

Edgar Unger

Faktoren einer gesundheitssportlichen Motivationsstruktur

Doktorarbeit / Dissertation

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Copyright © 2001 Diplomica Verlag GmbH
ISBN: 9783832468194

Edgar Unger

Faktoren einer gesundheitssportlichen Motivationsstruktur

Edgar Unger

Faktoren einer gesundheitssportlichen Motivationsstruktur

Dissertation / Doktorarbeit
an der Deutschen Sporthochschule Köln
Fachbereich Sportwissenschaften
5 Jahre Bearbeitungsdauer
Dezember 2001 Abgabe



Diplom.de

Diplomica GmbH ———
Hermannstal 119k ———
22119 Hamburg ———

Fon: 040 / 655 99 20 ———
Fax: 040 / 655 99 222 ———

agentur@diplom.de ———
www.diplom.de ———

ID 6819

Unger, Edgar: Faktoren einer gesundheitssportlichen Motivationsstruktur

Hamburg: Diplomica GmbH, 2003

Zugl.: Köln, Sporthochschule, Dissertation / Doktorarbeit, 2001

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden, und die Diplomarbeiten Agentur, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

Diplomica GmbH

<http://www.diplom.de>, Hamburg 2003

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis		6
Tabellenverzeichnis		8
Einleitung, allgemeine und themenspezifische Problemstellung		12
Teil I	Theoretischer Teil	
1	Sport und Gesundheit	16
1.1	Historische Aspekte des Gesundheitsbegriffs	16
1.2	Gesundheit: Annäherung an einen komplexen Begriff	17
1.3	Gesundheit zwischen Risikofaktoren- und Salutogenesemodell	19
1.4	Gesundheitsbildung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung	20
1.5	Zusammenfassende Betrachtung	24
1.6	Gesundheit aus der Sichtweise verschiedener Disziplinen	24
1.7	Zusammenfassende Annäherung an einen interdisziplinären Gesundheitsbegriff	26
1.8	Zugeschriebene und erwiesene positive Auswirkungen von Sport und Bewegung auf die Gesundheit	29
2	Gesundheitssport	37
2.1	Entstehung eines neuen Segments in der Sportlandschaft	37
2.2	Definitionsversuche und Kritik am Begriff „Gesundheitssport“	38
2.3	Inhaltliche Analyse des Gesundheitssports	39
2.3.1	Zur Frage der Trainingslehre	39
2.3.2	Das Beispiel Funktionsgymnastik	43
2.3.3	Das Modell Rückenschule	44
2.3.4	Zum Problem der Verhaltensänderung	46
2.3.5	Zum Problem der Monotonie in Rückenschulkursen	50
2.4	Zusammenfassung	51

3	Das Kreuz mit dem Kreuz: ein ungelöstes volkswirtschaftliches Problem	53
3.1	Spezielle Problemstellung: Folgen und Kosten von Dorsopathien	53
3.2	Ätiologie von Rückenschmerzen	54
3.3	Krankheitsverlauf und Verbreitung von Dorsopathien	54
3.4	Perspektiven	55
4	Motivationale Zusammenhänge bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung gesundheitssportlicher Aktivitäten	56
4.1	Allgemeines zu Motiv, Motivation/Motivierung	56
4.2	Motive und Sinnorientierungen im Sport	58
4.3	Vulnerabilität als wichtiger Faktor zur Aufnahme einer gesundheitssportlichen Aktivität	60
4.4	Grundlegende Sportmotive und ihr Bezug zum Gesundheitssport	62
4.5	Wertewandel in Gesellschaft, Freizeit und Sport und sein Einfluss auf motivationale Strukturen der Sportpartizipation	65
4.5.1	Wandel im Bereich Arbeitszeit und Einkommen	66
4.5.2	Wandel in der Sportlandschaft	67
4.5.3	Motive im Wandel: Die Gesundheitsorientierung im Sport	68
4.6	Zentrale Faktoren der Bindung und des Drop-outs im Gesundheitssport	69
4.6.1	Modelle zum Prozess der Realisierung und Aufrechterhaltung gesundheitsbezogener Handlungen	71
4.6.2	Erklärungsversuch des Drop-outs unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Gesundheitssystems	73
4.7	„Why people stay“: Neueste Erkenntnisse der Mitgliederbindung in amerikanischen „health-clubs“	76
4.8	Zusammenfassung der Faktoren, die für eine Verhaltensänderung hinsichtlich der Aufnahme und regelmäßigen, dauerhaften Durchführung von gesundheitssportlichen Aktivitäten eine wesentliche Rolle spielen	80

Teil II Empirische Studie

5	Auswertung vorliegender Teilnehmerlisten/Fragebögen zur Drop-out-Analyse während der laufenden Kurse	83
6	Methodik der Untersuchung	83
6.1	Untersuchungsansatz	83
6.2	Fragestellungen	86
6.3	Zielsetzung	87
6.4	Ablauf der Untersuchung – Datenzugang	87
6.4.1	Auswahl der Kurse – Datenerhebung	88
6.5	Erhebungsinstrument und Interviewmethodik	89
6.6	Interviewleitfaden	90
6.7	Exemplarisches Interviewbeispiel mit Herrn D.	93
6.8	Datenauswertung	95
7	Auswertung von Abbruchfaktoren in vorliegenden Untersuchungen zur Erstellung von eigenen Kategorien für die Antworten der Follow-up-Befragung	95
7.1	Struktur zum Auswertungsmodus der Follow-up-Untersuchung	97

