

Klaus Bös

Gesundheit fällt nicht vom Himmel!

Brauchen wir Bewegung und Sport für unsere Gesundheit?

1. Gesundheit und Sport aus gesellschaftlicher Sicht

Die Diskussionen der letzten Jahre über die anscheinend unaufhaltsam steigenden Kosten im Gesundheitswesen, die Änderungen des §20 SGB V und die damit einhergehenden Emotionen belegen recht deutlich, dass hier einer unserer "teuersten Werte" zur Debatte steht. Die Kostenfrage zeigt aber nur eine Facette des Problems, denn bei diesem Thema geht es um zentrale Interessen der Menschen, die ganz persönliche Gesundheit und das ganz persönliche Wohlbefinden. Welchen Stellenwert der Sport hierbei einnimmt, scheint gar keine Frage mehr zu sein. Sportlichkeit und Fitness gelten in diesem Kontext bei allen Bevölkerungsschichten durchweg als positive Lebensziele, und so hat der Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit längst den Charakter eines Stereotyps angenommen.

Studien belegen, dass mehr als 70% der Bevölkerung der BRD die Meinung teilen, dass Menschen, die gesund und fit bleiben wollen, Sport treiben müssen (vgl. Bös & Woll 1989). Alleine in Europa sind schätzungsweise 400 Millionen Menschen sportlich aktiv, in den einzelnen Ländern variiert ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung zwischen 1/4 und 3/4. Opaschowski (1987,1996) ging in bundesweiten Repräsentativuntersuchungen zur sportlichen Aktivität der Frage nach, wer Sport treibt und welches die individuellen Beweggründe sind. Als Primärmotive nennen 75% der Befragten "Spaß", 54% "Gesundheit", 45% "Fitness" und 35% "Ausgleich zur Arbeit" (Opaschowski, 1987). Nach den jüngsten Befunden treiben 41% der bundesdeutschen Bevölkerung Sport und weitere 29% der Nichtsportler sind sportinteressiert. Lediglich 30% der erwachsenen Bevölkerung gelten als "Sportmuffel" (Opaschowski, 1996). In einer eigenen Repräsentativuntersuchung mit 500 Männern und Frauen im Altersbereich von 18 - 65 Jahren aus einer Gemeinde mit 10 000 Einwohnern kamen wir zu vergleichbaren Ergebnissen (Woll & Bös 1994). Allerdings sinkt der Anteil der Sporttreibenden auf „bescheidene“ 13%, wenn man den Anteil der regelmäßigen Sportler (mehr als 2 Stunden Sport pro Woche) betrachtet.

2. Gesundheit und Sport aus wissenschaftlicher Sicht

2.1. Gesundheitsdefinitionen

Aus medizinischer Sicht wird nicht Gesundheit, sondern Krankheit definiert und diese festgelegt als Abweichung von bestimmten messtechnisch nachvollziehbaren Normen. So sind diagnostizierbare Risikofaktoren und Grunderkrankungen die Basis für das in der Sozialmedizin entwickelte Risikofaktorenmodell (vgl. Schäfer 1978), das im Zusammenhang mit epidemiologischen Forschungsarbeiten zur Entstehung von Zivilisationskrankheiten, insbesondere der koronaren Herzerkrankung herausgearbeitet wurde. Das Modell erklärt die Entstehung lebensbedrohender Krankheiten durch eine Kausalkette hierarchisch geordneter Risikofaktoren und bestimmt heute den Großteil präventivmedizinischer Maßnahmen.

In neueren Diskussionen wird allerdings zunehmend Kritik am Risikofaktorenmodell formuliert, denn es grenzt die psychische Gesundheit weitgehend aus und sieht den Menschen primär als Risikofaktorenträger, jedoch nicht als eine ganzheitlich handelnde Persönlichkeit.

Das Saluto-Genese-Modell wurde von dem Medizinsoziologen Antonovsky (1979, 1987) entwickelt. Er greift dabei Ansätze aus der Stressforschung auf (Lazarus 1966) und bezieht auch andere klassische Konzepte, z.B. das Kontrollkonzept (Rotter 1966) mit in seine Überlegungen ein. Auch neuere Ansätze wie das Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker 1991) sind weitestgehend kompatibel mit dem Saluto-Genese-Modell.

Im "Saluto-Genese-Modell" plädiert Antonovsky daher für ein Kontinuum-Modell der Gesundheit und den Verzicht auf die alternative Unterscheidung von krank und gesund.

Die individuelle Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum wird operationalisiert mit Hilfe der Selbsteinschätzungen von Schmerzen und funktionellen Beeinträchtigungen und der Expertenurteile zum aktuellen Behandlungsbedarf und zur Prognose des künftigen Gesundheitszustandes.

