Würzburger Beiträge zur Sportwissenschaft

Band 10

Matthias Engel

Jonglieren als Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung

- Konzeption und Evaluation-

Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Würzburger Beiträge zur Sportwissenschaft

Band 10

Hrsg. von Harald Lange

Institut für Sportwissenschaft der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Jonglieren als Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung – Konzeption und Evaluation

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Fakultät für Humanwissenschaften

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Vorgelegt von

Matthias Engel

aus Schmalkalden

Schmalkalden

2016

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

1. Aufl. - Göttingen: Cuvillier, 2017

Zugl.: Würzburg, Univ., Diss., 2017

Erstgutachter: Prof. Dr. Harald Lange

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Dr. Christoph Raschka

Tag des Kolloquiums: 10.2.2017

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2017

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2017

Gedruckt auf umweltfreundlichem, säurefreiem Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft.

ISBN 978-3-7369-9482-9

eISBN 978-3-7369-8482-0

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Danksagung

Mein Dank für die motivationale Unterstützung bei der Erstellung dieser Arbeit gilt vor allem meiner Familie und Univ.-Prof. Dr. Harald Lange. Weiterhin danke ich all denen, die mir in den letzten Jahren mit ihren wegweisenden Inspirationen die Möglichkeit schufen, mich ganz meinem Forschungsfeld zu widmen.

Anmerkung:

Um die Lesbarkeit des Textes zu verbessern wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Wenn also die männliche Form verwendet wird, schließt dies die weibliche mit ein.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung ... 8
Abstract ... 9
1. Einleitung ... 11
2. Aufbau der Arbeit ... 13
3. Problemstellung - Ein Aufriss anhand von 16 Aspekten ... 17
4. Zielsetzung der Arbeit ... 43
5. Das Konstrukt Gesundheit ... 44
5.1 Definitionen und Klassifikationen wichtiger Begriffe ... 44
5.1.1 Gesundheit ... 44
5.1.2 Wohlbefinden ... 60
5.1.3 Die Kompartimente der WHO- Gesundheitsdefinition ... 68
5.1.4 Krankheit(en) ... 72
5.2 Gesundheitsmodelle ... 74
5.2.1 Das Risikofaktorenmodell ... 74
5.2.2 Das Salutognesemodell ... 77
6. Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit ... 84
6.1 Kognition ... 85
6.2 Aufmerksamkeit ... 92
6.2.1 Definitionen der Aufmerksamkeit ... 92
6.2.2 Taxonomie der Aufmerksamkeit ... 98
6.2.3 Die neuronale Basis von Aufmerksamkeitsprozessen ... 105
6.2.4 Modelle der Aufmerksamkeit ... 109
6.3 Definitionen der Konzentrationsfähigkeit ... 115
6.4 Differenzierung von Aufmerksamkeit und Konzentrationfähigkeit ... 120
6.5 Die Bedeutung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit für den Menschen ... 124
6.5.1. Allgemeine Betrachtungen ... 124
6.5.2 Kognitive Alterungshypothesen ... 139
6.5.3 Interdisziplinärer Blick auf die Aufmerksamkeit ... 141
7. Prävention und Gesundheitsförderung ... 146
7.1. Prävention ... 151
7.1.1 Definitionen und historische Entwicklung ... 151
7.1.2 Klassifikationen der Prävention ... 153
7.1.3 Konzepte und Strategien der Prävention ... 161

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

7.2 Gesundheitsförderung 162
7.3 Differenzierung von Prävention und Gesundheitsförderung 171
7.4 Gesundheitspolitische und rechtliche Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung 176
7.4.1 Aufbau des Gesundheitssystems der Bundesrepublik Deutschland 176
7.4.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der Prävention und Gesundheitsförderung 179
7.4.3 Prozedere der Anerkennung als Präventionsprogramm gemäß § 20 SGB V 185
7.4.4 Aktuelle Präventionsprogramme 186
7.4.5 Programme zur Verbesserung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit 189
8. Die Jonglage im Kontext der körperlichen Aktivität 193
8.1 Definitionen und Klassifikationen der körperlichen Aktivität 193
8.2 Definitionen und Klassifikationen des Sports 198
8.3 Definitionen und Klassifikationen des Gesundheitssports 200
8.4 Die Jonglage als Bewegungskunst 208
8.4.1 Definitionen und Klassifikationen der Bewegungskünste 208
8.4.2 Definitionen und Klassifikationen der Jonglage 214
8.4.3 Methodisch-didaktische Aspekte der Jonglage 218
8.4.4 Jonglagebezogene Studien 220
9. Die präventive und gesundheitsfördernde Bedeutung körperlicher Aktivität 227
9.1 Auswirkungen körperlicher Aktivität auf die Physis 227
9.2 Auswirkungen der körperlichen Aktivität auf die Psyche 234
9.3 Auswirkungen der Psyche auf die Physis 238
9.4 Studienüberblick zur Wirkung körperlicher Aktivität auf die Kognition 242
9.5 Bezugstheorien zur Wirkung körperlich-sportlicher Aktivität auf die Psyche 257
9.5.1 Physiologische Bezugstheorien 260
9.5.1.1 Die Aktivierungs- und Thermoregulationshypothese 260
9.5.1.2 Die Endorphinhypothese 266
9.5.1.3 Die Katecholaminhypothese 267
9.5.1.4 Die Endocannabinoid-Hypothese 271
9.5.1.5 Die Transiente Hypofrontalitätshypothese 272
9.5.1.6 Die Neuroplastizitätshypothese 275
9.5.2 Psychologische Bezugstheorien 282
9.5.2.1 Die Hypothese der meditativen Bewusstseinszustände 282
9.5.2.2 Die Ablenkungshypothese 283
9.5.2.3 Die Hypothese der Kontrollüberzeugungen 284

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

9.5.2.4 Die Körperwahrnehmungshypothese 284
9.5.3 Kurzüberblick weiterer Bezugstheorien 284
10. Methodik 288
10.1 Das Studiendesign 288
10.2 Aufmerksamkeitsspezifische Evaluationsoptionen 292
10.2.1 Der d2- R 299
10.2.2 Der KLT-R 302
10.3 Die Methodik der Datenauswertung 306
11. Konzeption 309
11.1 Rahmenbedingungen zur Konzeption im Gesundheitssport 309
11.2 Die Zielgruppe der Konzeption 315
11.3 Die Konzeption des Präventionsprogramms „Jonglieren für das Gehirn“ 319
11.3.1 Rahmenbedingungen 319
11.3.2 Anbieterqualifikation 320
11.2.3 Kursaufbau und -inhalte 321
12. Fragestellungen und Hypothesen 330
12.1 Fragestellungen und Forschungshypothesen Studie 1 331
12.2 Operationale Hypothesen Studie 1 331
12.3 Fragestellungen und Forschungshypothesen Studie 2 335
12.4 Operationale Hypothesen Studie 2 336
12.5 Fragestellungen und Forschungshypothesen Studie 3 338
12.6 Operationale Hypothesen Studie 3 339
13. Ergebnisse 342
13.1 Ergebnisse Studie 1 342
13.1.1 Deskriptive Statistik 342
13.1.2 Explorative Statistik 344
13.1.3 Induktive Statistik 346
13.2 Ergebnisse Studie 2 349
13.2.1 Deskriptive Statistik 349
13.2.2 Explorative Statistik 352
13.2.3 Induktive Statistik 354
13.3 Ergebnisse Studie 3 358
13.3.1 Deskriptive Statistik 358
13.3.2 Induktive Statistik 359
14. Diskussion und Fazit 364