Teil III Ergebnisse und zusammenfassende Diskussion

8	Darstellung der Ergebnisse	99
8.1	Allgemeine Ergebnisse der Interviewstudie	101
8.1.1	Soziodemografische Daten der Teilnehmer	101
8.1.1.1	Geschlecht	101
8.1.1.2	Alter	103
8.1.2	Phase der Entscheidungsbildung	105
8.1.2.1	Motivation zur Kursteilnahme	106
8.1.2.2	Erfolgte die Entscheidung zur Kursteilnahme spontan oder länger geplant?	109
8.1.2.3	Erfolgte die Entscheidung zur Kursteilnahme selbstständig, über Ihren Arzt/Therapeuten oder das soziale Umfeld?	111
8.1.2.4	Wie stufen Sie Ihr bisheriges Bewegungsverhalten ein?	114
8.1.3	Phase der Kurspartizipation	117

8.1.3.1	Welches war für Sie das wichtigste Resultat der Kursteilnahme?	119
8.1.3.2	Konnten Sie im Kurs Erlerntes im Alltag anwenden?	122
8.1.3.3	Zufriedenheit mit den räumlich-zeitlichen Gegebenheiten des Kurses	124
8.1.3.4	Zufriedenheit mit der Gruppenzusammensetzung	127
8.1.3.5	Zufriedenheit mit dem Übungsleiter	130
8.1.3.6	Einfluss des sozialen Kontexts auf das Bindungsverhalten	132
8.1.4	Konzeptionelle Vorstellungen der Teilnehmer für die zukünftige Aktivität	135
8.1.4.1	Welche Ziele haben Sie sich für die nächsten sechs Monate gesetzt?	136
8.1.4.2	Organisationsform der zukünftigen Aktivität	138
8.2	Allgemeine Ergebnisse der Follow-up-Untersuchung	140
8.2.1	Organisatorische Merkmale der Aufrechterhaltung der Aktivität	143
8.2.1.1	Wo haben Sie Ihre Aktivität fortgesetzt?	143
8.2.2	Die größten Störfaktoren bei der Aufrechterhaltung der Aktivität	145
8.2.3	Motivationale Merkmale der Aufrechterhaltung der Aktivität	148
8.2.4	Gründe für den Drop-out	151
8.2.5	Faktoren, die den Drop-out unter Umständen verhindert hätten	155
8.3	Vergleich zwischen Aussteigern und Fortsetzenden	160
8.3.1	Unterschiede in der Phase der Intentionsbildung	160
8.3.1.1	Motivation zur Kursteilnahme	160
8.3.1.2	Beitrittsentscheidung: spontan versus länger geplant	165
8.3.1.3	Beitrittsentscheidung: selbstständig versus fremdbestimmt	168
8.3.1.4	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf das habituelle Bewegungsverhalten zum Zeitpunkt der Beitrittsentscheidung	171
8.3.2	Unterschiede beim Erleben des Kurses und des Kursumfelds	176
8.3.2.1	Zufriedenheit mit den räumlich-zeitlichen Gegebenheiten des Kurses	176
8.3.2.2	Zufriedenheit mit der Gruppenzusammensetzung	179
8.3.2.3	Zufriedenheit mit dem Übungsleiter	183
8.3.2.4	Wichtige Resultate der Kursteilnahme	187
8.3.2.5	Transfer der Kursinhalte	189
8.3.3	Unterschiede bei der Unterstützung durch das soziale Umfeld	192
8.3.4	Unterschiede hinsichtlich der zukünftigen Zielsetzung	195

8.3.4.1	Welche Ziele haben Sie sich für die nächsten sechs Monate gesetzt?	196
8.4	Kurzzusammenfassung der Ergebnisse	198
8.4.1	Ergebnisse der Interviewstudie	198
8.4.2	Ergebnisse der Follow-up-Untersuchung	200
8.4.3	Ergebnisse der Verknüpfung beider Studien	201
9	Zusammenfassende Diskussion und Schlussfolgerungen	203
10	Implikationen für Forschung und Praxis	207
10.1	Personale, soziale und programmspezifische Faktoren	207
10.2	Gesundheitssportliche Aktivität als zukünftiger Faktor in der Gesundheitsförderung	209
	Literaturverzeichnis	213

