

# Schwerpunktthema: Gesundheitssport

KLAUS BÖS/WALTER BREHM

## Gesundheitssport – Abgrenzungen und Ziele<sup>1</sup>

Unsere Lebensbedingungen erfordern eine besondere gesellschaftliche Beachtung des Themas Gesundheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bereits 1986 in ihrer Ottawa Charta „Gesundheit für Alle“ zu einem weltweiten Ziel erklärt. Sportliche Aktivität gilt dabei als eine zentrale Säule der „öffentlichen Gesundheitsförderung“. Auch in der Alltagsbetrachtung sind Sport und Gesundheit untrennbar miteinander verbunden. Gesundheit ist für die große Mehrzahl der Erwachsenen das primäre Sportmotiv und 77% der Bevölkerung sind der Ansicht, „daß man Sport treiben muß, um gesund und fit zu bleiben“ (Bös 1991).

Die Erforschung der Wechselbeziehungen von Sport und Gesundheit hat sich in den letzten Jahren zu einem zentralen Thema in der Sportwissenschaft entwickelt und die Sportanbieter, Sportverbände und Sportvereine ebenso wie Fitneßverbände und Fitneßstudios, sehen im Gesundheitssport eine Chance zur Erschließung neuer Zielgruppen durch vielfältige neue Angebote (vgl. z.B. Bös/BREHM/OPPER/SAAM 1999). Damit wird in der Bundesrepublik Deutschland einer Entwicklung Rechnung getragen, die in der internationalen Sichtweise von „Sport for all“ (OJA/TELAMA 1991) und „Eercise, Fitness and Health“ (BOUCHARD/SHEPARD/STEPHENS 1994) schon eine gewisse Tradition hat.

„Gesundheitssport“ und weitergehend „Gesundheitsförderung durch Sport“ sind in der Sportwissenschaft allerdings kontrovers diskutierte Felder. Theoriegeleitete Ansätze zur Umgrenzung und zur Analyse dieser Felder sowie als Basis zur Begründung und Evaluation von Interventionen sind erst in der Entwicklung (vgl. u.a. BALZ 1993; BECKERS/BRUX 1993; Bös/BREHM 1995, 1998; BREHM 1998a; DSB 1995a/b; KOLB 1995; WOLL 1996). „Gesundheitssport“ sowie „Gesundheitsförderung durch Sport“ ist unserer Auffassung nach von anderen Formen des Sports sowie anderen Formen sportlicher Aktivierung vor allem durch seine Zielsetzungen sowie die damit zusammenhängenden Bedingungen der Durchführung abzugrenzen.

Eine solche Verbindung von ergebnisorientierten mit prozeßorientierten Qualitätsmerkmalen ist derzeit als Standard von Modellbildungen zur Qualitätsentwicklung und zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen anzu-

sehen (vgl. z.B. BADURA/GRANDE/JANßEN/SCHOTT 1995). Eine solche Ab- und Eingrenzung bildet auch eine zentrale Voraussetzung für eine zukünftige Vernetzung entsprechender Angebote mit den Zielen anderer für die öffentliche Gesundheit verantwortlichen Gesundheitsinstanzen, insbesondere niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen oder Gesundheitsämtern. Weitergehend wird damit eine Grundlage für eine einheitlichere Kommunikation von gesundheitsorientierten Sportangeboten gegenüber den genannten Partnern des Gesundheitswesens, aber auch gegenüber den Medien sowie im Rahmen von Maßnahmen der Sportverbände, der Sportvereine sowie der kommerziell tätigen Sportorganisatoren geschaffen.

### 1 Welcher Sport ist wie gesund? Einige grundlegende Überlegungen und Erkenntnisse

Nicht für alle Sporttreibenden ist der primäre Sinn des Sports, die Gesundheit zu fördern. Sport hat vielfältige Ziele und Nutzen. Diese erweiterte Zielperspektive gilt zumindest für die wettkampfbasierten Sportarten, die sich in die Tradition der etwa in der Mitte des letzten Jahrhunderts in England entstandenen „sports“ einordnen lassen. Zentrales Merkmal dieser „sports“ ist der Leistungsvergleich im Wettkampf. Für die bestmögliche Leistung im Wettkampf oder auch für den Rekord werden z.B. Verletzungen oder auch Trainingsbelastungen, die zu gesundheitlichen Schädigungen führen können, bewußt in Kauf genommen. Eine primäre Gesundheitsorientierung würde den Wettkampfsport sowohl im Spitzen- als auch im Breitensportbereich um wesentliche Sinnperspektiven ärmer machen.

Trotzdem kann auch der auf die Idee des Wettkampfes zentrierte Sport unter bestimmten Bedingungen, im Hinblick auf spezifische Gesundheitsaspekte, für bestimmte Personen „gesund“ sein. Dies gilt z.B. für das Kind, das in seiner Wettkampfmannschaft „soziale Einbindung“ erlebt; dies gilt z.B. für den Jugendlichen nach der Pubertät, der durch Training und Wettkampf einen „positiven Bezug zu seinen neuen Körperproportionen“ entwickelt; dies gilt z.B. auch für die erwachsene Tennisspieler, für die die beim Match erlebte „Spannung“ eine wichtige Quelle ihres Wohlbefindens darstellt. Grundsätzlich ist festzustellen, daß ein durch Sport trainiertes Organsystem eine optimale Gesundheitsressource darstellt und maßgeblich zur besseren Lebensbewältigung in Beruf, Alltag und Freizeit beitragen kann.

Über einen solchermaßen trainierten Körper verfügt allerdings nur ein relativ geringer Prozentsatz der Erwachsenen und bereits bei Kindern werden in zunehmendem Maße somatische Auffälligkeiten und Probleme wie Übergewicht, Haltungsschwächen oder Herzkreislauf-Schwächen beklagt. Im Erwachsenenalter ist davon auszugehen, daß lediglich etwa 10-15 Prozent der Erwachsenen mehr als 2 Stunden pro Woche körperlich-sportlich aktiv sind (vgl. z.B. WOLL 1998). Ein

<sup>1</sup> Dieser Beitrag ist eine Zusammenfassung des Ansatzes zum „Gesundheitssport“, wie er in unseren Arbeitsgruppen, aber auch in enger Kooperation zwischen diesen, seit etwa 1990 entwickelt worden ist (vgl. u.a. Bös/WYDRA/KARISCH 1992; Bös/WOLL 1994; Bös/BREHM 1995, 1998; BREHM 1998a, b, c; BREHM/PAHMEIER 1992; BREHM/PAHMEIER/TIEMANN 1997). Der Ansatz liegt u.a. einer Expertise für den Deutschen Sportbund zu „Gesundheitsförderlichen Programmen im Sportverein“ (vgl. Bös/BREHM/OPPER/SAAM 1999) sowie laufenden Forschungsprojekten (vgl. z.B. Bös 1998; BREHM/HAHN/MEHNERT/SYGUSCH 1999; BREHM/TIEMANN 1999; GRÖBEN/Bös 1999) zugrunde.

solches Ausmaß an körperlich-sportlicher Aktivität wird aber nach umfangreichen epidemiologischen Studien (vgl. z.B. BLAIR/CONNELLY 1996; HELMERT/HERMAN/ SHEA 1994; MORRIS 1996; PAFFENBARGER 1991) als notwendig erachtet, um somatische gesundheitsförderliche Effekte zu erzielen. Unter Gesundheitssport sind primär solche körperlichen Aktivitäten zusammengefaßt, die sich in die Tradition der „Gymnastik“ einordnen lassen. Hier gilt seit der Antike Gesundheit als ein zentraler Sinn der Aktivitäten. U.a. sollen die Übungen der Gymnastik die Ausbildung der körperlichen Leistungsfähigkeit, aber auch die Herstellung von Wohlbefinden begünstigen (vgl. z.B. KURZ 1992).

Als moderne Ausprägungsformen gymnastischer Übungen haben Fitneß- und Wellness-Aktivitäten unter den vielfältigsten Bezeichnungen bei den unterschiedlichen Sportanbietern einen wahren Boom bewirkt: Vom „Jogging“ und „Walking“ über die „Step-Aerobic“ und das „Body-Shaping“ bis hin zum „Slow-Stretch“ und „Vital-Training“ reicht die Palette der – zumeist ausschließlich präventiv orientierten – Angebote.

In den gleichen Trend einzuordnen, wenn auch auf andere Zielgruppen ausgerichtet, sind solche Angebote, die Hilfen bei der Bewältigung von Beschwerden, von Risikofaktoren oder auch bei der Therapie von Erkrankungen versprechen. Z.B. signalisieren Angebote wie Rückenschule, Rückengymnastik oder Rücken aerobic Hilfe für jene Gruppe, die zumindest sporadisch von Rückenproblemen geplagt wird – d.h. für etwa 60 bis 80 Prozent der Erwachsenen in Deutschland.

Allerdings gilt auch für dieses Spektrum gymnastischer Aktivitäten die Aussage, daß sie nur unter bestimmten Bedingungen, im Hinblick auf bestimmte Gesundheitsaspekte und für bestimmte Personen „gesund“ sind. Z.B. verbessert nicht jede Aerobic bei allen Teilnehmern/innen automatisch die Stimmung; und Läufer/innen werden vorhandene Rückenprobleme behalten, wenn sie nicht gleichzeitig regelmäßig eine gezielte Gymnastik durchführen.