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

14.1 Studie 1 ... 364
14.2 Studie 2 ... 368
14.3 Studie 3 ... 373
14.4 Methodenkritik ... 376
Literaturverzeichnis ... 378
Abbildungsverzeichnis ... 448
Abkürzungsverzeichnis ... 450
Tabellenverzeichnis ... 452
Anhang ... 453
Anhang A: Übersicht der Unterrichtseinheiten ... 453
Anhang B: Übungskatalog ... 459
Anhang C: Einzelübung (Beispiel aus dem Trainermanual) ... 465

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Zusammenfassung

Einleitung: Körperliche Aktivität besitzt eine präventive und gesundheitsfördernde Wirkung auf die Psyche des Menschen. Die Bewegungskünste, als eine Form der körperlichen Aktivität, finden trotz der vielfach postulierten positiven Effekte auf die Psyche in aktuellen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten kaum Berücksichtigung. Ebenso werden die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, als Basisleistungen der Kognition und somit essentielle Kompartimente der psychischen Gesundheit, bei der Umsetzung und der Evaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vernachlässigt. Das Ziel dieser Arbeit besteht daher in der Konzeption eines präventiv ausgerichteten Jonglage-Programms und dessen Evaluation bezüglich der genannten psychischen Konstrukte.

Methode: Die Arbeit wurde in vier Teile gegliedert. Im ersten Teil wurden die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit von erwachsenen Jongleuren und Nicht-Jongleuren im Querschnitt mit dem d2-R (Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest, Revision) und dem KLT-R (Konzentrations-Leistungs-Test, revidierte Fassung) erfasst. Im zweiten Teil wurde ein zehnwöchiges Jonglage-Programm gemäß der rechtlichen und gesundheitssportwissenschaftlichen Richtlinien konzipiert. Im dritten Teil erfolgte die Durchführung des konzipierten Programmes mit ergebnisbezogener Evaluation im Pre-Post-Test-Design. Zudem wurde die Jonglagegruppe (Treatmentgruppe 1) mit einer Rückengruppe (Treatmentgruppe 2) und einer Nullgruppe zu den Messzeitpunkten querschnittlich verglichen. Im vierten Teil wurde die Jonglagegruppe einer ergebnisbezogenen Evaluation im Pre-Post-Test-Design mit anschließendem Follow-Up nach zehn interventionsfreien Wochen unterzogen. Als statistische Verfahren kamen die ein- und mehrfaktorielle Kovarianzanalyse, der Chi-Quadrat-Test sowie der t-Test für unabhängige Gruppen zum Einsatz.

Ergebnisse: Die Jonglage ist geeignet Personen im Erwachsenenalter, vor allem Männer, zur Aufnahme einer körperlichen Aktivität zu bewegen. Auf beide Geschlechter bezogen ist dies unabhängig vom Bildungsniveau. Langjährige Jongleure wiesen keine signifikanten Unterschiede in der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zu Nicht-Jongleuren auf. Allenfalls Männer könnten im Bereich der selektiven Aufmerksamkeit durch diese Bewegungskunst profitieren. In der Interventionsstudie zeigte sich, dass die Teilnehmer der Jonglage- und Rückengruppe ihre Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit signifikant verbesserten. Die Teilnehmer des Jonglage-Programms erzielten hierbei gegenüber der

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Rückengruppe bessere Werte in den Fehlerprozenten (d2-R und KLT-R). Es wird daher ein Zusammenhang zwischen spezifischen motorischen Bewegungen und spezifischen kognitiven Adaptionen vermutet. Im Follow-Up wurde ersichtlich, dass die verschiedenen Aufmerksamkeitsformen möglicherweise unterschiedlichen Adaptionsmechanismen unterliegen. Zudem existiert wahrscheinlich ein Gewöhnungseffekt. In der Analyse der verwendeten Tests zeigte sich, dass die absolvierte Schulart beim KLT-R auch im Erwachsenenalter eine Rolle spielt und beim d2-R trotz vorhandener Altersnomierung ältere Probanden niedrigere Werte erreichten. Für die beiden eingesetzten Tests konnten keine Übungseffekte für eine Test-Karenzzeit von zehn Wochen festgestellt werden.

Schlussfolgerung: Die Jonglage ist zur Akquise von Teilnehmern für Präventionsangebote geeignet. Zudem besteht eine Korrelation zwischen der Teilnahme an dem konzipierten Jonglage-Programm und einer verbesserten Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit. Somit stellt das Jonglage-Programm eine Option für ein innovatives Präventionskonzept dar.

Stichworte: Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Jonglage, Prävention, Gesundheitsförderung

Abstract

Introduction: Physical activity has a preventive and health-promoting effect on the human psyche. The artistic arts, as a form of physical activity, find, despite the often postulated positive effects on the psyche in current prevention and health promotion programs hardly account. Also, the attention and concentration, are not considered as basic ability of cognition and thus essential compartments of mental health, in the implementation and evaluation of measures of prevention and health promotion. Therefore, the aim of this study is to design a preventive juggling program and its evaluation regarding the mentioned psychological constructs.

Methods: The study was divided into four parts. The first part analyses the attention and concentration of adult jugglers and non-jugglers in cross-section with the d2-R (attention and concentration test, revision) and the KLT-R (concentration-performance test, revision). The second part presents a ten-week juggling program according to the legal and health sports science guidelines. The third part discusses the implementation of the designed

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

program with results-based evaluation in the pre-post-test design. In addition, the juggling group (treatment group 1) with a back group (treatment group 2) and a zero group were compared to the measurement times in cross-section. In the fourth part the juggling group a results-based evaluation in the pre-post-test design was subjected with subsequent follow-up after ten intervention-free weeks. As a statistical method, the one way- and multiple way analysis of covariance, the chi-squared test and the t-test for independent groups were used

Results: Juggling is to move suitable people in adulthood, especially men to receive a physical activity. In terms of both sexes, this is regardless of the level of education. Longtime jugglers showed no significant differences in attention and concentration to non-jugglers. At most men, practicing juggling, could benefit in the field of selective attention. Intervention study showed that the attention and concentration participants in the juggling and the back group improved significantly. Participants of the juggling program achieved better results compared to the back group in the faults percents (d2-R and KLT-R). It is therefore presumed a link between specific motor movements and specific cognitive adaptations. It was evident during the follow-up that the various forms of attention may be subject to different adaption mechanisms. Also, a habituation effect might also be possible. The analysis of the tests showed that at the KLT-R the graduated school plays a role even in adulthood, and at d2-R achieved elderly participants despite Age standardization lower scores. For the two tests used no practice effects for a test waiting period ten weeks could be detected.

Conclusion: The juggling is suitable for the acquisition of participants for prevention programs. Moreover, there is a correlation between the participation in the program designed juggling and improved attention and concentration. Thus, the juggling program is an option for an innovative preventive concept.