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Anteil Männer und Frauen an der Studie	101
Abb. 2:	Altersverteilung an der Studie	103
Abb. 3:	Altersabhängige Geschlechterverteilung	104
Abb. 4:	Motivation zur Kursteilnahme	107
Abb. 5:	Kriterium: spontane oder länger geplante Kursteilnahme	109
Abb. 6:	Kriterium: selbstständige oder fremdbestimmte Entscheidung zur Kursteilnahme	111
Abb. 7:	Persönliche Einstufung des habituellen Bewegungsverhaltens	114
Abb. 8:	Resultate der Kursteilnahme	120
Abb. 9:	Transfer der Kursinhalte in den Alltag	122
Abb. 10:	Zufriedenheit mit den räumlich-zeitlichen Gegebenheiten des Kurses	125
Abb. 11:	Bewertung der Kursgruppe	128
Abb. 12:	Bewertung des Übungsleiters	130
Abb. 13:	Unterstützung der Aktivität durch das soziale Umfeld	133
Abb. 14:	Zielsetzung der Teilnehmer für die nächsten sechs Monate	136
Abb. 15:	Wo werden Sie Ihre Aktivität fortsetzen?	138
Abb. 16:	Ziel erreicht – ja/nein	140
Abb. 17:	Ort der Aktivität bei Ziel erreicht	143
Abb. 18:	Störfaktoren bei der Fortführung der Aktivität	146
Abb. 19:	Was hat Sie besonders motiviert, Ihre Aktivität fortzusetzen?	149
Abb. 20:	Unterschiede zwischen Abbrechern und Fortführenden in Bezug auf die Motivation zur Kursteilnahme	161
Abb. 21:	Unterschiede zwischen Abbrechern und Fortsetzenden in Bezug auf die Beitrittsentscheidung zur Kursteilnahme	165
Abb. 22:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Beitrittsentscheidung zur Kursteilnahme	168
Abb. 23:	Habituelles Bewegungsverhalten zum Zeitpunkt der Kursteilnahme	172
Abb. 24:	Zufriedenheit mit den räumlich-zeitlichen Gegebenheiten des Kurses – Vergleich zwischen Abbrechern und Fortführenden	177
Abb. 25:	Zufriedenheit mit der Gruppenzusammensetzung des Kurses – Vergleich zwischen Abbrechern und Fortführenden	180
Abb. 26:	Zufriedenheit mit dem Übungsleiter des Kurses – Vergleich zwischen Abbrechern und Fortführenden	184

Abb. 27:	Resultate des Kursbesuchs – Vergleich zwischen Abbrechern und Fortführenden	187
Abb. 28:	Transfer der Kursinhalte – Vergleich zwischen Abbrechern und Fortführenden	190
Abb. 29:	Soziale Unterstützung – Vergleich zwischen Abbrechern und Fortführenden	193
Abb. 30:	Zielsetzung für die nächsten sechs Monate – Vergleich zwischen Abbrechern und Fortführenden	196

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Sozio-ökologische Bedingungen gesundheits-sportlicher Betätigung	28
Tab. 2:	Hemmnisse für gesundheitsorientiertes Verhalten	94
Tab. 3:	Altersstatistik AOK-Bodenseekreis, Kursprogramm (99/00)	103
Tab. 4:	Motivationale Ausgangslage in Abhängigkeit vom Geschlecht	108
Tab. 5:	Motivationale Ausgangslage in Abhängigkeit vom Alter	108
Tab. 6:	Kriterium spontan versus länger geplant in Abhängigkeit vom Geschlecht	110
Tab. 7:	Kriterium spontan versus länger geplant in Abhängigkeit vom Alter	110
Tab. 8:	Kriterium selbstständige versus fremdbestimmte Entscheidung in Abhängigkeit vom Geschlecht	112
Tab. 9:	Kriterium selbstständige versus fremdbestimmte Entscheidung in Abhängigkeit vom Alter	113
Tab. 10:	Habituelles Bewegungsverhalten in Abhängigkeit vom Geschlecht	115
Tab. 11:	Habituelles Bewegungsverhalten in Abhängigkeit vom Alter	116
Tab. 12:	Resultate der Kursteilnahme in Abhängigkeit vom Geschlecht	120
Tab. 13:	Resultate der Kursteilnahme in Abhängigkeit vom Alter	121
Tab. 14:	Transfer von Kursinhalten in den Alltag in Abhängigkeit vom Geschlecht	123
Tab. 15:	Transfer von Kursinhalten in den Alltag in Abhängigkeit vom Alter	124
Tab. 16:	Zufriedenheit mit den räumlich-zeitlichen Gegeben- heiten in Abhängigkeit vom Geschlecht	126
Tab. 17:	Zufriedenheit mit den räumlich-zeitlichen Gegeben- heiten in Abhängigkeit vom Alter	127
Tab. 18:	Bewertung der Kursgruppe in Abhängigkeit vom Geschlecht	129
Tab. 19:	Bewertung der Kursgruppe in Abhängigkeit vom Alter	129
Tab. 20:	Bewertung des Übungsleiters in Abhängigkeit vom Geschlecht	131
Tab. 21:	Bewertung des Übungsleiters in Abhängigkeit vom Alter	132
Tab. 22:	Unterstützung durch das soziale Umfeld in Abhängigkeit vom Geschlecht	134