Bereits eine solche grobe Differenzierung verschiedener Aktivitäten, die heute alle als „sportliche“ bezeichnet werden, zeigt plausibel, daß Facetten des „Sports“ mit Facetten der „Gesundheit“ in Zusammenhang stehen können oder auch nicht. Positive Zusammenhänge im Sinne eines Gesundheitssports sind dann wahrscheinlicher, wenn durch spezifische Gestaltungen der sportlichen Aktivität (z.B. durch eine systematische Belastungssteuerung) auf spezifische Aspekte der Gesundheit (z.B. funktionstüchtiges Herzkreislaufsystem) gezielt wird.

Diese Sichtweise wird bei einer Durchsicht von *Forschungsergebnissen* zu den Zusammenhängen zwischen sportlicher Aktivität und Gesundheit bestätigt: In den letzten Jahren haben langfristig angelegte epidemiologische Studien (s.o.), Querschnittstudien (vgl. z.B. Bös/GRÖBEN 1993; MENSINK 1997; WIAD 1996; WOLL 1996) sowie eine Vielzahl von Einzelstudien (vgl. im Überblick z.B. ABELE/BREHM/PAHMEIER 1997; BANZER/KNOLL/Bös 1998; BOUCHARD/SHEPARD/STEPHENS 1994) eindeutige Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und der Ausprägung verschiedener physischer und psychischer Gesundheitsmerkmale gezeigt (z.B. körperliche Fitneß, Ausprägung von Risikofaktoren, Sterblichkeit, Erkrankungshäufigkeit, Zufriedenheit mit der Ge-

sundheit). Entsprechende Zusammenhänge wurden auch im therapeutischen Bereich gefunden (vgl. z.B. BOUCHARD/SHEPARD/STEPHENS 1994; RIEDER/HUBER/WERLE 1996; ROST 1995, 1998).

Allerdings werden in vielen dieser Studien lediglich Zusammenhänge zwischen spezifischen Bedingungen der sportlichen Aktivität und spezifischen Aspekten der Gesundheit untersucht: Z.B. wird festgestellt, daß unter der spezifischen Voraussetzung eines wöchentlichen Energieverbrauchs durch Muskelaktivität von etwa 1.000 kcal als spezielle Gesundheitseffekte u.a. Herz-Kreislauf-Risiken reduziert, weniger Beschwerden wahrgenommen und die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit verbessert werden. Diese auf den Verbrauch an zusätzlicher Energie durch körperlich-sportliche Aktivität abzielenden Studien stehen in der Tradition der Arbeiten von Kenneth COOPER, Ralph PAFFENBARGER und Steven BLAIR. Die Forscher gehen davon aus, daß durch moderate körperlich-sportliche Aktivität ca. 400 kcal/Stunde verbraucht werden. Ein wünschenswerter Energieverbrauch von 1.000 kcal/Woche bedeutet also zwei bis drei Stunden Walking bzw. etwa zwei Stunden Jogging.

Deutlich nachweisbar sind also signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen Merkmalen der Gesundheit und speziellen Bedingungen, unter denen die sportlichen Aktivitäten durchgeführt werden. Hingegen bestätigten KNOLL (1997) und SCHLICHT (1994) in ihren Metaanalysen, daß sich zwischen sportlicher Aktivität und physischer sowie psychischer Gesundheit keine generellen Zusammenhänge nachweisen lassen. Die Overall-Koeffizienten zwischen Sport und Gesundheit (= mittlerer Populationseffekt aus allen Studien der Metaanalyse) sind sowohl bei KNOLL als auch bei SCHLICHT nicht signifikant von 0 verschieden. Allerdings zeigen sich deutliche Populationseffekte in den genannten Metaanalysen, wenn Moderatorvariablen wie z.B. Alter, Geschlecht, Art der sportlichen Aktivierung und Trainingsparameter (Dauer, Häufigkeit, Intensität) berücksichtigt werden.

Unter definierten Bedingungen, dies belegt der aktuelle Forschungsstand eindeutig, hat sportliche Aktivität vielfältige gesundheitsförderliche Potenzen. Gesundheitssport ist von anderen Feldern des Sports jedoch insbesondere durch seine Zielsetzungen sowie durch die Bedingungen der Durchführung (z.B. Berücksichtigung der Voraussetzungen bei den Teilnehmern, Programmstruktur, Ausbildung der Übungsleiter/innen) abzugrenzen.

## 2 Welches sind die Ziele von Gesundheitssport? Auf dem Weg zu einem einheitlichen Qualitätsprofil von Gesundheitssportprogrammen

Mit der „Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 1986“ wurde ein positives Verständnis von Gesundheit in den Vordergrund gerückt, in dem die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen ebenso betont wird wie die körperlichen Fähigkeiten. Als zentral für die Stärkung der physischen, psychischen und sozialen Ressourcen gelten dabei günstige ökologische Voraussetzungen („gesunde Verhältnisse“) sowie Kompetenzen, auf Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, selbst Einfluß nehmen zu können („gesundes Verhalten“).

Gesundheitsförderung geht damit über Prävention hinaus, die auf Krankheitsverhütung und damit auf Strategien zentriert ist, mit denen entweder spezifische Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vermindert oder mitverursachende Rahmenfaktoren, welche die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten verringern, gefördert werden sollen.

Öffentliches Gesundheitshandeln (d.h. auch solches der Sportverbände und -vereine, der Fitneßverbände und -studios), das Prävention und Gesundheitsförderung zusammenführt (New Public Health, vgl. v. TROSCHE/RESCHAUER/HOFMANN-MARKWALD 1996), zielt unter diesen Voraussetzungen:

1. auf *Gesundheitswirkungen* und damit auf eine gezielte Stärkung der Gesundheitsressourcen (Salutogenesmodell), verbunden mit einer gezielten Meidung und Minderung von Risikofaktoren (Risikofaktorenmodell) sowie auf eine möglichst effektive Bewältigung von Beschwerden und Mißbefinden (Bewältigungsmodell).
2. auf *Gesundheitsverhalten* und damit die Befähigung der Bevölkerung, selbst Kontrolle über die Gesundheit auszuüben (Bindungsmodell, Lebensstilmodell).
3. auf *gesunde Verhältnisse* und damit die ökologischen Voraussetzungen für Gesundheit (ökologisches Modell, Lebensstilmodell).

*Gesundheitssport* zielt in diesem Sinne ...

1. auf möglichst umfassende *Gesundheitswirkungen*, insbesondere durch
  - (a) Stärkung von physischen sowie von psychosozialen Ressourcen;
  - (b) Minderung von körperlichen Risikofaktoren;
  - (c) Bewältigung von Beschwerden und Mißbefinden.
2. auf *Verhaltenswirkungen*, insbesondere durch den Aufbau von Bindung an gesundheitswirksame sportliche Aktivitäten. Sportliche Aktivität ist dabei als eine mögliche gesundheitsförderliche Verhaltensweise neben anderen (z.B. Ernährungsverhalten) zu betrachten.
3. auf *Verhältnismwirkungen*, insbesondere durch die Institutionalisierung von gesundheits- und verhaltenswirksamen sportlichen Aktivitäten für ein möglichst breites Zielgruppenspektrum (Gesundheitssportprogramme bzw. gesundheitsorientierte Sportprogramme), durch die Ermöglichung eines Zugangs vor allem der gesundheitlich besonders gefährdeten Bevölkerungsschichten zu diesen Programmen, durch die Qualifizierung von Übungsleitern/innen für die Durchführung dieser Programme, durch Vernetzung und Kommunikation dieser Programme.

Ein solches Qualitätsprofil von Gesundheitssport wird in unseren Arbeitsgruppen bereits seit längerem vertreten (vgl. u.a. BÖS/BREHM 1995, 1998; BÖS/WOLL 1994; BÖS/WYDRA/KARISCH 1992; BREHM 1998a; BREHM/PAHMEIER 1992; BREHM/PAHMEIER/TIEMANN 1997) und wurde u.a. in den DSB-Leitlinien „Gesundheitsprogramme im Sportverein“ zur Profilbildung dieser Programme – insbesondere in der Formulierung von Kernzielen – aufgegriffen (vgl. DSB 1998). Im folgenden wird auf diese Kernziele detaillierter eingegangen.

#### 2.1 Kernziele Stärkung von physischen Gesundheitsressourcen und Verminderung von Risikofaktoren (Physische Gesundheitswirkungen)

Die vorliegenden Konzepte zur Stärkung physischer Gesundheitsressourcen durch sportliche Aktivierungen zentrieren sich auf die Beeinflussung des Herz-Kreislaufsystems sowie des Halte- und Bewegungssystems. Dieser Zentrierung liegt der Gedanke zugrunde, daß die spezifischen Chancen zur Stärkung physischer Gesundheitsressourcen durch sportliche Aktivierung in der gezielten Beanspruchung des Muskelsystems liegt.