Im Modell werden nicht allein krankmachende Risikofaktoren identifiziert, sondern ebenso gesundheitsunterstützende Schutzfaktoren mit einbezogen. Die primäre Frage ist nicht mehr, "warum erkranken Menschen?", sondern "warum bleiben Menschen trotz möglicherweise vorhandener Risikofaktorenkonstellationen gesund?"

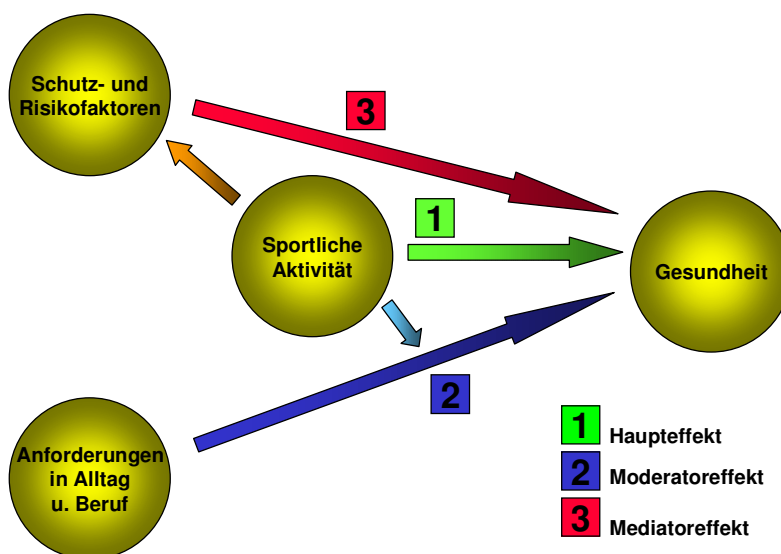
Die Erhaltung der Gesundheit ist damit bestimmt von der dynamischen Balance von Risiko- und Schutzfaktoren. Anforderungen stellen sich nicht nur durch Umweltbedingungen, sondern erwachsen auch auf der inneren Ebene, sie werden als Stressoren klassifiziert. Bewältigungspotentiale oder Bewältigungsressourcen für diese Anforderungen sind sowohl im internen als auch externen Bereich vorhanden, sie werden als generalisierte Widerstandsquellen erfasst.

Im Saluto-Genese-Modell spielen auch die bekannten Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Übergewicht), genetische Dispositionen und Grunderkrankungen eine wichtige Rolle. Aber sie stehen nicht an so herausragender Stelle, wie im Risikofaktorenmodell. Nicht Krankheit als kausale Folge von Defiziten und Fehlverhalten wird analysiert, sondern Gesundheit als das Ergebnis einer dynamischen Balance von Risiko- und Schutzfaktoren.

3. Eigene Untersuchungen zu Sport und Gesundheit

3.1 Hypothesen

Die Wirkungen von Sporttreiben lassen sich in dreifacher Weise beschreiben.



Hypothetische Wirkungen von Sporttreiben auf die Gesundheit (vgl. Knoll 1997, 64)

- (1) *Gezielte sportliche Aktivitäten wirken sich in direkter Weise positiv auf den Gesundheitszustand aus (Haupteffekt).*
Sporttreiben hat somatische Wirkungen auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Organismus. Sporttreiben wirkt sich aber auch auf die aktuelle und habituelle Befindlichkeit aus, hat also auch vielfältige psychische Wirkungen. Wir bezeichnen diese direkte Wirkung als Haupteffekt.
- (2) *Sporttreiben trägt dazu bei, Anforderungen im Alltag und Beruf abzapuffern und wirkt auf diesem indirekten Weg gesundheitsfördernd (Moderatoreffekt).*
Sporttreiben ist quasi eine Coping-Strategie, die zur besseren Lebensbewältigung beiträgt. Wir bezeichnen diese indirekte Wirkung als Moderatoreffekt.
- (3) *Sporttreiben aktiviert die individuellen Schutzfaktoren und trägt zur Reduktion von Risikofaktoren bei (Mediatoreffekt).*
Die präventiven Wirkungen des Sporttreibens auf Risikofaktoren sind umfassend untersucht. In zunehmendem Maße empirisch bestätigt werden auch positive Auswirkungen von Sporttreiben auf psychische Ressourcen wie Kontrollüberzeugen oder Selbstwertgefühl. Wir bezeichnen diese Wirkung als Mediatoreffekt.

