittag- und Abendstunden stattfinden und deshalb eine Alltagsbelastung, ob beruflich oder familiär, vorausgegangen ist. Zum Teil sind hier äußerst differenzierte Angaben zu verzeichnen, die einzelne Beschwerdebilder (z.B. Frieren, Kreislaufprobleme, Gleichgewichtsstörungen, Teillähmungen, Kurzatmigkeit) ebenso miteinschließen wie allgemeine Kennzeichnungen eines schlechten physischen (z.B. Verspannt-, Abgespanntsein, Schwere, körperliches Unwohlsein, Schmerzen) oder psychischen Zustandes (z.B. Depressivität, Stress, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Unlust, Frustration).

Gleichwohl lassen sich jedoch auch eine Reihe von Antworten verzeichnen, die eine positive Gemütsstimmung ausdrücken. Hierunter fallen Nennungen wie „Gutes Allgemeinbefinden“ (n=111), „Wohlbefinden“ (n=37) oder „Gute Laune“ (n=16). Allerdings erreicht diese Kategorie zahlenmäßig bei weitem nicht die Nennungen zu negativem Gemütsstimmung.

Des Weiteren ergab sich eine Kategorie in den Nennungen zur Bestimmung des Befindens vor der sportlichen Aktivität, die inhaltlich weder als positive noch als negative Wahrnehmung des körperlichen und/oder psychischen Zustandes bestimmbar ist. Ein Großteil der Probanden gibt weniger Auskunft über ihr psycho-physisches Befinden, sondern kennzeichnet ihre Stimmung vielmehr durch die Dimension „Motivation“ (n=5) oder Teilbereiche daraus (z.B. „Vorfreude“, n=81; „Vorsatz, intensiv mitzumachen“, n=1).

⁵⁵ Eine vollständige Liste der Nennungen und deren Verteilung findet sich im Anhang unter Tab. A-2.

Für spätere Analysen wurde den Probanden für den „Messzeitpunkt“ `vorher` gemäß der jeweiligen Angaben eine Kategorie zugewiesen: 1 – Positive Befindlichkeit, 2 – Negative Befindlichkeit, 0 – Allgemeiner Motivationszustand.

Befinden während der sportlichen Aktivität

Um ihre Befindlichkeit während der Sportausübung zu beschreiben, nutzen die Probanden im Mittel weniger Antwortnennungen als sie zur Kennzeichnung ihres „Vorstartzustandes“ aufwänden ($M=1,36$, $SD=0,732$). Doch auch hier wurden im Höchstfall sechs Nennungen verbucht. Eine Reihe von Versuchspersonen machen hierzu leider keine Angaben ($n=38$).

In den allermeisten Fällen werden als Befindlichkeitsdimensionen positiv besetzte Begriffe wie „Gute Laune“ ($n=221$), „Wohlsein“ ($n=114$), „Körperliches Wohlsein“ ($n=79$), „positives Erschöpftsein“ ($n=67$), „Spaß“ ($n=59$), „Besserung“ ($n=43$) oder einfach nur „Gut“ ($n=97$) gewählt. Die begriffliche Breite der Antworten scheint hier nahezu keine Grenze zu kennen (vgl. vollständige Auflistung der Angaben im Anhang unter Tab. A-3): Allgemeine Befindensverbesserungen werden hier ebenso angeführt, wie spezifische „Wohlfühldimensionen“ wie „Abschalten“ ($n=30$), „Wärmegefühl“ ($n=8$), „Lachen“ ($n=7$) oder „Freude an netten Menschen“ ($n=4$).

Auch während der Sportausübung treten bei einigen Probanden jedoch negative Stimmungen auf, die mit Gefühlen wie „Unruhe“ ($n=4$), „Müdigkeit/Schläfrigkeit“ ($n=5$), „Stress“ ($n=1$), „Starke Schmerzen“ ($n=1$), „Langeweile“ ($n=1$), „Kreislaufbeschwerden“ ($n=1$) oder „unangenehme Anstrengung“ ($n=1$) charakterisiert werden. Auch für die Zeit während der Sportausübung sind die Nennungen zu negativen Befindlichkeiten im Vergleich zur positiven Gestimmtheit deutlich geringer, doch fallen sie insbesondere im Hinblick auf die aus der Literatur bekannten Befundlage sehr auf.

Neben dem deutlich artikulierten Erleben positiver oder negativer Gefühle bei der Bewegungsaktivität, äußert eine Reihe von Probanden vergleichsweise neutrale Befindlichkeiten, die im Erleben psychophysischer Begleiterscheinungen der Aktivität begründet liegen. Hierzu zählen z.B. die Angaben „Motivation“ ($n=10$), „Anstrengung“ – ohne genauere Spezifikation der Positiv-Negativ-Richtung – ($n=66$) oder „Schwitzen“ ($n=18$).

Entsprechend der festgestellten Antwortdimensionen wurde den Probanden für den „Messzeitpunkt“ `während` eine der folgenden Kategorien zugeordnet: Code 1 – Positives Erleben, 2 – Negatives Erleben, 0 – Neutrales psycho-physisches Erleben.

Befinden nach der sportlichen Aktivität

Um ihre körperliche und psycho-soziale Verfassung nach der Sportausübung zu kennzeichnen, liefern die befragten Freizeit- und Gesundheitssportler im Vergleich zu den übrigen „Messzeitpunkten“ die meisten voneinander unterscheidbaren Antworten (quantitativ: $M=1,56$, $SD=0,829$). Der absolute Löwenanteil geht dabei inhaltlich in eine positive Richtung und wird charakterisiert durch das Erleben von „Fitsein“ ($n=283$), einem „positiven Erschöpftsein“ ($n=203$), einem grundlegenden Gefühl von „Wohlbefinden“ ($n=174$) oder das Verspüren von „guter Laune“ ($n=136$). Das Antwortspektrum spannt sich hier auf zwischen allgemeinen Kategorien des Wohlfühlens bis hin zu spezifischen Beschwerdeverbesserungen, die interindividuell verschieden ausfallen (z.B. „Gute Durchblutung“, „Guter Schlaf“, „Besserer Blutdruck“ oder „Minderung der Schmerzzustände“). Einen genaueren Einblick liefert Tab. A-4 im Anhang.

Entgegen allgemeiner Hypothesen treten jedoch auch negative Befindensanzeigen nach der sportlichen Aktivität auf, die sich durch die Mitteilung von „Rückenschmerzen“ (n=1), „Kopfschmerzen“ (n=1), „Mittelmäßiges Befinden“ (n=1) oder auch Hinweise zum Erleben der körperlichen Anstrengung, die nicht positiv besetzt werden (z.B. „Abgeschlafftsein“, n=1; „Müdigkeit“, n=22; „Erschöpftsein“, n=32; „Schlappsein“, n=14) manifestieren.

Ergänzend kann darüber hinaus eine dritte Kategorie geortet werden, die ähnlich dem „Messzeitpunkt“ `während` als neutral gekennzeichnet werden kann. Hierunter fallen zum einen Äußerungen, die ein ambivalentes Befinden durch Nennung sowohl positiver als auch negativer Stimmungen anzeigen. Zum anderen treten in diesem Zusammenhang Nennungen in den Vordergrund, die das Erleben der direkten physischen Auswirkungen der sportlichen Beanspruchung zum Thema haben: Hier werden Primärbedürfnisse („Durst“, n=4; „Hunger“, n=1) ebenso aufgeführt, wie das Erfühlen eines „verschwitzten“ Körpers (n=3). Ein ambivalentes Befinden kann auch denjenigen Probanden unterstellt werden, die nach Absolvierung des Sportprogramms weniger psycho-soziale oder physische Stimmungsanhebungen dokumentieren als vielmehr die Befriedigung ihres Gewissens („Gutes Gewissen“, n=3) oder das Bewusstsein, für die Gesundheit etwas getan zu haben (n=14) in den Antwortvordergrund stellen.

Analog zu den festgestellten Antwortkategorien wurde den Versuchspersonen für den „Messzeitpunkt“ `nachher` eine der Kategorien „Positives Befinden“ (Code 1), „Negatives Befinden“ (Code 2) oder „Ambivalentes Befinden“ (Code 0) zugewiesen.

Tab. 5-36 fasst die oben erwähnten „typischen“ Verläufe der Befindlichkeit vor, während und nach der sportlichen Aktivität zusammen und liefert dabei gleichzeitig einen Einblick zu Befindlichkeitsveränderungen anhand exemplarischer Fälle inklusiver einer Betrachtung zentraler soziodemographischer Angaben zu den Probanden. Danach zeigt sich, dass eine negative Stimmung während der Sportausübung in der überwiegenden Zahl von verheirateten (75%; N=44) Frauen (63,6%; N=44) mit Kindern (81,8%) geäußert werden. Diese Probanden befinden sich meist in fortgeschrittenem Alter (41 bis 60 Jahre: 47,7%, über 61 Jahre: 38,6%) und stehen beruflich in einem Angestelltenverhältnis (51,3%).

Ein negatives Befinden nach der sportlichen Aktivität wird von einer vergleichsweise diffusen Probandengruppe kommuniziert. Es handelt sich dabei um Probanden, die in allen Gesundheitssportdimensionen (Fitness-, Präventions-, Rehabilitationssport) zu finden sind und im Berufsstand Angestellte (40%), Arbeiter (26,7%) oder auch als Rentner bzw. Hausfrau/-mann nicht erwerbstätig (26,7%) sein können. Auch das Geschlecht erweist sich dabei als unabhängig (Männer: n=9; Frauen: n=8). Die Altersverteilung dieser Gruppe hat ihr Schwergewicht auf der AG 2 (47,1%). Der Großteil dieser Probanden ist verheiratet (82,4%) und hat Kinder (92,9%).

Sportler, die gemäß ihrer Befindensbekundung während der Sportausübung in die Kategorie des neutralen psycho-physischen Erlebens fallen, sind in der Hauptzahl Frauen (68,9%), die 41 bis 60 Jahre alt (45%) und verheiratet (76,3%) sind sowie Kinder (80,7%) haben. Beruflich befindet sich die typische Vertreterin dieser Probandengruppe in einem Angestelltenverhältnis (45,2%) oder ist nicht erwerbstätig (Hausfrau/Rentnerin: 25%).

Schließlich gilt es, die Gruppe derer zu kennzeichnen, die ein ambivalentes Befinden nach dem Sport aufweisen: Hierzu zählen vorwiegend Frauen (70,4%), verheiratet (63%), mit Kindern (72%). Altersabhängig betrachtet sind recht gleichmäßig alle Altersgruppen vertreten. Gleichsam sind unter dieser

Versuchspersonengruppierung Angestellte (28%), Arbeiter (24%), Rentner/Hausfrauen/-männer (28%) und Auszubildende (12%) zu finden.

Soziodemographie des Probanden (exemplarisch)			Angaben zur Befindlichkeit		
Ge-schlecht	Alter	Berufs-stand	Vor dem Sport	Während dem Sport	Nach dem Sport
weiblich	43	Angestell-te	körperliches Unwohlsein	schnelle Erschöpfung	gute Laune, positives Erschöpftsein
weiblich	62	pensio-niert	Fitsein	Verspannungen	Rückenschmerzen
weiblich	53	pensio-niert	Schlappsein, Erschöpftsein	Konzentration	Entspannung, Zufriedenheit
weiblich	43	Beamtin	muss mich aufraffen	Spaß	Gutes Gewissen

Tab. 5-36: Exemplarischer Verlauf der Befindlichkeitsveränderung vor, während und nach der sportlichen Aktivität ausgesuchter Probanden (inkl. zentraler soziodemographischer Angaben)

5.4.2.3 Identifizierung von Sportnutzertypen

Die Identifizierung von momentanen Befindlichkeiten eines Individuums kann als Indiz für Thesen über dessen Grundgestimmtheit herangezogen werden (ABELE-BREHM & BREHM 1996). Diese Intention wäre für den vorliegenden Fall wohl zu weit gegriffen. Die ungenügende Messgenauigkeit der Daten setzt hier Grenzen. Die deskriptiven Analysen zeigten jedoch, dass eine deutliche Schwerpunktlage zu orten ist: Die Angaben zur Stimmungslage vor der sportlichen Betätigung konnten im Wesentlichen drei Kategorien zugeordnet werden. Die Probanden beschrieben entweder ein positives oder negatives körperliches oder psychisches Befinden. Auch wenn der Umfang der Angaben hier stark differierte und zwischen einem und sechs Nennungen schwankte, so lassen sich doch – wie vorausgegangene Analysen zeigten – für die drei „Messzeitpunkte“ jeweils drei grundsätzlich voneinander verschiedene Kategorien unterscheiden (vgl. Abschnitt 5.4.2.2). Für die vorgenommene Einteilung bleibt zu beachten, dass grundsätzlich eine klare Abgrenzung der Antworten in den Kategorien angestrebt wurde. Durch die häufig vorkommende Mehrfachnennung war dies in aller Regel auch realisierbar. Damit konnten die Antworten der Probanden in folgender Weise zugeordnet werden:

„Messzeitpunkt“/ Codierung	Vor dem Sport	Während dem Sport	Nach dem Sport
	Inhaltliche Fassung		
Code 0	Allgemeiner Motivationszustand	Neutrales psychophysisches Erleben	Ambivalentes Befinden
Code 1	Positives Befinden		
Code 2	Negatives Befinden		

Tab. 5-37: Codierungsschema zur Befindlichkeitsveränderung vor, während und nach der sportlichen Aktivität

Nachdem die globale Tendenz in den Befindlichkeitsveränderungen identifiziert werden konnte (vgl. Abschnitt 5.4.2.2), sollte schließlich eine Typisierung der Untersuchungseinheiten versucht werden. Zur Aufdeckung statistisch relevanter Verlaufskombinationen in der Befindlichkeitsveränderung wurde die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) nach KRAUTH (1993) bzw. KRAUTH & LIENERT (1974a;

1974b) gewählt. Zu Intention und Verlauf des Verfahrens sei auf die diesbezüglichen Ausführungen in Abschnitt 5.1.2.2 verwiesen (siehe auch CLAUSEN & MEYER, 1999; LAUTSCH & WEBER, 1995). Die disjunkte Zuordnung der Probanden in eine Merkmalskategorie wurde nach Tab. 5-37 durchgeführt, um Typen (überzufällig häufiges Vorkommen) bzw. Antitypen (überzufällig seltenes Auftreten) identifizieren zu können.

Konfiguration			f (o)	p (e)	f (e)	X ²	df
A	B	C					
0	0	0	1	0,000	0,33	1,37	1
0	0	1	15	0,012	12,02	0,74	1
0	0	2	0	0,000	0,20	0,20	1
0	1	0	3	0,002	2,27	0,23	1
0	1	1	82	0,084	83,17	0,02	1
0	1	2	1	0,001	1,40	0,11	1
0	2	0	0	0,000	0,12	0,12	1
0	2	1	2	0,004	4,41	1,32	1
0	2	2	0	0,000	0,07	0,07	1
1	0	0	0	0,001	0,55	0,55	1
1	0	1	7	0,020	20,12	8,55	1
1	0	2	1	0,000	0,34	1,30	1
1	1	0	2	0,004	3,80	0,85	1
1	1	1	154	0,140	139,15	1,58	1
1	1	2	6	0,002	2,34	5,73	1
1	2	0	0	0,000	0,20	0,20	1
1	2	1	3	0,007	7,38	2,60	1
1	2	2	1	0,000	0,12	6,19	1
2	0	0	4	0,002	2,26	1,34	1
2	0	1	92	0,083	82,79	1,03	1
2	0	2	0	0,001	1,39	1,39	1
2	1	0	16	0,016	15,64	0,01	1
2	1	1	560	0,576	572,61	0,28	1
2	1	2	6	0,010	9,62	1,36	1
2	2	0	0	0,001	0,83	0,83	1
2	2	1	37	0,031	30,35	1,45	1
2	2	2	1	0,001	0,51	0,47	1
gesamt			994	1,00	994,0	39,90	

Tab. 5-38: Konfigurationsfrequenzanalyse zu den Kategorien der Befindlichkeitsveränderungen vor, während und nach der sportlichen Aktivität zur Identifizierung von Typen bzw. Antitypen (A=vor der sportlichen Aktivität, B=während der sportlichen Aktivität, C=nach der sportlichen Aktivität; 0=allgemeiner Motivationszustand bzw. neutrales psycho-physisches bzw. ambivalentes Erleben, 1=positives Befinden, 2=negatives Befinden)

Aus Tab. 5-38 ist das Ergebnis des auf einer X^2 -Statistik basierenden KFA-Verfahrens bei einer α -Adjustierung mit $\alpha=0,05$ und $r=27$ auf $\alpha^*=0,002$ abzulesen. Es ergibt sich für keine Merkmalskombination eine anhand des kritischen X^2 -Wertes geprüften Testwertes eine signifikante Über- oder Unterzufälligkeit. Als kritisch erscheinen lediglich die Chi-Quadrat-Werte für die Kombination „positives Befinden vorher – neutrales psycho-physisches Erleben während – positives Befinden nachher“ ($X^2=8,55$) sowie „positives Befinden vorher – negatives Befinden während – negatives Befinden nachher“ ($X^2=6,19$). Aufgrund der vorgenommenen α -Adjustierung erreichen die Prüfgrößen jedoch nicht das geforderte Signifikanzniveau.

Dennoch sollen partielle Ergebnisse aus Tab. 5-38 zum Anlass genommen werden, einzelne Teilpopulationen hinsichtlich der Befindlichkeitsveränderung genauer zu betrachten. Dazu soll die Gruppe derer, die die Merkmalsausprägungen 2-1-1 ($n=560$), 1-1-1 ($n=154$) bzw. 2-0-1 ($n=92$) besitzt, hinsichtlich einer Alters- und Geschlechtsverteilung untersucht werden.

Daraus ergibt sich, dass die Gruppe derer, die vor der sportlichen Aktivität ein negatives, während und nach dem Sport jedoch ein positives Befinden dokumentieren, vor allem durch Frauen sowie Sportler der Altersgruppe 3 (41 bis 60 Jahre) konstituiert wird (vgl. Abb. 5-49). Dagegen bietet die Teilpopulation der Probanden, die zu allen Zeitpunkten eine positive Stimmung kommunizieren ein vergleichsweise ausgeglichenes Geschlechterbild. In dieser Gruppe sind altersmäßig überdeutlich viele Probanden über 41 Jahren zu finden. Ein derart gleichförmig optimistisches Befinden scheint vor allem aus einer fehlenden beruflichen Belastung zu resultieren, da diese Teilpopulation einen erhöhten Anteil nicht erwerbstätiger Personen aufweist (44,8%).

Die Gruppe derjenigen, die die linearste Verbesserung ihres Wohlbefindens dokumentieren (vorher negativ, während neutral, nachher positiv) schließlich wird erneut dominiert von weiblichen Sportlern, sowie Probanden der mittleren Alterskategorien.

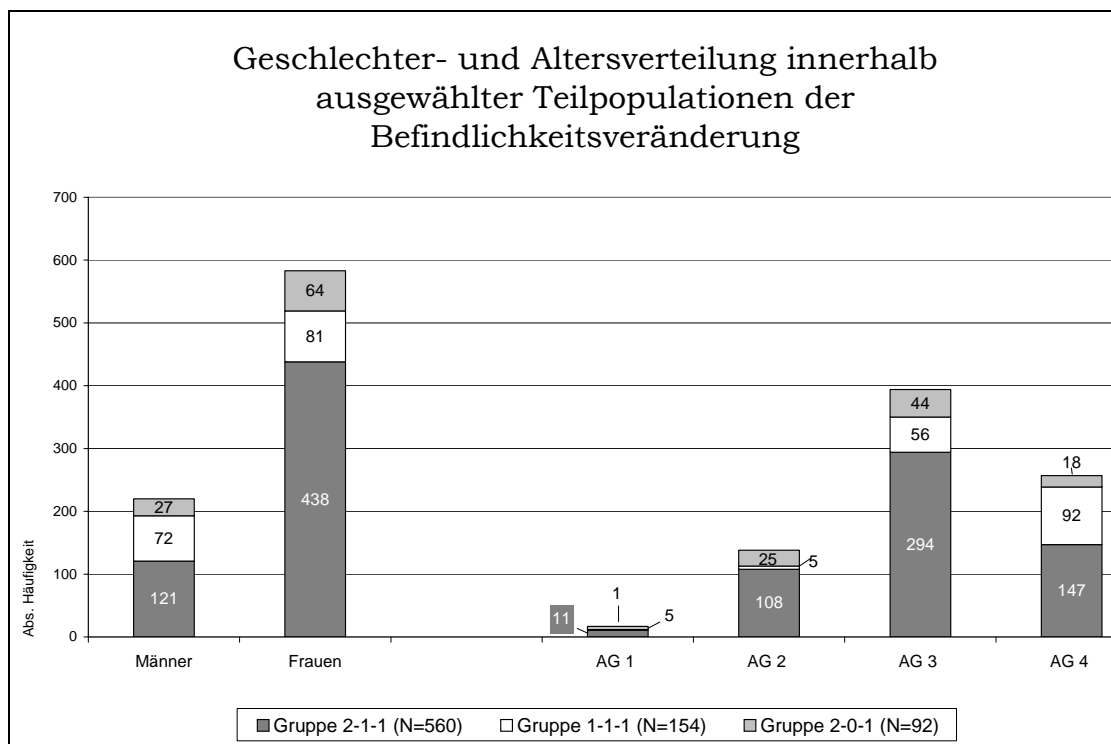


Abb. 5-48: Ausgewählte Teilpopulationen in der Befindlichkeitsveränderung, gruppiert nach Alter und nach Geschlecht (Angaben in absoluter Häufigkeit)

Fazit

Die qualitativen Ergebnisse bestätigen Befunde früherer Studien zur Befindlichkeitsveränderung durch sportliche Aktivierung, die auf quantitativem Wege gewonnen wurden. Als dominante Tendenz in der Entwicklung der Befindlichkeiten durch die sportliche Aktivität sind ganz klar Äquilibrationseffekte festzustellen. Der Großteil der befragten Freizeit- und Gesundheitssportler äußert negative Befindlichkeiten zu Beginn der sportlichen Aktivität, die sich im Verlauf der Bewegungstätigkeit positivieren und in den allermeisten Fällen in eine sehr positive Stimmung nach dem Sport münden (vgl. hierzu Abschnitt 5.4.2.3). Insbesondere für die in der eigenen Studie vorherrschende Belastungsform der Fitnessverbesserung durch gesundheitsorientierte Gymnastik waren positive Stimmungsveränderungen aufgrund der Literaturrecherche zu erwarten; Zu ähnlichen Befunden gelangten bereits ALFERMANN & STOLL (1996), ALFERMANN ET AL. (1995), BÄSSLER (1995), BREHM (1998), DEIMEL (1999), HAYES & ROSS (1986), WANDKE (1994), WETZLER & URSANO (1988) UND WYDRA (1996). Disäquilibrationseffekte wären für Betätigungen im Bereich der wettkampfbasierten Spiel- und Individualsportarten zu erwarten gewesen, die nicht Gegenstand der Sportaktivität der vorliegenden Stichprobe sind. Auffällig, weil unerwartet, erscheinen jedoch hier jene Fälle, bei denen von negativen Befindlichkeiten während und/oder nach der Sporttätigkeit berichtet wird. Daneben erscheinen auch diejenigen Probanden, die ein neutrales Erleben der sportlichen Aktivität bzw. ein ambivalentes Befinden nach der Bewegungstätigkeit dokumentieren, einer genaueren Betrachtung wert.

Der Versuch, „typische“ bzw. „antitypische“ Kombinationen im kommunizierten Befindlichkeitsverlauf der Sportler zu extrahieren schlug allerdings fehl. Aufgrund mangelnder statistischer Signifikanz konnten hier keine eindeutigen Ergebnisse erzielt werden. Sowohl die basale Datenqualität als auch das Clusterverfahren in im Wesentlichen jeweils drei Kategorien reichten nicht aus, um dem deskriptiven und augenfälligen Befund auch rechnerisch beizukommen. Hier wären Methoden, denen eine stärkere Ausdifferenzierung innewohnt, hilfreicher.

6. Empirische Befunde zum Vergleich der Sportlergruppen in den Bereichsanalysen

Nach den vorangegangenen empirischen Befunden zum Vergleich der Geschlechts- und Altersgruppen aus Kapitel 5 sollen im Folgenden Analysen der Sportlergruppen im Zentrum der Betrachtungen stehen. Dazu wird die in Abschnitt 4.3.3.2 vorgenommene Einteilung der Stichprobe gemäß der Gesundheits- und Freizeitsportdimensionen Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssport als Gruppenkriterium herangezogen, um differenzierende Befunde hinsichtlich der spezifischen Alters- und Geschlechtsverteilung in den Bereichen „Gesundheit und Krankheit“, „Gesundheitsverhalten“, „Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten“ sowie „Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein“ zu erstellen. Die für einige Komplexe entwickelten Instrumente (vgl. Kapitel 5) finden hierfür zur Verkürzung und besseren Transparenz der Ergebnisdarstellung verstärkt ihren Einsatz (Summenscores, Typenbildung, Faktoren zur Dimensionenreduktion, Mittelwert-Scores). Methodisch werden neben der Angabe von Häufigkeitsverteilungen und statistischen Kennwerten (Mittelwert M , Standardabweichung SD) auch Chi-Quadrat-Statistiken die Befunddarstellung unterstützen. Zur Berechnung von Gruppenunterschieden zwischen den Sportlern der Fitness-, Präventions- und Rehabilitationsdimension kommen univariate Varianzanalysen zum Einsatz. Um mögliche Interaktionseffekte mit den Faktoren „Geschlecht“ und „Alter“ zu extrahieren, werden die varianzanalytischen Berechnungen um jene Wechselwirkungen ergänzt. Als unabhängige Variable wird dementsprechend das jeweilige Kriterium aus den Bereichsanalysen eingesetzt, während die Faktoren „Sportlergruppe“, „Geschlecht“ und „Alter“ als abhängige Variablen fungieren. Gegenüber Verletzungen der statistischen Voraussetzungen von Varianzanalysen wie vorliegende Normalverteilung und Homogenität der Varianzen gilt das Verfahren bei genügend großen Stichproben als relativ robust (BORTZ, 1999, 276).

Für die varianzanalytischen Überprüfungen wurde hinsichtlich des Interaktionseffektes der abhängigen Variable „Alter“ grundsätzlich die in einer vierteiligen Gruppierung vorliegenden Variable „altgrp“ (AG 1: bis 26 Jahre, AG 2: 27 bis 40 Jahre, AG 3: 41 bis 60 Jahre, AG 4: ab 61 Jahre) eingesetzt. Der damit provozierte Informationsverlust im Vergleich zur Variable „alter“ wurde aus Gründen der transparenteren Ergebnisdarstellung in Kauf genommen. Zum Ergebnisbericht der Varianzanalysen zählen die üblichen statistischen Kenngrößen wie die Prüfgröße F - und zugehörige p -Werte zu den Haupt- und möglichen Interaktionseffekten, sowie die jeweiligen Freiheitsgrade df . Als Schätzer für die Effektgröße dient Eta-Quadrat, das partieller Natur ist und auf deskriptiver Ebene den Anteil der unabhängigen Variable auf die Varianz der abhängigen Variable kennzeichnet (BORTZ, 1999, 270). Darüber hinaus werden die Freiheitsgrade der Reststreuung (Fehler) angegeben. Als Gütemaß für die Anpassung des jeweiligen Modells dient die Größe R -Quadrat, die Aufschluss über den Anteil der durch die Faktoren erklärten Streuung an der Gesamtvarianz, ohne Berücksichtigung der Interaktionseffekte, gibt (vgl. BACKHAUS, ERICHSON, PLINKE & WEIBER, 2000, 98).

Ziel der Analysen ist eine Darstellung der Teilpopulationen in den oben dargestellten zentralen Bereichen. Dabei soll herausgearbeitet werden, inwieweit charakteristische Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten zwischen den Sportlergruppen bestehen. Einschränkungen im Bezug auf die Ergebnisinterpretation müssen u.U. aus Gründen der Stichprobengenerierung hingenommen werden. Dies betrifft die alters- und geschlechtsspezifische Zusammensetzung der Teilstichproben der Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportler, die sich mitunter als ungleichmäßige herausstellte (vgl. Abschnitt 4.3.3.3.2).

6.1 Gesundheit und Krankheit

Im Zusammenhang mit der Beschreibung des objektiven und subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes der Probanden sollen im Folgenden Unterschiede zwischen den Sportlertypen analysiert werden. Als Merkmal des objektiven Zustandes dienen die von den Probanden dokumentierten chronischen Erkrankungen, die in dichotom codierten Variablen vorliegen. Daneben wird der Summenscore zur Anzahl der ausgebildeten chronischen Krankheiten zur Beschreibung herangezogen. Zur Darstellung von Unterschieden hinsichtlich der subjektiven Gesundheitswahrnehmung werden verschiedene Instrumente genutzt, die unter 6.1.2 erläutert sind.

6.1.1 Objektive Gesundheit

Tab. 6-1 gibt die Verteilung der chronischen Erkrankungen in den Sportlergruppen wieder und dokumentiert unter anderem den jeweils höchstsignifikanten Anstieg der Herz-Kreislaufkrankungen von den Fitness- zu den Präventions- bis zu den Rehabilitationssportlern (Fitness- vs. Präventionssportler: $X^2=16,572$; $df=1$; $p < .001$; Fitness- vs. Rehabilitationssportler: $X^2=47,929$; $df=1$; $p < .001$; Präventions- vs. Rehabilitationssportler: $X^2=375,521$; $df=1$; $p < .001$): 58,1% ($n=227$) der im Rehabilitationssport Aktiven geben dieses Beschwerdebild an. Unter Fitness- oder Präventionssportlern ist es dagegen deutlich seltener zu finden.

Auch die Beschwerdebilder Osteoporose, Diabetes, Krebs und Parkinson werden im Gruppenvergleich mit signifikanter Wahrscheinlichkeit am häufigsten von Rehabilitationssportlern berichtet, während Präventionssportler wiederum darunter seltener leiden als Fitnesssportler. Dabei ergaben multiple Chi-Quadrat-Tests, dass diese Erkrankungen höchstsignifikant häufiger unter Rehabilitations- als unter Fitnesssportlern vorkommen (*Osteoporose*: $X^2=52,062$; $df=1$; $p < .001$; *Diabetes*: $X^2=33,664$; $df=1$; $p < .001$; *Krebs*: $X^2=15,430$; $df=1$; $p < .001$; *Parkinson*: $X^2=12,063$; $df=1$; $p = .001$). Die Gruppenvergleiche zwischen Präventions- und Rehabilitationssportlern gehen unterschiedliche Signifikanzen ein: *Osteoporose*: $X^2=6,257$; $df=1$; $p = .012$; *Diabetes*: $X^2=20,563$; $df=1$; $p < .001$; *Krebs*: $X^2=7,723$; $df=1$; $p = .005$; *Parkinson*: $X^2=13,007$; $df=1$; $p < .001$. Die im relativen Anteil eher gering ausfallenden Differenzen zwischen Fitness- und Präventionssportlern in diesen Erkrankungsformen erweist sich für das Item Osteoporose als höchstsignifikant ($X^2=32,704$; $df=1$; $p < .001$), für Diabetes als hochsignifikant ($X^2=8,733$; $df=1$; $p = .003$), für Krebs als signifikant ($X^2=4,370$; $df=1$; $p = .037$) und für Parkinson als nicht signifikant.

Die Krankheitsbilder „Wirbelsäulenerkrankungen“ und „Arthrose“ fügen sich nicht in diese Gesetzmäßigkeit. Diese Krankheiten sind signifikant seltener unter Rehabilitationssportlern zu finden. Hier demonstrieren die Sportler der Präventionsgruppe ihre Dominanz, wobei sich die Verteilungen zwischen Rehabilitations- und Präventionssportlern als jeweils vergleichsweise homogen und damit nicht signifikant erweisen (Fitness- vs. Präventionssportler – *Arthrose*: $X^2=52,611$; $df=1$; $p < .001$; *Wirbelsäulenerkrankung*: $X^2=83,803$; $df=1$; $p < .001$; Fitness- vs. Rehabilitationssportler – *Arthrose*: $X^2=39,665$; $df=1$; $p < .001$; *Wirbelsäulenerkrankung*: $X^2=47,929$; $df=1$; $p < .001$).

Entsprechend der dargestellten Einzelergebnisse ergibt sich für den Umstand, an keiner chronischen Erkrankung zu leiden, folgendes Bild: Die vergleichsweise beste gesundheitliche Verfassung gemessen an einem gänzlichen Freisein von chronischen Krankheiten weisen Fitnesssportler auf, die schlechteste Gesundheit in diesem Sinne ist unter Rehabilitationssportlern zu finden. Alle Gruppenvergleiche gehen ein höchstsignifikantes Niveau ein (Fitness- vs. Präventionssportler: $X^2=123,584$;

df=1; $p < .001$; Fitness- vs. Rehabilitationssportler: $X^2=319,465$; df=1; $p < .001$; Präventions- vs. Rehabilitationssportler: $X^2=111,934$; df=1; $p < .001$).

Alle übrigen Gruppenvergleiche der Einzelitems erreichten das Signifikanzniveau nicht.

Chronische Erkrankungen		Sportlertypen		
		Fitness-sportler (N=423)	Präventions-sportler (N=888)	Rehabilitations-sportler (N=391)
Wirbelsäulenerkrankung		14,4 ^a	39,5 ^b	35,3 ^a
Herz-Kreislaufkrankung		2,4 ^a	8,2 ^b	58,1 ^c
Arthrose		4,5 ^a	19,7 ^b	18,4 ^a
Osteoporose		0,2 ^a	7,9 ^b	12,3 ^c
Diabetes		0,5 ^a	3,0 ^b	9,0 ^c
Krebs		0,7 ^a	2,4 ^b	5,4 ^c
Parkinson		0,0 ^a	0,5 ^a	2,8 ^b
Asthma		2,6 ^a	3,4 ^a	5,1 ^a
Psychische Erkrankung		1,4 ^a	2,0 ^a	2,6 ^a
Morbus Bechterew		0,2 ^a	0,2 ^a	0,3 ^a
Multiple Sklerose		0,2 ^a	0,1 ^a	0,0 ^a
Keine Erkrankung		67,6 ^a	34,8 ^b	6,7 ^c
Sonstige Nennungen	Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems	7,5	9,5	20,0
	Erkrankungen des Bewegungsapparates	17,5	26,7	23,3
	Erkrankungen der inneren Organe	17,5	35,2	30,0
	Hautkrankheiten und Allergien	40,0	24,8	20,0

Tab. 6-1: Chronische Erkrankungen in Abhängigkeit des Sportlertyps (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen; inkl. Angabe des Ergebnisses multipler Signifikanz-Vergleichstests für die zentralen chronischen Erkrankungen – ohne „Sonstige Nennungen“ – auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests, wobei sich Werte mit ungleichen Buchstabenkennzeichnungen signifikant unterschieden, Werte mit gleichen Buchstabenkennzeichnungen nicht, N=1702)

Ein geschlechtsimmanenter Vergleich der Häufigkeiten erbrachte keine nennenswerten Unterschiede in der Ausprägung der erfassten chronischen Erkrankungen für Fitnesssportler. Für die Teilstichprobe der Präventionssportler hingegen zeigten sich auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests statistisch bedeutsame Differenzen in den Items Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen. In beiden Fällen geben signifikant mehr Männer eine Ausprägung dieser Krankheitsbilder an (*Diabetes*: Männer 5,0% vs. Frauen 2,3%; $X^2=4,212$; df=1; $p = .040$; *Herz-Kreislaufkrankung*: Männer 11,8% vs. Frauen 7,0%; $X^2=5,043$; df=1; $p = .025$). Weibliche Präventionssportler hingegen dokumentieren höchstsignifikant häufiger Osteoporoseerkrankungen als Männer (Männer 0,9% vs. Frauen 10,0%; $X^2=19,264$; df=1; $p < .001$). In der Gruppe der Rehabilitationssportler schließlich ließen sich Männer höchstsignifikant häufiger als Träger von Herz-Kreislaufkrankungen orten (Männer 81,2 vs. Frauen 86,2; $X^2=81,022$;

df=1; $p < .001$). Dies gilt auch für Krebserkrankungen (Männer 9,5% vs. Frauen 1,0%; $X^2=13,823$; df=1; $p < .001$). Hingegen leiden Frauen, die in rehabilitativen Angeboten sportlich aktiv sind, signifikant häufiger an psychischen Erkrankungen (Männer 0,5% vs. Frauen 4,5%; $X^2=6,239$; df=1; $p = .013$), Wirbelsäulenerkrankungen (Männer 23,0% vs. Frauen 46,7%; $X^2=24,016$; df=1; $p < .001$) und Osteoporose (Männer 2,1% vs. Frauen 22,1%; $X^2=36,179$; df=1; $p < .001$). Einen grafischen Überblick über die berichteten statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den Sportlergruppen gibt Abb. 6-1. Auf die Angabe nicht signifikanter Differenzen wird verzichtet.

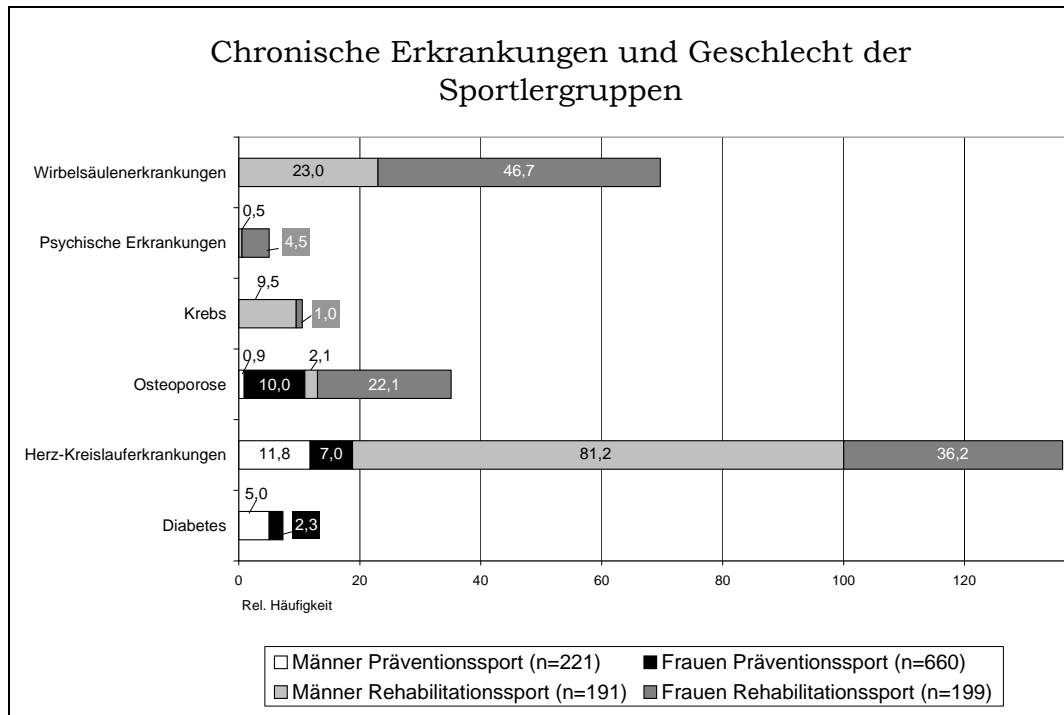


Abb. 6-1: Chronische Erkrankungen in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen; Es werden nur signifikante Ergebnisse dargestellt.)

Im sportgruppeninternen Altersvergleich ergeben sich folgende bedeutsamen Unterschiede: In der Gruppe der Fitnesportler steigt die Häufigkeit der Arthrosepatienten höchstsignifikant mit dem Alter an (vgl. Tab. 6-2). Gleichzeitig sinkt die Zahl derer, die von einer Hautkrankheit bzw. Allergie berichten in der Gruppe der Fitnesportler signifikant mit dem Alter ab.

Für die Teilstichprobe der Präventionssportler gilt: Je älter diese sind, desto signifikant häufiger berichten sie von Arthrose-, Krebs- und Herz-Kreislaufkrankungen. Für das Item „Asthmaerkrankung“ konnte ein nicht-linearer Verlauf ermittelt werden. Hier zeigt sich, dass die 27- bis 40-Jährigen den größten Patientenanteil aufweisen, der mit einem Abstand von den ältesten Sportlern (ab 61 Jahre) gefolgt wird. Ein direkter Zusammenhang mit Alterserscheinungen für dieses Krankheitsbild unter den Präventionssportlern kann deshalb nicht vermutet werden.

Für die Gruppe der Rehabilitationssportler schließlich ist zunächst ein höchstsignifikanter Anstieg der Herz-Kreislaufpatienten mit zunehmendem Alter festzustellen. Weitere Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass insbesondere die 41- bis 60-Jährigen, die im rehabilitativen Vereinssport engagiert sind, nachweislich häufiger mit psychischen Erkrankungen, Krankheitsbildern der inneren Organe und

Wirbelsäulenerkrankungen belastet sind als die übrigen Altersgruppen in dieser Gesundheitsportdimension. Allerdings erreicht die Überprüfung des Gruppenunterschieds für das Item „psychische Erkrankungen“ nur den Status einer tendenziellen Signifikanz ($p = .059$) und kann so nur mit Vorsicht auf die Population übertragen werden.

Chronische Erkrankung	Altersgruppe				Verteilungsvergleich		
	1 (bis 26 J.)	2 (27-40 J.)	3 (41-60 J.)	4 (ab 61 J.)	X ² -Wert	df	p-Wert
Fitnesssportler							
Arthrose	0,0	1,3	5,9	16,7	16,587	3	= .001
Hautkrankheiten und Allergien	11,8	4,5	2,5	0,0	8,355	3	= .039
Präventionssportler							
Arthrose	0,0	2,6	14,7	27,8	39,272	3	< .001
Asthma	0,0	9,0	2,1	3,6	9,807	3	= .020
Herz-Kreislaufkrankung	0,0	3,8	4,4	12,6	20,635	3	< .001
Krebs	0,0	0,0	1,3	3,9	7,997	3	= .046
Rehabilitationssportler							
Herz-Kreislaufkrankung	0,0	16,7	52,1	64,7	18,853	3	< .001
Psychische Erkrankung	0,0	8,3	4,9	0,9	7,427	3	= .059
Wirbelsäulenerkrankung	33,3	75,0	36,9	30,6	11,634	3	= .009
Erkrankungen der inneren Organe	0,0	25,0	2,8	0,9	29,847	3	< .001

Tab. 6-2: Chronische Erkrankungen in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen), inkl. Angabe der Chi-Quadrat-Statistiken zur Überprüfung der Gruppenunterschiede (Es werden nur signifikante Ergebnisse dargestellt.)

Summenscore „Chronische Erkrankungen“

Um zu überprüfen, ob sich die Sportlergruppen hinsichtlich des quantitativen Merkmals der objektiven Gesundheit gemessen an der Anzahl der ausgeprägten chronischen Erkrankungen unterscheiden, wurde der oben gebildete (vgl. Abschnitt 5.1.2.1) Summenscore als Index genutzt und einer univariaten Varianzanalyse mit der abhängigen Variable „chronerk“ (Summenscore „Chronische Erkrankungen“) unterzogen. Um Wechselwirkungen mit den Faktoren „Alter“ und „Geschlecht“ zu identifizieren, wurden mögliche Interaktionseffekte mit der Variablen „Sportlertyp“ geprüft (vgl. Tab. 6-3): Erwartungsgemäß haben Rehabilitationssportler im Mittel die meisten chronischen Erkrankungen ausgeprägt ($M=1,569$, $SD=1,003$), gefolgt von den Probanden des Präventivsports ($M=1,013$, $SD=1,087$). Die Aktiven des Fitnesssports dagegen kommunizieren mit einem arithmetischen Mittel von 0,369 ($SD=0,647$) deutlich weniger chronische Erkrankungen. Der Faktor der Zugehörigkeit zu einer Sportlergruppe geht damit einen höchstsignifikanten Haupteffekt mit einer allerdings geringen Effektgröße ($\eta^2=0,014$) ein.

Post hoc durchgeführte Einzelgruppenvergleiche (Bonferoni-Methode) sicherten die Unterschiede zwischen allen Sportlergruppen auf höchstsignifikantem Niveau ($p < .001$) ab.

Deutliche, jedoch nicht signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern liegen in den Gruppen

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	11,808	< .001	0,014
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,163	n.s.	0,000
Sportlertyp * Alter	6	0,486	n.s.	0,002
Alter* Geschlecht	3	0,011	n.s.	0,000
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	1,376	n.s.	0,003
Fehler	1669			
Gesamt: N=1691, variiert aufgrund verschieden hoher missing values				

Tab. 6-3: Haupt- und Interaktionseffekte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur objektiven Gesundheit mit dem Alter und Geschlecht (Summenscore: univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,177$)

Die geprüften Interaktionseffekte liefern keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung im Merkmal „chronische Erkrankungen“.

Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass die Gruppe der Fitnesssportler in geringstem Maße mit chronischen Erkrankungen belastet und im Umkehrschluss mit der vergleichsweise besten objektiven Gesundheit ausgestattet ist. Angesichts der Altersverteilung in dieser Teilstichprobe (vgl. Abschnitt 4.3.3.3.2) und der altersspezifischen Verteilung der Krankheitsbilder in der Gesamtstichprobe (vgl. Abschnitt 5.1) überraschte dies jedoch kaum. Dabei spielt für die Ausprägung der berichteten chronischen Erkrankungen das Geschlecht der Fitnesssportler keine Rolle. Wohl aber das Alter: Jüngere Fitnesssportler berichten signifikant häufiger von Problemen mit Hautkrankheiten und Allergien, während ältere häufiger an Arthrose leiden. Auffällig bleibt trotz statistisch unrelevanter Verteilung die recht hohe absolute Ausprägung von Wirbelsäulenerkrankungen unter Fitnesssportlern (14%), die zwar weit hinter den Angaben der übrigen Gruppen bleibt, in diesem Umfang jedoch durchaus überrascht. Nicht zuletzt stützt dieser Befund die Stellung der Wirbelsäulenbeschwerden als zentrales Beschwerdemaß unserer Zeit (DIEMER & BUCHERT, 2002; STATISTISCHES BUNDESAMT, 1999; 2000). Unter jungen Fitnesssportlern erreichen die Krankheitsbilder der Hautkrankheiten und Allergien eine große Bedeutung. Diese Beschwerdebilder spielen unter den anderen Sportlergruppen eine weniger große Rolle.

Bezüglich sowohl des quantitativen Umfangs wie auch der qualitativen Ausprägung der chronischen Erkrankungen setzen sich die Gruppen Präventions- und Rehabilitationssportler deutlich von den Aktiven der fitnessorientierten Angebote ab. Versuchspersonen der beiden ersten Gruppen dokumentieren eine deutlich erhöhte Anzahl an Erkrankungen, wobei die Rehabilitanden quantitativ gemessen den schlechtesten objektiven Gesundheitszustand aufweisen. Als dominante Krankheitsbilder wurden dabei Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Wirbelsäulenerkrankungen, Krebs, Arthrose und Osteoporose identifiziert. Für Präventionssportler spielen die Beschwerdemaße Wirbelsäulenerkrankung, Arthrose, Erkrankungen des Bewegungsapparates und der inneren Organe eine anteilmäßig stärkere Rolle als für Fitness- oder Rehabilitationssportler.

Weibliche Präventionssportler belegen das als typisch geltende Beschwerdebild der Osteoporoseerkrankung, während Männer in präventive Sportangebote Zugang finden, die an Diabetes und Herz-Kreislaufkrankungen leiden. Diese Befunde konkretisieren bereits konstatierte deskriptive Ergebnisse, die einen Zugang der Frauen in spezielle Gymnastikprogramme zur Osteoporoseprävention annehmen. Männliche Präventionssportler hingegen haben bereits Symptome von so genannten Zivilisationskrankheiten ausgeprägt und finden mit derartigen Beschwerden Zugang zum präventiv orientierten Sport.

Aus der Geschlechterverteilung in der Rehabilitationssportlergruppe kann eine deskriptiv höhere Belastung mit chronischen Erkrankungen der weiblichen Sportler abgeleitet werden, die sich jedoch nicht auf die Population übertragen lässt. Konkret belegen sie als typisch weiblich geltende Beschwerdemaße wie Wirbelsäulen-, psychische Erkrankungen und Osteoporose. Insbesondere die 27- bis 40-Jährigen dokumentieren hier die prozentual häufigsten Belastungen. Da in dieser Altersspanne eine häufige Doppelbelastung mit Familie und Beruf vermutet werden kann, könnten zumindest die psychischen Beschwerdemaße eine erklärte Ursache hier finden.

Die geschlechtsspezifische Tendenz der Krankheitsbilder von männlichen Präventionssportlern setzt sich in der Rehabilitativgruppe insofern fort, als die Probanden hier deutlich häufiger an Herz-Kreislaufkrankungen leiden als ihre weiblichen Sportkameradinnen. Dies gilt auch für das Krankheitsbild Krebs. Ersterer Befund kann durch Schwerpunktverlagerungen in der Stichprobengenerierung der Rehabilitationssportler unter Probanden von Coronarsportgruppen erklärt werden. Die Repräsentation der als häufigste Todesursachen in Deutschland bekannten Krankheitsbildern (STATISTISCHES BUNDESAMT, 1999; 2000) ist unter den Rehabilitationssportlern darüber hinaus „ein Privileg“ der Männer.

Diese Befunde führen allgemein zu der These, dass die Gruppe der fitnessorientierten Freizeitsportler deutlich unbelastetere Aktive fasst und sich Präventions- und Rehabilitationssportler davon klar absetzen. Hier finden Männer und Frauen einen Zugang, die bereits spezifische Beschwerdebilder ausgeprägt und Krankheiten manifestiert haben. Dabei scheinen sich „typisch männliche“ von „typisch weiblichen“ Beschwerden abgrenzen zu lassen.

6.1.2 Gesundheitswahrnehmung

Die Ausführungen zur Gesundheitswahrnehmung innerhalb der Sportlergruppen beziehen sich auf Befunde zur subjektiven Gesundheitseinschätzung, Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand, dem zugeordneten Stellenwert der Gesundheit sowie der Kontrollüberzeugung zur Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes. Hierzu werden jeweils die z-transformierten Variablen der einzelnen Merkmale univariaten Varianzanalysen unterzogen, wobei das jeweils zu untersuchende Merkmal als abhängige Variable, die Variablen „Sportlertyp“, „Geschlecht“ und „Alter“ als Faktoren (unabhängige Variablen) eingesetzt wurden. Abgerundet werden die Ergebnisse durch Unterschiedsuntersuchungen zu den in Abschnitt 5.1.2.2 identifizierten Gesundheitswahrnehmungskategorien bzw. –typen und –antotypen.

Subjektive Gesundheitseinschätzung

Der Organisationsrahmen der sportlichen Aktivität hat einen höchstsignifikanten Effekt auf die subjektive Einschätzung der Gesundheit. Tab. 6-4 zeigt, dass in varianzanalytischen Überprüfungen der

Effekt des Faktors „Sportlertyp“ höchstsignifikant. Post hoc durchgeführte Mehrfachvergleiche (Bonferroni-Tests) sicherten die Unterschiede zwischen allen Sportlergruppen als höchstsignifikant ($p < .001$) ab. Signifikante Interaktionseffekte konnten nicht nachgewiesen werden.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	15,890	< .001	0,018
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,365	n.s.	0,000
Sportlertyp * Alter	6	0,907	n.s.	0,003
Alter* Geschlecht	3	1,575	n.s.	0,003
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	0,732	n.s.	0,002
Fehler	1691			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben				
	M	SD	N	
Gruppenkriterium Sportlertyp				
Fitnesssportler	0,496	0,908	430	
Präventionssportler	0,014	0,921	905	
Rehabilitationssportler	-0,582	0,970	389	
Gesamt: N= 1713, variiert aufgrund verschieden hoher missing values; M=0,00, SD=1,00				

Tab. 6-4: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur subjektiven Gesundheitseinschätzung (z-transformierter Mittelwertscore: univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,162$)

Es ergibt sich, dass Rehabilitationssportler die schlechteste subjektive Gesundheit anzeigen, wohingegen Sportler in fitnessorientierten Angeboten ihrer Gesundheit das positivste Zeugnis ausstellen. Das Geschlecht hat dabei keinen Einfluss auf die subjektive Einordnung des Gesundheitszustandes. Bezüglich des konstatierten Haupteffektes durch den Faktor „Alter“ kann auf die bereits erfolgten Analysen in Kapitel 5 verwiesen werden (vgl. Abschnitt 5.1.2.1)

Wenn auch kein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Faktoren „Alter“ und „Sportlergruppe“ identifiziert werden konnte, soll aufgrund eines in der deskriptiven Betrachtung auffälligen Befundes kurz ein Blick auf dieses Wechselverhältnis geworfen werden. Hier zeigt sich hinsichtlich des Altersverlaufs, dass Sportler unter 27 Jahren, die in präventiven Angeboten aktiv sind, mit einer identischen subjektiven Gesundheitseinschätzung starten wie Aktive in rehabilitativen Angeboten. Die Belastung durch einen schlechten objektiven Gesundheitszustand scheint hier nicht die einzige Einflussgröße zu sein. Vielmehr könnte ein negatives Gesundheitserleben durch das Bewusstsein von einem schlechten objektiven Gesundheitszustand als einschneidendes Erlebnis dieser jungen Sportler vermutet werden, was dann in eine eher pessimistische Gesundheitsbeurteilung mündet. Gestützt wird diese These von der vergleichsweise hoch ausfallenden subjektiven Gesundheit der 27- bis 40-Jährigen, die sich deutlich jener der gleichaltrigen Fitnesssportler annähert und von denen der Rehabilitationssportler absetzt

(vgl. Abb. 6-2). Erst dann wird die Gesundheit mit dem Alter der Präventionssportler deutlich schlechter bewertet, ohne jedoch in klarem Abstand zu den Einschätzungen der in rehabilitativen Angeboten aktiven Sportler über alle Altersgruppen hinweg besser auszufallen. Die subjektive Einschätzung der Gesundheit wird von Fitness- und Rehabilitationssportlern mit zunehmendem Alter sukzessive schlechter bewertet, wobei der relative Abfall der Bewertungskurve in den jüngeren Altersgruppen größer ist als zwischen den älteren Gruppen.

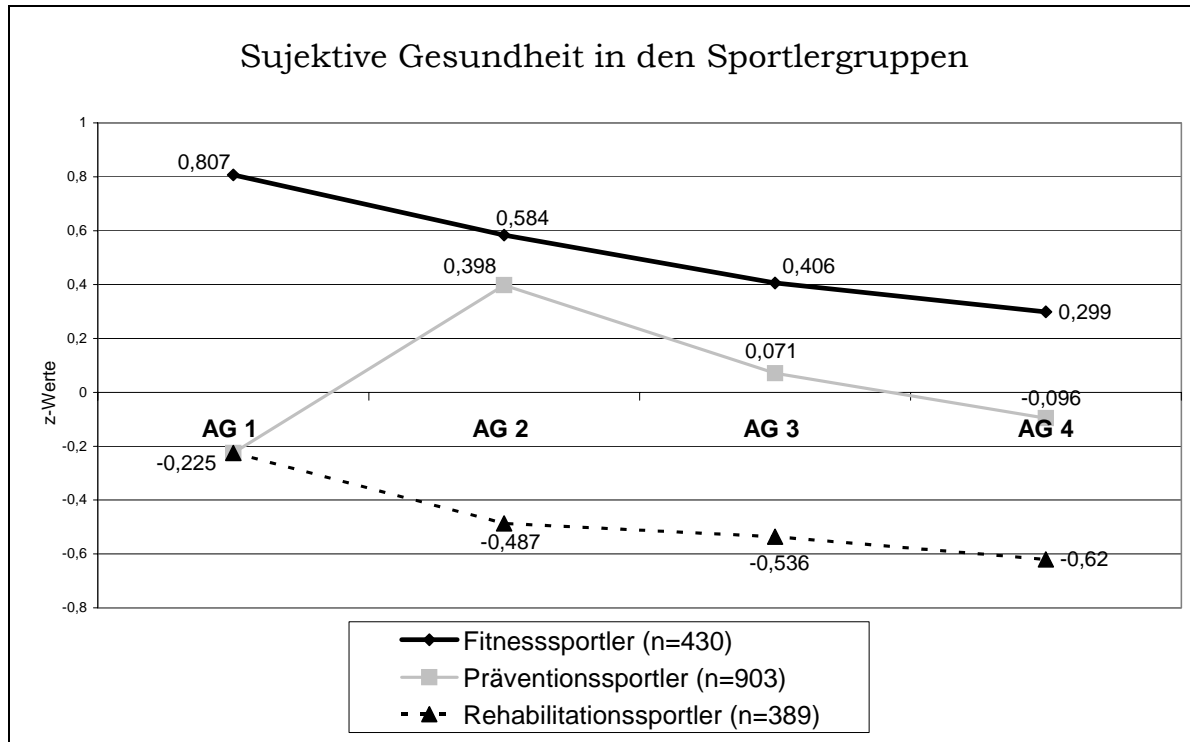


Abb. 6-2: Subjektive Gesundheit der Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters (z-transformierte Mittelwerte) (N=1722)

Zufriedenheit mit der Gesundheit

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen der Gesundheitszufriedenheit und der Zuordnung zu einer Gesundheitssportdimension ist ein deutliches Ergebnis zu erkennen (vgl. Tab. 6-5): Neben einem Haupteffekt der Variable Sportlertyp ergibt sich auch ein tendenziell signifikanter Interaktionseffekt von Alter und Geschlecht. Der Einfluss der Gesundheitssportgruppe konnte durch Bonferoni-Tests zwischen allen Teilstichproben auf höchstsignifikantem Niveau ($p < .001$) manifestiert werden.

Die Bedeutung der Gesundheitssportdimension ist dabei rein deskriptiv für Männer und Frauen unterschiedlich: Sind Frauen in Präventionsangeboten und insbesondere im Fitnesport deutlich zufriedener mit ihrem Gesundheitszustand als ihre männlichen Sportkollegen, dreht sich das Bild für die Rehabilitationssportdimension um. Hier dokumentieren Frauen einen geringeren Zufriedenheitsgrad als Männer. Je spezifizierter die männlichen Probanden sportlich aktiv sind, also an einem Angebot mit deutlicher Orientierung an spezifischen Beschwerden (z.B. Coronarsport) oder Bedürfnissen (z.B. Wirbelsäulenprävention) teilnehmen, desto unzufriedener sind sie mit ihrem Gesundheitszustand. Weibliche Sportler hingegen finden bereits mit einer geringeren Gesundheitszufriedenheit in den Fitnesport Eingang, d.h. sie werden u.U. aus dieser Motivation heraus früher aktiv als Männer.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	9,793	< .001	0,012
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,552	n.s.	0,001
Sportlertyp * Alter	6	1,531	n.s.	0,005
Alter * Geschlecht	3	2,460	= .061	0,004
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	0,418	n.s.	0,001
Fehler	1666			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben				
	M	SD	N	
Gruppenkriterium Sportlertyp				
Fitnesssportler	0,336	0,874	432	
Präventionssportler	0,032	0,920	888	
Rehabilitationssportler	-0,458	1,137	378	
Gesamt: N= , variiert aufgrund verschieden hoher missing values; M=0,00, SD=1,00				

Tab. 6-5: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur Gesundheitszufriedenheit (z-transformierter Mittelwertscore: univariate Varianzanalyse; Gesamt-R²=0,090)

Der marginal signifikante Interaktionseffekt von Alter und Geschlecht weist darauf hin, dass weibliche Sportler bis zu einem Alter von 60 Jahren jeweils eine deutlich besseren Gesundheitszufriedenheit äußern als dies männliche Sportler tun. Die Differenz der Bewertungen zwischen den Geschlechtern ist dabei in der jüngsten Altersgruppe (bis 26 Jahre) am größten: Frauen M=0,190, SD=1,055 (n=36) vs. Männer M=0,084, SD=0,532 (n=5). In den beiden folgenden Altersgruppen fällt der Unterschied zwar geringer aus, stellt aber dennoch die positivere Gesundheitszufriedenheit der Frauen unter Beweis (AG 2: Männer M=0,290, SD=0,907, n=37; Frauen M=0,305, SD=0,824, n=207; AG 3: Männer M=-0,152, SD=1,20, n=188; Frauen M=0,083, SD=0,948, n=543). Im höchsten Alter der Sportlergruppe hingegen erweisen sich Männer zufriedener mit ihrer Gesundheit als Frauen (AG 4: Frauen M=-0,154; SD=1,030; n=397 vs. Männer M=-0,125; SD=0,982; n=274).

Werden deskriptiv (Ein Interaktionseffekt zwischen den drei Faktoren konnte nicht nachgewiesen werden.) die Sportlergruppen unabhängig voneinander bezüglich dieses Effektes betrachtet, zeigt sich, dass sich dieser im Wesentlichen auf die einzelnen Sportlerdimensionen übertragen lässt: Unter Fitnesssportlern sind Frauen bis 26 Jahren und zwischen 41 und 60 Jahren mit ihrem gesundheitlichen Zustand zufriedener als Männer (AG 1: Frauen M=0,404; SD=0,836; n=29 vs. Männer M=0,084; SD=0,532; n=5; AG 3: Frauen M=0,383; SD=0,799; n=155 vs. Männer M=0,112; SD=1,107; n=51). Für die Altersgruppe 3 (27-40 Jahre) ergibt sich kein nennenswerter Unterschied. In der höchsten Altersklasse hingegen können Männer als deutlich zufriedener mit dem eigenen Gesundheitszustand gelten als Frauen (Männer M=0,619, SD=0,896, n=12 vs. Frauen M=0,203, SD=1,013, n=20).

Die Differenzierung von Alter und Geschlecht in der Gruppe der Präventionssportler konzentriert sich vor allem auf die mittleren Altersgruppen (27 bis 40 Jahre und 41 bis 60 Jahre). Hier geben Frauen ein höheres Zufriedenheitsmaß mit ihrem gesundheitlichen Zustand an als Männer (AG 2: Frauen $M=0,283$; $SD=0,685$; $n=61$ vs. Männer $M=0,124$; $SD=1,224$; $n=12$; AG 3: Frauen $M=0,076$; $SD=0,874$; $n=304$ vs. Männer $M=-0,093$; $SD=1,136$; $n=83$). Die ältesten männlichen Sportler in präventiven Angeboten hingegen sind wiederum zufriedener mit ihrer Gesundheit als die weiblichen (AG 4: Frauen $M=-0,028$; $SD=0,955$; $n=285$ vs. Männer $M=0,081$; $SD=0,808$; $n=128$).

Die konstatierten geschlechtlichen Unterschiede in der Gesundheitszufriedenheit der Rehabilitationssportler machen sich erst mit dem Erreichen des 61. Lebensjahres bemerkbar (AG 4: Frauen $M=-0,621$; $SD=1,121$; $n=92$ vs. Männer $M=-0,388$; $SD=1,062$; $n=134$). Die jüngeren Vertreter dieser Gesundheitssportdimension weisen keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf.

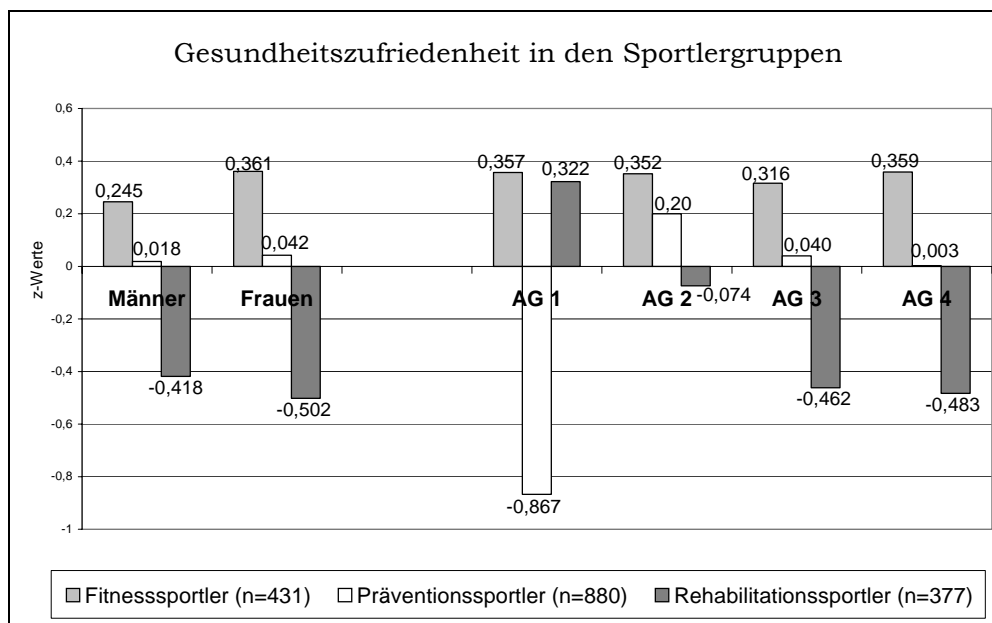


Abb. 6-3: Zufriedenheit mit der Gesundheit in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters (z-transformierte Mittelwerte) (N=1696; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

In der Zufriedenheitsbewertung des Gesundheitszustandes manifestiert sich ein Befund, der für die subjektive Gesundheit bereits festgestellt wurde: Junge Sportler, die in einem präventiv ausgerichteten Angebot aktiv sind, dokumentieren eine äußerst geringe Gesundheitszufriedenheit ebenso wie eine niedrige subjektive Gesundheit. Das Erleben des eigenen Gesundheitszustandes, der offensichtlich bereits in dieser frühen Altersphase mit Einschränkungen behaftet ist, hat für diese Altersgruppe einen klaren Einfluss auf die Wahrnehmung und Bewertung des gesundheitlichen Befindens. Probanden, die es schaffen, bis ins hohe Alter im Fitnesssport aktiv zu bleiben, ohne eine kompensatorische Bewegungstätigkeit aufzunehmen (Präventions- oder Rehabilitationssport), erreichen auch eine nahezu vergleichbare Gesundheitszufriedenheit wie ihre jüngeren Sportkameraden.

Stellenwert der Gesundheit

Der Vergleich der Sportlergruppen bezüglich des zugewiesenen Stellenwerts der Gesundheit zeigt ein überraschendes Ergebnis: Der Aktivitätsrahmen hat global gesehen keinen Einfluss auf den kommuni-

zierten Stellenwert, den die Probanden ihrem Gesundheitszustand beimessen. Gemessen am arithmetischen Mittel weisen Rehabilitationssportler ihrem Gesundheitszustand einen höheren Stellenwert zu als Präventions- oder Fitnesssportler (vgl. Tab. 6-6). Dieses Ergebnis erscheint zunächst unerwartet, unterstreicht aber vielleicht die grundsätzlich deutliche Ausrichtung der Sportler an ihrem Gesundheitszustand. Wer sich in fitness- und gesundheitsorientierten Angeboten sportlich engagiert, achtet auch verstärkt auf sein gesundheitliches Befinden.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	0,657	n.s.	0,001
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,390	n.s.	0,000
Sportlertyp * Alter	6	0,372	n.s.	0,001
Alter * Geschlecht	3	0,870	n.s.	0,002
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	1,015	n.s.	0,002
Fehler	1694			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben				
Gruppenkriterium Sportlertyp	M	SD	N	
Fitnesssportler	-0,112	0,995	430	
Präventionssportler	-0,008	1,001	908	
Rehabilitationssportler	0,143	0,990	389	
Gesamt: N=1716, variiert aufgrund verschieden hoher missing values; M=0,00, SD=1,00				

Tab. 6-6: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zum Stellenwert der Gesundheit (z-transformierter Mittelwertscore: univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,042$)

Ein nomineller Unterschied (Ein signifikanter Interaktionseffekt liegt nicht vor.) zwischen den Geschlechtern kann vor allem in den Sportlergruppen der Fitness- und Präventionsaktiven deutlich gemacht werden. In beiden Fällen weisen Frauen ihrem Gesundheitszustand einen höheren Stellenwert zu als Männer. Dagegen erweisen sich männliche Rehabilitationssportler deutlicher an ihrem Gesundheitszustand ausgerichtet als weibliche (vgl. Abb. 6-4).

Eine deskriptive Betrachtung der Differenzen zwischen den Altersgruppen in den Sportlergruppen (Ein Interaktionseffekt der beiden Variablen ist nicht nachweisbar.), ist in seiner Bewertung aufgrund seiner Uneinheitlichkeit schwierig zu fassen. Für Fitnesssportler der Altersgruppe 1 (bis 26 Jahre) nimmt der Gesundheitszustand einen hohen Stellenwert ein, wird auf einem vergleichbaren Niveau eingestuft wie in der Altersgruppe der 41- bis 60-jährigen (AG 3) Fitnesssportler. Die 27- bis 40-Jährigen (AG 2) in dieser Sportlergruppe messen ihrer Gesundheit bei weitem kein derartiges Augenmerk zu. Auffällig erscheint das geringe Ausmaß des Merkmals für die jüngsten Sportler in der Präventions- und Rehabilitationsdimension, das noch hinter den gleichaltrigen Fitnesssportlern zurück bleibt. Mit zunehmendem Alter steigt für die Aktiven des präventiven und rehabilitativen Sports die

Bedeutung ihres Gesundheitszustandes, wobei dieser Anstieg für die 27- bis 40-Jährigen höher ausfällt als die 41- bis 60-Jährigen.

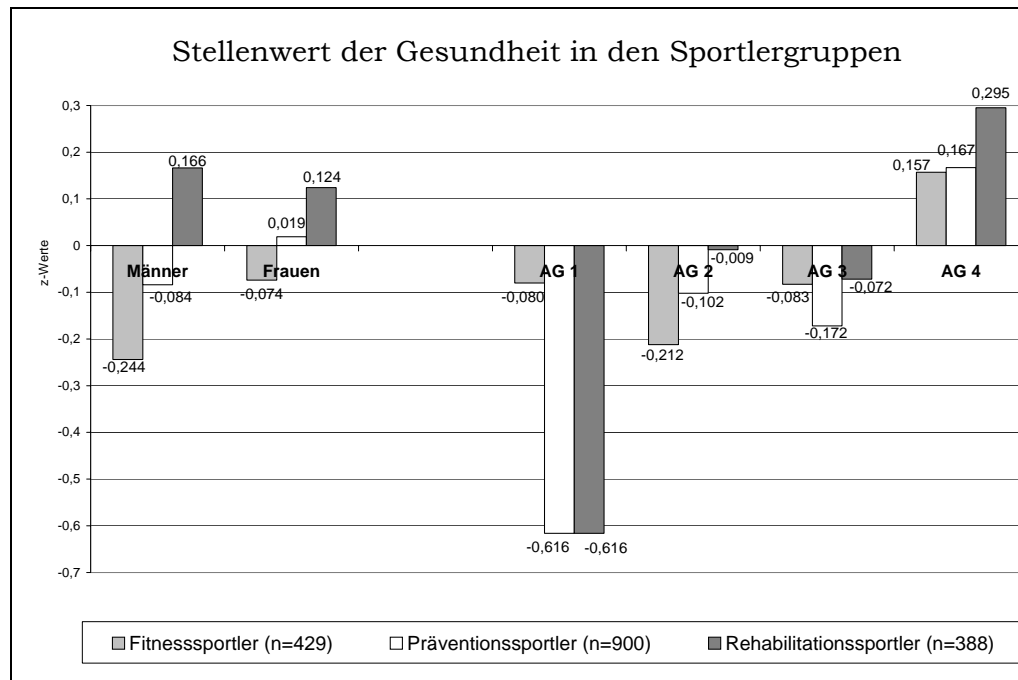


Abb. 6-4: Stellenwert der Gesundheit in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters (z-transformierte Mittelwerte) (N=1725, variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Parallel zu einer niedrigen subjektiven Gesundheit und Gesundheitszufriedenheit der jüngsten Fitnesssportler ist ein hoher Stellenwert für das gesundheitliche Befinden zu beobachten. Der Einfluss des Alters auf den Stellenwert der Gesundheit ist für die Sportler in präventiven und rehabilitativen Angeboten erstaunlich kongruent. Für beide ist ein Anstieg des Merkmals mit dem Alter zu verzeichnen, wobei die Altersgruppe 2 (27-40 Jahre) sensibler in diesem Zusammenhang reagiert als jene Sportler der Altersgruppe 3 (41-60 Jahre). Ein gesundheitliches Befinden, das eine Aktivität in einem an Prävention oder Rehabilitation orientierten Sportangebot rechtfertigt, erscheint offensichtlich gerade für die 27- bis 40-Jährigen mit einer erhöhten Aufmerksamkeit auf den eigenen Gesundheitszustand einher zu gehen.

Kontrollüberzeugung zur Gesundheit

Die Kontrollüberzeugung zur eigenen Gesundheit wird offensichtlich in höchstsignifikantem Maße von der Sportdimension, in der die Probanden aktiv sind, beeinflusst (vgl. Tab. 6-7). Der resultierende Eta-Quadrat-Wert lässt jedoch nur einen recht geringen Einfluss vermuten. Mit Hilfe von Bonferoni-Tests konnte die höchstsignifikante Differenz in allen Sportlergruppenvergleichen bestätigt werden. Sportler der Fitnessgruppe dokumentieren die relativ gesehen höchste Kontrollüberzeugung zum Gesundheitszustand, Rehabilitationssportler erwartungsgemäß die niedrigste. Allerdings lassen sich aus der Kenntnis der Sportlerzuordnung 10% der Gesamtvarianz im Merkmal Kontrollüberzeugung aufklären.

Es ergibt sich ein signifikanter Interaktionseffekt der Variablen „Geschlecht“ und „Sportlertyp“. Danach zeigt sich, dass Männer in allen Sportlergruppen grundsätzlich eine positivere Überzeugung von der Kontrollierbarkeit ihres Gesundheitszustandes äußern als Frauen. Die weiblichen Sportler der

Stichprobe sind in diesem Merkmal offensichtlich pessimistischer, und zwar unabhängig davon, in welcher Gesundheitsportldimension sie aktiv sind (vgl. Abb. 6-5).

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	8,142	< .001	0,010
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Geschlecht	2	3,082	= .046	0,004
Sportlertyp * Alter	6	0,643	n.s.	0,002
Alter * Geschlecht	3	2,104	= .098	0,004
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	1,166	n.s.	0,003
Fehler	1678			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben				
		M	SD	N
Gruppenkriterium Sportlertyp				
Fitnesssportler		0,359	0,835	429
Präventionssportler		0,016	0,960	897
Rehabilitationssportler		-0,437	1,090	385
Gesamt: N= variiert aufgrund verschieden hoher missing values; M=0,00, SD=1,00				

Tab. 6-7: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ in der Kontrollüberzeugung zur Gesundheit (z-transformierter Mittelwertscore: univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,100$)

Für den marginal signifikanten Interaktionseffekt zwischen dem Alter und dem Geschlecht der Probanden kann auf die diesbezüglich bereits durchgeführte Ergebnisdarstellung in Kapitel 5 verwiesen werden (Abschnitt 5.1.2.1).

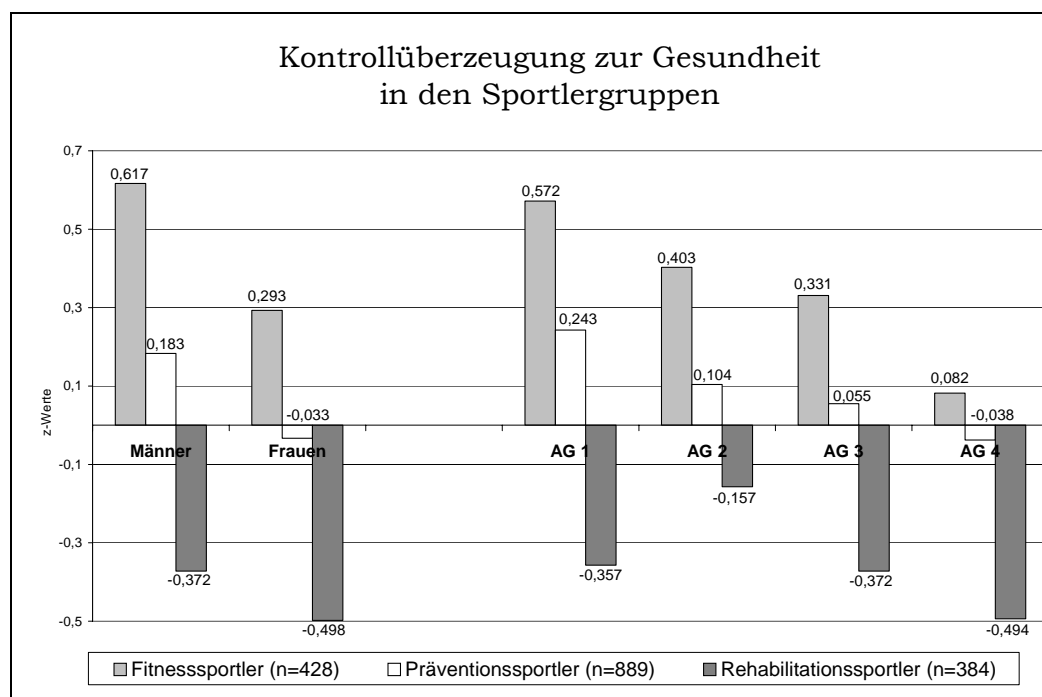


Abb. 6-5: Kontrollüberzeugung zur Gesundheit der Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters (z-transformierte Mittelwerte) (N=1709, variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Gesundheitswahrnehmungskategorien bzw. -typen und -antitypen

Um ein abschließendes Bild zur Gesundheitswahrnehmung in den Sportlergruppen zu erhalten, wird der gebildete Mittelwert-Score, in dem die oben analysierten Merkmale mittels z-Transformation kombiniert wurden (vgl. Abschnitt 5.1.2.2), ebenfalls einer univariaten Varianzanalyse unterzogen.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	15,201	< .001	0,017
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Geschlecht	2	1,589	n.s.	0,002
Sportlertyp * Alter	6	1,154	n.s.	0,004
Alter * Geschlecht	3	3,160	= .024	0,005
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	1,319	n.s.	0,003
Fehler	1715			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben				
Gruppenkriterium Sportlertyp	M	SD	N	
Fitnesssportler	0,271	0,596	435	
Präventionssportler	0,008	0,638	915	
Rehabilitationssportler	-0,328	0,696	398	
Gesamt: N= , variiert aufgrund verschieden hoher missing values; M=0,00, SD=1,00				

Tab. 6-8: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zum Mittelwertscore (z-Transformation) der Gesundheitswahrnehmung (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,110$)

Tab. 6-8 bestätigt die These, dass die Zugehörigkeit zu einer Sportlergruppe mit höchstsignifikanter Wahrscheinlichkeit ein Prädiktor für die Gesundheitswahrnehmung ist. Der Haupteffekt demonstriert mit Eta-Quadrat bei 0,017 aber eine geringe Stärke. Am arithmetischen Mittel gemessen heißt das, dass sich in der Gruppe der Fitnesssportler erwartungsgemäß diejenigen Aktiven mit der positivsten Gesundheitswahrnehmung befinden, während die Rehabilitanden die negativste Wahrnehmung bekunden. Dieser Befund erscheint unabhängig sowohl vom Alter als auch vom Geschlecht der Probanden und rundet das Bild der Teilanalysen zum Erleben und Erfahren des eigenen Gesundheitszustandes ab. Mittels Mehrfachvergleiche (Bonferoni-Tests) konnten die Differenzen zwischen den einzelnen Sportlergruppen jeweils als höchstsignifikant abgesichert werden.

Darüber hinaus zeigt sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Faktoren „Alter“ und „Geschlecht“. Abb. 6-6 verdeutlicht, dass Frauen im Alter unter 27 Jahren (AG 1) sowie zwischen 41 und 60 Jahren (AG 3) eine positivere Gesundheitswahrnehmung dokumentieren als Männer. Für die beiden übrigen Altersstufen, also zwischen 27 und 40 Jahren (AG 2) sowie ab einem Alter von 61 Jahren (AG 4) dreht sich das Bild um: Hier stellen männliche Sportler ihre optimistischere Gesundheitswahrnehmung unter Beweis.

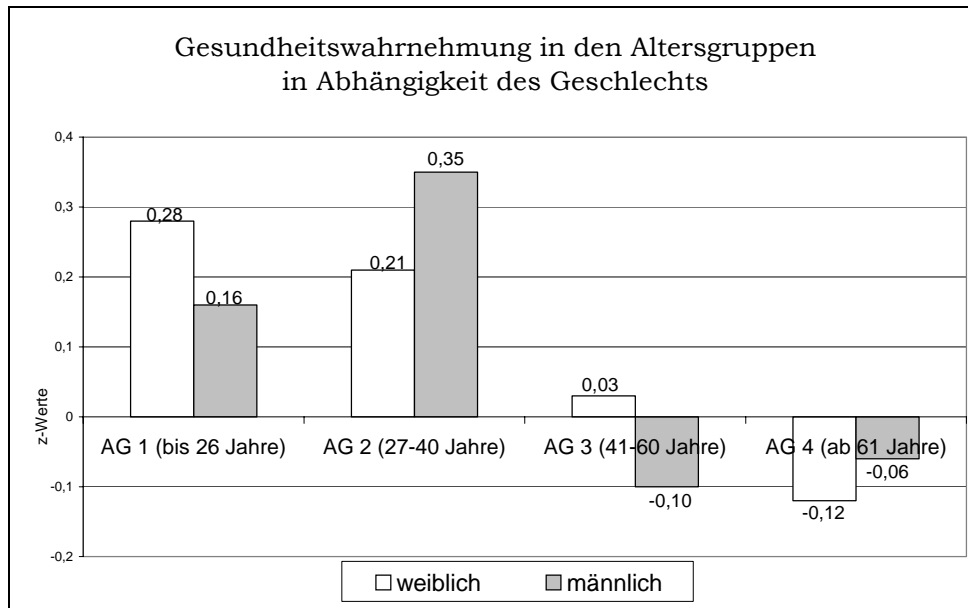


Abb. 6-6: Gesundheitswahrnehmung in den Altersgruppen in Abhängigkeit des Geschlechts (z-transformierter Mittelwertscore) (N=1737; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Typen der Gesundheitswahrnehmung und Sportlergruppen

Aus einer konfigurationsfrequenzanalytischen Untersuchung konnten hinsichtlich der Merkmale in der Gesundheitswahrnehmung vier Typen und drei Antitypen identifiziert werden (siehe hierzu Abschnitt 5.1.2.2). Eine Betrachtung der Verteilung der Sportlergruppen auf die eruierten Typen liefert in einem ersten Überblick den Eindruck, dass der Antitypus 0111, also die Ausprägung einer negativen subjektiven Gesundheit, aber positiver Einstellungen gegenüber der übrigen Merkmale der Gesundheitswahrnehmung (Gesundheitszufriedenheit, Kontrollüberzeugung, Stellenwert der Gesundheit), in allen Gruppierungen einen Löwenanteil einnimmt. Von den Fitness- zu den Rehabilitationssportlern hin wird dieser Typ zunehmend von anderen Syndromen und Antitypen zurückgedrängt (vgl. Abb. 6-7).

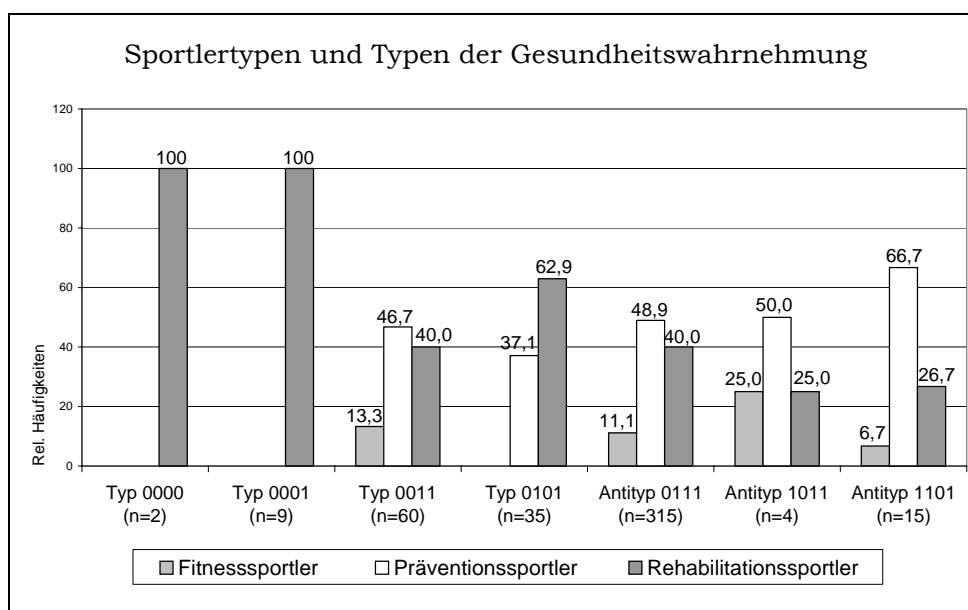


Abb. 6-7: Sportlergruppen, sortiert nach Typen der Gesundheitswahrnehmung (Angaben Prozent, berechnet jeweils auf die angegebene Teilstichprobengröße) (N=440)

Abb. 6-7 macht deutlich, dass unter Fitnesssportlern vor allem Syndrome und Antitypen zu finden sind, die sich durch eine niedrige subjektive Gesundheit einerseits und eine hohe Kontrollüberzeugung sowie einen hohen Stellenwert der Gesundheit andererseits auszeichnen. Antitypische Einheiten, die sich eine positive Gesundheit attestieren und ihr einen hohen Stellenwert einräumen (unabhängig von der Bewertung der übrigen beiden Merkmale), sind unter Fitnesssportlern zu vergleichbaren Teilen eher selten zu finden.