Keywords: attention, concentration, juggling, prevention, health promotion

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

1. Einleitung

Im bio-psycho-sozialen Menschenbild (vgl. Engel, 1976), dem Grundmodell der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), interagieren die drei genannten Kompartimente miteinander. Somit ist zum Erhaltung und zur Wiederherstellung der Gesundheit aus Perspektive dieses Menschenbildes eine Beachtung aller drei Kompartimente essentiell. Gesundheit ist demgemäß ein multifaktorielles Ergebnis. Aus Sicht der Gesundheitswissenschaften bilden derzeit die folgenden zwei epidemiologische Großtrends sowohl für die Kuration, als auch für die Prävention die Eckpunkte: *„Dominanz chronischer, medizinisch nicht heilbarer, aber grundsätzlich vermeidbarer Erkrankungen bei steigender Lebenserwartung, sozial bedingt ungleiche Verteilung der kontinuierlich anfallenden Gesundheitsgewinne aufgrund ungleicher Verteilung von Gesundheitsbelastungen und Gesundheitsressourcen“* (Rosenbrock & Gerlinger, 2004, S. 57). Aufgrund der Grenzen der kurativen Medizin (vgl. Trojan, 1988, S. 63) wächst die Bedeutung der Prävention und der Gesundheitsförderung, der „vierten Säule“ des bundesdeutschen Gesundheitssystems (vgl. Naegele, 2004, S. 2), zunehmend. Denn Prävention bietet die Chance, positiv in die Entstehung oder den Verlauf einer Erkrankung einzugreifen und ist somit „unverzichtbar und von ständig wachsender Relevanz“ (Stöckel, 2007, S. 27). Prävention kann hierbei auf vielerlei Ebenen stattfinden und mit verschiedensten Mitteln umgesetzt werden. In der Bundesrepublik Deutschland werden die präventiven Angebote von staatlicher Seite über den § 20 (a) SGB V geregelt. Die Umsetzung erfolgt dann durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und letztendlich die Krankenkassen.

Eine Möglichkeit die Gesundheit im Sinne einer primären Prävention sowie Gesundheitsförderung zu erhalten bzw. zu forcieren stellt die körperliche Aktivität dar. Dies ist auch im GKV-Leitfaden Prävention (2014) verankert. Körperliche Aktivität besitzt neben ihren positiven physischen Effekten hierbei ebenso eine präventive und gesundheitsfördernde Wirkung auf die Psyche des Menschen (vgl. Arent, Landers & Etnier, 2000; Babyak et al., 2006; Craft & Landers, 1998; Fuchs, 2003; Puetz, O’Connor & Dishman, 2006; Reed & Ones, 2006). Ein Themenfeld der psychischen Gesundheit stellt die Kognition dar. Im Kontext der Kognition bilden wiederum die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit Basisleistungen (vgl. Jäncke, 2013, S. 332) und somit essentielle Bestandteile der psychischen Gesundheit. Allerdings werden bei der Umsetzung und der Evaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung diese beiden

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

psychischen Konstrukte zumeist vernachlässigt. Eine Möglichkeit, welcher in der Literatur vielfach ein positiver Effekt auf die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zugeschrieben wird, stellt die Bewegungskunst Jonglage dar. Demgemäß scheinen eine Implementation der Jonglage und eine verstärkte Beachtung kognitiver Prozesse im aktuellen Präventionsdiskurs sinnvoll zu sein.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

2. Aufbau der Arbeit

In diesem Kapitel wird der Aufbau der Arbeit erläutert. Hierbei geht es vor allem darum, den roten Faden der Arbeit und die Beweggründe zur inhaltlichen Gestaltung zu verdeutlichen.

Beginnend mit der Problemstellung (Kapitel 3) wird diese anhand von 16 Aspekten erläutert. Diese Aspekte unterstreichen die Bedeutung der bearbeiteten Thematik. Aus der Problemstellung resultiert die Zielsetzung (Kapitel 4) der vorliegenden Arbeit. Anschließend wird sich im fünften Kapitel dem Konstrukt Gesundheit mittels verschiedener Perspektiven definitorisch genähert. Dies ist erforderlich, da die Gesundheit sowohl die Grundlage als auch den Ausgangspunkt der im weiteren Verlauf der Arbeit thematisierten Prävention und Gesundheitsförderung bildet. Neben dem Begriff der Gesundheit wird sich zudem weiterer wichtiger, sowie zur Differenzierung notwendiger, Begrifflichkeiten gewidmet (Kapitel 5.1.2 und 5.1.4). Ausgehend von der Gesundheitsdefinition der WHO werden einzelne Kompartimente besprochen, wobei das Hauptaugenmerk auf dem psychischen Bereich liegt (5.1.3). Im Teilkapitel 5.2 werden zwei Gesundheitsmodelle vorgestellt. Diese Modelle wurden ausgewählt, da sie die theoretische Basis der aktuellen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bilden und somit ebenso die Grundlage der Thematik dieser Arbeit sind. Wichtig ist in diesem Kontext vor allem die körperliche Aktivität und die psychischen Faktoren als essentielle Bestandteile der jeweiligen Modelle zu erkennen, wodurch sich wiederum die Brisanz der Bewegung und Psyche für die Gesundheit ableiten lässt. Im sechsten Kapitel erfolgen Erläuterungen zur Kognition, als ein Teilbereich der Psyche, im Allgemeinen und aus psychologischer Perspektive im Speziellen. Damit einerseits darauf aufbauend die Aufmerksamkeit als auch die Konzentrationsfähigkeit im Gesamtkontext dieses Wissenschaftsbereiches besser einzuordnen sind. Andererseits wird die Bedeutung dieser beiden Konstrukte innerhalb der Kognition nachvollziehbar. Im Unterkapitel 6.2 und 6.3 werden die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, als Teilbereiche der Kognition und Untersuchungsschwerpunkte dieser Arbeit, näher behandelt. Dies erfolgt in Form von Definitionen (Kapitel 6.2.1 und 6.3) und Klassifikationsschemata (Kapitel 6.2.2 bis 6.2.4). Weiterhin wird nach einer Differenzierung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit (Kapitel 6.4) im Teilkapitel 6.5 die Bedeutung einer suffizienten Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit für das Leben und die Gesundheit des Menschen herauskristallisiert. Dieses Teilkapitel bildet somit einen wichtigen Argumentationsstrang hin zur empirischen Untersuchung. Im siebten Kapitel werden

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

aufbauend auf dem ersten Kapitel die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung definiert (Kapitel 7.1. und 7.2) und differenziert (Kapitel 7.3). Dies ist im Sinne der Verortung des konzipierten Jonglage-Programmes, gemäß des GKV-Leitfadens Prävention 2014 in der Themenlandschaft Prävention und Gesundheitsförderung, essentiell. Anschließend werden die gesundheitspolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, in denen das Jonglage-Programm im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung verankert wird, erläutert (Kapitel 7.4). Dieses Kapitel stellt somit das Bindeglied zwischen den Erkenntnissen der Psychologie, den Sport- sowie Gesundheitswissenschaften und den rechtlichen bzw. gesundheitspolitischen Bedingungen dar. Im Zuge dessen schließt sich im Unterkapitel 7.4.4 der aktuelle Stand von Präventionsangeboten in Deutschland an. Dies erlaubt es, die gewünschte Integration des konzipierten Jonglage-Programmes in die angebotenen Präventionskonzepte besser nachvollziehen zu können und soll zudem die Notwendigkeit eines derartigen Angebotes verdeutlichen. Um die in der Konzeption verwendete Bewegungskunst Jonglage im Kontext der Prävention und Gesundheitsförderung unter dem Gesamtaspekt der körperlichen Aktivität und des Sportes zu verorten, werden im Kapitel 8 hierfür wichtige Begriffe geklärt. Dies ist notwendig, da auch im GKV-Leitfaden Prävention 2014 von sogenannten Bewegungsgewohnheiten und Präventionsprinzipen geschrieben wird. Weiterhin wird im Kapiteln 8 ausgehend vom Themenfeld der Bewegungs- und Zirkuskünste, die Jonglage sowohl aus historischem als auch aus bewegungswissenschaftlichem Kontext beleuchtet. Dies ist unabdingbar, da die Jonglage den inhaltlichen Schwerpunkt des konzipierten Präventionsprogrammes bildet. Die Thematik wird abgeschlossen durch die Erläuterung disziplinübergreifender Studien, welche die Jonglage zum Untersuchungsgegenstand hatten (Kapitel 8.4.4). Im neunten Kapitel werden die Effekte körperlicher Aktivität und Inaktivität auf den Körper und die Psyche des Menschen beleuchtet und ein Einblick in das Bewegungsverhalten der Bevölkerung gewährt. An dieser Stelle geht es darum, vor allem die präventiven Möglichkeiten der körperlichen Aktivität aufzuzeigen. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass die Konzeption des später vorgestellten Programmes einerseits im Rahmen der Prävention gemäß § 20 SGB V und andererseits gemäß den Richtlinien des GKV-Leitfadens Prävention 2014 im Handlungsfeld Bewegung zu verorten ist. Im Kapitel 9.3 wird vollständigkeitshalber an einigen Beispielen aufgezeigt, dass nicht nur der Körper einen Einfluss auf die Psyche haben kann, sondern auch die Psyche körperliche Reaktionen auszulösen vermag. Um den gegenwärtigen Stand der