Eine Aktivierung des Muskelsystems löst immer komplexe Anpassungsprozesse des gesamten Organismus aus und kann so dazu beitragen, diesen widerstandsfähig und gesund zu halten. Z.B. ist bei einem wöchentlichen Energieverbrauch durch Muskelaktivität von etwa 1.000 kcal das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen signifikant geringer, es werden weniger körperliche Beschwerden wahrgenommen und auch der Arzt bewertet solche Personen im Durchschnitt als gesünder (vgl. z.B. BANZER/KNOLL/BÖS 1998; BÖS/GRÖBEN 1993; BOUCHARD/SHEPARD/STEPHENS 1994; OPPER 1998). Z.B. werden bereits bei einem einmal wöchentlich realisierten systematischen Training der Kraft- und der Dehnfähigkeit wesentliche Funktionen des Halte- und Bewegungsapparates erhalten, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Beschwerden (z.B. Rückenschmerzen) wird verringert (vgl. z.B. BANZER/NEUMANN 1998; BADTKE/BITTMANN 1998). Bei einer Reihe von spezifischen gesundheitlichen Problemen können gezielte Bewegungsaktivierungen zur Prävention und Therapie wesentliches beitragen (vgl. z.B. BOUCHARD/SHEPARD/STEPHENS 1994; RIEDER/HUBER/WERLE 1996; ROST 1995, 1998).

Weitgehende Einigkeit besteht in der Sportwissenschaft derzeit darüber, daß eine grundlegende muskuläre Aktivierung mit fünffacher Perspektive erfolgen soll: Ausdauerfähigkeit, Kraftfähigkeit, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit sowie Entspannungsfähigkeit (vgl. z.B. BÖS/WYDRA/KARISCH 1992; BOUCHARD/SHEPARD 1994; ISRAEL 1995; WYDRA 1996).

**Jetzt anmelden ! – Jetzt anmelden ! – Jetzt anmelden ! – Jetzt anmelden ! – Jetzt anmelden ! – Jetzt anmelden !**



14. Sportwissenschaftlicher Hochschultag der dvs  
**Dimensionen und Visionen des Sports**  
 Evaluation – Profilbildung – Globalisierung  
 Heidelberg, 27.-29. September 1999



**Anmeldung und Informationen zum Hochschultag:**

Universität Heidelberg, Institut für Sport und Sportwissenschaft, Im Neuenheimer Feld 700, 69120 Heidelberg,  
 Tel.: (06221) 54-4338, Fax: (06221) 54-6051, Internet: <http://www.issw.uni-heidelberg.de/>

Bleiben entsprechende Aktivierungen zum Erhalt der genannten Fähigkeiten aus, degeneriert nicht nur das Muskelsystem, sondern auch andere Organe und Körpersysteme. „Bewegungsmangel“ wird auf diese Weise zu einem „Risikofaktor“ für die Gesundheit, „Bewegung“ bzw. „körperliche Aktivierung“ zu einem zentralen Bestandteil von Prävention.

Hiermit ist die – vor allem in der Medizin favorisierte – qualitative Perspektive einer Verminderung von Risikofaktoren durch präventive Maßnahmen angesprochen. Im Rahmen des Risikofaktorenmodells wird davon ausgegangen, daß Beschwerden sowie Erkrankungen häufig an ungünstige Bedingungen des körperlichen Zustandes sowie der Lebenssituation einer Person gekoppelt sind und daß Interventionen bei diesen Bedingungen, den sogenannten Risikofaktoren, anzusetzen haben (vgl. z.B. SCHAEFER 1976; eine Vielzahl von kommunalen Interventionskonzepten sind vom Risikofaktorenmodell ausgegangen, z.B. auch die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, vgl. LEMKE-GOLIASCH/V. TROSCHKE/GEIGER 1992). Bewegungsmangel ist in diesem Sinne ein Risikofaktor der Lebenssituation, der auch als Mitauslöser vielfältiger weiterer Risikofaktoren der Person anzusehen ist (vgl. z.B. HOLLMANN u.a. 1983; KOENIG 1992).

Gesundheitssportliche Aktivität ist im Umkehrschluß als präventive Maßnahme und als Schutzfaktor vor Risikofaktoren, Beschwerden und Erkrankungen zu deuten – entsprechend können auch die vorliegenden Studien interpretiert werden (vgl. im Überblick u.a. BOUCHARD/SHEPHARD/STEPHENS 1994; BANZER/KNOLL/BÖS 1998; OPPER 1998; WOLL 1996).

Insbesondere die wenigen bislang längsschnittlich gewonnenen Forschungsergebnisse legen es nahe, daß bei einer sportlichen Aktivierung, die systematisch auf eine Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen ausgerichtet ist, bei der Gruppe der durch Risikofaktoren belasteten Teilnehmer/innen gleichzeitig eine Verminderung von Risikofaktoren erzielt werden kann (vgl. z.B. BREHM/PAHMEIER/TIEMANN 1994).

Für diese Annahme sprechen auch Studien über Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von spezifischen Krankheitsbildern wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Diabetes vom Typ II und einer regelmäßigen sportlichen Aktivität: Eine konsequente Senkung erhöhter Blutdruck- und Cholesterinwerte sowie Nikotinabstinenz vermindert die Häufigkeit der koronaren Herzerkrankung (KHK) und des Schlaganfalls. Große prospektive und retrospektive Untersuchungen (vgl. u.a. BLAIR u.a. 1989, 1995; HEIN/SUDADICANI/GYNTELBERG 1992; MANSON u.a. 1991, 1992; MORRIS u.a. 1990; PAFFENBARGER u.a. 1986; SHAPER/WANNAMETHEE 1991; SLATTERY/JACOBS/NICHAMAN 1989; WANNAMETHEE/SHAPER 1992) zeigen eine hohe Korrelation zwischen der alltäglichen Bewegung inklusive des Freizeitsports und dem Auftreten einer KHK. Daraus wird geschlossen, daß eine erhöhte körperliche Belastung über eine Senkung der Risikofaktoren die Sterblichkeit verringert, soweit diese nicht genetisch „fixiert“ sind. Dabei fällt auf, daß über alle Studien hinweg eine moderate körperliche Belastung von ca. 1.000 kcal/Woche verbunden mit Normgewicht (bzw. Gewichtsreduktion bei Übergewicht) die höchste Korrelation und etwa eine Halbierung des Risikos erzielt. Zwischen Training und Risikoreduktion besteht keine lineare Beziehung. Am meisten profitieren die völlig „Bewegungsabstinenten“ von einer Aktivierung auf zumindest

500 kcal/Woche zusätzlicher Muskelarbeit. Oberhalb von ca. 3.000 kcal/Woche zusätzlicher Kalorienverbrauchs wurde in manchen Studien sogar eine erhöhte Mortalität verzeichnet. Es spricht vieles dafür, daß es auch im gesundheitsorientierten Sport eine „optimale Dosis“ gibt.

Für den Endpunkt Diabetes Typ II (nicht-insulinpflichtiger Diabetes mellitus) gibt es ebenfalls zahlreiche prospektive und retrospektive Untersuchungen (vgl. zusammenfassend u.a. MIETHLING 1988; ROST 1995). Sie belegen einerseits einen maßgeblichen negativen Einfluß überhöhten Körpergewichts auf dessen Entwicklung. Andererseits belegen sie, daß Muskelarbeit die Insulinempfindlichkeit steigert und darüber hinaus zu einer komplexen Anpassung des Stoffwechsels an den erhöhten Glucoseverbrauch führt: Besonders das aerobe Ausdauertraining führt zu einer deutlich gesteigerten Fettstoffwechselrate, zu einem verminderter Insulinausstoß, zu einem Sättigungsgefühl ohne Kalorienzufuhr und zur positiven Stimmungslage, die für die dauerhafte Motivation zur sportlichen Aktivität von besonderer Bedeutung ist.

Ob für solche günstigen gesundheitlichen Effekte kleinere Trainingseinheiten von etwa 2 x 45 Minuten oder größere Trainingseinheiten von 1 x 90 Minuten pro Woche absolviert werden, hat sich – für die Zielgruppe der körperlich untrainierten und entsprechend risikobehafteten Personen – in den vorliegenden Metaanalysen als nicht zentral bedeutsam erwiesen.

Ausschlaggebende programmspezifische Moderatoren zur Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen sowie zur Verminderung von Risikofaktoren sind eine den physischen Voraussetzungen der Zielgruppe angemessene „Treatmentdauer pro Woche“, die Perspektiven der „Muskulären Aktivierung“ (s.o.), die „Intensität der Belastung“ insbesondere aber die „Regelmäßigkeit über Jahre“.

## 2.2 Kernziel Bewältigung von Beschwerden und Mißbefinden (psychische Gesundheitswirkungen)

10 bis 20 Prozent der deutschen Bevölkerung, so aktuelle Reports und Surveys, fühlen sich krank bzw. gesundheitlich beeinträchtigt. Dabei ist die Quote bei Frauen und älteren Personen höher als bei Männern und jüngeren Personen (vgl. RITTNER u.a. 1994; STATISTISCHES BUNDESAMT 1997; WEBER/ABEL/ALTENHOFEN 1990; WEMMER/KORCZAK 1993). Beschwerden und Mißbefinden können dabei sowohl symptomatischer Ausdruck organischer Defekte sein, sie können jedoch ebenso gut ohne diagnostizierten pathologischen Befund als gesundheitliche Beeinträchtigung erlebt werden. Die wachsende Zahl von Diagnosen wie „psychosomatische Störungen“, „funktionelle Störungen“, „vegetative Dystonie“, „Dorsopathien ohne Befund“ belegen dies (vgl. BARDEHLE 1993; WEBER/ABEL/ALTENHOFEN 1990; WEMMER/KORCZAK 1993). Solche Befunde äußern sich für die Betroffenen hauptsächlich durch körperliche Beschwerden wie Gelenk- und Gliederschmerzen, Kreuz- und Rückenschmerzen, Herz-Kreislaufprobleme, Kopfschmerzen, Bauch- und Magenschmerzen sowie Symptome wie Erschöpfung, Müdigkeit oder Mattigkeit.