Die Gruppe der Präventionssportler beinhaltet einen im Vergleich zu den Sportlern der Fitnessgruppe erhöhten Anteil an Probanden, die bei Zuweisung eines hohen Stellenwerts und hoher subjektiver Gesundheit auch eine hohe Gesundheitszufriedenheit ausdrücken, von der Beeinflussbarkeit ihres Gesundheitszustandes jedoch nicht überzeugt sind. Der Anteil derer, die bei niedriger subjektiver Gesundheit und Gesundheitszufriedenheit von einer Kontrolle und einem hohen Stellenwert der Gesundheit geprägt sind, nimmt im Vergleich zu den Fitnesssportlern prozentual leicht ab. Dafür tritt eine weitere Gruppe hinzu: Das Syndrom der negativen Gesundheitsbewertung und Kontrollüberzeugung aber hoher Zufriedenheit und hohem Stellenwert tritt bei den Aktiven des präventiven Sports auf.

Das auffälligste Ergebnis, das für die Gruppe der Rehabilitanden festzuhalten bleibt, ist der relative Anstieg von Typen und Antitypen, die eine negative subjektive Gesundheit und eine niedrige Kontrollüberzeugung vereinen. Im Gegenzug treten Antitypen der hohen subjektiven Gesundheit und einem hohen Maß, auf die Gesundheit zu achten, im Vergleich zu den übrigen Sportlergruppen deutlich zurück.

Fazit

In den Repräsentationen der Gesundheitswahrnehmung bestätigen sich erwartete Unterschiede zwischen den Sportlergruppen:

- Fitnesssportler haben die positivste subjektive Gesundheit, sind am zufriedensten mit ihrem Gesundheitszustand und sind am stärksten von der Beeinflussbarkeit der Gesundheit überzeugt.
- Rehabilitationssportler haben in all diesen Kategorien die schlechteste, weil negative Ausprägung.
- Sportler in präventiven Angeboten schließlich liegen jeweils dazwischen.
- Männliche Sportler dokumentieren in allen Sportlergruppen eine höhere Überzeugung von der Beeinflussbarkeit des eigenen Gesundheitszustandes als Frauen.
- Die Sportgruppendifferenzierung hinsichtlich des Stellenwerts der Gesundheit zeigt keinen signifikanten Effekt. Wer in einem fitness- bzw. gesundheitsorientierten Vereinssportangebot aktiv ist, unabhängig von der inhaltlichen Ausrichtung und Spezifizierung, misst der eigenen Gesundheit einen vergleichbaren Wert bei.
- Für die extrahierten Syndrome und Antitypen in der Gesundheitswahrnehmung gilt grundsätzlich eine Zunahme der Erscheinungsformen von der Fitness-, über die Präventions- zu den Rehabilitationssportlern hin.
- Als Typus konnte unter Fitnesssportlern lediglich die Ausprägung einer negativen subjektiven Gesundheit und Gesundheitszufriedenheit bei gleichzeitiger positiver Kontrollüberzeugung und hoher Stellenwertzuweisung zur Gesundheit (Typus 0011) identifiziert werden. Überzufällig selten, und damit ein Antitypus unter Sportlern der Fitnessklasse, zeigten sich Merkmalskombinationen einer negativen subjektiven Gesundheit gepaart mit einer hohen Ausprägung in allen anderen Ka-

tegorien. Darüber hinaus finden sich hier auffällig selten Probanden, die ihre Gesundheit positiv einschätzen und ihr gleichzeitig einen hohen Stellenwert zuweisen, unabhängig von der Bewertung der übrigen beiden Merkmale (Antitypen 1011 und 1101).

- Unter Präventionssportlern herrscht vor allem der Typus vor, der eine negative subjektive Gesundheitseinschätzung und gesundheitsbezogene Unzufriedenheit mit einer hohen Kontrollüberzeugung und einem hohen Stellenwert der Gesundheit vereint. Daneben finden sich auch in dieser Sportlerdimension eine große Gruppe Probanden, die zwar mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, obwohl sie diese negativ einschätzen, und auf den Gesundheitszustand auch ein großes Augenmerk legen, aber dennoch nicht davon überzeugt sind, dass ihre Bemühungen einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit haben können (Typus 0101). Hinsichtlich der Identifikation von Antitypen steigt die Anzahl der bereits unter Fitnesssportlern festgestellten Erscheinungsformen. Einen deutlichen Anteil erhält der Antityp „negative subjektive Gesundheit und hohe Zufriedenheit, Kontrollüberzeugung und Stellenwert“.
- Das Bild unter Rehabilitationssportlern präsentiert sich äußerst vielfältig. Hier ist keine Schwerpunktverlagerung zu erkennen. Neben den allein hier auftretenden Typen einer negativen Ausprägung in allen Merkmalen (Typus 0000) sowie jener einer hohen Stellenwertzuweisung bei gleichzeitiger negativer Ausprägung in allen anderen Merkmalen (Typus 0001), finden sich auch die bereits unter Fitness- sowie Präventionssportlern festgestellten Syndrome. Allerdings bleibt festzuhalten, dass sich Probanden, die ihren Gesundheitszustand subjektiv negativ einschätzen, nicht von der Beeinflussbarkeit der Gesundheit überzeugt sind, ihr aber gleichzeitig einen hohen Stellenwert zuweisen und mit ihrem gesundheitlichen Zustand zufrieden sind, mit einer deutlichen Mehrheit unter Rehabilitationssportlern zu finden sind. Überzufällig selten treten auch hier die konstatierten antitypischen Merkmalskombinationen auf (0111, 1011, 1101). In ihren relativen Anteilen tun sie dies jedoch insgesamt jeweils häufiger als unter Fitness-, seltener als unter Präventionssportlern.

Das Wahrnehmen des eigenen Gesundheitszustandes der Sportlergruppen verhält sich demnach entsprechend des angegebenen objektiven Zustands. Rehabilitationssportler, die die quantitativ höchste Belastung mit Gesundheitsbeeinträchtigungen angeben (vgl. Abschnitt 6.1.1), weisen auch die negativste Gesundheitswahrnehmung auf, während Fitnesssportler sowohl in objektiver als auch subjektiver Hinsicht den positivsten Gesundheitszustand dokumentieren. Insofern lässt sich auch der Befund zur geschlechtsimmanenten Gesundheitszufriedenheit klären, wonach in der Fitness- und Präventionsgruppe Frauen zufriedener, in der Rehabilitationsgruppe jedoch Männer zufriedener mit ihrer Gesundheit sind: In Rehabilitationssportangeboten geben Frauen mehr chronische Erkrankungen an als Männer, in Fitness- und Präventionsangeboten weniger oder vergleichbar viele. Das Moment der subjektiven Gesundheit scheint darunter nicht Einfluss zu nehmen, da hier kein Effekt des Geschlechts vorhanden ist.

Auffällig ist der fehlende Effekt des Sportorganisationsrahmens hinsichtlich der Stellenwertzuweisung zur Gesundheit: Rehabilitationssportler, von denen aufgrund des schlechten objektiven Gesundheitszustands und subjektiven Erlebens der Gesundheit erwartet werden sollte, dass sie der eigenen Gesundheit einen deutlich erhöhten Stellenwert zuordnen, unterscheiden sich nicht signifikant von den

übrigen Sportlergruppen. Eine sportliche Aktivität repräsentiert für alle Probanden der Stichprobe per se ein Engagement für das gesundheitliche Befinden, unabhängig von der inhaltlichen Ausrichtung des sportlichen Angebots.

In deskriptiven Betrachtungen zeigen sich Präventionssportler der jüngsten Altersgruppe (bis 26 Jahre) erstaunlich labil in der Gesundheitswahrnehmung. Sie unterscheiden sich nicht in ihrer subjektiven Gesundheitseinschätzung zu altersgleichen Rehabilitationssportlern und dokumentieren die negativste Gesundheitszufriedenheit überhaupt. Bei einer gleichzeitig vergleichbaren Behaftung mit internen Risikofaktoren wie Fitnesssportler der selben Altersgruppe (vgl. Abschnitt 6.2.1) und der identischen Ausprägung an chronischen Erkrankungen (vgl. Abschnitt 6.1.1) führen bei diesen jungen Sportlern andere Faktoren als ein „messbarer“ objektiver Beschwerdezustand zu einer präventiven Verhaltensmaßnahme in Form von sportlicher Aktivität und gleichzeitig zu einem negativen Erleben des Gesundheitszustandes. Ein hohes Belastungsniveau an psycho-sozialen Stressoren sowie Stressoren der modernen Arbeitswelt, die aus einem beruflichen Stresserleben resultieren, sowie eine vergleichsweise geringe Ausprägung in Schutzfaktoren wie Ernährung und Bewegungsverhalten im Alltag (vgl. Abschnitt 6.2.2), lassen diese Sportler zu einem derart schlechten Gesundheitserleben gelangen, dass sie Zugang in ein präventives Bewegungsangebot finden.

Beachtlich stabil bezüglich ihrer Gesundheitszufriedenheit erweisen sich Sportler, die in fitnessorientierten Angeboten aktiv sind, was ebenfalls lediglich in deskriptiven Analysen nachweisbar ist. Im Kontrast zu den übrigen Sportlergruppen bestehen hier in den Altersgruppen keine Unterschiede in den Zufriedenheitswerten. Personen, die es bis ins hohe Alter schaffen, in Fitnessangeboten aktiv zu sein, kommen zwar auch zu einer schlechten Einschätzung ihres Gesundheitszustandes, einer geringer werdenden Kontrollüberzeugung und einem ansteigenden Stellenwert der Gesundheit, zeigen sich aber dennoch recht stabil zufrieden mit dem gesundheitlichen Befinden. Dies gilt für Frauen mehr als für Männer, die pessimistischer auftreten.

Für Rehabilitationssportler kann in puncto Kontrollüberzeugung ebenfalls der grundsätzliche Effekt der Nichtlinearität im Altersverlauf konstatiert werden. Sportler, die bis 26 Jahre alt und in einem Rehabilitationssportangebot aktiv sind, sind weniger von der Beeinflussbarkeit ihres Gesundheitszustandes überzeugt als Sportler der gleichen Gruppe zwischen 27 und 40 Jahren. Die höhere quantitative Belastung mit chronischen Erkrankungen (vgl. Abschnitt 6.1.1) und internen Risikofaktoren (vgl. Abschnitt 6.2.1) lässt junge Menschen, die aufgrund eines manifesten Krankheitsbildes eine rehabilitative bewegungstherapeutische Maßnahme absolvieren, offenbar an der Steuerbarkeit des Gesundheitszustandes deutlich zweifeln.

6.2 Gesundheitsverhalten

Zur Differenzierung des Gesundheitsverhaltens in den Sportlergruppen wird zwischen der Ausbildung von Risikofaktoren auf der einen und Schutzfaktoren auf der anderen Seite unterschieden, wobei zu den Risikofaktoren sowohl interne als auch externe Dimensionen zählen. In Anlehnung an die in Kapitel 5 dargestellten deskriptiven Befunde kommen Verteilungsanalysen (relative Häufigkeiten) sowie bei methodischen Eigenentwicklungen (konstruierte Summenscores, Mittelwertindizes und Faktoren) varianzanalytische Verfahren zum Einsatz. Auch dort dargestellte Exkurse zur Wechselwirkung von internen Risikofaktoren und ausgewählten Kontrollmerkmalen werden bei interessanter Befundlage für die Unterscheidung der Sportlergruppen dargestellt.

6.2.1 Risikofaktoren

Für den Bereich der Risikofaktoren werden zunächst interne, anschließend externe Risikofaktoren betrachtet. In mehreren Exkursen sollen Zusammenhänge zwischen internen Risikofaktoren und ausgewählten Variablen in Abhängigkeit der Sportlerdimension betrachtet werden.

Interne Risikofaktoren

Bezüglich der Ausprägung interner Risikofaktoren präsentiert sich in den Sportlergruppen ein erwartungsgemäßes Bild: Präventions- und Rehabilitationssportler berichten vermehrt von erhöhtem Blutdruck und Blutfettwerten, sowie in abgeschwächter Häufigkeit von Übergewicht. Dabei geben Sportler in der Rehabilitation annähernd doppelt so häufig die Ausprägung dieser Risikofaktoren an wie Präventionssportler. Fitnesssportler hingegen weisen vor allem die Risikofaktoren Rauchen und erhöhte Blutfettwerte auf, während sie in den übrigen Merkmalen eher geringere Häufigkeiten dokumentieren (vgl. Abb. 6-8). Unter Fitnesssportlern rauchen jeweils fast doppelt so viele Personen wie in den Vergleichsgruppen. In allen übrigen Faktoren sind jeweils etwa nur die Hälfte der Fitnesssportler im Vergleich zu den Präventions- oder Rehabilitationssportlern betroffen.

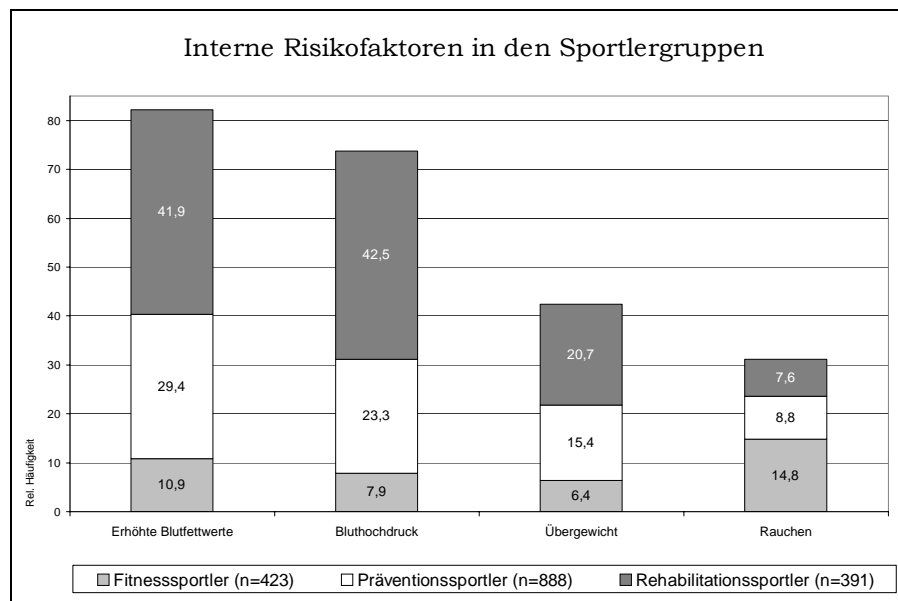


Abb. 6-8:
Ausprägung interner Risikofaktoren in den Sportlergruppen (Angaben in Prozent, berechnet jeweils auf die Positivantworten in den angegebenen Teilstichproben; N=1730 variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Zur Prüfung der Verteilung wurden mehrfach Chi-Quadrat-Tests nach Pearson berechnet, die mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% abgesichert wurden. Danach zeigte sich, dass sich die Verteilung

über die Gesundheitssportlergruppen in allen Merkmalen höchstsignifikant voneinander unterscheidet (Übergewicht: $X^2=35,482$; $df=2$; $p < .001$; erhöhte Blutfettwerte: $X^2=108,968$; $df=2$; $p < .001$; Bluthochdruck: $X^2=140,222$; $df=2$; $p < .001$). Eine Ausnahme bildet über alle Gruppen das Merkmal Rauchen, das jeweils einen p-Wert von .001 erreicht. Die Ergebnisse der multiplen Einzelvergleiche zwischen den Sportlergruppen in diesen Merkmalen gibt Tab. 6-9 wieder:

Die Verteilung zwischen Präventions- und Rehabilitationssportlern in diesem Item verfehlt das Signifikanzniveau klar ($p = .465$). Das Risikoverhalten Rauchen ist unter Präventions- wie Rehabilitationssportlern vergleichsweise selten, während sich Aktive der Fitnessgruppe als stärkere Raucher demonstrieren. Das Merkmal Übergewicht erreicht im Gruppenvergleich zwischen Präventions- und Rehabilitationssportlern einen Signifikanzwert von $p = .02$. Demnach geben Rehabilitationssportler signifikant häufiger an, an Übergewicht zu leiden als Präventionssportler (vgl. Abb. 6-8). Die häufige Kombination der kardiovaskulären Risikofaktoren zum Niveau der Blutfette und des Blutdrucks in der Teilstichprobe der Rehabilitanden verweist auf den hohen Anteil der Herzpatienten in dieser Gruppe. Präventionssportler zeigen ein vergleichsweise mittleres Häufigkeitsniveau in allen Risikofaktoren. Die sportliche Aktivität dieser Probanden greift dieses Risikopotential auf, denn Fitnesssportler scheinen am geringsten durch interne Risikofaktoren belastet zu sein, mit Ausnahme des Risikoverhaltens Rauchen.

Vergleichsgruppen/Merkmal	Chi-Quadrat-Wert	Freiheitsgrade df	p-Wert
Übergewicht			
Fitness- vs. Präventionssportler	21,417	1	< .001
Präventions- vs. Rehabilitationssportler	5,369	1	= .020
Fitness- vs. Rehabilitationssportler	36,74	1	< .001
Erhöhte Blutfettwerte			
Fitness- vs. Präventionssportler	47,706	1	< .001
Präventions- vs. Rehabilitationssportler	14,370	1	< .001
Fitness- vs. Rehabilitationssportler	83,930	1	< .001
Bluthochdruck			
Fitness- vs. Präventionssportler	43,687	1	< .001
Präventions- vs. Rehabilitationssportler	47,636	1	< .001
Fitness- vs. Rehabilitationssportler	126,667	1	< .001
Rauchen			
Fitness- vs. Präventionssportler	10,778	1	= .001
Präventions- vs. Rehabilitationssportler	0,533	1	= .465
Fitness- vs. Rehabilitationssportler	10,427	1	= .001

Tab. 6-9: Chi-Quadrat-Statistiken zu den Gruppenvergleichen in Merkmalen interner Risikofaktoren

Eine geschlechtsabhängige Analyse mittels Chi-Quadrat-Tests (vgl. Abb. 6-9) zeigt, dass unter Fitnesssportlern kein Unterschied hinsichtlich der Faktoren Übergewicht und Rauchverhalten festzustellen ist, wohl aber in den übrigen Risikofaktoren. Hier erweisen sich Männer deutlich häufiger belastet

mit Bluthochdruck ($X^2=8,885$; $df=1$; $p= .003$) und erhöhten Blutfettwerten ($X^2=4,602$; $df=1$; $p= .032$) als Frauen. In der Gruppe der Präventionssportler lassen sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in den Merkmalen ausmachen. Männliche Sportler der Rehabilitationssportgruppe geben in allen Risikofaktoren ein größeres Belastungsprofil an als Frauen, mit Ausnahme des Risikoverhaltens Rauchen. Lediglich die Differenz im Merkmal Bluthochdruck erreicht das Signifikanzniveau ($X^2=5,199$; $df=1$; $p= .023$).

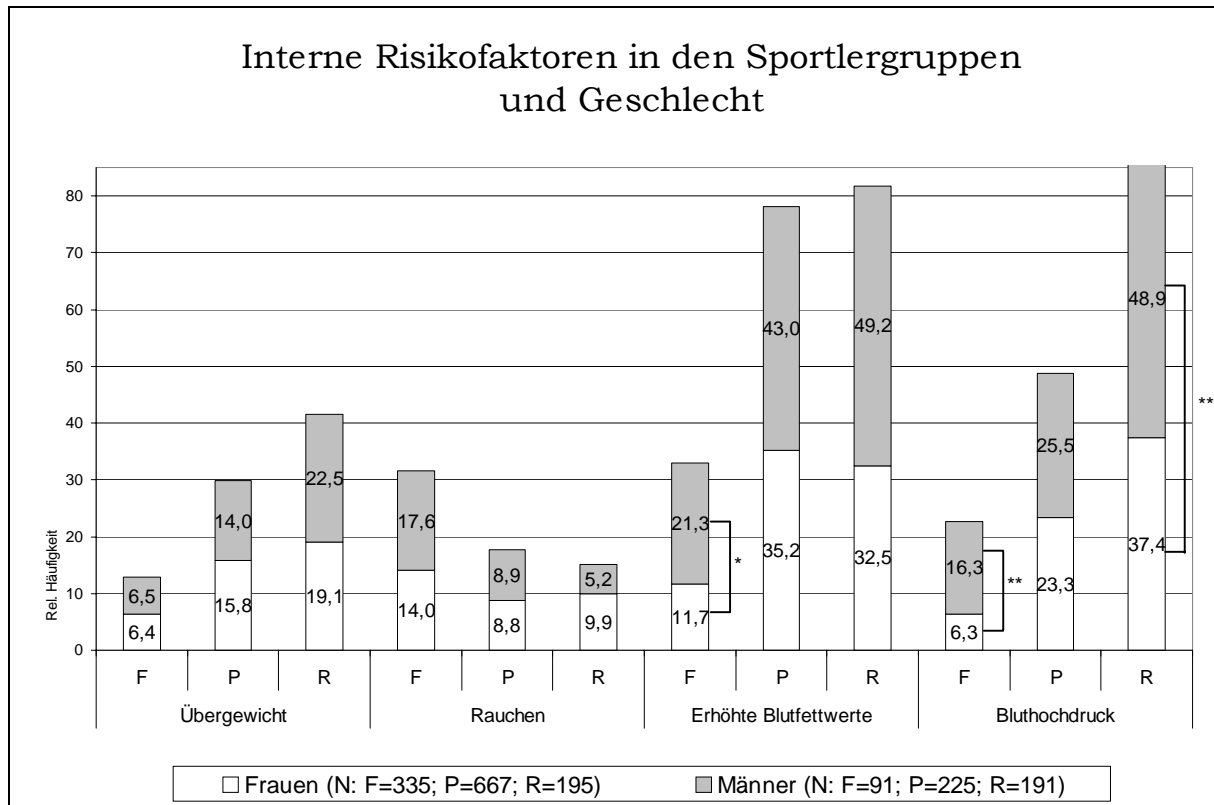


Abb. 6-9: Anteile interner Risikofaktoren in Abhängigkeit der Sportlergruppen und des Geschlechts (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen, variieren aufgrund verschieden hoher missing values; F=Fitnesssportler, P=Präventionssportler, R=Rehabilitationssportler), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ (N=1701)

Abb. 6-10 gibt die altersabhängige Ausbildung der untersuchten Risikofaktoren in den Sportlergruppen inklusive der Signifikanzergebnisse auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests wieder. Danach ergibt sich für die Gruppe der Fitnesssportler in den Risikofaktoren Übergewicht (n.s.) und Bluthochdruck ($X^2=21,876$; $df=3$; $p < .001$) mit dem Alter ein sukzessiver Anstieg der Belastungshäufigkeit, während die Raucher in der Gruppe mit zunehmendem Alter mehr und mehr abnehmen ($X^2=11,664$; $df=3$; $p= .009$). Im Faktor „erhöhte Blutfettwerte“ zeigen sich die 27- bis 40-jährigen Sportler am wenigsten belastet, während die älteren Fitnesssportler ab 41 Jahren hier ein deutliches Risikopotential aufweisen. Für Präventionssportler nimmt mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit, an Bluthochdruck ($X^2=62,381$; $df=3$; $p < .001$) oder erhöhten Blutfettwerten ($X^2=24,701$; $df=3$; $p < .001$) zu leiden stetig zu. An Übergewicht leiden vor allem Präventionssportler, die zwischen 27 und 40 Jahren alt sind. Diese Gruppe stellt sich auch als die häufigsten Raucher in Präventionssportangeboten heraus

($X^2=16,865$; $df=3$; $p= .001$). Das Rauchverhalten der Rehabilitanden wird mit dem Alter immer seltener ($X^2=12,671$; $df=3$; $p= .005$), ähnlich das Leiden an erhöhtem Bluthochdruck ($X^2=12,155$; $df=3$; $p= .007$) oder erhöhte Blutfettwerten. Der Risikofaktor Übergewicht spielt allerdings vor allem für die jüngsten Sportler dieser Gruppe eine Rolle, während dieses gesundheitliche Risiko unter den 27- bis 40-Jährigen seltener zu finden ist.

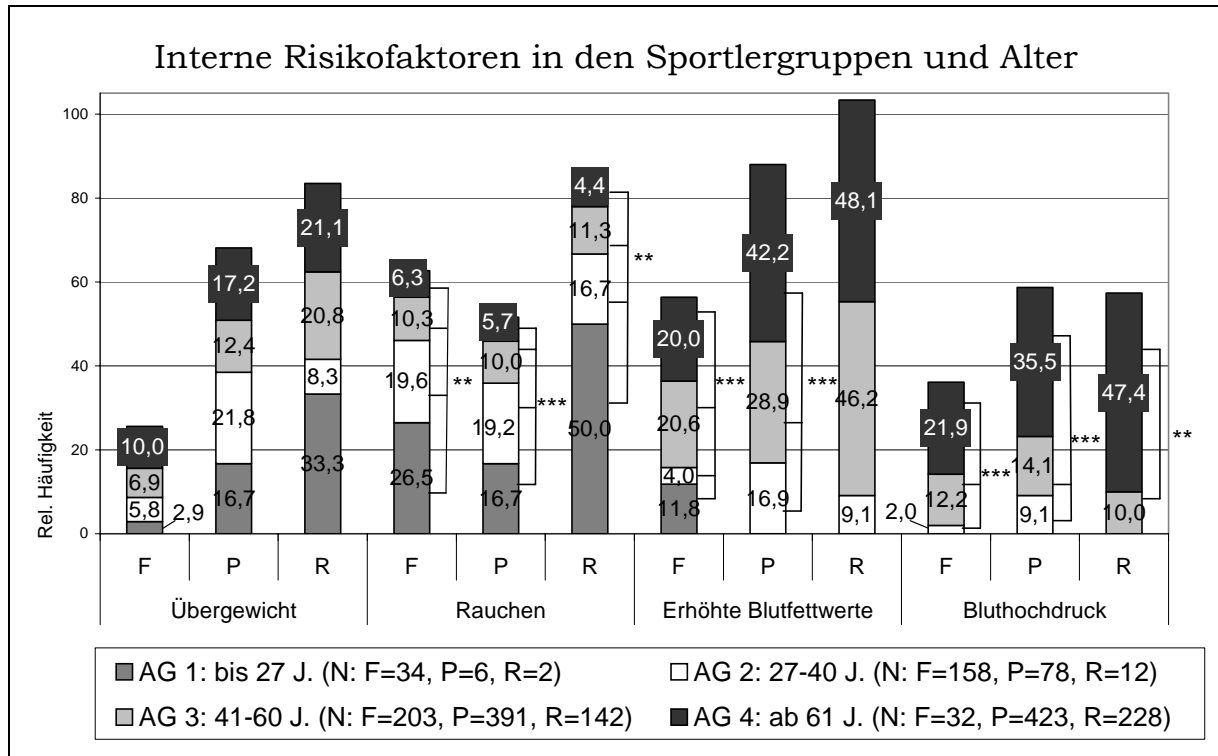


Abb. 6-10: Ausbildung interner Risikofaktoren in Abhängigkeit der Sportlergruppen und des Alters (Angaben von Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen, variieren aufgrund verschieden hoher missing values; F=Fitnesportler, P=Präventionssportler, R=Rehabilitationssportler), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$ (N=1709)

Summenscore „Interne Risikofaktoren“ (Ausmaß an internen Risikofaktoren in den Sportlergruppen)

Ein sportgruppenspezifischer Vergleich anhand des Summenscores zum Ausmaß an internen Risikofaktoren (Minimum 0, Maximum 4) bestätigt gemessen am arithmetischen Mittel die Erwartung von einer steigenden gesundheitlichen Belastung der Sportler von der Fitness- über die Präventions- zur Rehabilitationsgruppe hin. Fitnesportler dokumentieren den vergleichsweise niedrigsten Mittelwert im Item „Interne Risikofaktoren“ mit 0,392 (SD=0,625). Präventionssportler sind im Mittel mit mehr internen Risikofaktoren behaftet (M=0,757; SD=0,812), jedoch mit weniger als die Gruppe der Rehabilitanden, die im Schnitt mindestens einen Risikofaktor kommunizieren (M=1,097; SD=0,945) (vgl. Tab. 6-10).

Zur Klärung des Gesamteffektes wurde eine univariate Varianzanalyse mit den Faktoren „Sportler-typ“, „Altersgruppe“ und „Geschlecht“ bezüglich des Elements „Interne Risikofaktoren“ (Summen-score) als abhängige Variable berechnet. Das Alter entsprach dabei der üblichen Einteilung in vier Altersgruppen: 1 – unter 27 Jahre, 2 – 27 bis 40 Jahre, 3 – 41 bis 60 Jahre und 4 – über 61 Jahre. Es zeigt sich, dass nur zwei der drei Faktoren einen signifikanten Einfluss auf den Risikofaktorenindex

ausüben. Während die signifikanten Effekte der Sportlergruppenzugehörigkeit und des Alters der Probanden auf die abhängige Variable bestätigt wird, verpasst der Prädiktor „Geschlecht“ das Signifikanzniveau (vgl. Tab. 6-10).

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	4,911	= .007	0,006
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Geschlecht	2	1,424	n.s.	0,002
Sportlertyp * Alter	6	2,123	= .048	0,007
Alter * Geschlecht	3	1,133	n.s.	0,002
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	0,283	n.s.	0,001
Fehler	1719			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben				
Gruppenkriterium Sportlertyp	M	SD	N	
Fitnesssportler	0,392	0,625	436	
Präventionssportler	0,757	0,812	915	
Rehabilitationssportler	1,097	0,945	401	
Gesamt: N=1741 , variiert aufgrund verschieden hoher missing values; M=0,744, SD=0,839				

Tab. 6-10: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben zur Ausprägung interner Risikofaktoren (Mittelwerte) (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,123$)

Das Geschlecht der Freizeit- und Gesundheitssportler spielt danach offenbar keine Rolle hinsichtlich der quantitativen Ausprägung von Risikofaktoren. Hierfür zeichnen sich die Merkmale Sportlertyp und Alter als aussagekräftigere Prädiktoren aus. Allerdings bleibt zu bedenken, dass alle Faktoren in ihren Haupt- und Interaktionseffekten lediglich 2,4% der Gesamtvarianz im Merkmal Interne Risikofaktoren aufklären. Anhand von post hoc durchgeführten Bonferoni- Tests konnten die Unterschiede zwischen allen Sportlergruppen auf höchstsignifikantem Niveau ($p < .001$) abgesichert werden.

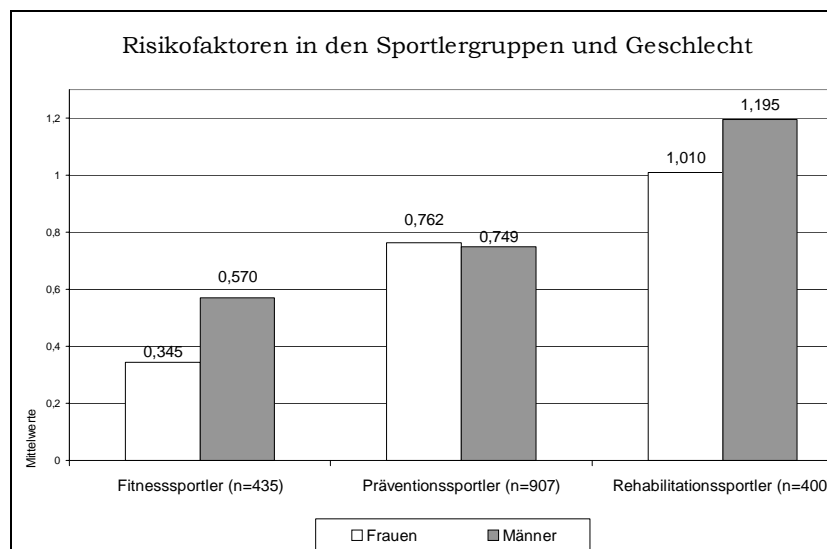


Abb. 6-11: Risikofaktoren (Summenscore) in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts (Angabe von Mittelwerten) (N=1742; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Ein signifikanter Interaktionseffekt mit dem Geschlecht der Probanden konnte nicht nachgewiesen werden. In den Sportlergruppen zeigen sich dementsprechend keine klaren Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Ein diesbezüglicher Vergleich bringt für Männer in fitness- und rehabilitativen Angeboten einen etwas höheren Mittelwert bezüglich des Risikofaktorenindex als für Frauen hervor. In der Gruppe der Präventionssportler gibt es keinen nennenswerten Mittelwertunterschied (vgl. Abb. 6-11). Besonders auffällig ist hierbei die deutlich ausfallende Differenz in der Fitnessgruppe: Männer haben hier im Durchschnitt beinahe doppelt so viele Risikofaktoren ausgeprägt wie fitnessaktive Frauen (vgl. Abb. 6-11). Zusätzlich ergibt sich ein signifikanter Interaktionseffekt zwischen den Faktoren „Alter“ und „Sportlertyp“. Eine altersspezifische Analyse innerhalb der drei Sportlergruppen bringt einen Anstieg der Risikofaktoren von den jüngsten zu den ältesten Sportlern, der nur teilweise auch in den Sportlergruppen abgebildet werden kann. Deskriptiv betrachtet weist die Gruppe der Fitnesssportler insgesamt den geringsten Mittelwertanstieg im Verlauf des Alters auf. Von der jüngsten Altersgruppe zu den 27- bis 40-Jährigen sinkt er sogar noch einmal ab. Nahezu eine Verdopplung des Risikofaktorenmittelwerts ist unter Präventionssportlern von den unter 27-Jährigen zur nächst höheren Altersstufe hin zu beobachten. Im weiteren Altersverlauf steigt die Belastung mit Risikofaktoren aber deutlich an. Auffällig ist der Verlauf in der Gruppe der Rehabilitationssportler. Sind Probanden unter 27 Jahren in einem rehabilitativen Angebot sportlich aktiv, „starten“ sie mit einer doppelt so hohen Risikofaktorenbelastung in das sportliche Programm wie Probanden, die zwischen 27 und 40 Jahren alt und im Rehabilitationssport aktiv sind oder als Probanden der selben Altersgruppe in präventiven Sportangeboten. Für die Altersstufe 27 bis 40 Jahre dreht sich das Verhältnis um: Hier gleichen sich Personen in der Rehabilitation hinsichtlich des Risikofaktorenwertes der gleichaltrigen Fitnesssportler an, während Präventionssportler ein jeweils doppelt so hohes quantitatives Beschwerdemaß zeigen. Im höheren Alter ab 41 Jahren (Altersgruppe 3 und 4) führen Rehabilitationssportler die Risikofaktorenstatistik klar an (vgl. Abb. 6-12).

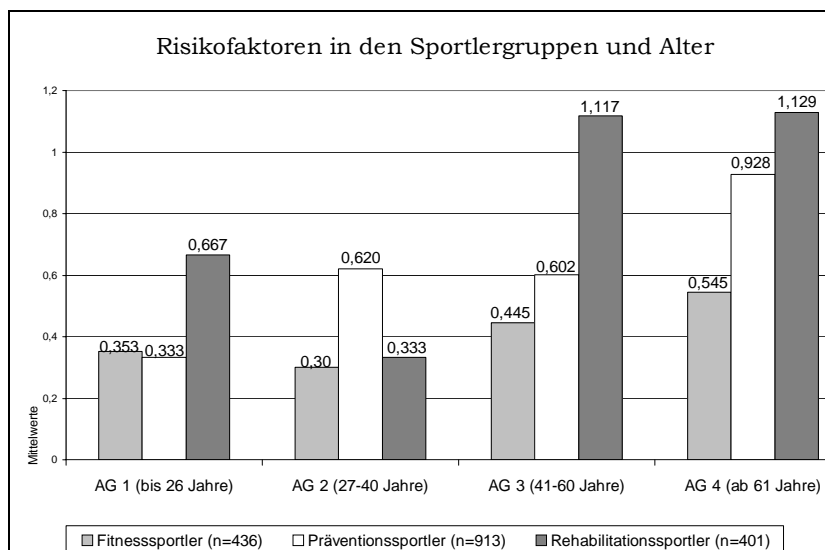


Abb. 6-12:
Risikofaktoren (Summenscore) in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters (Angabe von Mittelwerten) (N=1750; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Der erwartungsgemäße Anstieg der Risikofaktoren mit zunehmendem Alter (vgl. Abb. 6-12) lässt sich demnach am deutlichsten in der Fitnessgruppe ablesen, der in dieser Klientel zudem eher moderat ausfällt. Sportler, die in präventiven Angeboten aktiv sind, weisen in einer Altersphase, in der zunehmend berufliche und evtl. auch familiäre Belastungen (27 bis 40 Jahre) zum Tragen kommen, ein ho-

hes Belastungsprofil mit internen Risikofaktoren auf, während Rehabilitations- und Fitnesssportler in diesem Alter keinen derart hoch ausgeprägten Wert dokumentieren. Für Rehabilitationssportler hingegen scheint zu gelten, dass diese mit einem erhöhten Risikofaktorenkomplex in die sportliche Aktivität finden (Altersgruppe der unter 27-Jährigen) oder aber im Alter ab 60 Jahren mit massiven gesundheitlichen Risikofaktorenausprägungen einer Sporttätigkeit nachgehen.

Exkurs: Subjektive Gesundheit und interne Risikofaktoren

Abb. 6-13 macht deutlich, wie die Faktoren der subjektiven Gesundheit und der Risikofaktorenausprägung in den Sportlergruppen zusammenhängen. Mit positiv ansteigender Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes fällt die Kurve der ausgeprägten Risikofaktoren ab. Diese Beziehung gilt insbesondere für die Gruppe der Fitness- und der Präventionssportler. Sportler in der Rehabilitation weisen hingegen einen Anstieg des Risikofaktorenindex' von einer „schlechten“ zu einer „mäßigen“ Gesundheitseinschätzung auf. Eine weitere Reduktion der Risikofaktoren hat dann aber doch ein weiteres Positivieren des subjektiven Gesundheitszustandes zur Folge. Auffällig ist darüber hinaus, dass unter Fitnesssportlern eine „schlechte“ Bewertung der eigenen Gesundheit gar nicht vorkommt.

Ein direkter Vergleich der Mittelwerte zeigt, dass Rehabilitationssportler in Abhängigkeit ihrer subjektiven Gesundheit meist mehr Risikofaktoren ausgeprägt haben, als dies die vergleichbaren Gruppen der Präventionssportler angeben. Wird der Gesundheitszustand als „mäßig“ oder „sehr gut“ beurteilt, weisen Rehabilitanden jeweils mehr Risikofaktoren auf als Präventionssportler. Eine Ausnahme bilden die jüngsten Probanden der Präventionssportlergruppe (bis 26 Jahre): Sportler dieser Altersstufe, die einem präventiven Sport nachgehen und ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ einstufen, weisen mehr Risikofaktoren auf als Rehabilitationssportler der selben Altersgruppe und einer vergleichbaren Gesundheitseinschätzung. Dieses Verhältnis ist auch für die Kategorie einer „sehr guten“ Gesundheitsbeurteilung zu finden.

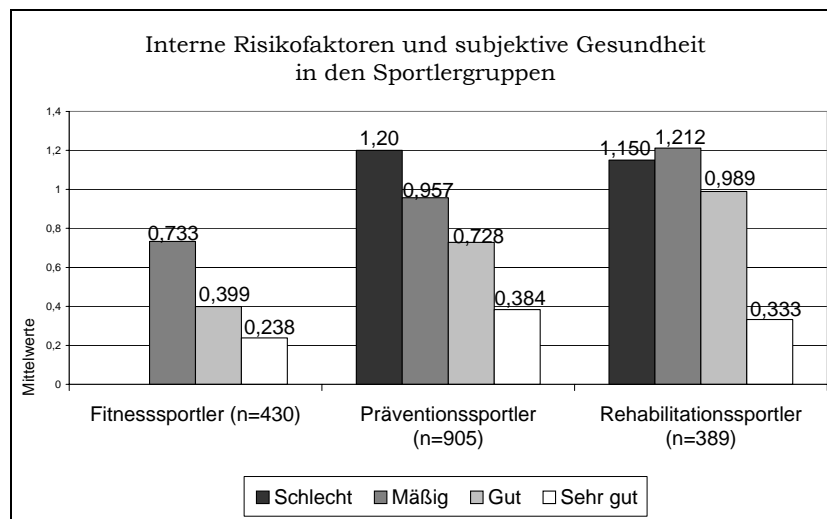


Abb. 6-13:
Interne Risikofaktoren in den Sportlergruppen in Abhängigkeit der Subgruppen zur subjektiven Gesundheitsbewertung (Angabe von Mittelwerten) (N=1752; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Zur Effektüberprüfung wurde eine univariate Varianzanalyse mit den Faktoren „Subjektive Gesundheit“ und „Sportlergruppe“ sowie der unabhängigen Variable „Interne Risikofaktoren“ berechnet. Dabei folgte die Variable der „subjektiven Gesundheit“ der vierstufigen Einteilung, wie sie im Erhebungsinstrumentarium vorcodiert war. Wie aus Tab. 6-11 abzulesen, können signifikante Haupteffekte für die beiden Faktoren nachgewiesen werden. Die Zuordnung zu einer Gesundheitssportdimension

hat demnach ebenso einen signifikanten Effekt auf den Risikofaktorenindex, wie die persönliche Einschätzung des Gesundheitszustandes. Ein signifikanter Interaktionseffekt der beiden Faktoren ließ sich allerdings nicht nachweisen.

Haupteffekte	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	3,395	= .034	0,004
Subjektive Gesundheit	3	12,586	< .001	0,022
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Subjektive Gesundheit	6	0,957	n.s.	0,003
Fehler	1712			
Gesamt: N=1724, variiert aufgrund verschieden hoher missing values				

Tab. 6-11: Haupteffekte und Interaktionseffekte der Teilstichproben „Sportlertyp“ und der Bewertung der subjektiven Gesundheit zur Ausprägung interner Risikofaktoren (Mittelwerte) (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,114$)

Exkurs: Interne Risikofaktoren und Angebotspartizipation

Die Analyse der Frage, ob sich die Sportlergruppen hinsichtlich der Merkmalskombination „interne Risikofaktoren“ und dem Umfang der besuchten Sportangebote unterscheiden, ergibt keine deutlichen Trends (vgl. Abb. 6-14). Ablesbar ist jedoch, dass Präventionssportler mit weniger Risikofaktoren in die sportliche Aktivität mit einem besuchten Angebot starten als dies Aktive im Rehabilitationssport tun, die bereits stärker belastet in den Verein kommen. Fitnesssportler, die ein Gesundheitssportangebot besuchen, zeigen sich dagegen am geringsten von Risikofaktoren betroffen. Für Präventions- und Rehabilitationssportler steigt die Zahl der Risikofaktoren mit der Angebotspartizipation in etwa an, während sportlich Aktive im Fitnessbereich hier starke Schwankungen aufweisen. Die Extremwerte in der Angebotspartizipation aller Sportlergruppen ist jeweils nur durch $n=1$ belegt und kann daher nicht interpretiert werden (symbolisiert durch gestrichelte Linien in Abb. 6-14).

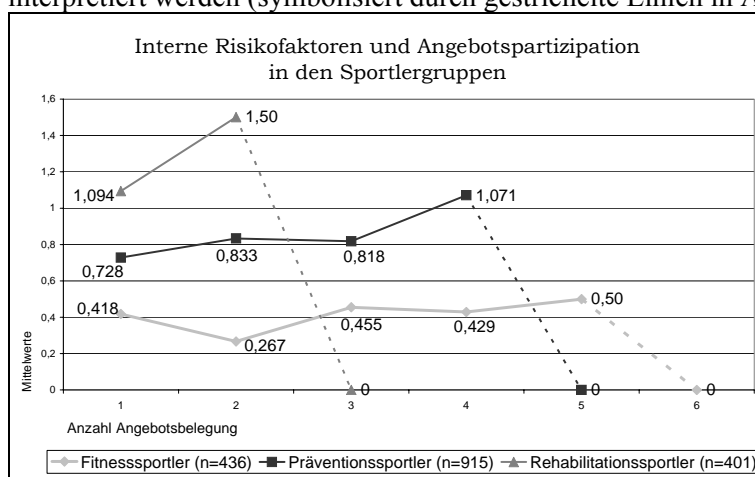


Abb. 6-14: Interne Risikofaktoren in den Sportlergruppen in Abhängigkeit der Subgruppen zur Angebotspartizipation (Angabe von Mittelwerten) (N=1752; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Eine Varianzanalyse, in der die Faktoren „Angebotspartizipation“ (Minimum 1, Maximum 6) und „Sportlergruppe“ berücksichtigt wurden, erbrachte weder für die Faktoren noch deren Interaktion einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable „Interne Risikofaktoren“ (Summenindex).

Exkurs Ende

Externe Risikofaktoren

Als externe Risikofaktoren wurden Stressoren des Arbeitsplatzes operationalisiert, die auf 21 Items über eine vierstufige Skala (0 – „trifft nicht zu“ bis 4 – „belastet mich stark“) gemessen wurden (vgl. hierzu Abschnitt 5.2.1), wobei Probanden mit der Codierung 0 aus den Analysen herausgenommen wurden, um die wahre Belastungsverteilung zu erfassen. Faktorenanalytische Untersuchungen führten zu vier Stressorenkategorien, die wie folgt benannt werden konnten: Physikalisch-chemische und organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion, psycho-soziale Stressoren, Stressoren der modernen Arbeitswelt und physische Stressoren.

Rehabilitationssportler empfinden in allen vier Faktoren eine höhere Stressbelastung als Präventionssportler und diese wiederum fühlen sich stärker belastet als Fitnesssportler (vgl. Abb. 6-15). Insbesondere physische und psycho-soziale Belastungen im Arbeitsleben werden von Rehabilitationssportlern deutlich negativer wahrgenommen als von Fitnesssportlern. Für Präventions- und Fitnesssportler entsteht der vergleichsweise größte Arbeitsstress aus der Quelle physikalisch-chemischer und organisationaler Bedingungen moderner Industrieproduktion, während für Rehabilitationssportler eine physische Belastung im Berufsleben die größte Bedeutung hat.

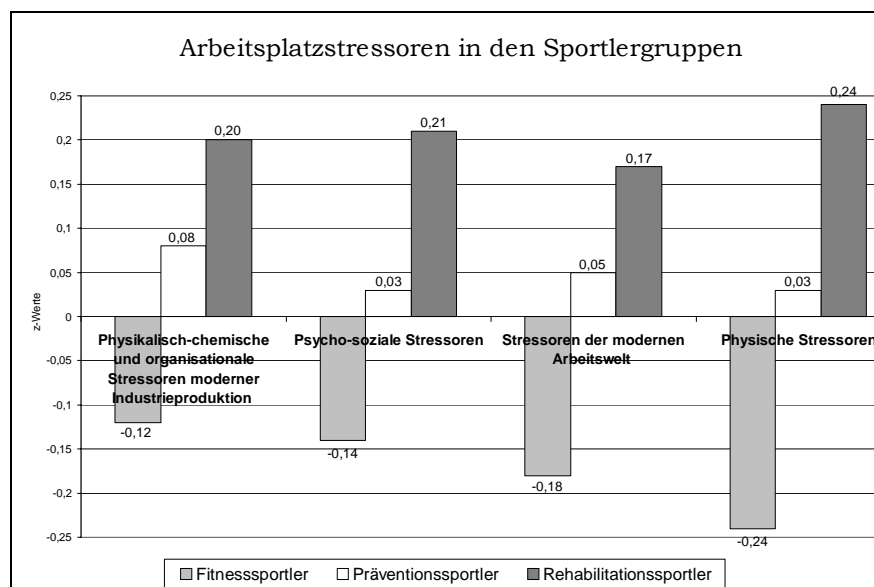


Abb. 6-15: Wahrnehmung von externen Risikofaktoren (Arbeitsplatzstressoren) in den Sportlergruppen (Angabe von z-transformierten Mittelwerten) (N=1263, variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Um Effekte zwischen den Sportlergruppen in Bezug auf die wahrgenommene Belastung durch das Arbeitsleben feststellen zu können, wurden die Variablen zur Sportlerkategorisierung und die Subkategorien der beruflichen Belastung (Ergebnis der Faktorenanalyse aus Abschnitt 5.2.1: Physikalisch-chemische und organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion, psycho-soziale Stressoren, Stressoren der modernen Arbeitswelt und physische Stressoren, jeweils in z-transformierter Variante) einer Varianzanalyse unterzogen, wobei als Faktoren die Sportlergruppe, das Alter und das Geschlecht eingesetzt wurden.

Tab. 6-12 zeigt, dass ein grundsätzlich bedeutsamer Effekt der Sportlergruppe lediglich für das Item der „Stressoren der modernen Arbeitswelt“ nachweisbar ist. Daneben treten einige Interaktionseffekte auf, die für die jeweilige Stressorenkategorie näher betrachtet werden. Auf der Basis der Varianzanalysen wird im Folgenden der Schwerpunkt der Betrachtungen auf festgestellte signifikante Effekte auf die extrahierten Stressorenfaktoren gelegt.

Subkategorie	Haupt- und Interaktionseffekte	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Physikalisch-chemisch und organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion^a	Sportlertyp	2	0,899	n.s.	0,002
	Sportlertyp * Alter	6	1,095	n.s.	0,000
	Sportlertyp * Geschlecht	2	0,739	n.s.	0,002
	Alter * Geschlecht	3	1,798	n.s.	0,007
	Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	0,871	n.s.	0,003
Fehler	778				
Psycho-soziale Stressoren^b	Sportlertyp	2	1,186	n.s.	0,002
	Sportlertyp * Alter	6	2,740	= .012	0,013
	Sportlertyp * Geschlecht	2	1,240	n.s.	0,002
	Alter * Geschlecht	3	0,667	n.s.	0,002
	Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	0,339	n.s.	0,001
Fehler	1237				
Stressoren der modernen Arbeitswelt^c	Sportlertyp	2	4,121	= .016	0,008
	Sportlertyp * Alter	6	2,415	= .025	0,013
	Sportlertyp * Geschlecht	2	5,086	= .006	0,009
	Alter * Geschlecht	3	0,667	n.s.	0,002
	Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	0,610	n.s.	0,002
Fehler	1074				
Physische Stressoren^d	Sportlertyp	2	2,131	n.s.	0,005
	Sportlertyp * Alter	6	0,693	n.s.	0,005
	Sportlertyp * Geschlecht	2	1,514	n.s.	0,004
	Alter * Geschlecht	3	7,193	< .001	0,027
	Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	4,691	= .003	0,018
Fehler	777				

Tab. 6-12: Haupteffekte und Interaktionseffekte mit dem Alter und Geschlecht zur Bewertung der Arbeitsbelastung in Abhängigkeit der Sportlergruppen (univariate Varianzanalyse; Gesamt-R²: a=0,053; b=0,052; c=0,059; d=0,084) (N^a=799; N^b=1258; N^c=1095; N^d=797)

Die varianzanalytisch nachgewiesenen Effekte in den Sportlergruppen werden durch Abb. 6-16 bis 6-18 wiedergegeben. Für das Item „*Psycho-soziale Stressoren*“ (lange Arbeitszeit, Zeitdruck, häufige Störungen, große Verantwortung für Menschen, alleine arbeiten, Zwang zu schnellen Entscheidungen) konnte zwar kein globaler Effekt der Sportlergruppen berechnet werden.

Darüber hinaus konnte für diese Stressorenquelle ein Interaktionseffekt zwischen dem Alter und der Sportlergruppenzugehörigkeit der Probanden errechnet werden. In einer deskriptiven Betrachtung ergibt sich deshalb, dass für Fitnesssportler der Bereich der psycho-sozialen Stressoren wenig Bedeutung als Quelle externer Risikofaktoren hat (vgl. Abb. 6-16). Dies ist über alle Altersgruppen der Fall, mit Ausnahme der Altersstufe 3 (41 bis 60 Jahre), hier steigt der Wert für den Stressorenfaktor deut-

lich an. Für Sportler, die in präventiven Angeboten aktiv sind, erreichen psycho-soziale Stressoren erst unter den über 61-Jährigen an Bedeutung. Für die übrigen Altersgruppen kann keine nennenswerte Veränderung mit dem Alter verzeichnet werden. Allerdings ist festzustellen, dass dieser Faktor von Präventionssportlern über alle Altersgruppen hinweg als bedeutsamer bewertet wird als vergleichsweise von Fitnesssportlern (mit Ausnahme der Altersgruppe 3, in der psycho-soziale Stressoren durch Fitnesssportler als gewichtiger bewertet werden). Unter den Bewertungen der psycho-sozialen Arbeitsplatzstressoren durch Rehabilitationssportler fällt vor allem die deutlich geringe Bewertung der jüngsten Sportler (unter 27 Jahre) auf, die zu den älteren Gruppen hin ansteigt, um für Sportler über 61 Jahre erneut an Bedeutung zu verlieren.

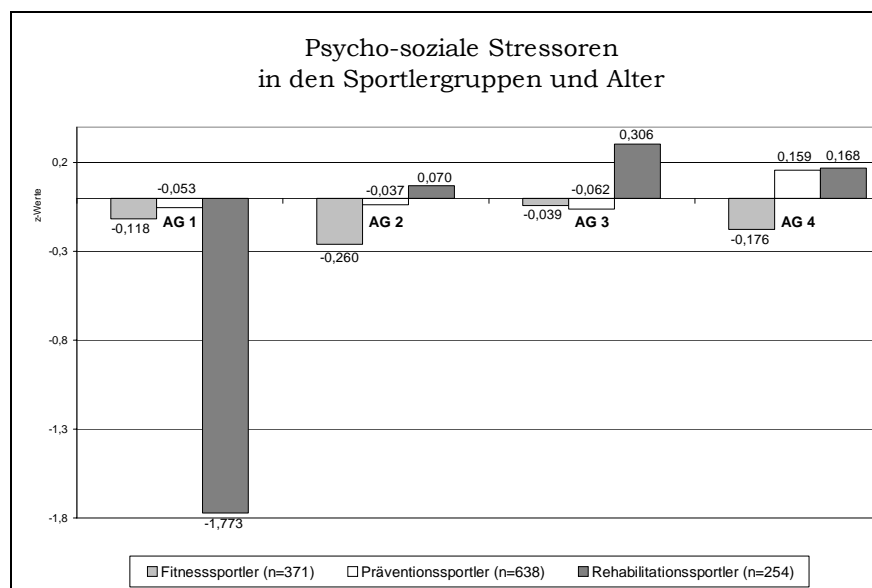


Abb. 6-16:
Psycho-soziale Stressoren als externe Risikofaktoren in den Sportlergruppen und Alter (z-transformierte Mittelwerte) (N=1263)

Bezüglich der *Stressoren der modernen Arbeitswelt* ist festzustellen, dass der Sportlertyp der Probanden als signifikanter Prädiktor gelten kann. Die Unterschiede zwischen den Sportlergruppen konzentrieren sich – wie post hoc durchgeführte Bonferoni-Tests ergaben – auf die Gruppen der Fitness- und Präventionssportler ($p < .001$) sowie jener der Fitness- und Rehabilitationssportler ($p < .001$). Die Mittelwertsdifferenzen von Präventions- und Rehabilitationssportlern hingegen erreichen nicht das geforderte Signifikanzniveau. Damit kann auf die Population übertragen werden: Fitnesssportler erkennen in Stressoren der modernen Arbeitswelt die geringste Belastung ($M = -0,212$, $SD = 0,973$), Rehabilitationssportler sehen sich durch diese Elemente am stärksten belastet ($M = 0,198$, $SD = 1,071$). Sportler der Präventionsgruppe nehmen eine mittlere Stellung hierzu ein ($M = 0,054$, $SD = 0,967$).

In der altersabhängigen Gruppenbetrachtung zeigt sich, dass in der Gruppe der Fitnesssportler vor allem die Altersstufe 41 bis 60 Jahre Stressoren der modernen Arbeitswelt am deutlichsten als unangenehm empfindet. Präventionssportler der jüngsten Altersgruppe (bis 26 Jahre) kommen mit einer Bildschirmarbeit, Konkurrenz durch Kollegen und einer hohen Konzentrationsforderung bei der Arbeit am schlechtesten zurecht, während die Jüngsten unter den Rehabilitationssportlern ein deutliches Votum sprechen: Für diese Probanden stellen Belastungen aus dieser Stressorenquelle einen vernachlässigbaren Faktor dar. Dies ist auch mit das auffälligste Ergebnis der Zusammenhangsbetrachtung. Für die Jüngsten unter den Rehabilitationssportlern spielen Stressoren, die aus Kollegenkonkurrenz, Konzentrationsforderungen und EDV-Arbeit resultieren, eine mehr als untergeordnete Rolle. Darüber

hinaus ist festzuhalten, dass sich dieser Effekt unter den Rehabilitanden im weiteren Altersverlauf stark nach oben entwickelt und so eine ebenso starke Belastungsbekundung wie unter Präventions-sportlern festzustellen ist. Für Fitnesssportler dieser Altersstufe hingegen verliert dieser Stressoren-komplex wieder an Bedeutung (vgl. Abb. 6-17).

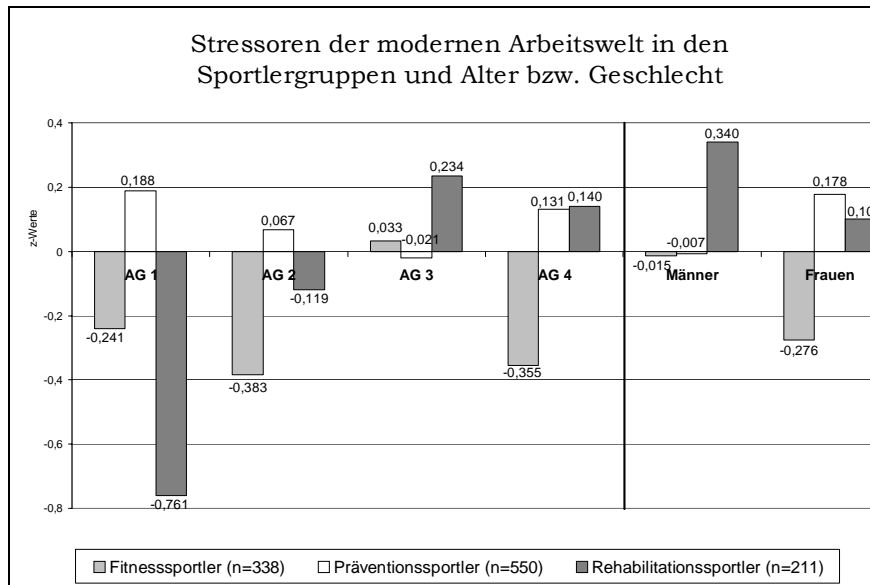


Abb. 6-17:
Stressoren der modernen
Arbeitswelt in den Sport-
lergruppen und Alter bzw.
Geschlecht (z-transfor-
mierte Mittelwerte)
(N=1099)

Der Interaktionseffekt des Geschlechts und der Sportlergruppenzugehörigkeit schlägt sich insofern nieder, als Männer aus den Bereichen Fitness- und Rehabilitationssport das Potential der Stressoren einer modernen Arbeitswelt als belastender empfinden als es Frauen dieser Sportlergruppen tun (vgl. Abb. 6-17). Für Präventionssportler hingegen ergibt sich das umgekehrte Bild. Hier dokumentieren die weiblichen Sportler mit Abstand eine deutliche Stressquelle, während diese für Männer eher eine untergeordnete Rolle zu spielen scheint.

Für den Bereich der *physischen Stressoren* (körperlich schwere Arbeit, unangenehme/einseitige körperliche Beanspruchung) konnten keine globalen Sportlertypeneffekte belegt werden. Eine deskriptive Betrachtung der Mittelwerte (z-transformiert) in den Sportlergruppen zeichnet schließlich auch ein erwartungsgemäßes Bild, das Fitnesssportlern eine sehr geringe Bewertung dieser Stressoren attestiert ($M = -0,242$, $SD = 0,984$). Präventionssportler fühlen sich durch physische Belastungen aus dem Beruf schon stärker beeinträchtigt ($M = 0,041$, $SD = 0,980$) und Rehabilitationssportler bieten ein deutliches Votum für eine erhebliche Einschränkung durch diese Stressorenquelle in ihrer Lebensqualität ($M = 0,268$, $SD = 1,00$).

Im Interaktionseffekt zwischen dem Alter und Geschlecht der Sportler zeichnet sich eine signifikant stärkere Belastung der Frauen in den beiden jüngeren Altersgruppen ab (AG 1: Frauen $M = 0,011$, $SD = 0,986$, $n = 23$ vs. Männer $M = -0,730$, $SD = 1,593$, $n = 2$; AG 2: Frauen $M = -0,066$, $SD = 1,018$, $n = 138$ vs. Männer $M = -0,564$, $SD = 0,844$, $n = 26$), also bis zu einem Alter von 40 Jahren sowie in der höchsten Altersgruppe ab 61 Jahren (AG4: Frauen $M = 0,240$, $SD = 0,983$, $n = 112$ vs. Männer $M = -0,038$, $SD = 1,0$, $n = 115$). Für die Altersspanne zwischen 41 und 60 Jahren hingegen sehen Männer in physischen Belastungen, die sich aus dem Arbeitsleben ergeben, eine größere Stressorenquelle als Frauen (Männer $M = 0,096$, $SD = 0,955$, $n = 113$ vs. Frauen $M = -0,043$, $SD = 1,004$, $n = 269$).

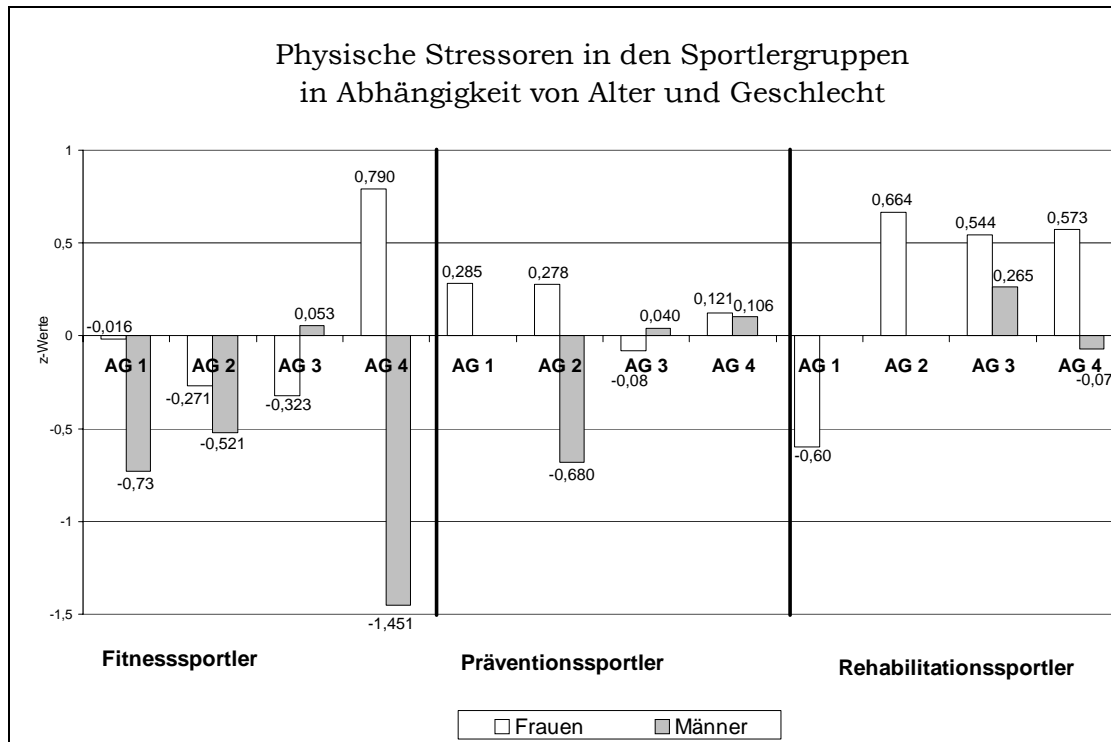


Abb. 6-18: Physische Stressoren in den Sportlergruppen (N=803) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (z-transformierte Mittelwerte) (N=798)

Die signifikante dreifaktorielle Interaktion zwischen den Merkmalen Alter, Geschlecht und Sportlertyp drückt sich in der deskriptiven Betrachtung in zwei unterschiedlichen Befunden aus, wobei der Hauptbefund mit dem Interaktionseffekt von Alter und Geschlecht, wie er oben dargestellt wurde, quasi zusammenfällt (vgl. Abb. 6-18): Unter Fitnesssportlern setzt sich die Interaktion von Alter und Geschlecht, wie sie bereits oben als gruppenübergreifender Effekt erläutert wurde, fort. Auch hier dokumentieren Frauen unter 40 und über 61 Jahren in physischen Stressoren eine größere Belastungsquelle des beruflichen Alltags als Männer. Für fitnessaktive Männer der Altersgruppe 3 (41-60 Jahre) hingegen erscheinen physische Formen der Beanspruchung im Arbeitsalltag jedoch einflussreicher auf das Befinden zu sein als für Frauen. Für die Gruppe der Präventionssportler lässt sich lediglich die geschlechtliche Verteilung ab einem Alter von 27 Jahren interpretieren, da für die Altersgruppe 1 keine Angaben der Männer vorliegen. Für die verbleibenden Altersstufen lässt sich die konstatierte Verteilung, wie sie sowohl aus der Gesamtstichprobe als auch für die Fitnesssportler bekannt ist, übertragen. Allein die Gruppe der Rehabilitationssportler fällt aus diesen Gesetzmäßigkeiten heraus. Zwar sind hier lediglich zwei Altersstufen interpretierbar, da für die Altersgruppen 1 und 2 erneut keine Daten der männlichen Aktiven vorliegen, doch hier zeigt sich, dass in jedem Fall weibliche Rehabilitationssportler durch physische Beanspruchungen am Arbeitsplatz negativer beeinflusst sind als männliche.

Für den Komplex der *physikalisch-chemischen bzw. organisationalen Stressoren moderner Industrieproduktion* (Wechselschichten, Nacht-, Akkord-, Fließbandarbeit, Lärm, Hitze/Kälte/Nässe, chemische Schadstoffe, Bestimmung des Arbeitstempos durch Maschinen, langweilige Arbeit) konnte kein signifikanter Effekt errechnet werden. Allein Deskriptiv zeigt sich, dass Präventionssportler ($M=0,042$, $SD=0,973$, $n=390$) sowie Aktive des rehabilitativen Sports ($M=0,180$, $SD=0,995$, $n=172$) Stressoren

der physikalisch-chemischen bzw. organisationalen Natur als belastender empfinden als Fitnesssportler ($M=-0,197$, $SD=1,018$, $n=241$) dies tun.

Exkurs: Externe Risikofaktoren und Subjektive Gesundheit

Zur Prüfung eines Zusammenhangs zwischen der subjektiven Einschätzung der Gesundheit und den Kategorien der Externen Risikofaktoren zur Arbeitsplatzbelastung wurden zunächst Korrelationsberechnungen vorgenommen. Für beide Merkmale wurden die z-transformierten Mittelwertvariablen „zsubj_ge“ bzw. die z-Variablen der jeweiligen Stressoren-Faktoren herangezogen: Die physikalisch-chemischen bzw. organisationalen Stressoren moderner Industrieproduktion weisen eine geringe negative, aber hochsignifikante Korrelation mit der subjektiven Gesundheit auf (Pearson-R=-0,18; $p \leq .01$). Je höher das Maß der subjektiven beruflichen Anforderungen in diesem Bereich ist, desto geringer wird die eigene Gesundheit eingeschätzt. Ein ähnliches Verhältnis ergibt sich für die psycho-soziale Belastungen (Pearson-R=-0,22; $p \leq .01$), Stressoren der modernen Arbeitswelt (Pearson-R=-0,224; $p \leq .01$) und die physischen Stressoren des Arbeitsplatzes (Pearson-R=-0,27, $p \leq .01$), die sich alle negativ auf die subjektive Gesundheit auswirken.

Sportlertyp	Korrelierende Merkmale	Pearson-R	p-Wert
Fitnesssportler (n=338) (n=371) (n=243)	Stressoren moderner Arbeitswelt x Subjektive Gesundheit	- 0,24	$\leq .01$
	Physische Stressoren x Subjektive Gesundheit	- 0,26	$\leq .01$
	Psycho-soziale Stressoren x Subjektive Gesundheit	- 0,20	$\leq .01$
Präventionssportler (n=390) (n=638) (n=550) (n=403)	Physikalisch-chemische/organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion x subjektive Gesundheit	- 0,16	$\leq .01$
	Psycho-soziale Stressoren x subjektive Gesundheit	- 0,17	$\leq .01$
	Stressoren moderner Arbeitswelt x subjektive Gesundheit	- 0,17	$\leq .01$
	Physische Stressoren x subjektive Gesundheit	- 0,18	$\leq .01$
Rehabilitanden (n=172) (n=254) (n=211) (n=157)	Physikalisch-chemische/organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion x subjektive Gesundheit	- 0,17	$\leq .01$
	Psycho-soziale Stressoren x subjektive Gesundheit	- 0,17	$\leq .01$
	Stressoren moderner Arbeitswelt x subjektive Gesundheit	- 0,15	$\leq .01$
	Physische Stressoren x subjektive Gesundheit	- 0,27	$\leq .01$

Tab. 6-13: Korrelationen zwischen Subkategorien der Arbeitsplatzbelastung und der subjektiven Gesundheit (Pearson-R) (nur signifikante Befunde)

Diese Ergebnisse korrespondieren mit Teilbefunden zum Zusammenhang der beiden Merkmale in Abhängigkeit der Gesundheitssportlergruppen, die anschließend geprüft wurden. Hier zeigt sich, dass sowohl die Teilstichprobe der Präventions- als auch der Rehabilitationssportler eine signifikante Korrelation zwischen den Merkmalen subjektive Gesundheit und allen Faktoren der externen Risikofaktoren, operationalisiert über die extrahierten Stressoren, aufweisen (vgl. Tab. 6-13). Allein die Gruppe der Fitnesssportler macht hier insofern eine Ausnahme, als für diese keine Korrelation zwischen der

kommunizierten subjektiven Gesundheit und physikalisch-chemischer bzw. organisationaler Stressoren moderner Industrieproduktion errechnet werden kann. Dies kann durch einen fehlenden beruflichen Einsatz der Fitnesssportler in derartigen Berufsfeldern erklärt werden.

Alle Korrelationen erweisen sich als hochsignifikant, bewegen sich nominell jedoch in einem niedrigen Bereich, so dass lediglich von eher geringen Zusammenhängen ausgegangen werden konnte.

Exkurs: Externe Risikofaktoren und Objektive Gesundheit

Die Frage nach einer Auswirkung der Stressfaktoren durch den beruflichen Alltag auf einen objektiv anhand vorhandener chronischer Erkrankungen messbaren Gesundheitszustand wurde ebenfalls in einem ersten Schritt mittels Korrelationsberechnungen geprüft. Es ergaben sich vergleichbar mit der Wechselwirkung bezüglich der subjektiven Gesundheit auch in diesem Fall signifikante Effekte für alle Kategorien der Stressoren am Arbeitsplatz (vgl. Tab. 6-14), was die Zuverlässigkeit einer subjektiven Kategorie zur Einschätzung des "wahren" Gesundheitszustandes unterstreicht. Je höher die Stresswahrnehmung durch die Arbeitsanforderungen ausfällt, desto schlechter ist die objektive Gesundheit zu bewerten.

Sportlertyp	Korrelierende Merkmale	Pearson-R	p-Wert
Fitnesssportler (n=371)	Psycho-soziale Stressoren x objektive Gesundheit	0,12	≤ .01
	Stressoren der modernen Arbeitswelt x objektive Gesundheit	0,17	≤ .01
	Physische Stressoren x objektive Gesundheit	0,25	≤ .01
Präventionssportler (n=390)	Physikalisch-chemische/organisationale Stressoren der modernen Arbeitswelt x objektive Gesundheit	0,15	≤ .01
	Psycho-soziale Stressoren x objektive Gesundheit	0,12	≤ .01
	Stressoren der modernen Arbeitswelt x objektive Gesundheit	0,19	≤ .01
	Physische Stressoren x objektive Gesundheit	0,24	≤ .01
Rehabilitationssportler (n=172)	Physikalisch-chemische/organisationale Stressoren der modernen Arbeitswelt x objektive Gesundheit	0,25	≤ .01
	Psycho-soziale Stressoren x objektive Gesundheit	0,13	≤ .01
	Physische Stressoren x objektive Gesundheit	0,21	≤ .01
Globaler Effekt	Korrelierende Merkmale		
	n=803 Physikalisch-chemische/organisationale Stressoren moderner Industrieproduktion x objektive Gesundheit	0,19	≤ .01
	n=1263 Psycho-soziale Stressoren x objektive Gesundheit	0,19	≤ .01
	n=1099 Stressoren moderner Arbeitswelt x objektive Gesundheit	0,20	≤ .01
n=803 Physische Stressoren x objektive Gesundheit	0,28	≤ .01	

Tab. 6-14: Korrelationen zwischen Subkategorien der Arbeitsplatzbelastung und der objektiven Gesundheit (Pearson-R) (nur signifikante Befunde)

Eine Differenzierung nach Sportlergruppen zeigte, dass sich für sportlich Aktive in einer präventiven Dimension ein Einfluss auf den objektiven Gesundheitszustand durch alle Stressorenquellen ergibt. Die Teilstichprobe der Rehabilitationssportler weist keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der objektiven Gesundheit und Stressoren der modernen Arbeitswelt (Konkurrenz durch Kollegen, starke Konzentration, Arbeit am Bildschirm) auf. Die Korrelation zwischen den Merkmalen objektive Gesundheit und der Stressorenquelle physikalisch-chemischer/organisationaler Stressoren moderner Industrieproduktion (Wechselschichten, Nacht-, Akkord-, Fließbandarbeit, Lärm, Hitze/Kälte/Nässe, chemische Schadstoffe, Bestimmung des Arbeitstempos durch Maschinen, langweilige Arbeit) entfällt dafür in der Gruppe der Fitnesssportler (vgl. Tab. 6-14). Auch im Bezug auf den Zusammenhang mit dem Faktor der objektiven Gesundheit lassen sich nur geringe Korrelationsmaße ermitteln, die keinen weitreichenden Zusammenhang vermuten lassen.

Exkurs Ende

Fazit

Für den Bereich der internen Risikofaktoren haben die Analysen folgende Ergebnisse gebracht:

- Sportler im Fitnessbereich haben ein niedrigeres Potential an zentralen internen Risikofaktoren (erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck, Übergewicht) ausgeprägt als Präventions- und Rehabilitationssportler.
- Für die beiden letzteren Gruppen lässt sich ebenfalls ein deutlicher Unterschied in allen diesen Risikofaktoren festhalten: Rehabilitationssportler geben deutlich häufiger erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck und Übergewicht an als Präventionssportler.
- Eine Ausnahme bildet das Risikoverhalten Rauchen, das unter Fitnesssportlern höchstsignifikant häufiger vorkommt als unter den beiden übrigen Sportlergruppen, die sich in diesem Merkmal jedoch nicht unterscheiden. Probanden, die in einem präventiven oder rehabilitativen Angebot sportlich aktiv sind, rauchen deutlich seltener als Fitnesssportler und stellen zumindest in diesem Risikofaktor ihr gesundheitsbewusstes Verhalten unter Beweis.

Für Sportler, die fitnessorientiert im Verein trainieren, spielen gesundheitliche Risikofaktoren wie erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck und Übergewicht weniger eine Rolle und das somit vielleicht positiv gefärbte Gesundheitserleben lässt für Fitnesssportler offensichtlich das Risikoverhalten Rauchen zu.

- In der Differenzierung nach dem Geschlecht ergab sich für Fitnesssportler eine Dominanz der Männer in Sachen Bluthochdruck und erhöhten Blutfettwerten.
- Dagegen unterscheiden sich männliche und weibliche Präventionssportler bezüglich der internen Risikofaktoren nicht signifikant.
- Männliche Rehabilitationssportler schließlich sind signifikant stärker mit Bluthochdruck belastet als Frauen.
- In allen übrigen Geschlechtervergleichen konnten keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen festgestellt werden.

Deskriptiv lassen sich folgende Gesetzmäßigkeiten festhalten (Eine statistische Absicherung erfuhr die Interaktion des Geschlechts und der Sportlergruppenzugehörigkeit nicht.):

- Mit zunehmendem Alter leiden Fitnesssportler vermehrt an erhöhten Blutfettwerten und Bluthochdruck. Die Häufigkeit erhöhter Blutfettwerte in der Gruppe der Fitnesssportler ist vor allem unter den Jüngsten (bis 26 Jahre) und Älteren (ab 41 Jahre) zu finden.
- In der Gruppe der Präventionssportler nimmt die Häufigkeit von Bluthochdruck und erhöhten Blutfettwerten mit dem Alter kontinuierlich zu, an Übergewicht leiden jedoch vor allem die 27- bis 40-Jährigen. Letzterer Befund erreicht im Altersvergleich jedoch nicht die Signifikanzgrenze.
- Rehabilitationssportler schließlich zeigen sich im Altersverlauf signifikant häufiger mit Bluthochdruck belastet, der Risikofaktor Übergewicht ist unter Rehabilitanden allerdings vor allem unter den jüngsten Sportlern (bis 26 Jahre) zu finden (n.s.).

Das Rauchverhalten nimmt allgemein in allen drei Sportlergruppen mit dem Alter deutlich ab, am massivsten jedoch unter Rehabilitationssportlern. Rauchen in der Altersgruppe 1 noch die Hälfte der Probanden, sind es in der folgenden Altersgruppe nur mehr 16,7%. Der Eindruck der Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Aktivität im Rehabilitationssport führt bei den Probanden offenbar zu einer verstärkten Ausrichtung auf gesundheitliche Verhaltensweisen. Für Präventionssportler konnte sogar von den Jüngsten zur Altersgruppe der 27- bis 40-Jährigen ein leichter Anstieg in der Raucherhäufigkeit vermerkt werden. Offensichtlich kristallisieren sich Probanden, die in jungen Jahren in einem präventiven Sportangebot aktiv sind, als die „Gesundheitsbewusstesten“ heraus, zumal diese keine Belastung mit Bluthochdruck oder erhöhten Blutfettwerten und ein nur vergleichsweise geringes Ausmaß an Übergewichtigen dokumentieren.

Die Analyse des quantitativen Summenscores zu den internen Risikofaktoren kumuliert aufgrund eines signifikanten Interaktionseffektes der Variablen „Sportlertyp“ und „Alter“ den Eindruck der ersten, qualitativen Analysen. Grundsätzlich lassen sich quantitativ betrachtet mittels des Summenscores zum Ausmaß an internen Risikofaktoren (0 Minimum, 4 Maximum) die allgemeinen qualitativen Befunde z.T. bestätigen, die Fitnesssportlern das geringste Potential an internen Risikofaktoren attestiert und Rehabilitationssportlern die höchste Belastung ausstellt. Der Effekt des Organisationsrahmens der Sportaktivität ließ sich eindeutig statistisch absichern.

Die Faktoren Alter und Sportlergruppe kristallisierten sich somit bei der Identifikation des Einflusses auf interne Risikofaktoren als gute Prädiktoren heraus. Dabei sind ältere Fitnesssportler tendenziell stärker mit internen Risikofaktoren behaftet als jüngere. In der Gruppe der Präventionssportler fällt diese Steigerungsrate insbesondere von den unter 27- zu den 27- bis 40-Jährigen, aber auch im weiteren Altersanstieg deutlicher aus. Für die Gruppe der Rehabilitationssportler fällt die hohe Belastung an internen Risikofaktoren in der jüngsten Altersgruppe (bis 26 Jahre) deutlich aus dem Rahmen. Diese Gruppe ist mit erheblich mehr Risikofaktoren im Verein sportlich aktiv als Rehabilitationssportler zwischen 27 und 40 Jahren. Das hohe Ausmaß an Risikofaktoren scheint nicht zuletzt neben den objektiv zu konstatierenden gesundheitlichen Beschwerden ein Antriebsfaktor der Rehabilitationssportler für eine sportliche Aktivierung zu sein.

Die älteren und ältesten Rehabilitationssportler führen die Statistik in diesem Merkmal klar an, was die globale gesundheitliche Belastung dieser Sportgruppe unterstreicht.

Deskriptive Befunde zum Faktor „Geschlecht“ bringen hervor, dass männliche Sportler – vor allem im Fitness- und Rehabilitationssport – eines höheren Risikofaktorenausmaß ausgeprägt haben als Frauen. Im Präventionssport hingegen ist das Belastungsmaß an Risikofaktoren ausgeglichen. Als vorsichtige Vermutung können die Ergebnisse die Mutmaßung nahe legen, dass Männer grundsätzlich erst mit einer stärkeren gesundheitlichen Belastung in eine sportliche Aktivität finden als Frauen. Eine genauere Untersuchung und Prüfung ist jedoch dringend angeraten.

Bezüglich der externen Risikofaktoren ergab sich bei einer faktorengestützten Betrachtung der Arbeitsplatzbelastung ein signifikanter Einfluss des Organisationsrahmens sportlicher Aktivität auf lediglich eine der Stressorenkategorien: Dabei fühlen sich Rehabilitationssportler von den Arbeitsplatzbelastungen, die aus der Stressorenquelle der modernen Arbeitswelt resultieren, deutlich mehr beeinträchtigt als Probanden der Präventionsgruppe und diese wiederum als Sportler des Fitnessstyps. Ein insgesamt schlechter Gesundheitszustand, der eine Aktivität in einem rehabilitativen Sportangebot nötig macht, geht also offenbar mit einer hohen Sensibilität für Berufsbelastungen durch Kollegenkonkurrenz, EDV-Arbeit und Konzentrationsdruck einher. Die Wirkrichtung der beiden Merkmale kann dabei nicht klar geortet werden: Ist für Rehabilitanden eine derartige zusätzliche Belastung im Alltagsleben ein Grund für die sportliche Aktivität oder gliedert sich dieser Faktor in das negative Gesundheitserleben ein, das schließlich zur Sportteilnahme führt?

- Psycho-soziale Stressoren nehmen in den Sportlergruppen der Präventions- und Rehabilitationssportler mit zunehmendem Alter an Bedeutung zu.
- Fitnesssportler hingegen signalisieren darin in der jüngsten Altersgruppe und unter den 41- bis 60-Jährigen eine große Belastungsquelle. In der Altersgruppe 3 (41 bis 60 Jahre) spielen für Fitnesssportler ebenso wie für Rehabilitanden darüber hinaus die Stressoren der modernen Arbeitswelt eine größere Bedeutung als für die übrigen Altersstufen.
- Präventionssportler wiederum fühlen sich im jüngsten Alter (bis 26 Jahre) am erheblichsten durch Konkurrenzdruck, Bildschirmarbeit und eine hohe Konzentrationsbelastung im Beruf gefordert (= Stressoren der modernen Arbeitswelt).
- Physische Stressoren des beruflichen Alltags werden von fitness- und präventionsaktiven Frauen unter 40 und über 61 Jahren als belastender empfunden als von gleichaltrigen Männern, die im Fitness- bzw. Präventionssport aktiv sind. Dies gilt auch für den Vergleich von Männer und Frauen über 61 Jahren.
- Für Fitness- bzw. Präventionssportler zwischen 41 und 60 Jahren hingegen gilt: Männer sehen sich durch physische Belastungen aus dem Beruf stärker beeinträchtigt als Frauen.

Berücksichtigt man bei diesen Befunden die jeweilige inhaltliche Ausrichtung der betriebenen Sportdimension der Gruppen, kann eine gewisse Wechselwirkung zwischen dem sportlichen Engagement und den physischen Beanspruchungen des Arbeitsplatzes unterstellt werden: Fitnesssportler trainieren ihre Fitness für den beruflichen Alltag, Präventionssportler versuchen „erste körperliche Beschwerden“, die sich aus der beruflichen Alltagsbelastung ergeben, zu kompensieren und Rehabilitationssportler benötigen den Sport als Therapieform von u.a. im Beruf erworbenen gesundheitlichen Schäden. Einen interessanten Hinweis darauf ergibt auch die Zusammenhangsprüfung der Merkmale exter-

ne Risikofaktoren und objektive bzw. subjektive Gesundheit. Der externe Risikofaktor einer physischen Belastung im Berufsleben stellt sich sowohl für die objektive als auch subjektive Gesundheit in allen Sportlergruppen als derjenige Faktor mit der höchsten Erklärungskraft heraus. Für die Gruppe der Rehabilitationssportler konnte hierbei der stärkste Zusammenhang festgestellt werden. Diese Befunde machen durchaus neugierig auf eine Untersuchung der Wirkung von Risikofaktoren in unterschiedlichen Alters- und Lebensphasen auf die Sportaktivität oder auch –passivität von Menschen.