Tab. 23:	Unterstützung durch das soziale Umfeld in Abhängigkeit vom Alter	134
Tab. 24:	Zielsetzung für die nächsten sechs Monate in Abhängigkeit vom Geschlecht	137
Tab. 25:	Zielsetzung für die nächsten sechs Monate in Abhängigkeit vom Alter	137
Tab. 26:	Ort der künftigen Aktivität in Abhängigkeit vom Geschlecht	139
Tab. 27:	Ort der künftigen Aktivität in Abhängigkeit vom Alter	139
Tab. 28:	Ziel erreicht – ja/nein – in Abhängigkeit vom Geschlecht	141
Tab. 29:	Ziel erreicht – ja/nein – in Abhängigkeit vom Alter	141
Tab. 30:	Ort der Aktivität bei Ziel erreicht in Abhängigkeit vom Geschlecht	144
Tab. 31:	Ort der Aktivität bei Ziel erreicht in Abhängigkeit vom Alter	144
Tab. 32:	Störfaktoren bei der Fortführung der Aktivität in Abhängigkeit vom Geschlecht	147
Tab. 33:	Störfaktoren bei der Fortführung der Aktivität in Abhängigkeit vom Alter	147
Tab. 34:	Motive der Fortführenden in Abhängigkeit vom Geschlecht	150
Tab. 35:	Motive der Fortführenden in Abhängigkeit vom Alter	151
Tab. 36:	Ausstiegsursachen	152
Tab. 37:	Ausstiegsursachen in Abhängigkeit vom Geschlecht	154
Tab. 38:	Ausstiegsursachen in Abhängigkeit vom Alter	154
Tab. 39:	Faktoren, die einen Drop-out eventuell verhindert hätten	155
Tab. 40:	Factors that Would Encourage Personal Participation in Physical Activity	157
Tab. 41:	Faktoren, die einen Drop-out eventuell verhindert hätten in Abhängigkeit vom Geschlecht	158
Tab. 42:	Faktoren, die einen Drop-out eventuell verhindert hätten in Abhängigkeit vom Alter	159
Tab. 43:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Motivation zur Kursteilnahme – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	163
Tab. 44:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Motivation zur Kursteilnahme – Vergleich der Altersgruppen	164
Tab. 45:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Beitrittsentscheidung – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	166
Tab. 46:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Beitrittsentscheidung zur Kursteilnahme – Vergleich zwischen den Altersgruppen	167

Tab. 47:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Beitrittsentscheidung – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	169
Tab. 48:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Beitrittsentscheidung zur Kursteilnahme – Vergleich zwischen den Altersgruppen	170
Tab. 49:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf das habituelle Bewegungsverhalten zum Zeitpunkt der Kursteilnahme – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	173
Tab. 50:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf das habituelle Bewegungsverhalten zum Zeitpunkt der Kursteilnahme – Vergleich zwischen den Altersgruppen	175
Tab. 51:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Zufriedenheit mit den räumlich-zeitlichen Gegebenheiten des Kurses – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	178
Tab. 52:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Zufriedenheit mit den räumlich-zeitlichen Gegebenheiten des Kurses – Vergleich zwischen den Altersgruppen	179
Tab. 53:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Gruppenzusammensetzung des Kurses – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	181
Tab. 54:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Gruppenzusammensetzung des Kurses – Vergleich zwischen den Altersgruppen	182
Tab. 55:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Übungsleiter des Kurses – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	185
Tab. 56:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Übungsleiter des Kurses – Vergleich zwischen den Altersgruppen	186
Tab. 57:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Resultate des Kursbesuchs – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	188
Tab. 58:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf die Resultate des Kursbesuchs – Vergleich zwischen den Altersgruppen	189
Tab. 59:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf den Alltagstransfer der Kursinhalte – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	191

Tab. 60:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf den Alltagstransfer der Kursinhalte – Vergleich zwischen den Altersgruppen	191
Tab. 61:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf Unterstützung durch das soziale Umfeld – Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	193
Tab. 62:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden in Bezug auf Unterstützung durch das soziale Umfeld – Vergleich zwischen den Altersgruppen	194
Tab. 63:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden hinsichtlich der Zielsetzung für die nächsten sechs Monate - Vergleich zwischen Männern und zwischen Frauen	197
Tab. 64:	Unterschiede zwischen Aussteigern und Fortsetzenden hinsichtlich der Zielsetzung für die nächsten sechs Monate – Vergleich zwischen den Altersgruppen	198

Einleitung, allgemeine und themenspezifische Problemstellung

Die aktuellen Schlagworte, wie z.B. Kostenexplosion im Gesundheitswesen und die daraus resultierende Notwendigkeit einer „Gesundheitsreform“, signalisieren die Grenzen der sozialstaatlichen Möglichkeiten zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Fortschritte in der Medizin haben dazu beigetragen, die Lebenserwartung deutlich zu steigern und damit den Menschen in die Lage versetzt, verschiedene Zivilisationserkrankungen überhaupt zu erleben (vgl. ROST 1994). Dies belastet natürlich unser Gesundheitssystem. Prävention sollte deshalb eine soziale Verpflichtung sein. Durch monotone und einseitige Arbeitsbelastungen und durch Bewegungsmangel, der am Arbeitsplatz und in der Freizeit festzustellen ist, entstehen Krankheiten, die immense Kosten verursachen. Deshalb werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen immer häufiger durchgeführt.