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Wissenschaft zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und kognitiven Fähigkeiten darzustellen, werden im Kapitel 9.4 Studien aufgeführt, welche diesen beinhalten. Im Kapitel 9.5 werden davon abgeleitet Bezugstheorien, wie körperliche Aktivität auf die Kognition wirkt, erläutert. Diese Bezugstheorien bilden das theoretische Fundament der im empirischen Teil aufgezeigten Untersuchungen. Im zehnten Kapitel erfolgt die Erläuterung der Methodik. Diese ist das Resultat aus den bereits vorhanden wissenschaftlichen Untersuchungen, den Theorien zur Wirkung von Bewegung auf die Kognition, den Rahmenbedingungen gemäß § 20 SGB V sowie den praktisch umsetzbaren Möglichkeiten vor Ort der Untersuchung. Im elften Kapitel wird, die in den vorherigen Kapiteln genannten Sachverhalte beachtend und um die Richtlinien des GKV-Leitfadens Prävention 2014, die Kernziele des Gesundheitssports sowie die Zielgruppenbeschreibung ergänzt, die Konzeption eines Präventionsprogramms mit dem Themenschwerpunkt Jonglage aufgezeigt. Dieses Programm wird dann im empirischen Teil als Intervention durchgeführt und evaluiert. Im Kapitel Hypothesen (12.) wird abgeleitet von den Problemstellungen, den resultierenden Zielsetzungen sowie den im Theorieteil erläuterten Sachverhalten, gemäß einer wissenschaftlichen Vorgehensweise die Formulierung einer adäquaten Fragestellung mit anschließender Überführung in statistisch überprüfbare Hypothesen vorgenommen. Im 13. Kapitel erfolgt die Ergebnispräsentation beruhend auf der deskriptiv-, explorativ- und induktive-statistischen Auswertung der erhobenen Daten. Konventionell endet die Arbeit mit der Diskussion, in der die Ergebnisse auf Basis der im Theorieteil genannten Sachverhalte interpretiert werden, sowie der Methodenkritik. In Abbildung 1 erfolgt übersichtshalber die Herleitung der Arbeitsthematik aus den Themenfeldern Mensch, Bewegung und Gesundheit. Hierbei ist das Thema in der Schnittmenge (DISS) zwischen Balljonglage, Aufmerksamkeit bzw. Konzentrationsfähigkeit und Primärprävention bzw. Gesundheitsförderung zu verorten. Die Schnittmenge des jeweils unteren zu dem oberen Kreis, soll dessen Partizipation aufzeigen.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

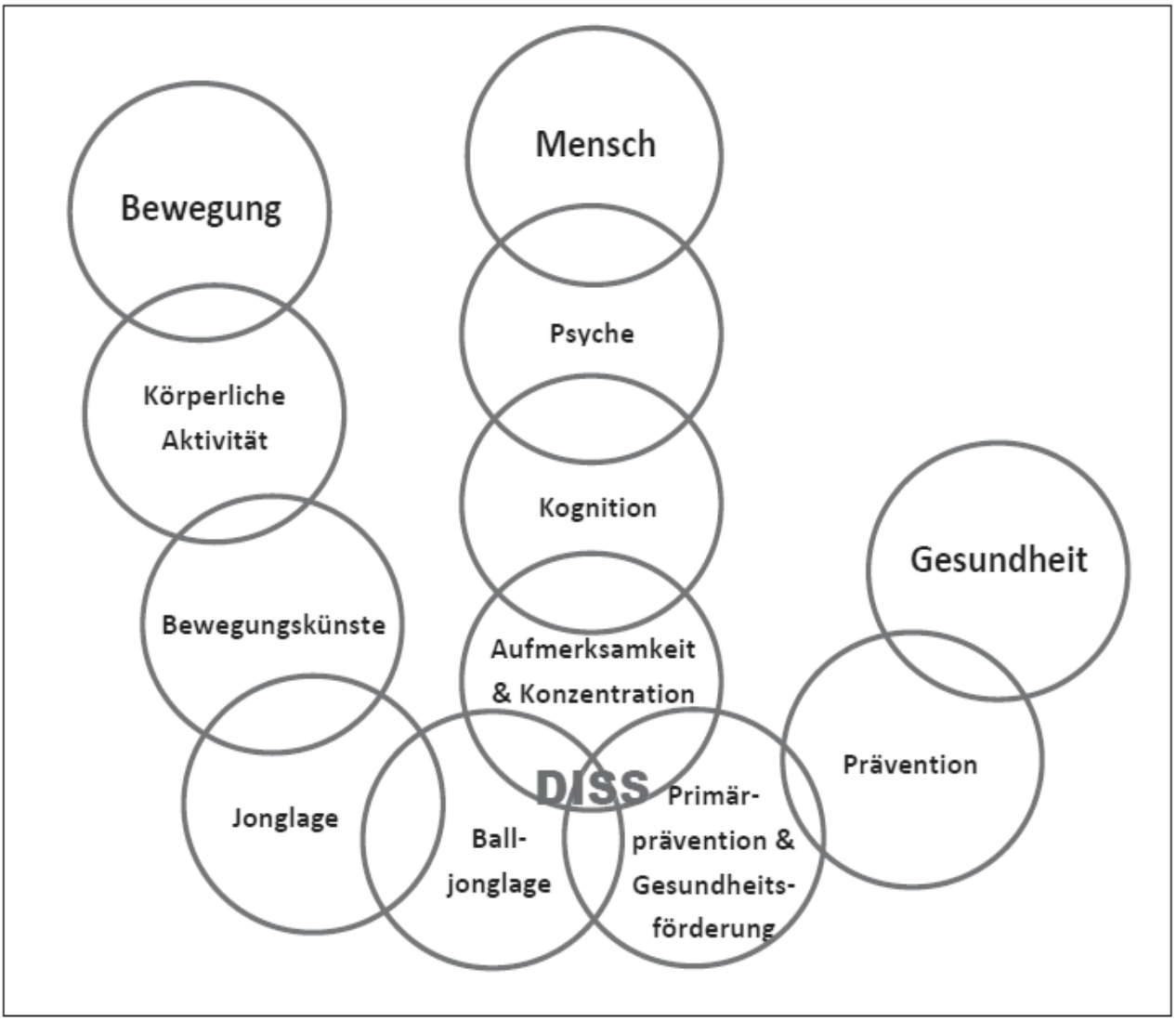

Abb. 1: Verortung der Arbeitsthematik in den Themenfeldern Mensch, Gesundheit und Bewegung

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

3. Problemstellung - Ein Aufriss anhand von 16 Aspekten

Die Motivation zu dieser Arbeit basiert auf verschiedenen Problematiken, die nun anhand von sechszehn Aspekten erläutert werden. Die folgenden Ausführungen sollen die Bedeutung der in der vorliegenden Dissertation bearbeiteten Thematik unterstreichen. Hierbei sei auf den Wortursprung des Begriffs Problem verwiesen, der sich vom griech. problema, was so viel wie „das Vorgelegte“ bedeutet, ableitet (vgl. Pfeifer, 2005, S. 1045). Aufgrund dessen, dass der Wortursprung prinzipiell als wertneutral einzustufen ist, werden an geeigneter Stelle auch Möglichkeiten bzw. Umstände genannt, die für die Umsetzung der Gesamtthematik förderlich sein können. Einige der genannten Aspekte werden in diesem Kapitel bereits detaillierter erläutert, da sie im weiteren Verlauf der Arbeit nicht weiter ausgeführt werden. Die Aspekte, die im späteren Verlauf intensiver beleuchtet werden, finden an dieser Stelle unter Nennung des dazugehörigen Kapitels hingegen nur kurz Erwähnung.