6.2.2 Schutzfaktoren und gesundheitsorientiertes Verhalten

Zum Nachweis von Gruppenunterschieden zwischen den Sportlertypen im Hinblick auf Schutzfaktoren der Gesundheit werden Informationen zum Gesundheitsverhalten der Probanden im Bereich der Ernährung und des Bewegungsprofils im Alltag genutzt (vgl. Abschnitt 5.2.2).

Ernährung

Bezüglich der Gesundheitssportlergruppen zeigt sich, dass Sportler der Fitnessgruppe im Vergleich zu Präventions- und Rehabilitationssportlern das relativ höchste Maß an „Sorglosigkeit“ im Ernährungsverhalten dokumentieren. 33,5% geben an, kein gesundheitsrelevantes Ernährungsverhalten zu praktizieren. Unter Rehabilitanden ist dieses Verhalten nur bei 16,9% zu beobachten. Eine Diät sowie eine spezifische Form der Ernährung ist vor allem unter Rehabilitationssportlern zu orten (3,7% bzw. 12,3%). Präventionssportler hingegen erweisen sich als die Gruppe mit dem größten Anteil an Personen, die auf einen ausgewogenen Ernährungsstil achten (72,1%). Möglicherweise spielt hierbei die Vorbelastung der Rehabilitanden durch einen spezifischen Lebensstil eine Rolle, der die Ausprägung von Erkrankungen erst verursacht hat und u.a. auch mit Ernährungsgewohnheiten zusammen hängt, die noch nicht abgelegt wurden. Personen, die einer präventiven Sportaktivität nachgehen, zeigen zumindest ein ausgeprägtes Maß an Gesundheitsbewusstsein gemessen am internen Schutzfaktor Ernährung (vgl. Abb. 6-19). Dabei konnte mittels Chi-Quadrat-Tests nachgewiesen werden, dass die Differenzen sowohl zwischen den Fitness- und Präventionssportlern ($X^2=21,396$; $df=3$; $p<.001$), den Fitness- und Rehabilitationssportlern ($X^2=44,632$; $df=3$; $p<.001$) als auch zwischen den Gruppen der Fitness- und Rehabilitationssportlern höchstsignifikant sind ($X^2=37,232$; $df=3$; $p<.001$).

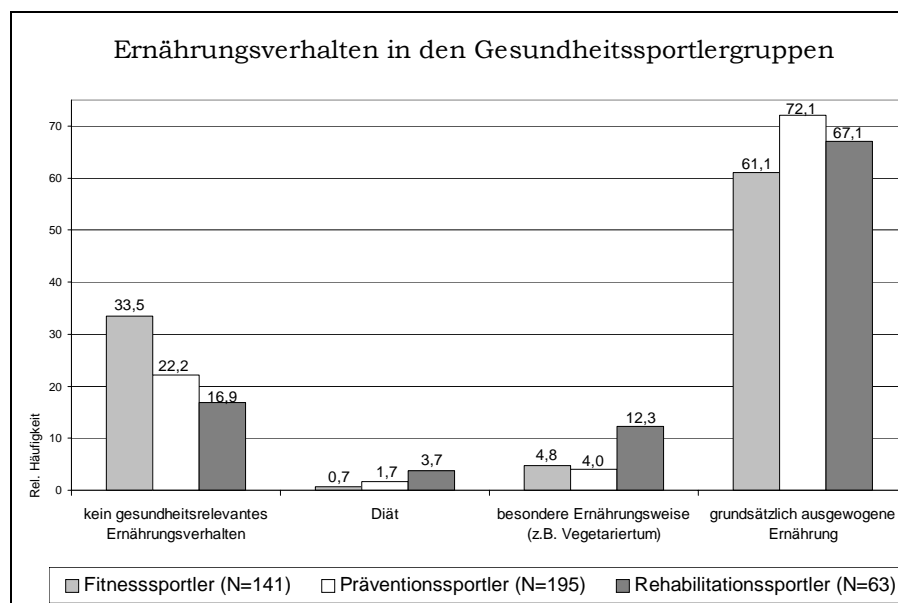


Abb. 6-19:
Ernährungsverhalten in den Sportlergruppen (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebenen Teilstichproben-Größen) (N=1672)

Aus vorangegangenen Analysen kann vermutet werden, dass Männer signifikant häufiger eine besondere Ernährungsweise einhalten als Frauen, während Frauen signifikant häufiger eine ausgewogene Ernährung für sich in Anspruch nehmen. Dieser Befund wird zum Anlass genommen, eine Betrachtung der Verteilung in den Sportlergruppen vorzunehmen, um nachvollziehen zu können, ob dieses geschlechtsspezifische Verhalten in allen Sportlergruppen zu finden ist oder nicht. Abb. 6-20 und multiple Chi-Quadrat-Tests verdeutlichen, dass dies nicht für die Gruppe der Fitness- ($X^2=7,210$; $df=3$; $p= .065$), wohl aber für die Präventions- ($X^2=12,423$; $df=3$; $p= .006$) und Rehabilitationssportler ($X^2=10,266$; $df=3$; $p= .016$) gilt. In der Fitnessgruppe sind es vielmehr die Frauen, die in einem höheren relativen Anteil als Männer angeben, sich nach einer besonderen Ernährungsform zu richten. Der zweite zu untersuchende Befund, nach dem Frauen signifikant häufiger eine ausgewogene Ernährung favorisieren, lässt sich für die Sportlergruppen der Präventions- und Rehabilitationssportler mit jeweils deutlich höheren Prozentwerten für die weiblichen Sportler bestätigen.

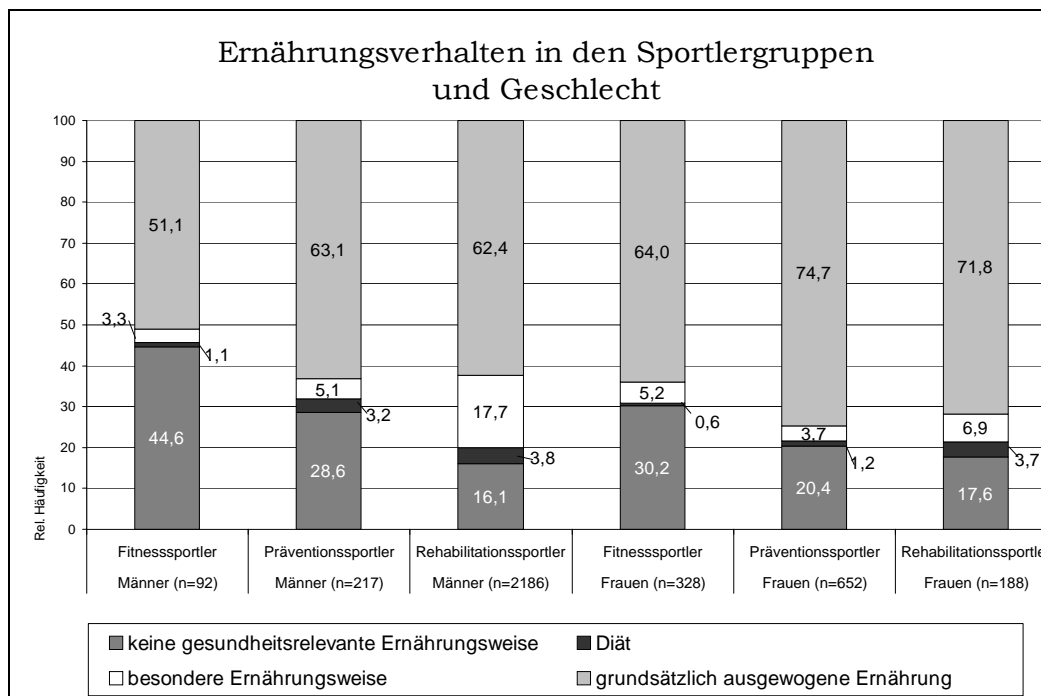


Abb. 6-20: Schutzfaktor Ernährungsverhalten in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen) (N=1663)

Werden die Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters betrachtet zeigt sich, dass Sportler der jüngsten Altersstufe (bis 26 Jahre) im Rehabilitationsbereich ein klar gesundheitsorientiertes Ernährungsverhalten an den Tag legen (vgl. Tab. 6-15): Im Verhältnis 1:1 geben die Probanden hier entweder an, eine besondere Ernährungsweise durchzuhalten oder grundsätzlich auf eine ausgewogene Ernährung zu achten. Sind die Rehabilitationssportler etwas älter, nämlich zwischen 27 und 40 Jahren, gibt es ebenfalls eine Zweiteilung: Ein Drittel achtet nicht auf die Ernährung, zwei Drittel favorisiert weiterhin eine grundsätzlich ausgewogene Ernährung. Mit zunehmendem Alter mischt sich das Verhältnis aller gebotenen Ernährungsformen unter Dominanz des „ausgewogenen Ernährungsstils“. Die konstatierten Unterschiede ließen sich auf dem 5%-Niveau absichern ($X^2=18,912$; $df=9$; $p= .026$). Für die Altersentwicklung in der Gruppe der Präventionssportler ist ein ähnlicher Verlauf in abgeschwächter Form festzuhalten ($X^2=28,509$; $df=9$; $p= .001$): Die jüngsten Aktiven im Präventionssport geben einen vergleichsweise sorglosen Umgang mit ihrer Ernährung an; Zwei Drittel legt kein Au-

genmerk auf einen besonderen Ernährungsstil, ein Drittel gibt an, sich grundsätzlich ausgewogen zu ernähren. Auch hier finden sich mit zunehmendem Alter der Präventionssportler auch mehr Probanden, die eine Diät oder besondere Ernährungsweise einhalten. Die ausgewogene Ernährung und in reduzierter Form (aber in etwas höheren Anteilen als unter den jeweiligen Altersgruppen der Rehabilitationssportler) die Angabe nicht auf die Ernährung zu achten, bleiben die vorherrschenden Ernährungsformen über alle Altersstufen der Präventionssportler.

Allein in der Gruppe der Fitnesportler finden sich Probanden unter 26 Jahren, die bezüglich der Ernährung eine Diät dokumentieren. Für den weiteren Altersverlauf dieser Sportlergruppe lässt sich lediglich ein allgemeiner Trend feststellen, der sich nicht statistisch absichern ließ: Der Anteil der Personen, die eine grundsätzlich ausgewogene Ernährung favorisiert, nimmt mit dem Alter stetig zu. Andere Ernährungsstile sind aber über alle Altersstufen der Fitnesportler zu finden, insbesondere der Anteil an Probanden mit einem „unbekümmerten“ Umgang mit der Ernährung ist über alle Altersstufen höher als in den Vergleichsgruppen der Präventions- und Rehabilitationssportler.

Sportlergruppe	Altersgruppe	Kein gesundheitsrelevantes Ernährungsverhalten	Einhalten einer Diät	Besondere Ernährungsform (z.B. Vegetarier-tum)	Grundsätzlich ausgewogene Ernährung	n
Fitnes-sportler	AG 1	41,2	2,9	2,9	52,9	34
	AG 2	37,0	0,0	6,5	56,5	154
	AG 3	32,0	1,0	3,9	63,1	203
	AG 4	16,7	0,0	5,0	9,3	30
Präven-tions-sportler	AG 1	66,7	0,0	0,0	33,3	6
	AG 2	33,3	2,6	3,8	60,3	78
	AG 3	26,6	1,6	3,4	68,4	383
	AG 4	15,4	1,7	4,7	78,2	408
Rehabili-tations-sportler	AG 1	0,0	0,0	50,0	50,0	2
	AG 2	33,3	0,0	0,0	66,7	12
	AG 3	24,5	2,2	12,9	60,4	139
	AG 4	11,3	5,0	12,2	71,5	221

Tab. 6-15: Ernährung als gesundheitliches Schutzverhalten in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen) (N=1670)

Bewegungsprofil im Alltag

Das Bewegungsprofil der Probanden liegt differenziert nach „vorwiegend sitzen“, „vorwiegend stehen“, „sich viel bewegen“, „vorwiegend Muskelkraft gebrauchen“ oder „Sitzen, Stehen, Bewegen beherrschen den Alltag in vergleichbarem Verhältnis“ vor (vgl. Abschnitt 5.2.2).

In der Differenzierung nach der Gesundheitssportdimension zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Sportlergruppen (vgl. Abb. 6-21). Fitnesportler fallen durch den relativ höchsten Anteil an Nennungen zu einem vorwiegend durch Sitzen geprägten Alltag auf (30,2%). Präventionssportler geben dies zu etwa der Hälfte weniger an (16,2%). Diese wiederum erleben ihren Alltag mehr

durch ein großes Maß an Bewegung (26,2%), im Gegensatz zu Sportlern in Fitness- (20,5%) oder Rehabilitationsangeboten (23,6%). Probanden der Rehabilitationsgruppe zeigen sich als die Spitzenreiter in Alltagssituationen, die vor allem durch Muskelkraft zu bewältigen sind (3,4%) und einem durch die Elemente Sitzen, Stehen, Bewegen ausgeglichenen Tagesprofil (55,4%). Hier fallen die Probanden der Fitnessgruppe stark ab (42,5%): Um zu prüfen, ob sich die Sportlergruppen in ihrem Alltagsprofil unterscheiden, wurden diese in einzelnen Paarberechnungen mittels Chi-Quadrat-Tests gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass die Verteilungen der Fitness- und Präventionssportler ($X^2=38,054$; $df=4$; $p<.001$) sowie der Fitness- und Rehabilitationssportler ($X^2=33,762$; $df=4$; $p<.001$) einen signifikanten Unterschied aufweisen. Die Differenz zwischen der Gruppe der Probanden in präventiver und rehabilitativer Ausrichtung hingegen ist nicht signifikant ($X^2=7,065$; $df=4$; $p=.132$).

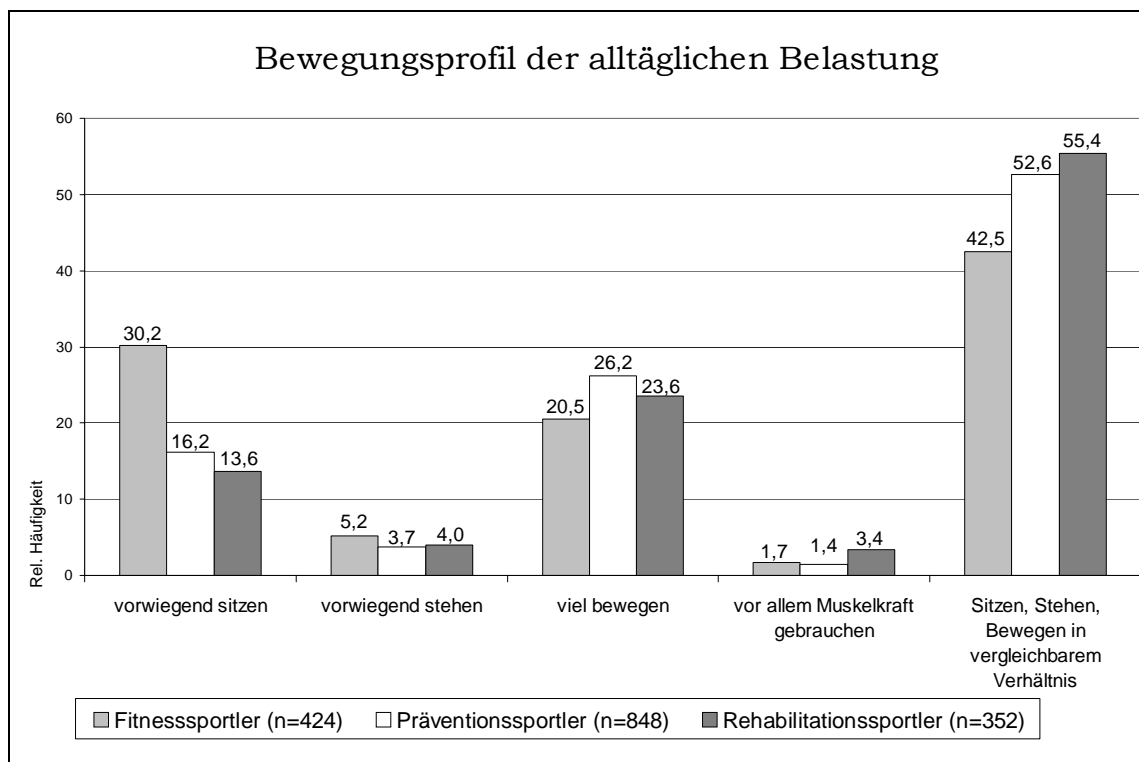


Abb. 6-21: Bewegungsprofil der alltäglichen Belastung, gruppiert nach Sportlergruppen (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße) (N=1624; variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Eine genaue Analyse der geschlechtsspezifischen Verhältnisse auch mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests in den Gesundheitssportdimensionen weist die Männer unter den Fitnesssportlern als diejenigen mit den meisten Sitzleistungen im Alltag aus (47,8%). Weibliche Fitnesssportler hingegen berichten vorwiegend von einem Bewegungsalltag „in Balance“ (44,4%) ($X^2=21,676$; $df=4$; $p<.001$). Die Geschlechter in der Präventionsgruppe unterscheiden sich in Bezug auf das am häufigste genannte Merkmal, dem ausgewogenen Vorkommen von Sitzen, Stehen und Bewegen im Alltag, nicht nennenswert. Dies gilt auch für die Frauen wie Männer unter den Rehabilitanden. Lediglich hinsichtlich der Angabe, sich im alltäglichen Leben auch außerhalb des Vereinssports viel zu bewegen, ist häufiger bei Frauen als bei Männern in den beiden Gesundheitssportdimensionen zu finden (vgl. Abb. 6-22). Das Bewegungsprofil der weiblichen Präventionssportler unterscheidet sich jedoch insgesamt statistisch höchstsignifikant von dem der Männer ($X^2=41,938$; $df=4$; $p<.001$). Ebenso verhält es sich mit

den geschlechtlichen Differenzen in der Gruppe der Rehabilitationssportler, die sich als hochsignifikant erweisen ($X^2=15,950$; $df=4$; $p=.003$).

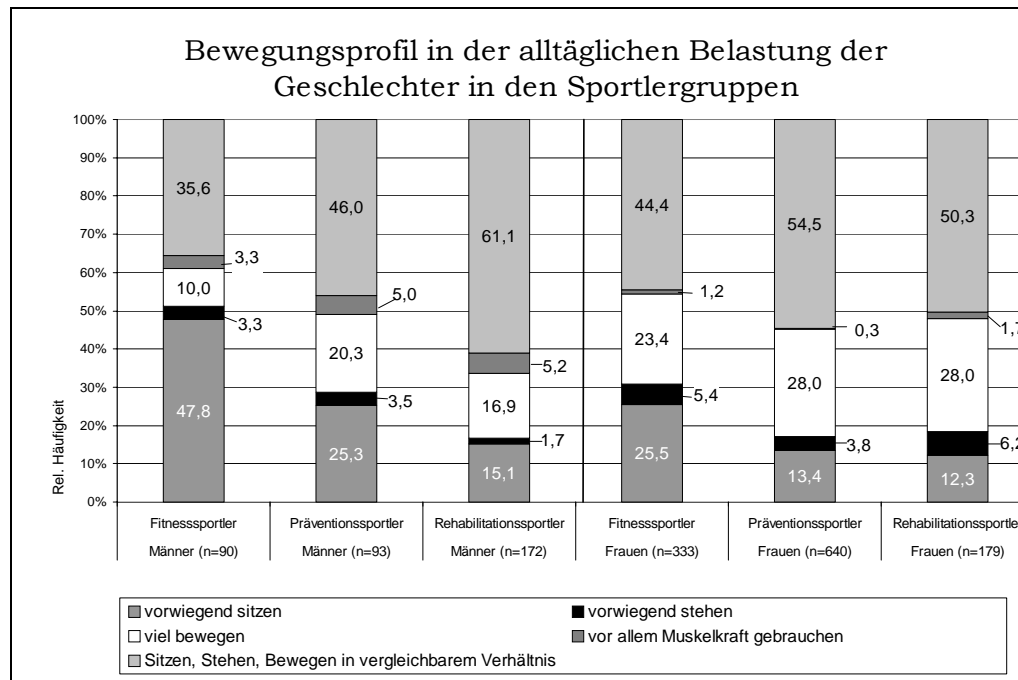


Abb. 6-22: Bewegungsprofil der Sportlergruppen, gruppiert nach Geschlecht (Angaben in Prozent, berechnet jeweils auf die angegebene Teilstichprobengröße) (N=1624)

Eine altersabhängige Betrachtung des Merkmals „Bewegungsprofil im Alltag“ in den Sportlergruppen bestätigt deskriptive Befunde teilweise (vgl. Tab. 6-16). Die lineare Tendenz der Abnahme einer Dominanz des Sitzens mit zunehmendem Alter kann mit Abstrichen auf alle Sportlergruppen übertragen werden. Die Gruppe der Rehabilitanden dokumentiert diese Tendenz erst ab der Altersgruppe 2. Die unter 27-jährigen Rehabilitationssportler geben hierzu keine Nennungen an. Aufgrund der geringen Teilstichprobengröße der AG 2 in der Rehabilitationssportgruppe ($n=3$) ist dieser Befund jedoch nicht aussagekräftig genug. Die spezifische Altersverteilung der Qualitäten im Bewegungsprofil der Rehabilitationssportler erweist sich aufgrund eines höchstsignifikanten Chi-Quadrat-Testergebnisses als auf die Population übertragbar ($X^2=35,181$; $df=12$; $p<.001$).

Für das Merkmal, sich im Alltag „viel zu bewegen“, wurde bereits ein ansteigender Verlauf mit dem Alter konstatiert. Diese Befundlage spiegelt sich in der Gruppe der Fitness- und Präventionssportler wider, nicht aber bei den Rehabilitationssportlern. Hier steigt der Anteil derer, deren Alltag durch ein hohes Maß an Bewegung gekennzeichnet ist, lediglich bis zu den 27- bis 40-Jährigen, um im Anschluss sukzessive abzunehmen.

Für die Population der Präventionssportler kann davon ausgegangen werden, dass diese ihren Alltag mit zunehmendem Alter verstärkt durch ein hohes Maß an Bewegung bzw. gleichmäßige Anteile von Sitzen, Stehen und Bewegen gestalten, während Sitzleistungen zunehmend abgebaut werden (Chi-Quadrat-Test: $X^2=93,524$; $df=12$; $p<.001$).

Fitnesssportler weisen zwar auch – wie die Befunde zu den Präventionssportlern – eine Reduktion der Sitzleistungen mit dem Alter auf, bauen aber nicht nur ihr grundsätzliches Bewegungsausmaß aus, sondern es steigt auch der Anteil derer, die eine Dominanz von stehenden Phasen im Alltag dokumentieren. Die Anzahl an Probanden im Fitnessbereich, die ein Mischverhältnis von Sitzen, Stehen und Bewegen im Alltag angeben, verändert sich in den Altersphasen nicht wesentlich. Insgesamt lässt sich

die festgestellte Verteilung als statistisch signifikant absichern (Chi-Quadrat-Test: $X^2=24,257$; $df=12$; $p= .019$).

Sportlergruppe	Altersgruppe	Vorwiegen sitzen	Vorwiegend stehen	Sich viel bewegen	Vorwiegend Muskelkraft gebrauchen	Gleichmäßige Verteilung von Sitzen, Stehen, Bewegen	n
Fitness-sportler	AG 1	55,9	2,9	5,9	0,0	35,3	34
	AG 2	29,6	3,8	18,1	1,9	46,5	159
	AG 3	29,1	6,4	22,2	2,0	40,4	203
	AG 4	10,7	7,1	39,3	0,0	42,9	28
Präventions-sportler	AG 1	66,7	0,0	0,0	0,0	33,3	6
	AG 2	37,2	3,8	21,8	2,6	34,6	78
	AG 3	21,1	5,9	22,7	1,8	48,5	388
	AG 4	5,9	1,3	30,9	0,8	61,1	375
Rehabilitations-sportler	AG 1	0,0	0,0	33,3	0,0	66,7	3
	AG 2	36,4	0,0	27,3	0,0	36,4	11
	AG 3	19,6	8,7	25,4	4,3	42,0	138
	AG 4	8,5	1,0	22,0	3,0	65,5	200

Tab. 6-16: Bewegungsprofil im Alltag als gesundheitliches Schutzverhalten in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen) (N=1623)

Fazit

Die Sportlergruppen grenzen sich hinsichtlich möglicher gesundheitlicher Schutzfaktoren deutlich voneinander ab. Dabei muss vorab und grundsätzlich für die vorliegenden Daten und Befunde eine eingeschränkte Interpretationsfähigkeit berücksichtigt werden. Da die Qualität des Datenniveaus nicht hinreichend genau ist, können in der vorliegenden Untersuchung nur schwer Aussagen über komplexe Zusammenhänge der Schutzfaktoren und Kennzeichen wie Risikofaktoren oder der Gesundheitswahrnehmung in den Sportlergruppen getroffen werden. Eine Interpretation der Befunde ist damit erschwert und sollte vorwiegend als Deskription der Sportlergruppen und Versuch einer Aufdeckung komplexer Zusammenhänge verstanden werden.

- Im Ernährungsverhalten zeigen sich Fitnesssportler unbekümmerter als Präventions- und Rehabilitationssportler, indem hier der höchste Anteil an Personen zu finden ist, der nicht auf die Ernährung achtet.
- Präventionssportler sind dagegen eher an einem grundsätzlich ausgewogenen Ernährungsstil und damit an einer allgemein als gesundheitsrelevant erachteten Form der Ernährung orientiert.
- Unter Rehabilitationssportlern gewinnen diätische und besondere Ernährungsweisen (z.B. Vegetarier) zusätzlich zu einer ausgewogenen Ernährung eine Rolle – deutlich mehr, als dies in den beiden übrigen Sportlergruppen der Fall ist.

- In allen Sportlergruppen können Frauen als diejenigen Probanden identifiziert werden, die stärker auf eine grundsätzlich ausgewogene Ernährung achten. Männer hingegen achten seltener auf ihre Ernährung und halten sich an keine besondere Ernährungsform – mit Ausnahme der Sportlerdimension der Rehabilitation:
- Der Großteil derer, die im Rehabilitationssport aktiv sind und eine spezifische Ernährungsform einhalten, ist unter männlichen Sportlern zu finden.
- Rehabilitationssportler sind bereits in jungen Jahren (bis 26 Jahre) an der konstatierten besonderen Ernährungsweise orientiert. Eine grundsätzlich ausgewogene Ernährung wird in dieser Sportlergruppe mit zunehmendem Alter verstärkt dokumentiert.
- Erweisen sich die jüngsten Probanden unter den Präventionssportlern als diejenigen, mit dem höchsten Anteil an Personen ohne Einhaltung einer bestimmten Ernährungsweise (zwei Drittel der Altersgruppe 1 bei Präventionssportlern), ist hier der deutlichste Zuwachs einer grundsätzlich ausgewogenen Ernährung zu verzeichnen.
- Fitnesssportler identifizierten sich als die einzige Sportlergruppe, die in der jüngsten Altersstufe Probanden beinhaltet, die bereits eine Diät oder auch eine besondere Ernährungsform einhalten. Der Schutzfaktor Ernährung ist darüber hinaus unter Fitnesssportlern eher gering ausgeprägt: Mit deutlich mehr Anteilen als unter Präventions- oder Rehabilitationssportlern sind Personen vertreten, die nicht auf ihre Ernährung achten. Dies ist für Männer mehr der Fall als für Frauen.
- Das alltägliche Bewegungsprofil von Fitnesssportlern zeichnet sich mehr durch einen großen Anteil von Sitzleistungen aus als in den übrigen beiden Sportlergruppen.
- Präventionssportler vermerken ein im Vergleich zu Fitness- und Rehabilitationssportlern erhöhtes Vorkommen von Bewegung auch außerhalb der sportlichen Aktivität. Dies tun weibliche Präventionssportler mehr als männliche.
- Das Alltagsprofil der Rehabilitationssportler schließlich wird in über der Hälfte der Fälle durch ein gleichmäßiges Verhältnis von Sitzen, Stehen und Bewegen gekennzeichnet – mehr als in den beiden anderen Sportlergruppen. Dabei entfallen auf dieses Merkmal mehr männliche Antworten als weibliche. Frauen im Rehabilitationssport sehen hingegen in ihrem Alltag mehr ihre Muskelkraft gefordert als Männer.
- Die alltäglichen Sitzleistungen nehmen in allen Sportlergruppen mit dem Alter ab.
- Fitness- und Präventionssportler bewegen sich mit zunehmendem Alter im Alltag mehr, Rehabilitationssportler weniger.
- Der Anteil an Personen, deren Alltag sich durch einen Mix an Sitzen, Stehen und Bewegen auszeichnet, nimmt für Fitness- und Präventionssportler im Altersverlauf zu. Die niedrigsten Raten hierfür unter Rehabilitationssportlern sind in den mittleren Altersgruppen (27 bis 60 Jahre) zu finden.

Die Ausbildung von Schutzfaktoren verhält sich in den Sportlergruppen insofern erwartungsgemäß, als in Abhängigkeit des festgestellten objektiven und subjektiven Gesundheitszustandes von einer klaren Schwerpunktsetzung auszugehen war. Dementsprechend zeigen Fitnesssportler angesichts eines als positiv erlebten Gesundheitszustandes einen lockereren Umgang mit der Ernährung als Präventions- oder Rehabilitationssportler. Erstaunlich ist jedoch, dass diese Gruppe im Schutzfaktor Bewegungsprofil eher schlecht abschneidet: Ein vergleichbar großes Maß an Sitzleistungen und ein nur

geringer Anteil an Probanden, die Sitzen, Stehen und Bewegen gleichermaßen in ihren Alltag integrieren, scheint dieser Sportlergruppe nicht in ihrem gesundheitlichen Befinden zu beeinträchtigen. Womöglich gereicht die Aktivität in einem fitnessorientierten Angebot hier zum Ausgleich.

Präventionssportler hingegen erreichen in den Merkmalen zu den untersuchten Schutzfaktoren im Vergleich ein hohes Maß an Gesundheitsbewusstsein. Bezüglich des Schutzfaktors „Bewegungsprofil im Alltag“ bleibt jedoch zu bedenken, dass das hohe Aktivitätsmaß in dieser Gruppe („viel bewegen“) nicht ohne Risiko bleibt. Eine starke physische Forderung auch außerhalb der sportlichen Tätigkeit bringt auch Verschleiß- und körperliche Erschöpfungserscheinungen mit sich, die sich wiederum negativ auf das gesundheitliche Wohlbefinden auswirken können. Berücksichtigt man Befunde zur Stresswahrnehmung der jüngsten Altersstufe in dieser Probandengruppe (vgl. Abschnitt 6.2.1) und Erkenntnisse zu deren negativen Gesundheitswahrnehmung (vgl. Abschnitt 6.1), lässt sich eine doppelte Wirkrichtung der Elemente (erster) beruflicher Belastungen und körperlicher Einschränkungen durch Sitz- und Stehleistungen verbunden mit einer vergleichsweise ungünstigen Ernährung vermuten. Zum einen führt dies wohl zur Aufnahme einer präventiven Sporttätigkeit als Antwort und in Kompensation erlebter, ungerichteter Beschwerden. Zum anderen hat es eine negative Zufriedenheit mit dem gesundheitlichen Befinden und der Einschätzung der eigenen Gesundheit zur Folge.

Rehabilitationssportler grenzen sich hinsichtlich ausgebildeter Schutzfaktoren klar von den beiden übrigen Sportlergruppen ab. Ihr Ernährungsverhalten ist deutlicher an diätischen oder spezifischen Ernährungsweisen orientiert als das von Fitness- und Präventionssportlern. Offensichtlich geht der vergleichsweise ungünstige Gesundheitszustand dieser Sportlergruppe bereits mit Interventionsmaßnahmen auch auf dem Gebiet der Ernährung einher. Dies erscheint insofern plausibel, als sich hier ein Fokus auf die männlichen Rehabilitationssportler feststellen ließ, die auch in zentralen gesundheitlichen Maßen und Risikofaktoren ungünstigere Werte aufwiesen als Frauen (vgl. Abschnitt 6.1). Auffällig bleibt jedoch in diesem Zusammenhang, dass der unter Rehabilitationssportlern offensichtlich günstig ausgeprägte Schutzfaktor des alltäglichen Bewegungsprofils hinsichtlich des Erlebens von Gesundheit wenig ins Gewicht zu fallen scheint. Damit sind die Schutzfaktoren unter Rehabilitationssportlern zwar günstig ausgeprägt, z.T. günstiger als unter Präventions- auf jeden Fall als unter Fitnesssportlern, diese Ressourcen scheinen jedoch nicht auszureichen, um die Gesundheitswahrnehmung der Rehabilitationssportler auf Dauer an jenes der Präventionsaktiven heranzuführen. Eine Ausnahme mag lediglich die jüngste Altersgruppe (bis 26 Jahre) darstellen, die in ihrer Gesundheitszufriedenheit und subjektiven Gesundheitseinschätzung auf dem Niveau der gleichaltrigen Rehabilitanden liegt. Die vergleichsweise hohe Stressbelastung und das ungünstige Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Präventionssportler in dieser Altersgruppe scheint ähnliches Gewicht zu erhalten wie eine negative objektive Gesundheit der gleichaltrigen Rehabilitationssportler und zu einer Gesundheitsunzufriedenheit zu führen.

6.3 Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten

Der umfangreiche Komplex der sport- und vereinsbezogenen Schutzfaktoren und des Gesundheitsverhaltens gliedert sich allgemein in die Betrachtung der kognitiven Gesundheitsressourcen (Handlungs- und Effektwissen), Analysen zur sozialen Integration in und Identifikation mit dem Sportanbieter (Geselligkeitsmotiv, Vereinsmitgliedschaft, soziale Kontakte und Netzwerke im Vereinssport, ehrenamtliches Engagement) sowie Untersuchungen hinsichtlich der sportlichen Aktivität und Angebotspartizipation der Probanden. Die im Abschnitt 5.3 verwendeten Instrumentarien (Häufigkeitsangaben, Summenscores, Mittelwertscores) sollen auch zur Untersuchung von Unterschieden und/oder Gemeinsamkeiten der Sportlertypen eingesetzt werden. Leitfrage des folgenden Abschnittes ist die Ermittlung von Unterschieden und Übereinstimmungen von Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportlern hinsichtlich der gesetzten Kriterien.

6.3.1 Kognitive Gesundheitsressourcen

Unter kognitiven Gesundheitsressourcen als ein Element von wahrgenommener sportbezogener sozialer Unterstützung (vgl. Abschnitt 3.2.1) wird die Ausbildung von Handlungs- und Effektwissen durch die Sportler verstanden. Für differenzierende Analysen werden neben den von den Häufigkeitsangaben im Handlungs- und Effektwissen (dichotome Variablen) auch die in Kapitel 5 bereits zum Einsatz gekommenen und dort gebildeten Summenscores herangezogen.

Effektwissen

Zur Erfassung des Effektwissens lagen dichotom codierte Angaben der Probanden vor, die die Existenz von Kenntnissen in spezifischen Themengebieten dokumentieren (vgl. Abschnitt 5.3.1). Eine Differenzierung der Themenbereiche nach den Gesundheitssportdimensionen der Probanden zeigt, dass Kenntnisse zum Zusammenhang von Sport und Wirbelsäule bzw. Sport und Knochen unter Präventionssportlern relativ gesehen am häufigsten sind, während Wechselwirkungen mit dem Herz-Kreislaufsystem bzw. des individuellen Krankheitsbilds unter Rehabilitationssportlern deutlich verbreiteter sind als in den übrigen Gruppen (vgl. Abb. 6-23). Fitnesssportler zeigen sich eher über Sport und Muskeln, Sehnen und Bänder bzw. physiologische Abläufe unterrichtet als die beiden anderen Sportlergruppen. Die Aspekte der psycho-sozialen Wirkungen des Sports sind von der Zuordnung der Probanden zu einer Gesundheitssportdimension hingegen unabhängig. Auffällig erscheint jedoch der hohe Anteil der Fitnesssportler, die angeben, Kenntnisse zu Effekten des Sports auf das Herz-Kreislaufsystem zu besitzen (47,7%; N=426), während dieser Komplex für an Präventionssportprogrammen teilnehmende Probanden eine geringere Interessensgröße darzustellen scheint (40,0%). Gemessen an der traditionell hohen Bedeutung des Forschungsbereichs zur präventiven Wirkung sportlicher Aktivität auf gesundheitsrelevante Faktoren des Herz-Kreislaufs erscheint dieses Ergebnis überraschend. Offenbar hat sich diese Thematik im fitnessorientierten Sport in den Kognitionen der Aktiven seinen Stellenwert erarbeitet. Unter Präventionssportlern hingegen scheinen andere Themen von Belang zu sein (Wirbelsäule, aktiver und passiver Bewegungsapparat, psycho-soziale Werte). Abb. 6-23 zeigt die prozentuale Verteilung der inhaltlichen Ausrichtung des Effektwissens in den Gesundheitssportlergruppen.

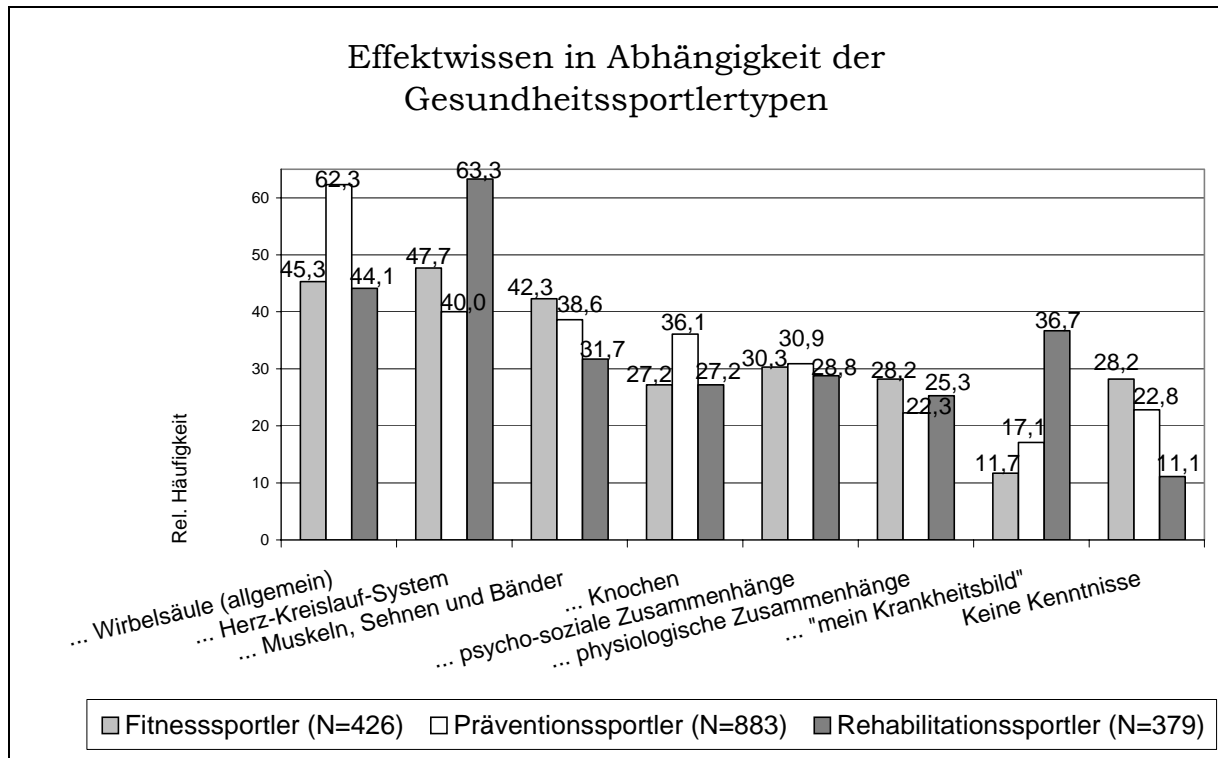


Abb. 6-23: Verteilung des Effektwissens in Abhängigkeit der Sportlergruppen (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße) (N=1688) (Mehrfachnennungen waren möglich)

Relevante Ergebnisse multipler Chi-Quadrat-Tests zur Unterschiedsprüfung der Sportlergruppen in den einzelnen Items gibt Tab. 6-17 wieder. Auffällig ist dabei, dass die Themen „Wirbelsäule“ und „Knochen“ für Präventionssportler eine signifikant größere Rolle zu spielen scheinen als dies für die übrigen Sportlergruppen der Fall ist. Das Item „psycho-soziale Zusammenhänge und Sport“ hingegen unterscheidet sich in den Sportlergruppen nicht signifikant, Unterschiede im Merkmal „Sport und physiologische Zusammenhänge“ verfehlen das Signifikanzniveau knapp ($X^2=5,534$; $df=2$; $p= .063$), können als marginal signifikant berichtet werden. Danach mag hierin unter Fitness- und Rehabilitations-sportlern ein höheres Ausmaß an Kenntnissen zu vermuten sein als unter Sportlern in präventiven Angeboten.

Item im Effektwissen „Sport und ...“	X ² -Wert	df	p-Wert
... Wirbelsäule (allgemein)	52,426	2	< .001
... Herz-Kreislaufsystem	58,063	2	< .001
... Muskeln, Sehnen, Bänder	9,878	2	= .007
... Knochen	15,437	2	< .001
... „mein Krankheitsbild“	88,195	2	< .001
Keine Kenntnisse	36,429	2	< .001

Tab. 6-17: Chi-Quadrat-Statistik zu Unterschieden zwischen den Sportlergruppen hinsichtlich der Ausbildung von Effektwissen in gebotenen Items (Es werden nur signifikante Ergebnisse berichtet.) (N=1688)

Der Anteil der Probanden, der keine Kenntnisse zu einem der Themenbereiche dokumentiert, liegt erwartungsgemäß unter den Fitnesssportlern am höchsten (28,2%; N=426) und unter Rehabilitations-sportlern am niedrigsten (11,1%; N=379) (vgl. Abb. 6-23). Diese Paardifferenz ließ sich auf der Basis eines Chi-Quadrat-Tests nach Pearson auf einem Signifikanzniveau von $p < .001$ ($X^2=36,430$; $df=1$) absichern. Es kann unterstellt werden, dass Sportler, die ein rehabilitatives Aktivitätsprogramm absolvieren, aufgrund einer intensiven Vorbehandlung ihrer Erkrankungserscheinung ein deutlich höheres Informationsprofil zumindest über Wechselwirkungen des Sports und ihr Krankheitsbild (vgl. auch diesbezügliches Teilergebnis aus Abb. 6-23) aufweisen, als gesundheitlich geringer belastete Sportler. Dies gilt auch für die Paarvergleiche zwischen Präventions- und Rehabilitationssportlern ($X^2=23,274$; $df=1$; $p < .001$) sowie Fitness- und Präventionssportlern ($X^2=4,537$; $df=1$; $p = .033$) im Item „Kein Effektwissen“.

Eine geschlechtsabhängige Betrachtung (vgl. Abb. 6-24) erbrachte auf der Basis von multiplen Chi-Quadrat-Tests einige signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Fitness- und Rehabilitationsangeboten, während Sportlerinnen und Sportler der Präventionsgruppe in vielen Bereichen des Effektwissens ausgeglichen erscheinen. Unter Fitnesssportlern geben signifikant mehr Männer an, über den Zusammenhang von Sport und dem Muskel-, Sehnen- und Bänderapparat ($X^2=17,951$; $df=1$; $p < .001$), das individuelle Krankheitsbild ($X^2=6,607$; $df=1$; $p = .010$) sowie physiologische Abläufe ($X^2=7,387$; $df=1$; $p = .005$) Kenntnisse zu besitzen als weibliche Fitnesssportler. Frauen hingegen fühlen sich den Männern im Bezug auf Kenntnisse zur Wirkung sportlicher Betätigung auf das Herz-Kreislauf-System ($X^2=10,508$; $df=1$; $p = .001$) überlegen. Gleichzeitig geben aber auch hochsignifikant mehr Frauen in Fitnessangeboten an, über Wechselwirkungen des Sports und zentrale physische oder psycho-soziale Maße keinen Wissensstand zu haben ($X^2=7,149$; $df=1$; $p = .007$). Damit scheint die Gruppe der Fitnesssportler hinsichtlich der kognitiven Ressourcen deutlich mit den Geschlechtern getrennt zu sein. Auffällig erscheint vor allem der hohe Anteil an Frauen in Fitnessangeboten, die offenbar keine dieser Wissensbestände ausgebildet haben. Insgesamt attestieren sich männliche Fitnesssportler häufiger kognitive Gesundheitsressourcen als weibliche.

Im Gruppenvergleich ergaben sich durch Chi-Quadrat-Tests folgende Ergebnisse: Sind Sportler in einem rehabilitativen Angebot aktiv, verfügen sie laut eigener Aussage höchstsignifikant häufiger über Wissen zum Zusammenhang von Sport und dem Herz-Kreislauf-System ($X^2=39,116$; $df=1$; $p < .001$). Rehabilitationssportlerinnen hingegen sehen sich stärker in Sachen Sport und Knochen ($X^2=30,635$; $df=1$; $p < .001$) bzw. Muskeln, Sehnen und Bänder ($X^2=10,079$; $df=1$; $p = .001$), Wirbelsäule ($X^2=21,028$; $df=1$; $p < .001$) und psycho-soziale Zusammenhänge ($X^2=4,106$; $df=1$; $p = .043$) informiert als ihre männlichen Sportkollegen. Im Vergleich zur Gruppe der Fitnesssportler scheint demnach für die Gruppe der Präventionssportler ein „kognitiver Vorsprung“ der Frauen zu gelten, der in weiteren Analysen (Summenscore Effektwissen) noch zu überprüfen ist.

Weibliche Präventionssportler schließlich scheinen den männlichen in zwei Bereichen kognitiv überlegen zu sein: Die Wirkung sportlicher Aktivität auf den Knochenapparat ($X^2=12,966$; $df=1$; $p < .001$) sowie die Möglichkeiten des Sports, auf das psycho-soziale Befinden Einfluss zu nehmen ($X^2=4,806$; $df=1$; $p = .028$). In allen übrigen Items ergaben sich hinsichtlich des geschlechtsspezifischen Unterschieds von Präventionssportlern keine signifikanten Unterschiede. Hier geben Männer wie Frauen in

vergleichbarer Häufigkeit Kenntnisse zu den einzelnen kognitiven Resourcebeständen an und formen so ein recht ausgewogenes Bild der Geschlechter.

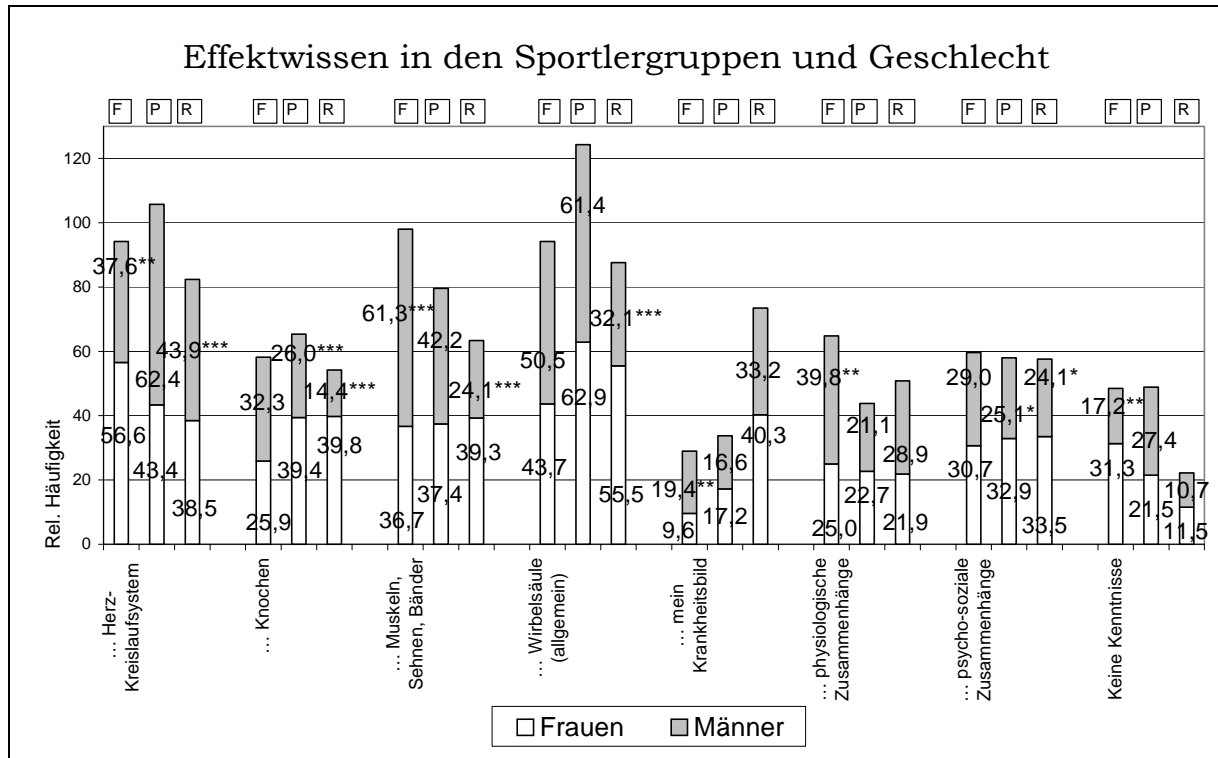


Abb. 6-24: Effektwissen in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die Teilstichprobengrößen: Fitnesssportler (F) – Männer N=93, Frauen N=332; Präventionssportler (P) – Männer N=223, Frauen N=652; Rehabilitationssportler (R) – Männer N=187, Frauen N=191), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus des Geschlechtervergleichs: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Werden die Sportlergruppen hinsichtlich der Entwicklung an Effektwissen im Altersverlauf verglichen, ergeben sich nur wenige signifikante Effekte, die in Tab. 6-18 zusammengefasst sind. Grundsätzlich unterstreichen auch im Altersverlauf die Sportler in präventiven Angeboten ihren homogenen Charakter hinsichtlich möglichen Effektwissens. Lediglich für die Möglichkeit, keine Kenntnisse zu besitzen, ergab sich ein signifikanter Unterschied in den Altersstufen, der eine sukzessive Abnahme mit dem Alter bekundet. Damit verfügen Präventionssportler umso mehr über kognitive Gesundheitsressourcen, je älter sie sind. Auffälligerweise konnte für die beiden übrigen Sportlergruppen in diesem Item kein signifikanter Effekt des Alters nachgewiesen werden.

Der Anteil von Rehabilitationssportlern, der über Kenntnisse zu den Themen Sport und Herz-Kreislauf-System bzw. Sport und physiologische Zusammenhänge verfügt, nimmt mit dem Alter deutlich zu. Insbesondere über kognitive Ressourcen zu Bereichen der Physiologie sehen sich die Jüngeren unter den Rehabilitationssportlern (bis 40 Jahre) überhaupt nicht unterrichtet. Erst mit steigendem Alter werden hierzu Kenntnisse dokumentiert. Der Anteil an Personen, der ein Effektwissen bezüglich Sport und Wechselwirkungen mit Herz-Kreislauf-Parametern angibt, steigt mit einem Drittel bei den Jüngsten (bis 26 Jahre) bis zu zwei Drittel der Probanden in der höchsten Altersgruppe (ab 61 Jahre) an.

Die Befunde zur Gruppe der Fitnesssportler zeigen sich weniger linear. Der Anteil an Sportlern mit Kenntnissen zu physiologischen Zusammenhängen ist unter den jüngsten Sportlern am höchsten. Hier gibt die Hälfte der Probanden die Existenz von Kenntnissen an, während in allen übrigen Altersstufen lediglich noch etwa ein Viertel der Sportler diese dokumentieren. Das Wissen von Fitnesssportlern, im Rahmen welcher Möglichkeiten Sport das eigene Beschwerdebild beeinflussen kann, scheint punktuell gelagert zu sein und weist keine eindeutige Richtung hinsichtlich des Alters auf (vgl. Tab. 6-18).

Sportlergruppe/ Item Effektwissen „Sport und ...“/ Chi-Quadrat-Statistik	AG 1 (bis 26 Jahre)	AG 2 (27-40 Jahre)	AG 3 (41-60 Jahre)	AG 4 (ab 61 Jahre)
Fitnesssportler (N=426)	(n=34)	(n=158)	(n=203)	(n=31)
„... mein Krankheitsbild“	20,6	5,7	15,3	9,7
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=10,711$; $df=3$; $p= .013$				
„... physiologische Zusammenhänge“	50,0	27,2	25,6	25,8
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=8,819$; $df=3$; $p= .032$				
Präventionssportler (N=881)	(n=6)	(n=79)	(n=387)	(n=409)
„Keine Kenntnisse“	33,3	36,7	22,2	20,5
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=10,319$; $df=3$; $p= .016$				
Rehabilitationssportler (N=379)	(n=34)	(n=11)	(n=142)	(n=223)
„... Herz-Kreislauf-System“	33,3	18,2	59,9	68,2
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=13,795$; $df=3$; $p= .003$				
„... physiologische Zusammenhänge“	0,0	0,0	20,4	30,0
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=9,178$; $df=3$; $p= .027$				

Tab. 6-18: Effektwissen in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen; variiert aufgrund verschieden hoher missing values), inkl. Angabe der Chi-Quadrat-Statistiken im Altersvergleich (nur signifikante Ergebnisse)

Ausmaß im Bestand an Effektwissen und Sportlergruppen (Summenscore Effektwissen)

Zur Überprüfung eines möglichen Effektes des Organisationsrahmens (Fitness-, Präventions-, Rehabilitationssport) auf das quantitative Maß an Effektwissen, wurde der in Abschnitt 5.3.1 gebildete Summenscore, der zwischen 0 („keine Kenntnisse“) und 7 („Kenntnisse in allen Bereiche“) liegen kann, einer Varianzanalyse mit den unabhängigen Variablen „Sportlertyp“, „Altersgruppe“ und „Geschlecht“ und der abhängigen Variable „effektwi“ (Summenscore) unterzogen.

Interessanterweise konnte kein signifikanter Effekt der Sportlergruppen nachgewiesen werden ($df=2$, $F=1,306$, $p=n.s.$; df Fehler=1719; $N=1741$). Das quantitative Ausmaß im Effektwissen zeigt sich demnach unabhängig vom Organisationsrahmen der Sportler und damit auch von der Ausrichtung der Angebote, in denen die Probanden aktiv sind. Im Mittel weisen Fitnesssportler 2,273 ($SD=2,133$) Kenntnisbereiche auf, für Präventionssportler wurde ein Mittelwert von 2,387 ($SD=2,135$) errechnet und für Rehabilitationssportler liegt das arithmetische Mittel bei 2,429 ($SD=2,001$). Die Unterschiede zwischen diesen Gruppen scheinen also vorwiegend in der Verlagerung von Kenntnisschwerpunkten zu bestehen (s.o.) und nicht in der Erweiterung des globalen Effektkonzeptes. Eine Analyse nach einer

möglichen Ausdifferenzierung des Wissensbestandes innerhalb verschiedener Themenbereiche erscheint für weitere Studien sinnvoll.

Soziographische Kriterien	Effektwissen - Summenscore		
	Fitnesssportler	Präventionssportler	Rehabilitationssportler
	Mittelwert (Standardabweichung)		
Geschlecht			
Männlich	2,946 (2,082)	2,322 (2,056)	2,262 (1,827)
Weiblich	2,088 (2,115)	2,407 (2,160)	2,595 (2,148)
N	435	907	400
Altersgruppe			
AG 1	2,618 (2,362)	1,000 (1,096)	2,000 (1,732)
AG 2	2,038 (2,015)	2,165 (2,323)	1,667 (1,231)
AG 3	2,407 (2,230)	2,547 (2,210)	2,572 (2,051)
AG 4	2,212 (1,746)	2,300 (2,075)	2,386 (2,003)
N	436	913	401

Tab. 6-19: Statistische Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) zum angegebenen Effektwissen (Summenscore) der Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters

Anhand der Varianzanalyse marginal signifikanter Interaktionseffekt der Faktoren „Geschlecht“ und „Sportlertyp“ ermittelt werden ($df=2$; $F=2,475$; $p=.084$), der sich im Einzelnen folgendermaßen darstellt: Eine Differenzierung nach Geschlecht in den Sportlergruppen weist Männer ($M=2,946$; $SD=2,082$), die in fitnessorientierten Sportangeboten aktiv sind, mit mehr Kenntnissbereichen ausgestattet aus als Frauen ($M=2,088$; $SD=2,115$). Unter Präventionssportlern kann kein deutlicher geschlechtsabhängiger Unterschied festgestellt werden (vgl. Tab. 6-19). Der Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Gruppe der Rehabilitanden erreicht lediglich 0,333 Punkte (vgl. Tab. 6-19) und sollte somit höchstensfalls als Tendenz gewertet werden, die weiblichen Rehabilitationssportlern ($M=2,595$; $SD=2,148$) ein breiter gefächertes Maß an Effektwissen attestiert als ihren männlichen Sportkollegen ($M=2,262$; $SD=1,827$).

Eine deskriptive altersabhängige Betrachtung in den Sportlergruppen zeigt, dass Teilnehmer der AG 3 über alle Sportdimensionen hinweg den höchsten Mittelwert im Effektwissen aufweisen (vgl. Tab. 6-19). Die jüngsten Sportler spannen dagegen über die Gruppen betrachtet die größte Streubreite in diesem Item auf. Während die unter 27-jährigen Fitnesssportler sich in ihrer Gruppe das größte Ausmaß an Kenntnissen zur Wechselwirkung von Sport und Gesundheit bescheinigen, tun dies ihre Altersgenossen in der Präventionsgruppe am geringsten. Etwas überraschend zeigt sich ein Sinken des Effektwissens in allen Sportlergruppen hin zur Kategorie der ältesten Probanden, die sich unabhängig davon, in welchen Gesundheitssportrichtungen sie aktiv sind, ein vergleichbares Maß an Effektwissen ausstellen. Eine statistische Absicherung dieser deskriptiven Beobachtungen konnte anhand der erfolgten Varianzanalyse weder im Haupteffekt des Alters ($df=3$; $F=1,084$; $p=n.s.$) noch in Interaktionseffekten dieser Variablen (Alter * Geschlecht: $df=3$; $F=0,462$; $p=n.s.$; Alter * Sportlertyp: $df=6$; $F=1,235$; $p=n.s.$; Sportlertyp * Alter * Geschlecht: $df=4$; $F=1,909$; $p=n.s.$) nicht erbracht werden.

Fazit

Zusammenfassend lassen sich enge Verbindungen der jeweiligen Wissensbestände zu den vorliegenden Krankheitsprofilen und damit auch zu der Angebotswahl der Probanden vermuten. Der hohe Anteil der Coronasportler schlägt sich in einem hohen Wert der Kenntnisse zu Adaptationen des Herz-Kreislaufsystems durch Sport unter den Rehabilitationsprobanden nieder; Die starke Ausrichtung des Präventionssports an Angeboten zur Wirbelsäulenprävention lässt sich an einem höheren Kenntnisstand der Präventionssportler im Bereich Sport und Wirbelsäule ablesen etc. Damit dokumentiert sich eine erwartungsgemäße und adäquate Verteilung der Kenntnisbestände unter den Gesundheitssportlern, die ein individuelles und damit anwendungsbezogenes Profil vermuten lassen. Lediglich die mäßig verbreitete kognitive Bedeutung der Adaptationen des Herz-Kreislaufsystems durch sportliche Aktivität wirkt ernüchternd, gemessen an dem potentiellen Beitrag der Ausdauerfähigkeit zum gesundheitlichen Befinden. Insbesondere unter Sportlern der Präventionsgruppe, für die die Stärkung der Leistungsfähigkeit im pulmonalen System tragendes Element sein sollte, wäre ein größeres Ausmaß an Effektwissen wünschenswert gewesen. Die Befundlage stützt die These von einer angebots- und beschwerdeorientierten Kenntnisverteilung der Sportler. Die Probanden suchen demnach nicht nur in Abhängigkeit ihres Krankheits- bzw. Beschwerdebildes oder ihrer allgemeinen sportlichen Orientierung (Fitnesssportler) ein spezifisches Sportangebot auf, sondern bleiben auch in der Ausbildung von Kenntnissen zur Wechselwirkung von Sport und Gesundheit an den individuellen Prämissen verhaftet. Auf ein weiter gestreutes, grundsätzliches Effektwissen lässt die sportliche Aktivität unter Vereinsleitung offenbar nicht schließen.

Erwartungsgemäß erhält die Kategorie derer, die über keinerlei Effektwissen berichten, ihren höchsten Zuwachs unter Fitness- (und hier unter den weiblichen) Sportlern, ihr niedrigstes Niveau unter Rehabilitationssportlern. Dies war insofern zu vermuten, als von einem Niederschlag des Alters- und Geschlechtseffektes ausgegangen werden konnte (vgl. Abschnitt 5.3.1). Daneben spiegelt sich auch hier die konstatierte, enge Verknüpfung zwischen dem individuellen Beschwerdebild und dem Aufbau von Effektwissen wider. Da aus begleitenden Befunden bekannt ist, dass Fitnesssportler einen deutlich besseren objektiven Gesundheitszustand und damit einen geringeren Anteil an Beschwerdemaßen ausgebildet haben (Abschnitt 6.1.1), konnte auch auf ein geringeres Ausmaß an kognitivem Wissensbestand geschlossen werden. Flankiert wird dieses Ergebnis durch eine eingeschränkte Ausprägung des Gesundheitsmotivs zur sportlichen Aktivität unter Fitnesssportlern (siehe Abschnitt 5.3.2), denen damit zusammenhängend eine insgesamt geringere Belastung durch chronische Erkrankungen (siehe Abschnitt 5.1.1) unterstellt werden kann. Aus diesen Faktoren wird deshalb ein geringeres Bedürfnis nach Kenntnissen zu Möglichkeiten der Gesundheitsverbesserung durch Sport abgeleitet, das in der Folge auch die Verankerung von Wissen zu verhindern scheint.

Im Geschlechtervergleich überraschte vor allem der Befund zur Gruppe der Präventionssportler, die sich vergleichsweise homogen präsentierte. Die signifikante Differenz im Hinblick auf Kenntnisse zur Wechselwirkung sportlicher Aktivität und dem Knochenapparat, die Frauen hier mit einem höheren Anteil belegt, lässt sich auf Probandinnen von Sportangeboten zur Osteoporoseprävention zurückführen, die als klassisch weibliche Programme gelten. Aus Gründen der eigenen Betroffenheit mit spezifischen Beschwerdemaßen oder aber die Aktivität in einem bestimmten Sportprogramm mit spezifischer

inhaltlicher Ausrichtung lassen sich auch die für die übrigen Sportlergruppen signifikanten Geschlechterunterschiede erklären: Fitnesssport betreibende Männer interessieren sich mehr für die Stärkung von Muskeln, Sehnen und Bänder durch Sport und finden sich deshalb auch verstärkt in Sportangeboten zum Muskelaufbau, Krafttraining oder vereinseigenen Fitnessstudio. Frauen in Fitnessangeboten orientieren sich eher an der Stärkung der Ausdauer und damit des Herz-Kreislauf-Systems und besuchen deshalb Aerobic-Angebote oder Lauftreffs (vgl. Abschnitt 5.3.3).

Allerdings geben in der Gruppe der Präventionssportler auch mehr Frauen Wissensbestände zu psychosozialen Themen und Sport an. Offensichtlich haben weibliche Präventions- und auch Rehabilitationssportler hier stärker ein Interessensfeld aufgebaut als männliche. Dieses Thema scheint für Männer bislang noch keines zu sein.

Handlungswissen in den Sportlergruppen

Mit dem Ziel, Unterschiede zwischen den Sportlergruppen im kommunizierten Handlungswissen zu überprüfen, wurden die vorliegenden Häufigkeitsangaben sowie der in Abschnitt 5.3.1 gebildete Summenscore „Handlungswissen“ eingesetzt. Dabei soll überprüft werden, ob sich hinsichtlich der Vermittlung von Handlungswissen in den Sportangeboten die Sportlergruppen unterscheiden.

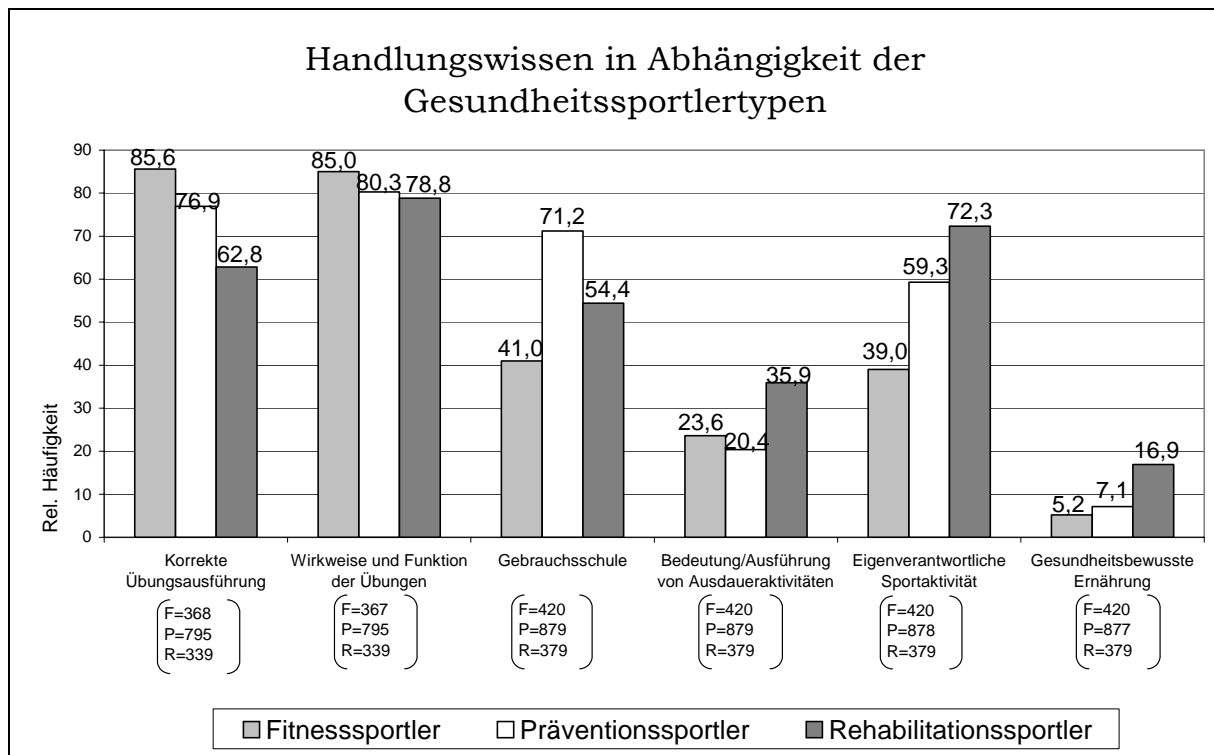


Abb. 6-25: Handlungswissen in Abhängigkeit der Sportlergruppen (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebenen Teilstichstichgröße: F=Fitnesssportler, P=Präventionssportler, R=Rehabilitationssportler) (Mehrfachnennungen waren möglich)

Betrachtet man die Angaben der Probanden in Abhängigkeit ihrer Zugehörigkeit zu einer Gesundheitssportdimension, zeigt sich ein interessantes Bild (vgl. Abb. 6-25). Über die höchste Kompetenz in Sachen „korrekte Übungsausführung“ verfügen danach Sportler in Fitness-Angeboten (85,6%; N=368), während die Versuchspersonen der Rehabilitationsgruppe sich den geringsten Kenntnisbe-

stand hierzu attestieren (62,8%; N=339). Das Wissen zu Wirkweisen und Funktionen der demonstrieren und trainierten Übungsformen unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den Gruppen. Angesichts der hohen Präsenz des Themas Wirbelsäule in der Prävention fällt erwartungsgemäß der Anteil der Probanden, die sich zum Thema rückengerechtes Sitzen, Heben, Tragen (Gebrauchsschule) adäquat unterwiesen fühlen, unter der Präventionsgruppe am höchsten aus (71,2%; N=795). Im Vergleich dazu sehen sich Fitnesssportler hier als die geringsten „Spezialisten“ (41,0%). Im Bezug auf die Fertigkeit, die zu Sportaktivitäten außerhalb der Vereinsübungsstunden befähigen soll (eigenverantwortliches Sporttreiben, Kenntnis zur Bedeutung und Ausführung von Ausdaueraktivitäten) weisen sich Rehabilitationssportler in Kontrast zu ihren Gesundheits- und Freizeitsportkollegen als besser unterrichtet aus. Das Thema einer gesundheitsbewussten Ernährung schließlich erhält unter Rehabilitationssportlern den vergleichsweise höchsten Kenntnisanteil. Fitnesssportler sehen sich darin kaum informiert.

Tab. 6-20 gibt die Chi-Quadrat-Statistiken zum Gruppenvergleich in den Items des Handlungswissens wieder und ergänzt damit die prozentual festgestellten Unterschiede aus Abb. 6-25. Damit kann bestätigt werden, dass sich die Sportlergruppen höchstsignifikant in allen gebotenen Items zu möglichem Handlungswissen unterscheiden. Eine Ausnahme bildet das Merkmal „Handlungswissen zur Funktion und Wirkweise der Übungen“, das mit einem p-Wert von .073 als tendenziell signifikant beurteilt werden kann.

Item im Handlungswissen „Wissen zur...“	X ² -Wert	df	p-Wert
„... korrekten Übungsausführung“	50,866	2	< .001
„... Wirkweise und Funktion der Übungen“	5,246	2	= .073
„... Gebrauchsschule“	114,434	2	< .001
„... Bedeutung und Ausführung von Ausdaueraktivitäten“	34,686	2	< .001
„... eigenverantwortlichen Sportaktivität“	93,440	2	< .001
„... gesundheitsbewussten Ernährung“	40,663	2	< .001

Tab. 6-20: Chi-Quadrat-Statistik zu Unterschieden zwischen den Sportlergruppen hinsichtlich der Ausbildung von Handlungswissen

Ein geschlechtsabhängiger Vergleich in den Sportlergruppen ergab nur wenige signifikante Schwerpunktsetzungen (vgl. Abb. 6-26). Danach geben unter Fitnesssportlern signifikant mehr Frauen an, Handlungswissen bezüglich eines rückenrelevanten Alltagsverhaltens aufgebaut zu haben (Chi-Quadrat-Test: $X^2=3,818$; $df=1$; $p=.051$). In allen übrigen Vergleichen ergaben sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Männern und Frauen, die in Fitnessangeboten aktiv sind.

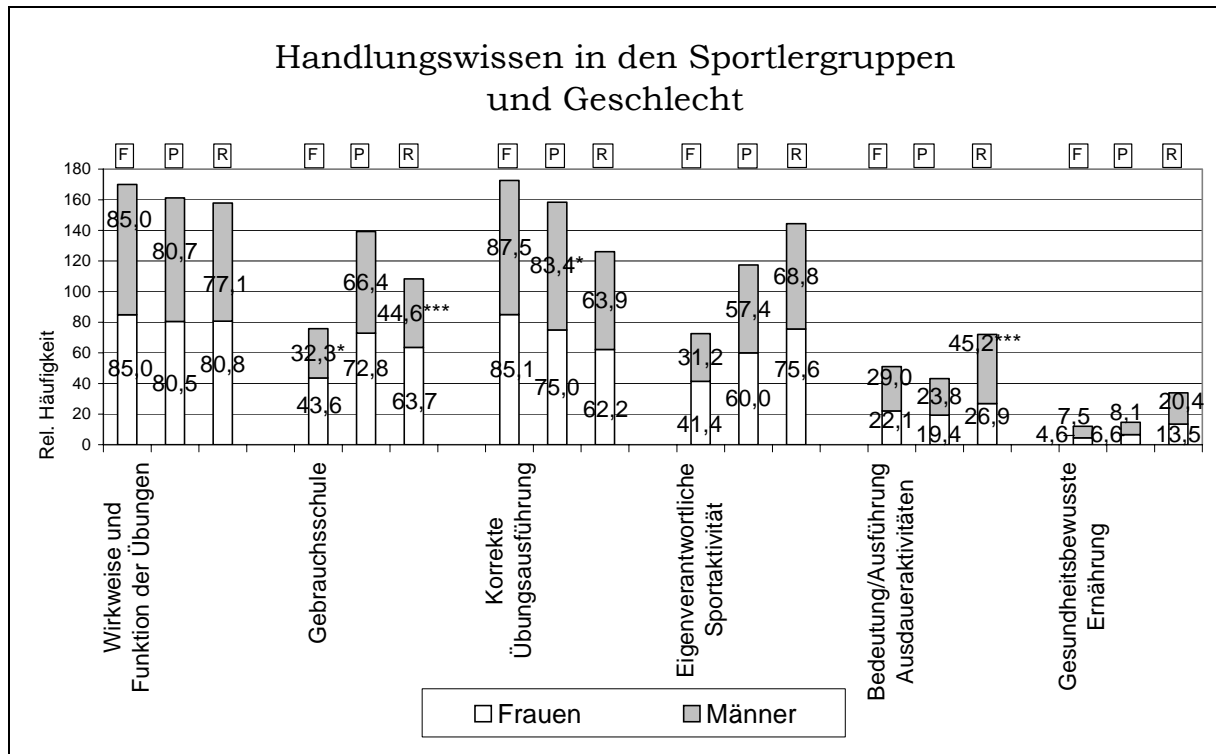


Abb. 6-26: Handlungswissen und Geschlecht, gruppiert nach Sportlergruppen (Angaben von Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße: Fitnesssportler (F) – Männer N=80, Frauen N=287; Präventionssportler (P) – Männer N=187, Frauen N=601; Rehabilitationssportler (R) – Männer N=166, Frauen N=172), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus des Geschlechtervergleichs auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests: *** $p \leq .001$, * $p \leq .05$ (Mehrfachnennungen waren möglich)

Multiple Chi-Quadrat-Tests ergaben für die Differenzierung der Sportlergruppen folgende Befunde: Für Präventionssportler konnte ein signifikanter Unterschied im Bezug auf dokumentierte Kenntnisse zur korrekten Übungsausführung ermittelt werden, wonach sich Männer hierüber häufiger informiert sehen als Frauen ($X^2=5,662$; $df=1$; $p=.017$). Weibliche Sportler der Rehabilitationsgruppe schließlich geben höchstsignifikant häufiger Handlungswissen zur rückengerechten Alltagsgestaltung an ($X^2=13,937$; $df=1$; $p<.001$), während sich männliche Rehabilitanden in Sachen kognitive Ressourcen zur eigenverantwortlichen Durchführung von Ausdaueraktivitäten deutlich häufiger informiert sehen als ihre weiblichen Sportkameradinnen ($X^2=13,664$; $df=1$; $p<.001$).

Ein auffälliger Befund zur Differenzierung des Handlungswissens nach dem Alter der jeweiligen Sportlergruppen ist für das Item „Korrekte Übungsausführung“ zu berichten. Sowohl unter Fitness- als auch Präventionssportlern nimmt der Anteil an Personen, die sich hierüber kompetent glauben, mit dem Alter drastisch ab. In der Gruppe der Präventionssportler fällt er in etwa auf die Zwei-Drittel-Marke ab, für Fitnesssportler nähert er sich der 50%-Hürde. Zudem geben Sportler in präventiven Angeboten mit zunehmendem Alter seltener Kenntnisse zur Gebrauchsschule an. Dieses Thema scheint zwar in dieser Sportlerdimension stark verbreitet (s.o.), jedoch eher ein Thema der jüngeren Aktiven zu sein als der älteren (vgl. Tab. 6-21).

Sportlergruppe/ Item Handlungswissen/ Chi-Quadrat-Statistik	AG 1 (bis 26 Jahre)	AG 2 (27-40 Jahre)	AG 3 (41-60 Jahre)	AG 4 (ab 61 Jahre)
Fitnesssportler (N=368)	(n=26)	(n=142)	(n=170)	(n=30)
Korrekte Übungsausführung	92,3	93,0	83,5	56,7
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=28,148$; $df=3$; $p<.001$				
Präventionssportler (N=793)	(n=6)	(n=73)	(n=356)	(n=358)
Korrekte Übungsausführung	100	86,3	83,1	68,4
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=27,711$; $df=3$; $p<.001$				
Gebrauchsschule	83,3	78,5	75,4	65,8
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=11,641$; $df=3$; $p=.009$				
Rehabilitationssportler (N=339)	(n=2)	(n=11)	(n=130)	(n=196)
Wirkweise und Funktion der Übung	0,0	90,9	80,0	78,1
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=8,564$; $df=3$; $p=.036$				

Tab. 6-21: Handlungswissen in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen; variiert aufgrund verschieden hoher missing values), inkl. Angabe der Chi-Quadrat-Statistiken im Altersvergleich (nur signifikante Ergebnisse)

Summenscore Handlungswissen

Zur Analyse eines möglichen Effekts des Organisationsrahmens auf die Ausprägung von Handlungswissen wurde eine Varianzanalyse mit der abhängigen Variable „Summenscore Handlungswissen“ und den unabhängigen Variablen „Sportlertyp“ unter Berücksichtigung möglicher Wechselwirkungen mit den Variablen „Alter“ und „Geschlecht“ berechnet.

Tab. 6-22 zeigt, dass die Zuordnung zu einer Gesundheitssportdimension in hochsignifikantem Effekt zur Erklärung des Ausmaßes an Handlungswissen beiträgt. Die beigesteuerte Varianzaufklärung ist zwar denkbar gering, dennoch kann festgestellt werden, dass Präventionssportler die quantitativ höchste Fülle an Handlungswissen ausgeprägt haben ($M=2,915$; $SD=1,536$), während Fitnesssportler den geringsten Umfang an kognitiven Ressourcen zum gesundheitsorientierten (Sport-)Handeln dokumentieren. Post-hoc durchgeführte Gruppenvergleiche zeigten, dass der signifikante Unterschied zwischen allen Sportlergruppen besteht.

Signifikante Interaktionseffekte konnten nicht nachgewiesen werden.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	5,201	= .006	0,006
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,185	n.s.	0,000
Sportlertyp * Alter	6	1,737	n.s.	0,006
Alter * Geschlecht	3	0,528	n.s.	0,001
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	0,599	n.s.	0,000
Fehler	1719			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben				
Gruppenkriterium Sportlertyp	M	SD	N	
Fitnesssportler	2,500	1,509	436	
Präventionssportler	2,915	1,536	915	
Rehabilitationssportler	2,908	1,573	401	
Gesamt: N=1741, variiert aufgrund verschieden hoher missing values; M=2,809; SD=1,548				

Tab. 6-22: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur Ausprägung von Handlungswissen (Summenscore-Mittelwerte) (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,035$)

Exkurs: Beurteilung der Vermittlung von kognitiven Gesundheitsressourcen im Vereinssportangebot

Neben der Frage nach Disziplinen und der Wahrnehmung eines aktiven Handlungswissens waren die Probanden auch aufgefordert, die Vermittlung von kognitiven Gesundheitsressourcen innerhalb der Sportangebote, die durch die Probanden im Sportverein besucht werden, subjektiv zu bewerten und einzuschätzen. Hierzu wurden die Befragten aufgefordert, die Vermittlung von „theoretischen Kenntnissen zum Zusammenhang von Sport und Gesundheit (z.B. Ziele bestimmter Übungsformen, Wirkung sportlicher Bewegung auf die Gesundheit) und zum gesundheitsbewussten Handeln in Sport und Alltag (z.B. rückengerechtes Bewegen) auf einer vierstufigen Skala (1 – „gar nicht“; 2 – „in geringem Maße“; 3 – „in ausreichendem Maße“; 4 – „in großem Maße“) zu beurteilen. Ziel der Erhebung war dabei neben einem Abgleich der angegebenen Kenntnisstände mit einer möglichen Vermittlung über das besuchte Vereinssportangebot auch eine Differenzierung dieser Leistungen nach der Sportdimension. Damit soll der Versuch gemacht werden, die Bereiche Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssport hinsichtlich der wahrgenommenen Vermittlung von kognitiven Gesundheitsressourcen abstecken zu können.

Insgesamt bewerten die Probanden die Unterweisung in gesundheitsrelevantem Handlungswissen mit einem Mittelwert von 2,781 (SD=0,828) als „ausreichend“. Varianzanalytische Untersuchungen zeigten, dass der Organisationsrahmen einen signifikanten Effekt auf die Beurteilung durch die Probanden ausübt (vgl. Tab. 6-23). Demnach schätzen Rehabilitationssportler das Ausmaß an Unterweisung in kognitiven Gesundheitsressourcen innerhalb des Gesundheitssportangebots besser ein als Präventionssportler, diese liegen wiederum vor den Fitnesssportlern (vgl. Tab. 6-24). Auf der Basis einer Irrtums-

wahrscheinlichkeit von 5% kann also davon ausgegangen werden, dass Fitnesssportler ein geringeres Maß an Handlungs- und Effektwissen in ihren belegten Sportangeboten wahrnehmen als Präventionssportler. Aktive des Rehabilitationssports schließlich nehmen das subjektiv größte Maß an Unterweisungen im Effekt- und Handlungswissen im Vergleich zu den übrigen beiden Gruppen auf. Statistisch konnte dieses Ergebnis mittels post hoc durchgeführter Mehrfachvergleiche (Bonferoni-Test) auf höchstsignifikantem Niveau für die Vergleiche zwischen Fitness- und Rehabilitationssportlern einerseits und Fitness- und Präventionssportlern andererseits abgesichert werden. Die Mittelwertdifferenzen der Gruppen Rehabilitations- und Präventionssportler erreichen einen hochsignifikanten p-Wert von .004. Die Varianzaufklärung aus der Kenntnis der Gesundheitssportzuordnung beträgt 1,1%.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	8,875	< .001	0,011
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Geschlecht	2	1,563	n.s.	0,002
Sportlertyp * Alter	6	1,549	n.s.	0,006
Alter * Geschlecht	3	0,577	n.s.	0,001
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	0,763	n.s.	0,001
Fehler	1630			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben				
Gruppenkriterium Sportlertyp	M	SD	N	
Fitnesssportler	2,487	0,834	423	
Präventionssportler	2,834	0,824	872	
Rehabilitationssportler	2,995	0,736	367	
Gesamt: N=1651, variiert aufgrund verschieden hoher missing values; M=2,781; SD=0,828				

Tab. 6-23: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur Bewertung der Vermittlung von kognitiven Gesundheitsressourcen in den Sportangeboten (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,076$)

Exkurs Ende

Fazit

Im Bereich der kognitiven Gesundheitsressourcen zum Handlungswissen, die durch Kenntnisbestände auf dem Gebiet des Wissens zur Gebrauchsschule, korrekten Übungsausführung, eigenverantwortlichen Sportaktivität, Funktion und Wirkweise der Sportübungen, Bedeutung und Ausführung von Ausdaueraktivitäten und gesundheitsbewusster Ernährung repräsentiert wurden, setzen sich die Befunde zum Effektwissen in den Sportlergruppen fort. Diese können grundsätzlich in Zusammenhang gebracht werden mit der Risikofaktorenausprägung bzw. dem Gesundheitszustand gemessen an etwaigen chronischen Erkrankungen der Sportler und stehen damit in direkter Wechselwirkung zum spezifischen Angebot, das von den Sportlern besucht wird. Die Ausbildung von kognitiven Gesundheitsres-

sources ist offenbar vornehmlich vom Beschwerdeprofil des Sportlers motiviert. Konzepte von der Wechselwirkung des Sports und der Gesundheit werden zunächst parallel zum individuellen Beschwerdebild aufgebaut und nur vorsichtig durch global-tangierende Informationsbereiche ergänzt.

Beachtenswert bleibt jedoch, dass sich Fitnesssportler signifikant häufiger in der Lage fühlen, die für sie relevanten sportlichen Übungsformen korrekt auszuführen, während diese Sicherheit unter Präventions- und Rehabilitationssportlern seltener zu finden ist. Dies stimmt u.a. deshalb bedenklich, da gerade in den beiden letzteren Gruppen Probanden mit z.T. deutlich ausgeprägten gesundheitlichen Krankheitsbildern und Beschwerden aktiv sind, die eben dieses Wissen dringend zur gesundheitsorientierten Ausübung ihres Sports verinnerlicht haben müssten.