Die vorliegenden Befunde deuten darauf hin, daß vielfach von einem multiplen Beschwerdebild der Betroffenen auszugehen ist (vgl. BEUTEL 1989; BRÄHLER/SCHAEER 1983; HAMPEL/FAHRENBERG 1982; RITTNER u.a. 1994).

Wie bei anderen Alltagsstressoren auch, können Aktivitäten/Interventionen zur Bewältigung von Beschwerden

und Mißbefinden zwei Funktionen haben (vgl. LAZARUS/FOLKMANN 1984):

- Instrumentelle Funktion (problembezogene Bewältigung oder auch Änderung der gestörten Transaktion).
- Palliative Funktion (emotionsbezogene Bewältigung oder auch Regulation negativer Affekte).

Bei der problembezogenen Bewältigung werden Aktionen/Interventionen auf die Veränderung der gestörten Transaktion gerichtet. Dies geschieht entweder, indem die Aktionen/Interventionen auf die Verbesserung der Situation eingestellt werden oder die belastende Situation selbst verändert. Sowohl die physischen als auch die psychischen Wirkungen einer sportlichen Aktivierung können problemlösend sein. Dabei kann die Problemlösung die Linderung von physisch bedingten Beschwerden wie auch den Abbau bzw. die Verbesserung von psychosomatisch bedingten Mißbefindenzuständen beinhalten. Das Problem „körperliche Beschwerden“ kann im günstigsten Fall durch die physischen Wirkungen einer sportlichen Aktivität gelöst werden (vgl. Stärkung physischer Gesundheitsressourcen). Die psychischen Wirkungen einer sportlichen Aktivierung können vorwiegend problematische Mißbefindenzustände lösen helfen.

Bei der palliativen bzw. emotionsbezogenen Bewältigung hingegen sind die Aktionen/Interventionen eher auf die Regulation der mit streßreichen Situationen einhergehenden Emotionen gerichtet. Eine Stimmungsverbesserung bei sportlicher Aktivität (s.o.) mag dabei das ursächliche Problem, z.B. Gliederschmerzen, nicht lösen, die betroffene Person kann sich nach einer sportlichen Aktivität dennoch wohler fühlen und ihren gesundheitlichen Zustand positiver bewerten.

In den vorliegenden Längsschnittstudien zu problem- und zu emotionsbezogenen Auswirkungen von bewegungszentrierten Interventionen ergeben sich in der Mehrzahl positive Veränderungen des wahrgenommenen Beschwerdezustandes (vgl. BLUMENTHAL/SCHOCKEN u.a. 1982; BLUMENTHAL/WILLIAMS u.a. 1982; FITTERLING u.a. 1988; GERBER u.a. 1987; HILDENBRANDT 1987; HOFFMANN/KLEINE 1990; NORRIS/CARROLL/COCHRANE 1990; PAHMEIER 1996; PFINGSTEN u.a. 1993; ROSS/HAYES 1988; ULLRICH 1994; WIECHMANN 1996).

Aus Querschnittstudien ergeben sich unterstützende Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen Sportaktivität, der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes, der Wahrnehmung von körperlichen Beschwerden und funktionellen Einschränkungen sowie der Einschätzung der Gesundheit durch einen Arzt (vgl. u.a. BECKER, Bös/WOLL 1994; Bös/GRÖBEN 1993; OPPER 1998; WOLL 1996). In weiteren Gesundheitssurveys (vgl. u.a. BRINGMANN/MÄRKER 1986; BRINGMANN 1990; RITTNER u.a. 1994) werden bedeutsame Unterschiede auch im Hinblick auf das Auftreten von psychosomatischen Beschwerden (u.a. unruhiger Schlaf, schnelles Ermüden, Kopfschmerzen) zwischen aktiv Sporttreibenden, Früher- sowie Nie-Sporttreibenden beschrieben. Solche Unterschiede scheinen vor allem nach dem 40. Lebensjahr zwischen sportlich Aktiven und Inaktiven manifest zu werden (vgl. genauer PAHMEIER/BREHM 1998).

Zusammenfassend zeigt sich, daß die Ausübung einer sportlichen Aktivität sowohl zur problem- als auch zur emotionsbezogenen Bewältigung von Beschwerden und Mißbefinden beitragen kann. Sportlich aktive und körperlich „fitte“ Personen sind laut Arzterteil „gesünder“ und fühlen sich auch so.

### 2.3 Kernziele: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen und Aufbau von Bindungen (psychosoziale Gesundheitswirkungen und Verhaltenswirkungen)

Psychosoziale Gesundheitsressourcen umfassen solche psychischen und sozialen Potentiale, durch die externe (z.B. berufliche oder familiäre) Anforderungen ebenso bewältigt werden können wie interne Anforderungen (z.B. berufliche Ziele, Beschwerden, Krankheiten). Ähnlich wie bei den physischen gilt auch bei den psychosozialen Gesundheitsressourcen, daß ein „Ungleichgewicht“ zwischen Ressourcen und Anforderungen – d.h. wenige Ressourcen bei hohen Anforderungen – zu Gesundheitsproblemen wie z.B. Streß, vielfältigen Beschwerden und Krankheiten führt (vgl. SCHWARZER 1997).

Was die psychosozialen Gesundheitsressourcen anbelangt, die im Zusammenhang einer sportlichen Aktivierung von besonderer Bedeutung sind und damit gezielt gestärkt werden sollten, so besteht bislang in den relevanten Spezialwissenschaften – insbesondere Sport- und Gesundheitswissenschaft – lediglich darüber Konsens, daß solche sowohl für das „Gesund-Sein“, als auch für das „Gesund-Verhalten“ (Bindung an Gesundheitsverhaltensweisen) relevant sind. Obwohl in den vergangenen 20 Jahren eine Vielzahl von Studien durchgeführt worden ist, besteht nur geringe Übereinstimmung über konzeptuelle Differenzierungen sowie über die Relevanz einzelner Konzepte im Rahmen von gesundheitsförderlichen Interventionen (vgl. im Überblick ABELE/BREHM/PAHMEIER 1997; BREHM 1998b).

In Querschnittstudien werden häufig globale Konstrukte wie „mental health“ oder „seelische Gesundheit“ zur Operationalisierung des Bereichs der psychosozialen Gesundheitsressourcen verwendet. In diesen Konstrukten sind sehr unterschiedliche positiv und negativ besetzte psychosoziale Aspekte wie z.B. Angst, Vitalität, Depression, Grundgestimmtheit oder auch sozialer Rückhalt gebündelt. U.a. konnte gezeigt werden, daß der Faktor „seelische Gesundheit“ bei sportlich Aktiven günstiger ausgeprägt ist als bei Inaktiven (vgl. Bös/WOLL 1994; WOLL 1996; STEPHENS 1988).

Spezifischere Zusammenhänge können durch eine Grobdifferenzierung in emotionale, kognitive und soziale Gesundheitsressourcen umrissen werden:

Was *emotionale Gesundheitsressourcen* anbelangt, so herrscht in der Literatur eine relativ große Übereinstimmung darüber, daß zu den im Kontext einer sportlichen Aktivierung relevanten Ressourcen das aktuelle sowie das habituelle psychische (Wohl-)Befinden gehören (vgl. ABELE/BREHM/PAHMEIER 1997; ALFERMANN/STOLL 1996, 1997; BREHM 1998 a, b).

Als wesentlicher Aspekt des aktuellen psychischen Befindens gilt dabei die Stimmung und deren Veränderungen bei und durch sportliche Aktivitäten (positives Stimmungsmanagement). Hierzu liegen in der Zwischenzeit viele Studien vor (vgl. im Überblick z.B. ABELE/BREHM 1993, 1994; ALFERMANN/STOLL 1996; BREHM 1998c; WABEL 1999) sowie auch einige Metaanalysen (vgl. z.B. McDONALD/HODGDON 1991). Die gefundenen Effekte stimmen über die Studien hinweg gut überein. Darüber hinaus gibt es bereits einige Bedingungsanalysen, u.a. Vergleiche zwischen verschiedenen Sportbereichen oder Vergleiche bei unterschiedlichen Belastungsvorgaben: Einerseits kön-

nen – insbesondere durch Fitneßaktivitäten – positive Stimmungen verstärkt und negative Stimmungen abgeschwächt werden. Andererseits können – insbesondere durch Spiel- und Wettkampf- sowie auch durch Natursportaktivitäten – die Spannungs- und Aktiviertheitsaspekte der Stimmung „aus dem Gleichgewicht“ gebracht und später „wiederhergestellt“ werden. Auf diese Weise ist bei sportlicher Aktivität das prinzipielle menschliche Bestreben nach einem „dynamischen Stimmungsgleichgewicht“ (vgl. HEADLEY/WEARING 1989; SCHWENKMEZGER 1994) auf eine relativ unkomplizierte Art und Weise erfüllbar. Weniger eindeutig ist die Forschungslage im Hinblick auf Faktoren des habituellen psychischen Befindens wie Grundgestimmtheit, Depressivität, Streßreaktivität, Selbstkonzept (vgl. im Überblick ABELE/BREHM/PAHMEIER 1997; ALFERMANN/STOLL 1997).