Aspekt 1

Gesundheit wird als ein zentraler Wert der modernen Gesellschaft bezeichnet (vgl. Schmidt-Semisch & Paul, 2010, S. 7). „*Gesundheit* ist zu einem Grundwert und einem Leitbegriff in unserer entwickelten Industriegesellschaft geworden.“ (Schwartz, 1998, S. 9, Hervorhebung im Original). Für viele Menschen ist Gesundheit sogar der höchste aller Werte (vgl. von Troschke, 2008, S. 20). Sie ist zudem ein zentrales Lebensthema des Menschen (vgl. ebd.). Körperlich und geistig gesund zu bleiben stellt für etwa 90 Prozent der über 55-Jährigen in Deutschland das wichtigste Lebensgut dar. Weit wichtiger noch als ein hohes Lebensalter zu erreichen (vgl. Denk & Pache, 1996). Gesundheit ist vor allem ein zentrales Thema des Erwachsenenalters (vgl. Faltenmaier et al., 2002), denn Gesundheitseinschränkungen werden vor allem im mittleren Erwachsenenalter (40-60 Jahre) für die Personen zu einer objektiven Tatsache (vgl. Faltermaier, 2010, S. 81). Unsere zivilisatorischen Lebensbedingungen erfordern zudem eine besondere gesellschaftliche Beachtung des Themas Gesundheit (vgl. Brehm et al., 2002, S. 7), und dies nicht nur aus gesellschaftlicher, sondern auch aus ökonomischer Perspektive. Nach Rosenbrock und Gerlinger (2004, S. 11) ist sowohl das individuelle und gesellschaftliche als auch das sozialwissenschaftliche Interesse an Gesundheit, Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahrzehnten beträchtlich gewachsen. In diesen Tenor stimmt Schwarz (2003) mit ein. Ihm zufolge ist die Förderung der Gesundheit ein elementares individuelles Anliegen, wie auch ein

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

bedeutsames gesellschaftliches und sozialpolitisches Ziel. So wurde im Jahr 2008 „Gesund älter werden“ als ein weiteres Gesundheitsziel für Deutschland ausgewählt (vgl. Maschewsky-Schendier et al., 2009, S. 7). Nefiodow, ein russischer Zukunftsforscher, hält es geradezu für einen Mega-Trend (vgl. Abicht, Bärwald & Preuss, 2001, 98 ff.). In den von ihm vorgestellten Zyklen besitzt die derzeitige Epoche den Schwerpunkt „ganzheitliche Gesundheit“ (siehe im Detail Kapitel 5). Weiterhin gewinnt im Kontext einer alternden Gesellschaft das Thema Gesundheit und Lebensqualität im Alter immer mehr an Relevanz, wodurch sich wiederum sowohl gesellschaftliche als auch individuelle Erwartungen an effektive Möglichkeiten der Gesundheitsförderung ergeben (vgl. Werle, Woll & Tittelbach, 2006, S. 8). Der demographische Wandel in der Bevölkerung (siehe Abbildung 2) legt es nahe, die Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter (vgl. Faltermaier, 2010; Kruse, 2010) zu verstärken, weil die Gesundheit und Lebensqualität auch im Alter noch um ein Vielfaches positiv beeinflusst werden kann. Aufgrund dessen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit mit der Funktionsfähigkeit im Alltag korreliert, könnten Interventionsmaßnahmen zur Förderung kognitiver Ressourcen erheblich zur Erhaltung der Alltags- und Arbeitskompetenz im Alter beitragen (vgl. Martin & Kliegel, 2005). Aus ökonmischer, gesellschaftlicher und individueller Sicht sollte es somit ein zentrales Anliegen sein, die unabhängige Lebensführung von älteren

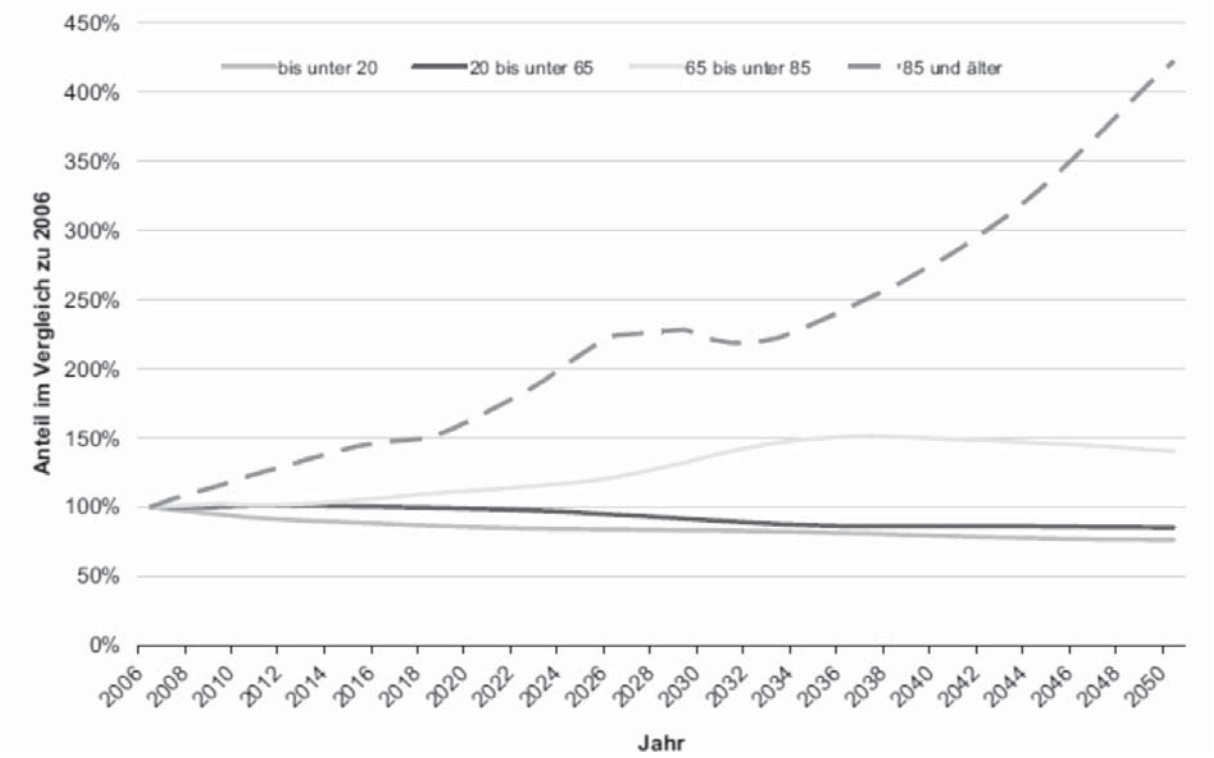

Abb. 2: Entwicklung des Anteils der Altersgruppen in der Gesamtbevölkerung (2006 = 100) (nach Deutscher Bundestag, 2009, S. 43)

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Menschen so lange wie möglich zu erhalten, die Lebensqualität zu steigern und einen gesunden Lebensstil mit ausreichend körperlicher Aktivität und kognitivem Training zu fördern (vgl. Werle et al., 2006, S. 110). Der Beginn hierzu muss aus primärpräventiver Perspektive demgemäß vor dem Einsetzen erster Beschwerden liegen.