In der quantitativen Differenzierung eines Handlungswissens werden die bestehenden Befunde bestätigt, wonach Präventionssportler signifikant mehr Kenntnisbereiche berichten als Rehabilitations- und Fitnesssportler. Die Ursache dieser Differenz ist mit der vorliegenden Studie nur schwer zu orten. Vermutet werden können Interessensschwerpunkte der Probanden, die für Präventionssportler ein höheres Maß an grundsätzlichen Kenntnissen zu Zusammenhängen ihrer sportlichen Aktivität und für Rehabilitationssportler eher gezielte Informationsbestände bezüglich des individuellen Krankheits- und Beschwerdebildes beinhalten mögen. Dies würde auch erklären, warum Fitnesssportler quantitativ ein geringeres Maß aufweisen, da die Operationalisierung des Merkmals Handlungswissen ein Schwergewicht auf präventive Verhaltensmaßnahmen enthält (Gebrauchsschule, Ernährung, Bedeutung und Ausführung von Ausdaueraktivitäten), die für fitnessaktive Sportler mitunter wenig Relevanz in ihrer Sporttätigkeit besitzen. Dennoch lässt sich damit die Gruppe der Fitnesssportler deutlich von den übrigen Gesundheitssportlern abgrenzen, die in der Summe betrachtet durch das höhere Handlungswissen auch über vergleichsweise differenziertere und konkretere subjektive Theorien zu Gesundheit und sportlicher Aktivität verfügen mögen (siehe hierzu Kapitel 1).

Denkbar wäre auch ein schwindendes Interesse der Rehabilitationssportler an theoretischen Kenntnissen und das Anvertrauen des eigenen Körpers und Ichs an die Übungsleitung, die eine Eigeninitiative hemmen. Darüber hinaus könnte eine mangelnde Aufnahmefähigkeit der Rehabilitanden für derartige Informationen vermutet werden, die mitunter auch während der Übungsstunden gegeben werden mögen. Die aktive körperliche Arbeit bindet u.U. ein hohes Konzentrationsniveau und erschwert es den Sportlern, Hintergrundinformationen aufzunehmen. Immer vorausgesetzt, derartige kognitive Wissensvermittlungen finden in den Angeboten überhaupt statt. Da dies aber nach Auskunft der Probanden in der Mehrzahl der Fälle als im „ausreichendem Maß“ geschieht, mag diese Voraussetzung als gegeben gelten. Dies wäre ein durchaus interessanter Aspekt weiterführender Untersuchungen, die insbesondere auch Möglichkeiten der Vermittlung von kognitiven Gesundheitsressourcen an Rehabilitationssportler ausloten könnten.

6.3.2 Soziale Integration und Identifikation

Zur Messung der sozialen Integration und Identifikation der Sportler in das soziale Netz des Sportvereins wurde ein Gefüge von acht Items eingesetzt, das folgende Merkmale beinhaltet (vgl. Abschnitt 5.3.2):

- Aktivität in der Vereinsorganisation (Übernahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit)
- Formale Integration (Mitgliedschaft)
- Multiplikatorenfunktion (Werbung betreibend)
- Motivierung zum Vereinssport durch Freunde/Bekannte
- Geselligkeit als Kurswahlmotiv
- Einbindung vorhandener sozialer Netzstrukturen (Freunde/Bekannte unter Vereinsaktiven)
- Informelle Treffen mit Vereinsmitgliedern
- Ausbau des sozialen Netzes (Schließen neuer Freundschaften)

Neben einer Darstellung der Vergleichsbefunde zu den Sportlergruppen in diesen acht Merkmalen wird nach z-Transformation auch der in Abschnitt 5.3.2 gebildete Summenscore der sozialen Integration zur Differenzierung zwischen Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportlern herangezogen.

Formale Integration und integrative Rollen bzw. Funktionen

Mitgliedschaft

Die formale Bindung der Sportler an den Verein liegt in vierstufiger Differenzierung vor: keine Mitgliedschaft, als Einzelperson, als Familienmitglied, als Ehepaar. Bezüglich der Unterscheidung zwischen den Sportlerdimensionen ist festzuhalten (vgl. Abb. 6-27), dass sich die Teilstichprobe der Rehabilitationssportler zu einem im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen deutlich höheren Anteil aus Nicht-Mitgliedern zusammensetzt (29,6%; Fitnesssportler: 3,7% vs. Präventionssportler: 9,4%). Präventionssportler hingegen führen die höchste Rate der Mitgliedschaften unter Einbindung des Ehepartners (26,9%; Fitnesssportler: 13,3% vs. Rehabilitationssportler: 16,2%). Die Variante der Bindung an den Verein im Familienverbund nimmt von den Fitnesssportlern, wo diese Form der Mitgliedschaft eine große Rolle einnimmt (34,6%), über die Präventionssportler hin zu den Rehabilitationssportlern sukzessive ab. Dies kann z.T. durch den natürlichen Reduktionsprozess der Familie im Alter erklärt werden, der damit auf die Teilstichprobe der Rehabilitationssportler einen Nebeneffekt ausübt (vgl. Alterszusammensetzung Rehabilitanden unter 4.3.3.3.2.1).

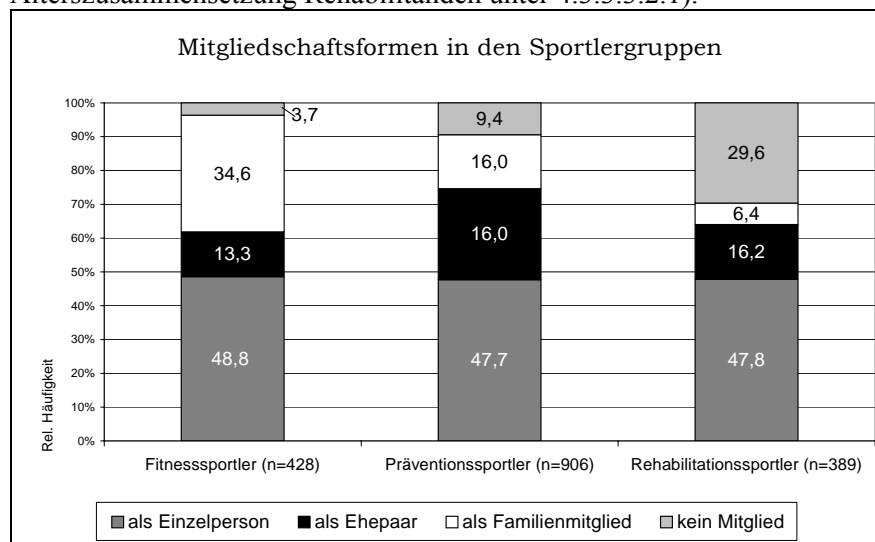


Abb. 6-27:
Form der Mitgliedschaft in Abhängigkeit der Sportlergruppen (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen) (N=1723)

Der Anteil der Probanden, die als Einzelperson dem Verein beigetreten sind, bleibt über alle drei Sportlergruppen relativ stabil. Alle übrigen konstatierten Differenzen wurden mittels multipler Chi-Quadrat-Tests auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin geprüft. Es ergab sich, dass sich die gruppenspezifische Verteilung der Mitgliedschaftsformen von Fitness- und Präventionssportlern ebenso signifikant voneinander unterscheiden ($X^2=81,795$; $df=3$; $p < .001$), wie jene der Fitness- und Rehabilitationssportler ($X^2=162,198$; $df=3$; $p < .001$) bzw. der Präventions- und Rehabilitationssportler untereinander ($X^2=104,020$; $df=3$; $p < .001$).

Für das Geschlechterverhalten in den Sportlergruppen lässt sich anhand von multiplen Chi-Quadrat-Tests feststellen (vgl. Abb. 6-28), dass sowohl im Fitness- als auch im Präventionsbereich Frauen häufiger als Einzelperson oder gar kein Mitglied im Verein sind als Männer. Männliche Fitness- bzw. Präventionssportler sind dafür dem Verein häufiger in Verbindung mit dem Ehepartner beigetreten (vgl. Abb. 6-28). Die Gruppe der Rehabilitationssportler präsentiert sich demgegenüber als äußerst ausgeglichen. Hier können – auch statistisch – keine nennenswerten Unterschiede zwischen Männern und Frauen ausgemacht werden. Die geschlechtsspezifischen Verteilungen in den beiden übrigen Sportlergruppen konnten jedoch als auf die Population übertragbar ausgemacht werden (Fitnesssportler: $X^2=19,175$; $df=3$; $p < .001$; Präventionssportler: $X^2=50,018$; $df=3$; $p < .001$).

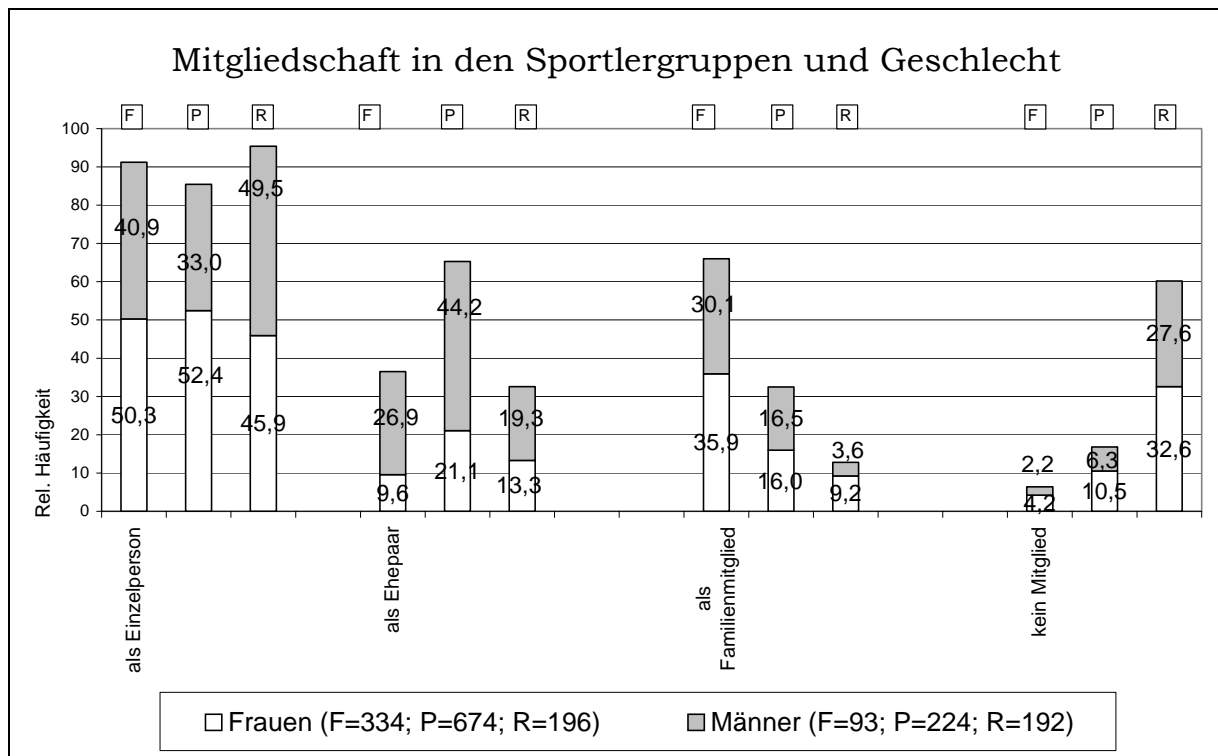


Abb. 6-28: Formen der Mitgliedschaft in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen: F=Fitnesssportler, P=Präventionssportler, R=Rehabilitationssportler)

Eine klare Altersentwicklung kann kaum festgestellt werden. Allein die Häufigkeit der Mitgliedschaften als Ehepartner nehmen mit dem Alter in allen Sportlergruppen deutlich zu (vgl. Tab. 6-24), was auf die natürlichen Gegebenheiten eines Lebensverlaufs zurückzuführen ist. Die Bedeutung der Nichtmitgliedschaft ist für Präventions- und Rehabilitationssportler zwischen 27 und 40 Jahren am

größten. Dieser Befund überrascht etwas, da in der Altersphase zuvor für beide Sportlergruppen keine Nennung verzeichnet werden konnte. Aufgrund der geringen Probandenzahl in dieser Altersstufe für die Gruppe der Präventionssportler (AG1 n=6) und Rehabilitationssportler (AG 1 n=3), ist dieser Befund auch nur schwer zu interpretieren. Werden die jüngsten Sportler dieser Gruppen außer Acht gelassen, nimmt der Anteil an Nichtmitgliedschaften unter den Präventionssportlern mit dem Alter ab, sinkt er für die Rehabilitanden von etwa der Hälfte auf deutlich unter ein Drittel. Fitnesssportler haben im Gegensatz dazu einen leichten Zuwachs an aktiven Nicht-Mitgliedern zu verzeichnen, der jedoch deutlich unter dem Niveau der beiden übrigen Gruppen zurück bleibt. Als Einzelperson sind in allen Sportlergruppen vor allem die jüngsten und die ältesten Personen dem Sportverein beigetreten.

Sportlergruppe	Altersgruppe	Kein Mitglied	Als Einzelperson	Als Ehepartner	Als Familienmitglied	n
Fitnesssportler	AG 1	2,9	61,8	0,0	35,3	34
	AG 2	2,6	44,2	8,3	44,9	156
	AG 3	4,4	47,1	18,0	30,6	206
	AG 4	6,3	62,5	21,9	9,4	32
Präventionssportler	AG 1	0,0	50,0	0,0	50,0	6
	AG 2	15,2	40,5	8,9	35,4	79
	AG 3	9,4	41,1	24,6	24,9	394
	AG 4	8,2	55,1	32,9	3,8	425
Rehabilitationssportler	AG 1	0,0	100	0,0	0,0	3
	AG 2	45,5	9,1	18,2	27,3	11
	AG 3	29,4	46,2	17,5	7,0	143
	AG 4	29,3	50,0	15,5	5,2	232

Tab. 6-24: Formen der Vereinsmitgliedschaft in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengrößen)

Multiplikatorenfunktion (Werbung betreibend)

Das Element der Multiplikatorenfunktion – operationalisiert über die Angabe, ob für den Verein selbst oder dessen Angebote durch den Sportler (eigenverantwortlich) Werbung betrieben wird – zeichnete sich in deskriptiver Betrachtung als alters- und geschlechtsunabhängig ab. Allerdings konnten signifikante Unterschiede zwischen den Sportlergruppen ausgemacht werden (vgl. Abb. 6-29). Danach zeigen sich Fitnesssportler auf diesem Gebiet deutlich aktiver als Rehabilitationssportler (Paargruppenvergleich durch Chi-Quadrat-Test: $X^2=5,30$; $df=1$; $p= .021$), ebenso wie Sportler, die in präventiven Angeboten im Verein aktiv sind ein höheres Multiplikatorenpotential aufweisen als Rehabilitanden (Paargruppenvergleich durch Chi-Quadrat-Test: $X^2=14,621$; $df=1$; $p< .001$). Auch innerhalb der Sportlerdimensionen bestätigt sich die Vermutung, dass weder das Alter noch das Geschlecht der Probanden einen Effekt auf die Übernahme von Multiplikatorenfunktionen ausübt. Die Aktivität der männlichen und weiblichen Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportler auf diesem Gebiet unterscheidet sich ebenso wenig wie jene der vier Altersgruppen.

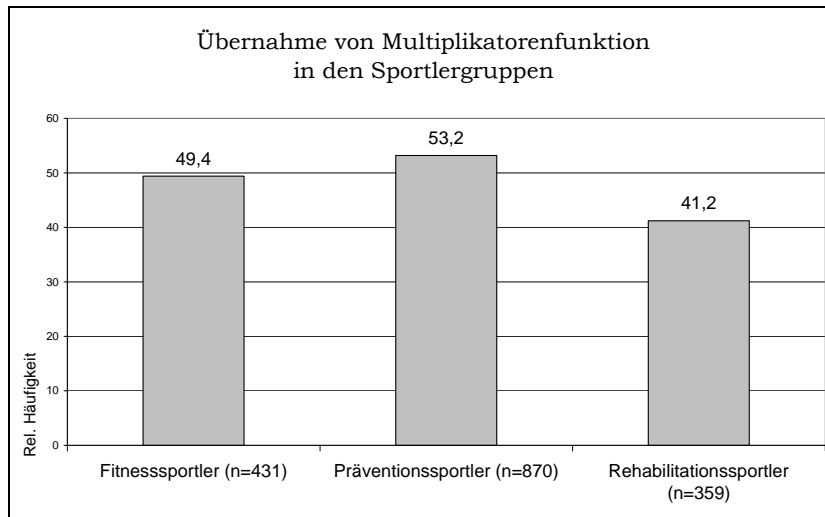


Abb. 6-29:

Übernahme einer Multiplikatorenfunktion (Werbung betreibend) in Abhängigkeit der Sportlergruppen (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße) (N=1660)

Ehrenamtliches Engagement

Für eine Differenzierung der Sportlergruppen hinsichtlich des ehrenamtlichen Engagements wurde die Anzahl der angegebenen übernommenen Tätigkeiten der Probanden als Index genutzt und einer varianzanalytischen Überprüfung unterzogen. Dabei wurden als Faktoren die Variablen „Sportlertyp“ und die Faktoren „Geschlecht“ und „Alter“ zur Prüfung möglicher Wechselwirkungen eingesetzt.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	2,596	= .075	0,003
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	6	0,574	n.s.	0,002
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,180	n.s.	0,000
Alter * Geschlecht	3	0,650	n.s.	0,001
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	2,336	= .053	0,005
Fehler	1719			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben				
	M	SD	N	
Fitnesssportler	0,115	0,333	435	
Präventionssportler	0,072	0,271	906	
Rehabilitationssportler	0,030	0,171	400	
Gesamt: N=1741; M=0,073, SD=0,271				

Tab. 6-25: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlertyp“ zur Anzahl der Ehrenämter (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,051$)

Aus Tab. 6-25 wird das Ergebnis dieser Analyse deutlich, die einen marginal signifikanten Effekt des Faktors „Sportlertyp“ identifizierte. Damit ist unter gebotener Vorsicht angesichts der angezeigten Tendenz im Signifikanzwert zu konstatieren, dass die Anzahl der übernommenen Ehrenämter von den Fitness- über die Präventions- zu den Rehabilitationssportlern hin abnimmt. Die organisatorisch-strukturelle Integration der Sportler in fitnessorientierter Ausrichtung in den Verein liegt demnach in

diesem Merkmal höher als jene der Präventions- oder Rehabilitationssportler. Post-hoc durchgeführte Gruppenvergleiche (Bonferoni) sicherten das Ergebnis als signifikant zwischen allen Gruppen ab (Fitness- und Präventionssportler: $p = .016$; Fitness- und Rehabilitationssportler: $p < .001$; Präventions- und Rehabilitationssportler: $p = .027$).

Darüber hinaus kann mittels der durchgeführten Varianzanalyse ein schwacher, signifikanter dreifaktorieller Interaktionseffekt der Variablen „Sportlertyp“, „Alter“ und „Geschlecht“ belegt werden (vgl. Tab. 6-25). Wird dieser Effekt anhand der Mittelwerte in den einzelnen Subgruppen genauer betrachtet, zeigen sich im Wesentlichen zwei interessante Tendenzen (vgl. Tab. 6-26): In der Gruppe der Fitnesssportler sinkt das ehrenamtliche Engagement unter Frauen quantitativ mit dem Alter zunächst ab. In der höchsten Altersstufe jedoch zeigen sich weibliche Fitnessaktive erneut engagierter als ihre 41-60-jährigen Kolleginnen. Für Männer im Fitnesssport gilt ein nahezu reziproker Verlauf: Hier steigt das Engagement mit dem Alter zunächst an. Doch auch ab einem Alter von 41 Jahren sinkt die Bereitschaft, sich ehrenamtlich in einem Sportverein einzubringen rapide und sukzessive ab. Frauen, die sich im Präventionssport aktiv zeigen, lassen sich offenbar erst mit steigendem Alter in eine ehrenamtliche Tätigkeit führen (27-40 Jahren), um sich dann aus der Aktivität in der unentgeltlichen Vereinsarbeit mit dem weiteren Alter erneut zunehmend zurückzuziehen. Für Männer im Präventionssport gilt grundsätzlich, dass diese – ähnlich wie im Fitnesssport – ein quantitativ höheres Maß an ehrenamtlichen Positionen ausfüllen als Frauen. Im Altersverlauf der weiblichen Präventionssportler ergibt sich ein Bild, das sich mit der Entwicklung in der Gruppe der männlichen Fitnesssportler vergleichen lässt: Nach einem Anstieg des Engagements, fällt dieses mit der Altersstufe ab 41 Jahren rapide bis zur höchsten Altersstufe ab. Männliche Präventionssportler hingegen steigern in diesem Alter ihre Aktivität in der ehrenamtlichen Vereinsarbeit.

Soziographische Kriterien	Ehrenämter		
	Fitnesssportler (Frauen/Männer)	Präventionssportler (Frauen/Männer)	Rehabilitationssportler (Frauen/Männer)
Altersgruppe	Mittelwert (Standardabweichung)		
AG 1 (bis 26 Jahre)	0,138 (0,351)/ 0,200 (0,447)	0,00 (0,00)/ -	0,00 (-)/ 0,00 (-)
AG 2 (27-40 Jahre)	0,104 (0,306)/ 0,280 (0,542)	0,098 (0,300)/ 0,231 (0,439)	0,00 (0,00)/ -
AG 3 (41-60 Jahre)	0,045 (0,207)/ 0,275 (0,493)	0,058 (0,234)/ 0,095 (0,295)	0,022 (0,147)/ 0,037 (0,191)
AG 4 (ab 61 Jahre)	0,095 (0,301)/ 0,083 (0,289)	0,030 (0,189)/ 0,162 (0,409)	0,010 (0,010)/ 0,015 (0,120)
N	435	906	400

Tab. 6-26: Statistische Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) zum ehrenamtlichen Engagement in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts und des Alters

Der Verlauf in der Teilstichprobe der Rehabilitationssportler gestaltet sich in der Interpretation insofern schwierig, als die Datenlage sowohl für die Frauen der Gruppe, speziell aber für die Männer in

den unteren Altersstufen eher unzureichend ist. Für die höheren Altersgruppen kann grundsätzlich ein Abfall des Engagements der Rehabilitanden beiderlei Geschlechts festgehalten werden.

Soziale Motive und Netzwerkstrukturen

Angebotsmotivation Geselligkeit

Die Messung der Angebotsmotivation wurde auf einer fünf-stufigen Skala (1 – „trifft nicht zu“ bis 5 – „trifft völlig zu“) vorgenommen und in ersten Analyseschritten bereits in Kapitel 5 empirisch in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts der Probanden dargestellt. Für den hier vorzunehmenden Vergleich zwischen den Sportlergruppen wurde die abhängige Variable „Motivation Geselligkeit“ z-transformiert und schließlich einer univariaten Varianzanalyse mit den unabhängigen Faktoren „Sportlertyp“ bzw. „Alter“ und „Geschlecht“ zur Testung von Interaktionseffekten unterzogen. Die deskriptive Betrachtung der Mittelwertsdifferenzen liefert zunächst ein interessantes Ergebnis: Während Rehabilitationssportler den deutlich höchsten Mittelwert in der Suche nach Geselligkeit als Aktivierungsmotiv dokumentieren ($M=0,113$), gefolgt von Fitnesssportlern mit einem Wert $M= -0,008$, suchen Sportler, die sich einem präventiv orientierten Vereinsangebot anschließen, offenbar im Vergleich deutlich weniger die Geselligkeit mit anderen.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	1,485	n.s.	0,002
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	6	1,419	n.s.	0,005
Sportlertyp * Geschlecht	2	1,711	n.s.	0,002
Alter * Geschlecht	3	0,461	n.s.	0,001
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	0,879	n.s.	0,002
Fehler	1700			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben		M	SD	N
Fitnesssportler	- 0,086	1,031	433	
Präventionssportler	- 0,008	1,010	907	
Rehabilitationssportler	0,113	0,932	393	
Gesamt: N=1722; M=0,0, SD=1,0				

Tab. 6-27: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zur Angebotsmotivation „Geselligkeit“ (z-Werte) (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,054$)

Der konstatierte Gruppenunterschied erscheint beachtlich, erreicht aber bei varianzanalytischer Untersuchung nicht das Signifikanzniveau (vgl. Tab. 6-27). Statistisch bedeutsame Interaktionseffekte der berücksichtigten Faktoren errechneten sich ebenfalls nicht (vgl. Tab. 6-27). Der deskriptive Befund zu einer stärkeren Orientierung der Frauen an der Suche nach Geselligkeit bei der Motivation für ein Sportangebot im Verein lässt sich für alle Sportlergruppen bestätigen (vgl. Tab. 6-28). Das Motiv ist bei weiblichen Rehabilitationssportlern am deutlichsten ausgeprägt. Auch die Männer in rehabilitativen Angeboten suchen am stärksten die Gemeinschaft im Sport mit anderen.

Geschlecht	Motiv Geselligkeit		
	Fitnesssportler	Präventionssportler	Rehabilitationssportler
	Mittelwert (Standardabweichung)		
Männlich	2,785 (1,405)	3,177 (1,345)	3,464 (1,252)
Weiblich	3,401 (1,367)	3,432 (1,372)	3,605 (1,252)
N	432	899	392

Tab. 6-28: Statistische Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) zum Motiv „Geselligkeit“ bei der Angebotswahl in den Gesundheitssportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts

Anstoßmotivierung „Freunde“ bei der Vereinswahl

Das Motiv der Anstoßmotivierung durch bereits im Verein aktive Freunde bzw. Bekannte bei der Entscheidung für den Sportanbieter entstammt einem Itemkomplex zur grundsätzlichen Anreizmotivation bei der Wahl des Vereins und liegt in binärer Codierung („ja“ – „nein“) vor (vgl. Abschnitt 5.3.2).

Eine Betrachtung der Ergebnislage in Abhängigkeit der Sportlergruppen liefert folgende Befunde: Fitnesssportler geben im höchsten relativen Anteil die Motivierung durch Freunde bzw. Bekannte zum Gesundheitssportangebot an (30,8%; N=435). Probanden, die sich für den präventionsorientierten Sport aktivieren ließen, machten nur zu einem Viertel bereits aktive Freunde für ihre Entscheidung verantwortlich (25,0%; N=908). Rehabilitanden schließlich dokumentieren den diesbezüglich geringsten relativen Anteil (15,4%; N=382). Die Differenzen zwischen den Gruppen erweisen sich im Chi-Quadrat-Test ($X^2=26,493$; $df=2$) als statistisch höchstsignifikant ($p < .001$).

Das Geschlecht der einzelnen Sportlergruppen spielt dabei keine Rolle, hier konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

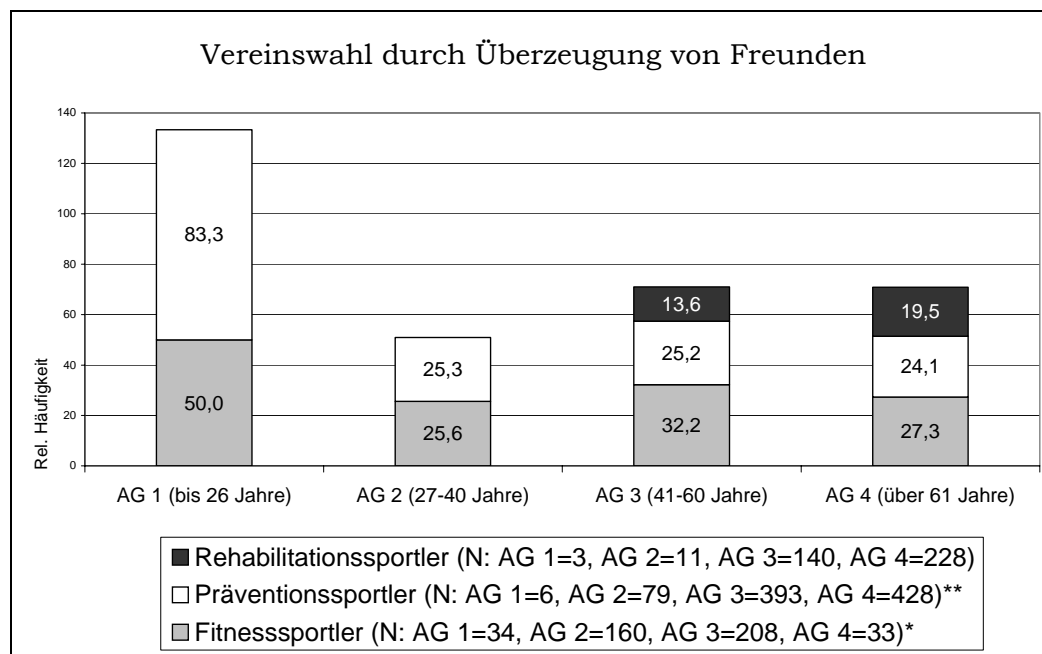


Abb. 6-30: Anstoßmotivierung zur Vereinswahl durch Freunde bzw. Bekannte in Abhängigkeit der Sportlergruppe und des Alters (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebenen Teilstichproben-größen), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus zum Altersvergleich in den Gruppen auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests: ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ (N=1723)

Zwischen den Altersgruppen der Sportlertypen besteht eine deutliche Wechselwirkung in der Gruppe der Fitnesssportler, wonach die Anstoßmotivierung durch vereinsaktive Freunde unter den jüngsten Sportlern am größten ist und mit dem Alter abnimmt. Ähnliche Verhältnisse herrschen in der Gruppe der Präventionssportler. Für Rehabilitationssportler spielt dieser Aspekt gar erst ab einem Alter von 41 Jahren eine Bedeutung. Die jüngeren Altersgruppen werden offensichtlich durch andere Anreize für einen Sportverein motiviert, was möglicherweise auch daran liegt, dass keine freundschaftlichen Beziehungen zu anderen Vereinssportlern im Vorfeld bestehen, die als Zugangsweg zum Verein genutzt werden könnten.

Ausbau des sozialen Netzes durch Freundschaften

Für eine mögliche Erweiterung des eigenen sozialen Netzes mit Personen im Sportverein, die zunächst die Rolle des Sportpartners erfüllen, wurde die Angabe danach eingesetzt, ob die Probanden im Verein neue Freunde gefunden hätten (dichotome Antwortform). Wird eine Unterscheidung des Faktors hinsichtlich der Sportlerdimensionen durchgeführt, berichten Rehabilitanden häufiger von einem Ausbau ihres sozialen Netzes durch die Bildung neuer Vereinsfreundschaften (57,8%; N=374) als Präventionssportler (51,2%; N=887). Probanden in Angeboten mit der Ausrichtung auf eine Fitnessförderung geben vergleichsweise am wenigsten die Bindung an neue Freunde durch ihre Vereinssportaktivität an (50,9%; N=430). Die konstatierten Unterschiede in diesem Teilaspekt der sozialen Integration zeigen keinen deutlichen, sondern höchstens einen tendenziellen signifikanten Effekt (Chi-Quadrat-Test: $X^2=5,178$; $df=2$; $p= .075$).

Allerdings zeigt sich, dass von den befragten Fitnesssportlern, die angeben, ihr soziales Netz durch Vereinsfreundschaften auszubauen, höchstsignifikant mehr männlich (67,4%; N=92) als weiblich (46,6%; N=157) sind (Chi-Quadrat-Test: $X^2=12,517$; $df=1$; $p< .001$). Die Geschlechter in den beiden anderen Sportlergruppen unterscheiden sich hingegen nicht.

Eine signifikante Wechselwirkung des Alters konnte mittels Chi-Quadrat-Test nur für die Gruppe der Präventionssportler nachgewiesen werden ($X^2=12,436$; $df=3$; $p= .006$), wonach der Anteil der Personen, die neue Freundschaften aus dem Verein in ihr soziales Netzwerk einbinden, mit dem Alter der Probanden stetig zunimmt (AG 1: 33,3%; n=6 - AG 2: 40,5%; n=79 - AG 3: 47,4%; n=388 - AG 4: 57,1; n=413). Dies ist unter Fitnesssportlern ebenso der Fall, unter Rehabilitationssportlern nimmt der Anteil keinen linear ansteigenden Verlauf. Diese Verteilungen stellen sich jedoch als statistisch nicht bedeutsam dar.

Sozialer Austausch mit Sportpartnern

Zur Testung der Qualität möglicher Vereinsfreundschaften wurde die soziale Kontaktdichte erfasst, die zwischen „nie“, „hin und wieder“ und „oft“ differenziert (vgl. Abschnitt 5.3.2). Eine varianzanalytische Prüfung (Faktoren: „Sportlertyp“, „Alter“, „Geschlecht“) erbrachte keinen globalen Effekt des Organisationsrahmens auf die soziale Austauschdichte der Sportler. Lediglich deskriptiv lassen sich Unterschiede festhalten: Danach scheinen Fitness- und Präventionssportler eher eine Erhöhung der Kontaktdichte durch informelle Treffen mit Freunden bzw. Bekannten aus der Sportgruppe zu pflegen als Rehabilitationssportler (vgl. Tab. 6-29).

Darüber hinaus übt das Merkmal „Geschlecht“ in der Interaktion mit dem „Sportlertyp“ einen tendenziell signifikanten Einfluss auf das Ausmaß des informellen Austauschs mit im Verein neu gefundenen Sportpartnern aus. Eine genauere, deskriptive Betrachtung dieses Zusammenhangs macht deutlich, dass sich der bereits festgestellte geschlechtliche Effekt in allen Sportlergruppen zeigt, wonach Frauen in diesem sozialen Merkmal aktiver sind als Männer (Präventionssportler: Männer $M=0,723$; $SD=0,705$; $n=224$ vs. Frauen $M=0,768$; $SD=0,671$; $n=663$; Rehabilitationssportler Männer $M=0,563$; $SD=0,646$; $n=190$ vs. Frauen $M=0,677$; $SD=0,682$; $n=189$). Lediglich für Fitnesssportler muss ein umgekehrtes Verhältnis festgehalten werden: Hier sind Männer die aktiveren Sozialpartner (Männer $M=0,837$; $SD=0,580$; $n=92$ vs. Frauen $M=0,677$; $SD=0,820$; $SD=0,634$; $n=339$).

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	1,218	n.s.	0,001
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	6	0,923	n.s.	0,003
Sportlertyp * Geschlecht	2	2,491	= .083	0,003
Alter * Geschlecht	3	1,000	n.s.	0,002
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	1,376	n.s.	0,003
Fehler	1674			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben		M	SD	N
Fitnesssportler		0,824	0,622	432
Präventionssportler		0,758	0,679	895
Rehabilitationssportler		0,624	0,668	380
Gesamt: N=1696; M=0,745, SD=0,666				

Tab. 6-29: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ zum Ausmaß des sozialen Austauschs (0 „nie“ – 1 „hin und wieder“ – 2 „häufig“) (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,070$)

Zusammenfassung: Integrationsschemata und Sportlertypen

Um hypothetische Unterschiede zwischen den Sportlertypen prüfen zu können, wurde für die Merkmalsausprägung der Probanden im Summenscore „Ausmaß sozialer Integration“ eine z-Transformation durchgeführt („sozint“). Ein erster Vergleich der Sportlertypen auf der Basis der Mittelwerte dieser errechneten z-Werte ergibt eine deutlich höhere Integration der Fitnesssportler in das Sozialsystem Verein, während sich Rehabilitationssportler als diejenigen Probanden mit der niedrigsten strukturellen Einbindung präsentieren (vgl. Abb. 6-31). Mit dem Faktor „Geschlecht“ in Kombination mit der Variablen „Sportlertyp“ oder der Altersgruppe errechnete sich kein signifikanter Interaktionseffekt auf das Merkmal des Integrationsschemas (vgl. Tab. 6-31). Es lässt sich lediglich ein geringer „Vorsprung“ der Männer im Fitnesssport vor den Frauen hinsichtlich einer Integration erkennen. In den beiden übrigen Sportlerklassen dreht sich das Verhältnis um. Hier weisen Frauen etwas höhere Integrationswerte auf als Männer. Die geschlechtlichen Differenzen erweisen sich als statistisch jedoch nicht von Tragweite.

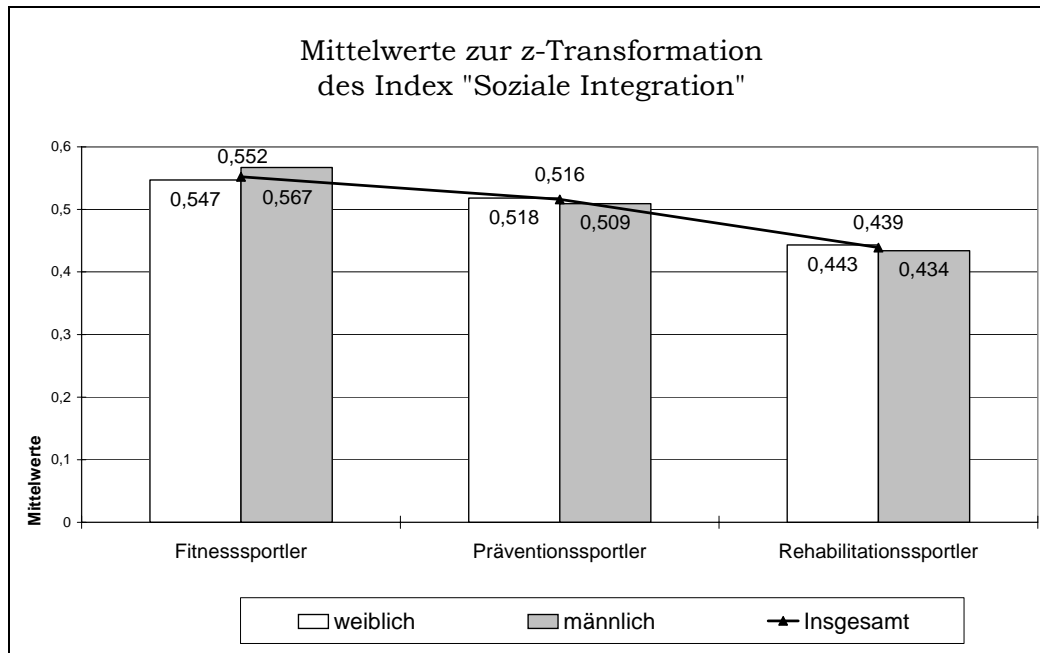


Abb. 6-31: Mittelwerte zur z-Transformation des Index 'Soziale Integration und Identifikation' in Abhängigkeit der Sportlergruppen und des Geschlechts (N=1752)

Ebenso verhält es sich mit der Wechselwirkung des Alters auf das Maß der sozialen Integration (vgl. Tab. 6-31). Eine Mittelwertbetrachtung birgt jedoch ein interessantes Ergebnis (vgl. Tab. 6-30): Unter Rehabilitations- und Präventionssportlern sind die jüngsten Aktiven am stärksten in das Vereinsleben eingebunden, während die 27- bis 40-Jährigen den niedrigsten Wert aufweisen. Mit zunehmendem Alter der Rehabilitanden bzw. Präventionsaktiven nimmt das Maß der Integration dann erneut zu. Sportler in fitnessorientierten Angeboten hingegen sind im Alter zwischen 41 und 60 Jahren am stärksten integriert, während die ältesten und jüngsten Sportler dieser Gruppe jeweils unter das Niveau der gleichaltrigen Präventionssportler absinken.

Altersgruppe	Index „Soziale Integration“		
	Fitnesssportler	Präventionssportler	Rehabilitationssportler
	Mittelwert (Standardabweichung)		
AG 1 (bis 26 Jahre)	0,504 (0,253)	0,542 (0,151)	0,528 (0,210)
AG 2 (27-40 Jahre)	0,565 (0,190)	0,491 (0,240)	0,365 (0,241)
AG 3 (41-60 Jahre)	0,551 (0,238)	0,514 (0,229)	0,424 (0,236)
AG 4 (ab 61 Jahre)	0,538 (0,244)	0,526 (0,218)	0,452 (0,236)
N	436	913	401

Tab. 6-30: Statistische Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) zum Index der „Sozialen Integration“ in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters

Um zu prüfen, ob sich die Gesundheitssportler signifikant voneinander im Integrationsindex unterscheiden, wurde eine univariate Varianzanalyse inkl. post-hoc Bonferoni-Tests gerechnet: Probanden der Fitness-Klasse erweisen sich danach als hochsignifikant stärker im sozialen Netz des Vereins en-

gagiert als Präventionssportler ($p = .006$). Diese wiederum zeigen signifikant höhere Werte auf als Rehabilitationssportler ($p < .001$). Auch die Differenz zwischen Fitness- und Rehabilitationssportlern ist statistisch bedeutsam ($p < .001$) (vgl. Tab. 6-31). Der erklärte Varianzanteil des Items „Sportlertyp“ liegt bei 0,5% und der Haupteffekt, den diese Variable beisteuert ließ sich auf einem hochsignifikanten Niveau absichern ($p = .013$).

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	4,370	= .013	0,005
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	6	0,557	n.s.	0,002
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,497	n.s.	0,001
Alter * Geschlecht	3	0,319	n.s.	0,001
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	0,159	n.s.	0,000
Fehler	1719			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben		M	SD	N
Fitnesssportler		0,552	0,219	436
Präventionssportler		0,517	0,224	915
Rehabilitationssportler		0,440	0,236	401
Gesamt: N=1741; M=0,508, SD=0,229				

Tab. 6-31: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der sozialen Integrationsschemata in Abhängigkeit des Sportlertyps (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,040$)

Damit setzen sich im quantitativen Befund Ergebnisse aus der Einzelbetrachtung der Items fort, die bereits den geringen sozialen Bezug der Rehabilitationssportler nahe legten. Unter Umständen können hier hinsichtlich der sozialen und identifikatorischen Bindung an das Vereinsnetz neben dem Zugang zum Verein über die Gesundheitssportkategorie Einflüsse weiterer Merkmale der Sportrekrutierung vermutet werden. Effekte der Programmmotivation (Motiv Gesundheit), die noch zu diskutieren sind, zählen hier ebenso dazu, wie das Merkmal der Rekrutierung aus dem Bereich der klassischen Sportarten des Wettkampfsportes, auf die später eingegangen werden wird (siehe Abschnitt 6.4).

Interessant erscheint, dass diejenigen Probanden, die einem Wettkampfsport entstammen, höhere Werte im Integrationsindex aufweisen, als die übrigen Versuchspersonen (t-Test: $t=-4,612$; $df=1717$; $p < .001$). (Ehemalige) Wettkampfsportler weisen im Integrationsindex einen Mittelwert von 0,562 ($SD=0,239$) auf, Sportler, die nicht dem Wettkampfsport entstammen, erreichen einen Wert von 0,497 ($SD=0,225$). Die integrative Wirkung eines von Leistungsvergleichen geprägten Sports wirkt offensichtlich auch im Übergang zum Gesundheitssport nach.

Fazit

In den Faktoren der sozialen Integration und Identifikation in und mit dem Sportanbieter erscheinen global Sportler, die einer fitnessorientierten Ausrichtung ihrer Sportaktivität entstammen, mit höheren

Werten als Präventions- und Rehabilitationssportler. Damit bestätigt sich die These von einer nachhaltigeren Integration von Fitnesssportlern in das soziale Netz des Sportvereins:

- ◆ Fitnesssportler weisen ein tendenziell signifikant höheres ehrenamtliches Engagement auf als Präventions- und diese wiederum als Rehabilitationssportler.
- ◆ Eine Aktivierung zur Sportteilnahme durch bereits bestehende soziale Kontakte zum Verein (im Verein aktive Freunde bzw. Bekannte) zeigt bei Sportlern der Fitnessklasse eine signifikant größere Tragweite als bei Präventions- und schließlich bei Rehabilitationssportlern.
- ◆ Die Integration bestehender tragfähiger sozialer Netzwerke wie der Familienverbund in das Setting Sportverein (durch die formale Mitgliedschaft) erreichen Fitnesssportler signifikant eher als Präventions- und Rehabilitationssportler.
- ◆ Insgesamt erweisen sich Sportler der Fitnessklasse auf signifikantem Niveau sozial integrierter als Präventionssportler, welche ihrerseits integrierter sind als Rehabilitationssportler.

Innerhalb dieses Gesamtbefundes müssen einige Aspekte allerdings differenziert betrachtet werden:

- ◆ Rehabilitationssportler geben deskriptiv ein höheres Maß an Geselligkeitsmotivation zur Sportaktivierung an als Fitness- und Präventionssportler.
- ◆ Der Ausbau des eigenen sozialen Netzes durch eine Erweiterung des Personenkreises gelingt Rehabilitanden innerhalb des Sportvereins tendenziell signifikant besser als Präventions- und Fitnesssportlern.
- ◆ Die Einbindung vorhandener sozialer Bezugspersonen in den Sportvereinsalltag durch formale Mitgliedschaft mit dem Ehepartner erreichen Präventionssportler signifikant eher als Fitness- und Rehabilitationssportler.
- ◆ Sportler in präventiven Vereinsangeboten zeigen sich auch aktiver im Bereich von Multiplikatorfunktionen wie die Erhöhung der Außenwirkung des Vereins durch das Betreiben von Werbung.

Vergleichsstudien zur sozialen Integration von Sportlern in das Vereinsnetz, wie sie im vorliegenden Fall differenziert wurde, liegen nicht vor. Die Befundlage liefert einen ersten Einblick in diesen Aspekt zu den Teilpopulationen. Angesichts der unterschiedlichen Einbindung in den Sportverein lässt sich vermuten, dass bei Fitnesssportlern die soziale Ausrichtung wie sie in Teilaspekten originär dem Wettkampfsport entstammt (informelle Treffen, Sport als Familienangebot, ehrenamtliches Einbringen in den Sportverein) stärker ausgeprägt als bei Sportlern der „klassischen“ Gesundheitssportdimensionen. Hier scheint die Zielrichtung und Sinndeutung des Sports weg von der traditionellen Vorstellung eines gruppenorientierten Sports im Sozialsystem Verein hin zum individuellen und personenzentrierten Gesundheitswert der Bewegung definiert zu sein. Diese Entwicklung erscheint für Rehabilitanden stärker vorzuliegen als für Sportler, die in präventiven Gesundheitssportangeboten organisiert sind.

6.3.3 Sportliche Aktivität und Angebotspartizipation

Das grundsätzliche sportliche Engagement der Versuchspersonen wird zunächst repräsentiert durch die Summe an Sportangeboten, die sie im Verein regelmäßig besuchen (Variable „kurzarec“). Darüber hinaus wird in diesem Merkmal differenziert nach der Teilnahme an fachsportlichen und freien Bewegungsangeboten (siehe hierzu empirische Befunde in Abschnitt 5.3.3). Im korrespondierenden Abschnitt aus Kapitel 5 hierzu vorgenommene Exkurse werden bei interessanten Befunden zur Kontrastierung der Sportlergruppen ebenfalls berücksichtigt. Ergänzend sollen Befunde aus der (Wettkampf)Sportbiographie der Probanden Rückschlüsse auf das Sportnutzerverhalten in den Sportlergruppen ermöglichen.

Sportlertypen und Wettkampfsportbiographie

Die Angaben der Probanden zu einer (früheren) Aktivität im Wettkampfsport liegen dichotom codiert vor (vgl. Abb. 6-32). Der Anteil, der aus dem leistungsvergleichenden Sport rekrutierten Probanden ist unter Fitnesssportlern mit 22,2% vergleichsweise am größten. In der Gruppe der Präventionssportler sinkt dieser Wert auf 18,8%. Lediglich 13,8% der befragten Rehabilitanden geben an, zu einem früheren Zeitpunkt wettkampfmäßig Sport betrieben zu haben. Anhand von Chi-Quadrat-Tests konnte statistisch für die Populationsverteilung dieses Parameters ermittelt werden, dass unter Rehabilitationsportlern hochsignifikant weniger (ehemalige) Wettkampfsportler zu finden sind als unter Präventions- ($X^2=4,782$; $df=1$; $p= .029$) sowie unter Fitnesssportlern ($X^2=9,559$; $df=1$; $p= .002$). Die Gruppen der fitness- und präventionsaktiven Sportler hingegen enthalten nicht signifikant mehr oder weniger Personen, die dem Sport auf der Ebene des Leistungsvergleichs entstammen.

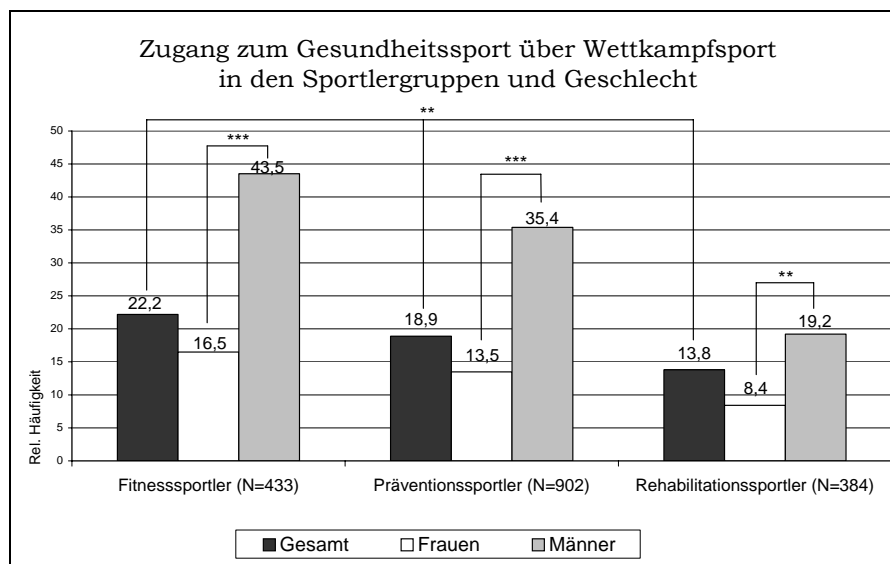


Abb. 6-32:
Anteil der (ehemaligen) Wettkampfsportler in den Sportlergruppen, gesamt und in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus des Gruppen- bzw. Geschlechtervergleichs: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$ auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests

Darüber hinaus unterscheiden sich alle Sportlergruppen hinsichtlich der Geschlechterverteilung im Merkmal der (Wettkampf)Sportbiographie (vgl. Abb. 6-32), was mittels Chi-Quadrat-Tests geprüft wurde: Für alle Gruppen gilt ein signifikant häufigeres Vorkommen männlicher Sportler aus dem Wettkampfbereich, die nun in den Dimensionen des Freizeit- und Gesundheitssports aktiv sind. Unter Fitnesssportlern sind es beinahe drei Mal so viele männliche wie weibliche Aktive, die ein Engagement im Wettkampfsport angeben ($X^2=30,557$; $df=1$; $p < .001$). Ein ähnliches, aber abgeschwächtes Verhältnis weisen Präventionssportler auf ($X^2=52,713$; $df=1$; $p < .001$). In der Gruppe der Rehabilitati-

onssportler konnten circa doppelt so viele männliche (ehemalige) Wettkampfsportler identifiziert werden wie weibliche ($X^2=9,280$; $df=1$; $p= .002$).

Sportlergruppe/ Altersgruppe	AG 1 (bis 26 J.) (N: F=34, P=6, R=3)	AG 2 (27-40 J.) (N: F=159, P=79, R=11)	AG 3 (40-60 J.) (N: F=207, P=392, R=141)	AG 4 (ab 61 J.) (N: F=33, P=423, R=229)
Fitnesssportler	59,9	22,6	16,9	21,2
$X^2=22,016$; $df=3$; $p< .001$				
Präventionssportler	66,7	19,0	19,9	17,3
$X^2=9,935$; $df=3$; $p= .019$				
Rehabilitationssportler	0,0	18,2	12,8	14,4
$X^2=0,856$; $df=3$; n.s.				

Tab. 6-32: Zugang zum Freizeit- und Gesundheitssport über (frühere) Aktivitäten im Wettkampfsport in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent der Positivantworten), inkl. Chi-Quadrat-Statistiken zum Altersstufenvergleich

Im Altersverlauf der Sportlergruppen (vgl. Tab. 6-32) zeigt sich eine einheitliche Tendenz, wonach die Häufigkeit der (früheren) Aktivität im Wettkampfsport mit zunehmendem Alter mehr und mehr abnimmt. Sind es unter Fitnesssportlern in der Altersgruppe 1 (unter 27 Jahre) noch über die Hälfte der Probanden, die angeben, Wettkampfsport betrieben zu haben bzw. zu betreiben, sinkt der Anteil bis zu den ältesten Fitnesssportlern auf knapp 20%. Präventionssportler geben in der jüngsten Altersstufe gar eine zwei Drittel-Mehrheit der (ehemaligen) Wettkampfsportler an, die bis auf 17% bei den über 61-Jährigen sinkt. Rehabilitationssportler schließlich stellen in der jüngsten Altersgruppe keine (ehemaligen) Wettkampfsportler, erst die folgende Altersstufe erreicht eine Rate von 18%, die demnach insgesamt noch hinter den ältesten Präventionssportlern zurück bleibt. Auch für die Gruppe der Rehabilitanden ist eine Abnahme des Wettkampfsportleranteils zu verzeichnen, der aber im Gegensatz zu den beiden übrigen Sportlergruppen nicht signifikant erscheint.

Quantitatives Ausmaß der Sportaktivität: Angebotspartizipation und Sportlergruppen

Ein Mittelwertvergleich durch univariate Varianzanalyse (abhängige Variable „Angebotspartizipation“, unabhängige Variablen „Sportlertyp“ und im Interaktionseffekt „Alter“, „Geschlecht“) ergibt einen signifikanten Haupteffekt des Faktors „Sportlertyp“. Eine genaue Betrachtung der Sportlergruppen zeigt, dass Präventionssportler den höchsten Aktivitätsgrad gemessen an der Angebotsbelegung aufweisen ($M=1,34$, $SD=0,653$). Erwartungsgemäß findet sich bei Rehabilitationssportlern der geringste Wert für dieses Maß des Sportverhaltens und gleichzeitig auch die geringste Gesamtvariation, was die Homogenität dieser Gruppe in diesem Faktor demonstriert ($SD=0,157$) (vgl. auch Tab. 6-33). Signifikante Gruppenunterschiede differenzieren dabei nur die Rehabilitations- von den übrigen Sportlern (Post-hoc Bonferoni: $p< .001$). Die Differenz zwischen Fitness- und Präventionssportlern geht keinen signifikanten Effekt ein ($p= .779$). Grundsätzlich muss der Effekt der Gesundheitssportdimension als sehr gering eingestuft werden, da die Varianzaufklärung des Faktors „Angebotspartizipation“ mit Kenntnis der Gesundheitssportrichtung bei nur 0,4% liegt.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	3,699	= .025	0,004
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	6	1,392	n.s.	0,005
Sportlertyp * Geschlecht	2	1,480	n.s.	0,002
Alter * Geschlecht	3	0,301	n.s.	0,001
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	0,374	n.s.	0,001
Fehler	1719			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben		M	SD	N
Fitnesssportler		1,30	0,677	436
Präventionssportler		1,34	0,653	915
Rehabilitationssportler		1,02	0,157	401
Gesamt: N=1741; M=1,26, SD=0,600				

Tab. 6-33: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Angebotspartizipation in den Sportlergruppen (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,092$)

Werden deskriptive Analysen zum – statistisch nicht nachweisbaren Zusammenhang von Geschlecht und Sportlertyp – herangezogen zeigt sich, dass sich die Frauen im Vergleich zu den Männern in allen Sportlergruppen als häufigere Angebotsnutzer präsentieren (vgl. Abb. 6-33).

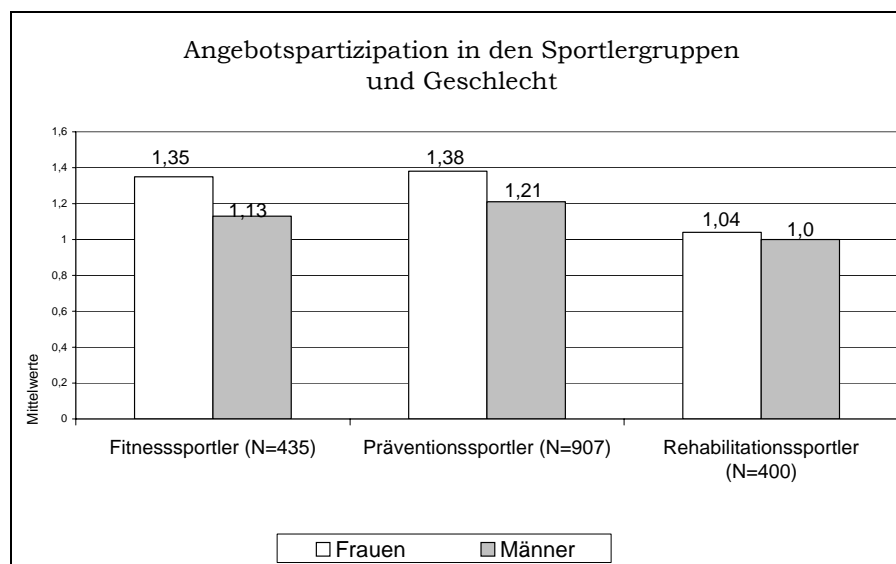


Abb. 6-33: Ausmaß der Angebotspartizipation in den Sportlergruppen in Abhängigkeit des Geschlechts (Angabe von Mittelwerten)

Beachtenswert erscheint noch, dass männliche Aktive des Rehabilitationssports in ihrem Nutzungsverhalten einen Mittelwert von 1,0 und eine Standardabweichung von 0 aufweisen. Damit wird klar, dass Männer in der Rehabilitation lediglich ein spezifisches Sportangebot zur Bewegungstherapie nutzen und darüber hinaus keine weiteren fest installierten Vereinsprogramme besuchen. Für die Teilnahme an fachsportlichen oder freien Bewegungsangeboten ergibt sich jedoch, wie unten nachzulesen ist, eine Ausnahme, die allerdings angesichts der quantitativen Größe nicht weiter ins Gewicht fällt.

Teilnahme an fachsportlichen Angeboten

Die Datengrundlage für Probanden, die ihr sportliches Programm durch den Besuch fachsportlicher Angebote erweitern, ist im Ganzen eher klein, da lediglich 8,3% der Gesamtstichprobe zusätzlich in ein bis drei Sportangeboten, die inhaltlich dem Betreiben einer bestimmten Sportart nachgehen, aktiv sind. Wird diese Gruppe nach den Sportlerdimensionen unterschieden, entfällt auf Fitnesssportler der höchste Anteil: Diese ergänzen ihr Fitnessprogramm im Mittel mit den meisten fachsportlichen Angeboten, gefolgt von den Präventions- und schließlich von den Rehabilitationssportlern (vgl. Tab. 6-34).

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Sportlertyp	2	2,555	= .078	0,003
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	6	3,357	= .003	0,012
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,974	n.s.	0,001
Alter * Geschlecht	3	0,706	n.s.	0,001
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	4	1,612	n.s.	0,004
Fehler	1719			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben		M	SD	N
Fitnesssportler		0,13	0,386	436
Präventionssportler		0,11	0,354	915
Rehabilitationssportler		0,01	0,990	401
Gesamt: N=1741; M=0,09, SD=0,327				

Tab. 6-34: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilnahme an Fachsportangeboten in den Sportlergruppen (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,068$)

Für den Organisationsrahmen der Sportler ergibt sich ein marginal signifikanter Effekt auf das quantitative Aktivitätsausmaß bezüglich fachsportlicher Angebote (vgl. Tab. 6-34). Fitnesssportler zeigen sich hierin aktiver als Präventions- und diese als Rehabilitationssportler. Allerdings kann nur die Differenz im Aktivitätsmaß von Rehabilitationssportler zu den beiden übrigen Gruppen als bedeutsam erachtet werden (post-hoc Bonferoni-Test: $p < .001$). Das Aktivitätsniveau von Fitness- und Präventionssportlern unterscheidet sich nicht signifikant.

Anhand der erbrachten Varianzanalyse ließ sich ein Interaktionseffekt der Faktoren „Sportlertyp“ und „Alter“ extrahieren, der sich in der Betrachtung der Sportlergruppen im Einzelnen folgendermaßen darstellt: Rehabilitationssportler zeigen im Altersverlauf einen leichten Anstieg im diesbezüglichen Engagement (vgl. Abb. 6-34). Präventionssportler sind auf diesem Gebiet vor allem in den mittleren Altersgruppen, zwischen 27 und 60 Jahren aktiv, um mit weiter zunehmendem Alter wieder auf das Niveau der jüngsten Präventionssportler abzufallen. In der Gruppe der Fitnesssportler dreht sich die Entwicklung direkt um: Hier kann für die mittleren Altersgruppen die vergleichsweise geringste Zusatzaktivität in fachsportlichen Angeboten festgestellt werden. Am höchsten ist es hier unter den jüngsten Sportlern.

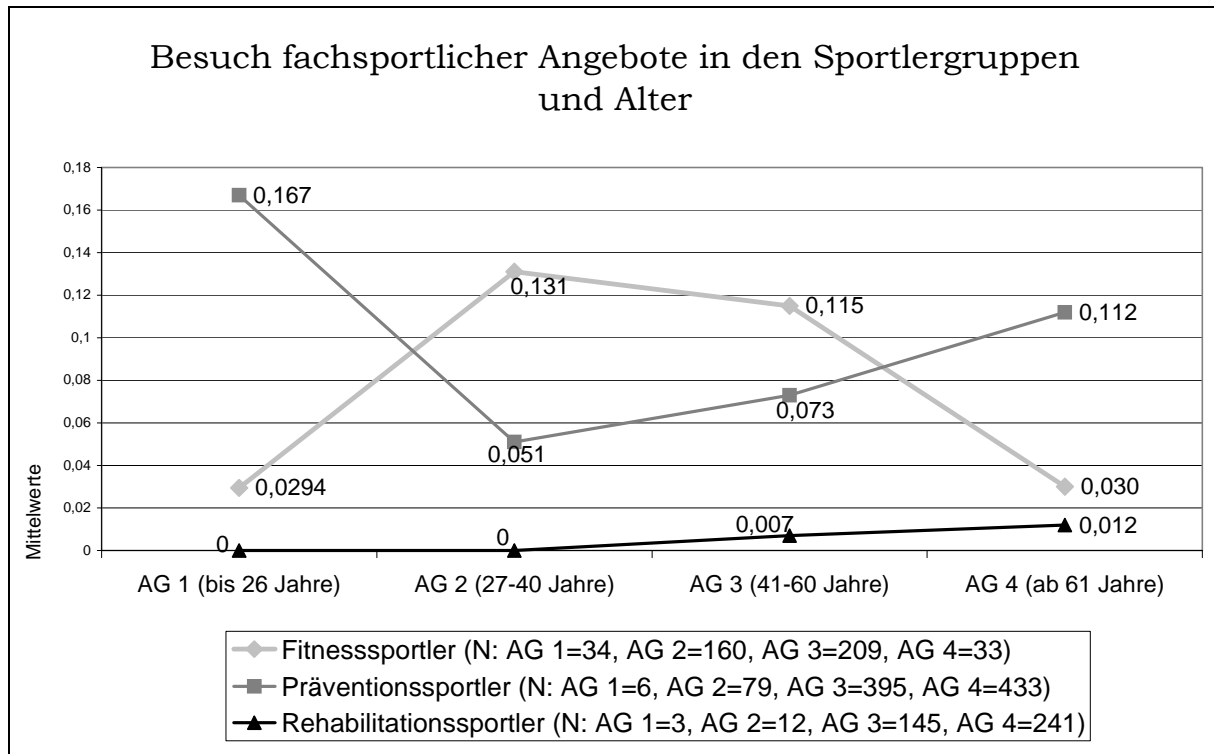


Abb. 6-34: Angebotspartizipation an zusätzlichen, fachsportlichen Angeboten in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters (Angabe von Mittelwerten)

Teilnahme an freien Bewegungsangeboten

Als häufigste Form der besuchten freien Bewegungsangebote wurde die Aktivität in einem Walking- bzw. Jogging-Angebot, der Besuch von freien Schwimmangeboten und das Training in einem vereins-eigenen oder vereinsangehenden Fitnessstudio identifiziert (vgl. Abschnitt 5.3.3). Eine sportler-gruppenspezifische Betrachtung zeigt, dass der Besuch eines Fitnessstudios in Ergänzung des eigenen Sportprogramms eher die Domäne der Fitnesssportler (70,4%; n=81), denn der Präventions- (28,7%; n=33) oder gar der Rehabilitationssportler ist (0,9%; n=1). Davon sind in allen Fällen über die Hälfte weiblich (Fitnesssportler: 53,1%; n=43; Präventionssportler: 69,7%; n=23; Rehabilitationssportler: 100%; n=1). Auch die Teilnahme an Lauftreffs ist unter Fitnesssportlern (68,4%; n=13) deutlich häufiger zu finden als in den übrigen beiden Sportlergruppen (Präventionssportler: 31,6%; n=6; Rehabilitationssportler: 0). Für die Gruppe der Präventionssportler stellen die Frauen im Bezug auf eine zusätzliche Aktivität in einem Lauftreff überdeutlich ihre Dominanz unter Beweis (100%). Fitnesssportler unterscheiden sich in diesem Kriterium kaum, hier halten sich die Geschlechter in etwa die Waage. Der Besuch von Walking- oder freien Schwimmangeboten scheint dagegen eher ein Programm für die Zielgruppe der Präventionssportler zu sein: 92,0% (n=23) der Probanden, die einen Walking-Treff regelmäßig besuchen, sind ansonsten im präventiven Vereinssport aktiv, 8,0% (n=2) entstammen dem Fitnesssport. Dabei handelt es sich zumeist um Frauen (Fitnesssportler: 100%; Präventionssportler: 69,6%; n=16). Schwimmangebote werden zu 87,1% (n=27) von Präventionssportlern genutzt, 12,9% (n=4) sind im Übrigen im Fitnesssport aktiv. Auch hier ist ein Überhang der weiblichen Sportler erkennbar (Fitnesssportler: 75,0%, n=3; Präventionssportler: 63,0%; n=17).

Exkurs: Angebotspartizipation und Gesundheit

Die aus geschlechts- und altersdifferenzierenden Befunden bekannte Wechselwirkung zwischen der Angebotspartizipation der Probanden und der subjektiven Gesundheit liefert auch in einer Differenzierung der Sportlergruppen interessante Erkenntnisse: Eine Unterscheidung nach den Gesundheitssportdimensionen zeigt im Wesentlichen folgende Erkenntnisse: Ein sukzessiver Anstieg der Mittelwerte in der Sportnutzung ist deutlich für die Fitnesssportler unter den Probanden nachzuweisen. Schätzen diese ihren Gesundheitszustand schlecht ein, ist im Mittel ein Sportangebot belegt. Dieser Wert steigt bis auf 1,42 Angebote, wenn die Probanden ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ einschätzen. Rehabilitationssportler hingegen weisen mit einem Angebot eine relativ stabile Sportaktivität durch alle Stufen der subjektiven Gesundheit auf. Auffällig ist das hohe Aktivitätsniveau der Präventionssportler bei schlechter Einschätzung der eigenen Gesundheit ($M=1,4$, $SD=0,507$), das mit Negativrichtung der Bewertung abfällt (auf $M=1,18$; $SD=0,586$). Die Korrelation der beiden Merkmale ist jedoch nur für die Gruppe der Fitnesssportler signifikant (Pearson-R: 0,93; $p= .054$). Die Negativkorrelation der Items in der Gruppe der Präventionssportler erreicht lediglich einen Wert von $- .050$ (Pearson-R), und auch kein nennenswertes Signifikanzniveau. Eine Interpretation dieses Befundes gestaltet sich nicht nur aufgrund der uneinheitlichen Signifikanzlage schwierig. Aus motivationspsychologischen Überlegungen heraus könnte vermutet werden, dass Probanden der Präventionsgruppe erst mit steigendem „Leidensdruck“ im gesundheitlichen Befinden zu einer vermehrten sportlichen Aktivität finden. Je schlechter sie ihren Gesundheitszustand einschätzen, desto eher lassen sie sich zu einem Mehr an Sportinterventionsmaßnahmen motivieren – zumindest in der Tendenz. Fitnesssportler hingegen entwickeln offensichtlich eine Wechselwirkung zwischen erlebtem Gesundheitszustand und Sportaktivität: Je besser sie sich fühlen, je aktiver werden sie und umgekehrt. Ein positiver Gesundheitszustand ergibt sich sicher aber auch durch eine zunehmende sportliche Aktivität. Hier spielt vermutlich auch der erlebte Fitnessgrad der Probanden eine große Rolle, der von einer steigenden Angebotspartizipation beeinflusst wird. Für die Population der Jugendlichen konnte bereits SYGUSCH (2000, 131ff) dieses Zusammenspiel nachweisen.

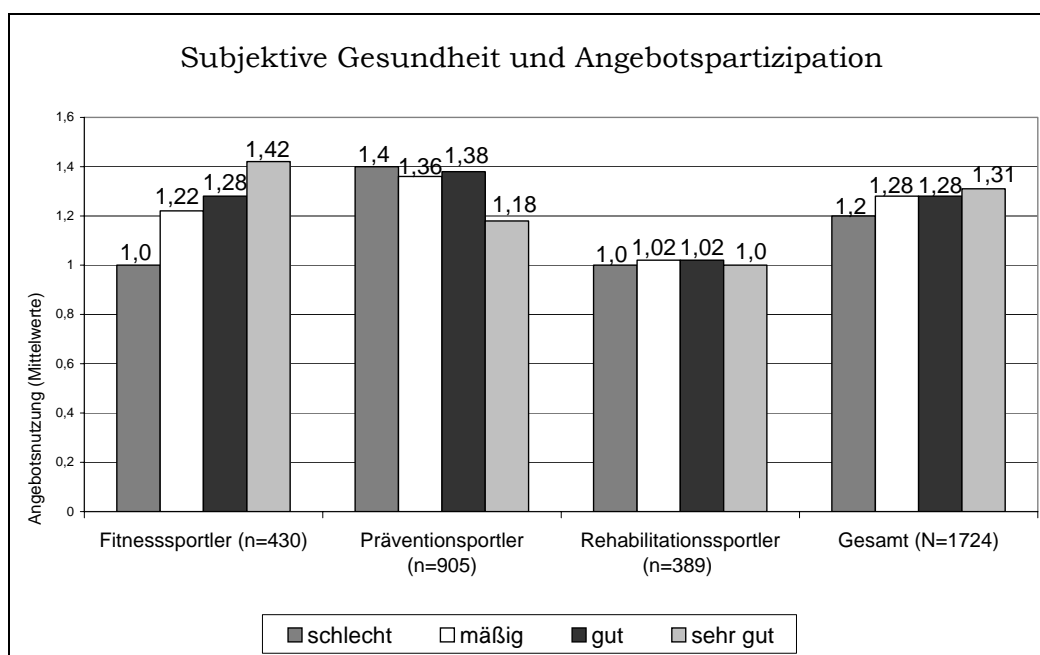


Abb. 6-35: Angebotspartizipation in Abhängigkeit der subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes, nach Sportlergruppen kategorisiert (Angabe von Mittelwerten; $N=1752$)

Rehabilitationssportler schließlich agieren unabhängig vom Gesundheitserleben nahezu einheitlich in eingeschränktem Maße sportlich aktiv. Sie sind in aller Regel in einem Angebot zu finden, das ihren spezifischen Bedürfnissen gerecht wird und ihnen damit als Maß eines gesundheitsförderlichen Verhaltens durch Sport zu genügen scheint. Darüber hinaus scheint kein Motivationsreiz zur sportlichen Betätigung auszustrahlen.

Exkursende

Fazit

Das zentrale Ergebnis zur Angebotspartizipation der Sportlergruppen liegt im quantitativ höheren Aktivitätsgrad der Fitness- und Präventionssportler, der sich über alle drei Angebotskategorien zieht: das Gesamtmaß an besuchten Angeboten, die Teilnahme an zusätzlichen, fachsportlich ausgerichteten Angeboten, die Aktivität in freien Bewegungsangeboten und nicht zuletzt die (frühere) Aktivität im Bereich des wettkampfbetriebenen Sports:

- Fitnesssportler zeigen sich gemessen an der Gesamtzahl der besuchten Sportangebote signifikant aktiver als Sportler der Rehabilitation.
- Für jene Gruppe gilt im Mittel die Teilnahme an einem Angebot, also eine stark zielgerichtete, auf das gesundheitliche Anforderungsprofil abgestimmte Bewegungstätigkeit, die über das therapeutische Sportmaß nicht hinausgeht.
- Weder das Alter noch das Geschlecht geht dabei eine Wechselwirkung zum Sportlertyp ein.

Es zeigt sich damit, dass Fitnesssportler die Aktivsten unter den Freizeit- und Gesundheitssportlern sind, wobei nicht festgestellt werden kann, ob ein größeres Ausmaß an Sportaktivität diese Probanden „fitter“ macht und damit in die Lage versetzt, ein Mehr an Sportaktivität zu zeigen als die übrigen Gruppen, oder ob eine größere gesundheitliche Fitness durch eine geringere Belastung des objektiven Gesundheitszustandes (vgl. Abschnitt 6.1) die Voraussetzung für eine höhere Aktivität liefert. Für die Gruppe der Rehabilitationssportler kann festgehalten werden, dass diese äußerst zielorientiert in Bezug auf eine gesundheitliche Intervention im Verein aktiv sind. Der Besuch einer therapeutischen Bewegungsmaßnahme kennzeichnet die sportliche Aktivität dieser Gruppe. Eine Nutzung von zusätzlichen Angeboten und damit weiterführende Integration dieser Probanden in das Sportangebot des Vereins scheint darüber hinaus kaum möglich. Das lässt eine spezifisch der Krankheitstherapie verpflichteten Sportmotivation der Rehabilitanden vermuten, die im folgenden Abschnitt (6.4.1) zu klären sein wird.

- Die zusätzliche sportliche Aktivität in einem Angebot, das inhaltlich dem Betreiben einer bestimmten Sportart folgt, ist unter Fitness- und Präventionssportlern tendenziell signifikant höher als unter Rehabilitationssportlern. Dieser Befund ist unabhängig von einer Wechselwirkung mit dem Geschlecht.
- Im Altersverlauf steigt eine solche Aktivität unter Rehabilitationssportlern mit dem Alter an. Fitnesssportler sind vor allem in einer mittleren Altersphase, zwischen 27 und 60 Jahren zusätzlich

in Fachsportangeboten aktiv. Präventionssportler sind dort vor allem in sehr jungen Jahren (unter 27 Jahren) oder im höheren Alter (ab 61 Jahre) zu finden.

- Korrespondierend dazu stehen Befunde zu einer (früheren) Aktivität im Wettkampfsport, wonach Rehabilitationssportler signifikant seltener eine solche angeben als Fitness- und Präventionssportler.
- Für alle Sportlergruppen gilt hierbei ein signifikant höheres Potential an einer (früheren) Aktivität im Wettkampfsport der männlichen im Vergleich zu weiblichen Sportlern.

Möglicherweise steckt hinter diesem Effekt bei Präventionssportlern die Phase der Umorientierung von einer Aktivität in einer Sportart hin zum präventiv orientierten Sport, die sich mit zunehmendem Alter verfestigt und auf den Präventionssport festlegt. Interessant wäre in diesem Zusammenhang, ob eine spätere Aktivität in einer Sportart in der ursprünglichen gesucht wird oder nicht. Rehabilitationssportler hingegen mögen erst durch eine sportliche Aktivierung verschiedene Möglichkeiten des Bewegungsrahmens im Verein kennen lernen und so mit fortgeschrittenem Alter in ein Fachsportangebot finden. Zu vermuten wäre auch, dass eine Reaktivierung von ehemals im Wettkampfsport aktiven Rehabilitationssportlern weniger gut gelingt. Damit stellt sich die Frage, ob Rehabilitationssportler im Verein als Neueinsteiger in den Sport gelten können, die aus dem Druck der Gesundheitsverschlechterung heraus aktiviert werden, und inwiefern Sportler mit einem vergleichbaren Krankheitsprofil in Phasen der akuten gesundheitlichen Bedrohung dem Rehabilitationssport zugewandt sind oder in altersadäquaten Angeboten der ehemals betriebenen Sportart rekrutiert werden. Diese Vermutungen haben jedoch spekulativen Charakter und wären in weiteren Untersuchungen zu prüfen.

- Reichern Präventionssportler ihr Bewegungsprogramm durch freie Angebote an, wählen sie klassische, als gesundheitsorientiert bekannte Sportarten wie Schwimmen oder Walking.
- Fitnesssportler sind dagegen außerhalb ihrer Vereinsangebote regelmäßig im Fitnessstudio oder bei Lauftreffs zu finden.
- Für Rehabilitationssportler konnte angesichts des quantitativ verschwindend geringen Ausmaßes an Zusatzaktivitäten keine Präferenz in den Angeboten ausgemacht werden.

Präventionssportler unterstreichen also ihre Bewegungstätigkeit durch ein weiteres Maß an präventivem Sportverhalten. Einen Ausgleich ihres Sportangebotes suchen sie in Programmen, die per se in die Palette der gesundheitsorientierten Aktivitäten eingereiht werden mögen. Die Nutzung des Sportangebotes im Verein durch Präventionssportler scheint danach ganz ihrer gesundheitlichen Ausrichtung zu folgen. Fitnesssportler verhalten sich parallel dazu gemäß ihrer erwarteten Sportnutzung: Im Fitnessstudio und beim Lauftraining steht die weitere Fitnessförderung im Vordergrund.

In der Gesamtschau bleibt festzuhalten, dass sich bezüglich der Angebotspartizipation und in Aspekten der Sportbiographie eine höhere Ähnlichkeitsdichte zwischen der Gruppe der Fitness- und Präventionssportler einstellt, während sich Sportler der Rehabilitationsgruppe davon deutlich absetzen. Diese zeigen sich weniger aktiv, seltener dem Sport in anderen Erscheinungsformen als mit einer rehabilitativen Ausrichtung zugewandt und weniger häufig an einer selbstständigen Sportausübung im Verein (z.B. Schwimmen, Fitnessstudio) interessiert.

6.4 Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein

Freizeit- und Gesundheitssportler können ihre sportliche Aktivität in einem Verein unterschiedlich wahrnehmen. Die Qualität dieser Wahrnehmung ist im Rahmen der Frage nach der Verankerung der sportlichen Aktivität und des Sportvereins in das subjektive Konzept der Freizeit- und Gesundheitssportler in zweifacher Hinsicht von Interesse: Zum einen liefert sie Rückschlüsse auf die Zugangswege des Sportlers in den Verein und in das gewählte Sportangebot. Dies schließt auch Erkenntnisse über die Motivationslage der Probanden zur sportlichen Aktivierung mit ein. Zum anderen bieten Befunde darüber, wie die Aktiven die Sporttätigkeit im Verein wahrnehmen, mit welchen Gefühlen dies begleitet wird und welche gesundheitlichen Konsequenzen beinhaltet sind, die Möglichkeit, auf das subjektive Konzept der Probanden von ihrer Sporttätigkeit zu schließen. Nicht zuletzt kann mit der Kenntnis dieser Faktoren der Versuch unternommen werden, Kennzeichen des sportbezogenen Gesundheitserlebens als ein Merkmal des Gesundheitsverhaltens zu formulieren.

6.4.1 Aktivierungs- und Programmmotivation

Zur Klärung der Aktivierungs- und Programmmotivation (vgl. hierzu Befunde aus Abschnitt 5.4.1) werden die Aspekte möglicher Motive für die Vereinswahl, Motive für die Wahl des spezifischen Sportangebots, die Motivlage bei der Entscheidung für den Gesundheitssport sowie die Zugangswege zum Sportverein genutzt.

Aufmerksamkeit für den Sportverein

Zur Erfassung der Zugangswege zum Sportverein wurden die Angaben der Probanden darüber genutzt, durch welche Personengruppe oder Institution sie auf den gewählten Sportanbieter aufmerksam wurden (geschlossene Fragestellung, dichotome Codierung). In der Rekrutierung für den jeweiligen Sportverein können in Abhängigkeit der Sportlergruppen klare „Zugangsfavoriten“ identifiziert werden (vgl. Abb. 6-35):

„Aufmerksamkeit für den Sportverein durch...“	X ² -Wert	df	p-Wert
Familie/Freunde	88,287	2	< .001
Behandelnder Arzt	532,260	2	< .001
Krankenkasse	85,380	2	< .001
Eigene Suche nach geeignetem Sportanbieter	42,458	2	< .001
Andere Vereinsmitglieder	13,276	2	= .001
Lokalpresse	5,889	2	= .053

Tab. 6-35: Chi-Quadrat-Statistik zu Unterschieden der Sportlergruppen im Zugangsweg zum Sportverein (Es werden nur signifikante Ergebnisse berichtet.) (N=1712)

Fitness- und Präventionssportler finden signifikant häufiger über Empfehlungen von Teilnehmern des engsten sozialen Netzes, nämlich Familienmitgliedern und Freunden in den Sportverein als Rehabilitanden (vgl. Tab. 6-35). Dabei ist auch der Zugang von Fitnesssportlern über den Zuspruch von Freunden bzw. Familienmitgliedern signifikant häufiger der Fall als von Präventionssportlern ($X^2=13,946$; $df=1$; $p<.001$). Rehabilitationssportler werden vorwiegend durch den behandelnden Arzt

und die Institution der Krankenkassen rekrutiert. Dies ist für die beiden übrigen Gruppen signifikant seltener. Der Zugangsweg über Eigeninitiative kommt bei Sportlern, die im Fitness- oder Präventionsbereich aktiv sind, signifikant häufiger vor als bei Rehabilitationssportlern, wobei sich die Bemühungen der Fitnesssportler (29,4%) und der Präventionsaktiven (30,1%) nicht signifikant voneinander unterscheiden. Identisch verhält es sich mit einer Rekrutierung der Sportlergruppen durch andere, bereits im Sportverein aktive Personen, die auf den Sportanbieter aufmerksam machen. Dies ist laut Chi-Quadrat-Tests zum Paarvergleich der Sportlergruppen für Fitness- und Präventionssportler signifikant häufiger der Fall als für Rehabilitanden, wobei auch hier die beiden erstgenannten Gruppen keinen bedeutsamen Unterschied eingehen (Fitness- und Rehabilitationssportler: $X^2=11,065$; $df=1$; $p= .001$; Präventions- und Rehabilitationssportler: $X^2=11,132$; $df=1$; $p= .001$). Etwaige Bemühungen des Vereins in Sachen Werbung und Medienpräsenz sprechen offenbar am ehesten die Probanden an, die nach einer Möglichkeit der präventiven Sportausübung suchen. Fitness- und Rehabilitationssportler werden hierüber signifikant seltener für den Verein angesprochen. In Einzelvergleichen hat sich diesbezüglich gezeigt, dass Präventionssportler signifikant häufiger durch die Präsenz des Sportvereins in lokalen Medien angesprochen werden als Fitnesssportler (Chi-Quadrat-Test: $X^2=5,897$; $df=1$; $p= .015$), während die übrigen Gruppenvergleiche in diesem Merkmal kein signifikantes Niveau eingehen. Darüber hinaus erscheinen Präventionssportler empfänglicher für Werbung des Vereins bei der Suche nach einem geeigneten Sportanbieter als Rehabilitationssportler (Chi-Quadrat-Test: $X^2=4,856$; $df=1$; $p= .028$), während sich die übrigen Sportlergruppen hierin nicht wesentlich unterscheiden.