Zusammenfassend kann aus den vorliegenden Ergebnissen gefolgert werden, daß regelmäßige Fitneßaktivität negativ empfundene Zustände (Spannungen, z.T. Angst, Streßerleben) verringern und positiv erlebte Gefühle (wie Ruhe, Entspanntheit und Vitalität) fördern kann. Diese positiven Beeinflussungen des habituellen Befindens können – neben dem direkten Beitrag zur psychischen Gesundheit – dazu beitragen, daß die Gesundheitswahrnehmung und z.T. auch das Gesundheitsverhalten günstig beeinflusst werden (vgl. ABELE 1993; SALOVEY/BIRNBAUM 1989), evtl. finden – z.B. über eine Stimulation des Immunsystems – auch positive Rückwirkungen auf den physischen Gesundheitszustand statt (vgl. TEMOSHOK 1993).

Was *kognitive und motivationale Gesundheitsressourcen* anbelangt, so wird in Modellen des Gesundheitsverhaltens und dessen Veränderung der Phase der Intentionbildung bzw. der Sinnzuschreibung eine zentrale Rolle zugeschrieben (vgl. ALLMER 1997; BREHM/PAHMEIER 1998; DLUGOSCH 1994; SCHLICHT/SCHWENKMEZGER 1995). Sinnzuschreibungen sind zunächst wesentliche Kognitionen, die das Handeln legitimieren und leiten, ihm Bedeutung und Richtung geben können. Im Weiteren sind Sinnzuschreibungen aber auch wesentliche Bestandteile der Handlungsmotivation, d.h. ein Anreiz, ein Verhalten auch tatsächlich zu realisieren (vgl. RHEINBERG 1989). „Gesundheit“ wird als Handlungsintention allgemein sowie spezifisch für sportliche Aktivitäten in unserer Bevölkerung sehr hoch gewichtet. Z.B. zeigen Befragungen, daß praktisch alle Erwachsenen davon überzeugt sind, daß insbesondere vernünftig und regelmäßig betriebene körperlich-sportliche Aktivität zur Gesundheit beiträgt (vgl. BÄSSLER 1996; RITTNER u.a. 1994). Wenn aber höchstens 15% der erwachsenen Bevölkerung ein solches Verhalten tatsächlich realisieren (vgl. z.B. WOLL 1998), so macht dies deutlich, daß eine handlungsleitende Intentionausbildung durch weitere verhaltensbezogene Kognitionen beeinflusst wird (vgl. FUCHS 1997; WEBER 1994; SCHWARZER/FUCHS 1995, 1996): Neben Faktoren wie Symptom- und Risikowahrnehmung gelten hier insbesondere Konsequenz- und Kompetenzerwartungen als zentral.

Sinnzuschreibungen, Konsequenz- und Kompetenzerwartungen stellen Gesundheitsressourcen dar, deren Ausprägung und Ausbildung bei einer gesundheitssportlichen Aktivierung besonderes zu beachten sind, da sie – bei entsprechender Ausprägung – zur Aufnahme und zur Beibehaltung von gesundheitssportlichen Aktivitäten und damit zur Befähigung einer selbsttätigen Kontrolle der Gesundheit beitragen können. Über die spezifische Bedeutung der drei Komponenten als verhaltensbezogene Gesundheitsressourcen sowie über die Möglich-

keiten der Ausbildung im Verlauf von Gesundheits-sportmaßnahmen liegen in der Zwischenzeit ebenso eine Reihe von Studien vor (vgl. im Überblick BREHM/PAHMEIER 1998) wie über die Ausbildung eines handlungsrelevanten Wissens (vgl. TIEMANN 1998). Einige Hinweise in Kurzfassung:

- **Wissen:** Notwendig erscheint die Ausbildung von möglichst konkretem Effekt- und Handlungswissen, u.a. als Voraussetzung für eine selbständige Kontrolle der Fitneß oder des Wohlbefindens mit Hilfe sportlicher Aktivität.
- **Sinnzuschreibungen und Konsequenzerwartungen:** Notwendig erscheinen Erfahrung mit kurzfristig realisierbaren (z.B. sich wohlfühlen) sowie mit langfristig umsetzbaren (z.B. Ausdauer) Sinnzuschreibungen für eine gesundheitssportliche Aktivierung. Dabei sollten die Erwartungen so ausgeprägt sein, daß die Ziele erreichbar (z.B. „ich möchte wieder 30 Minuten am Stück laufen können“) und daß Zwischenziele in überschaubaren Zeiträumen realisierbar (z.B. „in einem Monat möchte ich 15 Minuten schaffen“) sind.
- **Kompetenzerwartungen:** Notwendig erscheint insbesondere eine Stärkung des Selbstvertrauens, daß man trotz bestehender körperlicher Probleme gesundheitssportliche Aktivitäten ausführen und sich dabei auch noch wohlfühlen kann.

Was schließlich *soziale Gesundheitsressourcen* anbelangt, so ist die Bedeutsamkeit von sozialer Unterstützung und sozialer Einbindung (bzw. auch sozialem Rückhalt) sowohl für die Gesunderhaltung als auch für die Aufnahme und Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhaltensweisen unstrittig (vgl. LEPPIN/SCHWARZER 1997). Für den Kontext gesundheitssportlicher Aktivität liegen bislang nur wenige spezifische Studien vor, die auch zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen (vgl. FUCHS 1997; PAHMEIER 1998).

Gesichert scheint auch hier allerdings, daß sportliche Aktivität mit einem höheren Maß an sozialen Kontakten und einem vergleichsweise dichteren sozialen Netzwerk einhergeht als Inaktivität (vgl. RITTNER u.a. 1994) und daß soziale Unterstützung und Einbindung wiederum wesentliche Komponenten einer Bindung an gesundheitssportliche Aktivitäten sind (vgl. PAHMEIER 1994, 1998).

Zusammenfassend scheint die Stärkung emotionaler, kognitiver und sozialer Gesundheitsressourcen durch sportliche Aktivität einerseits zu einer Verbesserung der subjektiven Lebensqualität beizutragen (Wohlbefinden, Körper-, evtl. auch Lebenszufriedenheit), andererseits werden günstige Voraussetzungen zur Bewältigung von gesundheitlichen Problemen (Beschwerden, Mißbefinden, Alltagsbelastungen) geschaffen.

Mit einer gezielten Stärkung emotionaler, kognitiver und sozialer Gesundheitsressourcen ist ein weiterer, äußerst gewichtiger Effekt verbunden: Eine erfolgreiche Stärkung dieser Gesundheitsressourcen ist offensichtlich auch eine zentrale Voraussetzung zum Aufbau einer langfristigen Bindung an die Gesundheitsverhaltensweise sportliche Aktivität. Die bislang vorliegenden Studien zu den Voraussetzungen einer längerfristigen Bindung an regelmäßige sportliche Aktivität zeigen (vgl. BREHM/EBERHARDT 1995; PAHMEIER 1994, 1998, 1999; RAMPF 1999), daß Voraussetzungen für den Aufbau von Bindung u.a. das Erleben positiver Emotionen, der Aufbau einer stabilen Sinnzuschreibung und starker Kompetenzerwartungen, die Differenzierung sowie Konkretisierung von verhaltensrelevantem Wissen sowie soziale Einbindung und Unterstützung sind. Bei Personengruppen mit großer Distanz zu sportlicher Aktivierung geht

es im Zusammenhang mit dem Aufbau von Bindung insbesondere auch um den Abbau von psychosozialen Barrieren – insbesondere durch Stärkung der Kompetenzerwartungen, z.B. des Selbstvertrauens („Ich kann das!“) oder durch eine Reduzierung von Ängsten („Sport ist nur etwas für leistungsfähige Menschen“). Der Begriff Bindung ist von den englischen Begriffen „compliance“ und „adherence“ abgeleitet und bedeutet pragmatisch das regelmäßige und langfristige Realisieren einer Gesundheitsverhaltensweise. Weitergehend verweist Bindung aber auch auf spezifische kognitive, motivationale und emotionale Voraussetzungen im Zusammenhang mit dieser Verhaltensweise.

Modellvorstellungen zum Aufbau von Bindungen an Gesundheitsverhaltensweisen rückten in den letzten Jahren vor allem auch deshalb immer mehr in den gesundheitswissenschaftlichen Blickpunkt, da festgestellt wurde, daß gerade bei Gesundheitsförderungsprogrammen die Drop-Out-Raten besonders hoch liegen. So sind bei entsprechenden Maßnahmen auch im Sport fünfzigprozentige Ausfallquoten eher die Regel als die Ausnahme. Als besonders kritisch für einen Ausstieg gelten das erste halbe Jahr der Teilnahme sowie der Abschluß eines Programms.

Zusammenfassend setzt die langfristige Realisierung einer präventiv wirksamen Gesundheitsverhaltensweise „körperlich-sportliche Aktivität“ den Aufbau von Bindungen an diese Verhaltensweise voraus. Besonders wichtig, aber auch besonders schwierig, ist der Aufbau von Bindungen bei gesundheitlich gefährdeten Bevölkerungsgruppen. Notwendig für den Aufbau von Bindungen sind auf der Grundlage der vorliegenden Kenntnisse insbesondere eine Reduzierung vorhandener Teilnahmebarrieren sowie eine möglichst kontinuierliche Stärkung von emotionalen, motivationalen sowie kognitiven Gesundheitsressourcen. Bei der Planung von Maßnahmen zur Verhaltensintervention sollten diese sowie weitere Determinanten (z.B. Übungsleiterverhalten) für eine erfolgreiche Bindung berücksichtigt werden.