Gesundheitserhaltung und Krankheitsvorbeugung werden nicht nur zu einer individuellen, sondern auch zu einer gesellschaftspolitischen Aufgabe, die sich aus der sozialen Verpflichtung ergibt, eine für alle Menschen bestmögliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (DSB 1993). Gesundheitsförderung gehört schon seit jeher zu den wichtigen Zielen im Sport, wurde jedoch nie so explizit herausgestellt wie heutzutage.

Dem Sport kommt gerade in der zweiten Lebenshälfte eine hohe Bedeutung zu. Die zunehmende Lebenserwartung und eine abnehmende Arbeitszeit bieten die Möglichkeit, Freizeit sinnvoll zu gestalten. Die Motivation zum Sport, die früher in Wettkampf und Leistung bestand, hat sich gewandelt. Insbesondere bei den über 40-Jährigen, die mehr als die Hälfte der Bevölkerung repräsentieren, stehen eher gesundheitliche und soziale Motivstrukturen im Vordergrund.

Das Interesse, durch geeignete Bewegungs- und Sportprogramme für mehr Volksgesundheit zu sorgen, ist von Seiten der Leistungsträger natürlich groß.

Im präventiven Bereich können Sport und Bewegung eine große Rolle spielen. Sport ist nach wie vor für viele nicht nur mit Gesundheit, sondern auch mit Leistung verbunden. Leistung muss, auch für den älteren Menschen, nichts Negatives oder Gesundheitsschädliches bedeuten. Jeder Mensch, der sich bewegt, erbringt eine körperliche Leistung; Leistung und Leistungsfähigkeit sollten allerdings aufeinander abgestimmt sein. Je älter die Menschen werden, desto häufiger treten chronische Erkrankungen in den Vordergrund. Die zunehmende Lebenserwartung erfordert eine Trendwende im medizinischen Verhalten (HOLLMANN 1996). Den Menschen (Patienten) muss bewusst werden: Gesundheit kann man nicht auf Rezept in der Apotheke abholen, sondern muss u.a. durch Sport und körperliche Aktivitäten aktiv erworben und erhalten werden.

Was am Sport gesund ist, ob er per se gesund ist, oder ob es zu differenzieren gilt, für wen er unter welchen Voraussetzungen gesund ist und ob dazu noch der Begriff „Sport“ passt oder man hier besser von Aktivität oder Bewegung spricht, soll im Rahmen dieser Arbeit untersucht und diskutiert werden. Ausgehend von einem umfassenden und positiven, an die Ottawa-Charta der WHO angelehnten Gesundheitsverständnis, dürfen die Lebensumstände des Individuums bei der Gleichung Sport = gesund nicht außer Acht gelassen werden: Joggen oder Rad fahren in einem smogverseuchten Lebensraum oder die stereotype Durchführung funktionsgymnastischer Übungen bei Rückenschmerzen mit psychosomatischen Ursachen ergibt wenig Sinn.

Der Begriff „Gesundheit“ hat im Sport in den letzten Jahren eine beachtliche Karriere durchlaufen. Gesundheit und damit eng verknüpft, für einige sogar gleichbedeutend, Fitness und Wohlbefinden, steht ganz oben in der Motivhierarchie. Bei einer Studie der DSHS Köln nannten 97 % der Sporttreibenden Gesundheit als wichtigstes Motiv für ihre Bewegungsaktivitäten.

Bewegungs- und sportliche Aktivierungsprogramme, häufig zusammengefasst unter dem Oberbegriff „Gesundheitssport“, dessen Bedeutung im Rahmen dieser Arbeit noch diskutiert wird, sind wesentliche Inhalte heutiger Angebote zur Gesundheitsförderung.

Zielgruppe dieser gesundheitssportlichen Programme und Angebote, die zumeist im Kurssystem durchgeführt werden, sind in erster Linie 30-60-Jährige, die den Zugang zum Sport im Verein oder ganz allgemein verloren, oder noch nie bekommen haben.

Diese Programme scheinen auf breite Resonanz in der Bevölkerung zu stoßen, was die immer höheren Zulaufzahlen in den letzten Jahren im Gesundheits- und Fitnesssportbereich verdeutlichen (BREHM/EBERHARDT 1995). Der Zulauf kommerzieller Sportanbieter, wie z.B. Fitness-Center, lässt sich allerdings nicht nur über die Zugkraft des Gesundheitsmotivs erklären, sondern hängt mit Sicherheit mit der heutzutage häufig anzutreffenden Ablehnung sozialer Verantwortung (im Verein) zusammen sowie einem veränderten Körperbild, nämlich dem Versuch, im Fitnessstudio Identität in eigener Regie zu entwerfen.

„Weil allgemeinverbindliche Normen fehlen, nehmen die Menschen ihre Identitätsbildung konkret, gleichsam physisch, selbst in die Hand und statten sich durch körperliche Eigenschaften, Fähigkeiten und Philosophien aus, von denen sie glauben, daß sie damit den Belastungen der Industriegesellschaft gewachsen seien“ (MRAZEK/RITTNER 1986, 64f).