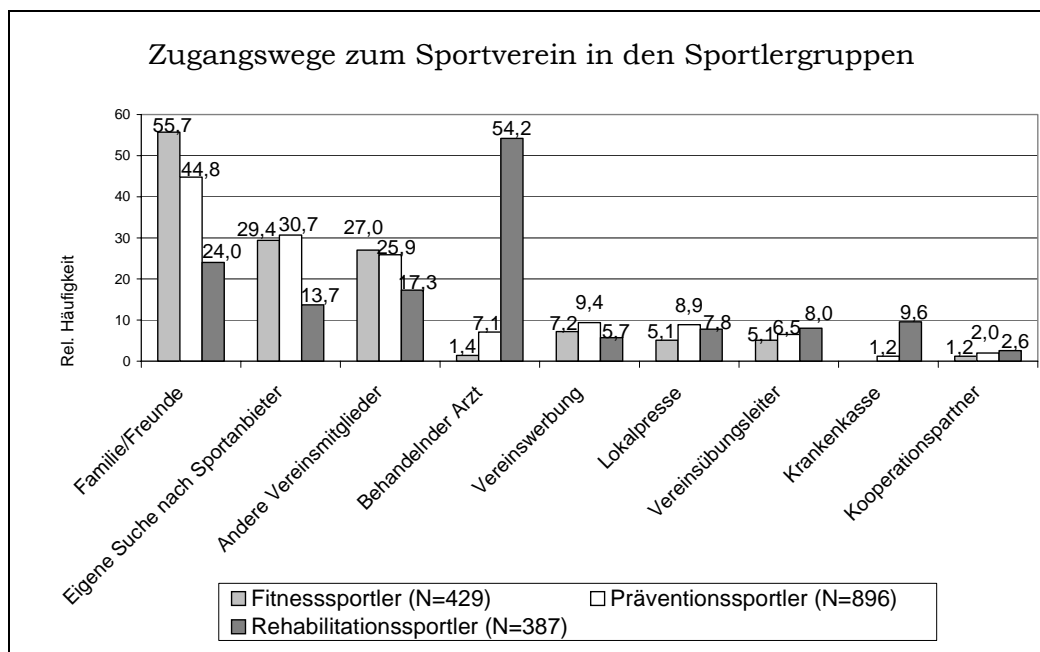


Abb. 6-36: Quellen der Aufmerksamkeit für den Sportverein, in Abhängigkeit der Sportlergruppen (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße; $N=1712$) (Mehrfachnennungen waren möglich)

Aufgrund von Chi-Quadrat-Tests relevante Ergebnisse zu einer geschlechtsspezifischen Analyse der Zugangswege zum Sportverein in den Sportlergruppen liefert Abb. 6-37. Daraus wird eine vergleichsweise Homogenität der Fitness- und Präventionssportlerinnen und –sportler deutlich, während sich Männer und Frauen, die im Rehabilitationssport aktiv sind, durchaus in einigen Items unterschei-

den. Dabei sind es jeweils die weiblichen Rehabilitationssportler, die signifikant häufiger durch Familienmitglieder bzw. Freunde ($X^2=24,047$; $df=1$; $p < .001$) oder durch Werbemaßnahmen des Vereins ($X^2=4,603$; $df=1$; $p = .032$) auf den Sportanbieter aufmerksam werden. Die Differenz hinsichtlich einer weiblichen Mehrheit, die über kooperative Verbindungen des Vereins (Schulen, Kindergarten, Apotheken, Betriebe etc.) zum Verein gefunden haben, verfehlt das Signifikanzniveau nur knapp ($X^2=3,750$; $df=1$; $p = .059$). Männliche Rehabilitationssportler hingegen finden signifikant häufiger mittels einer eigenen Suche nach dem passenden Sportanbieter ($X^2=4,016$; $df=1$; $p = .045$) oder auf Empfehlung des behandelnden Arztes ($X^2=18,580$; $df=1$; $p < .001$) in den Sportverein.

Für die Gruppe der Fitnesssportler lässt sich im Geschlechtervergleich lediglich festhalten, dass Frauen signifikant häufiger durch Rekrutierungen aus dem Familien- und Freundeskreis zum Sportverein stoßen als Männer ($X^2=3,937$; $df=1$; $p = .047$). Männer, die an einer präventiven Sportausübung interessiert sind, finden hochsignifikant häufiger aufgrund einer wahrgenommenen Vereinswerbung ($X^2=6,710$; $df=1$; $p = .010$) und durch Kooperationspartner ($X^2=5,979$; $df=1$; $p = .014$) ihren Sportanbieter.

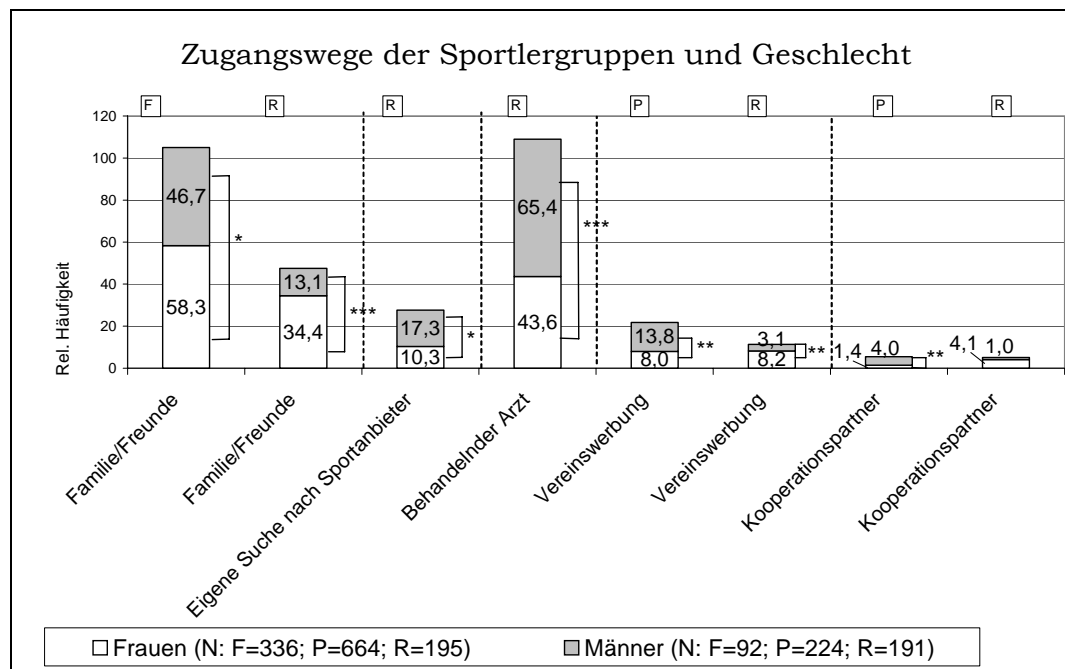


Abb. 6-37: Quellen der Aufmerksamkeit für den Sportverein in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße: F=Fitness-, P=Präventions-, R=Rehabilitationssportler), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus des Geschlechtervergleichs: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ (Es werden nur signifikante Ergebnisse auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests berichtet.)

Die Ergebnisse eines altersabhängigen Vergleichs in den Sportlergruppen auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests bestätigen grundsätzliche Vermutungen (vgl. Abb. 6-38): Die Lenkung der Aufmerksamkeit für einen Sportverein von Fitness- und Präventionssportlern durch den Familien- und Freundeskreis ist umso häufiger zu beobachten, je jünger diese sind (Fitnesssportler: $X^2=15,430$; $df=3$; $p = .001$). Für Rehabilitationssportler ist hier kein Effekt des Alters zu erkennen. Für diese Gruppe gilt jedoch: Je jünger sie sind, desto effektiver scheinen in der Aufmerksamkeitssteuerung vereinsorganisierte Maßnahmen der Medienpräsenz ($X^2=8,454$; $df=3$; $p = .038$) oder Werbeaktionen zu sein

($X^2=23,621$; $df=3$; $p<.001$). Gleichzeitig steigt jedoch die Häufigkeit des Zugangs über Empfehlungen des behandelnden Arztes höchstsignifikant mit dem Alter der Rehabilitationssportler an ($X^2=16,915$; $df=3$; $p=.001$).

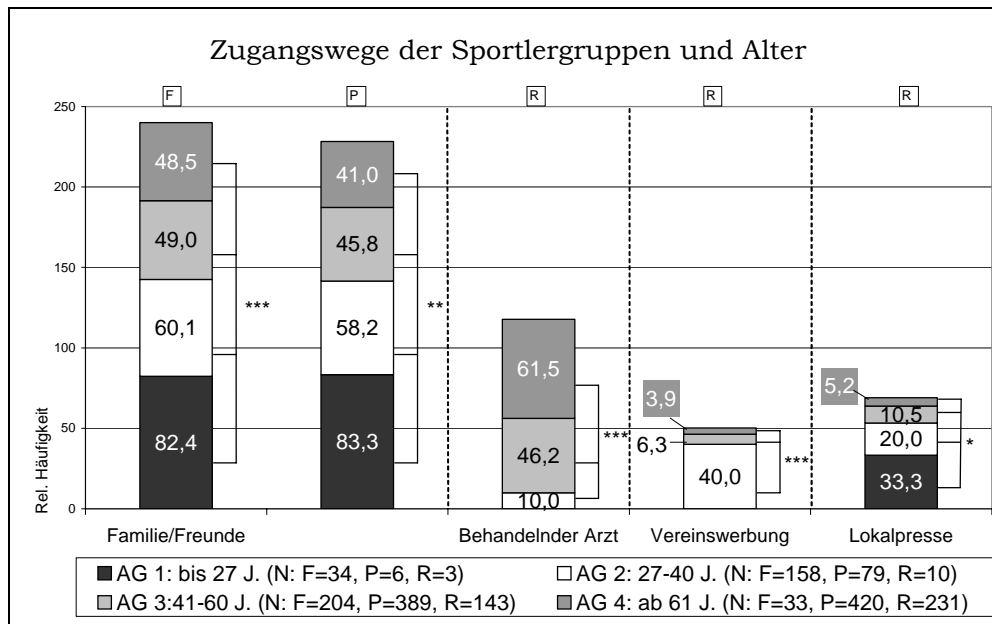


Abb. 6-38: Zugangswege der Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße: F=Fitness-, P=Präventions-, R=Rehabilitationssportler), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus im Altersgruppenvergleich: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ (Es werden nur signifikante Ergebnisse auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests berichtet.)

Motive für die Vereinswahl

Eine Differenzierung der Angaben zu den Motiven bei der Wahl des Sportanbieters nach den Sportlergruppen, welche mittels Chi-Quadrat-Tests im Paarvergleich ermittelt wurden, zeigt, dass sich Präventionssportler bei ihrer Entscheidung vor allem durch Argumente des Angebotes selbst sowie die subjektiv bewertete Qualität der Übungsleiter leiten lassen (vgl. Abb. 6-39). Diese Aspekte erscheinen Sportlern, die ein präventives Sportangebot besuchen, signifikant einflussreicher bei der Vereinswahl als Fitnesssportlern (Item „Überzeugendes Angebot“: $X^2=6,068$; $df=1$; $p=.014$; Item „Überzeugende Übungsleiter“: $X^2=22,436$; $df=1$; $p<.001$). Auch im Vergleich zu Rehabilitationssportlern spielt für Aktive des Fitnesssports die Stimmigkeit des Angebots ($X^2=18,857$; $df=1$; $p<.001$) und die Überzeugungskraft der Übungsleitung ($X^2=7,950$; $df=1$; $p=.005$) eine signifikant größere Rolle bei der Vereinsentscheidung. Bezüglich der Bedeutung der Übungsleitung unterscheiden sich Präventions- und Rehabilitationssportler hingegen nicht, wohl aber in der Bewertung der Qualität des Angebotes als Motiv der Vereinswahl ($X^2=54,117$; $df=1$; $p<.001$).

Fitnesssportler legen darüber hinaus bei der Entscheidung für oder gegen die Aufnahme einer Sportaktivität im Verein mehr Aufmerksamkeit auf einen günstigen Beitrag als dies Präventionssportler ($X^2=9,984$; $df=1$; $p=.002$) oder Rehabilitationssportler tun ($X^2=12,489$; $df=1$; $p<.001$). Auch die „Überzeugungsarbeit“ von Freunden und Bekannten fruchtet bei Fitnesssportlern häufiger als bei Präventions- ($X^2=5,042$; $df=1$; $p=.025$) oder Rehabilitationssportlern ($X^2=26,594$; $df=1$; $p<.001$).

Stehen Personen aus der Zielgruppe des Rehabilitationssports vor der Entscheidung, in einem Verein ein Angebot aufzunehmen, spielen die Aspekte des angebotenen Rahmenprogramms, des gesundheitlichen Gesamtkonzeptes des Sportvereins, der ärztlichen Betreuung während der Sportausübung und der Empfehlung des Arztes bzw. der Krankenkasse eine signifikant größere Rolle als dies für die übrigen Sportlergruppen der Fall wäre. Dem vom Verein offerierten Rahmenprogramm messen dabei Rehabilitationssportler mehr Bedeutung bei als Fitnesssportler ($X^2=25,848$; $df=1$; $p < .001$), so wie es auch für Präventionssportler mehr „Entscheidungsgewicht“ in die Waage legt als für Fitnesssportler ($X^2=22,569$; $df=1$; $p < .001$). Präventions- und Rehabilitationssportler unterscheiden sich jedoch nicht im Bedeutungsmaß, das dem Rahmenprogramm bei der Vereinswahl beigemessen wird.

Auf das gesundheitliche Gesamtkonzept des Sportvereins legen Rehabilitationssportler insgesamt mehr Wert als Präventionssportler ($X^2=17,442$; $df=1$; $p < .001$) und Fitnesssportler ($X^2=75,509$; $df=1$; $p < .001$). Aktive des präventiven Sports sehen hierin ebenfalls ein gewichtigeres Argument als Sportler, die im Fitnessbereich aktiv sind ($X^2=36,251$; $df=1$; $p < .001$).

Erwartungsgemäß erfahren die Aspekte der ärztlichen Betreuung im Verein und die Empfehlung des Sportvereins durch den Arzt oder die Krankenkassen unter Rehabilitationssportlern signifikant häufiger Zuspruch als Motive zur Vereinswahl als unter den beiden übrigen Sportlergruppen (Item „Vorschlag des Arztes/der Krankenkasse“: Fitness- vs. Rehabilitationssportler: $X^2=209,256$; $df=1$; $p < .001$; Präventions- vs. Rehabilitationssportler: $X^2=260,767$; $df=1$; $p < .001$; Item „Ärztliche Betreuung“: Fitness- vs. Rehabilitationssportler: $X^2=172,604$; $df=1$; $p < .001$; Präventions- vs. Rehabilitationssportler: $X^2=289,912$; $df=1$; $p < .001$). Diese Argumente werden auch von Fitness- und Präventionssportlern als Momente im Zusammenhang der Entscheidung für einen Sportverein benannt, und werden hierbei signifikant häufiger von Präventionssportlern als Entscheidungskriterium angesehen als von Fitnesssportlern (Item „Ärztliche Betreuung“: $X^2=4,118$; $df=1$; $p = .041$; Item „Vorschlag des Arztes/der Krankenkasse“: $X^2=15,068$; $df=1$; $p < .001$).

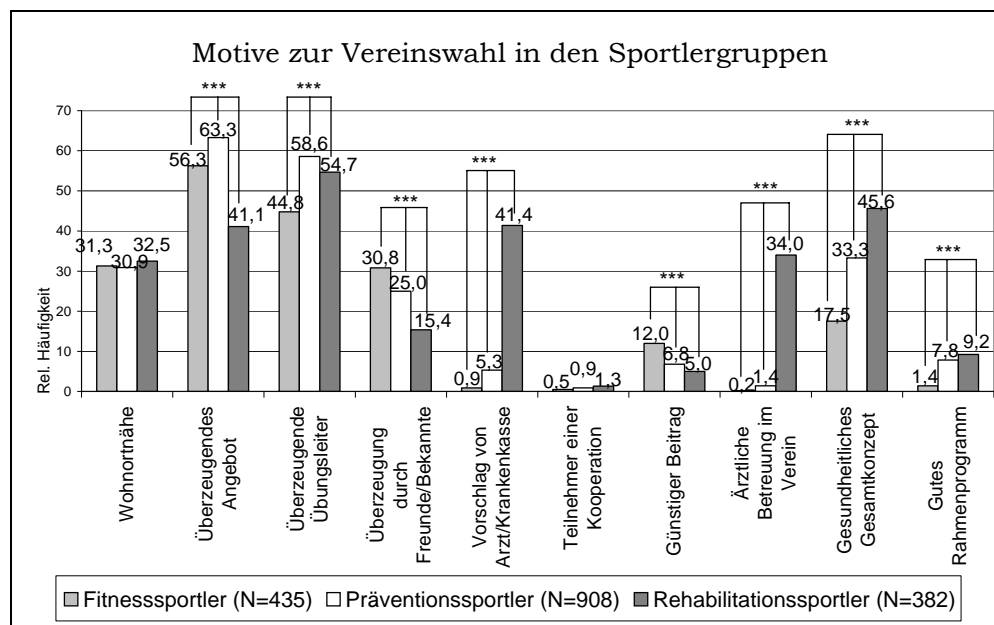


Abb. 6-39: Motive zur Vereinswahl in Abhängigkeit der Sportlergruppen (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus des Gruppenvergleichs auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests: *** $p \leq .001$ (Mehrfachnennungen waren möglich) (N=1725)

Bezüglich der Geschlechterpräferenzen in den Sportlergruppen, die ebenfalls mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests geprüft wurden, ergeben sich vor allem für Aktive des Fitnesssports signifikante Unterschiede (vgl. Abb. 6-40): Frauen, die sich im Fitnessbereich des Vereins sportlich betätigen, haben bei ihrer Entscheidung für den Verein signifikant häufiger die Übungsleiter „auf den Prüfstand gestellt“ als Männer ($X^2=6,434$; $df=1$; $p= .011$). Für männliche Fitnesssportler hingegen waren signifikant häufiger die Aspekte des günstigen Beitrags ($X^2=8,011$; $df=1$; $p= .005$), eines guten Rahmenprogramms ($X^2=7,395$; $df=1$; $p= .007$) und das Argument des stimmigen Angebots ($X^2=4,022$; $df=1$; $p= .045$) Ausschlag gebend.

Weibliche Probanden, die vor der Wahl eines Sportanbieters standen und einen präventiv ausgerichteten Sport ausüben wollten, haben sich dabei signifikant häufiger als männliche von der Bewertung des Rahmenprogramms leiten lassen ($X^2=4,480$; $df=1$; $p= .034$). Männliche Aktive des Präventionssports hingegen gaben den Zugangsweg über ein Kooperationsprogramm des Vereins mit dem Sportverein (z.B. Betrieb/Firma, Apotheke) häufiger als Entscheidungsmotiv an als weibliche ($X^2=4,481$; $df=1$; $p= .034$).

Für männliche Rehabilitationssportler spielten medizinische Organisationsargumente signifikant häufiger eine Rolle bei der Vereinswahl als für weibliche. Dies gilt sowohl für das Motiv der ärztlichen Betreuung im Verein ($X^2=13,735$; $df=1$; $p< .001$) als auch für die Empfehlung durch den Arzt oder die Krankenkasse ($X^2=17,241$; $df=1$; $p< .001$).

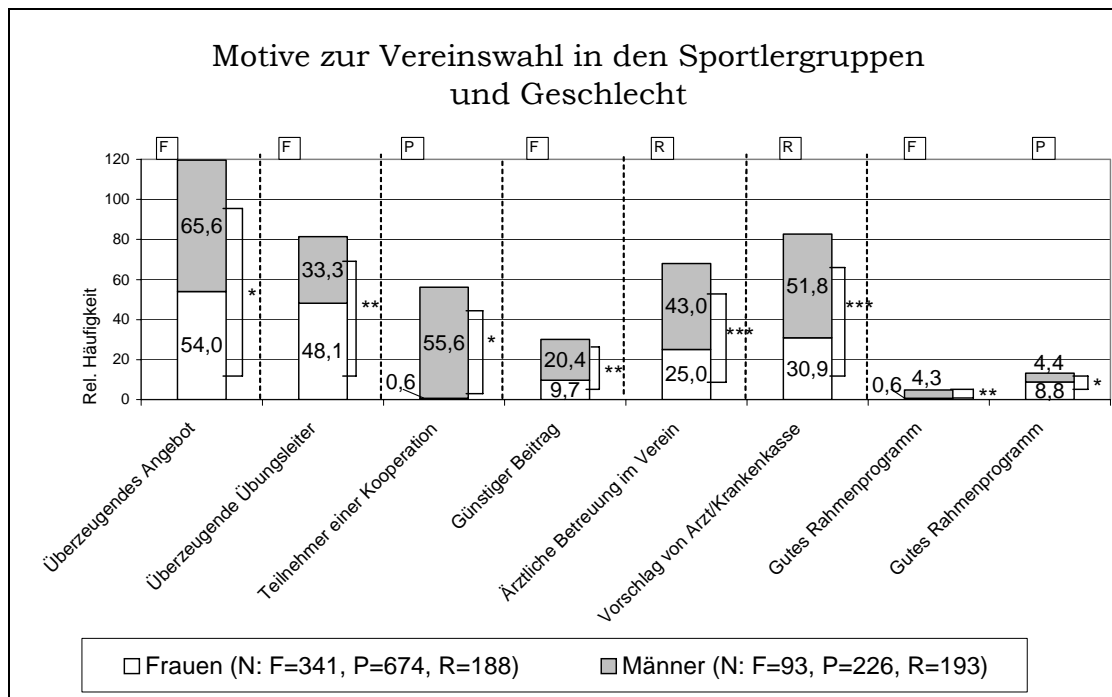


Abb. 6-40: Motive zur Vereinswahl in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebenen Teilstichprobengröße: F=Fitness-, P=Präventions-, R=Rehabilitationssportler), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus des Geschlechtervergleichs: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$, * $p \leq .05$ (Es werden nur signifikante Ergebnisse auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests berichtet.)

Im Altersverlauf zeigen die Sportlergruppen nur einige signifikante Unterschiede auf (vgl. Tab. 6-36): Danach wird die Bedeutung der ärztlichen Betreuung im Verein für die Wahl des Sportanbieters unter

Fitness- und Rehabilitationssportlern umso häufiger von Bedeutung eingestuft, je älter die Probanden sind. Dagegen nehmen die Aspekte der Überzeugung durch Freunde bzw. Bekannte und ein günstiger Vereinsbeitrag für Fitnesssportler mehr und mehr ab, je älter sie sind. Insbesondere die 27- bis 40-Jährigen zeigen sich am wenigsten von diesem Faktor beeinflusst.

Auch für Präventionssportler spielt der Zuspruch aus dem Freundes- und Bekanntenkreis mit zunehmendem Alter immer weniger eine Rolle bei der Vereinswahl. Geben Präventionssportler, die unter 27 Jahren alt sind, noch zu über 80% an, dass dieser Faktor bei der Entscheidung für den Verein eine Rolle gespielt habe, tut er dies für die ältesten Präventionssportler nicht einmal mehr in einem Viertel der Fälle. Dagegen gewinnt die Bewertung des vom Verein gebotenen Rahmenprogramms mit dem Alter der Präventionsaktiven an Bedeutung.

Für Rehabilitationssportler steigt erwartungsgemäß das argumentative Gewicht der ärztlichen Fürsprache und Betreuung während der Sportausübung sukzessive mit dem Alter an. Diese Elemente werden von den jüngsten unter den Rehabilitanden als absolut unwichtig bei der Wahl des Vereins eingestuft (0%) und erreichen bis zu den ältesten Sportlern der Gruppe einen Zuspruch von über einem Drittel („ärztliche Betreuung“) bzw. annähernd der Hälfte („Vorschlag des Arztes/der Krankenkasse“).

Sportlergruppe/ Item Motiv zur Vereinswahl/ Chi-Quadrat-Statistik	AG 1 (bis 26 Jahre)	AG 2 (27-40 Jahre)	AG 3 (41-60 Jahre)	AG 4 (ab 61 Jahre)
Fitnesssportler (N=435)	(n=34)	(n=160)	(n=208)	(n=33)
Überzeugung durch Freunde/Bekannte	50,0	25,6	32,2	27,3
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=8,277$; $df=3$; $p= .041$				
Überzeugungsfaktor „ärztliche Betreuung“	0,0	0,0	0,0	3,0
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=12,210$; $df=3$; $p= .007$				
Günstiger Beitrag	26,5	13,8	9,6	3,0
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=10,875$; $df=3$; $p= .012$				
Präventionssportler (N=906)	(n=6)	(n=79)	(n=393)	(n=428)
Überzeugung durch Freunde/Bekannte	83,3	25,3	25,2	24,1
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=11,082$; $df=3$; $p= .011$				
Gutes Rahmenprogramm	0,0	5,1	4,8	11,2
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=13,019$; $df=3$; $p= .005$				
Rehabilitationssportler (N=382)	(n=3)	(n=11)	(n=140)	(n=228)
Überzeugungsfaktor „Ärztliche Betreuung“	0,0	0,0	29,3	39,0
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=11,169$; $df=3$; $p= .011$				
Vorschlag des Arztes/der Krankenkasse	0,0	27,3	33,6	47,4
Chi-Quadrat-Statistik: $X^2=9,911$; $df=3$; $p= .019$				

Tab. 6-36: Motive zur Wahl des Sportvereins als Anbieter des Gesundheitssports in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße), inkl. Angabe des Chi-Quadrat-Statistiken (Es werden nur signifikante Ergebnisse berichtet.)

Motivierung für die jeweilige Angebots(aus)wahl

Zur Analyse der Motivlage für die von den Probanden gewählte Angebots(aus)wahl werden jene Faktoren betrachtet, die sich aus faktorenanalytischen Untersuchungen aus den neun Items zu möglichen Motiven, warum sich die Probanden für das jeweilige Sportangebot entschieden haben, betrachtet (vgl. Abschnitt 5.4.1). Daraus wurden zwei Faktoren extrahiert, die mit den Titeln „medizinisch-gesundheitliche“ und „psycho-soziale Rahmenbedingungen“ überschrieben wurden. Abb. 6-41 verdeutlicht die Ausprägung der Faktorenwerte in den Sportlergruppen und stellt grafisch dar, wie die Bedeutung „medizinisch-gesundheitlicher Rahmenbedingungen“ eines Sportangebots von den Fitness- über die Präventions- zu den Rehabilitationssportlern zunimmt, jene der „psycho-sozialen Rahmenbedingungen“ jedoch über die Sportlergruppen hinweg abnimmt. Personen, die im Fitnesssport aktiv sind, lassen sich in der Wahl ihrer Angebote dabei vor allem durch Aspekte der psycho-sozialen Umstände leiten ($M=0,137$), während dies für Rehabilitationssportler eher von geringer Bedeutung ist ($M=-0,299$). Die Rolle von medizinisch-gesundheitlichen Faktoren, die bei der Entscheidung für ein Sportangebot von den Probanden bewertet werden, spielt für Fitnesssportler eine deutlich geringere Bedeutung als dies psycho-soziale Aspekte tun. In der Gruppe der Rehabilitanden dreht sich das Bild erwartungsgemäß um: Diese Sportler stufen die medizinisch-gesundheitlichen Leistungen des Sportangebots deutlich höher ein als psycho-soziale Aspekte. Präventionssportler nehmen in beiden Faktoren eine Mittelstellung zwischen Fitness- und Rehabilitationssportlern ein.

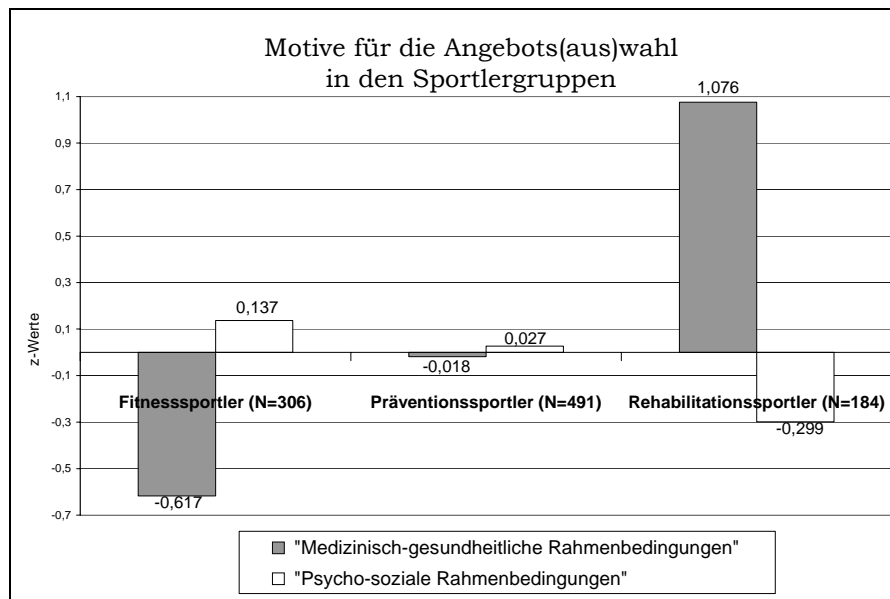


Abb. 6-41:
Motivfaktoren für die Angebots(aus)wahl in den Sportlergruppen (Angabe von z-Werten) (N=981)

Zur Klärung des Gesamteffekts wurde eine univariate Varianzanalyse berechnet, wobei als Faktoren die Items „Sportlertyp“ inklusive des „Alters“ und „Geschlechts“ zur Prüfung möglicher Interaktionseffekte berücksichtigt wurden. Als abhängige Variablen wurden die beiden Faktoren der Motivation für die Angebots(aus)wahl eingesetzt: Faktor 1 – „Medizinisch-gesundheitliche“ und Faktor 2 – „psycho-sozialen Rahmenbedingungen“. Die Ergebnisse der Berechnungen sind aus Tab. 6-37 abzulesen. Danach übt allein der Organisationsrahmen auf die Motivlage in *medizinisch-gesundheitlichen Aspekten* des Sportangebots einen höchstsignifikanten Einfluss aus. Dieser Faktor leistet eine Varianzaufklärung von 13,2%. Post-hoc-Vergleiche (Bonferoni) sicherten die Differenzen zwischen allen Sportlergruppen auf höchstsignifikantem Niveau ab ($p < .001$).

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Faktor: „Medizinisch-gesundheitliche Rahmenbedingungen“^a				
Sportlertyp	2	72,705	< .001	0,132
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	5	0,849	n.s.	0,004
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,231	n.s.	0,000
Alter * Geschlecht	3	0,049	n.s.	0,000
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	1,848	n.s.	0,006
Fehler	959			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben	M	SD	N	
Fitnesssportler	- 0,617	0,724	306	
Präventionssportler	- 0,018	0,860	491	
Rehabilitationssportler	1,076	0,837	184	
Gesamt: N=979; M=0,0, SD=1,0				
Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Faktor: „Psycho-soziale Rahmenbedingungen“^b				
Sportlertyp	2	0,354	n.s.	0,001
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	5	1,089	n.s.	0,006
Sportlertyp * Geschlecht	2	1,206	n.s.	0,003
Alter * Geschlecht	3	1,684	n.s.	0,005
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	2,413	= .065	0,007
Fehler	959			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben	M	SD	N	
Fitnesssportler	0,137	0,838	306	
Präventionssportler	0,027	1,042	491	
Rehabilitationssportler	- 0,299	1,074	184	
Gesamt: N=979; M=0,0, SD=1,0				

Tab. 6-37: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte zu Faktoren der Angebotsmotivation (z-Werte) in Abhängigkeit der Sportlergruppen für die Faktoren „Medizinisch-gesundheitliche Rahmenbedingungen“^a und „Psycho-soziale Rahmenbedingungen“^b (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2_a=0,351$, $R^2_b=0,087$)

Es kann damit auf die Teilpopulationen der Gesundheits- und Freizeitsportler bezüglich ihrer Motivation von den Ergebnissen der Stichprobe übertragen werden, dass Aspekte der „medizinisch-gesundheitlichen Rahmenbedingungen“ solcher Sportprogramme für Rehabilitationssportler die größte Bedeutung bei der Auswahl der Sportangebote spielen, während Präventionssportler davon am wenigsten geleitet werden. Die Zuordnung zu einer Sportlerdimension kann demzufolge recht gut als Erklärungsfaktor für die Bewertung der medizinisch-gesundheitlichen Komponenten eines Sportange-

bots herangezogen werden. Aktive eines fitnessorientierten Sports legen hierauf erwartungsgemäß den vergleichsweise geringsten Wert (vgl. Tab. 6-37).

Wird der Faktor der „*psycho-sozialen Rahmenbedingungen*“ eines Sportangebotes betrachtet, ergibt sich kein signifikanter Haupteffekt der Organisationsform. Anhand der Mittelwertsverteilung kann konstatiert werden, dass psycho-soziale Rahmenbedingungen eines Sportangebots in der Bedeutung bei einer Angebotswahl unter Fitnesssportlern deutlich höher liegen als unter Präventionssportlern. Dieser Unterschied erweist sich anhand post hoc-Bonferoni-Test allerdings als nicht signifikant. Aktive des Rehabilitationssports hingegen messen diesem Komplex die geringste Bedeutung bei (vgl. Tab. 6-37). Dies tun sie höchstsignifikant weniger als Fitness- als auch als Präventionssportler (Bonferoni: $p < .001$).

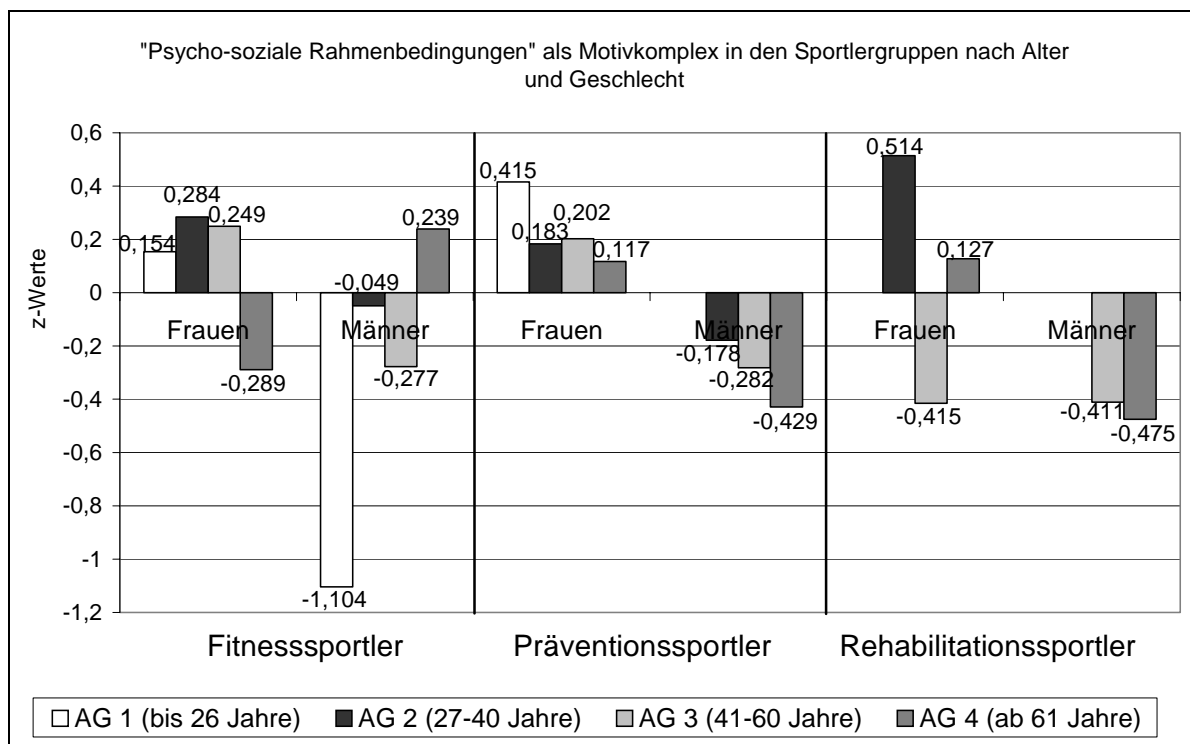


Abb. 6-42: Faktor 2 zur Motivation der Angebots(aus)wahl : „Psycho-soziale Rahmenbedingungen“, in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts (Angabe von z-Werten)

Darüber hinaus zeigt sich ein marginal signifikanter dreifaktorieller Interaktionseffekt der Variablen „Sportlertyp“, „Alter“ und „Geschlecht“ auf diesen Faktor der Entscheidungsmotivation (vgl. Tab. 6-37 und Abb. 6-42). Danach bewerten weibliche Präventionssportler diesen Aspekt in seiner Bedeutung für die individuelle Angebots(aus)wahl grundsätzlich höher als ihre männlichen Sportkollegen. Für beide Geschlechter sinkt diese Bedeutung jedoch mit dem Alter der Sportler. Unter Fitnesssportlern liegt eine ähnliche Ausgangssituation in der Altersgruppe „bis 26 Jahre“ vor, die allerdings bezüglich der Mittelwerte noch deutlicher die Bewertung der weiblichen von jener der männlichen Sportler trennt. Für weibliche wie auch für männliche Fitnesssportler steigt die Bedeutung zu den 27- bis 40-Jährigen dieses Faktors an. Mit zunehmendem Alter der aktiven Männer wird der Aspekt der „psycho-sozialen Rahmenbedingungen“ eines Sportangebotes als verstärkt wichtig beurteilt, während er unter

den älteren Frauen deutlich an Kraft verliert. Die Interpretation der altersabhängigen Entwicklung bei den Geschlechtern der Rehabilitationssportgruppe steht grundsätzlich vor dem Problem der lückenhaften Datenlage, da hier z.T. keine Angaben der Altersgruppe 1 und 2 vorliegen. Für die verbleibenden Altersgruppen lässt sich lediglich eine verschwindende Bedeutung des Faktors mit ansteigendem Alter der Männer konstatieren. Unter weiblichen Rehabilitanden werden psycho-soziale Gesichtspunkte eines Sportangebotes bei der Auswahl der Programme zunächst als bedeutsam bewertet (Altersgruppe 2), um zu den 41- bis 60-Jährigen wieder an Einfluss zu verlieren. Erst mit einem Alter über 61 Jahren entdecken weibliche Rehabilitationssportler offensichtlich wieder den Wert dieses Faktors bei ihrer Entscheidung für ein Sportangebot im Verein.

Fazit

In den Repräsentationen der Aktivierungs- und Programmmotivation ergeben sich maßgebliche Unterschiede zwischen den Sportlergruppen, die zu einer stärkeren Abgrenzung der Rehabilitationssportler von den Präventions- und Fitnesssportlern führen:

- Rehabilitationssportler finden signifikant häufiger über Institutionen und Personenkreise in den Sportverein, die unmittelbar mit ihrem Gesundheitszustand in Verbindung stehen, nämlich Krankenkassen und Ärzte. Dies ist umso wahrscheinlicher, je älter die Probanden sind.
- Präventionssportler werden signifikant häufiger über ein enges soziales Netz in den Sportverein, das durch Familienmitglieder und Freunde gebildet wird, auf den Verein aufmerksam gemacht. Der Anteil dieser Probanden ist umso höher, je jünger sie sind.
- Die Gruppen der Fitness- und Präventionssportler werden signifikant häufiger durch eine von Eigeninitiative getragenen Suche und durch bereits im Verein Aktive auf den Sportanbieter aufmerksam.
- Werbemaßnahmen des Vereins sprechen signifikant mehr Präventionssportler für den Sportverein an als Fitness- und Rehabilitationssportler. Dies gilt signifikant eher für männliche als für weibliche Präventionssportler.
- Finden weibliche Rehabilitationssportler in einen Sportverein, kamen sie signifikant häufiger durch soziale Netze der Familie oder des Freundeskreises mit dem Anbieter in Kontakt als männliche.
- Männliche Rehabilitationssportler finden „ihren“ Sportanbieter signifikant häufiger durch die Empfehlung des behandelnden Arztes oder nach einer eigenverantwortlichen Recherche nach einem passenden Sportverein.
- Weibliche und männliche Fitnesssportler bieten im Geschlechtervergleich ein recht homogenes Bild. Lediglich für die Variante, von der Familie bzw. Freunden den Hinweis über den möglichen Sportanbieter zu erhalten, zeichnen sich weibliche Fitnesssportler signifikant häufiger verantwortlich als männliche.

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der allgemeinen, ersten Zugangswege der Sportlergruppen in den Verein als auffälligstes Ergebnis festhalten, dass Rehabilitationssportler in einer Phase starker gesundheitlicher Belastungen mit einem Sportverein in Kontakt kommen, der durch die Ärzteschaft oder die Krankenkasse angeraten wird. Eine Kenntnis aus früherer Aktivität oder Interesse durch ande-

re, Sport treibende Personen im Umfeld der Rehabilitationssportler scheinen hier keinen Einfluss zu haben – soweit es diese überhaupt gibt. Diese These wird u.a. durch einen weiteren Teilbefund gestützt, wonach die Zuweisung zu einem Verein durch den behandelnden Arzt mit zunehmendem Alter der Rehabilitationssportler ansteigt. Die Wahrscheinlichkeit, dass in hohem Alter noch Kontakte zu Vereinsaktiven in Familie oder unter Freunden zu finden sind, nimmt mit dem Alter der Personen sicherlich vor allem aus Gründen der natürlichen Reduktion dieser Netzwerke ab. Die beiden übrigen Sportlergruppen grenzen sich von den Rehabilitanden hinsichtlich ihrer Vereinskontaktgenese insofern ab, als diese bereits in einem engeren Umfeld durch Dritte mit dem Sportverein in einer zumindest losen Verbindung stehen. In den sozialen Netzen der Familie und des Freundeskreises befinden sich für Fitness- und Präventionssportler Personen, über die ein Kontakt zum späteren Sportanbieter bereits besteht. Das legt die Vermutung nahe, dass diese Netzverbindungen auch bei Aufnahme und in der Phase der Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität in das Sportleben integriert werden und so eine Bereicherung in psycho-sozialer Hinsicht für die betreffenden Sportler bedeuten kann.

Darüber hinaus finden Fitness- und Präventionssportler auffällig häufiger durch Eigeninitiative zu einem passenden Sportverein. Wird dabei berücksichtigt, dass eine eigenverantwortliche Suche nach einem Ort der Sportausübung ein gewisses Maß an Eigeninitiative und Aktivität verlangt, kann sicher davon ausgegangen werden, dass diese Sportlergruppen eher aus eigener Überzeugung zu einem Sportverein und damit einer sportlichen Aktivität finden als dies Rehabilitationssportler tun, die vorwiegend durch den Arzt in Vereinskontakt kommen.

Hinsichtlich der Motivlage, sich nach dem ersten Kontakt mit einem Sportverein auch für ein Engagement in diesem zu entscheiden, lassen sich die Sportlergruppen auf zentrale Positionen konzentrieren:

- Personen, die sich einem fitnessorientierten Vereinssport anschließen wollen, lassen sich bei der Entscheidung für den Sportverein stärker von einem günstigen Vereinsbeitrag und der Überzeugungskraft des sozialen Netzes der Freunde leiten als die übrigen Sportlergruppen. Das ist bei jüngeren Sportlern signifikant häufiger der Fall als bei älteren.
- Die Motive des gesundheitlichen Gesamtkonzepts eines Sportvereins, der ärztlichen Betreuung während der Sportausübung und der Empfehlung durch den Arzt bzw. die Krankenkasse sind bei Rehabilitationssportlern signifikant häufiger ausgeprägt als bei den Vergleichsgruppen. Dies ist für männliche Rehabilitanden wahrscheinlicher als für weibliche, für ältere wahrscheinlicher als für jüngere.
- Präventionssportler gelangen signifikant häufiger durch Abwägen der Angebots- und Übungsleiterqualität zur Vereinsentscheidung als Fitnesssportler.
- Sportler, die in einem präventiven oder rehabilitativen Angebot aktiv sind, lassen eine Bewertung des angebotenen Rahmenprogramms, sowie die Übungsleiterqualität bei einer Entscheidung für den Sportanbieter signifikant häufiger mit einfließen als dies Fitnesssportler tun.

Insgesamt runden diese Befunde die bereits oben dargestellten Gesetzmäßigkeiten zur Entstehung eines Kontaktes zwischen (zukünftigem) Sportler und Verein ab. Die Interessenslage der Rehabilitationssportler ist klar auf die Therapie ihres Krankheitsbildes durch Bewegung ausgerichtet. Fitnesssportler hingegen scheinen durchaus stärker durch die Verknüpfung bereits bestehender sozialer Netze

wie den Freundes- und Familienkreis zu gewinnen sein. Die Qualität des Angebots und der Übungsleitung spielt dabei weniger eine Rolle als dies für Präventionssportler der Fall ist. Die gesundheitliche Orientierung dieser Sportlergruppe greift offenbar auch auf eine kritischere Analyse des zu besuchenden Bewegungsangebotes aus. Insbesondere die erlebte Kompetenz des Übungsleiters scheint für Präventions- und auch Rehabilitationssportler ein wesentliches Kriterium zur Aufnahme und Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität zu sein. Dieser Befund deckt sich mit Erkenntnissen aus der Drop out-Forschung, wonach der Rolle des Übungsleiters ein wesentlicher Faktor im Prozess der Bindung an die sportliche Aktivität – insbesondere im Gesundheitssport – zugeschrieben wird (FUCHS, LIPPKE & KNÄUPER, 2000; PAHMEIER, 1994a; 1994b; 1997). Auffällig erscheint nur, dass sich die Gruppe der Fitnesssportler hiervon deutlich unterscheidet. Für diese Sportler scheinen andere Faktoren durchaus von mehr Bedeutung zu sein, was mit einer unterschiedlichen Sportwahrnehmung einhergehen könnte. Weniger die korrekte, gesundheitsorientierte Anleitung in der Sportstunde mag hier von einem Fitnesssportangebot von der Zielgruppe gefordert werden, sondern die bereits bestehende Bindung zu Freunden sichert auch die Annäherung (und möglicherweise auch Bindung) an den Sportverein.

Die Befunde zur Motivlage der Sportlergruppen hinsichtlich der Entscheidungsgründe für das besuchte Angebot gliedern sich in logischer Weise in die konstatierten Trends ein. Danach nimmt die Bedeutung der medizinisch-gesundheitlichen Komponenten eines Sportangebots hinsichtlich ihrer argumentativen Kraft von den Fitness- über die Präventions- zu den Rehabilitationssportlern hin signifikant zu. Demgegenüber nimmt die Rolle der psycho-sozialen Aspekte in umgekehrter Richtung zu. Mit einer Varianzaufklärung von 13,2% erweist sich das Merkmal des Organisationsrahmens als vergleichsweise guter Prädiktor für den Faktor der medizinisch-gesundheitlichen Rahmenbedingungen.

Ein globaler Haupteffekt der Sportlerzugehörigkeit für den Faktor der psycho-sozialen Rahmenbedingungen lässt sich nicht statistisch absichern. Rein deskriptiv – und in diesen Paarvergleichen signifikant – messen Rehabilitationssportler diesem Faktor geringere Bedeutung bei als Präventions- und Fitnesssportler. Die Rangzuweisung durch Fitness- und Präventionssportler hingegen unterscheidet sich nicht signifikant voneinander.

Die sportliche Aktivität der Rehabilitanden ist demnach ganz der Therapie, jene der Präventionssportler der Vorbeugung von Beschwerdemaßen unterstellt, während Fitnesssportler in ihrer sportlichen Tätigkeit stärker soziale und psychische Komponenten der Gesundheit als Entscheidungsmaß für ein Angebot ansehen. Inwieweit sich diese Tendenzen auch für die grundsätzliche Entscheidung der Probanden für eine sportliche Aktivität im Freizeit- bzw. Gesundheitssport deckt, oder lediglich auf die Angebots(aus)wahl konzentriert, können die folgenden Analysen präzisieren.

Motivation für den Gesundheitssport

Die Analyse der Motivlage der Probanden für eine grundsätzliche Aktivität im Gesundheitssport gliedert sich in zwei Teile: Zum einen wird der Zugang von Patienten in den Gesundheitssport, die aus gesundheitlichen Gründen die Empfehlung des Arztes erhielten, untersucht. Zum anderen sollen die in Abschnitt 5.4.1 extrahierten Faktoren zur Gesundheitssportmotivation in ihrer Ausprägung in den Sportlergruppen betrachtet werden.

Die Angabe, ob die befragten Sportler aufgrund ihres dokumentierten Krankheitsbildes in ärztlicher Behandlung stünden, erhält in der nach den Sportlergruppen differenzierten Betrachtung eine eindeutige Last auf Rehabilitationssportler (vgl. Abb. 6-43). Mit 97,0% (N=366) befinden sich unter Rehabilitationssportlern höchstsignifikant mehr Patienten in den Sportangeboten als dies für Präventions- ($X^2=19,393$; $df=1$; $p < .001$) oder Fitnesssportler ($X^2=37,002$; $df=1$; $p < .001$) der Fall ist. Allerdings finden sich auch in Präventionsangeboten hochsignifikant mehr Personen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes in ärztlicher Behandlung stehen, als in Vereins-Fitnessangeboten ($X^2=6,487$; $df=1$; $p = .011$). Alle Gruppenvergleiche wurden mittels Chi-Quadrat-Tests ermittelt.

Für weitere Analysen wurden lediglich diejenigen Probanden berücksichtigt, die aufgrund ihres angegebenen Gesundheitszustandes in ärztlicher Behandlung stehen. Danach hat von den im Fitnesssport aktiven Patienten nur jeder Fünfte die Empfehlung des Arztes zur sportlichen Aktivität erhalten, dagegen etwa ein Drittel der erkrankten Präventions- und etwa 85% der im Rehabilitationssport aktiven Patienten. Eine Signifikanztestung erbrachte für alle Einzelgruppenvergleiche durch Chi-Quadrat-Tests statistisch bedeutsame Ergebnisse: Höchstsignifikant mehr Patienten des Präventionssports als solche des Fitnessbereichs wurden auf Anraten des Arztes mit der gesundheitlichen Aktivität vertraut gemacht ($X^2=112,689$; $df=1$; $p < .001$). Der Anteil der Patienten, die von ihrem Arzt auf eine nötige sportliche Aktivierung durch ihren Status als Rehabilitand aufmerksam gemacht wurden, ist höchstsignifikant höher als die Gruppe der jetzt aktiven Fitnesssportler ($X^2=476,895$; $df=1$; $p < .001$) oder auch der Präventionssportler ($X^2=364,226$; $df=1$; $p < .001$).

Darüber hinaus unterscheiden sich die Gruppen hinsichtlich des Anteils an Patienten, die ihren Gesundheitszustand klar als Grund für die sportliche Aktivität erkennen. Für die aktiven Patienten des Rehabilitationssports ist dies für 96% der Fall und damit höchstsignifikant häufiger als für Fitnesssportler, die in ärztlicher Behandlung stehen ($X^2=191,337$; $df=1$; $p < .001$), oder für Präventionssportler ($X^2=119,288$; $df=1$; $p < .001$). Allerdings lässt sich auch eine signifikante Differenz zwischen der Gruppe der Fitness- und jener der Präventionssportler in diesem Merkmal ausmachen: Auch Patienten, die einem präventiven Vereinssport nachgehen, sind höchstsignifikant häufiger aus dem Motiv ihres Erkrankungszustandes heraus aktiv als Fitnesssportler ($X^2=33,653$; $df=1$; $p < .001$).

Bedeutsame geschlechtliche Unterschiede ergeben sich in diesem Zusammenhang lediglich für die Gruppe der Rehabilitationssportler. Hier gilt: Höchstsignifikant mehr männlichen Patienten wurde die sportliche Aktivität von ihrem behandelnden Arzt angeraten (Männer: 93,2%; N=181 vs. Frauen: 76,8%; N=168; Chi-Quadrat-Test: $X^2=16,209$; $df=1$; $p < .001$). Konsequentermaßen geben auch hochsignifikant mehr Männer an, den Gesundheitssport aus Gründen des Krankheitsbildes zu betreiben (Männer: 98,9%; N=182 vs. Frauen: 92,9%; N=170; Chi-Quadrat-Test: $X^2=8,175$; $df=1$; $p = .004$). In den beiden anderen Sportlergruppen lassen sich keine signifikanten Geschlechterdifferenzen ausmachen.

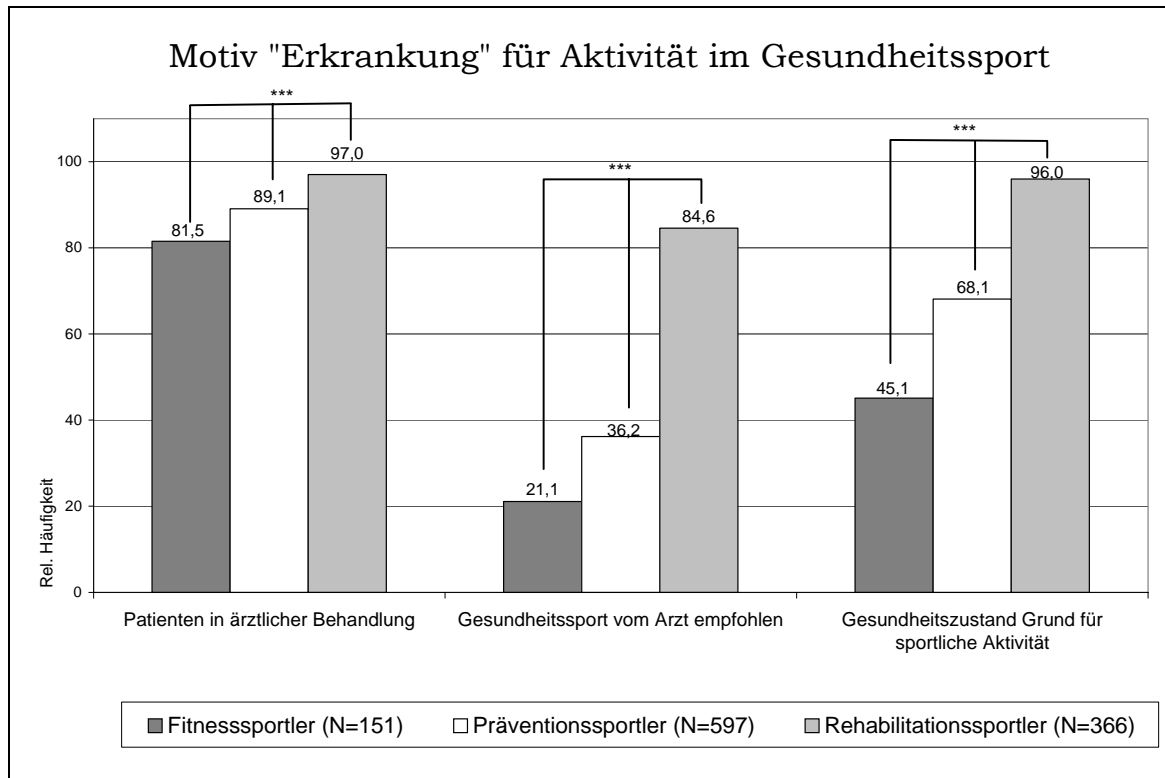


Abb. 6-43: Probanden in ärztlicher Behandlung, mit Freizeit- und Gesundheitssport als ärztliche Empfehlung und das Motiv „Erkrankung“ für eine sportliche Aktivität in den Sportlergruppen (Angaben in Prozent; Teilstichprobengrößen variieren aufgrund verschieden hoher missing values), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus im Sportlergruppenvergleich auf der Basis von Chi-Quadrat- Tests: *** $p \leq .001$

Der Vergleich der Altersstufen mit Hilfe von Chi-Quadrat-Tests in den Sportlergruppen bietet ein auffälliges Bild: Während sich die Gruppe der Fitnesssportler als vergleichsweise homogen, weil ohne jedweden bedeutsamen Unterschied, präsentiert, ergeben sich für Patienten im Präventions- und Rehabilitationssport unterschiedliche Differenzen im Altersverlauf: Präventionssportler, die sich in ärztlicher Behandlung befinden, geben mit dem Altersverlauf signifikant ($X^2=13,172$; $df=3$; $p=.004$) häufiger die Motivation zum Gesundheitssport aufgrund des eigenen Gesundheitszustandes im Alter zwischen 27 und 40 Jahren an (78,0%; $N=41$). Am geringsten erscheint dieser Anteil unter den jüngsten Rehabilitationssportlern, der aufgrund der geringen Fallzahl jedoch nur schwer zu interpretieren ist (50,0%; $n=2$). Mit zunehmendem Alter nimmt die Motivierung zur sportlichen Aktivität aufgrund von Erkrankungen und Beschwerden bei den Präventionssportlern sukzessive ab (AG 3: 75,1%; $N=209$; AG 4: 61,0%; $N=269$).

Rehabilitationssportler, die als Patienten im Verein aktiv sind, geben mit zunehmendem Alter signifikant häufiger an, durch den ärztlichen Ratschlag mit einer Aktivität im rehabilitativen Sport in Kontakt gekommen zu sein ($X^2=8,722$; $df=3$; $p=.033$). Lässt man die jüngste Altersstufe aufgrund geringer Fallzahlen und Gründen der damit zusammenhängenden erschwerten Interpretierbarkeit außer Acht (Hier wurde zwei Drittel der rehabilitationssportaktiven Patienten der Gesundheitssport vom Arzt empfohlen: 66,7%; $N=3$), ergibt sich ein Anstieg der Häufigkeiten von den 27- bis 40-Jährigen (62,5%; $N=8$), über die Altersgruppe 3 (41 bis 60 Jahre: 79,9%; $N=128$) bis hin zu 88,6% der über 61-jährigen Rehabilitationssportler ($N=211$).

Differenziertere Aufschlüsse über die Motivlage der Sportlergruppen hinsichtlich ihrer Aktivierung für den Gesundheits- und Freizeitsport liefern gruppenspezifische Analysen der aus Abschnitt 5.4.1 ermittelten Motivfaktoren, die die grundsätzlichen Entscheidungsgründe für die Aufnahme der sportlichen Tätigkeit bündeln. Es konnten hier mittels faktorenanalytischer Verfahren drei voneinander unabhängige Dimensionen extrahiert werden, die mit „psycho-sozialen Komponenten“, „physische Komponenten“ und „kompensatorischen Aspekten“ des Sports überschrieben wurden. Zur Analyse von Unterschieden zwischen den Sportlergruppen werden die standardisierten Faktorwerte varianzanalytischen Verfahren unterzogen. Dabei wird die Zugehörigkeit der Sportler zu einer der Dimensionen des Freizeit- und Gesundheitssports, die Altersgruppe und das Geschlecht der Probanden zur Prüfung auf Wechselwirkungen als unabhängige, der jeweilige Faktor als abhängige Variable eingesetzt.

Faktor 1: „Psycho-soziale Komponenten“

Aus Tab. 6-38 geht hervor, dass sich der Faktor der Sportlergruppenzugehörigkeit als hochsignifikanter Prädiktor für die Ausprägung des Motivfaktors der psycho-sozialen Komponenten erweist. Die von ihm geleistete Varianzaufklärung erscheint mit 0,8% allerdings sehr gering. Multiple Post-hoc-Vergleichstests ergaben höchstsignifikante Differenzen zwischen Fitness- und Rehabilitationssportlern einerseits und Präventions- und Rehabilitationssportlern andererseits ($p < .001$), nicht jedoch zwischen den Gruppen Fitness- und Präventionssportler.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Faktor: „Psycho-soziale Komponenten“				
Sportlertyp	2	4,737	= .009	0,008
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	6	1,650	n.s.	0,009
Sportlertyp * Geschlecht	2	6,781	= .001	0,012
Alter * Geschlecht	3	1,310	n.s.	0,004
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	2,400	= .066	0,006
Fehler	1110			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben		M	SD	N
Fitnesssportler		- 0,096	0,939	352
Präventionssportler		- 0,076	1,042	572
Rehabilitationssportler		0,036	0,900	211
Gesamt: N=1131; M=0,0, SD=1,0				

Tab. 6-38: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte (z-Werte) der Teilstichproben „Sportlergruppen“ im Faktor „Psycho-soziale Komponenten“ bezüglich der Motivausprägung für die sportliche Aktivität (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,065$)

Anhand der Mittelwerte lässt sich erkennen, dass die Bewertung der psycho-sozialen Aspekte bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung der gesundheit- bzw. freizeitsportlichen Aktivität von Fitnesssportlern am geringsten und Rehabilitationssportlern am höchsten eingeschätzt wird. Dieser Effekt könnte

unter anderem an dem unter Rehabilitationssportlern größeren Interesse zurückgeführt werden, sich zwischenmenschlich über ihre vergleichbaren Krankheitsgeschichten mit Betroffenen und Gleichgesinnten auszutauschen. Präventionssportler hegen vielleicht ein ähnliches Interesse aufgrund erster Beschwerdemaße, während Fitnesssportlern Derartiges nicht unterstellt werden könnte.

Der Faktor Geschlecht übt mit der Zugehörigkeit zu einer Sportlergruppe einen höchstsignifikanten Interaktionseffekt auf die psycho-sozialen Motivkomponenten aus (vgl. Tab. 6-38). Wird diese Komponente in den Sportlergruppen geschlechtsabhängig betrachtet, offenbart sich eine klare Akzentsetzung (vgl. Abb. 6-44): In der Gruppe der Fitnesssportler nehmen psycho-soziale Komponenten des Gesundheitssports bei den Frauen eine bedeutendere Stellung bei der Zuwendung zu einer sportlichen Aktivität ein als bei Männern. Dies ist auch unter Präventionssportlern der Fall, sogar mit einer noch stärker ausfallenden Differenz zwischen den Geschlechtern. In der Gruppe der Rehabilitanden schließlich werden den psycho-sozialen Motiven bei der sportlichen Aktivierung und Aufrechterhaltung, wie bereits bekannt war, grundsätzlich eine deutlich höhere Bedeutung beigemessen als in den übrigen Gruppen. Allerdings zeigt sich im Vergleich zu den Fitness- und Präventionssportlern, dass hier die männlichen Sportler dem Motivkomplex der psycho-sozialen Seiten einer gesundheitssportlichen Aktivität mehr Initiativekraft verleihen als es die weiblichen Sportler tun.

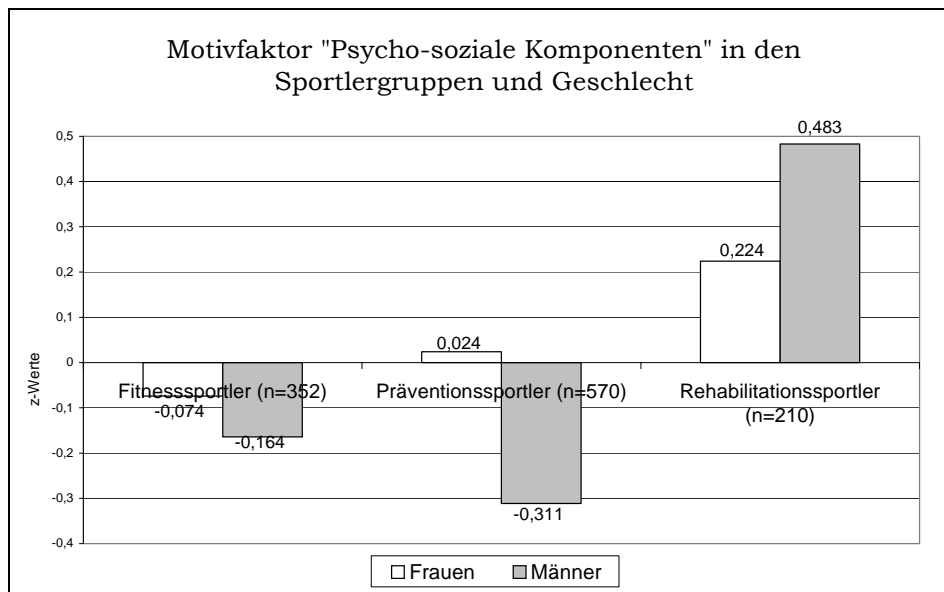


Abb. 6-44: Bewertung des Motivfaktors „Psycho-soziale Komponenten“ in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts (Angabe von z-Werten)

Aus Tab. 6-38 ist darüber hinaus ersichtlich, dass mit den Faktoren „Sportlertyp“, „Alter“ und „Geschlecht“ auch ein marginal signifikanter, dreifaktorieller Interaktionseffekt auf die Variable „psycho-soziale Komponenten“ der Motivation für den Gesundheitssport vorliegt. Wird der Verlauf der Bedeutungszuweisung durch die Probanden in den Sportlergruppen alters- und geschlechtsspezifisch betrachtet, präsentiert sich ein uneinheitliches Bild (vgl. Abb. 6-45): Für Präventionssportler beiderlei Geschlechts wächst die Kraft der psycho-sozialen Aspekte einer Aktivität im Gesundheitssport bei der Entscheidung für eine Aktivität mit dem Alter linear an. Für die Gruppe der Fitnesssportler gilt festzuhalten: Unter den Frauen der Fitnessaktiven spielen psycho-soziale Bezüge der gesundheitssportlichen Aktivität in den mittleren Altersstufen (AG 2: 27-40 Jahre und AG 3: 41 bis 60 Jahre) die größte Bedeutung. Männer hingegen entdecken offenbar erst mit fortschreitendem Alter die Wichtigkeit psycho-

sozialer Momente beim Sporttreiben als Aktivierungsmotiv. Sind Männer im höheren Alter (ab 61 Jahre) im Fitnesssport aktiv, zeigen sie sich deutlich stärker durch psycho-soziale Faktoren motiviert als ihre jüngeren Kollegen, und vor allem als ihre weiblichen Altersgenossen dieser Sportlergruppe. Eine Interpretation der Datenlage für die Rehabilitanden fällt insofern schwer, als die Gruppe der Männer erst ab einem Alter von 41 Jahren mit Angaben vertreten ist. Für die verbleibenden Altersgruppen der Männer zeigt sich ein abfallender Bewertungsverlauf des Motivkomplexes mit dem Alter der Probanden. Frauen dieses Sportlertyps sehen in psycho-sozialen Momenten eine sehr hohe Initiativkraft zur gesundheitssportlichen Aktivierung in jungen Jahren (bis 26 Jahre). Werden die Probandinnen älter (27-40 Jahre), verlieren diese Komponenten offenbar stark an Bedeutung, um mit weiter steigendem Alter der Rehabilitationssportlerinnen erneut an Einfluss zu gewinnen.

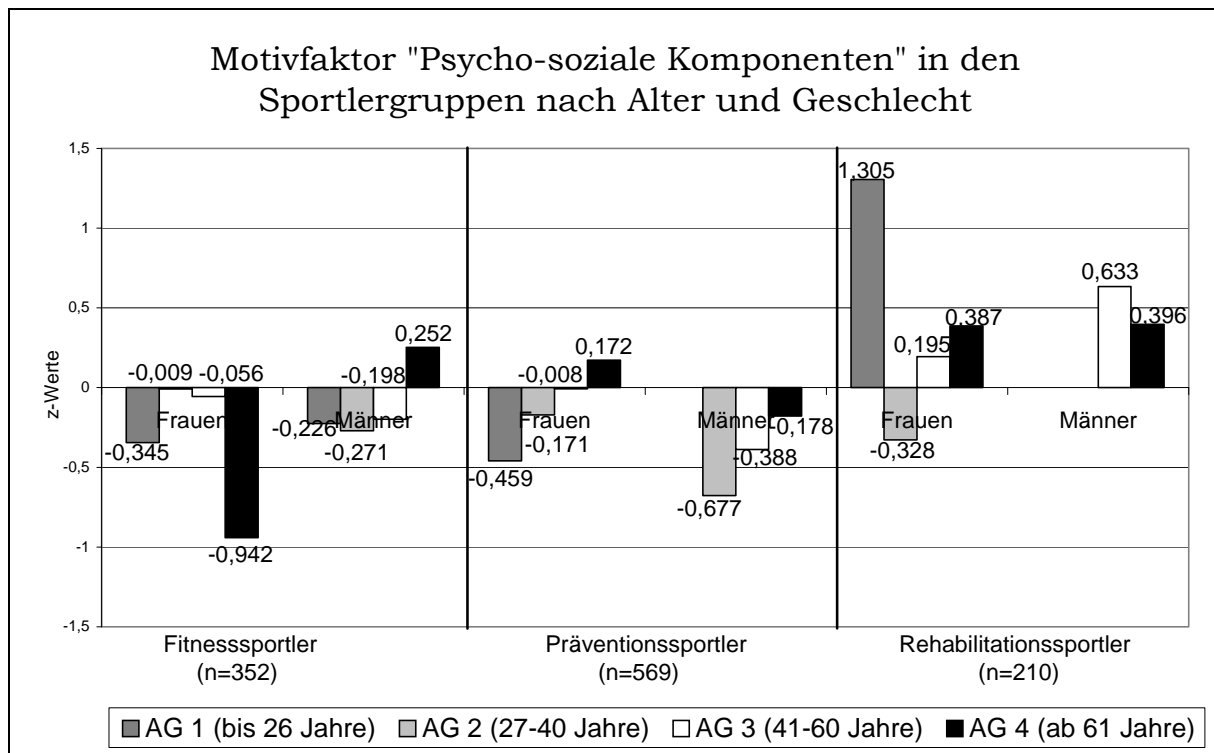


Abb. 6-45: Bewertung des Motivkomplexes „Psycho-soziale Komponenten“ bei der Entscheidung für den Gesundheitssport in Abhängigkeit der Sportlergruppen, Altersgruppen und des Geschlechts (Angabe von z-Werten)

Faktor 2 „Physische Komponenten“

Den varianzanalytischen Ergebnissen in Tab. 6-39 ist zu entnehmen, dass der Organisationsrahmen der Sportler keinen signifikanten Einfluss auf den Motivkomplex der physischen Komponenten ausübt. Dieses Ergebnis überrascht insofern, als aufgrund des Forschungsstandes zur Motivation von Fitnessstudio-Besuchern eine Überbetonung physischer Komponenten zu erwarten gewesen wäre (OERDER, 1990; RAMPF, 1999; ZAROTIS, 1999), der sich von den übrigen Gesundheitssportlern absetzt. Die Analysen zeigen jedoch, dass die Sportler unabhängig von der inhaltlichen Ausrichtung ihrer sportlichen Aktivität eine Orientierung am Motiv der physischen Aspekte der Sportausübung äußern.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Faktor: „Physische Komponenten“				
Sportlertyp	2	0,310	n.s.	0,001
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	6	1,529	n.s.	0,008
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,230	n.s.	0,000
Alter * Geschlecht	3	0,600	n.s.	0,002
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	1,656	n.s.	0,004
Fehler	1110			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben		M	SD	N
Fitnesssportler		0,00	0,889	352
Präventionssportler		- 0,01	1,048	569
Rehabilitationssportler		0,02	1,045	210
Gesamt: N=1131; M=0,0, SD=1,0				

Tab. 6-39: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ im Faktor „Physische Komponenten“ bezüglich der Motivausprägung für die sportliche Aktivität (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,033$)

Faktor 3: „Kompensatorische Aspekte“

Für den Motivfaktor der „kompensatorischen Aspekte“ konnte nachgewiesen werden, dass der Organisationsrahmen der Sportler einen marginal signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leistet. Der aufgeklärte Varianzanteil durch diesen Faktor jedoch auf der 0,5%-Marke (vgl. Tab. 6-40).

Genauer ausgedrückt suchen Fitnesssportler sehr viel stärker ausgleichende Leistungen der sportlichen Aktivität als Präventionssportler. Diese wiederum sind daran stärker interessiert als Rehabilitationssportler. Die Differenzen zwischen den Sportlergruppen ließen sich mittels Bonferoni-Tests auf einem höchstsignifikanten Niveau für alle Gruppenvergleiche absichern ($p < .001$).

Signifikante zweifaktorielle Interaktionseffekte konnten nicht nachgewiesen werden, wohl aber ein dreifaktorieller Effekt der getesteten Faktoren. Dieser Interaktionseffekt trägt 0,7% zur Varianzaufklärung des Faktors der „kompensatorischen Motivkomponenten“ bezüglich einer Aktivität im Gesundheitssport bei. Eine grafische Darstellung des dreifaktoriellen Zusammenhangs findet sich in Abb. 6-46.

Für Frauen aller Sportlergruppen gilt ein linearer Verlauf des Zusammenhangs zwischen der Bewertung „kompensatorischer Aspekte“ der Gesundheitssportmotivation und dem Alter der Probandinnen. Danach sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen zum Gesundheits- oder Freizeitsport durch kompensatorische Motive aktiviert werden mit dem zunehmenden Alter. Dies gilt sowohl für eine Aktivität im Fitness-, als auch im Präventions- oder Rehabilitationssport. Dieser negative Zusammenhang bei den Frauen findet sich nur zum Teil auch bei männlichen Sportlern wieder. Für Fitness- und Rehabilitationssportler gilt ebenfalls eine umso niedrigere Wahrscheinlichkeit zur gesundheitssportlichen Tätigkeit durch die Aktivierung von kompensatorischen Sportmotiven je älter die Versuchspersonen sind.

Zu beachten gilt hier jedoch, dass die Rückschlüsse auf die Gruppe der männlichen Rehabilitanden mit einer gebotenen Vorsicht angesichts geringer Datenlage gezogen werden müssen. Hier fehlen Angaben der Altersstufen bis 40 Jahren. Der konstatierte Zusammenhang kann demnach lediglich für Rehabilitationssportler ab der Altersstufe 3 festgestellt werden.

Haupteffekt	df	F	p	Partielles Eta-Quadrat
Faktor: „Kompensatorische Komponenten“				
Sportlertyp	2	2,799	= .061	0,005
Interaktionseffekte				
Sportlertyp * Alter	6	1,689	n.s.	0,009
Sportlertyp * Geschlecht	2	0,106	n.s.	0,000
Alter * Geschlecht	3	0,505	n.s.	0,001
Sportlertyp * Alter * Geschlecht	3	2,602	= .051	0,007
Fehler	1110			
Statistische Kennwerte der Teilstichproben		M	SD	N
Fitnesssportler		0,463	0,865	352
Präventionssportler		- 0,065	0,943	569
Rehabilitationssportler		- 0,601	0,991	210
Gesamt: N=1131; M=0,0, SD=1,0				

Tab. 6-40: Haupteffekt, Interaktionseffekte zum Alter bzw. Geschlecht und statistische Kennwerte der Teilstichproben „Sportlergruppen“ im Faktor „Kompensatorische Aspekte“ bezüglich der Motivausprägung für die sportliche Aktivität (univariate Varianzanalyse; Gesamt- $R^2=0,207$)

Wird die Zusammensetzung des Faktors berücksichtigt, lässt sich folgender Ursprung vermuten: Zum einen ist dieser Effekt mit dem Eintritt der Probanden in das Renten- bzw. Pensionierungsalter zu erklären, das einen Ausgleich – auch in seelischer Hinsicht – zu beruflichen Belastungen redundant erscheinen lässt (Motiv: Ausgleich zum Beruf). Zum anderen konnte erwartet werden, dass ältere Probanden weniger an „figurmodellierenden“ Aspekten des Sports interessiert sind als jüngere Aktive (Motiv: Abnehmen/Gewicht halten). Darüber hinaus treten in höheren Altersgruppen grundsätzlich präventive Ziele aufgrund bereits bestehender erheblicher Beschwerdemaße und ausgebildeter Krankheiten zugunsten rehabilitativer Absichten zurück (Motiv: Krankheiten am Bewegungsapparat vorbeugen).

Neben diesem dominant vertretenen linear-negativen Zusammenhang findet sich auch ein nichtlinearer Zusammenhang in der Gruppe der männlichen Präventionssportler. Spielen ausgleichende Momente, die eine Aktivität im Präventionssport mit sich bringen, für Männer zwischen 27 und 40 Jahren eine geringe Bedeutung im Zusammenhang mit der Motivation für eine Aktivität, steigt die Bewertung dieser Aspekte unter männlichen Präventionssportlern zwischen 41 und 60 Jahren an. Für die höchste Altersstufe ist erneut ein Abfall der Motivierungswahrscheinlichkeit zu beobachten, der äußerst deutlich ausgeprägt ist. Auch hier gilt eine eingeschränkte Befundlage aufgrund fehlender Daten für männliche Präventionssportler unter 27 Jahren.

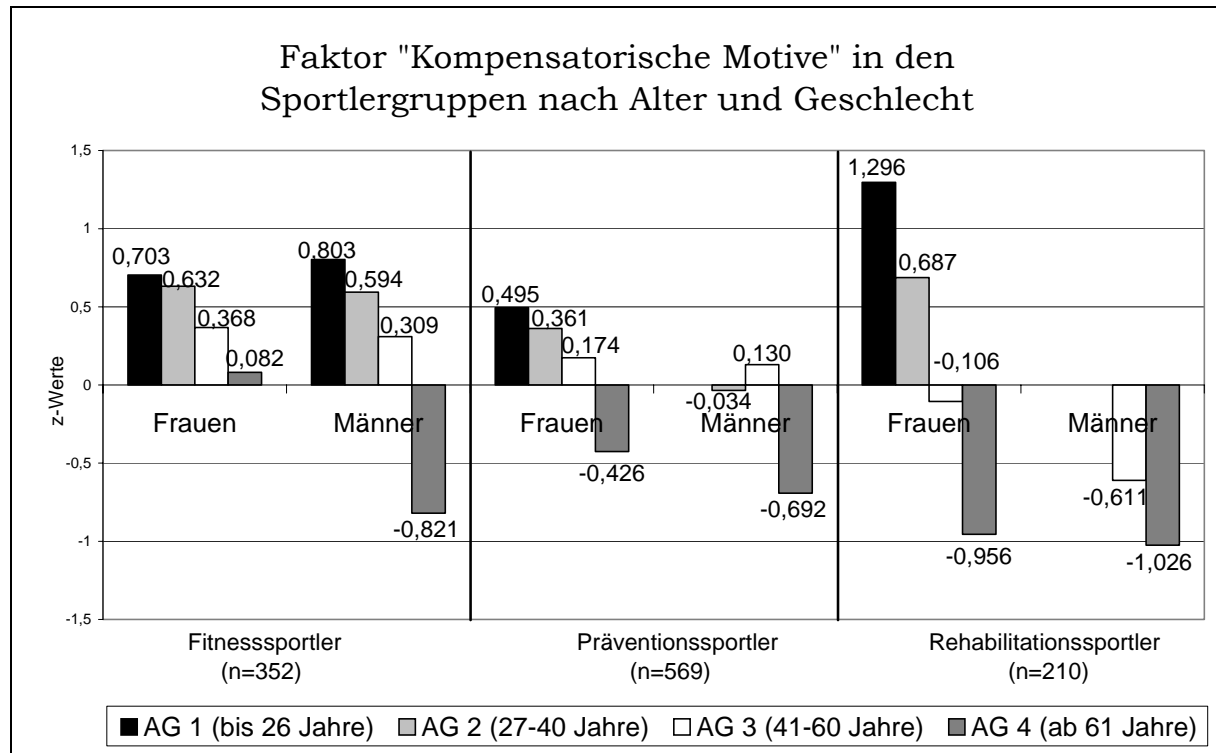


Abb. 6-46: Bewertung des Motivfaktors „Kompensatorische Aspekte“ in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts (Angabe von z-Werten)

Fazit

Bezüglich der Analysen im Bereich der grundsätzlichen Motivstruktur der Sportler für eine gesundheitssportliche Aktivität können bereits konstatierte Trends zu den Sportlergruppen selbst und zu deren Abgrenzung zueinander gefestigt und ausdifferenziert werden:

- Rehabilitationssportler werden signifikant stärker durch psycho-soziale Faktoren einer sportlichen Aktivität motiviert als Fitness- und Präventionssportler. Dies ist für männliche Rehabilitanden bedeutender als für weibliche.
- Fitness- und Präventionssportler unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Aktivierungskraft von psycho-sozialen Aspekten der sportlichen Aktivität.
- Weibliche Fitness- und Präventionssportler finden eher durch psycho-soziale Motive in eine gesundheitssportliche Aktivität als männliche.
- Der Organisationsrahmen der Sportler hat auf die Orientierung an physischen Komponenten des Sports bei der Motivierung keinen signifikanten Effekt. D.h., dass die Anreizkraft der physischen Aspekte für alle Sportler eine vergleichbare ist.
- Kompensatorische Leistungen der sportlichen Aktivität sprechen Fitnesssportler signifikant stärker an als Präventionssportler und diese unterscheiden sich wiederum signifikant von den Rehabilitationssportlern.

- In allen Sportlergruppen besteht für Frauen ein negativer Zusammenhang zwischen der Bedeutung der Skala der kompensatorischen Aspekte und dem Altersverlauf. Mit zunehmendem Alter verliert die Dimension der Kompensation durch Sport an Anreizkraft, unabhängig von der Sportlergruppenzugehörigkeit.
- Für Männer im Fitness- und Rehabilitationssport gilt ebenfalls ein linear-negativer Zusammenhang dieser Faktoren.

Hinsichtlich der Konkretisierung der Probanden der Fitnessgruppe lassen sich die Ergebnisse in Befunde von ZAROTIS (1999) einordnen, der bei der Analyse der Motivstruktur von Sportlern in Fitness-Studios zum Ergebnis einer dreiteiligen Hierarchie der Motivkomplexe gelangte. Dabei standen Aspekte zum Bereich Fitness/Gesundheit, die durch physische Komponenten wie die Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems oder die Linderung von Beschwerden repräsentiert werden, an erster Stelle (ebd., 85ff). Die soziale Dimension rangierte eher im Hinterfeld. Auch psychische Ausgleichsleistungen des Sports wurden geringer eingestuft. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen RAMPF (1999) und OERDER (1990) bei ihren Analysen der Motivstruktur und Sinnzuschreibung von Sportlern in Fitness-Studios. Für die vorliegende Untersuchung lässt sich daraus die oben formulierte These, nachdem Sportler im Fitnessbereich stärker an physischen Repräsentationen des Sports ausgerichtet sein mögen als die übrigen Gruppen, theoretisch bekräftigen, anhand der empirischen Datenlage jedoch nicht unterstützen. Die physische Dimension der sportlichen Aktivität ist offenbar für alle Sportler, unabhängig von ihrer inhaltlichen Ausrichtung, ein zentrales Moment. Zuvor und zu allererst wird die Stärkung physischer Qualitäten durch die Bewegungstätigkeit angestrebt. Erst in zweiter Linie scheinen sich sportlertypische Motive auszuprägen. Dazu zählt für die Rehabilitationssportler sicherlich die stärkere Orientierung an psycho-sozialen Elementen einer Aktivität im vereinsorganisierten Gesundheitssport im Vergleich zu den übrigen Sportlergruppen. Aus einer erheblich größeren gesundheitlichen Belastung dieser Gruppe (vgl. Abschnitt 6.1) und einer zielgruppenspezifischen Organisation der Sportler im Angebot konnte von einem hohen Interesse am Austausch mit Betroffenen abgeleitet werden. Das Motiv, soziale Unterstützung in der Aktivität mit anderen Patienten im Vereinssport zu erhalten, sollte unter Rehabilitationssportlern schon aufgrund der vergleichbar hohen Homogenität der Gruppen größer ausgeprägt sein als unter Präventionssportlern. Hier kann zwar auch von einer gewissen Beschwerdeverteilung ausgegangen werden, die sich in bestimmten Sportangeboten häuft (z.B. Wirbelsäulengymnastik). Andere soziale Netze, die für Präventionssportler offensichtlich außerhalb des Sportvereins angenommen werden können (s.o.), scheinen hier jedoch das primäre Bedürfnis nach Austausch und sozialen Kontakten zu stillen. Erst in zweiter Linie werden dann psycho-soziale Faktoren in der Sportaktivität gesucht. Die höhere Anreizqualität der psycho-sozialen Dimension für ältere Rehabilitationssportler im Vergleich zu jüngeren kann sicherlich dadurch begründet werden, dass die engeren sozialen Netzwerke dieser Personen aufgrund natürlicher Reduktion quantitativ und evtl. auch qualitativ geringer ausfallen als bei jüngeren Menschen (vgl. Abschnitt 3.2). Die Suche nach einem Lückenschluss scheint für die betreffenden Personen in einem Anschluss an ein rehabilitatives Angebot im Sportverein durchaus eine Möglichkeit darzustellen.

Die Befundlage zur Skala der kompensatorischen Aspekte bei der Motivstruktur für eine sportliche Aktivität lässt sich ebenfalls mit Befunden von ZAROTIS (1999) in Einklang bringen, der aufgrund seiner Studie diesen Motivkomplex zu den drei „Top-Motiven“ von Aktiven in Fitness-Studios zählt (ebd., 95ff). Der in der vorliegenden Studie konstatierte geschlechtliche Unterschied, wonach Frauen signifikant stärker an einer ausgleichenden Funktion des Sports interessiert sind als Männer, lässt sich in Befunde der aktuellen Forschungslage jedoch nicht einordnen. Insbesondere ZAROTIS (1999, 104ff) kam hier eher zu einer Präferenz der Männer.

Dass dieser Komplex im Zuspruchsverhalten mit dem Alter der Sportler abnimmt, lässt sich durch die natürliche Reduktion an beruflicher Belastung insbesondere mit Eintritt der Probanden ins Renten- bzw. Pensionsalter begründen. Auch in der Phase vor dem Ende des Berufslebens kann von einer Festigung des beruflichen Alltags ausgegangen werden, die an das Maß an Stress im Vergleich zu früheren Lebensphasen beim Eintritt in das Berufsleben (AG 1) und einer möglichen Forcierung der Karriere (AG 2) bei weitem nicht herankommt. In diesen Zeiten wird eine ausgleichende Wirkung der sportlichen Aktivität verständlicherweise eher von den Probanden gesucht als später.

6.4.2 Subjektive Befindlichkeitsveränderungen

Im Hinblick auf die Wahrnehmung der subjektiven Befindlichkeit und möglicher Veränderungen durch die sportliche Aktivität sollen im vorliegenden Abschnitt Unterschiede zwischen den Sportlergruppen untersucht werden. Analog zu Analysen in Abschnitt 5.4.2 wird dabei differenziert zwischen einer Interventions- und Angebotsebene. Auf der Interventionsebene wird die Angabe zur grundsätzlichen Veränderung des Befindens in objektiver und subjektiver Perspektive betrachtet. Die Angebotsebene untersucht den Befindensprozess vor, während und nach der sportlichen Aktivität, der in der Retrospektive von den Versuchspersonen skizziert wurde.