#### 2.4 Kernziel: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (Verhältniswirkungen)

Insbesondere seit Beginn der 90er Jahre wird verstärkt gefordert, daß eine effektive, bewegungszentrierte Gesundheitsförderung über verhaltensbezogene Interventionen hinaus auch an den Verhältnissen der Lebens- und insbesondere der Bewegungsbedingungen der Bevölkerung anzusetzen habe (vgl. z.B. KOLB 1995; RÜTTEN 1993, 1998): Gesundheitssport impliziert deshalb immer auch notwendige verhältnisbezogene Interventionen. Zwischenzeitlich liegen Modelle und Ansätze für eine gesundheitsorientierte Verbesserung der Bewegungsverhältnisse in unterschiedlichen Institutionen vor, u.a. Kindergarten (vgl. im Überblick z.B. UNGERER-RÖHRICH 1998), Schule (vgl. z.B. BALZ 1998), Betrieb (vgl. z.B. OPPER 1998), Kommune (vgl. z.B. WOLL 1998).

In Deutschland haben sich insbesondere auch die Sportverbände an der Diskussion um effektive verhältnisbezogene Interventionen beteiligt (vgl. hierzu auch WEDEKIND in diesem Heft). Mit der Verabschiedung der „Gesundheitspolitischen Konzeption“ im Dezember 1995 haben der Deutsche Sportbund und seine Mitgliedsorganisationen das Ziel „Gesundheit“ zu einer zentralen Zukunftsaufgabe der Verbände und der Vereine erklärt. Auf der Grundlage der Forderung aus der Ottawa Charta, mög-

lichst alle Menschen zu befähigen, ihr Gesundheitspotential so gut wie möglich auszuschöpfen, wurde die Verpflichtung eingegangen, mittelfristig eine entsprechende Qualität der Angebote und der Ausbildung zu sichern. Im Januar 1996 wurden durch den Bundesvorstand Breitensport des DSB sechs Qualitätskriterien umrissen, die sich auf Zielsetzung, zielgruppengerechte Inhalte, Qualifikation der Leiter/innen, adäquate Räumlichkeiten, Gesundheitsvorsorgeuntersuchung sowie weiterführende Programmangebote bezogen. 1996 wurde auch ein „Schwerpunktprogramm Gesundheitssport“ durch den Deutschen Turner Bund initiiert, das u.a. in der Broschüre „Gesundheitsförderung und Gesundheitssport im DTB“ zusammengefaßt ist. Hier wurden als Gestaltungsschwerpunkte im gesundheitsorientierten Sport u.a. eine differenzierte Bewertung vorhandener Angebote sowie eine schrittweise Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung gefordert.

Ausgehend von diesen Grundlagen wurde die Zielsetzung, qualitativ hochwertige gesundheitsorientierter Sportprogramme flächendeckend in Deutschland über die Verbände und Vereine anzubieten, mit den DSB-Leitlinien „Gesundheitsprogramme im Sportverein“ vom Dezember 1997 weiter konturiert. Diese Leitlinien betonen insbesondere die Notwendigkeit eines einheitlichen Profils gesundheitsorientierter Sportprogramme (u.a. durch eine Orientierung an „Kernzielen“) sowie einer Sicherung der Qualität der Angebote. In einer Expertise „Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein“ hat der Deutsche Sportbund zwischenzeitlich von einer unabhängigen Wissenschaftlergruppe auch die Qualität der Gesundheitssportprogramme in den Verbänden und Vereinen untersuchen lassen (vgl. dazu Beitrag Bös/BREHM/OPPER/SAAM in diesem Heft).

Der DSB und seine Mitgliedsorganisationen gliedern sich mit ihren Aktivitäten zum gesundheitsorientierten Sport in die europäischen Bemühungen um gesundheitsorientiertes Sporttreiben ein. In einer europaweiten Kooperation werden die Bemühungen um HEPA (Health Enhancing Physical Activity) sowohl durch die Erstellung von Guidelines als auch durch die Initiierung und Evaluation modellhafter Projekte zur körperlich-sportlichen Aktivierung breiter Bevölkerungsschichten vorangetrieben.

#### Literatur

- ABELE, A.: Zum Zusammenhang zwischen Stimmung, Gesundheitswahrnehmung und selbstberichtetem Gesundheitsverhalten. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 1 (1993), 105-122
- ABELE, A./BREHM, W.: Moods and effects of exercise versus sport games: Findings and implications for well-being and health. In: International Review of Health Psychology 2 (1993), 53-80
- ABELE, A./BREHM, W.: Welcher Sport für welche Stimmung? In: NITSCH, J.R./SEILER, R. (Hrsg.): Gesundheitssport – Bewegungstherapie. Sankt Augustin 1994, 133-143
- ABELE, A./BREHM, W./PAHMEIER, I.: Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln: Auswirkungen, Voraussetzungen und Förderungsmöglichkeiten. In: SCHWARZER, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen, Toronto, Zürich 1997, 115-149
- ALFERMANN, D./STOLL, O.: Befindlichkeitsveränderungen nach sportlicher Aktivität. In: Sportwissenschaft 26 (1996), 406-424

- ALFERMANN, D./STOLL, O.: Sport in der Primärprävention: Langfristige Auswirkungen auf psychische Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 4 (1997), 2, 91-108
- ALLMER, H.: Intention und Volition. In: SCHWARZER, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen, Toronto, Zürich 1997, 67-89
- BADTKE, G./BITTMANN, F.: Bewegungsapparat – Rücken. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998, 266-279
- BADURA, B./GRANDE, G./JANßen, H./SCHOTT, T.: Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Weinheim, München 1995
- BALZ, E.: „Gesundheitssport“ – ein Unwort. In: Sportwissenschaft 23 (1993), 308-311
- BALZ, E.: Schule. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998, 331-340
- BANZER, W./NEUMANN, G.: Bewegungsapparat – allgemein. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998, 256-266
- BANZER, W./KNOLL, M./Bös, K.: Sportliche Aktivität und physische Gesundheit. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998, 17-32
- BARDEHLE, D.: Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule in der BRD und in der ehemaligen DDR. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3 (1993), 209-223
- BÄSSLER, R.: Sport in Niederösterreich '96. Wien 1996
- BECKER, P./Bös, K./WOLL, A.: Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 2 (1994), 1, 25-48
- BECKERS, E./BRUX, A.: Zur Definition von „Gesundheitssport“. In: Sportwissenschaft 23 (1993), 312-314
- BEUTEL, M.: Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. In: Psychotherapie und medizinische Psychologie 39 (1989), 452-462
- BLAIR, S.N./CONNELLY, J.C.: How much physical activity should we do? The case for moderate amounts and intensities of physical activity. In: Research Quarterly for Exercise and Sport 67 (1996), 2, 193-205
- BLAIR, S.N./KOHL III, H.W./BARLOW, C./PAFFENBARGER, R.S., Jr./GIBBONS, L.W./MACERA, C.A.: Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. In: JAMA 273 (1995), 1093-1098
- BLAIR, S.N./KOHL III, H.W./PAFFENBARGER, R.S., Jr./CLARK, D.G./COOPER, K.H./GIBBONS, L.W.: Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. In: JAMA 262 (1989), 2395-2401
- BLUMENTHAL, J.A./SCHOCKEN, D./NEEDLES, T./HINDLE, P.: Psychological and Physiological Effects of Physical Conditioning on the Elderly. In: Journal of Psychosomatic Research 26 (1982), 505-510
- BLUMENTHAL, J.A./WILLIAMS, R.S./NEEDLES, T.L./WALLACE, A.G.: Psychological Changes Accompany Aerobic Exercise in Healthy middle-aged Adults. In: Psychosomatic Medicine 44 (1982), 529-536
- Bös, K.: Sport und Fitneß für Alle – ein Weg zur kommunalen Gesundheitsförderung. In: LANDESGEMEINSCHAFT FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG BADEN-WÜRTTEMBERG e.V. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Gemeinde – Neue Wege durch Bewegung und Sport. Stuttgart 1991, 9-28
- Bös, K.: Gesundheitsorientierte Programme am Beispiel Walking. (Unveröff. Abschlußbericht, Eurathlon-Programm 1997, Projekt 021/103215026). Frankfurt/Main 1998
- Bös, K./BREHM, W.: Gesundheitsförderung Erwachsener im Erwerbsalter durch sportliche Aktivierung in der Kommune und im Betrieb. Grundlagen, Ist-Analysen, Programmentwicklung und Evaluationskonzepte. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3 (1995), 1, 51-73
- Bös, K./BREHM, W.: Zugänge zum „Gesundheitssport“. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998, 7-13
- Bös, K./GRÖBEN, F.: Sport und Gesundheit. In: sportpsychologie 7 (1993), 1, 9-16
- Bös, K./WOLL, A.: Kommunale Gesundheitsförderung. Schorndorf 1994
- Bös, K./BREHM, W./OPPER, E./SAAM, J.: Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement. Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbundes. Frankfurt/Main 1999
- Bös, K./WYDRA, G./KARISCH, G.: Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssports in der Klinik. Erlangen 1992
- BOUCHARD, C./SHEPARD, R.J.: Physical activity, Fitness and Health: The Model and Key Concepts. In: BOUCHARD, C./SHEPARD, R.J./STEPHENS, T. (Eds.): Physical Activity, Fitness, and Health. Champaign, IL 1994, 77-88
- BOUCHARD, C./SHEPARD, R.J./STEPHENS, T. (Eds.): Physical Activity, Fitness, and Health. Champaign, IL 1994
- BRÄHLER, E./SCHEER, J.: Der Gießener Beschwerdebogen. Bern 1983
- BREHM, W.: Qualitäten und deren Sicherung im Gesundheitssport. In: RÜTTEN, A. (Hrsg.): Public health und Sport. Stuttgart 1998a, 181-202
- BREHM, W.: Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998b, 33-43
- BREHM, W.: Stimmung und Stimmungsmanagement. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998c, 201-211
- BREHM, W./EBERHARDT, J.: Drop-out und Bindung im Fitneß-Studio. In: Sportwissenschaft 25 (1995), 174-186
- BREHM, W./PAHMEIER, I.: Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung als gemeinsame Aufgabe von Ärzten, Krankenkassen und Sportvereinen. Entwicklung, Erprobung und Evaluation einer gemeindebezogenen Modellmaßnahme. Bielefeld 1992
- BREHM, W./PAHMEIER, I.: Sinnzuschreibungen, Konsequenz- und Kompetenzerwartungen. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998, 221-230
- BREHM, W./TIEMANN, M.: Institutionalisierung und Effektivität flächendeckend angelegter Gesundheitssport-Programme – ein kooperativer Ansatz der AOK Westfalen-Lippe zur Förderung der öffentlichen Gesundheit. (Forschungsprojekt). Bayreuth 1999
- BREHM, W./HAHN, U./MEHNERT, G./SYGUSCH R.: Qualitäten von Gesundheitssport unter der Voraussetzung des metabolischen Syndroms. (Projektbeschreibung). Bayreuth 1999
- BREHM, W./PAHMEIER, I./TIEMANN, M.: Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung. Qualitätsmerkmale und Qualitätskontrollen sportlicher Aktivierungsprogramme zum Erhalt und zur Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden. (Forschungsbericht). Bayreuth, Bielefeld 1994
- BREHM, W./PAHMEIER, I./TIEMANN, M.: Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung: Qualitätsmerkmale, Programme, Qualitätssicherung. In: Sportwissenschaft 27 (1997), 38-59
- BRINGMANN, W.: Ziele und Aufgaben des Gesundheitssports in der Prävention. In: Medizin und Sport 30 (1990), 195-199
- BRINGMANN, W./MÄRKER, K.: Der Einfluß regelmäßigen Sports auf die Gesundheitsstabilität im Alter. In: Medizin und Sport 26 (1986), 9-11
- DLUGOSCH, G.E.: Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: SCHWENKMEZGER, P./SCHMIDT, L.R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart 1994, 101-118
- DSB (DEUTSCHER SPORTBUND; Hrsg.): Gesundheitspolitische Konzeption des Deutschen Sportbundes. Beschlossen vom Hauptausschuß des DSB am 2.12.1995 in Bonn (Red.: S. WEDEKIND). Frankfurt/Main 1995a
- DSB (DEUTSCHER SPORTBUND, KOMMISSION „GESUNDHEIT“): Definitionspapier Gesundheitssport: Vorläufige abschließende Stellungnahme der Kommission Gesundheit. In: Sportwissenschaft 25 (1995b), 102-103
- DSB (DEUTSCHER SPORTBUND; Hrsg.): Mitglieder-Rundschreiben (1998), 1, 8-11
- FITTERLING, J.M./MARTIN, J.E./GRAMLING, S./COLE, P./MILAN, M.A.: Behavioral management of exercise training in vascular