Gesundheitlich orientierte Sportangebote in Kursform, wie sie von Volkshochschulen, Krankenkassen, kommerziellen Klubs etc. angeboten werden, lassen eine langfristige Perspektive vermissen und damit den Aufbau von Bindungen an eine dauerhafte sportliche Aktivität. Die Bindung (im Sinne eines längerfristigen und regelmäßigen Sporttreibens) an solche gesundheitsorientierten Sportprogramme ist gering, die

Aussteigerquoten liegen bei 50-70 % (BREHM/PAHMEIER 1990; PAHMEIER 1994a; DISHMAN 1988).

Anhand der Rückenschulbewegung in Deutschland kann man verdeutlichen, dass es als gesellschaftspolitische Aufgabe angesehen wurde, die Menschen dieses Landes in eine Handlungsfähigkeit zu versetzen, ihnen in Bezug auf ihren Rücken in Theorie und Praxis die Fähigkeiten zu vermitteln, denen es nach Überzeugung aller Fachleute bedarf, um weitestgehend (Rücken)schmerzfrei seinen Alltag zu bewältigen. Das Problem bestand sicher nicht darin, die Kurse zu belegen bzw. auszulasten. Die Bezuschussung durch die Krankenkassen oder die überwiegend komplette Übernahme der Kosten ließ die Rückenschulkurse aus dem Boden schießen. Die Problematik, die jedoch nach wie vor nicht zu lösen war, zeigte sich nach Beendigung dieser im Schnitt auf insgesamt 8-10 Stunden terminierten Kurse. In einer eigenen Auswertung vorliegender Teilnehmerlisten von Rückenschulen, Rückengymnastik- und Osteoporosekursen im Jahr 1994 wurden die Kursabbrüche registriert und hinterfragt. Fast alle (genauere Darstellung der Untersuchung unter Punkt 5) haben diese Kurse durchgehalten, doch wie sieht es im Anschluss daran aus? Jeder weiß nun, welche Übungen und Verhaltensweisen ihm gut tun und für ihn wichtig sind, nur er befolgt sie nicht.

Person A führt noch drei Wochen zu Hause auf der Matte einige Übungen durch, dann schlafen die Aktivitäten ein, Person B kriegt die Kurve nach offiziellem Kursende überhaupt nicht. Person C hat im Sportverein eine geeignete Gruppe gefunden und freut sich schon Tage vorher auf die kommende Aktivität. Person D ackert jeden Morgen nach dem Aufstehen 20 Minuten ganz alleine hart und effektiv für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit.

Bisherige Untersuchungen zu Aussteigern aus Sportprogrammen führten zu dem Ergebnis, dass Gesundheit kein überdauerndes Motiv für die regelmäßige und dauerhafte Durchführung von gesundheitlich orientierten Sportangeboten darstellt, und dass Überzeugungen zur gesundheitsfördernden Wirkung sportlicher Aktivität allein nicht vor vorzeitigem Abbruch eines Sportprogramms schützen (ABELE/BREHM 1990). Beschwerden und Schmerz führen häufig zum Einstieg, ein Nachlassen bzw. Verschwinden der akuten Symptome lassen die Aktivität rasch wieder einschlafen.

Erfahrungsgemäß haben Informationskampagnen zu Gesundheit und Bewegung, wie sie seit Jahren von den Krankenkassen über die Medien und Broschüren mit großem Aufwand betrieben werden, nur geringe Erfolge zu verzeichnen. An die Vernunft zu appellieren reicht offenbar nicht aus, um Verhaltensänderungen zu bewirken. Die statistisch abgesicherte Gesundheitsbedrohung durch Bewegungsmangel wird durchaus verstanden, aber nicht als persönliches Risiko in vielleicht unbestimmter Zukunft akzeptiert. Außerdem gibt es für das gesundheitsbewusste Bemühen keine direkte Belohnung, sondern vermeintlich das Gegenteil, Anstrengung und Verzicht.

Den meisten Menschen ist heute bewusst, dass sie sich mehr bewegen sollten, dass sie aufgrund ihrer sitzenden Tätigkeit Übungen für die Rumpfmuskulatur in den Tagesablauf integrieren sollten, nur, viele tun es nicht. Nicht etwa, weil sie an der Wirksamkeit dieser Aktivitäten zweifeln, sondern weil ihnen die entsprechende Einstellung bzw. Motivation dazu fehlt. Und bei denjenigen, die sich durchgerungen haben, im Verein, Fitness-Center, VHS oder KKK einen entsprechenden Kurs zu belegen oder Mitglied zu werden, ist die Wahrscheinlichkeit des Ausstiegs (Drop-out) sehr groß, wie verschiedene Untersuchungen belegen (BRUCE/BRUCE/FISHER 1976; OLDRIDGE 1982, 1984; DISHMAN 1988).

Vor dem Hintergrund der wissenschaftlich hinlänglich belegten Erkenntnisse, dass eine regelmäßige und dauerhafte körperliche Aktivität die körperliche wie psychische Gesundheit verbessern, stabilisieren und sogar zurückbringen kann (HOLLMANN 1996), - die am häufigsten genannten Einstiegsmotive der oben aufgeführten Zielgruppe für diese Sportangebote - ist die Frage nach den Faktoren, die eine solche Bindung an eine regelmäßige sportliche Betätigung begünstigen oder aber verhindern doch von entscheidender Bedeutung. Wovon hängt es ab, dass manche Menschen sich regelmäßig und dauerhaft sportlich betätigen, während andere ihren bewegungsarmen Lebensstil beibehalten? Auch Erkenntnisse über Abbruchgründe einer begonnenen sportlichen Aktivität sind eine bislang wenig beachtete Erkenntnisquelle (PAHMEIER 1996).