Interventionsmaßnahme Sport

Von medizinisch-objektiven Verbesserungen des eigenen Gesundheitszustandes durch die sportliche Aktivität berichten hochsignifikant mehr Patienten (N=977) im Rehabilitationssport als Probanden der übrigen Sportlergruppen. Aktive aus rehabilitativen Angeboten geben zu 76,2% (N=244) eine positive Veränderung ihres Gesundheitszustandes an. Das sind signifikant mehr als unter Präventionssportlern (59,3%; N=280; $X^2=18,610$; $df=1$; $p < .001$) bzw. als unter Fitnesssportlern (62,1%; N=58; $X^2=8,779$; $df=1$; $p = .012$). Damit liegen die Angaben der Fitnesssportler zu einer positiven Beeinflussung der objektiven Gesundheit durch die Sportaktivität im relativen Anteil höher als bei den Aktiven des präventiven Sports. Dieser Gruppenvergleich erweist sich jedoch als statistisch nicht bedeutsam.

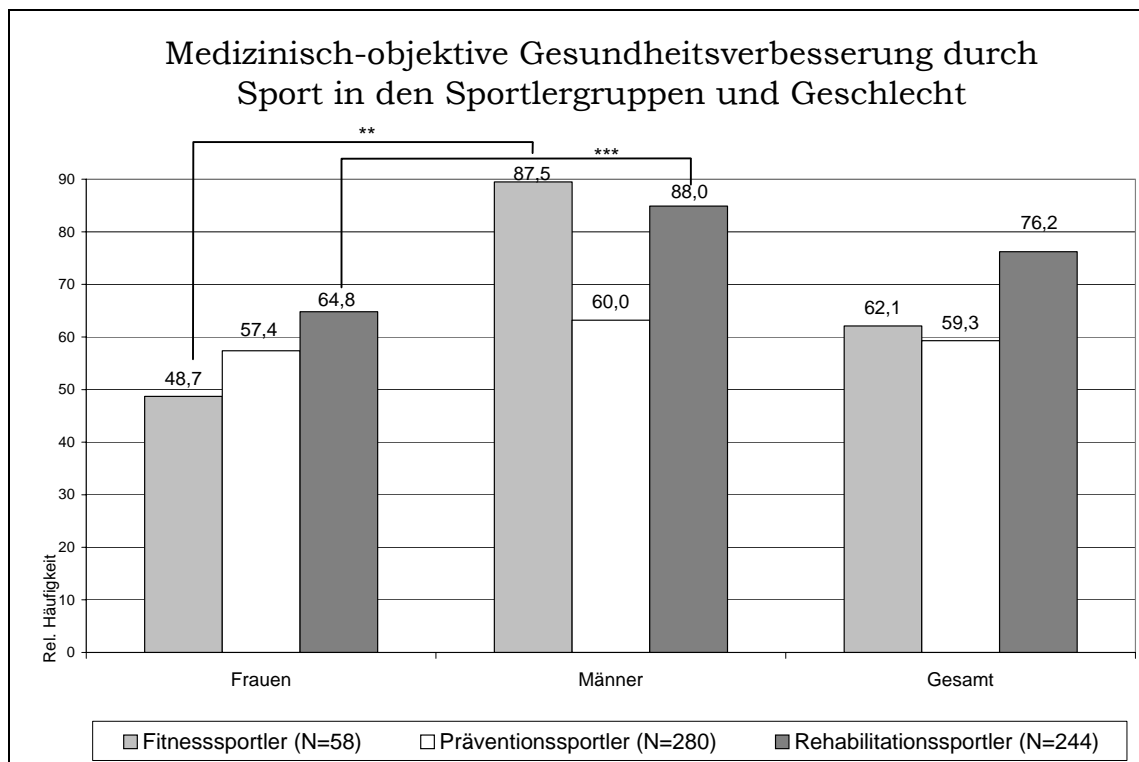


Abb. 6-47: Positive Veränderungen in objektiver Hinsicht durch Sport in den Sportlergruppen, in Abhängigkeit des Geschlechts bzw. des Alters (Angaben in Prozent der Positivantworten, berechnet auf die angegebene Teilstichprobengröße), inkl. Angabe des Signifikanzniveaus im Geschlechtervergleich: *** $p \leq .001$, ** $p \leq .01$ (N=977; nur Patienten, variiert aufgrund verschieden hoher missing values)

Ein geschlechtsimmanenter Vergleich auf der Basis von Chi-Quadrat-Tests zeigt, dass sich der in Abschnitt 5.4.2.1 konstatierte „Vorsprung“ der Männer bei medizinisch messbaren Verbesserungen im Gesundheitszustand lediglich in der Gruppe der Fitness- und Rehabilitationssportler wieder finden lässt (vgl. Abb. 6-47). Diese Differenzen ließen sich auf einem signifikanten Niveau absichern (Fit-nesssportler: $X^2=9,014$; $df=2$; $p= .003$; Rehabilitationssportler: $X^2=13,377$; $df=2$; $p< .001$). In der Gruppe der Präventionssportler hingegen unterscheiden sich die Geschlechter weder nominell noch statistisch innerhalb eines bedeutsamen Rahmens.

Eine Differenzierung nach dem Alter der Sportlergruppen erbrachte keine statistisch bedeutsamen Effekte. Insbesondere für die Gruppe der Rehabilitanden konnte aufgrund verletzter rechnerischer Voraussetzungen keine Signifikanzprüfung der Verteilung auf der Basis eines Chi-Quadrat-Tests vorgenommen werden. Auf eine Darstellung des Verlaufs in den Altersgruppen der einzelnen Sportlertypen wird deshalb verzichtet.

Die Analysen zu den von den Sportlern angegebenen subjektiven Befindensverbesserungen durch die sportliche Aktivität referieren auf die aufgrund der Skala gebildeten Mittelwerte (Minimum 0, Maximum 3) (vgl. Abschnitt 5.4.2.1). Gruppenspezifische Berechnungen zeigen, dass Fitnesssportler im Verhältnis am stärksten von subjektiv erlebten Verbesserungen des gesundheitlichen Befindens berichten ($M=2,11$; $SD=0,70$), während Rehabilitationssportler hier das geringste Maß aufweisen ($M=1,96$; $SD=0,73$). Präventionssportler berichten von einem vergleichbaren gesundheitlichen Optimierungsprofil mit $M=1,93$ ($SD=0,70$). Die konstatierten Differenzen zwischen den Sportlergruppen konnten jedoch nicht eindeutig statistisch abgesichert werden. Auf bereits dargestellte Unterschiede zwischen den Geschlechtern und im Altersverlauf wird an dieser Stelle verwiesen (vgl. Abschnitt 5.4.2.1), auf weitere Analysen in Abhängigkeit der Sportlergruppen wird aus Gründen der Unerheblichkeit verzichtet.

Befindlichkeiten auf Angebotsebene

Eine Darstellung der Befindlichkeitsveränderungen auf Angebotsebene in Abhängigkeit der Sportlergruppen ist an verschiedene Einschränkungen gebunden. Da die Angaben der Probanden in einem ersten Schritt einer der jeweils drei Kategorien zur kommunizierten Befindlichkeit vor, während und nach der Sportausübung zugeordnet wurden (Code 0=Allgemeiner Motivationszustand bzw. neutrales psycho-physisches Erleben bzw. ambivalentes Befinden; Code 1=Positives Befinden; Code 2=Negatives Befinden) (vgl. Abschnitt 5.4.2.2), sollen relative Häufigkeiten zu den Angaben in den Kategorien einen ersten Überblick zum Verlauf der Befindensveränderung liefern. Konfigurationsfrequenzanalytische Untersuchungen zur Gesamtstichprobe konnten keine Syndrome oder Typen identifizieren. Auch für die einzelnen Teilstichproben ergaben gruppenabhängige Konfigurationsfrequenzanalysen keine möglichen Typisierungen. Auf eine Ergebnisdarstellung wird deshalb verzichtet.

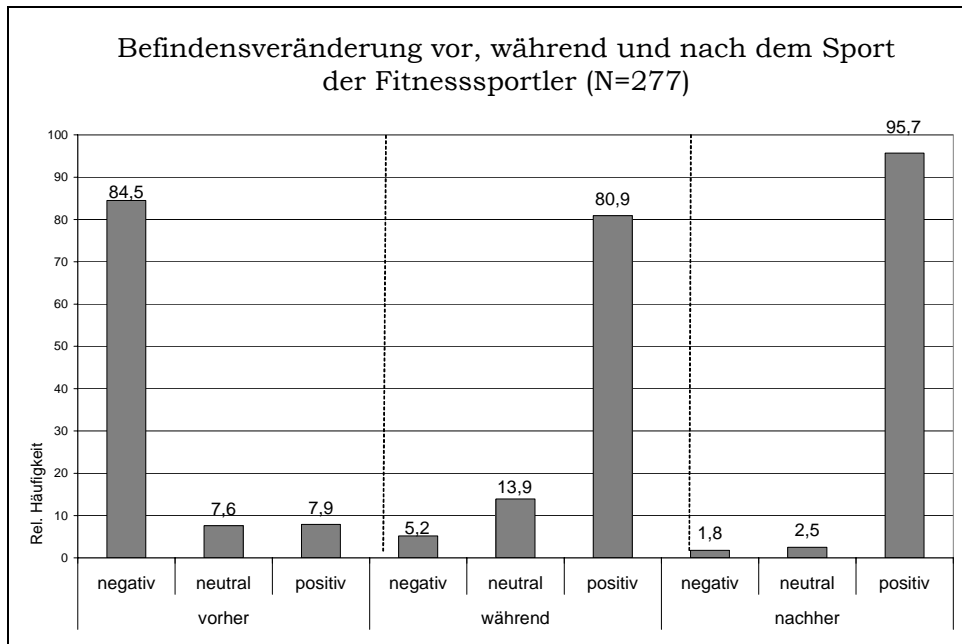


Abb. 6-48: Befinden vor, während und nach dem Sport der Fitnesssportler (kategorisierte Fassung) (Angaben in Prozent)

Die Abb. 6-48 bis 6-50 geben einen grafischen Überblick zur Entwicklung der Befindlichkeiten in den Sportlergruppen. Dabei ist eine grundsätzliche Tendenz in allen Gruppen ablesbar, wonach der Anteil der Probanden, der sich vor der Sportausübung ein negatives Befinden ausstellt, eklatant bereits in der Phase während des Sports und noch weiter bis zur Phase nach der Sportaktivität abnimmt. In einem gegenläufigen Prozess nimmt der Anteil der positiv gestimmten Personen sukzessive bis zum Zeitpunkt nach der Sporttätigkeit zu. Auffällig erscheint hier nicht nur der in allen Sportlergruppen vertretene hohe Anteil an Probanden, die vor dem Sport ein negatives Befinden bekunden. Unter Fitnesssportlern geben dies 84,5% an, unter Präventionssportlern 70,6% und unter Rehabilitationssportlern 61,1%. Darüber hinaus erscheint der relative Anteil an Versuchspersonen, der nach der sportlichen Aktivität ein positives Befinden äußert in allen Sportlergruppen mit Werten über 93% überaus hoch.

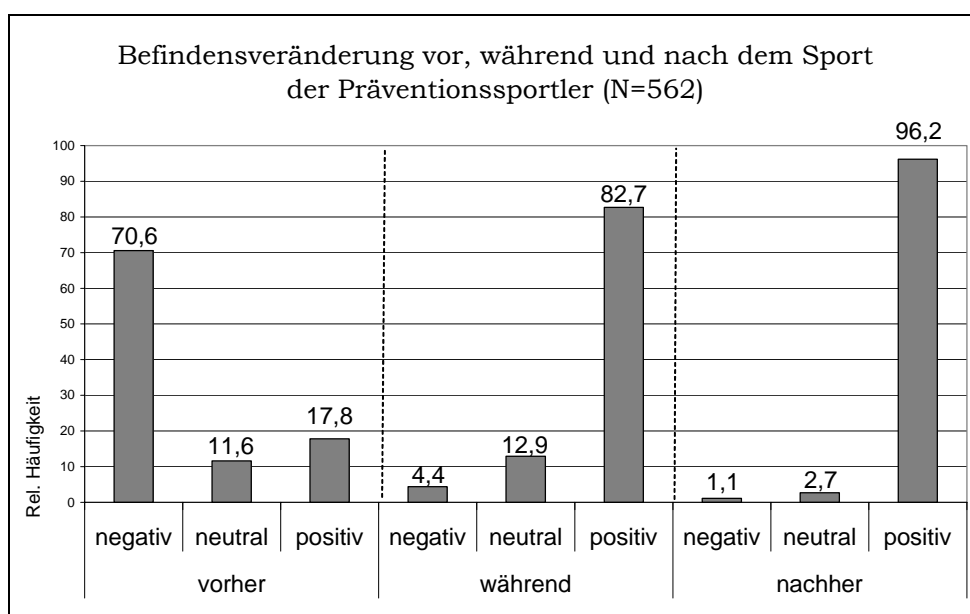


Abb. 6-49: Befinden vor, während und nach dem Sport der Präventionssportler (kategorisierte Fassung) (Angaben in Prozent)

Zur Prüfung auf Unterschiede in den Sportlergruppen wurden multiple Chi-Quadrat-Tests innerhalb der „Messzeitpunkte“ durchgeführt, die ergaben, dass sich das geäußerte Befinden der Sportlergruppen während und nach der sportlichen Aktivität nicht signifikant voneinander unterscheidet. Die Differenzierung der Ausgangslage der Sportler hingegen erreicht ein höchstsignifikantes Niveau ($X^2=38,25$; $df=4$; $p < .001$). Danach kommen Fitnesssportler mit einem höchstsignifikant schlechteren gesundheitlichen Befinden in das Sportangebot als Präventions- und Rehabilitationssportler.

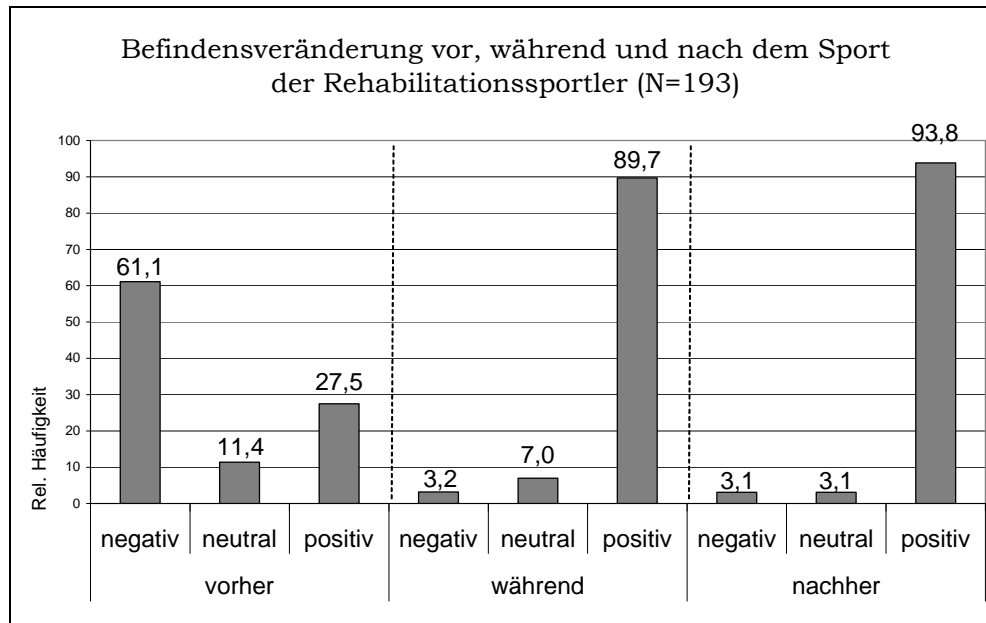


Abb. 6-50: Befinden vor, während und nach dem Sport der Rehabilitationssportler (kategorisierte Fassung) (Angaben in Prozent)

Fazit

Die Analyse der Befindlichkeitsveränderungen durch sportliche Aktivierung in den Sportlergruppen erbrachte keine nennenswerten Erkenntnisse, wofür sich sicherlich u.a. eine unzureichende Datenqualität verantwortlich zeichnet. Erwartungsgemäß berichten vor allem Rehabilitationssportler signifikant häufiger als die übrigen Gruppen von einer Verbesserung des medizinisch-objektiven Gesundheitszustands. Bei einer insgesamt schlechteren Ausgangssituation dieser Gruppe überrascht dieses Ergebnis kaum. Unerwartet erscheint jedoch die Tatsache, dass bezüglich positiver Veränderungen des subjektiven gesundheitlichen Befindens häufiger Aktive des Fitnesssports Zustimmung geben. Möglicherweise kann im Umkehrschluss gemutmaßt werden, dass der subjektive Positiveffekt des Sports für Rehabilitationssportler weniger wahrgenommen wird, als wahrhaftig messbare Verbesserungen. Die primäre Motivation dieser Gruppe, Sport aus therapeutischen Gründen zu treiben, lässt offenbar wenig Raum für das Erleben der subjektiven Verbesserungen. Die Orientierung an einem „Muss“ wiegt u.U. zu stark und die Anstrengung lässt sich für diese Probanden besser anhand der Veränderung medizinischer Parametern messen. Sportler in fitnessorientierten Angeboten lässt ihr Gesundheitszustand und ihre differenzierte Gesundheitswahrnehmung hierfür offensichtlich mehr Raum.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit stand zunächst der Versuch, Fragen zu zentralen Gesundheitsmaßen und –merkmalen des Sportvereinslebens für Freizeit- und Gesundheitssportler zu beantworten. In Referenz auf ausgewählte Aspekte der Gesundheits-, Sport- und Vereinsforschung wurde die Fragestellung mit der Datengrundlage der Teilnehmer aus dem Evaluationsprojekt „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ koordiniert. Dabei liegt der Fokus der Problemstellung auf Fragen zur subjektiven Gesundheitswahrnehmung und objektiven Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten, zur Ausprägung sport- und vereinsbezogener Schutzfaktoren und diesbezüglichem Gesundheitsverhalten sowie zur Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein.

Das vorliegende Kapitel liefert eine abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse zur deskriptiven Stichprobenuntersuchung und zur Differenzierung zwischen den Sportlergruppen von Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportlern. Darüber hinaus wird in einer sich anschließenden Diskussion ein Ausblick auf möglichen Forschungsbedarf und praktische Folgerungen versucht.

Dazu erfolgt in einem ersten Schritt eine resümierende Darstellung zentraler Befunde zur Gesamtstichprobe der Freizeit- und Gesundheitssportler. Ein Überblick zu Befunden aus der kontrastierenden Untersuchung der Teilstichproben (Fitness-, Präventions-, Rehabilitationssportler) schließt sich in einem zweiten Arbeitsschritt an. Nach einer Diskussion der methodischen Anlage der Studie wird schließlich ein Ausblick auf mögliche Folgerungen für die praktische Arbeit im vereinsorganisierten Gesundheitssport und mögliche interessante, weiterführende Forschungsfragen gewagt.

7.1 Zusammenfassung der Befunde

Zunächst erfolgt die **Darstellung zentraler Ergebnisse zur Untersuchung der Gesamtstichprobe**, gegliedert nach den gebildeten Kategorien der Wahrnehmung von Gesundheit und Sport im Verein.

Gesundheit und Krankheit: Objektive Gesundheit

Es hat sich gezeigt, dass die Sportlerstichprobe in der Hauptsache mit den chronischen Krankheitsbildern der Wirbelsäulen-, Herz-Kreislaufkrankung und Arthrose belastet ist. Dabei können Frauen als häufigere Träger von Osteoporose- und Krebserkrankungen betrachtet werden, während Männer stärker mit Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen und Parkinson belastet sind. Nominell weisen Männer eine schlechtere objektive Gesundheit auf als Frauen, gemessen an der Anzahl der ausgeprägten chronischen Erkrankungen. Darüber hinaus steigt die Belastung mit einer schlechten gesundheitlichen Verfassung mit zunehmendem Alter der Sportler.

Gesundheit und Krankheit: Gesundheitswahrnehmung

Analog zu einer schlechteren objektiven Gesundheit der männlichen Sportler im Vergleich zu den weiblichen, bzw. der älteren Aktiven im Vergleich zu den jüngeren fällt auch das subjektive Urteil zur eigenen Gesundheitseinschätzung bei Männern schlechter aus als bei Frauen, bei älteren Aktiven ungünstiger aus als bei jüngeren. Ähnlich verhält es sich bezüglich der Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand. Frauen erweisen sich als zufriedener mit der Gesundheit als Männer. Im Altersverlauf allerdings ist kein linearer Verlauf erkennbar. Vielmehr dokumentieren die 27- bis 40-Jährigen die höchste Gesundheitszufriedenheit, unabhängig vom Geschlecht. Sind die Sportler jünger oder älter, sinkt der Grad der Zufriedenheit mit der Gesundheit weiter ab.

Gehen die höhere Gesundheitszufriedenheit und positivere Bewertung der subjektiven Gesundheit unter den Frauen auch mit einem unterschiedlichen Stellenwert der Gesundheit oder auch Kontrollüberzeugung einher? Diese Fragen sind in Bezug auf einen Geschlechtervergleich mit „Nein“ zu beantworten. Männer und Frauen unterschieden sich nicht hinsichtlich des Ausmaßes, inwieweit sie auf ihre Gesundheit achten oder davon überzeugt sind, diese durch Eigenverantwortung beeinflussen zu können. Wohl aber erreichen ältere Sportler einen deutlich höheren Stellenwert der Gesundheit als jüngere: Je älter die Sportler sind, desto mehr achten sie auf ihren Gesundheitszustand. Gleichzeitig büßen Sportler mit zunehmendem Alter an Überzeugtheit zur Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes deutlich ein.

Zusammenhangsprüfungen ergaben, dass davon ausgegangen werden kann, je stärker die Belastung mit chronischen Erkrankungen, also je schlechter der objektive Gesundheitszustand, desto schlechter fällt die subjektive Gesundheitsbewertung und die Zufriedenheit mit der Gesundheit aus, desto geringer ist auch die Kontrollüberzeugung zur Gesundheit und der Stellenwert der Gesundheit. All diese Korrelationen zeigen sich zwar signifikant, jedoch auf einem nur geringen Niveau gemessen am Korrelationskoeffizienten. Damit stützen sie zwar allgemeine Vermutungen und Ergebnisse früherer Studien (vgl. Abschnitt 5.1), ihre Tragweite kann für die vorliegende Studie jedoch nicht sehr hoch eingeschätzt werden.

Eine Konfigurationsfrequenzanalyse über die vier Kategorien der Gesundheitswahrnehmung (subjektive Gesundheitseinschätzung, Stellenwert der Gesundheit, Kontrollüberzeugung zur Gesundheit, Gesundheitszufriedenheit) identifizierte vier Syndrome und drei Antitypen. Dabei stellte sich heraus, dass die Kombination einer negativen Bewertung in allen vier Merkmalen überzufällig häufig unter Sportlern vorkommt (Typus). Diesen Typus haben ausschließlich Männer ausgeprägt. Daneben kommt die Kombination einer negativen Bewertung in den drei Merkmalen subjektive Gesundheit, Gesundheitszufriedenheit und Kontrollüberzeugung bei gleichzeitig hohem Stellenwert überzufällig häufig vor und kann demnach auch als Typus identifiziert werden. Der dritte Typus wird durch eine niedrige subjektive Gesundheit und Zufriedenheit in Kombination mit einem hohen Stellenwert und hoher Kontrollüberzeugung gebildet. Auch zu dieser Merkmalsverbindung finden sich auffällig viele Sportler in der untersuchten Stichprobe. Schließlich konnte das Syndrom einer niedrigen subjektiven Gesundheit und Kontrollüberzeugung parallel zu einer hohen Gesundheitszufriedenheit und einer hohen Stellenwertzuweisung entdeckt werden.

Antitypische Verteilung findet eine hohe Ausprägung in den Merkmalen der Kontrollüberzeugung, des Stellenwerts und der Zufriedenheit mit der Gesundheit, während die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes negativ ausgeprägt ist. Diese Kombination findet sich unter den Sportlern auffällig selten. Ebenso verhält es sich mit der Verbindung einem niedrigen Stellenwert der Gesundheit bei gleichzeitig hoher Ausprägung in allen anderen Merkmalen. Zu diesem Antitypus zählen vorwiegend Männer. Eine Überbetonung der weiblichen Sportler hingegen findet sich in einer letzten antitypischen Verteilung: Eine positive Gesundheitseinschätzung gepaart mit einer hohen Kontrollüberzeugung und einem hohen Stellenwert der Gesundheit bei gleichzeitiger niedriger Gesundheitszufriedenheit erweist sich eher als „weibliche Variante“, kommt aber insgesamt unter Sportlern überzufällig selten vor.

Allgemeines Gesundheitsverhalten: Risikofaktoren

Bezüglich ausgeprägter Risikofaktoren wurde zwischen internen (Übergewicht, Rauchverhalten, Blutfettwerte, Bluthochdruck) und externen Risikofaktoren (Stressoren des Arbeitsplatzes) unterschieden. Dabei zeigen sich in einer globalen Betrachtung zwei grundsätzlich auffällige Befunde: Erstens sind die Sportler am häufigsten mit erhöhten Blutfettwerten belastet. Zweitens ist der Anteil der Raucher und der an Übergewicht leidenden Probanden erstaunlich niedrig, gemessen am Bundesdurchschnitt (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2001).

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung identifizierte Männer als häufiger mit Bluthochdruck und erhöhten Blutfettwerten belastet als Frauen. Ansonsten konnten keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Auch in der Summe betrachtet (Summenscore „Interne Risikofaktoren“) zeigt sich die männliche Gesundheit stärker durch Risikofaktoren beeinträchtigt als jene der Frauen.

Auffällig ist darüber hinaus, dass der Anteil der Übergewichtigen mit dem Alter zunimmt. Dieser Befund war aus den Ergebnissen anderer Studien nicht zu erwarten (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2001). Auch die Faktoren Bluthochdruck und erhöhte Blutfettwerte sind umso häufiger zu finden, je älter die Sportler sind. Die Ausnahme in der sonst einheitlichen Altersentwicklung bildet der Risikofaktor Rauchen. Hier stellen die älteren Sportler ihr Gesundheitsbewusstsein unter Beweis und dokumentieren eine Reduzierung des Merkmals mit zunehmendem Alter. Raucher sind häufiger unter den jüngeren Sportlern zu finden, kaum unter den älteren. Einen grundsätzlichen Anstieg des quantitativen Ausmaßes an Risikofaktoren (Summenscore „Interne Risikofaktoren“) mit dem Alter der Sportler kann dieser Befund jedoch nicht mehr aufwiegen.

Als externe Risikofaktoren wurden aus dem Setting des Arbeitsplatzes dort entspringende Stressoren eingesetzt. Dabei zeigte sich, dass die Belastung durch eine unangenehme körperliche Beanspruchung, also die physische Beeinträchtigung als die größte Stressquelle empfunden wird, während psychischer Stress, der durch Kollegenkonkurrenz entstehen könnte, die geringste Bedeutung als externen Risikofaktor einnimmt. In diesen Items ließ sich ein Unterschied zwischen den Geschlechtern oder im Altersverlauf festhalten.

Faktorenanalytische Untersuchungen ermittelten vier voneinander unabhängige Stressorenfaktoren, die unter den Titeln „physikalisch-chemische und organisationale Stressoren der modernen Industrieproduktion“, „psycho-soziale Stressoren“, „Stressoren der modernen Arbeitswelt“ und „physische Stressoren“ gefasst wurden und 93,2% Gesamtvarianzaufklärung erreichen. Dabei fühlen sich Männer stärker durch psycho-soziale Stressoren des Arbeitsplatzes (lange Arbeitszeit, Zeitdruck, Störungen, Verantwortung für Menschen, alleine arbeiten, Entscheidungszwang) sowie Faktoren der modernen Arbeitswelt (Kollegenkonkurrenz, Konzentrationsniveau, Bildschirmarbeit) beeinträchtigt als Frauen. Darüber hinaus nimmt die wahrgenommene Stressbelastung durch diese Faktoren mit steigendem Alter zu, während sich jüngere Sportler besser mit derartigen Forderungen des Berufs arrangieren können. Die übrigen Faktoren weisen keine bedeutsamen Kontraste im Altersverlauf oder zwischen den Geschlechtern auf.

Allgemeines Gesundheitsverhalten: Schutzfaktoren und gesundheitsorientiertes Verhalten

Bezüglich ausgeprägter Schutzfaktoren eines allgemeinen Gesundheitsverhaltens wurden in interner Dimension das Ernährungsverhalten und das Bewegungsprofil des Alltagslebens operationalisiert. In externer Dimension erscheinen Elemente aus sport- und vereinsbezogenen Schutzfaktoren, die separat untersucht wurden (s.u.).

Das von den Sportlern dokumentierte Gesundheitsverhalten im Aspekt der Ernährung zeigt sich als vergleichsweise hoch. Der Großteil der Sportler gibt eine Ernährung nach der Maßgabe der grundsätzlichen Ausgewogenheit an. Dies ist unter Frauen häufiger verbreitet als unter Männern. Männliche Sportler hingegen halten häufiger eine Diät oder spezielle Ernährungsform (z.B. Vegetarierturn) ein. Daneben gilt: Je älter die Sportler sind, desto stärker orientiert sich ihr Ernährungsverhalten hin zu einer gesundheitsorientierten Form.

Auch der Schutzfaktor des Bewegungsprofils im Alltag erscheint unter den Sportlern insofern günstig ausgeprägt, als der Großteil von einem ausgewogenen Anteil an Sitz-, Steh-, und Bewegungsleistungen im Alltag berichten. In Abhängigkeit des Geschlechts ergibt sich, dass das Bewegungsprofil der Frauen häufiger durch Stehen und einem hohen Maß an Bewegung geprägt ist, während Männer stärker ihre Muskelkraft im Alltag/Beruf zum Einsatz bringen und deutlich häufiger Sitzleistungen erbringen. Interessant erscheint der Befund zum altersspezifischen Vergleich, der nahe brachte, dass der Anteil des Sitzens mit zunehmendem Alter der Sportler abnimmt, während das Ausmaß an Bewegung ansteigt. Damit ist eine steigende Bewegungsaktivität und begleitend eine Erhöhung des als Schutzfaktor wirkenden Ressourcepotentials im Alter zu verzeichnen.

*Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten:**Kognitive Gesundheitsressourcen*

Der Bereich der kognitiven Gesundheitsressourcen wurde grundsätzlich differenziert nach den Aspekten des Effekt- und Handlungswissens. Mit kognitiven Gesundheitsressourcen wurde die Ausprägung von Kenntnissen zur Wechselwirkung sportlicher Aktivität und zentraler physischer, psycho-sozialer und physiologischer Bereiche definiert (Sport und: Herz-Kreislaufsystem, Knochen, Wirbelsäule, physiologische Zusammenhänge, psycho-soziale Wechselwirkungen, „mein Krankheitsbild“, Muskeln/Sehnen/Bänder, keine Kenntnisse). Dabei zeigte sich, dass die im Freizeit- und Gesundheitssport als zentrale Themen zu vermutenden Aspekte des Zusammenhangs von Sport und dem Herz-Kreislaufsystem sowie des Wirbelsäulenapparates im Kenntnisstand der Aktiven am weitesten verbreitet sind. Im Geschlechtervergleich identifizieren sich Frauen häufiger als Träger von kognitiven Ressourcen zur Wechselwirkung des Sports und den Knochenapparat, die Wirbelsäule und psycho-soziale Effekte. Männer hingegen kommunizieren vermehrt kognitive Schutzfaktoren zum Einfluss des Sports auf das Herz-Kreislaufsystem sowie ihr individuelles Krankheitsbild.

Im Altersverlauf nimmt die Bedeutung des Effektwissens zu den Themen Knochen, Wirbelsäule bzw. das individuelle Krankheitsbild und Sport zu, während die Aspekte sportlicher Effekte auf Muskeln, Sehnen und Bänder sowie physiologische Zusammenhänge eher unter jüngeren Sportlern einen Bereich der kognitiven Ressourcen bilden. Gleichzeitig finden sich Sportler, die kein Effektwissen in den gebotenen Bereichen aufgebaut haben, am häufigsten unter den jüngeren Aktiven.

Eine quantitative Betrachtung ermöglichte der gebildete Summenscore zum Effektwissen, mit Hilfe dessen ein Ausbau der Bereiche zu kognitiven Gesundheitsressourcen mit zunehmendem Alter der Sportler möglich war. Einen geschlechtlichen Unterschied erreichte dieser Index jedoch nicht. Die konstatierten Differenzen zwischen Männern und Frauen bleiben demnach Schwerpunktverlagerungen in Abhängigkeit des Interesses der Sportler. Einen quantitativen „Vorsprung“ an Kenntnissen gibt es für Männer oder Frauen nicht. Hierbei bleibt anzumerken, dass lediglich die angegebenen Kenntnisbereiche aufsummiert werden konnten. Auf eine mögliche Tiefe der Kenntnisse, die eine weitere Gewichtung ermöglichen könnten, kann aufgrund der Erhebung nicht geschlossen werden.

In der Frage nach der Quelle des kommunizierten Wissensbestandes untermauern Institutionen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge klar ihre Bedeutung. Am häufigsten werden hier Informationsvermittlungen durch den (behandelnden) Arzt angegeben. Doch auch die Unterweisung durch die Medien und ein eigenständiges Literaturstudium zur Kenntniserweiterung dienen den Sportlern zum Aufbau kognitiver Ressourcen. Die Rolle des Sportvereins bzw. der Sportangebote in diesem Zusammenhang nicht als vernachlässigbar bezeichnet werden, ist jedoch angesichts der methodischen Anlage der Operationalisierung nur schwer gewertet werden.

Als weiterer Baustein der kognitiven Gesundheitsressourcen wurden ausgewählte Bereiche des Handlungswissens untersucht (Kenntnisse zu: gesundheitsbewusste Ernährung, korrekte Übungsausführung, Gebrauchsschule, Funktions-/Wirkweise der Übungen, Bedeutung/Durchführung von Ausdaueraktivitäten, eigenverantwortliche Sporttätigkeit). Dabei ergab sich, dass sich der Großteil der Sportler in Fragen der korrekten Übungsausführung unterrichtet sieht. Der Anteil der Positivantworten erreichte zwar aus kritischer Sicht kein gutes, wohl aber ein zufrieden stellendes Ergebnis. Wenn unterstellt wird, dass die Sportler in gesundheitsorientierten Angeboten aktiv sind, wäre eine höhere Quote wünschenswert gewesen (vgl. Abschnitt 5.3.1). Die geringste Verbreitung erfährt das Thema der gesundheitsbewussten Ernährung.

Im Geschlechtervergleich offenbarten sich Frauen häufiger im Bereich des gesundheitsgerechten Alltagstätigkeiten Sitzen, Heben und Tragen sowie der Funktions- und Wirkweise von sportlichen Übungen, die im Vereinsangebot durchgeführt werden, unterwiesen als Männer. Die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Ausdauerschulung attestieren sich hingegen Männer häufiger als Frauen. Auch das Thema einer gesundheitsbewussten Ernährung wird von Frauen seltener beherrscht als von Männern. Im Altersverlauf identifizierten sich die älteren Sportler als diejenigen mit den vergleichsweise größten Problemen hinsichtlich einer korrekten Übungsausführung. Gleichzeitig jedoch sehen sich die Sportler mit zunehmendem Alter mehr in der Lage, eine eigenverantwortliche Sporttätigkeit z.B. zu Hause durchzuführen als jüngere. Auch Kenntnisse zur Funktion- und Wirkweise der Übungen und zur rückengerechten Alltagsgestaltung sind unter älteren Sportlern laut eigener Angaben häufiger verbreitet als unter jüngeren.

Ein gebildeter Summenscore, der das quantitative Maß an kognitiven Wissensbeständen beinhaltet, erbrachte keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Im Bezug auf das Alter ließ sich nachweisen, dass der Umfang an subjektiv zur Verfügung stehendem Handlungswissen zunächst mit dem Alter ansteigt, um zu den Seniorensportlern hin jedoch wieder an Größe zu verlieren. Hier bauen die Ältestensportler bezüglich der kognitiven Handlungsressourcen ab.

*Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten:**Soziale Identifikation und Integration*

Das komplexe Gefüge der sozialen Integration und Identifikation in bzw. mit dem Sportanbieter wurde in der vorliegenden Untersuchung durch eine Kombination von acht Items realisiert. Diese umfassten im Einzelnen die Bereiche: Aktivität in der Vereinsorganisation (Übernahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit, formale Integration (Mitgliedschaft), Einbindung vorhandener sozialer Netzstrukturen (Freunde/Bekannte im Verein aktiv), Ausbau des sozialen Netzes (Schließen neuer Freundschaften im Verein), informelle Treffen mit Vereinssportlern, Geselligkeit als Angebotswahlmotiv, Motivierung zum Vereinssport durch Freunde/Bekannte, Übernahme von Multiplikatorenfunktionen (Werbung für den Sportverein betreibend). Die hier angewandte Forschungsstrategie untersuchte zunächst die zum Einsatz gekommenen Einzelaspekte, um anschließend durch Bildung eines Mittelwertscores den Gesamtkomplex hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht und Sportlergruppe zu kontrastieren.

Die Analyse der Einzelaspekte erbrachte ein differenziertes Bild mit eindeutigen Tendenzen:

Es kann davon ausgegangen werden, dass Frauen eine Integration in ihrem Lebensgefüge bereits tradierter sozialer Netzstrukturen in eine sportliche Vereinsaktivität besser gelingt als Männern. Diese wiederum sind offensichtlich in Ermangelung derartiger starker Systeme eher daran interessiert, das soziale Feld des Sportvereins für den Ausbau der Kontaktdichte zu nutzen. Das konstatierte Interesse von Frauen an einer Erweiterung des geselligen Lebens durch Netzwerkmitglieder des Sportvereins muss damit differenziert werden. Offenbar verlagert sich dieses Interesse eher dahingehend, als Frauen eine Intensivierung bereits bestehender Kontakte intendieren, während Männer den grundsätzlichen Aufbau neuer Sozialbindungen durch den Sportverein suchen. Gestützt wird diese These mit dem Teilbefund, dass Frauen eine höhere Kontaktdichte mit Sportpartnern auch außerhalb des Sportvereinslebens erreichen als Männer. Für diese scheint die sportliche Aktivität selbst Raum genug für soziale Kontakte zu geben. Im Altersvergleich konnte festgestellt werden, dass eine Integration vorhandener Netzstrukturen jüngeren Sportlern eher gelingt als älteren, während diesen im Umkehrschluss (aus plausiblen Gründen der geringeren Besetzung eines sozialen Netzes im Alltag) häufiger ein Ausbau von Freundschaftsbeziehungen durch neu gewonnene Sportpartner gelingt. Das stärkere Engagement der Männer in einer „Eroberung“ des neuen sozialen Feldes Sportverein als Raum für persönliche Einbindung und Engagement greift auch auf eine Aktivität in ehrenamtlichen Positionen über. Hier zeigen sich Männer ebenfalls aktiver als Frauen. Die Einbindung jüngerer Sportler auch in Organisationsaufgaben des Vereins gelingt unter Freizeit- und Gesundheitssportlern offensichtlich nur unzureichend, denn grundsätzlich kann eine Tendenz des Alterszuwachses unter Ehrenamtlichen festgestellt werden. Insbesondere Aufgaben, die die Führung und Verwaltung des Vereins betreffen, übernehmen eher ältere Sportler. Jüngere sind allenfalls in Tätigkeiten mit ausführendem Charakter zu finden.

Die Ergebnisse im Einzelnen:

Bezogen auf das *Motiv der Geselligkeitssuche* durch eine sportliche Aktivität im Verein konnte nachgewiesen werden, dass Frauen stärker an einem geselligen Anschluss im Zusammenhang ihrer Angebotswahl interessiert sind als Männer. Darüber hinaus steigt das Interesse an geselligem Austausch mit Vereinssportlern mit zunehmendem Alter der Sportler an.

Eine *Anstoßmotivierung durch Freunde* erfahren eher die jüngeren Sportler als ältere. Das bedeutet, dass junge Sportler häufiger durch den Zuspruch von Freunden bzw. Bekannten, die bereits im Verein aktiv sind, für ein sportliches Engagement aktiviert werden als ältere. Männer und Frauen unterscheiden sich hierin nicht.

Die *Integration bereits bestehender sozialer Netzstrukturen* in Form von Freunden bzw. Bekannten, die ebenfalls im Sportverein aktiv sind, gelingt Frauen besser als Männern und jüngeren Sportlern deutlich häufiger als älteren.

Sind die Sportler im Verein aktiv, zeigen sich ältere deutlich aktiver hinsichtlich eines *Ausbaus des sozialen Netzes durch das Schließen neuer Freundschaften im Sportverein* als jüngere.

Die *Erhöhung der Austauschdichte mit Sportpartnern* auch außerhalb des Sportangebots z.B. durch informelle Treffen erreichen Frauen stärker als Männer und jüngere häufiger als ältere.

Die *formale Bindung an den Verein*, operationalisiert durch die Form der Mitgliedschaft, erwies sich als sehr hoch (vgl. Abschnitt 5.3.2). Männer scheuen eine Mitgliedschaft dabei eher als Frauen. Eine Einbindung enger sozialer Netze wie die Familie oder der Ehepartner wird geschlechtsspezifisch unterschiedlich geleistet: Männer integrieren häufiger den Partner, Frauen die Familie. Gleichzeitig erweisen sich Frauen jedoch auch häufiger als Einzelperson im Verein aktiv als Männer. Im Altersverlauf nimmt der Anteil der nicht beigetretenen Sportler zu, die Einbindung familiärer Bindungen unter Betonung der gleichzeitigen Aktivität des Ehepartners naturgemäß ab.

Die Bereitschaft, sich *ehrenamtlich im Sportverein zu engagieren* ist in der vorliegenden Stichprobe nur gering ausgeprägt (vgl. Abschnitt 5.3.2). Differenziert nach dem Geschlecht zeigen sich Männer jedoch aktiver als Frauen. Dies betrifft insbesondere Aufgaben der Führungs- und Verwaltungsebene, während Frauen eher im Bereich der Ausführungsebene tätig sind. Gleichzeitig finden sich ältere Sportler eher in Aufgaben der Führung und Verwaltung und dominieren insgesamt das Bild des ehrenamtlich Tätigen. Jüngere Aktive finden neben ihre Aktivität im Sport eher selten auch in ein Ehrenamt, das im Fall der Fälle einen praktischen Aspekt verfolgt (Ausführungsebene).

Der gebildete Mittelwertscore zum quantitativen Umfang der sozialen Integration erbrachte weder für die Geschlechter noch für die Altersgruppen wesentliche Unterschiede.

Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten:

Sportliche Aktivität und Angebotspartizipation

Bezüglich der Angebotspartizipation wurde zwischen der Teilnahme an Angeboten, die in regelmäßigen sozialen Gruppen abgehalten werden und freien Bewegungs- sowie fachsportlich orientierten Angeboten unterschieden. Hierbei zeigte sich, dass das Grundmaß an Aktivität in der Stichprobe bezüglich der Teilnahme an regelmäßig in sozialen Gruppen organisierten Angeboten als relativ gering anzusehen ist ($M=1,3$ Angebote). Im Geschlechtervergleich erweisen sich Frauen als die „fleißigeren“ Angebotsnutzer. Darüber hinaus sinkt das quantitative Aktivitätsniveau mit dem Alter der Probanden ab. Im Bereich der fachsportlich ausgerichteten Angebote drehen sich die Verhältnisse um: Hier erweisen sich Männer als häufigere Partizipanten als Frauen. Im Altersverlauf war keine eindeutige Entwicklung abzulesen. Die Teilnahme an freien Bewegungsangeboten konnte ebenso wie die Aktivität in fachsportlichen Zusatzangeboten als vergleichsweise selten besucht geortet werden und bedarf insbesondere der Differenzierung: Während sich kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern

ausmachen ließen (Lediglich der Besuch von Fitness-Studios erscheint eher eine Präferenz der Frauen zu sein.), lassen sich für die Angebote des Fitness-Studios und Ausdauertätigkeiten (Walking, Jogging) ein eher junges Klientel nachweisen. Dagegen finden ältere Sportler häufiger Zugang in weiterführende Schwimmangebote.

Im Zusammenhang mit der Angebotspartizipation wurde als Element der habituellen Sportaktivität die Kenntnis über ein (früheres) Engagement im Bereich des Wettkampfsports operationalisiert. Daraus ergab sich grundsätzlich ein nur geringer Anteil an Sportlern, die diese Eigenschaft für sich verbuchen konnten. Darunter waren deutlich mehr Männer als Frauen, sowie eher die jüngeren als älteren Sportler zu finden.

Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein: Aktivierungs- und Programmmotivation

Die Repräsentationen für eine Aktivierungs- und Programmmotivation wurden durch die Bereiche der Zugangsmotivation für den Vereinssport (Aufmerksamkeit für den Sportverein; Motive für Vereinswahl), die Motivlage für den gesundheits- bzw. fitnessorientierten Sport allgemein sowie für die Angebots(aus)wahl speziell gebildet.

Bezüglich der *Aufmerksamkeitslenkung für den Sportverein* konnte die Bedeutung des engen sozialen Umfelds einerseits und anknüpfender Institutionen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge andererseits unterstrichen werden. Frauen finden demnach häufiger über eine Verbindung mit dem Freundes- bzw. Bekanntenkreis zu einem Sportverein, während Männer vorwiegend durch den Verweis des behandelnden Arztes oder der Krankenkasse auf einen Sportanbieter aufmerksam werden. Gleichzeitig gilt: Je jünger die Probanden sind, desto wahrscheinlicher ist der Kontakt zu einem Sportverein über bereits bestehende soziale Netzstrukturen; Je älter sie sind, desto häufiger erfolgte die Aufmerksamkeitslenkung durch medizinisch-versicherungstechnische Vermittler. In allen übrigen gebotenen Zugangskanälen unterscheiden sich die Geschlechter nicht.

Die Analyse der *Anreizqualitäten*, die bei der *Entscheidung für den Sportanbieter* eine Rolle gespielt haben mögen, brachte grundsätzlich drei Motivachsen hervor: Als entscheidend wirken der Inhalt, die Leitung des Angebots sowie die räumlich-strukturelle Ansiedlung des Vereins. Dieses Ergebnis unterstreicht grundsätzlich die Bedeutung der unmittelbaren, praktischen Arbeit des Sportvereins. Die Gestaltung des Sportangebotes spricht zunächst einmal für sich, wenn es darum geht, mögliche zukünftige Sportler für eine Aktivität im Verein zu gewinnen. Daneben tritt jedoch das Element der räumlich-strukturellen Ansiedlung des Vereins. Der Zugang zu einem Sportverein scheint danach auch davon getragen zu sein, inwieweit der Sportverein tradierte Strukturen im Gemeindeleben oder auch innerhalb der eigenen Sportbiographie prägt. Handelt es sich als um den „Verein vor Ort“, erscheint dieser Weg erleichtert.

Hinsichtlich der *Motivlage bei der Angebots(aus)wahl* konnten neben erwartungsgemäßen auch überraschende Befunde konstatiert werden: Zum einen rückte das Spaßmotiv als Anreiz für den Eintritt in eine Sportangebot in den Vordergrund, zum anderen betonten jedoch auch räumlich-praktische Aspekte des Angebots ihre Bedeutung bei der Wahl des Sportprogramms: Lässt sich in räumlicher und zeitlicher Hinsicht das betreffende Angebot aus Sicht der Sportler in ihren Alltagsablauf bzw. ihr Lebenszentrum integrieren, wird der Prozess der Aufnahme einer sportlichen Aktivität begünstigt.

Faktorenanalytische Untersuchungen ergaben eine Zwei-Faktoren-Lösung, die sich zwischen psychosozialen und medizinisch-gesundheitlichen Rahmenbedingungen aufspannte. Dabei zeigte sich im Geschlechtervergleich, dass die Merkmale des ersteren Faktors für Frauen eine höhere Bedeutung haben als für Männer, wohingegen diese durch medizinisch-gesundheitliche Aspekte stärker bei der Wahl ihres Sportangebotes geleitet werden. Im Altersverlauf erwies sich lediglich der Faktor der medizinisch-gesundheitlichen Rahmenbedingungen als auffällig. Hier kann davon ausgegangen werden, dass die Anreizqualität derartiger Strukturmerkmale um so höher wirkt, je älter die Sportler sind.

Schließlich wurden *Analysen zur grundsätzlichen Motivation für eine sportliche Aktivität* im Fitness- bzw. Gesundheitssport angestellt, die zu der These führten, dass sich Momente der affektiv-emotionalen und solche der psycho-physischen Dimension in der Anreiz- und Bindungsmotivation an eine sportliche Aktivität überlagern: Als wesentliche Motive kristallisierten sich die Hebung des Wohlbefindens, der Spaßfaktor und präventiv-gesundheitliche Ziele heraus. Im Geschlechtervergleich konnte eine deutliche Verlagerung der Interessen festgestellt werden: Frauen finden aus Gründen der Prävention in den Vereins(gesundheits)sport, Männer aufgrund rehabilitativer Zielsetzungen. Bei der Entscheidung für die sportliche Aktivität per se spielt im Kontrast zu den Prozessen der Vereins- oder Angebotswahl der Aspekt der Geselligkeit weniger eine Rolle, bleibt hinter psycho-physischen Motiven zurück.

Aus faktorenanalytischen Tests ergab sich eine dreifaktorielle Struktur, die zwischen „psychosozialen Komponenten“, „physischen Komponenten“ und „kompensatorischen Faktoren“ der Sportmotivation unterschied. Zwischen den Geschlechtern zeigten sich dabei folgende Unterschiede: Frauen sehen sich durch den physischen Motivkomplex sowie kompensatorische Leistungen des Sports eher zu einer Aktivität im Fitness- bzw. Gesundheitssport motiviert als Männer. Im Übrigen ergaben sich keine geschlechtlichen Differenzen. In Bezug gesetzt auf das Alter konnte festgestellt werden, dass die Bedeutung der psychosozialen sowie der physischen Komponenten mit dem Alter der Sportler zunehmen, während kompensatorische Faktoren erwartungsgemäß an Bedeutung verlieren. Die veränderte Lebenssituation im Alter, die i.a.R. durch den Wegfall einer beruflichen (und familiären Doppel-) Belastung gekennzeichnet ist, rückt Erwartungen an einen Ausgleich durch Sport in den Hintergrund, während gesundheitliche Zielsetzungen wie die Stärkung der physischen wie psychischen Gesundheit und ein Auf- bzw. Ausbau der sozialen Kontakte Präferenz erhalten.

Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein: Subjektive Befindlichkeitsveränderungen
Mögliche Befindlichkeitsveränderungen wurden grundsätzlich auf zwei Ebenen gemessen: Auf der Interventionsebene standen etwaige Verbesserungen des Gesundheitszustandes in objektiv-medizinischen Parametern gemessen im Fokus, sowie subjektive Besserungen des Befindens durch die Aufnahme einer sportlichen Aktivität (Hierbei gingen lediglich als Patienten definierte Probanden in die Analysen ein.). Auf der Angebotsebene wurde versucht, die Angaben der Sportler zu ihrem Befinden vor, während und nach der sportlichen Aktivität, die in der Retrospektive gegeben wurden, hinsichtlich „typischer“ oder „antitypischer“ Verläufe zu analysieren.

Bezüglich der Betrachtungen auf Interventionsebene zeigte sich, dass offensichtlich die Verbesserung des objektiven Gesundheitszustandes nur in geringem Maße möglich erscheint (vgl. Abschnitt 5.4.2). Größeres Potential scheint die Optimierung eines subjektiven Befindens zu besitzen, wovon weit mehr

Patienten seit der Aufnahme einer sportlichen Aktivität berichten. In beiden Fällen kommunizieren Männer stärker positive Veränderungen als Frauen, sowie ältere Sportler häufiger als jüngere. Berücksichtigend, dass sich insgesamt eine Aktivität von Männern und Älteren erst mit Ausprägung einer gewissen gesundheitlichen Beeinträchtigung und dann vornehmlich durch Anraten des Arztes einstellt, sind diese Ergebnisse beinahe zu erwarten gewesen. Diese Zielgruppe hat insofern die „besten“ Voraussetzungen, positive Effekte des Sports auf ihre Gesundheit zu nutzen, als ihr Gesundheitszustand durch die Aufnahme einer Bewegungstätigkeit u.U. in jedem Fall profitieren mag.

Die Analysen, die sich auf die Befindlichkeitsveränderungen auf Angebotsebene bezogen, lieferten weder einen einheitlichen Befund noch ein zufrieden stellendes empirisches Ergebnis. Aus Gründen der unzureichenden methodischen Anlage bzw. der minderen Datenqualität konnten lediglich allgemeine Aussagen getroffen werden, die darum kreisen, dass grundsätzlich Äquilibrationseffekte ablesbar sind, die für die vorliegende Stichprobe als Sportler des Fitness- und Gesundheitssports auch zu erwarten gewesen waren. Die Haupttendenz in der Befindensveränderung der Sportler schlägt sich in einem negativen Startzustand vor dem Sport und einer sukzessiven Verbesserung hin zu einem positiven Wohlbefinden nach der Aktivität nieder.

Dennoch erscheint im Zusammenhang der Untersuchung interessant, dass durchaus auch negative Stimmungszustände während und nach der sportlichen Betätigung dokumentiert sind, die so nicht erwartet wurden. Dies nimmt zwar nicht den Großteil der Sportler für sich in Anspruch, zeigt jedoch durchaus auf, dass die Möglichkeit einer verminderten oder gar negativen Stimmungsveränderung durch sportliche Aktivierung Raum zu geben ist.

Eine Typisierung konnte in diesem Zusammenhang (Verlauf des Befindens vor, während und nach der sportlichen Aktivität) nicht vorgenommen werden.

Im Folgenden werden die Befunde zum **Vergleich der Sportlergruppen** (Fitness-, Präventions-, Rehabilitationssportler) in allen Repräsentationen resümiert.

Gesundheit und Krankheit: Objektive Gesundheit

Die Prüfung von Unterschieden zwischen den Sportlergruppen hinsichtlich der objektiven Gesundheit zeigte grundsätzlich, dass Fitnesssportler mit den geringsten gesundheitlichen Belastungen gemessen an ausgeprägten chronischen Erkrankungen und damit mit der besten objektiven Gesundheit ausgestattet sind. Rehabilitationssportler weisen hier die ungünstigste Situation auf. Dabei setzen sich die Gruppen der Fitness- und Präventionssportler deutlich von den Rehabilitanden ab, die eine nachdrücklich erhöhte Anzahl an chronischen Erkrankungen aufweisen als die beiden übrigen Gruppen.

In der qualitativen Ausprägung lassen sich „typisch“ männliche von „typisch“ weiblichen Beschwerden unter den Gesundheitssportlern abgrenzen: Weibliche Präventions- und Rehabilitationssportler geben häufiger die Krankheitsbilder Osteoporose, Wirbelsäulen- und psychischen Erkrankungen an, männliche belegen häufiger Diabetes-, Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs.

Gesundheit und Krankheit: Gesundheitswahrnehmung

Befunde zur objektiven Gesundheit in den Sportlergruppen setzten sich erwartungsgemäß in der subjektiven Kategorie der Gesundheitswahrnehmung fort: Fitnesssportler weisen die positivste subjektive

Gesundheit und Gesundheitszufriedenheit auf, sind analog auch von der Beeinflussbarkeit des Gesundheitszustandes überzeugter als Präventions- und Rehabilitationssportler. Auffällig erschien jedoch, dass der Organisationsrahmen der Sportler keinen Einfluss auf den Stellenwert der Gesundheit hat. Als Aktive im freizeit- bzw. gesundheitsorientierten Sport scheint dies ein verbindendes, kein differenzierendes Element zu sein.

Aufschlussreich erscheinen vor allem Ergebnisse zur Gesundheitszufriedenheit, werden diese in Kontrast zu übrigen Analysen gestellt: Altersabhängige Differenzen zeigen: Präventionssportler, die in jungen Jahren (Altersgruppe bis 26 Jahre) Zugang zu einem gesundheitsorientierten Sportangebot finden, weisen die geringste Zufriedenheit mit ihrem gesundheitlichen Befinden überhaupt und eine vergleichbare subjektive Gesundheitseinschätzung wie Rehabilitationssportler auf. Wird berücksichtigt, dass diese Gruppe in objektiver Hinsicht mit dem gesundheitlichen Niveau von Fitnesssportlern vergleichbar ist, jedoch ein wesentlich erhöhtes Potential an psycho-sozialen Stressbelastungen und Stressoren der modernen Arbeitswelt (vgl. Abschnitt 6.2.2) sowie eine vergleichsweise geringe Ausprägung an Schutzfaktoren (Ernährung, Bewegungsverhalten im Alltag) kommunizieren, lässt sich folgende These ableiten: Sportler dieser Altersgruppe mit einer ungünstigen Ausprägung von Schutz- und Risikofaktoren (Eindruck des Drucks im Arbeitslebens und der Familiengründung) bilden offenbar eine negative subjektiven Gesundheitswahrnehmung aus, die den Zugang zu einem präventiven Sportangebot unterstützt.

Davon setzen sich insbesondere Fitnesssportler ab, die bis ins hohe Alter eine vergleichsweise positive Gesundheitszufriedenheit dokumentierten. Diese Gruppe zeigt sich mit zunehmendem Alter zwar subjektiv als „weniger gesund“, weniger von der Beeinflussbarkeit der Gesundheit überzeugt und misst dem Gesundheitszustand einen immer höheren Stellenwert bei. Dennoch passt sich die Zufriedenheit einer realistischen Einschätzung an: Wem es gelingt, bis ins hohe Alter im fitnessorientierten Sport aktiv zu bleiben, zeigt sich auch dann noch zufrieden mit dem eigenen Gesundheitszustand.

Für Rehabilitationssportler schließlich lässt sich resümieren, dass sich die hohe Belastung an internen Risikofaktoren (vgl. Abschnitt 6.2.1) und chronischen Erkrankungen in jungen Jahren (27 bis 40 Jahre) negativ auf die Kontrollüberzeugung zur Gesundheit auswirkt. Der Eindruck einer einschneidenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes, der die Sportler noch vor dem 40. Lebensjahr in ein rehabilitatives Sportangebot „zwingt“, lässt ihren Glauben daran, das eigene gesundheitliche „Schicksal“ beeinflussen zu können, stark wanken. Mit steigendem Alter relativieren sich diese Verhältnisse wieder.

Gesundheitsverhalten: Risikofaktoren

Die Analyse zu internen Risikofaktoren brachte für Fitnesssportler die geringste, für Rehabilitationssportler die höchste gesundheitliche Belastung. Dabei konnten die Unterschiede zwischen den Sportlergruppen nominell nicht statistisch abgesichert, wohl aber eine deutliche Schwerpunktverlagerung festgehalten werden. Rehabilitationssportler geben häufiger als Aktive des Präventionssports die Ausprägung der Risikofaktoren erhöhte Blutfettwerte, Bluthochdruck und Übergewicht an. Eine grundsätzliche Ausnahmestellung nimmt der Risikofaktor Rauchen ein: Dokumentieren Fitnesssportler in allen übrigen Aspekten eine geringere Belastung als die übrigen Gruppen, erweisen sie sich als die stärkeren Raucher. Werden Befunde aus der Erforschung der objektiven und subjektiven Gesundheit dieser Sportlergruppe mit in die Betrachtungen einbezogen, liegt die These nahe, dass ein vergleichs-

weise positives Erleben des gesundheitlichen Befindens dieser Gruppe den (subjektiven) Raum für ein gewisses Maß an Risikoverhalten eröffnet, das sich in Rauchen äußert.

Im Altersvergleich zeigte sich in den Sportlergruppen, dass für Fitness- und Präventionssportler ein weitgehend linearer Anstieg an internen Risikofaktoren mit dem Alter vorliegt. Sportler, die in ein rehabilitatives Angebot gefunden haben, tun dies im Alter bis 26 Jahren allerdings mit einer signifikant höheren Belastung an internen Risikofaktoren als dies für Rehabilitanden zwischen 27 und 40 Jahren der Fall ist. Erst für die höheren Altersgruppen steigt die Belastung an Risikofaktoren erneut an.

Hinsichtlich externer Risikofaktoren erweisen sich Rehabilitationssportler am stärksten durch Stressoren aus der Quelle des Arbeitsplatzes belastet, Fitnesssportler dagegen am geringsten. Stressoren der modernen Arbeitswelt (z.B. EDV-Arbeit, Kollegenkonkurrenz, Konzentrationsdruck) wirken sich vor allem auf das Gesundheitserleben der Rehabilitationssportler negativ aus. Männliche Fitness- und Rehabilitationssportler empfinden diese Stressorenquelle dabei belastender als ihre weiblichen Sportkolleginnen, während männliche Präventionssportler hier ein geringeres Stresspotential entdecken als weibliche. Psycho-soziale Stressoren des Berufslebens werden von Fitnesssportlern und Rehabilitanden vor allem in einer Altersphase zwischen 41 und 60 Jahren, von Präventionsaktiven vorwiegend bis zu einer Altersstufe von 40 Jahren als besonders bedrückend erlebt.

Die Befunde führen in Zusammenschau mit bereits dargestellten Erkenntnissen zu folgender Schlussfolgerung: Zwischen den Anforderungen des Arbeitsplatzes und dem sportlichen Engagement der Probanden besteht eine eindeutige Wechselwirkung, die sich darauf pointieren lässt, dass Fitnesssportler ihre körperliche Fitness für die Beanspruchungen im Berufsleben zu stärken versuchen, Präventionssportler erste körperliche Einschränkungen, die sich aus den beruflichen Anforderungen ergeben, zu kompensieren suchen und Rehabilitationssportler den Sport als Therapieform für z.T. in der Berufstätigkeit erworbenen gesundheitlichen Schäden nutzen.

Gesundheitsverhalten: Schutzfaktoren und gesundheitsorientiertes Verhalten

Bezogen auf die Schutzfaktoren ließ sich – unter Einschränkung der Datenqualität und damit Tragweite möglicher Ergebnisse – nachweisen, dass Fitnesssportler angesichts eines vergleichsweise positiven objektiven Gesundheitszustandes und subjektiven Gesundheitserlebens einen eher mangelhaften Einsatz der Schutzfaktoren Ernährung und Bewegungsprofil im Alltag demonstrieren. Ein hohes Maß an Sitzleistungen und durchaus sorglosen Umgang mit dem Ernährungsverhalten scheinen sich dabei zum einen kaum auf das gesundheitliche Befinden auszuwirken und zum anderen offenbar durch die sportliche Aktivität einen Kompensationspunkt zu finden. Präventionssportler setzten sich gegen diese Tendenzen klar ab und unterstreichen zumindest im Bezug auf die Ausbildung von internen Schutzfaktoren ihre Rolle als die „gesundheitsbewusstesten“ Sportler. Allerdings muss kritisch angemerkt werden, dass das hohe Maß an Bewegung, das diese Gruppe in ihrem Alltag zu integrieren scheint, nicht nur positiv sondern u.U. auch als zusätzliches Belastungspotential zu werten ist, was eine kompensatorische, gymnastische Sporttätigkeit auch provozieren mag. Werden Erkenntnisse aus den Bereichen der Stresswahrnehmung und negativen Gesundheitswahrnehmung insbesondere der jüngsten Altersgruppe unter den Präventionssportlern mitberücksichtigt, lässt sich resümieren: Die Erfahrung (erster) beruflicher Stressbelastung und erhöhter Sitzleistungen im Alltag verbunden mit möglichen

Folgen einer ungünstigen Ernährung führen nicht nur zu einer negativen Gesundheitswahrnehmung, sondern u.U. auch zu einer Aktivität im Präventionssport.

Rehabilitationssportler hingegen zeigen bereits in jungen Jahren ein hohes Maß an Sensibilität in Sachen Ernährung und alltägliches Bewegungsprofil. Insgesamt erscheinen die Schutzfaktoren bei Rehabilitationssportlern vergleichsweise günstig ausgeprägt. Die dadurch aufgebauten Ressourcen scheinen das negative Gesundheitserleben aus einer Krankheitsbelastung jedoch nicht aufzuwiegen.

Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten:

Kognitive Gesundheitsressourcen

Im Bereich des Effektwissens, als Teilaspekt der kognitiven Gesundheitsressourcen, konnten für die Sportlergruppen enge Verbindungen zwischen den vorliegenden Krankheitsprofilen und der entsprechenden Angebotswahl ausgemacht werden. Aus den Wissensbeständen der Rehabilitationssportler sind demnach vorwiegend Themen zur Therapie von Herz-Kreislaufkrankungen abzulesen, Präventionssportler zeigen ihren Schwerpunkt in Kenntnissen zur Wechselwirkung von Sport und Wirbelsäule. Insgesamt lässt sich demnach ein anwendungsorientiertes Ressourcenprofil erkennen, das eine breite Basis vermissen lässt. Auffällig bleibt jedoch die mangelnde kognitive Bedeutung der Effekte des Sports auf gesundheitsrelevante Parameter des Herz-Kreislaufsystems. Dieser Aspekt scheint insbesondere bei Präventionssportler unterrepräsentiert. Die von der Forschung zugewiesene Rolle in der präventiv ausgerichteten Gesundheitsförderung erhält dieser Aspekt bei den sportlich Aktiven nicht.

Nominell betrachtet beinhaltet die Gruppe der Fitnesssportler den größten Anteil an Personen, die keine kognitiven Gesundheitsressourcen ausgeprägt haben. Angesichts des deutlich besseren objektiven Gesundheitszustandes dieser Gruppe und der konstatierten Abhängigkeit des Aufbaus von Effektwissen von einer eigenen gesundheitlichen Betroffenheit, ist diesem Befund jedoch nicht allzu viel Gewicht zu geben.

Das auffälligste Ergebnis zum Geschlechtervergleich lieferten die Gruppen der Präventions- und Rehabilitationssportler, worunter mehr Frauen als Männer den Aufbau von Effektwissen zum Thema Sport und psycho-soziale Zusammenhänge angeben. Offensichtlich haben die weiblichen Sportler – analog zu ihrer stärkeren geselligen Ausrichtung bei der Bindung an einen Verein – hier auch eher ein Interessensgebiet gefunden.

Die konstatierten Befunde zum Effektwissen setzen sich im Komplex des Handlungswissens fort: Auch hier ließen sich erwartungsgemäße Schwerpunktverschiebungen in den Sportlergruppen erkennen: In Wechselwirkung zur Risikofaktorausprägung bzw. dem Gesundheitszustand steht nicht nur die inhaltliche Ausrichtung des besuchten Sportangebots, sondern auch die Bereiche aufgebauten Handlungswissens. Das bedeutet, dass Handlungswissen zunächst parallel zum Beschwerdebild aufgebaut und nur vorsichtig durch globales Handlungswissen im Sport erweitert wird. Quantitativ ausgedrückt heißt das weiterhin, dass Präventionssportler das umfangreichste Maß an Handlungswissen gemessen an unterschiedlichen Themen aufgebaut haben.

Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten:

Soziale Integration und Identifikation

In den Faktoren zur sozialen Integration und Identifikation zeigen sich Fitnesssportler als diejenigen mit der stärksten Eingliederung in das Geflecht Sportverein. Rehabilitationssportler dagegen sind am

wenigsten in das Netz des Vereins integriert. Der Globaleffekt wird in den Subkategorien des ehrenamtlichen Engagements, der Integration bereits bestehender sozialer Kontakte und der Multiplikatorenfunktion (vgl. Abschnitt 6.3.2) durch eine stärkere Einbindung der Fitnesssportler und die geringste Ausprägung bei Rehabilitanden gestützt. Allerdings muss differenziert beachtet werden, dass Rehabilitationssportlern der Ausbau des eigenen sozialen Netzes durch Vereinsbekanntschaften besser gelingt als den übrigen Sportlergruppen. Darüber hinaus erweisen sich männliche Fitnesssportler als die Aktiveren hinsichtlich einer Intensivierung von sozialen Kontakten mit Vereinssportlern als weibliche. Unter Rehabilitations- und Präventionssportlern sind die Frauen signifikant häufiger bezüglich eines sozialen Austausches aktiv.

Zusammenfassend lässt sich die These ableiten, dass Fitnesssportler mit einer deutlicheren sozialen Ausrichtung im Vereinssport aktiv sind, während die „klassischen“ Gesundheitssportdimensionen weniger der traditionellen Vorstellung der sozialen Ausrichtung des Sports (gesellige Sportausübung) als vielmehr der individuellen, gesundheitszentrierten Aktivität verhaftet sind.

Für Aktive des Rehabilitationssports stellen sich jedoch darüber hinaus auch die Möglichkeiten, soziale Kontakte zu knüpfen und das eigene Netzwerk auf- bzw. auszubauen, was nachweislich auch genutzt wird. Auf eine nachhaltige Intensivierung der sozialen Kontakte lässt dies unter Rehabilitationssportlern allerdings leider nicht schließen.

Sport- und vereinsbezogene Schutzfaktoren und Gesundheitsverhalten:

Sportliche Aktivität und Angebotspartizipation

Der zentrale Befund zur Angebotspartizipation der Sportlergruppen ist mit der erhöhten Aktivität der Fitness- und Präventionssportler zu fassen, die sich in allen Angebotskategorien niederschlägt: Diese beiden Gruppen besuchen insgesamt mehr in Gruppen organisierte Sportangebote, freie Bewegungs- sowie Fachsportangebote als Rehabilitationssportler.

Rehabilitationssportler zeigen sich grundsätzlich sehr zielorientiert, was die Ausrichtung ihres belegten Sportangebotes anbelangt. Sie besuchen i.a.R. ein Bewegungsangebot, das auf ihre gesundheitlichen Prämissen zugeschnitten ist.

Eine ergänzende Aktivität in einem Fachsportangebot wird unter Rehabilitationssportlern mit zunehmendem Alter der Aktiven wahrscheinlicher, während dieser Effekt unter Präventionssportlern umgekehrt ausfällt. Hier gilt: Je jünger diese sind, desto häufiger sind sie auch in Angeboten zu einer Sportart zusätzlich aktiv. Hinter diesem Effekt könnten folgende Gesetzmäßigkeiten vermutet werden: Rehabilitationssportler lernen u.U. erst durch eine krankheitsimmanente Bewegungstätigkeit im Verein weitere Sportmöglichkeiten kennen und finden auf diesem Weg auch zu einer adäquaten Sportart. Bei Präventionssportlern scheint die Aktivität in einer Sportart bereits vorzuliegen, die durch ein „Umsteigen“ in den präventiv ausgerichteten Sport ersetzt oder zumindest ergänzt wird. Eine genaue Sportbiographie und die Erforschung solcher Werdegänge von Gesundheitssportlern wären sicherlich interessante Ansatzpunkte für weiterführende Forschungsvorhaben.

Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein: Angebots- und Programmmotivation

In den Repräsentationen der Aktivierungs- und Programmmotivation konnte die Gruppe der Rehabilitationssportler deutlich von den Fitness- und Präventionssportlern abgegrenzt werden. Dies betraf vor

allem den Zugang der Rehabilitationssportler, der vorwiegend über Vermittler der öffentlichen Gesundheitsfürsorge erfolgte, sowie die grundsätzliche Motivierung aufgrund einer bestehenden Erkrankung bzw. auf Anraten des Arztes. Dagegen werden Präventionssportler häufiger über ein bestehendes soziales Netz für einen Sportverein interessiert.

Das Fehlen eines sozialen Netzes von Rehabilitationssportlern, das bereits in Kontakt zu einem Verein steht, kompensieren diese Probanden häufig mit der Motivation, eben durch die Aktivität im Verein ein solches Netz aufzubauen. Fitness- und Präventionssportlern hingegen gelingt eher die Integration von bereits bestehenden sozialen Verbindungen in das Vereinsleben.

Dennoch bleibt die Motivlage der Rehabilitanden bezüglich der Aktivierung für eine gesundheitsorientierte Bewegung klar auf die Therapie einer bestehenden Krankheit bzw. vorhandenen Beschwerden fokussiert.

Die Rolle des Übungsleiters bzw. die bewertete Kompetenz schlägt sich im Prozess der Sportaufnahme vor allem bei Sportlern der „klassischen“ Gesundheitssportdimensionen nieder. Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen aus der Drop out-Forschung, in der die Bedeutung der Übungsleiters bei der Bindung an sportliche Aktivität betont wurde (FUCHS, LIPPKE, KNÄUPER, 2000; PAHMEIER, 1994a; 1994b; 1997).

Soll eine Zusammenfassung bezüglich der Motivstrukturen für Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssportler gewagt werden, können wesentliche Tendenzen resümiert werden: Die sportliche Aktivität der Rehabilitationssportler ist ganz der Therapiemotivation verschrieben, die durch den Ausbau von sozialen Kontakten im Sportverein unterstützt wird. Präventionssportler sind auf die Prävention allgemeiner Beschwerdemaße ausgerichtet und Fitnesssportler suchen eine Intensivierung bereits bestehender sozialer Kontakte bei gleichzeitiger Suche nach einer Ausgleichswirkung durch Sport.

Wahrnehmung der Interventionsmaßnahme Sport im Verein: Subjektive Befindlichkeitsveränderungen

Die Analyse der Befindlichkeitsveränderungen durch sportliche Aktivierung in den Sportlergruppen erbrachte keine nennenswerten Erkenntnisse, wofür sich sicherlich u.a. eine unzureichende Datenqualität verantwortlich zeichnet. Erwartungsgemäß berichten vor allem Rehabilitationssportler signifikant häufiger als die übrigen Gruppen von einer Verbesserung des medizinisch-objektiven Gesundheitszustands. Bei einer insgesamt schlechteren Ausgangssituation dieser Gruppe überrascht dieses Ergebnis kaum. Unerwartet erscheint jedoch die Tatsache, dass bezüglich positiver Veränderungen des subjektiven gesundheitlichen Befindens häufiger Aktive des Fitnesssports Zustimmung geben. Möglicherweise kann im Umkehrschluss gemutmaßt werden, dass der subjektive Positiveffekt des Sports für Rehabilitationssportler weniger wahrgenommen wird, als wahrhaftig messbare Verbesserungen. Die primäre Motivation dieser Gruppe, Sport aus therapeutischen Gründen zu treiben, lässt offenbar wenig Raum für das Erleben der subjektiven Verbesserungen. Die Orientierung an einem „Muss“ wiegt u.U. zu stark und die Anstrengung lässt sich für diese Probanden besser anhand der Veränderung medizinischer Parametern messen. Sportler in fitnessorientierten Angeboten lässt ihr Gesundheitszustand und ihre differenzierte Gesundheitswahrnehmung hierfür offensichtlich mehr Raum.

7.2 Ausblick

Der Gesundheits- und Fitnesssport im Verein boomt ebenso wie der strukturelle Auf- und Ausbau von Kooperationsverbindungen des Sports mit Trägern der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (vgl. DEUT-

DEUTSCHER SPORTBUND, 1996a; OPPER, 1998b; ROTH, 2000). Sportvereine setzen auf verschiedene Strategien zum Aufbau eines gesundheitsorientierten Angebotes und damit der Gewinnung von aktiven Mitgliedern. Gleichzeitig scheint das Interesse der sportwissenschaftlichen Forschung am gesundheitsorientierten Sport stetig zu wachsen. Neue Modelle werden entwickelt, spezifische Programme evaluiert und Effekte überprüft. Im Kristallisationspunkt des organisierten Sports steht der Sportverein als eine Institution, die sich mehr oder minder unabhängig von Forschungserkenntnissen und bisweilen als Vorreiter einer Entwicklung sieht, die nachfrage- und bedarfsorientiert Angebote offeriert und durchführt. Eine strukturelle Anpassung und Abstimmung finden die beiden Sphären – und hier setzt die Kritik ein – nur zögerlich. Das mag unter anderem an einem geringen Forschungsstand nicht nur zu Strukturen im gesundheitsorientierten Vereinssport liegen, sondern auch hinsichtlich der Befunde zu den Sportlern selbst. Das Erbringen von Forschungsleistungen zu modernen Systembeziehungen im Sportverein auf einer Makro- und einer Mikroebene wäre für eine adäquate „Neu-“Bewertung der Leistungsfähigkeit und Grenzen dieser Institution in einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung eine erste Voraussetzung. Dazu zählt zunächst eine Evaluation von Netzwerkverbindungen, die mit externen Kooperationspartnern zur Verbesserung der Sturkurqualitäten und der Angebotsleistung des Vereins in vielen Fällen bestehen bzw. möglich sind. Wenn es gelingen soll, den Verein als Träger einer ganzheitlich orientierten Gesundheitsförderung durch Sport sinnvoll einzubringen, ohne dieses System überzustrapazieren, müssen die Möglichkeiten der adäquaten Ressourcenerweiterung ausgelotet werden. Dies impliziert immer auch die Frage nach der Machbarkeit innerhalb des Eigenverständnisses von „Verein“. Eine stark nachfrageorientierte Ausrichtung in der inhaltlichen und räumlich-zeitlichen Gestaltung der Gesundheitssportangebote kann und will sicherlich nicht von jedem Verein geleistet werden und sollte wohl auch kein grundsätzliches Phänomen in der Vereinslandschaft darstellen. Eine behutsame Entwicklung von weitgehend individuellen Konzepten könnte Lösungen bieten.

Auf einer Mikroebene stellt die Erforschung der Konstitution von Sportgruppen im Verein eine weitere wissenschaftliche Herausforderung dar. Einen ersten Einblick liefert die vorliegende Untersuchung, aus der jedoch noch eine Reihe von weiterführenden Forschungsfragen und –zusammenhängen abgeleitet werden können und müssen. Bevor diese formuliert werden, soll zunächst ein Blick auf die Bedeutung und direkten Konsequenzen der vorgestellten Studienergebnisse geworfen werden:

Bezüglich des objektiven und subjektiven Gesundheitszustandes der Sportler zeigt sich, mit welchen Orientierungen die Vereinsaktiven im fitnessorientierten, präventiven oder rehabilitativen Sport tätig sind. Danach liegt folgendes Resümee nahe: Sollen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung von Sportlern im Verein, insbesondere in einer ganzheitlichen Perspektive, wirklich Nutzen bringen, müssten diese Angebote vorrangig auf die Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen besser abgestimmt werden. Das meint zunächst eine Berücksichtigung der jeweiligen Gesundheitswahrnehmung neben einer Abstimmung der Inhalte auf den objektiven Gesundheitszustand der Zielgruppen. Unter den Befunden besonders hervorzuheben ist dabei zum einen die negative Gesundheitswahrnehmung der jüngsten Präventionssportler (bis 26 Jahre), die mit einer starken beruflichen und evtl. auch familiären Belastung einen subjektiv (!) schlechten Gesundheitszustand empfinden und so in eine präventive Sportaktivität finden. Vergleichbare Verhältnisse legen die Befunde zu den jungen Rehabilitationssportlern nahe, deren Gesundheitswahrnehmung allerdings angesichts eines prägenden Einschnitts in den Gesundheitszustand stark beeinträchtigt scheint. Diese Grundlagen werden bislang bei der Konzeption

von Gesundheitssportangeboten nicht berücksichtigt. Die Ausrichtung der Übungsinhalte auf die Beschwerde- und Krankheitsmaße oder Risikofaktorenausprägung dominieren. Weder der Ursprung noch die Konsequenzen auf der Ebene des gesundheitlichen Erlebens werden ins Auge gefasst. Soll ein Gesundheitssportangebot jedoch das leisten, was im Sinne einer ganzheitlichen anthropologischen Sicht mehr und mehr intendiert wird, stellt gerade die subjektive Ebene ein wesentliches Element dar. Im Hinblick auf eine erfolgreiche, ganzheitliche Gesundheitsförderung durch vereinsorganisierte Sportprogramme sollte demnach weniger die bloße Förderung inhaltlicher Aspekte, sondern vielmehr eine individuelle sportliche Betreuung im Vereinsangebot im Vordergrund stehen. Ein Fokus könnte dabei sein, das Vertrauen der Sportler in die eigenen Kräfte und der eigenverantwortlichen Steuerung der Gesundheit evtl. neu zu wecken und zu fördern. Dabei sollte insbesondere der Blick auf positive subjektive Veränderungen im Wohlbefinden und der Gesundheitswahrnehmung durch die sportliche Aktivität gelenkt werden.

In enger Beziehung dazu steht die dringende Notwendigkeit, wissenschaftlich assoziierte Leistungen des Sportvereins auf dem Gebiet der sozialen Ressourcestärkung zu überdenken und empirisch zu überprüfen. Das Potential des Sozialsystems Sportverein hinsichtlich seiner integrativen Kraft insbesondere im Aspekt der Geselligkeit ist weithin diskutiert (BEST, 1993; EMRICH, PITSCH & PAPATHANASSIOU, 2001; MÜCKE, 1986; SCHLAGENHAUF, 1977; PILZ, 1986b) jedoch nicht zufriedenstellend formuliert. Die dargestellten Befunde legen ein differenziertes Bild für Aktive des Freizeit- und Gesundheitssports im Verein nahe, das eine Berücksichtigung der Verhältnisse und Erwartungen der Sportler in der Angebotsgestaltung fordert. Insbesondere der Befund, wonach Aktive des Fitnesssports, jüngere Sportler und Frauen eher bereits vorhandene Netzstrukturen in die Vereinsaktivität integrieren, während Teilnehmer des Rehabilitationssports, ältere und männliche Sportler verstärkt an einem Aufbau neuer Netzverbindungen und sozialer Kontakte durch eine Aktivität im Vereinssport interessiert sind, muss Konsequenzen für die Unterrichts- und Rahmgestaltung des Zielgruppensports haben. Werden die zu Grunde liegenden Sportlerpopulationen betrachtet, fällt speziell die zunehmende Bindungsangst und geringe Integration der Gesundheitssportler im Präventions- und Rehabilitationsbereich auf. Gleichzeitig begegnen insbesondere Rehabilitationssportler dem Angebot im Verein mit einer überbetonten Orientierung an einer Förderung ihrer Gesundheit. Die Ausschöpfung von psycho-sozialen Gesundheitsressourcen erscheint bei dieser Diskrepanz nur schwer möglich. Wie kann ein Sportmitglied in seinem sozialen Gesundheitspotential durch die Vereinsgruppe gestärkt werden, wenn eine Integration in das Sozialsystem Verein und Vereinssportgruppe nicht oder nur unzureichend gelingt? Der Verdacht liegt nahe, dass speziell diese Zielgruppe mit der Intention, sich „ein Stück Gesundheit abzuholen“, in den Sportverein findet. Eine sportliche Aktivität mag hier mit „gesundheitsförderlich per se“ interpretiert werden. An den sozialen Leistungen und gesellschaftlichen Aufgaben des Sportvereins geht diese Orientierung vorbei.

Als Konsequenz muss bezüglich der Angebote für die Zielgruppe der Rehabilitationssportler gefordert werden, dieses Potential des Sportvereins aufzuzeigen und bewusst zu machen. Dies meint, dass die gesundheitliche Förderung von Rehabilitationssportlern stärker auf eine psycho-soziale Integration in das soziale Netz des Sportangebotes in einem ersten und womöglich in den Sportverein selbst in einem zweiten Schritt intensiviert werden sollte. Damit kann u.U. zwei Effekten begegnet werden: Zum einen können speziell abgestimmte Inhalte und Rahmenangebote die zu fordernde psycho-soziale Res-

sourcestärkung der Sportler anbahnen. Zum anderen besteht über eine derartige Intervention eventuell auch die Möglichkeit, dem Dienstleistungscharakter des Sportvereins als Gesundheitssportanbieter in der Prävention und Rehabilitation aus der Sicht der „Patienten“ zu begegnen. Schließlich kann es nur im Interesse des Vereins sein, seine ureigene Anlage als gemeinnützige und unabhängige Vereinigung zu bewahren. Die Überbetonung von Dienstleistungsstrukturen sehen zuletzt nicht nur Vereinsvertreter und Verbände kritisch (LANDESPORTBUND NRW, 1999a; 1999b; 1999c) sondern wird auch von wissenschaftlicher Seite her bipolar diskutiert (DIECKERT, 2001; KUHLMANN, 1999; PILZ, 1986a; RITTNER, 1986a).

Angesichts der vergleichsweise positiveren Verhältnisse unter Fitnesssportlern im Komplex der sozialen Integration stellt sich die Frage, ob diese Zielgruppe mit einem anderen, dem Sportverein entsprechenderen Vereinsverständnis dort aktiv ist. Ein Studium dieser Zusammenhänge konnte durch der vorliegenden Arbeit nicht geleistet werden, beinhaltet aber für eine weitere Präzisierung der Zielgruppenerwartungen und –bedürfnisse wesentliche wissenschaftliche Erkenntnisse.

Einschränkend ist darüber hinaus zu beachten, dass im Rahmen der eigenen Studie die pädagogisch-didaktische Arbeit in den Übungsstunden, denen die Probanden entstammen, nicht berücksichtigt wurde. Damit sind Faktoren der Führung, Leitung und Steuerung der Sportgruppen im Allgemeinen und im Besonderen im Hinblick auf gruppenspezifische und integrative Prozesse nicht erfasst. Ursachen, die in diesen Elementen ruhen, konnten durch die vorliegende Untersuchung folglich nicht aufgespürt werden, dürfen in ihrer Wirkung auf die soziale Integration jedoch nicht unterschätzt werden und bedürfen dringend weiterer Erforschung.