- headache patients: An investigation of exercise adherence and headache activity. In: *Journal of Applied Behavior Analysis* 21 (1988) 1, 9-19
- FUCHS, R.: *Psychologie und körperliche Bewegung*. Göttingen, Toronto, Zürich 1997
- GERBER, W.D./MILTNER, W./GABLER, H./HILDENBRAND, E./LARBIG, W.: *Bewegungs- und Sporttherapie bei chronischen Kopfschmerzen*. In: GERBER, W.D./MILTNER, W. (Hrsg.): *Verhaltensmedizin*. Weinheim 1987, 55-66
- GRÖBEN, F./BÖS, K.: *Betriebliche Gesundheitsförderung – Ist-Analyse zu Stellenwert und Verbreitung*. (Unveröff. Abschlußbericht eines Forschungsprojektes bei der Hans-Böckler-Stiftung). Frankfurt/Main 1999
- HAMPEL, R./FAHRENBERG, J.: *Die Freiburger Beschwerdeliste. Gruppenvergleiche und andere Studien zur Validität*. Freiburg 1982
- HEADLEY, B./WEARING, A.: *Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model*. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 57 (1989), 731-739
- HEIN, H.O./SUADICANI, P./GYNTIELBERG, F.: *Physical fitness or physical activity as a predictor of ischaemic heart disease? A 17-year follow-up in the Copenhagen Male Study*. In: *J. Intern. Med.* 232 (1992), 471-479
- HELMERT, U./HERMAN, B./SHEA, S.: *Moderate and vigorous leisure-time physical activity and cardiovascular disease risk factors in West Germany, 1984-1991*. In: *International Journal of Epidemiology* 23 (1994), 2, 285-291
- HILDENBRANDT, E.: *Laufen als Bewegungs- und Sporttherapie bei Migräne*. In: *Sportwissenschaft* 17 (1987), 201-209
- HOFFMANN, R./KLEINE, W.: *Zur Anlage und Effektivität eines Ausdauertrainings bei streßbedingten Schlafstörungen*. In: KLEINE, W./HAUTZINGER, M. (Hrsg.): *Sport und psychisches Wohlbefinden*. Aachen 1990, 33-69
- HOLLMANN, W./ROST, R./DUFAUX, B./LIESEN, H.: *Prävention/Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankheiten durch körperliches Training*. Stuttgart 1983
- ISRAEL, S.: *Muskelaktivität und Menschwerdung – Technischer Fortschritt und Bewegungsmangel*. Sankt Augustin 1995
- KNOLL, M.: *Sporttreiben und Gesundheit – Eine kritische Analyse vorliegender Befunde*. Schorndorf 1997
- KOENIG, W.: *Bewegungsmangel als kardiovaskulärer Risikofaktor – Bedeutung in der Primär- und Sekundärprävention*. In: *Herz/Kreislauf* 24 (1992), 147-150
- KOLB, M.: *Gesundheitsförderung im Sport*. In: *Sportwissenschaft* 25 (1995), 335-359
- KURZ, D.: *Griechische Gymnastik*. In: RÖTHIG, P. (Red.): *Sportwissenschaftliches Lexikon*. Schorndorf 1992, 185-188
- LAZARUS, R.S./FOLKMAN, S.: *Stress, Appraisal, and Coping*. Berlin, Heidelberg, New York 1984
- LEMKE-GOLIASCH, P./V. TROSCHKE, J./GEIGER, A. (Hrsg.): *Gesund leben in der Gemeinde. Erfahrungen aus der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie*. Sankt Augustin 1992
- LEPPIN, A./SCHWARZER, R.: *Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten*. In: SCHWARZER, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen, Toronto, Zürich 1997, 349-376
- MANSON, J.E./NATHAN, D.M./KROLEWSKI, A.S./STAMPFER, M.J./WILLET, W.C./HENNEKENS, C.H.: *A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians*. In: *JAMA* 268 (1992), 63-67

Anzeige

## Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft

### Subskriptionsangebote

- Band 101:** Norbert GISSEL (Hrsg.):  
**Öffentlicher Sport. Die Darstellung des Sports in Kunst, Medien und Literatur.**  
Hamburg: Czwalina 1999. ca. 160 Seiten. ISBN 3-88020-339-3. DM 36,00. **DM 25,00\***
- Band 102:** Peter KOCH (Hrsg.):  
**Ziele und Inhalte von Lehre und Ausbildung im Tennis.**  
Hamburg: Czwalina 1999. ca. 144 Seiten. ISBN 3-88020-340-7. DM 28,00. **DM 20,00\***
- Band 103:** Volker ZSCHORLICH (Hrsg.):  
**Prävention und Rehabilitation des Haltungs- und Bewegungsapparates.**  
Hamburg: Czwalina 1999. ca. 384 Seiten. ISBN 3-88020-341-5. DM 56,00. **DM 35,00\***
- Band 104:** Barb HEINZ/Ralf LAGING (Hrsg.):  
**Bewegungslernen in Erziehung und Bildung.**  
Hamburg: Czwalina 1999. ca. 320 Seiten. ISBN 3-88020-342-3. DM 44,00. **DM 30,00\***
- Band 105:** Josef WIEMEYER (Hrsg.):  
**Forschungsmethodologische Aspekte von Bewegung, Motorik und Training im Sport.**  
Hamburg: Czwalina 1999. ca. 384 Seiten. ISBN 3-88020-343-1. DM 56,00. **DM 35,00\***
- Band 106:** Ilse HARTMANN-TEWS (Hrsg.):  
**Professionalisierung und Sport.**  
Hamburg: Czwalina 1999. ca. 188 Seiten. ISBN 3-88020-344-X. DM 40,00. **DM 25,00\***
- Band 107:** Günter KÖPPE/Peter ELFLEIN (Hrsg.):  
**Didaktische Perspektivenvielfalt bei Bewegung, Spiel und Sport in der Grundschule.**  
Hamburg: Czwalina 1999. ca. 168 Seiten. ISBN 3-88020-345-8. DM 36,00. **DM 25,00\***