Konträr zu der weitverbreiteten Auffassung „Gesundheit sei das höchste Gut“ steht das Buch ,,Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswalm und den Fitness-Kult" des Theologen und Psychiaters Manfred Lütz (2002), in welchen er sich mit dem neuzeitlichen Phänomen der diesseitsorientierten „Gesundheitsreligion" auseinandersetzt. Dabei sieht er die Gesundheit als Ersatzreligion, wodurch viele Menschen in säkularisierten Gesellschaften nicht mehr an Gott glauben, sondern beinahe ausschließlich an die Gesundheit. Alles was früher für Gott getan wurde, tue man heute primär zur Optimierung des Gesundheitszustands (vgl. Lütz, 2002, S. 104 ff.). Auch Kühn (1993) und Schlicht (1998; 2000), weisen auf die Gefahren dieser Entwicklung hin und sprechen vom „Healthismus“. Bopp (1987, S. 63) bezeichnet diese Entwicklung gar als „verbissene Sucht nach unaufhörlicher Fitneß [*sic*!]“ und auch Hacke (1987, S. 72) bezeichnet u. a. Jogging als „Götzendienst am kardio-vaskulären System“. Gesundheit wird unter dem Aspekt der Wertorientierung und der wirtschaftlichen Ausgaben betrachtet „zur säkularen Heilssymbolik stilisiert“ (Schlicht, 1998, S. 214). „Eine Gesellschaft, die Gesundheit zu ihrem höchsten Wert erklärt, treibt als Gesundheitsgesellschaft mit Hilfe ihres Gesundheitssystems sich selbst die Gesundheit aus. Anders ausgedrückt: Ein Krankheitsbewältigungssystem, das als Gesundheitssystem sich immer nur grenzenlos steigern will, wird zur Gesundheitsvernichtungsmaschine“ (Dörner, 2003, S. 14). Auch Lüschen und Weiß (1976) attestieren ähnlich wie Lütz (2002) dem Sport „in der modernen Gesellschaft quasi-religiöse Funktionen" (S. 9). Doch der Sport leistet als eine moderne Ersatzreligion nicht dem binären Code des gesellschaftlichen Teilsystems Religion Folge, also der Immanenz bzw. Transzendenz, sondern richtet gemäß Luhmann (2009, S. 179 ff.) sein Kommunikationspanorama am Code ,,krank/gesund" aus. Zudem ist die Aussage von Schwier (1994) zu beachten: „Wenn der Sinn des Sports nur noch parasitär ... ausgenutzt wird, wird das Kulturgut Sport zum Konsumartikel" (S. 296). Dörner (2002) fasst diese zwanghafte Gier nach Gesundheit in einer Paradoxie zusammen. Diese besagt, dass je mehr der Mensch für seine Gesundheit mache, desto weniger gesund er sich fühle. Denn Gesundheit sei nicht herstellbar, sondern stelle sich selbst her. Und somit ist Gesundheit

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

jener Zustand, in welchem der Mensch vergesse, dass er gesund sei. Abgesehen von dieser sicherlich interessanten Paradoxie und den genannten Gegenthesen, ist sich aufgrund politischer Gegebenheiten an den Tenor der Gesellschaft zu halten, um im Bereich der gesetzlich geforderten Prävention entsprechende Programme zu verankern. So stellt Güldenpfennig (1996), den im Rahmen der Säkularisierung der modernen euroamerikanischen Gesellschaft aus seiner Sicht oft fälschlicherweise beklagten „Sinnverlust" (ebd., S. 41), den Aufbau von „Sinnwelten“ (ebd., S. 42) im Sport gegenüber (ebd., S. 41 f.). In diesem Verständnis erfüllt der Sport als Konstruktion eine „der zahlreichen menschlichen Sinnwelten" (ebd., S. 42).

Aspekt 2

Die Psyche wird nach wie vor auf die Gesundheit des Menschen unterschätzt. Und dies obwohl sie ein essentielles Kompartiment des bio-psycho-sozialen Gesundheitsbildes (vgl. Engel, 1976) darstellt, welches die Basis des aktuellen Gesundheitsdenkens bildet (siehe hierzu Kapitel 5). In diesem bio-psycho-sozialen Modell sieht Israel (1995) die Psyche als vermittelndes Regulativ zwischen den biotischen Gruvon trosckendlagen und den sozialen Bedingungen. Im Präventionsbericht 2013 sind die Teilnehmerzahlen im Individualansatz ein Hinweis auf die Problematik der Geringschätzung der psychischen Komponente. So betrugen im Jahr 2012 die Kursteilnahmen (Mehrfachnennung möglich) im Individualansatz bei Bewegung 69 Prozent, Ernährung 6 Prozent, Stressreduktion 24 Prozent, Sucht 1 Prozent (vgl. Präventionsbericht 2013, S. 70). Unter Beachtung des Alters wird in Abbildung 3 die Inanspruchnahme von Kursen der verschiedenen Handlungsfelder wiedergegeben.

Hierbei ist es von Bedeutung, dass die psychische und körperliche Gesundheit eng miteinander verknüpft sind und sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Prince et al., 2007). Darüber hinaus wird oft übersehen, dass zwischen psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen eine deutlich erhöhte Komorbidität zu verzeichnen ist (vgl. Jacobi & Wittchen, 2003). Vor allem der Bereich der Kognition steht erst in den letzten Jahren vermehrt im Interessenfokus, wie unter Aspekt drei ausführlicher dargelegt wird. So sei an dieser Stelle die Psyche allgemein betrachtet.

Erkrankungen der Psyche sind weit verbreitet in der Bevölkerung, aber „deutlich weniger im Bewusstsein des Einzelnen als bedrohlich präsent als somatische Erkrankungen.“ (Fuchs &

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Schlicht, 2012, S. 1). Wie epidemiologische Studien gezeigt haben, sind psychische und psychosomatische Erkrankungen längst zu Volkskrankheiten geworden, welche die