3.2 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Die empirische Untersuchung zur Prüfung der Untersuchungshypothesen wurde mit 495 Männern und Frauen des Altersbereiches 35-55 Jahren in einer 10000 Einwohner zählenden Gemeinde durchgeführt. Die Untersuchung umfasste einen medizinischen Teil, sportmotorische Tests sowie Fragebogenuntersuchungen. Bezogen auf die Hypothesen zeigten sich folgende Befunde.

1. Direkte Wirkungen von Sporttreiben auf die Gesundheit

Mit zunehmender sportlicher Aktivität nimmt die positive Einschätzung der Gesundheit zu. Dies gilt sowohl für die gesundheitliche Selbsteinschätzung, als auch für die Arzteinschätzung. Um einen Vergleich der Effekte zu ermöglichen, wurden die Gesundheitsskalen in z-Werte transformiert. Der direkte Vergleich zeigt, dass die Beziehungen zwischen Sporttreiben und Selbsteinschätzung etwas deutlicher ausgeprägt sind als zwischen Sporttreiben und Arzteinschätzung. Die Korrelation von sportlicher Aktivität mit der Selbsteinschätzung der Gesundheit beträgt 0.28, die Korrelation mit der Arzteinschätzung beträgt 0.23.

2. Moderatorwirkung des Sporttreibens

Bei sportlich inaktiven Personen wirken sich Arbeitsbelastungen negativ auf Selbsteinschätzung und Arzturteil des Gesundheitszustandes aus. Personen mit mittlerer oder hoher Arbeitsbelastung haben niedrigere Scores bei den Gesundheitsskalen. Für die sporttreibenden Personen kann man dagegen keine Unterschiede in der Gesundheitseinschätzung in Abhängigkeit von der Arbeitsbelastung erkennen. D.h. Arbeitsbelastungen werden offensichtlich durch sportliche Aktivität abgepuffert. Sportlich aktive Personen können die negativen Auswirkungen von Arbeitsbelastungen auf den Gesundheitszustand offensichtlich besser kompensieren.

3. Mediatorwirkung des Sporttreibens

Hier zeigen sich 2 Effekte: Erstens schätzen Sporttreibende Ihre Gesundheit besser ein und werden vom Arzt als gesünder beurteilt. Zweitens zeigt sich aber auch die Mediatorwirkung des Sporttreibens: Mit ansteigender seelischer Gesundheit sind die Werte auf den Gesundheitsskalen höher. Dieser Effekt zeigt sich deutlich für die gesundheitliche Selbsteinschätzung. Für die Arzteinschätzung ist die Beziehung schwächer ausgeprägt. Gleichwohl zeigt sich auch hier, vor allem für die Sporttreibenden, eine korrelative Beziehung zwischen seelischer Gesundheit und positiver Gesundheitseinschätzung durch den Arzt.

Interpretation der Ergebnisse

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle 3 Hypothesen empirisch bestätigt werden konnten. Sporttreiben weist also direkte und indirekte positive Wirkungen auf die Gesundheit auf. Dies gilt sowohl für die selbsteingeschätzte Gesundheit als auch für die Gesundheitsbeurteilung durch den Arzt. Selbst- und Fremdeinschätzung korrelieren mit 0.46, weisen also 22% gemeinsame Varianz auf. Unter Berücksichtigung dieser doch relativ geringen gemeinsamen Varianz beider Kriteriumsvariablen ist die Einheitlichkeit der Ergebnisse überraschend und spricht für die Tragfähigkeit des Ansatzes.

4. Fazit und Forschungsperspektive

Die bereits gewonnenen Daten und die noch ausstehenden Auswertungen dienen zunächst der Methodenüberprüfung und der Erstellung eines Diagnoseinstrumentariums zur Messung psychischer, somatischer und sozialer Gesundheitsfaktoren.

Zur Weiterführung laufen zurzeit Längsschnittuntersuchungen auf kommunaler und betrieblicher Ebene, mit der Absicht, ein möglichst breites Spektrum von gesundheitsfördernden Einrichtungen erfassen zu können.

In quasi-experimentellen Untersuchungsdesigns interessiert die Analyse der Akzeptanz und Effektivität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, wobei sowohl strukturelle Daten auf Seiten der Initiatoren und Anbieter als auch individuelle Daten auf der Seite der Teilnehmer analysiert werden sollen.

Neben den Auswirkungen von Sporttreiben und Fitness auf der somatischen Ebene, gehen wir in unseren Fragestellungen davon aus, Beziehungen zwischen den kognitiven und affektiven Komponenten des Kohärenzsinn und der subjektiven und objektiven Gesundheitseinschätzung herauszuarbeiten. Ein weiterer Schwerpunkt wird dabei die Überprüfung des Zusammenhangs von Schutzfaktoren, Kohärenzsinn und Gesundheitszustand sein.