Diese Zusammenhänge, insbesondere vor dem Hintergrund der nach wie vor ungelösten Kostenproblematik im Gesundheitswesen, machen deutlich, wie wichtig die Fragestellung nach den Faktoren ist, die dafür sorgen oder verantwortlich sind, Sport zu treiben bzw. an gesundheitlich orientierten Bewegungsprogrammen teilzunehmen und diese, wo auch immer eigenverantwortlich im Sinne einer langfristigen, regelmäßigen und dauerhaften Aktivität fortzuführen.

Die Erforschung der Faktoren einer gesundheitssportlichen Motivationsstruktur und die Möglichkeiten ihrer Beeinflussung durch pädagogische oder motivationspsychologische Maßnahmen soll in einer eigenen Längsschnittstudie erfasst werden, um Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Bindung breiterer Bevölkerungskreise an regelmäßige und dauerhafte sportliche Betätigung erreicht werden kann.

Teil I: Theoretischer Teil

1 Sport und Gesundheit

1.1 Historische Aspekte des Gesundheitsbegriffes

Gesundheit hat im Leben der Völker schon immer eine dominierende Rolle gespielt, wie man an diversen Sprichwörtern, Wünschen, Trinksprüchen etc. vieler Völker erkennen kann. Der Gesundheitsbegriff ist dennoch diffus und äußerst schwer zu definieren. Etymologisch stammt das Adjektiv „gesund“ wohl von dem germanischen „gasunda“ ab, was so viel wie „kräftig“, „stark“ bedeutet.

Der Sport, und damit verbunden körperliches Training, fand seinen ersten bekannten Höhepunkt in der griechischen Antike. Dies geschah nicht nur zur Steigerung der Form und Kraft der Athleten sondern auch zur Vorbeugung, Heilung oder Erhaltung der Gesundheit der Bürger. PLATON prägte das Bild von Sport und Medizin als kunstfertige Schwestern, das hellenische Ideal war die Leib-Seele-Harmonie.

Der Medizinhistoriker SCHIPPERGES (1985) beschreibt Gesundheit vor der Neuzeit als auf ein übergeordnetes System bezogenes Dasein, gesund waren damals die Menschen dann, wenn es ihnen gelang, sich in die natürliche Ordnung einzufügen.

Betrachten wir ROUSSEAUS Erziehungslehre, begegnen wir einer Auffassung von Gesundheit, die sehr stark von subjektiver Einschätzung geprägt ist. Gleichzeitig sieht er Gesundheit in enger Abhängigkeit von einem inneren Gleichgewicht des Menschen. Die Balance von Wollen und Können und die Übereinstimmung von Kräften und Bedürfnissen ermöglichen eine glückliche Existenz und damit Gesundheit (vgl. SCHULZ 1991).

Bereits vor über 200 Jahren wollte der Philanthrop SALZMANN den Menschen mit Hilfe von gesundheitsfördernden Übungen den Himmel auf Erden schenken und nicht erst im leidensfreien Jenseits (GRUPE 1988). Die Philanthropen, als Wegbereiter der Leibeserziehung im Deutschland, orientierten sich an den Gedanken ROUSSEAUS. Gesundheit und Leistungsfähigkeit entwickeln sich nach ihrer Auffassung durch Bewegung und Abhärtung, Verhättschelung lässt den Körper kränkeln. GUTSMUTHS betonte in seinem Werk die Harmonie zwischen Körper und Geist und gab Ratschläge für einen vernünftigen und natürlichen Umgang mit dem Körper.

Turnvater JAHN wollte mit seinen Übungen der einseitigen Vergeistigung ein entsprechendes Gegengewicht bieten, um die Menschen gesund zu erhalten. Allerdings war schon bei JAHN nicht mehr das Individuum das Maß aller Dinge, sondern die Gesundheit und Stärke des ganzen Volkes auch im Hinblick auf zu erwartende militärische Auseinandersetzungen. In der Folgezeit wurden Trainingsformen entwickelt und deren Wirkung mit

objektiven Messmethoden überprüft. Besonders bei SPIESS rückte dann die individuelle, für die Pädagogik so wichtige, Komponente der Gesundheit, in den Hintergrund. Sein Turnen diene gesellschaftspolitischen Interessen, insbesondere der Wehrhaftigkeit.

Dies floss in die rassistische Ideologie des Dritten Reiches ein und in den Versuch, eine gesunde, überlegene, nordisch-germanische Rasse zu züchten (SCHULZ 1991).

Nach dem Zweiten Weltkrieg knüpfte man wieder an das Modell der Ganzheitlichkeit an, zu dem auch eine adäquate Leibeserziehung gehört, wobei aus gegebenem Anlass jegliche militärische Ausrichtung entfiel.

1960 wurde der „Goldene Plan“ für Gesundheit, Spiel und Erholung ins Leben gerufen. Er beinhaltete den systematischen Ausbau von Sportstätten, nachdem die Zivilisationskrankheiten sich mehrten und die Volksgesundheit sich immer beängstigender verschlechterte.

Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung erlebte das subjektive Befinden, das „Sich-Wohl-Fühlen“, in der Gesundheitsdiskussion eine Renaissance. Insbesondere GRUPE (1976, 1995) prägt den Begriff des „Wohlbefindens“, der Ordnung zwischen allen Kräften des Menschen, als Synonym für Gesundheit.

Heutzutage argumentiert man häufig mit dem desolaten Gesundheitszustand der Bevölkerung, um die Notwendigkeit von vermehrtem Sporttreiben als Allheilmittel zu betonen: Z.B. wird mit dem Hinweis auf Haltungsschäden bei Heranwachsenden die Forderung nach Ausweitung des Schulsports laut, ohne dass darüber Klarheit herrscht, ob der Schulsport für die Behebung dieser Probleme geeignet ist oder nicht.

In die aktuelle Diskussion um den Begriff „Gesundheit“ fließen weit mehr Faktoren ein: Wohngegend, Arbeitsplatz, soziales Umfeld etc.

1.2 Gesundheit: Annäherung an einen komplexen Begriff

Durch die unterschiedliche Wahrnehmung von Gesundheit in den verschiedenen Zeitepochen, verschiedenen Kulturkreisen und sogar innerhalb einer Gesellschaft existiert keine allgemein gültige oder – verbindliche Definition. Für unterschiedliche Zielsetzungen wird wahlweise ein engerer oder weiter gefasster Gesundheitsbegriff eingesetzt. Das Spektrum reicht vom utopischen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bis zu engen funktionalistischen Definitionen, die durch arbeits- oder sozialversicherungsrechtliche Notwendigkeiten geprägt sind.

In der Medizin der Neuzeit kennt man zwei Prinzipien: Kuration und Prävention. Die Perfektionierung der Kuration war und ist oberstes Ziel unserer Gesellschaft. Wir haben zur Zeit die höchste Lebenserwartung seit Menschengedenken und ein Ende dieser Entwicklung ist noch nicht in Sicht. Dieses Ziel der Lebensverlängerung sollte jedoch in Einklang mit der Lebensqualität stehen. Die moderne Medizin reduziert Krankheiten auf pathophysiologische Abläufe, der Hintergrund, nämlich die Lebensführung des Menschen, bleibt meist unbeachtet. Es geht nur noch um die

Behebung von körperlichen Funktionsstörungen. Bei einer solchen Sichtweise, die Gesundheit als optimale Funktionsfähigkeit definiert, trainierbar und damit herstellbar ist, wächst die Gefahr, alle Schuld im Krankheitsfall dem Kranken zuzuweisen, der ja sein Schicksal nach dieser Auslegung selbst in der Hand hat. Dabei gibt es, wie bereits angesprochen, viele Faktoren im sozialen Umfeld, die sich einer direkten Beeinflussung durch das Individuum entziehen und die Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können.

Dazu die Position der WHO, die so genannte Ottawa-Charta (TROSCHKE et al. 1996, 186):

„Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Lebenswelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst sorgt und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“

Bei der Kuration liegt die Verantwortung beim Arzt, bei der Prävention hingegen liegt die Eigenverantwortung beim Individuum. Von seiner Einsicht und Handlungsbereitschaft hängt der Erfolg ab. Die drei Stufen der Prävention werden in den folgenden Kapiteln besprochen, die Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Einsicht und Handlungsbereitschaft und deren Dauerhaftigkeit werden in den Kapiteln 2.3.4 und 4 innerhalb der Themenbereiche Motivation und Verhaltensänderung behandelt. Die Schwierigkeiten bei der Definition von Gesundheit ziehen sich durch den ganzen Theorieteil. HECKER (1989, 114) stellte bereits vor über zehn Jahren fest, dass die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ nicht exakt definierbar sind, weil sie sich nicht präzisieren lassen. Als Bedingungen für Gesundheit nennt er Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit. Im Folgenden betont HECKER die Prozesshaftigkeit von Gesundheit und Krankheit, charakterisiert durch fließende Übergänge, wobei Interventionsmöglichkeiten bestehen.

Würde man zur Messung subjektiven Befindens einen Zahlenstrahl mit positiven und negativen Zahlen vorlegen, könnte man die eine Richtung mit vollkommener körperlicher, seelischer und sozialer Gesundheit belegen und die Gegenrichtung mit absolutem Missbefinden. Beide Zustände werden vermutlich nie erreicht, wie auch der Zahlenstrahl in beiden Richtungen in die Unendlichkeit führt. Angaben zur Befindlichkeit können immer nur subjektiv gegeben werden und sind zeitlich instabil. Aus diesem Grund erscheint es notwendig „zwischen dem aktuellen und habituellen Gesundheitszustand eines Individuums zu unterscheiden“ (BECKER 1997, 519). Gesundheit und Krankheit bilden bei BECKER die beiden Pole eines G/K-Kontinuums, auf welchem sein Modell Gesundheitsförderung und Prävention basiert. Ähnliche Gedankengänge dominieren bei BRODTMANN (1993, zitiert nach HARTMANN 1995, 33)