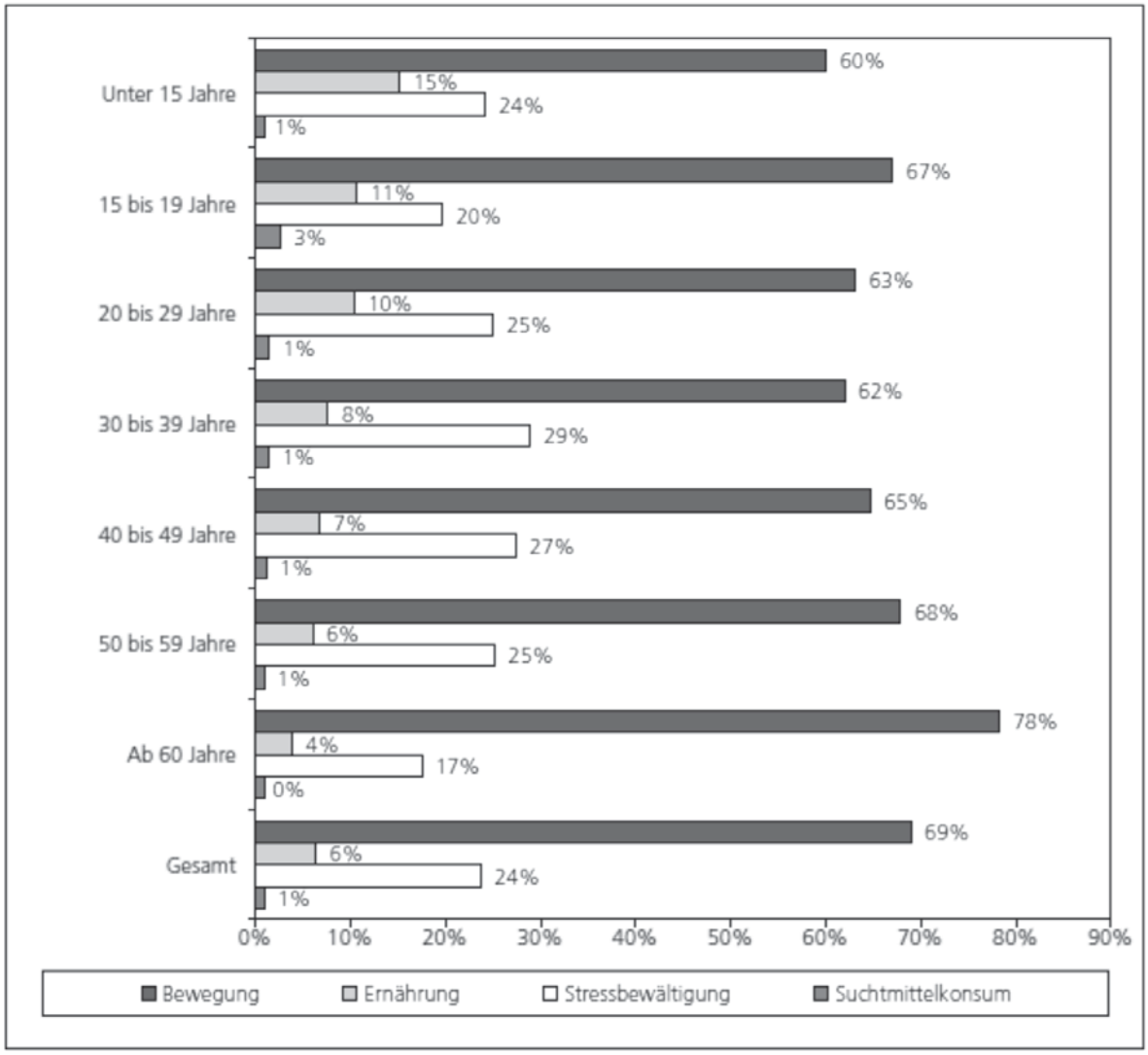

Abb. 3: Inanspruchnahme von Kursen verschiedener Handlungsfelder nach Alter (nach Präventionsbericht, 2013, S. 73)

Lebensqualität der Erkrankten nachhaltig beeinträchtigen. Aktuell konstatiert die WHO eine weltweite Epidemie psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (vgl. Collins et al., 2011). Auf der anderen Seit ist psychische Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für individuelle Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe. Hierdurch trägt sie entscheidend zum menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Erfolg einer Gesellschaft bei (vgl. Beddington et al., 2008). Die Dominanz des Somatischen ist nicht nur auf individueller Ebene erkennbar, auch in der Medizin ist dies unbestritten. Gleichwohl lassen sich

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

vermehrte Tendenzen zur Integration der Psyche in die Medizin ablesen. Einige Beispiele sollen dies nun verdeutlichen.

Der Rat der Europäischen Union:

- erkennt, dass psychische Gesundheit von der physischen nicht zu trennen ist;
- ist der Auffassung, dass die Notwendigkeit besteht, den Blick für den Wert der psychischen Gesundheit zu schärfen und eine gute psychische Gesundheit zu fördern, insbesondere was Kinder, Jugendliche und ältere Menschen und die Bedingungen am Arbeitsplatz betrifft;
- betont, dass psychische Probleme und Erkrankungen weit verbreitet sind und zu menschlichen Leiden und Beeinträchtigungen führen;
- fordert, die Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit und ihrer Förderung voranzutreiben und zu unterstützen (Entschließung des Rates vom 18. November 1999 zur Förderung der psychischen Gesundheit).

Das Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern. Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“, das im Oktober 2005 herausgegeben worden ist, erhebt einen Rahmen für Austausch und Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten, den Beteiligten der betreffenden Sektoren und der Forschung hervor. Im Vordergrund sind drei folgende Ziele von Bedeutung:

- Förderung der psychischen Gesundheit,
- Verbesserung der psychischen Gesundheit,
- Prävention psychischer Störungen (EU-Strategie zur psychischen Gesundheit).

Die WHO verabschiedete bei der 55th World Health Assembly im Jahr 2002 ein Mental Health Global Action Programme und reagierte damit auf die weltweit steigende Prävalenz von “mental, neurological and substance use disorders“ (WHO, 2008, p. 3). Dieses Programm hatte normativen Charakter für die Mitgliedsstaaten und soll Bewusstsein für psychische Krankheiten schaffen, sowie die Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten verbessern. Mit dem Appell “the time is to act now!” (ebd., p. 27) werden Regierungen, Entscheidungsträger, Organisationen bis hin zu Familien aller Mitgliedstaaten aufgerufen, gemeinsame Anstrengungen zur Verminderung der Prävalenz psychischer Krankheiten zu unternehmen. Die WHO (2004) hat die Prävention mentaler Störungen zu einer ihrer

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

primären Zielsetzungen für die nächsten Jahre und Jahrzehnte erklärt. Letztlich geschieht dies vor dem Hintergrund, dass Gesundheit mit steigender Produktivität und Wachstum einer Gesellschaft einhergeht (vgl. Scheuch, Rehm & Seibt, 2008, S. 199). Dagegen verursachen psychische Erkrankungen vielfältige Kosten und finanzielle Verluste und belasten die Bürger und die Gesellschaftssysteme (vgl. Grünbuch, 2005, S. 4). Dementsprechend besitzt die Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung eine wichtige gesundheitspolitische Priorität (vgl. Wahlbeck, et al., 2010). Eine wichtige Rolle im Bereich psychische Gesundheit spielt ebenso der Aufbau des Forschungsnetzes psychische Gesundheit. Dies ist ein Transferprojekt des Kompetenznetzes Depression und Suizidalität. Ziel ist es, zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung aller psychisch kranken Menschen und dem Erhalt der seelischen Gesundheit auf Public Health Ebene beizutragen. Gleichzeitig soll die grundlagenorientierte Versorgungsforschung im Bereich der psychischen Gesundheit in Deutschland gefördert und ausgebaut werden. Eine offene Organisation von Interessengruppen, Wohlfahrtsorganisationen und Wissenschaftlern ist das Deutsche Netzwerk für Psychische Gesundheit (German Network for Mental Health GNMH), die sich für die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit einsetzen. Auf der Bundesebene ist zudem die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) zu nennen. Die BVPG ist ein gemeinnütziger, politisch und konfessionell unabhängiger Verband und entstand 2007 aus dem Zusammenschluss zweier Verbände: der Bundesvereinigung für Gesundheit (BfG) und dem Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung. Im Bereich der Gesundheitspolitik der Gemeinschaft ist die psychische Gesundheit seit 1997 Gegenstand spezieller Projekte und Politikinitiativen. Hier ist u. a. das EU-Projekt „Implementation of Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention in EU-Member States and Applicant Countries“ (EMIP) zu nennen. Der 2008 gegründete Europäische Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden erkennt an, dass psychische Gesundheit ein Menschenrecht ist. Der Erhalt und die Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Prävention psychischer Erkrankungen sind erklärtes Ziel der Europäischen Union, welches in diesem Europäischen Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden formuliert wurde (vgl. Wahlbeck et al., 2010). Der Pakt wurde am 13. Juni 2008 auf der hochrangigen EU-Konferenz „Gemeinsam für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden“ in Brüssel begründet. Es werden Maßnahmen in fünf Schlüsselbereichen gefordert: Vorbeugung von Depression und Selbstmord, psychische Gesundheit von

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Jugendlichen, psychische Gesundheit am Arbeitsplatz und im Bildungswesen sowie psychische Gesundheit älterer Menschen. Die genannten Organisationen und Programme zeigen, dass die Bedeutung der Psyche trotz der mangelnden Beachtung nach und nach ins Bewusstsein rückt.