\* Subskriptionspreise bis zum 31.07.1999. Bücher werden nach Erscheinen gegen Rechnung (zzgl. Versandkosten) ausgeliefert.  
Richten Sie Ihre Subskriptionsbestellungen an:

dvs-Geschäftsstelle · Postfach 73 02 29 · D-22122 Hamburg · Tel.: (040) 67 94 12 12 · Fax: (040) 67 94 12 13

- MANSON, J.E./RIMM, E.B./STAMPFER, M.J./COLDITZ, G.A./WILLET, W.C./KROLEWSKI, A.S./ROSNER, B./HENNEKENS, C.H./SPEIZER, F.E.: Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. In: *The Lancet* 338 (1991), 774-778
- MCDONALD, D.G./HODGDON, J.A.: Psychological effects of aerobic fitness training. Research and theory. New York 1991
- MENSINK, G.: Movement and Circulation. Population studies on physical activity and cardiovascular disease risk. Wageningen 1997
- MIETHLING, W.D.: Sport mit Diabetikern. (Schriftenreihe des Kultusministeriums NRW, Heft 17). Düsseldorf 1988
- MORRIS, J.: Exercise versus heart attack: questioning the consensus? In: *Research Quarterly for Exercise and Sport* 67 (1996), 2, 216-220
- MORRIS, J.N./CLAYTON, D.G./EVERITT, M.G./SEMENCE, A.M./BURGESS, E.H.: Exercise in leisure time, coronary attack and death rates. In: *Br. Heart J.* 63 (1990), 325-334
- NORRIS, R./CARROLL, D./COCHRANE, R.: The effects of aerobic and anaerobic training on fitness, blood pressure, and psychological stress, and well-being. In: *Journal of Psychosomatic Research* 34 (1990), 367-375
- OJA, P./TELAMA, R.: Sport for all. Amsterdam, New York, Oxford 1991
- OPPER, E.: Sport – ein Instrument zur Gesundheitsförderung für alle? Aachen 1998
- PAFFENBARGER, R.: Körperliche Aktivität, Leistungsfähigkeit, koronare Herzkrankheit und Lebenserwartung. In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 42 (1991), 60-66
- PAFFENBARGER, R.S. Jr./HYDE, R.T./WING, A.L./HSIEH, C.C.: Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. In: *N. Engl. J. Med.* 314 (1986), 605-613
- PAHMEIER, I.: Drop-out und Bindung im Breiten- und Gesundheitssport: Günstige und ungünstige Bedingungen für eine Sportpartizipation. In: *Sportwissenschaft* 24 (1994), 117-150
- PAHMEIER, I.: Drop-out und Bindung im Breiten- und Gesundheitssport. Wissenschaftliche Begleituntersuchung des Projekts „Hin/Wieder Berlins neue Bewegung“. (Projektabschlussbericht). Bayreuth 1996
- PAHMEIER, I.: Barrieren vor und Bindung an gesundheitssportliche Aktivität. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Schorndorf 1998, 124-134
- PAHMEIER, I.: Bindung an Gesundheitssport. (Habilitationsschrift, Universität Bayreuth, Kulturwiss. Fakultät). Bayreuth 1999
- PAHMEIER, I./BREHM, W.: Multiple Beschwerden. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Schorndorf 1998, 296-307
- PFINGSTEN, M./ENSINK, F.B./FRANZ, C./HILDEBRANDT, J./SAUR, P./SCHWIBBE, G./STEINMETZ, U./STRAUB, A.: Erste Ergebnisse eines multimodalen Behandlungsprogramms für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 3 (1993), 224-244
- RAMPF, J.: Drop-Out und Bindung im Fitness-Sport. Hamburg 1999
- RHEINBERG, F.: Zweck und Tätigkeit. Göttingen, Toronto, Zürich 1989
- RIEDER, H./HUBER, G./WERLE, J. (Hrsg.): Sport mit Sondergruppen – Ein Handbuch. Schorndorf 1996
- RITTNER, V./MRAZEK, J./MEYER, M./HAHNEMANN, G.: Gesundheit im Kreis Neuss. Präventive Potentiale in der Bevölkerung und Möglichkeiten ihrer Nutzung im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Köln 1994
- ROSS, C.E./HAYES, D.: Exercise and psychological well-being in the community. In: *American Journal of Epidemiology* 127 (1988), 762-771
- ROST, R. (unter Mitarbeit von LAGERSTROEM, D./MÜLLER, E./RÖSCH, H./VÖLKER, K.): Sport- und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten. Köln 21995
- ROST, R.: Herz-Kreislauf-Probleme. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Schorndorf 1998, 243-256
- RÜTTEN, A.: Sport, Lebensstil und Gesundheitsförderung. Sozialwissenschaftliche Grundlagen für eine ganzheitliche Betrachtungsweise. In: *Sportwissenschaft* 23 (1993), 345-370
- RÜTTEN, A.: Sportliche Aktivität und öffentliche Gesundheit (Public Health). In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Schorndorf 1998, 52-62
- SALOVEY, P./BIRNBAUM, D.: Influence of Mood on Health-Relevant Cognitions. In: *Journal of Personality and Social Psychology* 75 (1989), 5, 539-551
- SCHAEFER, H.: Die Hierarchie der Risikofaktoren. In: HALHUBER, M.J. (Hrsg.): *Psychosozialer Streß und KHK*. Berlin 1976, 21-34
- SCHLICHT, W.: Sport und Primärprävention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1994
- SCHLICHT, W./SCHWENKMEZGER, P. (Hrsg.): *Gesundheitsverhalten und Bewegung*. Schorndorf 1995
- SCHWARZER, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen, Toronto, Zürich 21997
- SCHWARZER, R./FUCHS, R.: Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of efficacy beliefs. In: BANDURA, A. (Ed.): *Self-efficacy in changing societies*. New York 1995, 259-288
- SCHWARZER, R./FUCHS, R.: Self-efficacy and health behaviours. In: CONNER, M./NORMAN, P. (Eds.): *Predicting Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognitive Models*. Buckingham 1996, 163-196
- SCHWENKMEZGER, P.: Persönlichkeit und Wohlbefinden. In: ABELE, A./BECKER, P. (Hrsg.): *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik*. Weinheim, München 21994, 119-137
- SHAPER, A.G./WANNAMETHEE, G.: Physical activity and ischaemic heart disease in middle-aged British men. In: *Br. Heart J.* 66 (1991), 384-394
- SLATTERY, M.L./JACOBS, D.R./NICHAMAN, M.Z.: Leisure time physical activity and coronary disease death: The U.S. railroad study. In: *Circulation* 79 (1989), 304-311
- STATISTISCHES BUNDESAMT: *Datenreport 1997*. Bonn 1997
- STEPHENS, T.: Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys. In: *Preventive Medicine* 17 (1988), 35-47
- TEMOSHOK, L.: Emotions and Health Outcomes: Some Theoretical and Methodological Considerations. In: TRAUER, H.C./PENNEBAKER, J.W. (Eds.): *Emotions, Inhibition and Health*. Göttingen 1993, 247-256
- TIEMANN, M.: Handlungswissen und Effektwissen. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Schorndorf 1998, 231-240
- TROSCHKE, J. v./RESCHAUER, G./HOFMANN-MARKWALD, A.: Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Freiburg 1996
- ULLRICH, H.: Rückenschulcourse als Bewältigungshilfe bei Rückenbeschwerden. (Unveröff. Diplomarbeit). Bayreuth 1994
- UNGERER-RÖHRICH, U.: Kindergarten/Grundschule. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Schorndorf 1998, 321-330
- WABEL, W.: Sportliche Aktivitäten als Stimmungsmacher. Hamburg 1999 (im Druck)
- WANNAMETHEE, G./SHAPER, A.G.: Physical activity and stroke in British middle age men. In: *Br. Med. J.* 304 (1992), 597-601
- WEBER, H.: Veränderung gesundheitsbezogener Kognitionen. In: SCHWENKMEZGER, P./SCHMIDT, L.R. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart 1994, 188-206
- WEBER, I./ABEL, M./ALTENHOFEN, L.: Dringliche Gesundheitsprobleme der Bevölkerung in der BRD. Baden Baden 1990
- WEMMER, U./KORCZAK, D.: *Gesundheit in Gefahr. Daten-Report 1993/1994*. Frankfurt/Main 1993
- WIAD (WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS): *Sport und Gesundheit – Bewegung als zentrale Größe von Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheitsstabilität*. Frankfurt/Main 1996
- WIECHMANN, A.: Sportliche Aktivierung bei Übergewicht – ein Konzept zum Wohlfühlen? (Unveröff. Diplomarbeit). Bayreuth 1996
- WOLL, A.: *Gesundheitsförderung in der Gemeinde – eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, Fitneß und Gesundheit bei Personen im mittleren und späteren Erwachsenenalter*. Neu-Isenburg 1996
- WOLL, A.: Erwachsene. In: Bös, K./BREHM, W. (Hrsg.): *Gesundheitssport – Ein Handbuch*. Schorndorf 1998, 108-116
- WYDRA, G.: *Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln*. Schorndorf 1996