Längerfristiges Ziel ist es, basierend auf theoretisch fundierten und empirisch gesicherten Grundlagen, Gesundheitsförderungsprogramme zu entwickeln und zu evaluieren. Aufgabe einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung soll es dabei sein, die Menschen auf verschiedenen Ebenen zu unterstützen. Unterstützung in diesem Sinne bedeutet die Stärkung und Vermehrung der Ressourcen oder der generalisierten Widerstandsquellen. Solche Widerstandsquellen, die im Unterschied zu den Risikofaktoren auch als Schutzfaktoren bezeichnet werden, können individueller Art sein (z. B. Wissen über Gesundheit), sie können aber auch sozialer Art sein (z. B. soziale Unterstützungssysteme wie Familie, Freundeskreis, Organisationen). Wir sehen in diesem Sinne Gesundheitsförderung als ein adäquates Konzept zu einer positiven Lebensbewältigung, das weit über die Vermeidung von Risikofaktoren hinausgeht.

5. Literatur

- Antonovsky, A. (1979). Health Stress and Coping. London.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the Mystery of Health. San Fransisco, London: Jossey Bass.
- Becker, P. (1982). Psychologie der seelischen Gesundheit (Band 1) Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Becker, P. (1991). In P. Paulus (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG-Verlag.
- Bös, K. & Woll, A. (1989). Kommunale Sportentwicklung: Eine empirische Untersuchung zu den Entwicklungsmöglichkeiten des Sports in Bad Schönborn. Erlensee: SFT.
- Brusis, O.A. & Weber, H. (1980). Handbuch der Koronargruppenbetreuung. Erlangen: Perimed.
- Halhuber, C. & Traenckner, K. (Hrsg.) (1986). Die koronare Herzkrankheit - eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik. Erlangen: Perimed Fachbuchverlagsgesellschaft.
- Knoll, M. (1997). Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport. Schorndorf: Hofmann.
- Kurz, D. (1988). Was suchen die Menschen im Sport? Erwartungen und Bedürfnisse der Zukunft. In Deutscher Sportbund (Hrsg.). Menschen im Sport 2000. Schorndorf:Hofmann, 126-139.
- Laaser,U. (1986). Die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie: Das Modell einer kooperativen Prävention. In C. Halhuber & K. Traenckner (Hrsg.), Die koronare Herzkrankheit - eine Herausforderung an Gesellschaft und Politik. Erlangen: Perimed Fachbuchverlagsgesellschaft.
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological Stress and the Coping Processes. New York.
- Oja, P. & Telama, R. (1991). Sport for all. Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier.
- Opaschowski, H. W. (1996). Die Zukunft des Sports. Hamburg.
- Opaschowski, H.W. (1987). Sport in der Freizeit. Mehr Lust als Leistung. Auf dem Weg zu einem neuen Sportverständnis (Band 8) Hamburg: BAT Freizeit-Forschungsinstitut.
- Paffenbarger, R.S., Hyde, R.T. & Wing, A.L. (1990). Physical activity and physical fitness as determinants of health and longevity. In C. Bouchard et al. (Eds.), Exercise, fitness and health. A consensus of current knowledge. Campaign: Human Kinetics, 33-48.
- Schäfer, H. (1978). Theorie der Risiken. In H. Schäfer & M.v. Blohmke (Hrsg.), Handbuch der Sozialmedizin (Band 3). Stuttgart: Thieme.
- Schlicht (1997). Sporttreiben und Präventivmedizin. Göttingen: Hogrefe.
- Shephard, R.J. (1990). Costs and benefits of an exercising versus a nonexercising society. In: C. Bouchard, R.J. Shephard, T. Stephens, J.R. Sutton, B.D. Mcpherson (Hrsg.), Exercise, fitness and health. Champaign: IL Human Kinetics Books, 49-60.
- Tittlbach, S. (2001). Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit im mittleren und späteren Erwachsenenalter. Dissertation Universität Karlsruhe: unveröffentlicht.
- Uexküll, T. von (1986). Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: R. Adler (Hrsg.) Psychosomatische Medizin. 3. Aufl. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Woll, A. (1996). Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Neu-Isenburg: LinguaMed.
- Woll, A. & Bös, K. (1994). Gesundheit zum Mitmachen. Schorndorf: Hofmann.
- World Health Organization (WHO): Targets for health for all. Targets in support of the european regional strategy for health for all. Kopenhagen: Eigendruck 1985.

Kontaktadresse: Prof. Dr. Klaus Bös, Universität Karlsruhe, Kaiserstraße 12, 76128 Karlsruhe