Eine inhaltliche Anpassung des Übungsangebotes bzw. –konzeptes impliziert auch eine Intensivierung der Vermittlung von relevantem Handlungs- und Effektwissen. Die vorliegenden Befunde legen nahe, dass kognitive Ressourcen durch die Sportler primär krankheits- und beschwerdeorientiert aufgebaut werden. Insbesondere psycho-soziale Schichten des Effektwissens bleiben hinter den Erwartungen einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung zurück. Dieses Element in Zusammenhang mit Wechselwirkungen zur physischen Gesundheitsstärkung bedarf seitens der Sportlerbetreuung dringend einer Intensivierung. Grundsätzlich kann die Rolle des Sportvereins im Prozess des Aufbaus von kognitiven Ressourcen anhand der vorliegenden Untersuchung nur schwer abgeschätzt werden. Die Dominanz der Wissensvermittler aus den Reihen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (Ärzte, Rehabilitationsinstitute etc.) kann und soll sicherlich nicht angetastet werden. Sinnvolle Kooperationen zu diesen Personengruppen und Institutionen erscheinen jedoch angebracht und könnten das Potential des Sportvereins in einer kompetenzgetragenen Gesundheitsförderung maßgeblich stützen. Damit kann insbesondere der Zielgruppe des rehabilitativen Sports ein ganzheitliches Konzept der Gesundheitsförderung durch Sport zuteil werden. Für eine umfassende gesundheitliche Stärkung der Zielgruppen des präventiven und rehabilitativen Sports ist nicht nur die Unterweisung in Effekt- sondern auch in Handlungswissen wesentlich, um eine dauerhafte Bindung an den Sport und die Einsicht in die Notwendigkeit und Wechselwirkungen von Bewegung und Gesundheit zu verankern.

Zielgruppenorientiert betrachtet gilt es in diesem Zusammenhang speziell für den Bereich der Prävention, die Bedeutung der Ausdauerleistungsfähigkeit und deren Trainierbarkeit herauszustellen und die

Sporttreibenden darin zu unterweisen. Hier legen die Befunde Handlungsbedarf im Bereich der Übungsleiterbefähigung nahe.

Ein großes Entwicklungspotential wurde in den vergangenen Jahren für die Zielgruppe der Älterensportler formuliert. Doch auch hier erscheint die soziale Integration unzureichend. Ausdruck dessen ist u.a. die konstatierte geringe Kontrollüberzeugung der Sportler bezüglich der Steuerbarkeit der eigenen Gesundheit. Wenn angenommen werden kann, dass der Glaube an die Fähigkeit zur Kontrolle der Gesundheit speziell im Alter auch vom Aspekt der sozialen Unterstützung abhängig ist (ZANK, WILMS & BALTES, 1997), muss für die Aktivität im Sportverein geschlossen werden, dass dieser auch hier an seine Grenzen gelangt. Die Anbahnung von sozialen Netzen, aus denen Unterstützungseinheiten für Ältere hervorgehen können, scheint der Verein nur begrenzt zu Stande zu bringen, was sich in der Gesundheitsförderung auch auf die Kontrollüberzeugung auswirkt. Die Frage bleibt hierbei, ob sich die Populationen „Sportler“ und „Nicht-Sportler“ diesbezüglich unterscheiden; ob also Personen, die in einem Verein aktiv sind, im Vergleich zu Personen, die kein zusätzliches Netz im Rahmen einer Sportorganisation nutzen können, noch einen vergleichsweise guten Ausgangspunkt haben oder nicht. Hier besteht nicht nur Forschungs- sondern auch Handlungsbedarf.

Im Bereich der kognitiven Ressourcen, die einem adäquaten Handlungswissen zuzuordnen sind, äußert sich der wohl drängendste Interventionsbedarf in der Anleitung der Sportler zur eigenverantwortlichen Selbsttätigkeit. Innerhalb von vereinsorganisierten Sportangeboten erscheint es wünschenswert, die Teilnehmer zu einer korrekten Durchführung der Übungsformen zu befähigen, um auch außerhalb der angeleiteten Sportaktivität eine effektive und sinnvolle Bindung an die sportliche Bewegung zu erreichen. Vor allem unter Älterensportler erscheint hier jedoch ein deutliches Defizit, das insofern als bedenklich zu werten ist, als diese Zielgruppe sich in der Lage fühlt, ein selbst arrangiertes Sportprogramm in ihrer Freizeit absolvieren zu können. Eine gesicherte Basis an Kenntnissen und Fertigkeiten im Bezug auf kognitive Handlungsressourcen scheint durch die Aktivität speziell dieser Zielgruppe im Sportverein nicht gelegt zu werden, während sie gerade hier eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau eines lebenslangen und lebensbegleitenden Sports darstellt.

Für beide Komplexe der kognitiven Ressourcenstärkung – Effekt- und Handlungswissen – muss für die vorliegende Befunde angemerkt werden, dass diese angesichts der Datenqualität und der methodischen Anlage in diesem Bereich, nur mit der dadurch gebotenen Vorsicht Rückschlüsse auf die Merkmalsverteilung und Zusammenhänge zwischen der Aktivität im Sportverein und der Ausprägung von kognitiven Ressourcen zulassen. Auch hier wäre die Evaluation der Sportprogramme im Hinblick auf die gebotenen Inhalte, die methodisch-didaktische Arbeit, die Übungsanleitung und mögliche Vernetzungen zu weiteren kompetenten Partnern der Gesundheitsförderung aufschlussreich. Für weiterführende Studien bleibt die Aufgabe, die spezifischen Möglichkeiten und Grenzen im Bereich der kognitiven Ressourcen, auch in ihrer Bedeutung für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung, in Abhängigkeit der Programmgestaltung und Teilnehmervoraussetzungen (Motive, objektiver und subjektiver Gesundheitszustand, Bedürfnisse, Erwartungen etc.) auszuloten.

Derartige Strukturanpassungen sind aus alleiniger Anstrengung der Vereine sicherlich nicht zu schaffen. Die Erforschung und Erprobung adäquater Maßnahmen und Verfahren, die dies erreichen können, müssten in Experimentalgruppen zunächst erprobt werden. Das kann neben zusätzlichen Angeboten

außerhalb des Sportprogramms womöglich ganz grundsätzlich die Führung solcher Angebote ebenso betreffen wie eine konkrete Maßnahmenplanung innerhalb eines spezifischen Verlaufszeitraumes. Nicht zuletzt darf hier nicht übersehen werden, dass der Sportverein als Freiwilligenorganisation mit dem Strukturelement der Freiwilligenarbeit an Grenzen stößt.

Für die grundsätzliche Zielsetzung des Sportvereins, aktive Teilnehmer und Mitglieder zu rekrutieren, können aus den vorliegenden Befunden für den Freizeit- und Gesundheitssport jedoch deutliche Hinweise abgeleitet werden:

- Männer finden vornehmlich über Instanzen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (Ärzte, Krankenkassen, Rehabilitationskliniken etc.) in eine sportliche Vereinsaktivität, zu einem Zeitpunkt, an dem ihr Gesundheitszustand zumeist dringend einen reflektierten Umgang fordert.
- Frauen erreichen verstärkt über bereits aktive Freunde und Bekannte bzw. Familienmitglieder den Weg in die vereinsorganisierte Sportaktivität und schaffen so eine Erweiterung und Sicherung sozialer Netzstrukturen innerhalb ihrer Freizeitwelt.
- Mit zunehmendem Alter der Aktiven geht die kompensatorische Bedeutung des Sports für die Aktiven weitgehend verloren. Im Motive- und Bedürfniskanon wächst parallel dazu das Gewicht der sozialen Aspekte und gesundheitlich orientierter Zielsetzungen, die der Sportausübung inne wohnen. Auf diese Gesetzmäßigkeiten sollten zielgruppenorientierte Sportangebote abgestimmt werden und Sportvereine in ihrer Programmgestaltung Rücksicht nehmen.
- Entscheidende Momente im Zugangsprozess sind aus Sicht der Sporttreibenden die individuelle Bewertung des Übungsleiters und Angebots (inhaltliche Ausrichtung) sowie dessen räumlich-strukturelle Ansiedlung im Lebensbereich des (potentiellen) Sportlers.
- Von weit reichender Bedeutung in der Orientierung zur Sportaktivität ist deshalb auch die Möglichkeit des Einzelnen, das Angebot räumlich und zeitlich adäquat in den eigenen Alltag und Lebensrhythmus eingliedern zu können. Dabei spielen Wege zur Arbeit und nach Hause wohl ebenso eine Rolle wie die Koordination mit den Aufgaben aus der Familie oder weiteren Freizeitaktivitäten.

Der Sportverein rückt damit deutlich in eine dienstleistungsorientierte Rolle, die von ihm eine flexible zeitliche Programmgestaltung erwartet, oder auch die eventuelle Einrichtung zusätzlicher Serviceleistungen (z.B. Kinderbetreuung).

Die Erwartungen an den Sportverein seitens der Nutzer haben sich vom klassischen Vereinsverständnis damit deutlich verschoben und zeigen erneut die Notwendigkeit eines behutsamen Umgangs mit derartigen gesellschaftlichen Weiterentwicklungen an. Die Formulierung und Erprobung vereinsverträglicher Modelle zur Nachfrageorientierung bei Bewahrung der Vereinsmöglichkeiten und –grenzen ist hier dringend angezeigt.

Zusammenfassend erwächst aus den angestellten Überlegungen die Frage, inwieweit sich ein auf Beschwerdemaßen und Krankheitsausprägungen ausgerichtetes Sportprogramm grundsätzlich eignen kann, den ganzheitlichen Gesundheitszustand einer Gruppe von Menschen zu verbessern. Die Reduktion von Risikofaktoren und Krankheitssymptomen als Ausgangspunkt für einen Inhaltekanon lässt das vereinsorganisierte Sportangebot sicher hinter seinen Wirkmöglichkeiten zurück. Die Ausschöpfung und Förderung psycho-sozialer, kognitiver und emotionaler Gesundheitsressourcen macht vor

dem Hintergrund der vorliegenden Befunde auch eine Abstimmung auf die physischen Ausgangsbedingungen der Sportler nötig. Dahinter steckt die nicht allzu neue Forderung, den Aktiven einen adäquaten Rahmen für ihre individuelle gesundheitliche Erstarkung zu bieten, der alle Komponenten eines ganzheitlichen Ansatzes mit einschließt. Ganzheitlich meint in diesem Falle auch die Berücksichtigung der jeweiligen sportlichen Interessen, Neigungen und Erwartungen. Fraglich erscheint schließlich, ob eine Gesundheitsförderung durch einen rein beschwerdeorientierten Ansatz erreicht werden kann, wenn sich der Teilnehmer weder in diesem Angebot noch während seiner Übungstätigkeit wohl fühlt, er wesentliche Wirkmechanismen nur unzureichend verstanden hat oder für sich nutzbringend einsetzen kann. Vielmehr bleibt zu prüfen, ob bei einer adäquaten Modifizierung der Inhaltegestaltung und Rahmenbedingungen die Variante des gesundheitsorientierten Sports, der in seinen Erscheinungsformen des Fitness-, Präventions- und Rehabilitationssports bereits mit fließenden Übergängen und Grenzen aufwartet, nicht auch für viele so genannte klassische Sportarten denkbar ist. Der Gesundheitswert dieser Sportarten erwächst vor dem Hintergrund der konstatierten Befundlage und Zusammenhänge zu einem großen Teil aus dem Zugang und den Erwartungen der Sportler, also aus den Aktiven selbst (SCHWENKMEZGER & SCHLICHT, 1994), und wird schließlich getragen und unterstützt durch die gebotene inhaltliche Ausrichtung und pädagogische Arbeit.

Es ergeben sich schließlich folgende weiterführende Forschungsfragen:

- Inwiefern ist die Konstitution von Sportgruppen im Verein zu überdenken, gegebenenfalls zu optimieren? Dies gilt vor allem in Wechselwirkung zur Übungsleitung, bezüglich der Ansiedlung der Gruppe in der Vereinsstruktur (Größe und strukturelle Anbindung an die übergeordnete Abteilung, Rahmenprogramm des übergeordneten Vereins oder Angebote, die gruppenspezifisch durchgeführt werden) und hinsichtlich der Zusammensetzung der Gruppe. (Hierbei spielen die Aspekte Beschwerdebilder, Erwartungshaltung, Motivlage, soziodemographische Merkmale etc. eine Rolle.)
- Mit welcher pädagogischen Wirkung können sowohl die inhaltliche Ausrichtung als auch die methodisch-didaktische Arbeit im vereinsorganisierten Sport angelegt werden?
- Sind Motivation und Erwartungen der Sportler verträglich mit den gebotenen Inhalten?
- Sind in diesem Zusammenhang auch klassische Sportarten als „Förderer der Gesundheit“ denkbar?
- Welche Möglichkeiten der sozialen und psychischen Gesundheitsförderung im Sportverein können nutzbar gemacht werden, welche diesbezüglichen Erwartungen überfrachten das System?

Belegte Angebote – Cluster mit Kodierung

ALLE SPORTVEREINE

<i>Value</i>	<i>Label</i>		
10	<u>Aerobic-Angebote</u>	12	<u>Angebote zur Problemzonengymnastik, für Übergewichtige bzw. zur Gewichtsreduktion, Angebote zum Muskelaufbau</u>
100	Aerobic	120	Problemzonengymnastik
101	Aerobic, sehr intensiv	121	Problemzonengymnastik-Workout
102	Aerobic, low impact bzw. Aerobic, 1. Stufe	122	P-Class
103	Aerobic, high impact	123	Cardio-P-Class
104	Step-Aerobic	124	Bauch-Beine-Po
105	Step-Aerobic und Problemzonengymnastik	125	Bodystyling
106	Step and Floorwork	126	Super Bodystyling
107	Step-Kalorieburner	127	Gymnastik mit Problemzonentraining
108	Step and Stretch	128	Muskelaufbau- und Problemzonentraining
109	Step-Aerobic für Fortgeschrittene	129	Muskelaufbautraining
110	Joyrobic	130	Aktiv contra cellulite
111	Fit forever bzw. fit und fetzig	131	Slimnastic
112	Fit and Fun	132	Fit forever
113	Energie und Power	133	Mollig und Mobil
114	Power Gym	134	Abnehmen durch Bewegung
115	Power Fitness		
116	Cardio Salsa		

<u>14</u>	<u>Callanetics-Angebote</u>	184	Hausfrauengymnastik
140	Callanetics	185	Fitnessgymnastik für Frauen
141	New Callanetics	186	Fitnessstraining für die Frau
142	Super Callanetics	187	Damenfitnessgruppe
143	Cardio-Callanetics	188	Lady-Style (Fitness- und Krafttraining für Frauen)
144	Stretch-Callanetics		
<u>15</u>	<u>Fitnessgymnastik-Angebote (allgemein)</u>	<u>19</u>	<u>Gymnastik-Angebote für Herren</u>
150	Fitnessgymnastik	190	Herrengymnastik
151	Fitnessgymnastik für Alltag und Sport	191	Alt-Herren-Sportgruppe
152	Fitnessstraining (für Erwachsene)	192	Männergymnastik
153	Konditionstraining		
<u>16</u>	<u>Skigymnastik-Angebote</u>	<u>20</u>	<u>Sonstige allgemeine Gymnastik-Angebote für Männer und Frauen</u>
160	Skigymnastik	200	Gemischte Gymnastik
161	Ski- und Konditionsgymnastik	201	Er- und Sie-Gymnastik
		202	Ohlstadtgymnastik
<u>17</u>	<u>Angebote zum Krafttraining</u>	<u>21</u>	<u>Herz-Kreislauftraining-Angebote</u>
170	Krafttraining	210	Herz-Kreislauftraining
171	Body Weights	211	Herz-Kreislaufgymnastik für Einsteiger
<u>18</u>	<u>Frauengymnastik-Angebote</u>	<u>22</u>	<u>Wasser-Angebote</u>
180	Frauengymnastik	220	Wassergymnastik
181	Frauentanzgymnastik	221	Aqua-Rückentraining bzw. Wirbelsäulengymnastik im Wasser
182	Jazzgymnastik	222	Aqua-Aerobic
183	Frauenturnen	223	Aqua-Fitness
		224	Aqua-Gymnastik

<u>23</u>	<u>Stretching-Angebote</u>	<u>28</u>	<u>Osteoporosegymnastik-Angebote</u>
230	Stretching und Zirkeltraining	280	Osteoporosegymnastik
231	Stretching	281	Osteoporose und Bewegung
		282	Osteoporose-Rehabilitation
<u>24</u>	<u>Wirbelsäulengymnastik (präventiv)</u>	<u>29</u>	<u>Venengymnastik-Angebote</u>
240	Wirbelsäulengymnastik-Angebote für Erwachsene	290	Venengymnastik
241	Wirbelsäulengymnastik für Senioren	291	Venenwalking
242	Rückenschule und Wirbelsäulengymnastik		
243	Beckenboden- und Wirbelsäulengymnastik	<u>30</u>	<u>Atem- und Entspannungsangebote, „alternative</u>
244	Wirbelsäulenschonende Gymnastik		<u>Bewegungsangebote“</u>
245	Rückenschonende Gymnastik	300	Autogenes Training
246	Gesunder Rücken	301	Chakrameditation
247	Healthy back	302	Qi Gong
248	Rücken fit	303	Tai Chi
249	Rücken aktiv	304	Yoga
250	Fit und mobil	305	Hatha Yoga
		306	Atem- und Entspannungstraining
<u>26</u>	<u>Funktionsgymnastik</u>	307	Progressive Muskelentspannung
260	Funktions- und Wirbelsäulengymnastik	308	Atmung und Bewegung
261	Funktionelle Gymnastik bzw. Funktionsgymnastik		
<u>27</u>	<u>Beckenboden-Angebote</u>	<u>31</u>	<u>Sonstige präventive Gymnastikangebote</u>
270	Beckenbodengymnastik	310	Ausgleichsgymnastik
271	Beckenbodentraining	311	Gesundheitstraining und mehr
		312	Basisgymnastik mit Stretching
		313	Wellness

314	Präventivgruppe	<u>36</u>	<u>Sonstige rehabilitative Angebote</u>
315	Gesundheitsgymnastik		(Krankengymnastik; Rehabilitations-Gymnastik für Arthrose
316	Theraband-Gymnastik		Allgemeiner Rehabilitations-Sport)
317	Schongymnastik		
318	Dehnen und Kräftigen	<u>37</u>	<u>50 plus-Angebote</u>
319	Fit Ball	370	50 plus
320	Fitness-Balance	371	Fit ab 50
		372	Gymnastik 50 plus
<u>33</u>	<u>Allgemeine Gymnastikangebote für Behinderte bzw. in der Rehabilitation</u>		
330	Behinderten-Rehabilitations-Sport	<u>38</u>	<u>Seniorengymnastik-Angebote</u>
331	Rehabilitations-Gymnastik	380	Seniorengymnastik
332	Rehabilitations-Wassergymnastik	381	Gymnastik für Senioren
333	Behindertensport	382	Sanfter Seniorensport
		383	Leichte Gymnastik
<u>34</u>	<u>Zielgruppenorientierte Rehabilitationsangebote</u>	384	Stuhlgymnastik für Senioren
340	Coronarsport	385	Seniorenclub
341	Parkinsonsportgruppe		
342	Diabetesgruppe	<u>39</u>	<u>Senioren-sport-Angebote</u>
343	Reha-Gruppe zur Krebsnachsorge	390	Senioren-sport
344	Atem-Therapie	391	Spiel und Sport für Senioren
<u>35</u>	<u>Rückenschule (rehabilitativ)</u>	<u>40</u>	<u>Familiensport</u>
350	Rehabilitation für den Rücken		
351	Wirbelsäule-Rehabilitation	<u>41</u>	<u>Betriebssport</u>
352	Rehabilitative Wirbelsäulengymnastik		
353	Rehabilitations-Wirbelsäulengymnastik		

42 Sonstige gesundheitsorientierte Angebote(Gymnastik; Gesundheitssport; Freizeitsport)

88 Fachsport880 Senioren-Fachsportarten

99 Bewegungsangebote in freier Organisation

990 Fitness-Studio/freies Krafttraining

991 Walking

992 Lauftreff

993 Schwimmen

994 Spinning

995 freie Übungsstunden

996 Aktionsprogramme für Senioren

Tab. A-1: Codierung und Klassifizierung der erfassten Bewegungsangebote

Befinden vor, während und nach der sportlichen Aktivität
ALLE SPORTVEREINE

1. Vor der sportlichen Aktivität

Label	Anzahl	Prozent der Antworten	Prozent der Fälle
Schlappein	193	13,2	18,7
Müdigkeit	148	10,1	14,3
Gutes Allgemeinbefinden	111	7,6	10,8
Unbehagen	98	6,7	9,5
Vorfreude	81	5,5	7,8
Schlechte Laune	78	5,3	7,6
Unlust	58	4,0	5,6
Negative Erschöpfung	51	3,5	4,9
Abgespanntsein	47	3,2	4,6
Verspanntsein	46	3,1	4,5
Stress	37	2,5	3,6
Wohlsein	37	2,5	3,6
Zeitlichen Druck spüren	36	2,5	3,5
Erschöpftsein	35	2,4	3,4
„Muss mich aufraffen“	34	2,5	3,5
Angespanntsein	29	2,0	2,8
Körperliches Unwohlsein	25	1,7	2,4
Trägheit	23	1,6	2,2
Schmerzen	22	1,5	2,1
Gespannt-/Erwartungsvollsein	17	1,2	1,6
Steifsein	16	1,1	1,6
Gute Laune	16	1,1	1,6
Unmotiviertsein	15	1,0	1,5
Fitsein	13	0,9	1,3
Unbeweglichsein	13	0,9	1,3
Bewegungsdrang	12	0,8	1,2
Faulheit	12	0,8	1,2
Unausgeglichenheit	11	0,8	1,1
Fröhlichkeit	8	0,5	0,8
Körperliches Wohlsein	8	0,5	0,8
Schlechtes Allgemeinbefinden	7	0,5	0,7
Allgemeine Beschwerden	7	0,5	0,7
Zerschlagensein	7	0,1	0,1
Ausgelaugtsein	6	0,4	0,6

Kaputtsein	6	0,4	0,6
Unruhe	6	0,4	0,6
Frieren	6	0,4	0,6
Mattheit	6	0,4	0,6
Mäßige Laune	6	0,4	0,6
Reizbarkeit	5	0,3	0,5
Motivation	5	0,3	0,5
Abgeschlagenheit	5	0,3	0,5
„Kopf voll“	5	0,3	0,5
Depressivität	4	0,3	0,4
Genervtsein	3	0,2	0,3
Pflichtbewusstsein	3	0,2	0,3
Psychisch k.o.	3	0,2	0,3
Frustration	3	0,2	0,3
Ärger	2	0,1	0,2
Unausgelastetsein	2	0,1	0,2
Abgeschlafftsein	2	0,1	0,2
Aggressivität	2	0,1	0,2
Atemlosigkeit/Kurzatmigkeit	2	0,1	0,2
Bewegungseinschränkungen	2	0,1	0,2
Kalte Füße	2	0,1	0,2
Ausgeruhtsein	2	0,1	0,2
Einsicht in Notwendigkeit der Aktivität	2	0,1	0,2
Nervosität	1	0,1	0,1
Bedürftigkeit	1	0,1	0,1
Gehbehindertsein	1	0,1	0,1
Gleichgewichtsstörungen	1	0,1	0,1
Teillähmung	1	0,1	0,1
Leere	1	0,1	0,1
Ängstlichkeit	1	0,1	0,1
Ausgepowertsein	1	0,1	0,1
Schwere	1	0,1	0,1
Vorsatz, intensiv mitzumachen	1	0,1	0,1
Freude an schöner Gewohnheit	1	0,1	0,1
Berufliche Gedanken	1	0,1	0,1
Unzufriedenheit	1	0,1	0,1
Vorfreude auf Sportkameraden	1	0,1	0,1
Keine gute Verfassung	1	0,1	0,1
Aktivsein	1	0,1	0,1
Unterschiedlich	1	0,1	0,1

Psychisch und physisch schlechtes Befinden	1	0,1	0,1
Kreislaufprobleme	1	0,1	0,1
Gefühl von „krumm und lahm“	1	0,1	0,1
Ausgeglichenheit	1	0,1	0,1
Gelangweiltsein	1	0,1	0,1
Energielosigkeit	1	0,1	0,1
Zufriedenheit	1	0,1	0,1
Erschöpfung von der Arbeit	1	0,1	0,1
Summe	1462	100	141,7

Tab. A-2: Antworten der Probanden zur Beschreibung ihres Befindens vor der sportlichen Aktivität (Mehrfachnennungen waren möglich; N=1032 gültig Fälle)

2. Während der sportlichen Aktivität

Label	Anzahl	Prozent der Antworten	Prozent der Fälle
Gute Laune	221	16,3	22,2
Wohlsein	114	8,4	11,5
Gut	97	7,2	9,8
Körperliches Wohlsein	79	5,8	7,9
Positives Erschöpftsein	67	4,9	6,7
Anstrengung	66	4,9	6,6
Spaß	59	4,4	5,9
Besserung	43	3,2	4,3
Fitsein	40	2,9	4,0
Gutes Körpergefühl	30	2,2	3,0
Abschalten	30	2,2	3,0
Konzentration	29	2,1	2,9
Freude	28	2,1	2,8
Entspannung	23	1,7	2,3
Erschöpftsein	20	1,5	2,0
Positive Anstrengung	19	1,4	1,9
Schwitzen	18	1,3	1,8
Lockerung	18	1,3	1,8
Gefordertsein	16	1,2	1,6
Aktivität	15	1,1	1,5
Muntersein	12	0,9	1,2
Ablenkung	12	0,9	1,2
Steigendes Wohlbefinden	12	0,9	1,2
Bessere Laune	12	0,9	1,2
Sehr gut	10	0,7	1,0
Motiviertsein	10	0,7	1,0

Mal gut, mal schlecht	9	0,6	0,9
Wärmegefühl	8	0,6	0,8
Angespanntsein	8	0,6	0,8
Steigende Stimmung	8	0,6	0,8
Schnelle Erschöpfung	7	0,5	0,7
In Gang kommen	7	0,5	0,7
Lachen	7	0,5	0,7
Wohltuendes spüren	7	0,5	0,7
Ausgeglichenheit	7	0,5	0,7
Zufriedenheit	6	0,4	0,6
Angeregtsein	6	0,4	0,6
Durchhaltewillen	5	0,4	0,5
Körperliche Anstrengung	5	0,4	0,5
Lösendes Gefühl	5	0,4	0,5
Spüren der Grenzen	5	0,4	0,5
Freiwerden des Kopfes	5	0,4	0,5
Verbesserung der negativen Erscheinungen	4	0,3	0,4
Körperliches und seelisches Wohlsein	4	0,3	0,4
Freude an netten Menschen	4	0,3	0,4
Müdigkeit	4	0,3	0,4
Beanspruchung	4	0,3	0,4
Abreaktionen	4	0,3	0,4
Freude darüber, dass man da ist	4	0,3	0,4
Unruhe	4	0,3	0,4
Freude darüber, was der Körper noch leistet	3	0,2	0,3
Gesteigerte Beweglichkeit	3	0,2	0,3
Angenehmes Befinden	3	0,2	0,3
Ruhe	3	0,2	0,3
Abbau von Stress	3	0,2	0,3
Schlappsein	3	0,2	0,3
Anregung des Kreislaufs	3	0,2	0,3
Motivation durch Übungsleiter	3	0,2	0,3
Wohltuendes Gefühl durch Übungen	3	0,2	0,3
Erschöpftsein	3	0,2	0,3
Erleichterung	3	0,2	0,3
Steigernde Leistung	3	0,2	0,3
Fröhlichkeit	3	0,2	0,3
Austoben	2	0,1	0,2
Aufbau	2	0,1	0,2
Positive Anspannung	2	0,1	0,2

Positive Wirkung auf seelisches Gleichgewicht	2	0,1	0,2
Besser Fühlen	2	0,1	0,2
Belebung	2	0,1	0,2
Ansteigendes Interesse	2	0,1	0,2
Positiver Antrieb	2	0,1	0,2
Überwinden des „inneren Schweinehundes“	2	0,1	0,2
Voll Dabeisein	2	0,1	0,2
Intensive Mitarbeit	2	0,1	0,2
Erfolgslebnisse	2	0,1	0,2
Leichtes Wohlbehagen	2	0,1	0,2
Ehrgeiz für den richtigen Einsatz	2	0,1	0,2
Verbesserte Durchblutung	2	0,1	0,2
Ausgepowertsein	2	0,1	0,2
Dem Programm folgen	2	0,1	0,2
Unterhaltung	2	0,1	0,2
Linderung	1	0,1	0,1
Voller Kraft	1	0,1	0,1
Aufgedrehtsein	1	0,1	0,1
Langeweile	1	0,1	0,1
Forderung von Pausen aufgrund des eigenen Alters	1	0,1	0,1
Mangelnde Motivation	1	0,1	0,1
Normalität	1	0,1	0,1
Wachheit	1	0,1	0,1
Angespanntsein	1	0,1	0,1
Schläfrigkeit	1	0,1	0,1
Verspannungen	1	0,1	0,1
Keinerlei Beschwerden	1	0,1	0,1
Gute Laune steigert Konzentrationsfähigkeit	1	0,1	0,1
Gelöstere Muskulatur	1	0,1	0,1
Kreislaufbeschwerden	1	0,1	0,1
Unangenehme Anstrengung durch Hitze (v.a. im Sommer)	1	0,1	0,1
Voller Bewegungsdrang	1	0,1	0,1
Abbau von Spannungen	1	0,1	0,1
Freude am abwechslungsreichen Übungsprogramm	1	0,1	0,1
Gespanntsein	1	0,1	0,1
Abschalten und Aktivität	1	0,1	0,1
Sofortige Änderung der Laune	1	0,1	0,1
Besserung im Hinblick auf Zerschlagenheit und Müdigkeit	1	0,1	0,1
„Aus sich heraus gehen“	1	0,1	0,1
Positive Müdigkeit	1	0,1	0,1

Körperliche Entspannung	1	0,1	0,1
Abbau der Verspannungen	1	0,1	0,1
Gefühl von freier und fitter Werden	1	0,1	0,1
Wohlfühlen in der Gemeinschaft	1	0,1	0,1
Herantasten an körperliche Belastung	1	0,1	0,1
Hoher Stressfaktor	1	0,1	0,1
Motivation nach mehr Bewegung	1	0,1	0,1
Schwierigkeiten	1	0,1	0,1
Herzrhythmusstörungen durch zu hohe Belastungen	1	0,1	0,1
Körperliches Unwohlsein	1	0,1	0,1
Baumeln lassen der Seele	1	0,1	0,1
Mäßige Laune	1	0,1	0,1
Entspannung vom Alltagsstress	1	0,1	0,1
Frustrabbau	1	0,1	0,1
Erholung	1	0,1	0,1
Angenehmes Gefühl	1	0,1	0,1
Positives Schlappsein	1	0,1	0,1
Aggressivität	1	0,1	0,1
Starke Schmerzen	1	0,1	0,1
Summe	1673	100	133,1

Tab. A-3: Antworten der Probanden zur Beschreibung ihres Befindens während der sportlichen Aktivität
(Mehrfachnennungen waren möglich; N=994 gültig Fälle)

2. Nach der sportlichen Aktivität

Label	Anzahl	Prozent der Antworten	Prozent der Fälle
Fitsein	283	17,6	27,4
Positives Erschöpftsein	203	12,6	19,7
Wohlbefinden	174	10,8	16,9
Gute Laune	136	8,5	13,2
Körperliches Wohlsein	134	8,3	13,0
Gut	84	5,2	8,1
Zufriedenheit	70	4,4	6,8
Entspannung/Entspanntsein	67	4,2	6,5
Ausgeglichenheit	46	2,9	4,5
Sehr gut	40	2,5	3,9
Gelockertsein	33	2,1	3,2
Besserung	24	1,5	2,3
Müdigkeit	22	1,4	2,1
Erschöpftsein	21	1,3	2,0
Positive Müdigkeit	18	1,1	1,7

Schlappsein	14	0,9	1,4
Bewusstsein, etwas für Körper und Gesundheit getan zu haben	14	0,9	1,4
Schöpfen neuer Kraft	11	0,7	1,1
Angenehmes Gefühl	11	0,7	1,1
Beweglichkeit	9	0,6	0,9
Leichtigkeit	9	0,6	0,9
Körperliches und seelisches Wohlbefinden	9	0,6	0,9
Frische	8	0,5	0,8
Völliges/absolutes Fitsein	7	0,4	0,7
Gelöstsein	6	0,4	0,6
Gut Erholtsein	6	0,4	0,6
Positives Denken	6	0,4	0,6
Kopf frei	6	0,4	0,6
Freude darüber teilgenommen zu haben	6	0,4	0,6
Fröhlichkeit	6	0,47	0,6
Wärmegefühl	6	0,4	0,6
Aktivität	5	0,3	0,5
Befriedigung	5	0,3	0,5
Ausgetobtsein	5	0,3	0,5
„Geschafft“	4	0,2	0,4
Unternehmungslust	4	0,2	0,4
Gute Durchblutung	4	0,2	0,4
Glücksgefühl	4	0,2	0,4
Minderung der Schmerzen	4	0,2	0,4
Keine Schmerzen	4	0,2	0,4
Durst	4	0,2	0,4
Bessere Laune	4	0,2	0,4
Verbesserte Atmung	3	0,2	0,3
Gefühl von Neugeborenenheit	3	0,2	0,3
Ruhe	3	0,2	0,3
Gutes Gewissen	3	0,2	0,3
Muntersein	3	0,2	0,3
Verschwitzsein	3	0,2	0,3
Vorfreude auf nächste Stunde	2	0,1	0,2
Spaß an der Leistung	2	0,1	0,2
Wohlbefinden nach dem Duschen	2	0,1	0,2
Ohne Beschwerden	2	0,1	0,2
Körperliches Fitsein	2	0,1	0,2
Seelisches Wohlbefinden	2	0,1	0,2
Guter Schlaf	2	0,1	0,2

Gut Draufsein	2	0,1	0,2
Hunger	2	0,1	0,2
Sehr guter Blutdruck und Puls	2	0,1	0,2
Hervorragendes Gefühl	2	0,1	0,2
Motiviertsein	1	0,1	0,1
Gut bis sehr gut	1	0,1	0,1
Schlappsein	1	0,1	0,1
Gefühl, ein neuer Mensch zu sein	1	0,1	0,1
Voller Schwung	1	0,1	0,1
Aufgeregtsein	1	0,1	0,1
Mittelmäßiges Befinden	1	0,1	0,1
Positive Anstrengung	1	0,1	0,1
Höhere Lebensqualität	1	0,1	0,1
Freude über gutes Überstandenhaben	1	0,1	0,1
Kopfschmerzen	1	0,1	0,1
Rückenschmerzen	1	0,1	0,1
Besserer Blutdruck	1	0,1	0,1
K.o.-, aber Glücklichein	1	0,1	0,1
Wohlgefühl am Miteinander	1	0,1	0,1
Aufgedrehtsein	1	0,1	0,1
Ausgelastetsein	1	0,1	0,1
Körperliches Wohlsein (wenn richtig ausgepowert)	1	0,1	0,1
Gefühl von Jugendlichkeit	1	0,1	0,1
Abgeschlafftsein	1	0,1	0,1
Entspanntes Wohlbehagen	1	0,1	0,1
Suche nach Geselligkeit	1	0,1	0,1
Positiver Zustand für den restlichen Tag	1	0,1	0,1
Leichteres und wohligeres Gefühl an Leib und Seele	1	0,1	0,1
Entspannungs- und Entlastungsgefühl der Muskeln	1	0,1	0,1
Energiegeladensein	1	0,1	0,1
Niedrigerer Blutdruck	1	0,1	0,1
Körperlich Schlapp-, aber geistig Fitsein	1	0,1	0,1
Wohltuende Mattheit	1	0,1	0,1
Summe	1606	100	155,6

Tab. A-4: Antworten der Probanden zur Beschreibung ihres Befindens nach der sportlichen Aktivität
(Mehrfachnennungen waren möglich; N=1032 gültig Fälle)

Julius-Maximilians-Universität
Institut für Sportwissenschaft
Evaluationsprojekt "Gesundheitsclub"
Kristina Roth, wiss. Mitarb.

Judenbühlweg 11
97082 Würzburg


Befragung zur Auszeichnung "Der Gesundheitsclub im Sportverein"

[Ausgewählter Fragenkatalog auf der Basis der Teilnehmerbefragung]

Der Verein, in dem Sie als Teilnehmer/-in/Mitglied aktiv sind, hat am XX. Dezember XXXX die Auszeichnung "**Der Gesundheitsclub im Sportverein**" erhalten. Damit ist Ihr Verein als vorbildliche Einrichtung in Sachen Gesundheitsförderung durch Sport herausgestellt worden.

In einem wissenschaftlichen Projekt sollen alle prämierten Vereine in Ihrem Modellcharakter erfasst und dargestellt werden. Zu diesem Zweck werden umfangreiche Informationen benötigt, die u.a. von Ihnen als Aktive(r) erfragt werden sollen. Ziel ist es dabei, bestehende erfolgreiche Strukturen so zu erfassen, dass primär ein „Leitfaden“ zur Nachahmung für andere Vereine erstellt werden kann und sekundär Ansätze für eine mögliche Weiterentwicklung der vorhandenen Gefüge gefunden werden.

Hinweise zum richtigen Ausfüllen des Fragebogens:


Lesen Sie sich die Fragestellung und die eventuellen Antwortmöglichkeiten bitte genau durch, bevor Sie die zutreffende(n) Antwort(en) im nebenstehenden Kästchen ankreuzen. Sollten bei einer Frage mehrere Antworten möglich sein, ist dies folgendermaßen vermerkt: (**Mehrfachnennungen sind möglich!**) Tragen Sie bitte zusätzliche Informationen oder Antworten, die Sie frei formulieren können, auf die vorgesehenen Zeilen ein:  _____. Überspringen Sie Fragen nur dort, wo ein Hinweis gegeben wird: **Gleich weiter zu Frage ..!**

Abschließend bitte ich Sie, **alle** Fragen zu beantworten und dabei möglichst ehrlich und gewissenhaft Auskunft zu geben, um eine realistische Darstellung Ihres Vereinslebens zu erhalten. Die erhobenen Daten bleiben selbstverständlich anonym und werden nicht an Dritte weiter gegeben.


Wenn Ihr Verein eine Kooperation mit einer anderen Einrichtung unterhält (z.B. der Volkshochschule, einem Kindergarten, einer Krankenkasse o.ä.) und Sie darüber Teilnehmer des Vereinsangebotes sind, achten Sie bitte auf die jeweiligen Antwortvorgaben.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe und wünsche weiterhin viel Spaß beim Gesundheitssport im Verein!

Kristina Roth

Name des Vereins:  _____

I. Bitte machen Sie zunächst allgemeine Angaben zu Ihrer Person

1	Alter:  _____ Jahre	
----------	--	--


2	Geschlecht:	
	Weiblich..... <input type="radio"/>	1
	Männlich..... <input type="radio"/>	2

3	Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie?	
	Deutsch..... <input type="radio"/>	1
	Andere..... <input type="radio"/>	2

4	Welchen Familienstand haben Sie? Haben Sie Kinder?	
	Ledig; ich lebe alleine..... <input type="radio"/>	1
	Ledig; ich habe einen festen Partner..... <input type="radio"/>	2
	Verheiratet; ich lebe mit meinem Ehepartner zusammen..... <input type="radio"/>	3
	Verheiratet; ich lebe von meinem Partner getrennt..... <input type="radio"/>	4
	Geschieden..... <input type="radio"/>	5
	Verwitwet..... <input type="radio"/>	6
	Ja, ich habe Kinder..... <input type="radio"/>	1
	Nein, ich habe keine Kinder..... <input type="radio"/>	0

II. Als nächstes interessieren Ihre Angaben zum Beruf zu Ihrer alltägliche Tätigkeit

5	Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschul- ausbildung? Wenn Ja: Welche?	
	Nein, ich habe (noch) keinen Ausbildungsabschluss..... <input type="radio"/>	0
	Ja, gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre..... <input type="radio"/>	1
	Ja, kaufmännische oder sonstige Lehre..... <input type="radio"/>	2
	Ja, Berufsfachschule, Handelsschule..... <input type="radio"/>	3
	Ja, Schule des Gesundheitswesens..... <input type="radio"/>	4
	Ja, Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule)..... <input type="radio"/>	5
	Ja, Beamtenausbildung..... <input type="radio"/>	6
	Ja, Fachhochschule, Ingenieurschule..... <input type="radio"/>	7
	Ja, Universität, Hochschule..... <input type="radio"/>	8
	Sonstigen Ausbildungsabschluss..... <input type="radio"/>	9

6	<p>Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?</p> <p>Ich bin voll berufstätig (jeden Arbeitstag, ganztägig)..... <input type="radio"/> 1</p> <p>Ich bin teilweise berufstätig (halbtags, täglich einige Stunden, einige Tage pro Woche)..... <input type="radio"/> 2</p> <p>Ich befinde mich in einer Berufsausbildung als Auszubildende(r) (Lehre)..... <input type="radio"/> 3</p> <p>Ich befinde mich in sonstiger Berufsausbildung (z.B. Fachschule)..... <input type="radio"/> 4</p> <p>Ich bin arbeitslos gemeldet..... <input type="radio"/> 5</p> <p>Ich bin ohne Lehrstelle, ohne Studienplatz..... <input type="radio"/> 6</p> <p>Ich bin altershalber in Rente/pensioniert..... <input type="radio"/> 7</p> <p>Ich bin aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig in Rente/pensioniert..... <input type="radio"/> 8</p> <p>Ich bin freiwillig vorzeitig in Rente/pensioniert..... <input type="radio"/> 9</p> <p>Ich bin ausschließlich Hausfrau (Hausmann), nicht (mehr) berufstätig..... <input type="radio"/> 10</p> <p>Ich absolviere eine Schulausbildung..... <input type="radio"/> 11</p> <p>Ich absolviere eine Hochschulausbildung..... <input type="radio"/> 12</p> <p>Ich bin Wehr-/Zivildienstleistender..... <input type="radio"/> 13</p> <p>Nichts davon trifft zu..... <input type="radio"/> 14</p>	
7	<p>Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus bzw. (falls nicht mehr berufstätig) welche berufliche Tätigkeit haben Sie zuletzt ausgeübt?</p> <p><i>Bitte geben Sie Ihre Tätigkeit genau an; z.B. "Personalsachbearbeiter/-in" anstatt "Industriekaufmann/-frau", "Maschinenführer" anstatt "Schlosser". Als Beamte(r) geben Sie bitte Ihre Amtsbezeichnung, z.B. "Lehramtsanwärter/-in" oder "Postbote/-in", an; als Auszubildender Ihren Ausbildungsberuf.</i></p> <p> _____</p>	
8	<p>Beurteilen Sie bitte Ihre alltäglichen Tätigkeiten im Bezug auf Ihren körperlichen Einsatz. Welches der folgenden Merkmale trifft auf Ihre <u>derzeitige</u> Alltagssituation vorwiegend zu?</p> <p>Ich sitze vorwiegend..... <input type="radio"/> 1</p> <p>Ich stehe vorwiegend..... <input type="radio"/> 2</p> <p>Ich bewege mich viel..... <input type="radio"/> 3</p> <p>Ich gebrauche vor allem meine Muskelkraft..... <input type="radio"/> 4</p> <p>Sitzen, Stehen, Bewegen kommen etwa gleich oft vor..... <input type="radio"/> 5</p>	

9	Hier finden Sie eine Auflistung möglicher Beanspruchungen am Arbeitsplatz. Was hiervon trifft für Sie zu? Was empfinden bzw. empfanden Sie als Belastung?					
	<p>Bitte werten Sie jede einzelne Aussage, indem Sie das für Sie Zutreffende ankreuzen!</p> <p>3 = belastet(e) mich stark 2 = belastet(e) mich wenig 1 = belastet(e) mich überhaupt nicht 0 = trifft/traf nicht zu</p>					
		3 Stark	2 Belastet mich wenig	1 überhaupt nicht	0 Trifft nicht zu	
	Überstunden, lange Arbeitszeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Nacharbeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Wechselschichten.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Akkord- oder Stückarbeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Lärm.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Chemische Schadstoffe.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Hitze, Kälte, Nässe.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Fließbandarbeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Arbeit am Bildschirm, EDV-Terminal.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Körperlich schwere Arbeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Unangenehme oder einseitig körperliche Beanspruchung, Körperhaltung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Arbeitstempo durch Maschinen bestimmt..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Starke Konzentration.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Langweilige, gleichförmige Arbeit.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Häufige Störungen und Unterbrechungen..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Zwang zu schnellen Entscheidungen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Große Verantwortung für Maschinen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Große Verantwortung für Menschen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Starke Konkurrenz durch Kollegen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3
	Arbeite alleine, keine Gespräche mit Kollegen möglich.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-3


III. Schon einiges geschafft! Wenden wir uns dem Themen Gesundheit und Krankheit zu:

10	<p>Wie würden Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand bewerten?</p> <p>Sehr gut..... <input type="radio"/> 4</p> <p>Gut..... <input type="radio"/> 3</p> <p>Mäßig..... <input type="radio"/> 2</p> <p>Schlecht..... <input type="radio"/> 1</p>	
11	<p>Inwieweit glauben Sie, kann man zur Erhaltung oder Verbesserung seines Gesundheitszustandes selbst etwas beitragen?</p> <p>Man kann seinen Gesundheitszustand ...</p> <p>Sehr stark..... <input type="radio"/> 5</p> <p>Durchaus..... <input type="radio"/> 4</p> <p>In mancherlei Hinsicht..... <input type="radio"/> 3</p> <p>Ein wenig..... <input type="radio"/> 2</p> <p>Kaum..... <input type="radio"/> 2</p> <p>Überhaupt nicht..... <input type="radio"/> 1</p> <p style="text-align: center;">beeinflussen.</p>	
12	<p>Wie sehr achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?</p> <p>Ich achte sehr genau auf meine Gesundheit..... <input type="radio"/> 4</p> <p>Ich achte mittelmäßig auf meine Gesundheit..... <input type="radio"/> 3</p> <p>Ich achte wenig auf meine Gesundheit..... <input type="radio"/> 2</p> <p>Ich achte überhaupt nicht auf meine Gesundheit..... <input type="radio"/> 1</p>	
13	<p>Ernähren Sie sich nach einer bestimmten Diät, halten Sie sich an eine besondere Ernährungsweise (z.B. Vegetarier) oder achten Sie <u>grundsätzlich</u> auf eine ausgewogene und gesunde Ernährung?</p> <p>Nein..... <input type="radio"/> 1</p> <p>Ja, ich halte eine <u>Diät</u> ein..... <input type="radio"/> 2</p> <p>Ja, ich halte eine <u>besondere Ernährungsweise</u> ein..... <input type="radio"/> 3</p> <p>Ja, ich achte <u>grundsätzlich</u> auf eine <u>ausgewogene Ernährung</u>..... <input type="radio"/> 4</p>	
14	<p>Sind Sie Raucher?</p> <p>Nein, ich bin Nichtraucher..... <input type="radio"/> 1</p> <p>Ja, (täglich) starker Raucher..... <input type="radio"/> 4</p> <p>Ja, (täglich) mäßiger Raucher..... <input type="radio"/> 3</p> <p>Ja, Gelegenheitsraucher (nicht täglich)..... <input type="radio"/> 2</p>	


15	Haben Sie erhöhte Blutfettwerte?	
	Ja..... <input type="radio"/>	1
	Nein..... <input type="radio"/>	0
	Weiß ich nicht..... <input type="radio"/>	2

16	Leiden Sie an Übergewicht?	
	Ja..... <input type="radio"/>	1
	Nein..... <input type="radio"/>	0

17	Leiden Sie unter Bluthochdruck?	
	Ja..... <input type="radio"/>	1
	Nein..... <input type="radio"/>	0
	Weiß ich nicht..... <input type="radio"/>	2


18	Leiden Sie an chronischen Erkrankungen oder sind Sie körperlich durch eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen eingeschränkt? (Mehrfachnennungen sind möglich!)	
	Nein, ich leide an keiner chronischen Erkrankung.... <input type="radio"/> <input checked="" type="checkbox"/> Gleich weiter zu Frage 20	0/1
	Ja, in Form von:	
	Arthrose(n)..... <input type="radio"/>	0/1
	Asthma..... <input type="radio"/>	0/1
	Diabetes..... <input type="radio"/>	0/1
	Herz-Kreislaufkrankung..... <input type="radio"/>	0/1
	Krebs..... <input type="radio"/>	0/1
	Morbus Bechterew..... <input type="radio"/>	0/1
	Multiple Sklerose..... <input type="radio"/>	0/1
	Osteoporose..... <input type="radio"/>	0/1
	Parkinson..... <input type="radio"/>	0/1
	Psychische Erkrankung..... <input type="radio"/>	0/1
Wirbelsäulenerkrankung..... <input type="radio"/>	0/1	
Sonstige:  _____	0/1	




19	Sind oder waren Sie wegen Ihrer gesundheitlichen Bedingungen in ärztlicher Behandlung?	
	Ja..... <input type="radio"/>	1
	Nein..... <input type="radio"/>	0

27	Wo haben Sie diese Kenntnisse erworben? (<i>Mehrfachnennungen sind möglich!</i>)	
	Schule..... <input type="radio"/>	0/1
	Universität..... <input type="radio"/>	0/1
	Fachhochschule..... <input type="radio"/>	0/1
	Eigene Berufsausbildung (im Gesundheitssektor)..... <input type="radio"/>	0/1
	Eigene Übungsleiterausbildung..... <input type="radio"/>	0/1
	Freie Angebote der Sportverbände wie BLSV, DTB (Lehrgänge u.ä.)..... <input type="radio"/>	0/1
	Vorträge/Veranstaltungen <i>außerhalb</i> meines Vereins (z.B. anderer Verein; nicht Sportverbände wie BLSV, DTB)..... <input type="radio"/>	0/1
	Praktische Kurse <i>außerhalb</i> meines Vereins (z.B. anderer Verein; nicht Sportverbände wie BLSV, DTB)..... <input type="radio"/>	0/1
	Vorträge/Veranstaltungen <i>in meinem Verein</i> <input type="radio"/>	0/1
	Praktische Kurse <i>in meinem Verein</i> <input type="radio"/>	0/1
	Behandelnde(r) Ärztin/ Arzt / Kranken- gymnastIn / Kuraufenthalt..... <input type="radio"/>	0/1
	Volkshochschule..... <input type="radio"/>	0/1
	Öffentliche Medien..... <input type="radio"/>	0/1
	Eigenes Literaturstudium..... <input type="radio"/>	0/1
	Sonstige:  _____	0/1


V. Ein kurzes Zwischenlob und dann geht's zu den Angaben zur Vereinswahl

28	Sind Sie Mitglied im Verein?	
	Nein..... <input type="radio"/>	0
	Ja, als Familie(nmitglied)..... <input type="radio"/> <input checked="" type="checkbox"/> Gleich weiter zu Frage 30	3
	Ja, als Ehepaar..... <input type="radio"/> <input checked="" type="checkbox"/> Gleich weiter zu Frage 30	2
	Ja, als Einzelperson..... <input type="radio"/> <input checked="" type="checkbox"/> Gleich weiter zu Frage 30	1








29	Wenn Nein: Warum nicht? (<i>Mehrfachnennungen sind möglich!</i>)	
	Mitgliedsbeitrag ist mir zu hoch..... <input type="radio"/>	0/1
	Ich komme von einem Kooperationspartner des Vereins (z. B. von der VHS, Betriebssportgruppe o.a.)..... <input type="radio"/>	0/1
	Ich möchte mich nicht für länger an den Verein binden..... <input type="radio"/>	0/1
	Ich möchte keine Verantwortung übernehmen müssen..... <input type="radio"/>	0/1
	Sonstiges:  _____	


30	<p>Wer hat Sie auf diesen Verein aufmerksam gemacht? (Mehrfachnennungen sind möglich!)</p> <p>Familie und/oder Freunde..... <input type="radio"/> 0/1 Andere Vereinsmitglieder/Teilnehmer..... <input type="radio"/> 0/1 Übungsleiter der Sportgruppe..... <input type="radio"/> 0/1 Lokalpresse..... <input type="radio"/> 0/1 Kooperationspartner (VHS, Betrieb/Firma, Kindergarten o.a.)..... <input type="radio"/> 0/1 Behandelnder Arzt..... <input type="radio"/> 0/1 Krankenkasse..... <input type="radio"/> 0/1 Eigene Werbung des Vereins (Vereinszeitschrift, Flugblatt o.a.).... <input type="radio"/> 0/1 Eigene Suche nach geeignetem Verein/Sportanbieter..... <input type="radio"/> 0/1</p> <p>Sonstiges:  _____</p>	
31	<p>Sind auch Freunde/Bekannte/Arbeitskollegen, die Ihnen wichtig sind, in Ihrem Verein aktiv?</p> <p>Ja..... <input type="radio"/> 1 Nein..... <input type="radio"/> 0</p>	
32	<p>Halten Sie das für wichtig bzw. wäre Ihnen das angenehm?</p> <p>Nein..... <input type="radio"/> 0 Nicht notwendigerweise..... <input type="radio"/> 1 Ja, durchaus..... <input type="radio"/> weil:  _____ 2</p>	
33	<p>Unternehmen Sie auch privat etwas mit Freunden und Bekannten des Vereins, treffen Sie sich auch außerhalb des Vereins?</p> <p>Ja, oft..... <input type="radio"/> 2 Ja, hin und wieder..... <input type="radio"/> 1 Nein, wir treffen uns nur bei Veranstaltungen des Vereins..... <input type="radio"/> 0</p>	
34	<p>Haben Sie im Verein eventuell auch <u>neue Freunde gefunden</u>, mit denen Sie sich hin und wieder austauschen, sich ab und zu treffen?</p> <p>Ja..... <input type="radio"/> 1 Nein..... <input type="radio"/> 0</p>	
35	<p>Haben Sie ehrenamtlich eine Aufgabe im Verein übernommen oder planen Sie das zu tun?</p> <p>Nein..... <input type="radio"/> 0 Ja..... <input type="radio"/> <input checked="" type="checkbox"/> und zwar:  _____ 1</p>	

36	Betreiben Sie oder haben Sie für den Verein Werbung betrieben (für eine Veranstaltung, eine Sportgruppe, weitere Mitglieder o.ä.)?	
	Nein..... <input type="radio"/>	0
	Ja..... <input type="radio"/>	1

37	Warum haben Sie sich <u>für diesen Verein</u> entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich!)	
	Es ist der Verein am Ort..... <input type="radio"/>	0/1
	Es ist der meinem Wohnort nächste Verein..... <input type="radio"/>	0/1
	Das Angebot des Vereins hat mich überzeugt..... <input type="radio"/>	0/1
	Die Übungsleiter sagen mir besonders zu..... <input type="radio"/>	0/1
	Andere (Freunde/Bekannte/Familienmitglieder o.ä.) haben mich für diesen Verein gewonnen..... <input type="radio"/>	0/1
	Mein(e) Arzt/Krankenkasse hat mir den Verein vorgeschlagen..... <input type="radio"/>	0/1
	Ich nehme nur durch einen Kooperationspartner des Vereins (VHS/Betrieb) an Sportkursen teil..... <input type="radio"/>	0/1
	Der Beitrag ist günstiger als bei anderen Vereinen..... <input type="radio"/>	0/1
	Die ärztliche Betreuung im Verein war für mich entscheidend..... <input type="radio"/>	0/1
	Das gesundheitliche Konzept des Vereins gefällt mir..... <input type="radio"/>	0/1
	Das Rahmenprogramm (Ausflüge, Vorträge etc.) war mir wichtig... <input type="radio"/>	0/1
Sonstiges:  _____		

VII. Noch einige Angaben, die sich auf das von Ihnen belegte Vereinsangebot beziehen:

38	Welche Übungsstunden und/oder Kurse des Vereins haben Sie belegt? (Nennen Sie den Titel der Veranstaltung bitte möglichst genau, unter Umständen hilft Ihnen die Ausschreibung im Vereinsprogramm.)	
	Kurstitel	
	1.  _____	
	2.  _____	
	3.  _____	
	4.  _____	
	5.  _____	
	6.  _____	
	7.  _____	

39	Aus welchen Gründen haben Sie sich <u>grundsätzlich</u> für diese(s) Angebot(e) entschieden?						
Bitte werten Sie jede einzelne Aussage, indem Sie das für Sie persönlich Zutreffende ankreuzen:							
5 = trifft völlig zu 4 = trifft überwiegend zu 3 = trifft sowohl als auch zu 2 = trifft weniger zu 1 = trifft nicht zu							
		5 trifft völlig zu	4 trifft überwie- gend zu	3 trifft so- wohl als auch zu	2 trifft weniger zu	1 trifft nicht zu	
	Das/Die Angebot(e) macht/machen Spaß..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-5
	Meine Freunde/Bekannten sind mit im Angebot.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-5
	Die anderen Kursteilnehmer sind mir angenehm, ich fühle mich hier wohl.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-5
	Ich habe eher den/die Übungsleiter gewählt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-5
	Das Angebot ist ideal für meine Bedürfnisse (Abnehmen, seelisches Gleichgewicht, Abschalten vom Alltag u.a.).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-5
	Das Angebot ist ideal auf mein Krankheitsbild abgestimmt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-5
	Ort und Uhrzeit der Veranstaltung(en) sind für mich hier am günstigsten.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-5
	Die (medizinische) Betreuung ist hier am besten.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-5
	Der Kurs ist das Angebot des Kooperationspartners (VHS, Krankenkasse o.ä.).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-5
	Sonstiges:  _____						

40	Bewerten Sie bitte Ihr Befinden vor, während und nach der/den Sportstunde(n). Denken Sie dabei an Dinge wie Wohlbehagen und Unbehagen, gute und schlechte Laune, körperliches Wohlbefinden und Unwohlsein, positives und negatives Erschöpftsein, Schlappsein und Fitsein.		
	Vor dem Sport	Während des Sporttreibens	Nach dem Sport
	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

41	Beurteilen Sie bitte, inwieweit Sie in dem Sportangebot, das Sie besuchen, auch die Vermittlung von Kenntnissen zum Zusammenhang von Sport und Gesundheit (z.B. Ziele bestimmter Übungsformen, Wirkung sportlicher Bewegung auf die Gesundheit) und zum gesundheitsbewussten Handeln in Sport und Alltag (z.B. rückengerechtes Bewegen) erfahren!	4
	In großem Maße..... <input type="radio"/>	3
	In ausreichendem Maße..... <input type="radio"/>	2
	In geringem Maße..... <input type="radio"/>	1
	Gar nicht..... <input type="radio"/> <input checked="" type="checkbox"/> Gleich weiter zu Frage 43	

42	Zu welchen der folgenden Inhalten und Zusammenhängen haben Sie Kenntnisse erworben bzw. Kompetenzen gesammelt, die Sie eigenständig anwenden bzw. umsetzen können? (Mehrfachnennungen sind möglich!)	
	Wissen über das „Warum“ von Übungen und sportlicher Aktivität... <input type="radio"/>	0/1
	Kenntnisse zur korrekten Übungsausführung..... <input type="radio"/>	0/1
	Kenntnisse im Bereich Rückenschule (richtiges Sitzen, Heben, Tragen, rückengerechtes Bewegen beim Sport etc.)..... <input type="radio"/>	0/1
	Wissen zur gesundheitsbewussten Ernährung..... <input type="radio"/>	0/1
	Kompetenzen, wie ich meine Ausdauer auch außerhalb der Vereinsübungsstunden verbessern kann (richtiges Laufen, Pulsmessung etc.) <input type="radio"/>	0/1
	Wissen, wie ich manche sportliche Übungen auch zu Hause alleine durchführen kann..... <input type="radio"/>	0/1

VII. Super! Fast geschafft, nur noch eine Abschlussfrage zu Ihrer Zufriedenheit

43	Abschließend geht es um Ihre allgemeine Zufriedenheit. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen in Ihrem Leben?							
	<p>Bitte werten Sie jede einzelne Aussage, indem Sie das für Sie persönlich Zutreffende ankreuzen:</p> <p>6 = sehr zufrieden 5 = durchaus zufrieden 4 = mittelmäßig zufrieden 3 = kaum zufrieden 2 = unzufrieden 1 = sehr unzufrieden</p>							
		6	5	4	3	2	1	
		sehr zufrieden	durch- aus zu- frieden	mittel- mäßig zufrieden	kaum zufrieden	unzu- frieden	sehr unzu- frieden	
	Wie zufrieden sind Sie ...							
	mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Ihrer Hauptbeschäftigung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-6
	mit Ihrer Wohnsituation?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-6
	mit Ihrer Gesundheit?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-6
	mit Ihrer finanziellen Lage?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-6
	mit Ihrer Freizeit?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-6
	mit Ihrer familiären Situation?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-6
	mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten, Arbeitskollegen?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1-6

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Bearbeitung und wünsche weiterhin viel Gesundheit und Spaß beim Sport im Verein!

Kristina Roth

Literaturverzeichnis

- Abele, A. (1995). *Stimmung und Leistung. Allgemein- und sozialpsychologische Perspektive.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Abele, A. & Becker, P. (Hrsg.) (1991). *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik.* Weinheim, München: Juventa
- Abele, A., Brehm, W. & Pahmeier, I. (1997). Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 117-149). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Abele-Brehm, A. & Brehm, W. (1986). Zur Konzeptualisierung und Messung von Befindlichkeit. Die Entwicklung der „Befindlichkeitsskalen“ (BFS). *Diagnostica*, 32 (3), 209-228
- Abele-Brehm, A., Brehm, W. & Gall, T. (1991). Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 279-296). Weinheim, München: Juventa
- Abelin, T. (1987). Approaches to health promotion and disease prevention. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski & V.D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (pp. 29-45). Copenhagen: World Health Organization Regional Publications
- Abelin, T., Brzezinski, Z. J. & Carstairs, V. D. L. (Eds.) (1987). *Measurement in health promotion and Protection.* Copenhagen: World Health Organization Regional Publications
- Abelin, T., Howald, H. & Bissegger, B. (1987). Promotion and measurement of physical fitness in Switzerland. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski & V.D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (pp. 510-521). Copenhagen: World Health Organization Regional Publications
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior.* Milton Keynes: Open University Press
- Alfermann, D. (1998). Selbstkonzept und Körperkonzept. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 212-220). Schorndorf: Hofmann
- Alfermann, D., Lampert, T., Stoll, O. & Wagner-Stoll, P. (1994). Psychosoziale Folgen des Sporttreibens. Erste Ergebnisse einer Feldstudie. In D. Alfermann & V. Scheid (Hrsg.), *Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen* (S. 271-276). Köln: Bps-Verlag
- Alfermann, D. & Scheid, V. (Hrsg.) (1994). *Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen.* Köln: Bps-Verlag
- Alfermann, D. & Stoll, O. (1996). Befindlichkeitsveränderung nach sportlicher Aktivierung. *Sportwissenschaft*, 26 (4), 406-424

- Alfermann, D., Stoll, O., Wagner, S. & Wagner-Stoll, P. (1995). Auswirkungen des Sporttreibens auf Selbstkonzept und Wohlbefinden: Ergebnisse eines kontrollierten Feldexperiments. In W. Schlicht & P. Schwenkmezger (Hrsg.), *Gesundheitsverhalten und Bewegung: Grundlagen, Konzepte und empirische Befunde* (S. 95-111). Schorndorf: Hofmann
- Allmer, H. (1996). *Erholung und Gesundheit. Grundlagen, Ergebnisse und Maßnahmen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Allmer, H. & Kleinert, J. (1996). Einführung in das Thema: Gesundheitsförderung für Jugendliche – Eine Chance für den Sportverein! *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, 10 (1+2), 3-4
- Anders, G. (1986). Vereinsstruktur und Breitensport. Organisatorische Rahmenbedingungen spezieller Angebotsformen bei Sportvereinen in der Bundesrepublik Deutschland. In G.A. Pilz (Hrsg.), *Sport und Verein* (S. 56-79). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Anderson, R. (1988). The development of the concept of health behaviour. In R. Anderson, J.K. Davies, I. Kickbusch, D.V. McQueen & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 22-35). Oxford, New York, Tokyo: Oxford university press
- Anderson, R., Davies, J. K., Kickbusch, I., McQueen, D. V. & Turner, J. (Eds.) (1988). *Health behaviour research and health promotion*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford university press
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3-14). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Arent, S. M., Rogers, T. J. & Landers, D. M. (2001). Mental Health and Physical Activity. The Effects of Physical Activity on Selected Mental Health Variables: Determining Causation. *Sportwissenschaft*, 31 (3), 239-254
- Armstrong, D. (1988). Historical origins of health behaviour. In R. Anderson, J.K. Davies, I. Kickbusch, D.V. McQueen & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 8-21). Oxford, New York, Tokyo: Oxford university press
- Ashton, J. (1988). Health promotion and the concept of community. In R. Anderson, J.K. Davies, I. Kickbusch, D.V. McQueen & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 183-194). Oxford, New York, Tokyo: Oxford university press
- Aymanns, P. (1995). Soziale Netzwerke und kritische Lebensereignisse. In R. Ningel & W. Funke (Hrsg.), *Soziale Netze in der Praxis* (S. 24-39). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

- Bachleitner-Hofmann, R. (Hrsg.) (1986). Persönlichkeits- und Einstellungsforschung im Schulsport. Wien: Österreichischer Bundesverlag
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungstheoretische Einführung (9., überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona: Springer
- Badtke, G. & Bittmann, F. (1998). Bewegungsapparat – Rücken. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), Gesundheitssport (S. 266-278). Ein Handbuch. Schorndorf: Hofmann
- Balz, E. (1993). „Gesundheitssport“ – ein Unwort. Pädagogische Kritik an einem funktionalen Begriff. Sportwissenschaft, 23 (3), 308-311
- Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York, Chicago, San Francisco, Atlanta, Dallas, Montreal, Toronto, London, Sidney: Holt, Rinehard and Winston
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Banzer, W. (1992). Prävention. In P. Röthig, H. Becker, K. Carl, D. Kayser & R. Prohl (Hrsg.), Sportwissenschaftliches Lexikon (6., völlig neu bearbeitete Auflage) (S. 364-365). Schorndorf: Hofmann
- Bässler, R. (1995). Befindlichkeitsveränderungen durch Sporttreiben. Eine Analyse der Effekte von Fitnessaktivitäten zur Stressbewältigung bei Führungskräften. Sportwissenschaft, 25 (3), 245-264
- Batawi, M. A. (1981). Psychosocial stressors in working life: Problems specific to developing countries. In L. Levi (Ed.), Society, stress and disease. Vol. 4: Working life (pp. 12-13). Oxford: Oxford university press
- Bauch, J. (2000). Medizinsoziologie. München, Wien: Oldenbourg
- Bauch, J. & Bartsch, N. (2003). Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe. Zur Ortsbestimmung von Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. Prävention 26 (1), 3-12
- Baumann, A.E., Sallis, J.F., Dzewaltowski, D.A. & Owen, N. (2002). Toward a better understanding of the influence on physical activity. American Journal of Preventive Medicine, 23, 5-14
- Baumann, H. & Freiburger, E. (Hrsg.) (2001). Vom Wettkampfsport zum Gesundheitssport!?: Ziele – Vermittlung – Controlling. Symposium 1999, Erlangen. Köln: Sport und Buch Strauß
- Baumann, S. (1993). Psychologie im Sport. Aachen: Meyer & Meyer
- Baur, J. & Braun, S. (2001). Sportvereinsforschung in Deutschland. Sportwissenschaft, 31 (2), 199-212
- Baur, J., Koch, J. & Telschow, S. (1995). Sportvereine im Übergang: Die Vereinslandschaft in Ostdeutschland. Aachen: Meyer & Meyer
- Bayerische Landeszentrale für politische Bildungsarbeit (Hrsg.) (2000). Verfassung des Freistaates Bayern, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Überblick Europäische Union. Augsburg: ADV

- Bayerischer Landes-Sportverband (BLSV) (Hrsg.) (1996). *Ausbildungen im BLSV*. München
- Bayerischer Landes-Sportverband (BLSV) (Hrsg.) (1998). *Bayern-Sport*, 31
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst & Bayerischer Landes-Sportverband (Hrsg.) (1997). *Sport nach 1. Das Bayerische Kooperationsmodell in Schule und Verein*. Donauwörth: Ludwig Auer GmbH
- Barnbeck, U. (2001). Nonverbale Kommunikation als Schlüsselkompetenz in der Sporttherapie. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 17 (2), 50-52
- Becker, P. (1982). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 1: Theorien, Modelle, Diagnostik*. Unter Mitarbeit von W.-R. Minsel. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- Becker, P. (1984). Primäre Prävention. In L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage) (S. 355-389). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Becker, P. (1986). Normalitätsfabrik Sportverein. Zur strukturellen Sozialisation von Training und Wettkampf. In G.A. Pilz (Hrsg.), *Sport und Verein* (S. 143-158). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 13-49). Weinheim, München: Juventa
- Becker, P. (1992). Diagnostik und Bedingungsanalyse des Gesundheitsverhaltens. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 105-124). Regensburg: Roderer
- Becker, P. & Minsel, B. (1986). *Psychologie der seelischen Gesundheit. Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- Beckers, E. & Brux, A. (1993). Zur Definition von „Gesundheitssport“. *Sportwissenschaft*, 23 (3), 312-314
- Beckers, E. & Schulz, H.-G. (1998). Betriebe und Sportvereine – Partner in der Gesundheitsförderung. In Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport (Hrsg.), *Schriftenreihe*. Heft 48. Düsseldorf: satz+druck GmbH
- Belz-Merk, M. (1995). „Gesundheit ist Alles und alles ist Gesundheit“. Die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten. Frankfurt a. Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften
- Belz-Merk, M., Bengel, J. & Strittmatter, R. (1992). Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 4, 153-171
- Benecke, A. & Vogel, H. (2003). Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 16. Berlin: Robert Koch-Institut
- Bengel, J. (1993) (unter Mitarbeit von M. Belz-Merk, B. Bührlen, H. Butzke, E. Farin & D. Wölflick). *Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten. Untersuchungen am Beispiel der HIV-Infektion*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 23-41) (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Benson, H. (1985). The relaxing response. In A. Monat & R.S. Lazarus, *Stress and coping. An Anthology* (pp. 315-321). New York: Columbia University Press
- Berg, A., Halle, M., Baumstark, M., Frey, I. & Keul, J. (1992). Physical Activity, Lipids, and Lipoprotein Metabolism: the Benefit of Exercise and Training in Hyperlipidemia. In R.R. Watson & M. Eisinger (Eds.), *Exercise and Disease* (pp. 25-36). Boca Raton, Ann Arbor, London Tokyo: CRC Press
- Berlin, J.A. & Colditz, G.A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 132 (4), 612-628
- Best, H. (Hrsg.) (1993). *Vereine in Deutschland. Vom Geheimbund zur freien gesellschaftlichen Organisation. Mit einer Literatur- und Forschungsdokumentation von H. M. Artus*. Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften
- Bette, H. (1990). Sport als Thema geselliger Konversation. Zur Choreographi mikrosozialer Situationen. In W. Kleine & W. Fritsch (Hrsg.), *Sport und Geselligkeit. Beiträge zu einer Theorie von Geselligkeit und Sport* (S. 61-80): Aachen: Meyer & Meyer
- Bette, H. (1999). *Systemtheorie und Sport*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Bielefeld, J. (1981). *Einstellungen zum Sport. Begründung und Überprüfung eines zentralen Anliegen des Sportunterrichts*. Schorndorf: Hofmann
- Bierhoff-Alfermann, D. (1986). *Sportpsychologie*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer
- Biering-Sørensen, F., Bendix, T., Jørgensen, K., Manniche, C. & Nielsen, H. (1994). Physical Activity, Fitness, and Back Pain. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, Fitness, and Health* (pp. 737-748). International Proceedings and Consensus Statement. Champaign: Human Kinetics Publishers
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (1997). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, verabschiedet vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung*. Essen
- BKK Bundesverband (Hrsg.) (1999). *Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen, verabschiedet vom Europäischen Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung*. Essen
- Blair, S.N. (1994). Physical activity, fitness and coronary heart disease. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement* (pp. 579-590). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Bläse, G. & Schlicht, W. (1997). Sozial-kognitive Determinanten gesunden Verhaltens. In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht* (S. 69-77). Köln: bps-Verlag

- Bode, W. (1992). Gymnastik. In P. Röthig, H. Becker, K. Carl, D. Kayser & R. Prohl (Hrsg.), Sportwissenschaftliches Lexikon (6., völlig neu bearbeitete Auflage) (S. 191-193). Schorndorf: Hofmann
- Böhmer, D. et al. (1986). Vorsorgeuntersuchungen sporttreibender Bürger. In Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.), Schriftenreihe des Bundesministeriums. Band 193. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer
- Bohner, G., Hormuth, S. E. & Schwarz, N. (1991). Die Stimmungs-Skala. Vorstellung und Validierung einer deutschen Version des „Mood Survey“. *Diagnostica*, 37 (2), 135-148
- Bonadt, K., Heil, C. & Bös, K. (1996). Ganzheitliche Gesundheitsförderung im Sportverein. Zweite Phase des Landesforschungsschwerpunktes Sport in Hessen. Projektbericht Band 2: Evaluation. Unter Mitarbeit von E. Opper. Universität Frankfurt, Institut für Sportwissenschaften: Frankfurt
- Bortz, J. (1984). Lehrbuch der empirischen Forschung. Für Sozialwissenschaftler. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler (5., vollständig überarbeitete Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Bortz, J. & Döring, H. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin: Springer
- Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.) (1998). Gesundheitssport. Ein Handbuch. Schorndorf: Hofmann
- Bös, K., Brehm, W., Opper, E. & Saam, J. (1998). Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement. Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbundes. Universität Frankfurt, Universität Bayreuth, Universität Darmstadt
- Bös, K. & Feldmeier, C. (1992). Lexikon Bewegung und Sport zur Prävention und Rehabilitation. Oberhaching: sportinform Wöllzenmüller
- Bös, K. & Woll, A. (1989). Kommunale Sportentwicklung: Eine empirische Untersuchung zu den Entwicklungsmöglichkeiten des Sports in Bad Schönborn. Erlensee: Starischka
- Bösel, R. (1986). Biopsychologie der Emotionen. Studien zu Aktiviertheit und Emotionalität. Mit Beiträgen von J. H. Otto & R. Wieland-Eckelmann. Berlin, New York: de Gruyter
- Bösing, L. & Wolf, E. (Red.) (o.J.). Sport und Gesundheit. Teil 2: Handreichung für Vereine und Verbände zur Einrichtung gesundheitsorientierter Sportangebote. Schorndorf: Hofmann
- Bottenberg, E. H. (1972). Emotionspsychologie. Ein Beitrag zur empirischen Dimensionierung emotionaler Vorgänge. München: Wilhelm Goldmann
- Bouchard, C. & Shepard, R. J. (1994). Physical Activity, Fitness, and Health: The Model and Key Concepts. In C. Bouchard, R.J. Shepard & T. Stephens (Eds.), Physical Activity, fitness, and health. International Proceedings and Consensus Statement (pp. 77-88). Champaign: Human Kinetics Publishers

- Bouchard, C., Shepard, R. J. & Stephens, T. (Eds.) (1994). *Physical activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics Publishers
- Bowling, A. (1991). *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press
- Bramson, R. M. (1985). *Toward effective coping: The basic step*. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping. An anthology* (pp. 356-370). New York: Columbia University Press
- Brehm, W. (1990). *Der Sport-Typ und der Verzicht-Typ. Subjektive Theorien von Schülerinnen und Schülern über Gesundheit und Sport (-Unterricht)*. *Sportunterricht*, 39 (4), 125-134
- Brehm, W. (1997a). *Äquilibration und Disäquilibration der Stimmung bei sportlichen Aktivitäten – Ergebnisse aus neuen Studien aus dem Bereich der Individualsportarten*. In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht* (S. 202-208). Köln: bps-Verlag
- Brehm, W. (1997b). *Leistung im Sport – Fitness im Leben. Einführung in das Kongressmotto aus sportwissenschaftlicher Sicht*. In W. Brehm, P. Kuhn, K. Lutter & W. Wabel (Red.), *Leistung im Sport – Fitness im Leben. Beiträge zum 13. Sportwissenschaftlichen Hochschultag der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft vom 22. – 24.9.1997 in Bayreuth* (S. 18-23). Hamburg: Czwalina
- Brehm, W. (1998). *Stimmung und Stimmungsmanagement*. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport* (S. 201-211). Ein Handbuch. Schorndorf: Hofmann
- Brehm, W. & Eberhardt, J. (1995). *Drop-out und Bindung im Fitness-Studio*. *Sportwissenschaft*, 25 (2), 174-186
- Brehm, W., Hahn, U., Mehnert, G. & Sygusch, R. (1999). *Gesundheitssport unter der Voraussetzung des Metabolischen Syndroms. Arbeitskreisbeitrag zum Übungsleiter-Symposium „beweg´ dich gesund“*. Unveröff. Skriptenband München
- Brehm, W. & Pahmeier, I. (1998). *Sinnzuschreibung, Konsequenz- und Kompetenzerwartungen*. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.) (1998), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 231-230). Schorndorf: Hofmann
- Brehm, W., Pahmeier, I. & Tiemann, M. (1997). *Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung: Qualitätsmerkmale, Programm, Qualitätssicherung*. *Sportwissenschaft*, 27 (1), 38-59
- Brehm, W., Pahmeier, I., Tiemann, M., Ungerer-Röhrich, U., Wagner, P. & Bös, K. (2002). *Psychosoziale Ressourcen. Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Arbeitshilfen für Übungsleiter/innen*. Frankfurt, Neu-Isenburg: MT-Druck
- Brehm, W., Sygusch, R., Hahn, U., Mehnert, G. & Schönung, A. (2001). *Qualitäten von Gesundheitssport unter den Voraussetzungen eines bewegungsarmen Lebensstils. Ergebnisbericht I. Bayreuther Beiträge zur Sportwissenschaft*. Bayreuth: Universität Bayreuth. Institut für Sportwissenschaft

- Brettschneider, W.-D. (2002) Freizeitsport und Verein. In J. Dieckert & C. Wopp (Hrsg.), Handbuch Freizeitsport (S. 297-304). Schorndorf: Hofmann
- Breuer, C. (1998). Schnittstellenprobleme im kommunalen Herzsport. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 14 (5), 151-153
- Breuer, C. (1999). Perspektiven des Präventionssports im Gesundheitssystem. Möglichkeiten der Steuerung durch den organisierten Sport. Berlin: Mensch & Buch
- Brill, P.A.; Scott, C.B. & Gordon, N.F. (1992). Exercise and Cardiovascular Disease: A Gender Difference. In R.R. Watson & M. Eisinger (Eds.), *Exercise and Disease* (pp. 11-24) . Boca Raton, Ann Arbor, London Tokyo: CRC Press
- Bringmann, W. (1985). Sport in der Prävention, Therapie und Rehabilitation. Leipzig: Johann Ambrosius Barth
- Budde, H.-G. (1984). Rehabilitation – Grundlagen und psychologische Methoden. In L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage) (S. 412-442). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1986). *Vorsorgeuntersuchungen sporttreibender Bürger*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer
- Burmann, U., Krysmanski, K. & Baur, J. (2002). Sportbeteiligung, Körperkonzept, Selbstkonzept und Kontrollüberzeugungen im Jugendalter. *Psychologie und Sport*, 9 (1), 20-34
- Buskies, W. (2001). Zur Bedeutung des sanften Krafttrainings nach dem subjektiven Belastungsempfinden. *Sportwissenschaft*, 31 (1), 45-60
- Cachay, K. (1988). Perspektiven der künftigen Entwicklung in Sportvereinen und Sportverbänden. In H. Digel (Hrsg), *Sport im Verein und im Verband. Historische, politische und soziologische Aspekte* (S. 219-233). Schorndorf: Hofmann
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. London: Tavistock Publications
- Chesney, M. A. & Rosenman, R. H. (1985). Strategies für Modifying type A behaviour. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping. An anthology* (pp. 322-329). New York: Columbia University Press
- Clausen, M. & Meyer, T. (1999). Konfigurationsfrequenzanalyse und log-lineare Modelle als Verfahren zur Analyse von Häufigkeitstabellen. In B. Strauß, H. Haag & M. Kolb (Hrsg.), *Datenanalyse in der Sportwissenschaft. Hermeneutische und statistische Verfahren* (S. 337-358). Schorndorf: Hofmann
- Cooper, C. L. (Ed.) (2000). *Theories of organizational stress*. New York: Oxford university press
- Cooper, C. L. & Payne, R. (Eds.) (1994). *Causes, coping and consequences of stress at work*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Signapore: John Wiley & Sons
- Craig, C.L., Brownson, R.C., Cragg, S.E. & Dunn, A.L. (2002). Exploring the effect of the environment on physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 36-43

- Dann, H.-D. (1991). Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 97-117). Weinheim & München: Juventa
- Davies, J. K. (1987). Participation in health promotion. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski & V.D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (pp. 282-293). Copenhagen: World Health Organization Regional Publications
- Davison, K. P., Pennebaker, J. W. & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social Psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55, 205-217
- Dean, K. (1992). Health-Related Behavior: Concepts and Methods. In M.G. Ory, R.P. Abeles & P.D. Lipman (Eds.), *Aging, Health and Behavior* (pp. 27-56). Newbury Park, London, New Delhi: Sage publications
- Deimel, H. (1999). Zum Einfluss von Bewegung und Sport auf Befindlichkeit und Wohlbefinden bei HIV-Patienten. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 15 (6), 176-179
- deMarées, H. (1992). *Sportphysiologie* (7., überarbeitete Auflage). Köln-Mühlheim: Tropon
- Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention DGSP e.V. & Deutscher Sportärztebund (Hrsg.) (1999). Empfehlungen der Sektionen im Deutschen Sportärztebund. Zugriff am 01. Dezember 1999 unter <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/fg/dsaeb.htm>
- Deutscher Sportbund (DSB) (1993). Ein Vorschlag zur Definition des Begriffs Gesundheitssport. *Sportwissenschaft*, 23 (2), 197-199
- Deutscher Sportbund (DSB) (Hrsg.) (1996a). *Gesundheitspolitische Konzeption des Deutschen Sportbundes*. Frankfurt: Kunze & Partner
- Deutscher Sportbund (DSB) (Hrsg.) (1996b). *Qualitätskriterien zur Durchführung gesundheitsorientierter Angebote im Sportverein*. Frankfurt am Main: Kunze & Partner
- Deutscher Sportbund (DSB) (Hrsg.) (1997). *WIAD-Studie: Sport und Gesundheit. Bewegung als zentrale Größe von Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheitsstabilität. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte in Deutschland e.V. (2. Auflage)*. Frankfurt am Main: Kunze & Partner
- Deutscher Sportbund (DSB) (Hrsg.) (2000). *SPORT PRO GESUNDHEIT. Flyer zum Qualitätssiegel*. Frankfurt am Main
- Deutscher Sportbund (DSB) (Hrsg.) (2003a). *Sport in Deutschland*. Frankfurt am Main
- Deutscher Sportbund (DSB) (Hrsg.) (2003b). *Sport tut Deutschland gut. Agenda des Deutschen Sportbundes zu gesellschaftlichen Herausforderungen der Gegenwart* (unveröffentl. Thesenpapier)
- Dieckert, J. (1999). Der Turn- und Sportverein als Träger bürgerschaftlichen Engagemnts – aus der Sicht der Vereine und Verbände. In M. Krüger (Hrsg.), *Innovation aus Tradition. Zukunftskongress für Gymnastik, Turnen und Sport* (S. 193-194). Schorndorf: Hofmann
- Dieckert, J. (2001). Der Verein als Ort für Ein-, Um-, Aus- und Zusteiger/Innen. In H. Baumann & E. Freiberger (Hrsg.), *Vom Wettkampfsport zum Gesundheitssport!?: Ziele – Vermittlung – Controlling. Symposium 1999, Erlangen* (S. 11-23). Köln: Sport und Buch Strauß

- Diemer, W. & Buchert, H. (2002). Chronische Schmerzen- Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 7. Berlin: Robert Koch-Institut
- Dietrich, K. & Heinemann, K. (1989). Der nichtsportliche Sport. Schorndorf: Hofmann
- Dietrich, K., Heinemann, K. & Schubert, M. (1990). Kommerzielle Sportanbieter: Eine empirische Studie zu Nachfrage, Angebot und Beschäftigungschancen im privaten Sportmarkt. Schorndorf: Hofmann
- Digel, H. (1986). Über den Wandel der Werte in Gesellschaft, Freizeit und Sport. In K. Heinemann & H. Becker (Red.), Die Zukunft des Sports. Materialien zum Kongress „Menschen im Sport 2000“ (S. 14-43). Schorndorf: Hofmann
- Digel, H. (Hrsg.) (1988). Sport im Verein und im Verband. Historische, politische und soziologische Aspekte. Schorndorf: Hofmann
- Dishman, R.K. (1992). Psychological Effects of Exercise für Disease Resistance and Health Promotion. In R.R. Watson & M. Eisinger (Eds.), Exercise and Disease (pp. 179-207). Boca Raton, Ann Arbor, London, Tokyo: CRC Press
- Dlugosch, G. E. (1994). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie (S. 101-117). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Drinkwater, B.L. (1994). Physical Activity, Fitness, and Osteoporosis. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement (pp. 724-735). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Dudenredaktion (Hrsg.) (1994). Das große Wörterbuch der deutschen Sprache in acht Bänden (2., völlig neu bearbeitete und stark erweiterte Auflage). Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag
- Durkheim, E. (1970). Die Regeln der soziologischen Methode (3. Auflage). Neuwied, Berlin: Luchterhand
- Dwyer, T., Coonan, W. E., Leitch, D. R., Hetzel, B. S. & Baghurst, R. A. (1987). An investigation of the effects of daily physical activity on the health of primary school pupils in South Australia. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski & V.D.L. Carstairs (Eds.), Measurement in health promotion and protection (pp. 522-531). Copenhagen: World Health Organization Regional Publications
- Dzewaltowski, D.A. (1989). Toward a model of exercise motivation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 251-269
- Dzewaltowski, D.A., Noble, J.M. & Shaw, J.M. (1990). Physical Activity Participation: Social Cognitive Theory versus the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 12, 388-405
- Eberle, G. (1990). Leitfaden Prävention. Sankt Augustin: Asgard
- Eberspächer, H. (Hrsg.) (1987). Handlexikon Sportwissenschaft. Reinbek: Rowohlt

- Eberspächer, H. (1993). Sportpsychologie. Grundlagen, Methoden, Analysen. Reinbek: Rowohlt
- Edwards, J. R. (1994). Determinants and consequences of coping with stress. In C.L. Cooper & R. Payne (Eds.), Causes, coping and consequences of stress at work (pp. 233-263). Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons
- Edwards, J. R. (2000). Cybernetic theory of stress, coping, and well-being: Review and extension to work and family. In C.L. Cooper (Ed.), Theories of organizational stress (pp. 122-152). New York: Oxford university press
- Eggebracht, H., Kehr, H. M. (2000, 25. September). Bewältigung von berufsbedingtem Stress durch Sport. Zugriff am 09. November 2000 unter <http://www.dgps-jena2000.de/member/?Mival=AbstractView&ABSID=373>
- Eichberg, S. & Martin, M. (2002). Fitness und Gesundheit. Entwicklung und Zusammenhänge im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Sportwissenschaft, 32 (3), 303-319
- Eid, M. & Schwenkmezger, P. (1994). Sport und Gesundheit. Zum Problem kausalanalytischer Aussagen in der Sportwissenschaft. Sportwissenschaft, 24 (2), 167-171
- Emrich, E., Pitsch, W. & Papathanassiou, V. (1998). FISAS 1996. Zur Situation der Sportvereine im Deutschen Sportbund. Projekt im Auftrag des Deutschen Sportbundes, der Landessportbünde und des Bundesinstituts für Sportwissenschaft. Universität Mainz: Mainz
- Emrich, E., Pitsch, W. & Papathanassiou, V. (2001). Die Sportvereine. Ein Versuch auf empirischer Grundlage. Schorndorf: Hofmann
- Epstein, F. H. (1988). Gesundheitliche Risikofaktoren in der modernen Welt. In Rheinisch-Westfälische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Vorträge N 360 (S. 17-24). Opladen: Westdeutscher Verlag
- Erben, R., Franzkowiak, P. & Wenzel, E. (1986). Die Ökologie des Körpers – Konzeptionelle Überlegungen zur Gesundheitsförderung. In E. Wenzel (Hrsg.), Die Ökologie des Körpers (S. 13-120). Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Erdmann, R. (Hrsg.) (1983). Motive und Einstellungen im Sport. Ein Erklärungsansatz für die Sportpraxis. Schorndorf: Hofmann
- Ernst, H. (1995). Gesundheitsressourcen im Alltag. In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker (S. 71-76). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Faltermaier, T. (1994a). Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz
- Faltermaier, T. (1994b). Subjektive Konzepte von Gesundheit in einer salutogenetischen Perspektive. In P. Kolip (Hrsg.), Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung (S. 103-119). Weinheim, München: Juventa
- Fessler, N. (1997). Kooperation von Schule und Sportverein in Deutschland. Schorndorf: Hofmann

- Filipp, S.-H. (Hrsg.) (1984). Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta
- Fine, A. H. (1996). Leisure, Living, and Quality of Life. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.) Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation (pp. 342-354). Conceptual Approaches, Issues and Applications. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading/Massachusetts, Menlo Park/California, London, Amsterdam, Don Mills/Ontario, Sidney: Addison-Wesley
- Flatten, G. (1988). Prävention – Eine bewährte Strategie ärztlichen Handelns. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Positive Affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654
- Forschungsgemeinschaft Qualitätssicherung e.V. (1995). Qualitätssicherung in Dienstleistungsprozessen. Theoretische Grundlagen für die strategische Planung von Qualitätszielen im Dienstleistungsbereich. Forschungsbericht. Frankfurt: Beuth
- Frank, R. (1991). Körperliches Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.). Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik (S. 71-95). Weinheim, München: Juventa
- Franke, A. (1993a). Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 15-34). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Franke, A. (1993b). Gesundheit in Psychologie und Psychotherapie. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 169-183). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Franke, A. & Broda, M. (Hrsg.) (1993). Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Franke, E. (Hrsg.) (1986). Sport und Gesundheit. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt
- Franz, I.-W., Mellerowicz, H. & Noack, W. (Hrsg.) (1985). Training und Sport zur Prävention und Rehabilitation in der technisierten Umwelt. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Franzkowiak, P. (1986). Kleine Freuden, kleine Fluchten – Alltägliches Risikoverhalten und medizinische Gefährungsideologie. In E. Wenzel (Hrsg.), Die Ökologie des Körpers (S. 121-170). Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Frey, D., Bruhn, L. & Kleinmann, M. (1991). Sozialpsychologisches Fundament – arbeits- und organisationspsychologisches Know-how. Brücken bauen! In I. Udrys & G. Grote (Hrsg.), Psychologie und Arbeit. Arbeitspsychologie im Dialog (S. 93-113). Weinheim: Psychologie Verlags-Union

- Friczewski, F. (1991). Arbeit und Gesundheit – zur betrieblichen Gesundheitsförderung. In K. Jork, B. Kauffmann, R. Lobo & E. Schuchardt (Hrsg.), Was macht den Menschen krank? 18 kritische Analysen (S. 81-93). Basel, Boston, Berlin: Birkhäuser
- Froböse, I. & Nellessen, G. (Hrsg.) (1998). Training in der Therapie. Grundlagen und Praxis. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Fröhlich, W.D. (2000). Wörterbuch Psychologie (23., aktualisierte, überarbeitete und erweiterte Auflage). München: dtv
- Fruin, D.J., Pratt, C. & Owen, N. (1991). Protection Motivation Theory and Adolescents' Perceptions of Exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 22 (1), 55-69
- Fuchs, R. (1997). Psychologie und körperliche Bewegung. Grundlagen für theoriegeleitete Interventionen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Fuchs, R., Hahn, A., Jerusalem, M., Leppin, A., Mittag, W. & Schwarzer, R. (1989). Auf dem Weg zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens. *Arbeitsberichte des Instituts für Psychologie*, Nr. 11. Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie: Berlin
- Fuchs, R., Hahn, A. & Schwarzer, R. (1994). Effekte sportlicher Aktivität auf Selbstwirksamkeitserwartung und Gesundheit in einer stressreichen Lebenssituation. *Sportwissenschaft*, 24, 67-81
- Fuchs, R., Lippke, S. & Knäuper, S. (2000). Motivierungsstrategien bei Übungsleitern im Freizeit- und Gesundheitssport: Eine clusteranalytische Typologisierung. *Sportwissenschaft*, 7 (2), 67-81
- Gabler, H., Nitsch, J.R. & Nitsch, R. (Hrsg.) (2001). Einführung in die Sportpsychologie. Teil 2: Anwendungsfelder (2., erweiterte und überarbeitete Auflage). Schorndorf: Hofmann
- Gatch, C.L. & Kendzierski, D. (1990). Predicting Exercise Intentions: The Theory of Planned Behavior, *Research Quarterly für Exercise and Sport*, 61 (1), 100-102
- Gawatz, R. (1993). Gesundheitskonzepte: Ihre Bedeutung im Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit. In R. Gawatz & P. Novak (Hrsg.), *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte* (S. 155-168). Ulm: Universitätsverlag
- Gawatz, R. & Novak, P. (Hrsg.) (1993). *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte*. Ulm: Universitätsverlag
- Gebhardt, D. L. & Crump, C. E. (1990). Employee Fitness and Wellness Programs in the Workplace. *American Psychologist*, 45 (2), 262-272
- Giacca, A., Qing Shi, Z., Marliss, E.B., Zinman, B. & Vranic, M. (1994). Physical Activity, Fitness, and Type I Diabetes. In C. Bouchard, R.J. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement* (pp. 656-668). Champaign: Human Kinetics Publishers

- Gieseler, K.-H. (1988). Gründung, Entwicklung und Strukturen der Sportselbstverwaltung. In H. Digel (Hrsg.), Sport im Verein und im Verband. Historische, politische und soziologische Aspekte (S. 35-59). Schorndorf: Hofmann
- Godin, G., Valois, P. & Lepage, L. (1993). The Pattern of Influence of Perceived Behavioral Control upon Exercising Behavior: An Application of Ajzen's Theory of Planned Behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16 (1), 81-102
- Göhner, W. & Eid, M. (2001). Selbstständiges Training in der Physiotherapie. Anwendung eines sportpsychologischen Motivationsmodells zur Vorhersage physiotherapeutischen Eigentrainings. *Psychologie und Sport*, 8 (1), 3-18
- Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36, 698-703
- Graf, C. (2002, 10. September). „Mens sana in corpore sano“ – Körperliche Leistungsfähigkeit und PISA-Studie. Nachricht veröffentlicht in Mailing-Liste idw unter <http://www.idw-online.de>
- Greiner, B. & Ducki, A. (1991). Gesundheit als Prozess – Welche Rolle spielt die Arbeit? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 23 (3), 305-320
- Grimm, J. & Grimm, W. (1905). Deutsches Wörterbuch. Leipzig: S. Hirtzel
- Grobe, T. G. & Schwartz, F. W. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 13. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Grossmann, R. & Scala, M. (1994). Gesundheit durch Projekte fördern – Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim, München: Juventa
- Grupe, O. (1997). Wohlbefinden und Gesundheit im Sport. In O. Weiss (Hrsg.), *Gesundheit – Sport – Gesundheitskultur* (2. Auflage) (S. 162-188). Wien, Köln, Weimar: Böhlau
- Grupe, O. (2000). Vom Sinn des Sports: kulturelle, pädagogische und ethische Aspekte. Schorndorf: Hofmann
- Gudat, U., Berger, M. & Lefèbvre, P.J. (1994). Physical Activity, Fitness, and Non-Insulin-Dependent (Type II) Diabetes Mellitus. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement* (pp. 669-683). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Häfner, H. (Hrsg.) (1999). *Gesundheit – unser höchstes Gut?* Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Hagberg, J.M. (1994). Physical Activity, Fitness, Health, and Aging. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement* (pp. 993-1005). Champaign: Human Kinetics Publishers

- Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D. & Biddle, S.J.H. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 24, 3-32
- Hahmann, H. (1991). Gesund durch Bewegung – keine Modewelle! In H. Letzelter (Hrsg.), Beiträge zur Sportwissenschaft. Festschrift zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Berno Wischmann (S. 199-211). Ahrensburg bei Hamburg: Cwalina
- Hänsel, F. & Lepper, P. (1997). Fitnesstraining und Veränderung des Körper selbstkonzeptes. In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht (S. 113-118). bps-Verlag
- Hartmann-Tews, I. (1996). Sport für alle!? Strukturwandel europäischer Sportsysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien. Schorndorf: Hofmann
- Hayes, D. & Ross, C. E. (1986). Body and mind: The effect of exercise, overweight and physical health on psychological well-being. *Journal of health and social behavior*, Vol. 27 (4), 387-400
- Heckhausen, H. (1989). Motivation und Handeln (2., völlig überarbeitete und ergänzte Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong: Springer
- Heil, C., Bonadt, K. & Bös, K. u.a. (1996a). Ganzheitliche Gesundheitsförderung im Sportverein. Zweite Phase des Landesforschungsschwerpunktes Sport in Hessen. Projektbericht Band 1: Projektbeschreibung und Ausblick. Universität Frankfurt, Institut für Sportwissenschaften: Frankfurt
- Heil, C., Bonadt, K., Bös, K. u.a. (1996b). Ganzheitliche Gesundheitsförderung im Sportverein. Zweite Phase des Landesforschungsschwerpunktes Sport in Hessen. Projektbericht Band 3: Exkurs und Materialien. Universität Frankfurt, Institut für Sportwissenschaften: Frankfurt
- Heinemann, K. (Hrsg.) (1987). Betriebswirtschaftliche Grundlagen des Sportvereins. Schorndorf: Hofmann
- Heinemann, K. (1988). Zum Problem ehrenamtlicher und hauptamtlicher Mitarbeiter im Verein. In H. Digel (Hrsg.), Sport im Verein und im Verband. Historische, politische und soziologische Aspekte (S. 123-218). Schorndorf: Hofmann
- Heinemann, K. (1989). Der „Nicht-sportliche“ Sport. In K. Dietrich & K. Heinemann: Der nicht-sportliche Sport (S. 11-28). Schorndorf: Hofmann
- Heinemann, K. (1995). Einführung in die Ökonomie des Sports. Ein Handbuch. Schorndorf: Hofmann
- Heinemann, K. & Becker, H. (Red.) (1986), Die Zukunft des Sports. Materialien zum Kongress „Menschen im Sport 2000“. Herausgegeben vom Deutschen Sportbund. Schorndorf: Hofmann
- Heinemann, K. & Horch, H.-D. (1988). Strukturbesonderheiten des Sportvereins. In H. Digel (Hrsg.), Sport im Verein und im Verband. Historische, politische und soziologische Aspekte (S. 108-122). Schorndorf: Hofmann
- Heinemann, K. & Schubert, M. (1992). Ehrenamtlichkeit und Hauptamtlichkeit im Sportverein – eine empirische Studie zur Professionalisierung. Schorndorf: Hofmann

- Heinemann, K. & Schubert, M. (1994). Der Sportverein. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung. Schorndorf: Hofmann
- Helfferrich, C., Hendel-Kramer, A. & Klindworth, H. (2003). Gesundheit allein erziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 14. Berlin: Robert Koch-Institut
- Herzlich, C. (1973). Health and illness. A social psychological analysis. London: Academic press
- Hill, J.O., Drougas, H.J. & Peters, J.C. (1994). Physical Activity, Fitness, and Moderate Obesity. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement (pp. 684-695). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Hofstätter, P.R. (1957). Gruppendynamik. Kritik der Massenpsychologie. Hamburg: Rowohlt
- Hollmann, W. (1995) (Hrsg.). Lexikon der Sportmedizin. Heidelberg, Leipzig: Barth
- Hollmann, W. & Hettinger, T. (2000). Sportmedizin. Grundlagen für Arbeit, Training und Präventivmedizin (4., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, New York: Schattauer
- Hölter, G. (1997). Bewegungstherapie in der Psychosomatik – Empirische Studie zur Wirksamkeit. In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht (S. 243-250). Köln: bsp-Verlag
- Hootman, J.M., Macera, C.A., Helmick, C.G. & Blair, S.N. (2003). Influence of physical activity-related joint stress on the risk of self-reported hip/knee osteoarthritis: a new method to quantify physical activity. Preventive Medicine, 36, 636-644
- Hornung, R. & Gutscher, H. (1994). Gesundheitspsychologie – Die sozialpsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), Lehrbuch der Gesundheitspsychologie (S. 65-87). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Huber, G. (1997). Betriebliche Gesundheitsförderung und Bewegung – Zusammenfassende Darstellung eines Projektes. In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht (S. 196-201). Köln: bps
- Huber, G. & Baltus, A. (2001). Das prozessorientierte Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen gemäß ISO 9001:2000 – Eine Adaption für die ambulante und stationäre Rehabilitation. Gesundheitssport und Sporttherapie, 17 (2), 54-59
- Hübscher, J. (2002, 06. September). Jenaer DGA-Tagung - Mit neuem Marketing ältere Männer sportlich machen. Von der 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Andrologie an der Universität Jena.. Nachricht veröffentlicht in Mailing-Liste idw – Informationsdienst Wissenschaft unter <http://www.idw-online.de>
- Hurrelmann, K. (1988). Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim, München: Juventa
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.) (1993). Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim, Basel: Beltz

- Ilg, H. (Hrsg.) (1997). Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie (ASP) in Zusammenarbeit mit der Kommission Gesundheit (dvs) vom 16. bis 18. Mai 1996. Unter Mitarbeit von M. Schmidt & D.-C. Mahlitz. Köln: bps
- Ilker, H.-G. (1985). Gesundheitsbezogene Angebote in Prävention und Rehabilitation im Rahmen der Turn- und Sportvereine. In I.-W. Franz, H. Mellerowicz & W. Noack (Hrsg.), Training und Sport zur Prävention und Rehabilitation in der technisierten Umwelt (S. 528-532). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Ilker, H.-G. (1989). Großvereine: Gesinnungsgemeinschaft oder Dienstleistungsbetrieb? Der Verein im Wandel. In K. Dietrich & K. Heinemann: Der nichtsportliche Sport (S. 150-159). Schorndorf: Hofmann
- Ilker, H.-G. (1997). Zur Zukunft des Großvereins im Sport. Unter Mitarbeit von D.R. Quanz. In K. Heinemann & H. Becker (Red.), Die Zukunft des Sports. Materialien zum Kongress „Menschen im Sport 2000“. Herausgegeben von K. Giseler & O. Grupe im Auftrag des Deutschen Sportbunds (S. 129-146). Schorndorf: Hofmann
- Illich, I. (1997). Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens. Überarbeitete und erweiterte Endfassung von „Enteignung der Gesundheit“. Reinbeck: Rowohlt
- Israel, S. (1992). Bewegungsbedingte Adaptation als Gesundheitsindikatoren. In H.-J. Schulke, U. Fietze, G. Mahltig & G. Scharf (Hrsg.), Gesundheit in Bewegung. Sportkultur im Hochschulalltag. Hochschulsport in gesundheitlicher Perspektive. Berichtsband zum wissenschaftlichen Kongress des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes 1990 an der Universität Bremen (S. 67-79). Aachen: Meyer & Meyer
- Israel, S. (2001). Der Übergang vom Spitzensport zum Gesundheitssport. In H. Baumann & E. Freiberger (Hrsg.), Vom Wettkampfsport zum Gesundheitssport!?: Ziele – Vermittlung – Controlling. Symposium 1999, Erlangen (S. 25-33). Köln: Sport und Buch Strauß
- Ivanesevich, J. M. & Matteson, M. M. (1994). Promoting the individual's health and well-being. In C.L. Cooper & R. Payne (Eds.), Causes, coping and consequences of stress at work (pp. 267-299). Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons
- Janis, I. L. (1985). Stress inoculation in health care: Theory and research. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds.), Stress and coping. An anthology (pp. 330-355). New York: Columbia University Press
- Jerusalem, M. & Hahn, A. (2000, 25. September). Gesundheitsverhalten im Zeichen gesellschaftlichen Wandels. Zugriff am 09. November 2000 unter <http://www.dgps-jena2000.de/member/?Mival=AbstractView&ABSID=608>
- Jork, K., Kauffmann, B., Lobo, R. & Schuchardt, E. (Hrsg.) (1991). Was macht den Menschen krank? 18 kritische Analysen. Basel, Boston, Berlin: Birkenhäuser

- Jütting, D. H. (1996). Standpunkte und Perspektiven zur Ehrenamtlichkeit im Sport. Münster: Lit
- Jütting, D. H. (1999). Die Organisationsstruktur der Turn- und Sportvereine der Zukunft. In M. Krüger (Hrsg.), *Innovation aus Tradition* (S. 154-160). Schorndorf: Hofmann
- Jütting, D.H. (2002). Sportvereine und Sportverbände. In J. Dieckert & C. Wopp (Hrsg.), *Handbuch Freizeitsport* (S. 123-132). Schorndorf: Hofmann
- Jütting, D. H. & Jochinke, M. (Hrsg.) (1996). Standpunkte und Perspektiven zur Ehrenamtlichkeit im Sport. Münster: Lit
- Jütting, D.H. & Strob, B. (1994). Die Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitersituation. In D.H. Jütting (Hrsg.), *Sportvereine in Münster. Ergebnisse einer empirischen Bestandsaufnahme* (S. 163-185). Münster: Lit
- Kagan, A. R. (1981). A practical model of the psychosocial stress-health-system. In L. Levi (Ed.), *Society, stress and disease*. Vol. 4 (pp. 8-11). Oxford: Oxford university press
- Kannel, W.B. (1987). New perspectives on cardiovascular risk factors. *American Heart Journal*, 114 (1, part 2), 213-219
- Kannel, W.B., Belanger, A., D'Agostino, R. & Israel, I. (1986). Physical activity and physical demand on the job and risk of cardiovascular disease and death: The Framingham Study. *American Heart Journal*, 112 (4), 820-825
- Kaplan, R. M. (2000). Two pathways to prevention. *American Psychologist*, 55, 382-396
- Kapustin, P. (1993). Schule und Sportverein. Partner in der Erziehung. Aachen: Meyer & Meyer
- Kapustin, P. (2001). Breitensport in Bewegung. In H. Haag & A. Humel (Hrsg.), *Handbuch Sportpädagogik* (S. 410-416). Schorndorf: Hofmann
- Kapustin, P. (2002). Gruppen und Familien. In J. Dieckert & C. Wopp (Hrsg.), *Handbuch Freizeitsport* (S. 218-225). Schorndorf: Hofmann
- Kapustin, P. & Roth, K. (2000). Evaluationsprojekt "Der Gesundheitsclub im Sportverein". *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 16 (5), 182
- Kapustin, P. & Roth, K. (2003). Netzwerkbildung im vereinsorganisierten Gesundheitssport. In Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft (Hrsg.), *Interventionen und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie*. Zur Veröffentlichung eingereicht
- Kar, S. B. & Berkanovic, E. (1987). Indicators of behaviour conducive to health promotion. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski & V.D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (pp. 267-281). Copenhagen: World Health Organization Regional Publications
- Kayser, D. (1992a). Fitness. In P. Röthig, H. Becker, K. Carl, D. Kayser & R. Prohl (Hrsg.), *Sportwissenschaftliches Lexikon* (6., völlig neu bearbeitete Auflage) (S. 164-165). Schorndorf: Hofmann

- Kayser, D. (1992b). Gesundheit. In P. Röthig, H. Becker, K. Carl, D. Kayser & R. Prohl (Hrsg.), Sportwissenschaftliches Lexikon (6., völlig neu bearbeitete Auflage) (S. 180-182). Schorndorf: Hofmann
- Kellmann, M. (2000, 25. September). Reliabilität und Validität des Erholungs-Belastungs-Fragebogens für Sportler. Zugriff am 09. November 2000 unter <http://www.dgps-jena2000.de/member/?Mival=AbstractView&ABSID=1113>
- Kent, M (Hrsg.) (1996). Wörterbuch Sport und Sportmedizin. Übers. und bearb. Von Rost, K. & R. Wiesbaden: Limpert
- Kickbusch, I. (1988). New perspectives for research in health behaviour. In R. Anderson, J.K. Davies, I. Kickbusch, D.V. McQueen & J. Turner (Eds.), Health behaviour research and health promotion (pp. 237-243). Oxford, New York, Tokyo: Oxford university press
- Kickbusch, I. (1999). Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation. In H. Häfner (Hrsg.), Gesundheit – unser höchstes Gut? (S. 275-286). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Kimiecik, J. (1992). Predicting Vigorous Physical Activity of Corporate Employees: Comparing the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 192-206
- King, A.C., Stokols, D., Talen, E., Brassington, G.S. & Killingsworth, R. (2002). Theoretical approaches to the promotion of physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 15-25
- Klaes, L. (1985). Soziale Benachteiligung und Gesundheitsverhalten. Eine Fallstudie zur schichtspezifischen Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Frankfurt a. Main, Bern, New York: Peter Lang
- Kleine, W. & Fritsch, W. (Hrsg.) (1990). Sport und Geselligkeit. Beiträge zu einer Theorie von Geselligkeit und Sport. Aachen: Meyer & Meyer
- Kleine, D. & Fuchs, R. (1994). Stress, sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In D. Alfermann & V. Scheid (Hrsg.). Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen (S. 47-53). Köln: bps
- Kleine, W. & Hautzinger, M. (Hrsg.) (1990). Sport und psychisches Wohlbefinden. Beiträge zum Lehren und Lernen im Gesundheitssport. Aachen: Meyer & Meyer
- Kleinert, J. (1996). Gesundheitsförderung im Verein – Literatur zwischen Theorie und Praxis. *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, 12 (1+2), 191-196
- Klotz, T. (1998). Forum – Männergesundheit. Der frühe Tod des starken Geschlechts. Göttingen: Cuvillier

- Knobloch, J. (2001). Psychologische Aspekte der Anwendung von Bewegung und Sport in der Rehabilitation. In H. Gabler, J.R. Nitsch & R. Singer (Hrsg.), Einführung in die Sportpsychologie. Teil 2: Anwendungsfelder (2., erweiterte und überarbeitete Auflage) (S. 263-313). Schorndorf: Hofmann
- Knoll, M. (1997a). Sporttreiben und Gesundheit. Eine kritische Analyse vorliegender Befunde. Schorndorf: Hofmann
- Knoll, M. (1997b). Sport und körperliche Gesundheit – Ausgewählte Ergebnisse einer Meta-Analyse. In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht (S. 91-99). Köln: bps
- Kolb, M. (1995a). Gesundheitsförderung und Sport. Sportwissenschaft, 25 (4), 335-359
- Kolb, M. (1995b). Kritik der Gesundheit und des Gesundheitssports. Anmerkungen aus pädagogischer Sicht. In W. Schlicht & P. Schwenkmezger (Hrsg.), Gesundheitsverhalten und Bewegung: Grundlagen, Konzepte und empirische Befunde (S. 21-33). Schorndorf: Hofmann
- Kolb, M. (1996). Risiken und Chancen einer Gesundheitsförderung durch Bewegung für die Sportvereine. Brennpunkte der Sportwissenschaft, 12 (1+2), 26-47
- Kolb, M. (1997). Perspektiven einer Gesundheitsförderung durch Bewegung in Sportvereinen. In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung. Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht (S. 170-176). Köln: bps
- Kolip, P. (Hrsg.) (1994a). Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim, München: Juventa
- Kolip, P. (1994b). Jugend und Gesundheit – Eine notwendige geschlechtsspezifische Betrachtung. In P. Kolip (Hrsg.), Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung (S. 7-13). Weinheim, München: Juventa
- Kolip, P. (1997). Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Die Konstruktion von Geschlechtlichkeit über somatische Kulturen. Opladen: Leske & Budrich
- Kolip, P. & Hurrelmann, K. (1994). Was ist Gesundheit im Jugendalter? Indikatoren für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. In P. Kolip (Hrsg.), Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung (S. 25-46). Weinheim, München: Juventa
- König, R. (Hrsg.) (1967). Handbuch der Empirischen Sozialforschung. Band 1 (2., veränderte, durch einen Anhang und Register erweiterte Auflage). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Kottmann, L. & Treutlein, G. (1994). Traditionelle Sportarten unter gesundheitserzieherischer Perspektive: Sport anders erleben und begreifen. In D. Alfermann & V. Scheid (Hrsg.). Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen (S. 211-222). Köln: bps

- Krause, R. (1998). Betrieb. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 374-384). Schorndorf: Hofmann
- Krauth, J. (1993). *Einführung in die Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA). Ein multivariates nichtparametrisches Verfahren zum Nachweis und zur Interpretation von Typen und Syndromen.* Weinheim, Basel: Beltz
- Kreuter, H., Klaes, L., Hoffmeister, H. & Lasser, U. (1998). *Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Ergebnisse und Konsequenzen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie.* Weinheim, München: Juventa
- Kröger, C. (Hrsg.) (1993). *Zeitzeichen des Sports. Festschrift für Prof. Dr. Rolf Andersen.* Schorndorf: Hofmann
- Kromrey, H. (1998). *Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung* (8., durchgreifend überarbeitete und erweiterte Auflage). Augsburg: Leske + Budrich
- Krüger, M. (Hrsg.) (1999). *Innovation aus Tradition. Zukunftskongress für Gymnastik, Turnen und Sport.* Schorndorf: Hofmann
- Kruse, A., Gaber, E., Heuft, G., Oster, P., Re, S. & Schulz-Niewandt, F. (2002). *Gesundheit im Alter.* In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung im Alter. Heft 10.* Berlin: Robert Koch-Institut
- Kruse, A., Rott, C. & Schmitt, E. (1999). Einflussfaktoren der Kompetenz und Möglichkeiten der Kompetenzförderung im Alter. *Sportwissenschaft*, 29 (3), 298-310
- Kuhlmann, D. (1999). *Entwicklungen im organisierten Sport. Beiträge in pädagogischer Perspektive.* Sankt Augustin: Academia
- Kunath, P. (1992). *Gesundheit durch Sport bis zum Jahr 2000.* In H.-J. Schulke, U. Fietze, G. Mahltig & G. Scharf (Hrsg.), *Gesundheit in Bewegung. Sportkultur im Hochschulalltag. Hochschulsport in gesundheitlicher Perspektive. Berichtsband zum wissenschaftlichen Kongress des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes 1990 an der Universität Bremen* (S. 58-65). Aachen: Meyer & Meyer
- Kunath, P. (1997). *Das Konstrukt der biopsychosozialen Einheit des Menschen – eine mögliche Denkrichtung für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet gesundheitsfördernden Sporttreibens.* In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht* (S. 45-51). Köln: bps
- Kurz, D. (1986). *Vom Sinn des Sports.* In Deutscher Sportbund (Hrsg.), *Die Zukunft des Sports: Materialien zum Kongress „Menschen im Sport 2000“* (S. 44-68). Schorndorf: Hofmann
- Kurz, D. (1988). *Was suchen die Menschen im Sport? Erwartungen und Bedürfnisse der Zukunft (Referat).* In H. Becker & O. Grupe (Red.), *Menschen im Sport 2000. Dokumentation des Kongresses „Menschen im Sport 2000“* (S. 126-144). Herausgegeben von K. Gieseler, O. Grupe & K. Heinemann im Auftrag des Deutschen Sportbundes. Schorndorf: Hofmann

- Laaser, U., Hurrelmann, K. & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 176-203). Weinheim, Basel: Beltz
- Lames, M. (1997). Das Projekt „GESUND & BEWEGT“. Gesundheitsförderung für Erwachsene in Vereinen. In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht* (S. 167-183). Köln: bps-Verlag
- Lamprecht, M. & Stamm, H. (1995). Soziale Differenzierung und soziale Ungleichheit im Breiten- und Freizeitsport. *Sportwissenschaft*, 25 (3), 265-284
- Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg (Hrsg.) (1989). *Gesundheit und Sport – Forum Gesundheit*. Filderstadt
- LandesSportBund NRW (1999a). Grundsatzklärung „Ehrenamt im Sport in Nordrhein-Westfalen“. Zugriff am 06. März 2000 unter <http://www.lsb-nrw.de/ref2/thema02.htm>
- LandesSportBund NRW (1999b). Soziale Talente gewinnen – fördern – halten. Zugriff am 06. März 2000 unter <http://www.lsb-nrw.de/ref2/thema04.htm>
- LandesSportBund NRW (1999c). Qualifizierung 2000 – Abschlussbericht und Empfehlungen. Zugriff am 06. März 2000 unter <http://www.lsb-nrw.de/ref2/thema05.htm>
- Lange, A. (1994). Sportmotivation und Sportverhalten von Frauen. In D. Alfermann & V. Scheid (Hrsg.), *Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen* (S. 277-285). Köln: bps
- Langenfeld, H. (1986). Von der Turngemeinde zum modernen Sportverein. Stationen auf dem 175jährigen Weg von Jahn bis Weyer. In G.A. Pilz (Hrsg.), *Sport und Verein* (S. 15-42). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Langenfeld, H. (1987). Sport. In H. Eberspächer (Hrsg.), *Handlexikon Sportwissenschaft* (S. 351-357). Reinbek: Rowohlt
- Langenfeld, H. (1988). Wie sich der Sport in Deutschland seit 200 Jahren organisatorisch entwickelt hat. In H. Digel (Hrsg.), *Sport im Verein und im Verband. Historische, politische und soziologische Aspekte* (S. 18-34). Schorndorf: Hofmann
- Lautsch, E. & Weber, S. v. (1995). *Methoden und Anwendungen der Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA)*. Weinheim: Beltz
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, St. Louis, San Francisco, Toronto, London, Sidney: McGraw-Hill
- Lazarus, R. S. (1981). Psychological stress and coping in psychosomatic illness. In L. Levi (Ed.), *Society, stress and disease. Vol. 4: Working Life* (pp. 162-168). Oxford: Oxford university press
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer

- Lee, I-M. (1994). Physical Activity, Fitness, and Cancer. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement* (pp. 814-831). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Lehmann, A. (1995). *Dienstleistungsmanagement. Strategien und Ansatzpunkte zur Schaffung von Servicequalität* (2., neu bearbeitete Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel u.a.
- Lengerke, T., Rütten, A. & Vinck, J. (2000, 25. September). Gesundheitsförderungsverhalten – Argumente für eine Public-Health-Psychologie. Zugriff am 09. November 2000 unter <http://www.dgps-jena2000.de/member/?Mival=AbstractView&ABSID=786>
- Lenk, H. (1972). *Materialien zur Soziologie des Sportvereins*. Ahrensburg: Czwalina
- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim, München: Juventa
- Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 349-373). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Lersch, P. (1959). Der Sport als Aufgabe unserer Zeit. In Deutscher Sportbund (Hrsg.), *Jahrbuch des Sports 1959/1960*. Frankfurt am Main: Wilhelm Limpert
- Letzelter, H. (1991) (Hrsg.). *Beiträge zur Sportwissenschaft. Festschrift zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. Berno Wischmann*. Ahrensburg bei Hamburg: Czwalina
- Leven, K.-H. (1997). *Die Geschichte der Infektionskrankheiten. Von der Antike bis ins 20. Jahrhundert*. Landsberg a. Lech: ecomed
- Levi, L. (1992). Intervening in Social Systems to Promote Health. In M.G. Ory, R.P. Abeles & P.D. Lipman (Eds.), *Aging, Health and Behavior* (pp. 276-295). Newbury Park, London, New Dehli: Sage publications
- Lewis, B.A., Marcus, B.H., Pate, R.R. & Dunn, A.L. (2002). Psychosocial mediators of physical activity behavior among adults and children. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 26-35
- Lienert, G.A. & Krauth, J. (1974a). Die Konfigurationsfrequenzanalyse. IX. Auswertung multivariater klinischer Untersuchungspläne (Teil 1). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 22 (1), 3-17
- Lienert, G.A. & Krauth, J. (1974b). Die Konfigurationsfrequenzanalyse. IX. Auswertung multivariater klinischer Untersuchungspläne (Teil 2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 22 (2), 108-121
- Liesenhoff, C. (1986). Weibliche Gesundheit. Geschlechtsspezifische Aspekte von Gesundheit und Krankheit. In E. Franke (Hrsg.), *Sport und Gesundheit* (S. 98-107). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Lindsay-Reid, E. & Osborn, R.W. (1980). Readiness for Exercise Adoption. *Social Science and Medicine*, 14A, 139-146

- Lohaus, A. (1993). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Lutz, R. (1995). Gesundheit und Krankheit: Antwort der Allgemeinen Psychologie. In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker* (S. 77-94). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Lutz, R. & Mark, N. (Hrsg.) (1995). *Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Mader, A. & Ullmer, S. (1995). Biologische Grundlagen der Trainingsanpassung und der Bezug zu den Begriffen Gesundheit, Fitness und Alter. In W. Schlicht & P. Schwenkmezger (Hrsg.), *Gesundheitsverhalten und Bewegung* (S. 35-50). Schorndorf: Hofmann
- Maes, S. (1992). Gesundheitspsychologie, Gesundheitsfürsorge und Krankheitsprävention. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 13-40). Regensburg: Roderer
- Markus, H. & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A Social Psychological Review. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337
- Maschewsky-Schneider, U. (1993). Gesundheitskonzepte und Gesundheitshandeln von Frauen. In R. Gawatz & P. Novak (Hrsg.), *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte* (S. 195-213). Ulm: Universitätsverlag
- Mâsse, L.C., Dassa, C., Cauvin, L., Giles-Corti, B. & Motl, R. (2002). Emerging measurement and statistical methods in physical activity research. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 44-55
- Mayring, P. (1991a). *Psychologie des Glücks*. Stuttgart: Kohlhammer
- Mayring, P. (1991b). Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 51-70). Weinheim, München: Juventa
- McAuley, E. (1994). Physical Activity and Psychosocial Outcomes. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement* (pp. 551-568). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Mechanic, P. & Hansell, S. (1987). Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *Journal of health and social behavior*, VI. 28 (4), 364-374
- Meinberg, E. (1990). Geselligkeit im Sport – Pädagogische Randnotizen. In W. Kleine & W. Fritsch (Hrsg.), *Sport und Geselligkeit. Beiträge zu einer Theorie von Geselligkeit und Sport* (S. 41-60): Aachen: Meyer & Meyer
- Meisel, M. & Klöckner, W. (1990). Zwei Projekte zum Thema „Arbeitsfeld Gesundheitssport“. In W. Kleine & M. Hautzinger (Hrsg.), *Sport und psychisches Wohlbefinden. Beiträge zum Lehren und Lernen im Gesundheitssport* (S. 146-181). Aachen: Meyer & Meyer

- Mellerowicz, F.H. & Noack, W. (Hrsg.) (1985). Training und Sport zur Prävention und Rehabilitation in der technisierten Umwelt. Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Meusel, H. (2002). Aktive Ältere. In J. Dieckert & C. Wopp (Hrsg.), Handbuch Freizeitsport (S. 209-217). Schorndorf: Hofmann
- Mielke, C. & Uhlenbruck, G. (1999). Psychosoziale Aspekte im Hinblick auf die Gesundheitszufriedenheit in der modernen Freizeitgesellschaft. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 15 (1), 16-19
- Miller, Y.D., Trost, S.G., Brown, W.J. (2002). Mediators of physical activity change among women with young children. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 98-103
- Minne, H. (1994). Sporttherapie bei Osteoporose. In J. Scheibe (Hrsg.), Sport als Therapie. Konzepte für die stationäre und ambulante Heilbehandlung (S. 183-189). Berlin: Ullstein Mosby
- Mitchell, J.H. & Raven, P.B. (1994). Cardiovascular Adaptation to Physical Activity. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement (pp. 286-301). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Moegling, K. (2001). Die Gesundheitswirkung des chinesischen Bewegungssystems Tai Chi Chuan in ihrer Relevanz für ältere Menschen. *Sportwissenschaft*, 31 (4), 401-411
- Mohr, G. & Udris, I. (1997). Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (S. 553-573) (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Monat, A. & Lazarus, R. S. (Eds.) (1985). Stress and coping. An anthology. New York: Columbia University Press
- Morgan, W.P. (1994). Physical Activity, Fitness, and Depression. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement (pp. 851-867). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Mrazek, J. (1986). Psyche, Gesundheit und Sport. Zur subjektiven Wahrnehmung des Gesundheitsversprechens durch Sport. In E. Franke (Hrsg.), Sport und Gesundheit (S. 86-97). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Mrazek, J. & Hartmann, I. (1989). Selbstkonzept und Körperkonzept. In W.-D. Brettschneider, J. Baur & M. Bräutigam (Red.), Bewegungswelt von Kindern und Jugendlichen. Bericht vom 8. Sportwissenschaftlichen Hochschultag der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (S. 218-230). Schorndorf: Hofmann
- Mrazek, J. & Rittner, V. (Hrsg.) (1992). Übungsleiter und Trainer im Sportverein. Die Personen und die Gruppen. Schorndorf: Hofmann
- Mücke, F. (1986). Der Moderne Sportverein. Eine systemtheoretische Fallstudie. Frankfurt am Main: Harri Deutsch

- Mussweiler, T. (2000, 25. September). The „Relative Self“: Informational and judgmental consequences of social comparison. Zugriff am 09. November 2000 unter <http://www.dgpsi-jena2000.de/member/?Mival=AbstractView&ABSID=451>
- Nicholas, D. R. & Gobble, D. C. (1990). On the Importance of Disregulatory Processes in Models of Health. *American Psychologist*, 45 (8), 981-982
- Ningel, R. & Funke, W. (Hrsg.) (1995). *Soziale Netze in der Praxis*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Nielsen-Dietrich, U. (1999). Effektivität von Rückenschulungskonzepten – Ein Literaturüberblick. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 15 (4), 114-118
- Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski & V.D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (pp. 5-28). Copenhagen: World Health Organization Regional Publications
- Noack, H. (1993). Gesundheit: Medizinische, psychologische und soziologische Konzepte. In R. Gawatz & P. Novak (Hrsg.), *Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte* (S. 13-32). Ulm: Universitätsverlag
- Nowacki, P.E., Schnorr, P., Klobut, G. & Medau, H. J. (1994). Leistungsdiagnostik und sportmedizinische Überwachung im Gesundheitssport. In D. Alfermann & V. Scheid (Hrsg.), *Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen* (S. 318-324). Köln: bps
- Oerder, U. (1990). Vereins- und Studioerfahrung als Determinanten der Wahrnehmung von Fitness-Studios. In H.-G. Ilker & M. Ramme (Hrsg.), *Fitness-Studio im Verein* (S. 99-117). Ahrensburg bei Hamburg: Czwalina
- Opaschowski, H.W. (1987a). *Sport in der Freizeit. Mehr Lust als Leistung. Auf dem Weg zu einem neuen Sportverständnis*. Herausgegeben vom BAT Freizeit-Forschungsinstitut. Band 8. Hamburg: Evers
- Opaschowski, H.W. (1987b). *Konsum in der Freizeit. Zwischen Freisein und Anpassung*. Herausgegeben vom BAT Freizeit-Forschungsinstitut. Band 7. Hamburg: Anton Lettenbauer
- Opaschowski, H.W. (1992). *Freizeit 2001. Ein Blick in die Zukunft unserer Freizeitwelt*. Hamburg: BAT
- Opaschowski, H. W. (1997). *Einführung in die Freizeitwissenschaften* (3. Auflage). Opladen: Leske + Budrich
- Opper, E. (1998a). *Sport – Ein Instrument zur Gesundheitsförderung für alle? Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, sozialer Lage und Gesundheit*. Aachen Meyer & Meyer

- Opper, E. (1998b). Sportverein und Sportverband. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheits-sport. Ein Handbuch* (S. 341-351). Schorndorf: Hofmann
- Ory, M. G., Abeles, R. P. & Lipman, P. D. (Eds.) (1992). *Aging, Health and Behavior*. Newbury Park, London, New Dehli: Sage publications
- Paffenbarger, R. S., Hyde, R. T., Wing, A. L., Lee, I-M., Kampert, J. B. (1990). Physical Activity and Physical Fitness as Determinants of Health and Longevity. In C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, J.R. Sutton & B.D. McPherson (Eds.), *Exercise, fitness and health* (pp. 119-133). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T., Wing, A.L., Lee, I-M. & Kampert, J.B. (1994). Some Interrelations of Physical Activity, Physiological Fitness, Health, and Longevity. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement* (pp. 119-133). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Pahmeier, I. (1994a). Drop-out und Bindung im Breiten- und Gesundheitssport. Günstige und ungünstige Bedingungen für eine Sportpartizipation. *Sportwissenschaft*, 24 (2), 117-150
- Pahmeier, I. (1994b). Sportliche Aktivität als Bewältigungshilfe bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Frankfurt: Harri Deutsch
- Pahmeier, I. (1997). Determinanten für Drop-out und Bindung in gesundheitsbezogenen Angeboten von Sportvereinen. Erste Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie. In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht* (S. 183-190). Köln: bps
- Pahmeier, I. & König, A. (1997). Zur Bedeutung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit für die Teilnahme an Gesundheitssportprogrammen. *Psychologie und Sport*, 4 (4), 135-150
- Pahmeier, I., Tiemann, M. & Brehm, W. (1997). Beschwerdebewältigung durch sportliche Aktivität. In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht* (S. 217-219). Köln: bps
- Palm, J. (1993). Zur Identität des Freizeitsportlers. In C. Kröger (Hrsg.), *Zeitzeichen des Sports* (S. 181-193). Schorndorf: Hofmann
- Pařizková, J. (1991). Human Growth, Physical Fitness and Nutrition under Various Environmental Conditions. In R.J. Shepard & J. Pařizková (Eds.), *Human Growth, Physical Fitness and Nutrition* (pp. 1-18). *Medicine and Sport Science*, 31. Basel, München, Paris, London, New York, New Delhi, Bankok, Signapore, Tokyo, Sidney: Karger
- Parmelee, A. H. Jr. (1992). Wellness, illness, health and disease concepts. In E.J. Susman, L.V. Feagans & W.J. Ray (Eds.), *Emotion, cognition, health, and development in children and adolescents* (pp. 155-164). Hillsdale, New Jersey, Hove, London: Lawrence Erlbaum Associates

- Parsons, T. (1970). Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In R. König & M. Tönnemann (Hrsg.), Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (4. Auflage) (S. 10-57), Köln, Opladen: Westdeutscher Verlag
- Parsons, T. (1972). Das System moderner Gesellschaften. In D. Claessen (Hrsg.), Grundfragen der Soziologie, Band 15. München: Juventa
- Parsons, T. (1975). Gesellschaften. Evolutionäre und komparative Perspektiven. Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Parsons, T. (1979). Sozialstruktur und Persönlichkeit (3. Auflage). Frankfurt a. Main: Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlags-Abteilung
- Paul, H. (1966). Deutsches Wörterbuch (5. Auflage). Tübingen: Niemeyer
- Petry, K. (1990). Fitness-Studios in geschlechtsspezifischer Wahrnehmung. In H.-G. Ilker & M. Ramme (Hrsg.), Fitness-Studio im Verein (S. 118-138). Ahrensburg bei Hamburg: Czwalina
- Pfister, G. (2002). Frauen und Männer. In J. Dieckert & C. Wopp (Hrsg.), Handbuch Freizeitsport (S. 197-208). Schorndorf: Hofmann
- Pflaum, R. (1961). Die Vereine als Produkt und Gegengewicht sozialer Differenzierung. In G. Wurzbacher & R. Pflaum, Das Dorf im Spannungsfeld industrieller Entwicklung (2., unveränderte Auflage) (S. 151-182). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Pilz, G.A. (Hrsg.) (1986a). Sport und Verein. Reinbek: Rowohlt
- Pilz, G. A. (1986b). Sport und Verein. Zu einigen aktuellen Entwicklungstrends und Problemfeldern. In G.A. Pilz (Hrsg.), Sport und Verein (S. 8-14). Reinbek: Rowohlt
- Pinto, B.M., Marcus, B.H. & Clark, M.M. (1996). Promoting Physical Activity in Women: The New Challenges. American Journal of Preventive Medicine, 12 (5), 395-400
- Pitsch, W. & Emrich, E. (1997). „Krise des Ehrenamts“? Eine neue Analyse alter Daten. Sportwissenschaft, 27, 391-408
- Proper, K.I., Hildebrandt, V.H., Van der Beek, A.J., Twisk, J.W.R. & Van Mechelen, W. (2003). Effect of individual counseling on physical activity fitness and health. A randomized controlled trial in a workplace setting. American Journal of Preventive Medicine, 24, 218-226
- Pudel, V. (1997). Ernährung. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 151-174). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Quaglietti, S. & Froelicher, V.F. (1994). Physical Activity and Cardiac Rehabilitation for Patients With Coronary Heart Disease. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement (pp. 591-608). Champaign: Human Kinetics Publishers

- Raeburn, J. M. & Rootman, I. (1996). Quality of Life and Health Promotion. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation. Conceptual Approaches, Issues and Applications* (pp. 14-25). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications
- Rampf, J. (1999). Drop-out und Bindung im Fitness-Sport. Günstige und ungünstige Bedingungen für Aktivitäten im Fitness-Studio. Hamburg: Czwalina
- Ransford, H.E. & Palisi, B.J. (1996). Aerobic exercise, subjective health and psychological well-being within age and gender subgroups. *Social Science and Medicine*, 42, 1555-1559
- Ray, W. J. (1992). Disease processes and behavior. In E.J. Susman, L.V. Feagans & W.J. Ray (Eds.), *Emotion, cognition, health, and development in children and adolescents* (pp. 105-109). Hillsdale, New Jersey, Hove, London: Lawrence Erlbaum Associates
- Reinhold, D. (1994). Sporttherapie bei speziellen Krankheitsbildern. In J. Scheibe (Hrsg.), *Sport als Therapie. Konzepte für die stationäre und ambulante Heilbehandlung* (S. 139-152). Berlin: Ullstein Mosby
- Renwick, R., Brown, I. & Nagler, M. (1996) (Eds.). *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications
- Renwick, R. & Friefield, S. (1996). Quality of Life and Rehabilitation. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation. Conceptual Approaches, Issues and Applications* (pp. 26-36). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications
- Reschke, K. & Schumacher, J. (1992). Psychologische Präventionsprogramme in der ehemaligen DDR. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 41-60). Regensburg: Roderer
- Richter, R. (1985). Soziokulturelle Dimensionen freiwilliger Vereinigungen. USA, Bundesrepublik Deutschland und Österreich im soziologischen Vergleich. München: Minerva
- Richterling, G., Droste, I., Reulecke, W. & Murza, G. (1992). Gesundheit – Sport – Arbeit. Materialien zur betrieblichen Gesundheitsförderung. In Kultusministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), *Materialien zum Sport in Nordrhein-Westfalen. Heft 38*. Düsseldorf: vgr Ritterbach
- Rieder, H. (1986). Sporttherapie im Jahr 2000. In K. Heinemann & H. Becker (Red.), *Die Zukunft des Sports. Materialien zum Kongress „Menschen im Sport 2000“*. Herausgegeben vom Deutschen Sportbund (S. 222-229). Schorndorf: Hofmann
- Rieder, H. (1989). Möglichkeiten der Gesundheitserziehung im Sportverein. In Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg (Hrsg.), *Gesundheit und Sport – Forum Gesundheit*. Filderstadt: W. E. Weinmann

- Rittner, V. (1986a). Sportvereine und gewandelte Bedürfnisse. In G.A. Pilz (Hrsg.), Sport und Verein (S. 43-55). Reinbek: Rowohlt
- Rittner, V. (1986b). Veränderungen der Gesundheitsvorstellungen und des Sports im gesellschaftlichen Kontext. In E. Franke (Hrsg.), Sport und Gesundheit (S. 62-74). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt
- Rittner, V. (1991). Zur Ausdifferenzierung von Spaß, Gesundheit und Leistung im modernen Sport. In W. Glatzer (Hrsg.), 25. Deutscher Soziologentag 1990. Die Modernisierung moderner Gesellschaften. Sektionen Arbeits- und Ad hoc-Gruppen, Ausschuss für Lehre (S. 354-356). Opladen: Westdeutscher Verlag
- Rittner, V. & Breuer, C. (1998). Sport – ein vernachlässigtes Medium in der Public-Health-Diskussion. In A. Rütten (Hrsg.), Public Health und Sport (S. 259-271). Stuttgart: Nagelschmid
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear and appeals and attitude change. The journal of psychology, 91, 93-114
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J.R. Caccioppo & R.E. Petty (Eds.), Social psychology: A sourcebook (pp. 153-176). New York: Guilford
- Rogers, R.W. (1985). Attitude Change and Information Integration in Fear Appeals. Psychological Reports, 56, 179-182
- Röhrle, B. (1989). Soziale Unterstützungssysteme – Grundlagen und Möglichkeiten einer ökologisch orientierten Prävention. In W. Stark (Hrsg.), Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung – Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis (S. 117-127). Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Röhrle, B. (1994). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. Milbank Memorial Fund Quaterly, 44, 94-127
- Rosenstock, I.M. (1990). The Health Belief Model: Explaining Health Behavior through Expetancies. In K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (Eds.), Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice (pp. 39-62). San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Rost, R. (1985). Training als Mittel der rehabilitativen Kardiologie in der technisierten Umwelt. In I.-W. Franz, H. Mellerowicz & W. Noack (Hrsg.), Training und Sport zur Prävention und Rehabilitation in der technisierten Umwelt (S. 51-59). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Rost, R. (1987). Entwicklungen, Chancen und Risiken der ambulanten Herzgruppen in der Bundesrepublik Deutschland. In R. Rost & F. Webering (Hrsg.), Kardiologie im Sport (S. 65-73). Köln: Deutscher Ärzteverlag

- Rost, R. (1995). Sport- und Bewegungstherapie bei Inneren Krankheiten. Lehrbuch für Sportlehrer, Übungsleiter, Krankengymnasten und Sportärzte (2., erweiterte Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Rost, R. & Webering, F. (Hrsg.) (1987). Kardiologie im Sport. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Röthig, P., Becker, H., Carl, K., Kayser, D. & Prohl, R. (Hrsg.) (1992). Sportwissenschaftliches Lexikon (6., völlig neu bearbeitete Auflage). Schorndorf: Hofmann
- Roth, K. (2000). „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ – Ein Evaluationsprojekt zum gleichnamigen Wettbewerb des Bayerischen Landes-Sportverbandes, des Bayerischen Sportärzterverbandes und der Gmünder-Ersatzkasse GEK. Würzburg: Universität Würzburg, Institut für Sportwissenschaft
- Roth, K. (2002). Von erfolgreichen Modellen lernen – Der Wettbewerb „Der Gesundheitsclub im Sportverein“ unter wissenschaftlicher Lupe. Bayernsport, 42, 8-9
- Roth, K. (2002, Oktober). „Voneinander profitieren“ – Der Sportverein als Zentrum in der Gesundheitsförderung. Kongressbeitrag auf dem 3. Kongress „Sport + Gesundheit“ des Bayerischen Landes-Sportverbandes und des Bayerischen Turnerverbandes in Oberhaching
- Roth, K., Pauer, T. & Reischle, K. (Hrsg.) (1999). Dimensionen und Visionen des Sports. Evaluation – Pofilbildung – Globalisierung. Beiträge zum 14. Sportwissenschaftlichen Hochschultag der dvs. Hamburg: Czwalina
- Roth, K. & Pfeuffer, P. (2000, Januar). Der Gesundheitsclub im Sportverein – Evaluationsprojekt mit ersten Ergebnissen. Vortrag auf dem 2. Kongress „Sport + Gesundheit“ des Bayerischen Landes-Sportverbandes und des Bayerischen Turnerverbandes in Erlangen
- Rotter, J. B. & Hochreich, D. J. (1979). Persönlichkeit. Theorien – Messung – Forschung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Rummelt, P. (1997). Biopsychosoziale Einheit und lebenslanges Sporttreiben. In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht (S. 51-69). bps
- Rütten, A. (Hrsg.) (1998). Public Health und Sport. Stuttgart: Nagelschmid
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55, 68-78
- Saborowsky, C., Alfermann, D. & Würth, S. (1999). Das motivationale Trainingsklima – soziale Einflussgröße im Entwicklungsverlauf Sport treibender Kinder und Jugendlicher? Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge, 40 (2), 74-103
- Sachs-Pfeiffer, T. (1989). Partizipation – Teilhaben statt Teilnehmen. In W. Stark (Hrsg.), Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung – Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis (S. 191-222). Freiburg im Breisgau: Lambertus

- Sagan, L.A. (1992). Die Gesundheit der Nationen. Die eigentlichen Ursachen von Gesundheit und Krankheit im Weltvergleich. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B. & Stewart, W. T. (2000). Emotional states and physical Health. *American Psychologist*, 55, 110-121
- Schaefer, G. (1998). Gesundheit und Leben. Die „persönliche Deutung“ von Begriffen. In G. Schaefer, Balanceakt Gesundheit. Die Kunst, richtig zu leben (S. 28-57). Darmstadt: Wissen-schaftliche Buchgesellschaft
- Schagerl, G. (1997). Die praktische Umsetzung gesundheitsfördernder Fitnessaktionen – Ergebnisse und Erfahrungen. In O. Weiß (Hrsg.) (1997). Sport – Gesundheit – Gesundheitskultur (2., Auflage). Wien, Köln, Weimar: Böhlau
- Scharmann, T. (1968). Psychologische Beiträge zu einer Theorie der sozial-individualen Integration. In G. Wurzbacher (Hrsg.), Der Mensch als soziales und personales Wesen. Beiträge zu Begriff und Theorie der Sozialisation aus der Sicht von Soziologie, Psychologie, Arbeitswissenschaft, Medizin, Pädagogik, Sozialarbeit, Kriminologie und Politologie (2., unveränderte Auflage). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Schega, L., Schlothauer, U. & Stoll, O. (2002). Gibt es nachweisbare Effekte im Rehabilitationssport? – Ausgewählte Ergebnisse der Leipziger Ambulanten Herzsportstudie (LAHST). *Psychologie und Sport*, 9 (1), 35-41
- Scheib, K., Schmid, G., Heitkamp, H.-C. & Jeschke, D. (1985). Trainingseffekt eines „Aerobic-Programms“ im Vergleich zum „Trimm-Trab mit Gymnastik“. In I.-W. Franz, H. Mellerowicz & W. Noack (Hrsg.), Training und Sport zur Prävention und Rehabilitation in der technisierten Umwelt (S. 514-521). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Scheibe, J. (Hrsg.) (1994). Sport als Therapie. Konzepte für die stationäre und ambulante Heilbehandlung. Berlin: Ullstein Mosby
- Scheuch, E. K. (1993). Vereine als Teil der Privatgesellschaft. In H. Best (Hrsg.), Vereine in Deutschland. Vom Geheimbund zur freien gesellschaftlichen Organisation. Mit einer Literatur- und Forschungsdokumentation von H. M. Artus (S. 143-207). Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften
- Schick, G. (1998). Motivation Älterer zu Bewegungs- und Sportaktivitäten. Eine kritische Analyse empirischer Studien. *Sportwissenschaft*, 28 (2), 195-212
- Schimmack, U. (1997). Das Berliner-Alltagssprachliche-Stimmungs-Inventar (BASTI). Ein Vorschlag zur kontentvaliden Erfassung von Stimmungen. *Diagnostica*, 43 (2), 150-173
- Schipperges, H., Vescovi, G., Geue, B. & Schlemmer, J. (1988). Die Regelkreise der Lebensführung. Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Schlagenhauf, K. (1977). Sportvereine in der Bundesrepublik Deutschland. Teil 1: Strukturelemente und Verhaltensdeterminanten im organisierten Freizeitbereich. Schorndorf: Hofmann
- Slenker, S.E., Price, J.H. & O`Connel, J.K. (1985). *Perceptual and Motor Skills*, 61, 323-328

- Schlicht, W. (1994a). Betriebliche Gesundheitsförderung im Ausbildungs-Betrieb. In A. Woll & K. Bös (Hrsg.), Sport und Gesundheit. Teil 3: Ansätze und Perspektiven der Gesundheitsförderung durch Sport und Bewegung (S. 45-49). Schorndorf: Hofmann
- Schlicht, W. (1994b). Sport und Primärprävention. Göttingen: Hogrefe
- Schlicht, W. (1995). Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport. Schorndorf: Hofmann
- Schlicht, W. & Paschen, D. (1994). Moderate körperliche Belastung, Ärgererleben und depressives Befinden. In D. Alfermann & V. Scheid (Hrsg.). Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen (S. 65-70). Köln: bps
- Schlicht, W. & Schwenkmezger, P. (Hrsg.) (1995). Gesundheitsverhalten und Bewegung: Grundlagen, Konzepte und empirische Befunde. Schorndorf: Hofmann
- Schmid, E. (1999). Sport und Stadt. In M. Krüger (Hrsg.), Innovation aus Tradition. Zukunftskongress für Gymnastik, Turnen und Sport (S. 184-187). Schorndorf: Karl Hofmann
- Schmidt-Atzert, L. & Hüppe, M. (1996). Emotionsskalen EMO 16. Ein Fragebogen zur Selbstbeschreibung des aktuellen emotionalen Gefühlszustandes. *Diagnostica*, 42 (3), 268-283
- Schmidt, U. (1999). Handlungsorientierte Bewegungsinterventionen am Arbeitsplatz. In K. Roth, T. Pauer & K. Reischle (Hrsg.), Dimensionen und Visionen des Sports. Evaluation – Pofilbildung – Globalisierung. Beiträge zum 14. Sportwissenschaftlichen Hochschultag der dvs (S. 156-157). Hamburg: Czwalina
- Schmook, R., Damm, S. & Frey, D. (1997). Psychosoziale Faktoren in der Genese und Rehabilitation des Herzinfarkts. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (S. 455-478) (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Schnabel, G. & Thieß, G. (Hrsg.) (1993). Lexikon Sportwissenschaft. Leistung – Training – Wettkampf. Band 2: L-Z. Berlin: Sportverlag
- Schneider, K. & Wydra, G. (2001). Auswirkungen unterschiedlicher Entspannungsverfahren auf die Veränderung der Befindlichkeit. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 17 (1), 10-15
- Schnell, R., Hill, E. & Esser, E. (1999). Methoden der empirischen Sozialforschung (6., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage). München, Wien: Oldenbourg
- Schorr, A. (1995). Gesundheit und Krankheit: Zwei Begriffe mit getrennter Historie? In R. Lutz & N. Mark (Hrsg.), Wie gesund sind Kranke? Zur seelischen Gesundheit psychisch Kranker (S. 53-70). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Schröder, H. (2000, 25. September). Selbstprojektierung im sozialen Wandel. Zugriff am 09. November 2000 unter <http://www.dgps-jena2000.de/member/?Mival=AbstractView&ABSID=1645>
- Schröder, H. & Reschke, K. (Hrsg.) (1992). Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung. Regensburg: Roderer

- Schröder, K. (1997). Persönlichkeit, Ressourcen und Bewältigung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 319-347) (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Schulke, H.-J. (1998). Zur Differenzierung von Public Health und Sport – Über die Vernachlässigung der Integrationspotentiale zweier gesellschaftlicher Praxisfelder in der Gesundheitsförderung. In A. Rütten (Hrsg.), *Public Health und Sport* (S. 131-155). Stuttgart: Nagelschmid
- Schulke, H.-J., Fietze, U., Mahltig, G. & Scharf, G. (Hrsg.) (1992). *Gesundheit in Bewegung. Sportkultur im Hochschulalltag – Hochschulsport in gesundheitlicher Perspektive. Berichtsband zum wissenschaftlichen Kongress des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes*. Aachen: Meyer & Meyer
- Schulke-Vandre, J. (1992). Zum Gesundheitswert verschiedener Sportarten. In H.-J. Schulke, U. Fietze, G. Mahltig & G. Scharf (Hrsg.), *Gesundheit in Bewegung. Sportkultur im Hochschulalltag. Hochschulsport in gesundheitlicher Perspektive. Berichtsband zum wissenschaftlichen Kongress des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes 1990 an der Universität Bremen* (S. 125-137). Aachen: Meyer & Meyer
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40 (2), 105-123
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit – Eine Meta-Analyse*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- Schwenkmezger, P. (1991). Persönlichkeit und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 119-137). Weinheim, München: Juventa
- Schwenkmezger, P. (1994). *Gesundheitspsychologie – Die persönlichkeitspsychologische Perspektive*. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 46-64). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Schwenkmezger, P. (2001). Psychologische Aspekte des Gesundheitssports. In H. Gabler, J.R. Nitsch & R. Singer (Hrsg.), *Einführung in die Sportpsychologie. Teil 2: Anwendungsfelder* (2., erweiterte und überarbeitete Auflage) (S. 237-262). Schorndorf: Hofmann
- Schwenkmezger, P. & Schlicht, W. (1994). Sport in der Primärprävention: Plädoyer für eine differenzierte Betrachtungsweise. *Sportwissenschaft*, 24 (3), 215-232
- Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (Hrsg.) (1994). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Ferdinand Enke

- Seidenstücker, S. (2000, 25. September). Zum Gesundheitsverhalten ausländischer Arbeitnehmer – eine explorative Analyse. Zugriff am 09. November 2000 unter <http://www.dgps-jena2000.de/member/?Mival=AbstractView&ABSID=1370>
- Seiffge-Krenke, I. (1994). Gesundheitspsychologie – Die entwicklungspsychologische Perspektive. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 25-45). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Seiffge-Krenke, I. (1996). Jugendliche und Gesundheit – Ein entwicklungspsychologischer Zugang. *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, 12 (1+2), 5-25
- Seiler, U., Schmitt, M. & Maes, J. (2000, 25. September). Relative Deprivation, Anomie, Ostalgie und Wohlbefinden im wiedervereinigten Deutschland – Längsschnittliche Zusammenhangsanalysen. Zugriff am 09. November 2000 unter <http://www.dgps-jena2000.de/member/?Mival=AbstractView&ABSID=375>
- Siegel, S. (1976). *Nichtparametrische statistische Methoden*. Frankfurt a. Main: Fachbuchhandlung für Psychologie Verlagsabteilung
- Siegrist, J. (1988). *Medizinische Soziologie* (4., völlig neu bearbeitete Auflage). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Siegrist, K. (1995). Sozialer Rückhalt und Erkrankungsrisiken. In R. Ningel & W. Funke (Hrsg.), *Soziale Netze in der Praxis* (S.9-23). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Simmel, G. (1986). *Schriften zur Soziologie* (2. Auflage). Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Singer, R., Eberspächer, H., Bös, K. & Rehs, H.-J. (1980). Die ATPA-D-Skalen. Eine deutsche Version der Skalen von KENYON zur Erfassung der Einstellung gegenüber sportlicher Aktivität. Bad Homburg: Limpert
- Slenker, S.E., Price, J.H., Roberts, S.M. & Jurs, S.G. (1984). Joggers versus Nonexercisers: An Analysis of Knowledge, Attitudes and Beliefs about Jogging. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 55 (4), 371-378
- Sobolski, J., Kornitzer, M., Backer, G. de, Dramaix, M., Abramowicz, M., Degre, S. & Denolin, H. (1987). Protection against ischemic heart disease in the Belgian Physical Fitness Study: Physical fitness rather than physical activity? *American Journal of Epidemiology*, 125 (4), 601-610
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica*, 37 (2), 160-178
- Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2000). *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000*
- Sponsel, R. (2002). Kritik der Handhabung der Faktorenanalyse. Zugriff am 13.02.2004 unter <http://www.sgipt.org/wisms/fa.html>
- Spree, R. (1992). *Der Rückzug des Todes*. Konstanz: Universitätsverlag
- Stark, W. (Hrsg.) (1989). *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung – Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1996). Datenreport 1997. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Bundeszentrale für politische Bildung
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 (Langfassung). Zugriff am 28.08.2003 unter http://www.Gbe-bund.de/pls/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=40893132&p_konten=TR&p_sprache=d
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). Gesundheitsbericht für Deutschland 1998. Kurzfassung. Zugriff am 28.08.2003 unter http://www.Gbe-bund.de/pls/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=40893132&p_konten=TR&p_sprache=d
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1999). Gesundheitswesen. Fachserie 12. Reihe 1: Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen 1997. Stuttgart: Metzler-Poeschel
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000). Gesundheitswesen. Fachserie 12. Reihe 4 Todesursachen in Deutschland 1998. Stuttgart: Metzler-Poeschel
- Steffgen, G., Fröhling, R. & Schwenkmezger, P. (2000). Motive sportlicher Aktivität. Psychometrische Untersuchung einer Kurzform der ATPA-D-Skalen. Sportwissenschaft, 30 (4), 408-421
- Stelmach, G.E. (1994). Physical Activity and Aging: Sensory and Perceptual Processing. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement (pp. 504-510). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Steyer, R., Schwenkmezger, P., Notz, P. & Eid, M. (1994). Testtheoretische Analysen des Mehrdimensionalen Befindlichkeitsfragebogens. Diagnostica, 40 (4), 320-328
- Stoll, O. (1999a). Der Fragebogen „Conservation of Resources – Evaluation“ für sporttreibende Jugendliche zur Erfassung individueller Verluste im sportlichen Karriereverlauf – Validität und Reliabilität. Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge, 40 (2), 51-73
- Stoll, O. (1999b). Wirken körper- und bewegungsbezogene Interventionen ressourcenprotektiv? Eine Studie aus dem Bereich des Rehabilitations- und Behindertensports. Psychologie und Sport, 6 (1), 18-22
- Stoll, O. (2000). Gesundheitssport und Ressourceneinschätzungen. Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge, 41 (1), 127-147
- Stoll, O. & Alfermann, D. (1997). Auswirkungen des Sporttreibens auf die Stresstoleranz. In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht (S. 224-230). Köln: bps
- Stollenwerk, H.-J. (1986). Aerobic – Phänomen zwischen Mode, Medien, Sport, Gesundheit und Kommerz. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In E. Franke (Hrsg.), Sport und Gesundheit (S. 129-142). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Strauß, B., Haag, H. & Kolb, M. (Hrsg.) (1999). Datenanalyse in der Sportwissenschaft. Hermeneutische und statistische Verfahren. Schorndorf: Hofmann

- Strauß, B. & Tietjens, M. (1995). Beeinflussbarkeit von Gesundheitskognitionen. In W. Schlicht & P. Schwenkmezger (Hrsg.), *Gesundheitsverhalten und Bewegung* (S. 113-124). Schorndorf: Hofmann
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1998). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie – Ein sozial-psychologischer Ansatz*. Eschborn b. Frankfurt a. Main: Dietmar Klotz
- Susman, E. J., Feagans, L. V. & Ray, W. J. (Eds.) (1992). *Emotion, cognition, health, and development in children and adolescents*. Hillsdale, New Jersey, Hove, London: Lawrence Erlbaum Associates
- Syer, S. & Connolly, C. (1993). *Psychotraining für Sportler. „Sporting body – sporting mind“*. Reinbek: Rowohlt
- Sygyusch, R. (2000). *Sportliche Aktivität und subjektive Gesundheitskonzepte. Eine Studie zum Erleben von Körper und Gesundheit bei jugendlichen Sportlern*. Schorndorf: Hofmann
- Thiel, A. (1997). *Steuerung im organisierten Sport. Ansätze und Perspektiven*. Stuttgart: Nagelschmid
- Thofahrn, Klaus W. (1997). *Soziale Schichtung im Sport. Eine theoretische und empirische Reflexion*. Frankfurt, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Peter Lang
- Thomas, A. (1995). *Einführung in die Sportpsychologie* (2., überarbeitete und ergänzte Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Tiemann, M. (1997a). *Fitnessstraining als Gesundheitstraining*. Schorndorf: Hofmann
- Tiemann, M. (1997b). *Zur Ausbildung von Handlungs- und Effektwissen in einem Gruppenprogramm „Gesund und aktiv durch Bewegung“*. In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht* (S. 109-113). bps
- Tiemann, M. (1998). *Handlungswissen und Effektwissen*. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 231-239). Schorndorf: Hofmann
- Timm, W. (1979). *Sportvereine in der Bundesrepublik Deutschland. Teil 2: Organisations-, Angebots- und Finanzstruktur*. Schorndorf: Hofmann
- Tirrel, B.E. & Hart, L.K. (1980). *The relationship of health beliefs and knowledge to exercise compliance in patients after coronary bypass*. *Heart & Lung*, 9 (3), 487-493
- Tischbier, U.P. (1993). *Defintion von „Gesundheitssport“*. *Sportwissenschaft*, 23 (3), 315-316
- Titze, S., Seiler, R., Martin, B. & Marti, B. (1999). *Bewegungsförderung über das Setting Arbeitsplatz - Welche Strategien sind für die Implementierung erfolgversprechend?* In K. Roth, T. Pauer & K. Reischle (Hrsg.), *Dimensionen und Visionen des Sports. Evaluation – Pofilbildung – Globalisierung. Beiträge zum 14. Sportwissenschaftlichen Hochschultag der dvs* (224). Hamburg: Czwalina
- Tofahrn, K. W. (1997). *Soziale Schichtung im Sport. Eine theoretische und empirische Reflexion*. Frankfurt a. Main: Lang.

- Townes, C. D. (1984). Wellness: The emerging concept and its components. *Individual Psychology. The journal of adlerian theory, research & practice*, Vol. 40 (1), University of Texas Press, 372-383
- Treutlein, G. (1994). Zur Bedeutung von Körpererfahrungen für die Gesundheit. In W. Knörzer (Hrsg.), *Ganzheitliche Gesundheitsbildung* (S. 123-136). Heidelberg: Haug
- Trojan, A. & Hildebrandt, H. (1989). Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In W. Stark (Hrsg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung – Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis* (S. 97-116). Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Troschke, J. v. (1993). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 155-175). Weinheim, Basel: Beltz
- Trunz, E., Froböse, I., Flinterhoff, N. & Giesen, H. (1999). Aerobic = Anaerobic? Untersuchungen zur Belastung, Belastungssteuerung im Kursbereich am Beispiel „Fatburner“. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 15 (4), 108-113
- Udris, I. & Grote, G. (Hrsg.) (1991). *Psychologie und Arbeit. Arbeitspsychologie im Dialog*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Udris, I., Kraft, U., Muheim, M., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Ressourcen der Salutogenese. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 85-103). Regensburg: Roderer
- Uhlenbruck, G., Lötzerich, H., Peters, C., Appell, H.J. & Ledvina, I. (1992). Immunkompetenz, Krebs und Sport, Stress und sportliche Aktivität. In H.-J. Schulke, U. Fietze, G. Mahltig & G. Scharf (Hrsg.), *Gesundheit in Bewegung. Sportkultur im Hochschulalltag. Hochschulsport in gesundheitlicher Perspektive. Berichtsband zum wissenschaftlichen Kongress des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes 1990 an der Universität Bremen* (S. 79-86). Aachen: Meyer & Meyer
- Uhlig, T. (Hrsg.) (1994). *Gesundheitssport im Verein. Bericht über den DTB-Kongress 10.-12.11. 1994 in Schwäbisch Gmünd. Band 1: Praxisbeiträge*. Schorndorf: Hofmann
- Uhlig, T. (Hrsg.) (1995). *Gesundheitssport im Verein. Bericht über den DTB-Kongress 10.-12.11.1994 in Schwäbisch Gmünd. Band 2: Berichte, Analysen, Meinungen*. Schorndorf: Hofmann
- Ulich, E. (1992). *Arbeitspsychologie* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Poeschel
- Urban, K. (1996). *Statistik: Einführung in die statistische Methodenlehre für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler* (4., aktualisierte Auflage). München, Wien: Oldenbourg

- VanderZee, K. I., Buunk, B. P. & Sanderman, R. (1995). Social comparison as a mediator between health problems and subjective health evaluations. *British journal of social psychology* [Special issue: Social psychology and health], 34 (1), 53-65
- Verde, T.J. (1992). Short-Term Exercise and Immune Function. In R.R. Watson & M. Eisinger (Eds.), *Exercise and Disease* (pp. 71-88). Boca Raton, Ann Arbor, London Tokyo: CRC Press
- Vogt, M. (1997). Der Einfluss des Sporttreibens auf das aktuelle Wohlbefinden von Mitgliedern in Seniorensportgruppen. In H. Ilg (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht* (S. 209-217). Köln: bps
- Volck, G. (1994). Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz unter besonderer Berücksichtigung ausgleichender Bewegungsaktivitäten. In A. Woll & K. Bös (Hrsg.), *Sport und Gesundheit. Teil 3: Ansätze und Perspektiven der Gesundheitsförderung durch Sport und Bewegung* (S. 41-44). Schorndorf: Hofmann
- Wandke, K. (1994). Sport und Bewältigung kritischer Lebensereignisse durch Frauen. In D. Alfermann & V. Scheid (Hrsg.). *Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen* (S. 39-46). Köln: bps
- Wankel, L.M., Mummery, W.K., Stephens, T. & Craig, C.L. (1994). Prediction of Physical Activity Intention from Social Psychological Variables: Results from the Campbell's Survey of Well-Being. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16, 56-69
- Wankel, L.M. & Sefton, J.M. (1994). Physical Activity and Other Lifestyle Behaviors. In C. Bouchard, R.J. Shepard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement* (pp. 530-550). Champaign: Human Kinetics Publishers
- Watson, R.R. & Eisinger, M. (Eds.) (1992). *Exercise and Disease*. Boca Raton, Ann Arbor, London Tokyo: CRC Press
- Weber, M. (1984). *Soziologische Grundbegriffe* (6., durchgesehene Auflage). Tübingen: Mohr & Siebeck
- Weber, R. (1998). Motivationsförderung in der Rehabilitation. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 14 (1), 11-14
- Weineck, J. (1996). *Sportbiologie* (5. Auflage). Erlangen: perimed
- Weineck, J. (2000). *Sportbiologie* (7., überarbeitete und erweiterte Auflage). Balingen: Spitta
- Weineck, J. (1997). *Optimales Training* (10. Auflage). Erlangen: perimed
- Weiss, O. (Hrsg.) (1997). *Sport – Gesundheit – Gesundheitskultur* (2. Auflage). Wien, Köln, Weimar: Böhlau

- Weiss, O., Russo, M. & Norden, G. (1997). Gesundheitsbewusstsein, Sportengagement und Geselligkeit nach der Sportausübung. In O. Weiss (Hrsg.), Sport – Gesundheit – Gesundheitskultur (2. Auflage) (S. 48-58). Wien, Köln. Weimar: Böhlau
- Wenzel, E. (Hrsg.) (1986). Die Ökologie des Körpers. Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Werle, J. (1997). Kontrollüberzeugung, Selbstkonzept, Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung als Moderatorvariablen gesundheitsrelevanten Verhaltens. In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht (S. 78-84). Köln: bps
- Wetzler, H. P. & Ursano, R. J. (1988). A positive association between physical health practices and psychological well-being. *The journal of nervous and mental disease*, Vol. 176 (5), 280-283
- Weyer, G., Hodapp, V. & Neuhäuser, S. (1980). Weiterentwicklung von Fragebogenskalen zur Erfassung der subjektiven Belastung und Unzufriedenheit im beruflichen Bereich (SBUS-B). *Psychologische Beiträge*, 22, 335-355
- Wiesner, G. (2001). Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland. Stand – Entwicklung - Folgen. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut
- Wilhelm, A. (1999). Einstellung und Motivation zur Sportteilnahme. *Sportwissenschaft*, 29 (4), 427-439
- Willimczik, K. (1999). Statistik im Sport. Grundlagen – Verfahren – Anwendungen (4., überarbeitete Auflage). Hamburg:Czwalina
- Winkler, J. (1986). Ehrenamtlichkeit und Hauptamtlichkeit. Ein neues Problem der Sportvereine. In G.A. Pilz (Hrsg.), Sport und Verein (S. 157-172). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Winkler, J., Klaes, L., Florijn-Zens, Y. & Wild-Mittmann, B. (1996). Sport und Gesundheit. Analysen zum Zusammenhang von körperlicher/sportlicher Aktivität und Dimensionen der Gesundheit. Expertise des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V. (unveröff. Expertise) Bonn
- Winningham, M.L. (1992). The Role of Exercise in Cancer Therapy. In R.R. Watson & M. Eisinger (Eds.), *Exercise and Disease* (pp. 63-70). Boca Raton, Ann Arbor, London Tokyo: CRC Press
- Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) (1984). Leben und Gesundheit in Deutschland. Nationale Untersuchung über Lebensbedingungen, Umwelt und Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland und Berlin (West) im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung- und Technologie sowie des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Erhebungsunterlagen der Gesundheitssurveys. München: infratest Gesundheitsforschung
- Wolf, N. (1994). Sportbezogene Gesundheitsbildung – Herausforderung an die Sportorganisationen? In D. Alfermann & V. Scheid (Hrsg.). *Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation: Bericht über die Tagung der Asp vom 3.-5. September 1992 in Gießen* (S. 155-165). Köln: bps

- Woll, A. & Bös, K. (1994a). Gesundheit zum Mitmachen. Projektbericht. Schorndorf: Hofmann
- Woll, A. & Bös, K. (Hrsg.) (1994b). Sport und Gesundheit. Teil 3: Ansätze und Perspektiven der Gesundheitsförderung durch Sport und Bewegung. Schorndorf: Hofmann
- Woll, A. & Bös, K. (1997). Sportliche Aktivität und interne psychische Ressourcen (im mittleren und späteren Erwachsenenalter). In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung: Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpsychologischer und sportpädagogischer Sicht (S. 105-108). Köln: bps
- Woll, A. & Ullmer, J. (2000). Evaluation der Präventions-Übungsleiter-Ausbildung in Baden-Württemberg. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 16 (5), 180-181
- Wopp, C. (1995). Entwicklungen und Perspektiven des Freizeitsports. Aachen: Meyer und Meyer
- Wopp, C. (Hrsg.) (2000). Zukunftswerkstätten im Sport. Ein Handbuch zur Veränderung von Sportvereinen, des Schulsports und der Sportpraxis. Aachen: Meyer & Meyer
- Woratschek, H. (1998). Sportdienstleistungen aus ökonomischer Sicht. *Sportwissenschaft*, 3 (4), 344-357
- Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion (WHO) (1987). Health promotion: concepts and principles. In T. Abelin, Z.J. Brzezinski & V.D.L. Carstairs (Eds.), *Measurement in health promotion and protection* (pp. 653-658). Copenhagen: World Health Organization Regional Publications
- Wunderlich, J. (2001). Die Entwicklung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen bei Patienten nach einer stationären Rehabilitation. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 17 (1), 16-18
- Wurtele, S.K. & Maddux, J.E. (1987). Relative Contributions of Protection Motivation Theory Components in Predicting Exercise Intentions and Behavior. *Health Psychology*, 6 (5), 453-466
- Wurzbacher, G. (Hrsg.) (1968). Der Mensch als soziales und personales Wesen. Beiträge zu Begriff und Theorie der Sozialisation aus der Sicht von Soziologie, Psychologie, Arbeitswissenschaft, Medizin, Pädagogik, Sozialarbeit, Kriminologie und Politologie (2., unveränderte Auflage). Stuttgart: Ferdinand Enke
- Wurzbacher, G. & Pflaum, R. (1961). Das Dorf im Spannungsfeld industrieller Entwicklung. Stuttgart: Ferdinand Enke
- Wydra, G. (1992). Fitness. In K. Bös & C. Feldmeier (Hrsg.), *Lexikon: Bewegung und Sport zur Prävention und Rehabilitation* (S. 78-79). Oberhaching: Sportinform
- Wydra, G. (1996). Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln. *Sportpädagogische Analysen einer modernen Facette des Sports*. Schorndorf: Hofmann
- Wydra, G. (2001). Belastungssteuerung als eine sportpädagogische Aufgabe in Gesundheitssport und Sporttherapie. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 17 (3), 81-85

- Yordy, G.A. & Lent, R.W. (1993). Predicting Aerobic Exercise Participation: Social Cognitive, Reasoned Action, and Planned Behavior Models. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15, 363-374
- Zahn, T. (1990). Die Geselligkeit in Sportvereinen – Antiquierte Sozialform oder vernachlässigtes Integrationspotential? In W. Kleine & W. Fritsch (Hrsg.), *Sport und Geselligkeit. Beiträge zu einer Theorie von Geselligkeit und Sport* (S. 81-98): Aachen: Meyer & Meyer
- Zank, S., Wilms, H.-U., Baltes, M. M. (1997). Gesundheit und Alter. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 243-263). Göttingen, Bern. Toronto, Seattle. Hogrefe
- Zarotis, G. F. (1999). Ziel Fitness-Club: Motive im Fitness-Sport – Gesundheit? Aussehen? Ausgleich? Spaß? Aachen: Meyer & Meyer
- Zenz, H. (1992). Laienhelfer in der Prävention. In H. Schröder & K. Reschke (Hrsg.), *Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 61-83). Regensburg: Roderer
- Zimmermann, K. (2002, 04. Februar). Muskeltraining – Mit 40 sich wie 30 fühlen. Wie man Haltungsschäden und Rückenschmerzen wirksam vorbeugen kann. Nachricht veröffentlicht in Mailing-Liste idw unter <http://www.idw-online.de>
- Zink, C. (Red.) (1990). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica* (256., neu bearbeitete Auflage). Berlin, New York: Walter de Gruyter
- Zink, K. J. (Hrsg.) (1994). *Buisness Excellence durch TQM. Erfahrungen europäischer Unternehmen*. München, Wien: Hanser
- Zwingmann, C., Metzger, D. & Jäckel, M. (1998). Short Form-36 Health Survey (SF-36). Psychometrische Analysen der deutschen Version bei Rehabilitanten mit chronischen Rückenschmerzen. *Diagnostica*, 44 (4), 209-219