Aspekt 3

In den aktuellen Präventionsangeboten finden die kognitiven Fähigkeiten kaum Beachtung (siehe Kapitel 7.4.4). Dies liegt wohl auch daran, dass in der sportwissenschaftlichen Forschung zur Wirkung körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit in erster Linie die Variablen: Angst, Befindlichkeit, Depressivität, Kontrollüberzeugung, Selbstkonzept, Stressverarbeitung und Wohlbefinden untersucht wurden. Der Kognition hingegen wurde bis zur Jahrtausendwende weniger Beachtung geschenkt. Eine beginnende Tendenz zu derartig gestalteten Programmen ist erkennbar, sodass derzeit ein Interesse an Programmen besteht, welche die zerebralen Prozesse und körperliche Aktivität berücksichtigen. Hierbei ist u. a. das Programm „Gehirntraining durch Bewegung“ des Deutschen Turnerbundes (DTB) (2013) zu nennen. Zwar ist der Bereich Kognition und des Gehirns allgemein, verstärkt in den Interessenfokus gerückt, doch spielen vor allem Gedächtnisprozesse bzw. die Demenzprävention bzw. -therapie eine tragende Rolle. Die Aufmerksamkeit findet weniger Beachtung; jedoch gilt sie als die Basisleistung kognitiver Prozesse und ist ein wesentliches Element aller kognitiver Funktionen (vgl. Jäncke, 2013, S. 332). Auch ist die Konzentration nicht nur ein wichtiger Aspekt in der Leistungsdiagnostik, sondern ebenso die Basis für viele verschiedene alltägliche Leistungen (vgl. Bartenwerfer, 1983). So ist nach Ansicht des Autos analog dem sogenannten Wurzel-Blatt-Prinzip der Traditionellen Chinesischen Medizin, erst einmal wichtig sich mit dem Fundament, also der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, zu beschäftigen, um möglicherweise andere, darauf aufbauende, Funktionen zu beeinflussen.

Aspekt 4

Im Gesamtfeld der Sportwissenschaften wird sich der Kognition schon seit längerem gewidmet, auch wenn dies immer noch unzureichend geschieht. Den neuen Wissenschaftszweig, der aus dieser disziplinübergreifenden Diskussion erwächst, bezeichnen Hollmann und Löllgen (2002, S. 1380) als „Bewegungs-Neurowissenschaft“ (Exercise Neuro-

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

science) und ordnen diesen dem neuen Fachgebiet der Cerebrologie (vgl. Hollmann, 2009, S. 35) unter. Ende der 90er-Jahre und mit Beginn des neuen Jahrtausends, das zeitlich mit der deutschen Dekade des Gehirns 2000-2010 zusammenfällt, zeigte sich immer deutlicher die Bedeutung der Neurowissenschaft für die Fachbereiche Sportwissenschaft und Sportmedizin (vgl. Kubesch, 2004), denn Denkstrukturen und Wahrnehmungsleistungen sind sehr eng an die Motorik gebunden (vgl. Zimmer, 2004). Bereits für Piaget führte die Entwicklung „vom Greifen zum Begreifen“ (Piaget & Inhelder, 1981). Heute gilt als gesichert, dass ein enger Zusammenhang zwischen der motorischen Entwicklung des Kindes und der Ausbildung bedeutender geistig-seelischer Funktionen besteht. Hierzu zählen: die Wahrnehmung, die Sprache, das Denken und das Fühlen. Jedes sichtbare Verhalten eines Menschen beinhaltet gleichzeitig bewusste oder unbewusste Bewegungsabläufe (vgl. Der Brockhaus Psychologie, 2001, S. 383) oder wie es Zinke-Wolter (1991) beschreibt: „Bewegung erzeugt Aktivität, durch Bewegung werden Dinge in Bewegung gesetzt“ (S. 206). „Bewegung fördert den Informationsfluss im Gehirn. Die Verknüpfung von Nervenzellen wird unterstützt, das Gehirn wird besser mit Sauerstoff versorgt, Kinder können sich besser konzentrieren“ (Zimmer, 2006, S. 9). Daher sollte ebenfalls verstärkt das Zusammenwirken von körperlicher Aktivität, von exekutiven und weiteren kognitiven, aber auch von emotionalen und sozialen Funktionen während der Gehirnentwicklung untersucht werden, oder wie es Hollmann und Strüder formulieren (2001): „Ein riesiges unbearbeitetes Forschungsfeld bedarf der weiteren Bearbeitung“ (S. 26). In diesen Zusammenhang ist auch der Forschungsfokus in der Sportwissenschaft zu deuten. So standen in den 1980er und 1990er Jahren das Herz-Kreislauf-System und das Ausdauertraining im Zentrum präventivsportmedizinischer Untersuchungen. Anschließend rückten die Muskulatur und die Steigerung der Kraft in den Mittelpunkt des Interesses (vgl. Berg & König, 2006). Aktuell liegt der Fokus, wie bereits genannt, auf den Bewegungsneurowissenschaften. Zahlreiche Publikationen beschäftigen sich mit der Thematik, wie u. a. „Superfaktor Bewegung. Das Beste für Ihr Gehirn.“ (Ratey & Hagerman, 2013) oder „Bewegung als Therapie. Gezielte Schritte zum Wohlbefinden“ (Zwick, 2007). In diesem Kontext empfiehlt Hollmann (2010, S. 149) aus gesundheitlichen und leistungsbezogenen Gründen zur Verbesserung der Gehirnstrukturen, Gehirnleistungsfähigkeit und Gehirngesundheit ein Koordinationstraining, was wie später gezeigt wird, u. a. mittels der Jonglage möglich ist. Ebenfalls findet in anderen Wissenschaftsdisziplinen ein gesteigertes Interesse statt, u. a. in den Sozialwissenschaften, so z.B. „Homo cerebralis“

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

(Hagner, 2000), „zerebralen Subjekt“ (Vidal, 2009) oder der Wandel von „Personhood“ zu „Brainhood“ (Hasler, 2012).

Aspekt 5

Durch Wettbewerbsdruck, Internationalisierung und Einbindung neuer Technologien haben psychische Belastungen am Arbeitsplatz zugenommen (vgl. Flake et al., 2001; Lenhardt, 2005). Vor allem die steigende Informationsflut erschwert eine (psychisch) gesunde Lebensweise (siehe Kapitel 6.5). Psychische Beanspruchung kann hierbei sowohl aus dem beruflichen als auch aus dem privaten Bereich stammen (vgl. Sieland, 2007, S. 207 f.). Es ist heutzutage ein immer größer werdender Leistungsdruck in Schule, Studium zu verzeichnen und in der Arbeitswelt sind die Steigerung, der optimierte Einsatz und der Erhalt geistiger Ressourcen ein Thema, das, wie in Abbildung 4 dargestellt, mehr und mehr an Bedeutung gewinnt (vgl. Hey et al., 2010, S. 120). Im Stressreport (BAuA, 2012) gaben 58 Prozent der Befragten an, dass ihre Tätigkeit häufig die gleichzeitige Betreuung verschiedenartiger

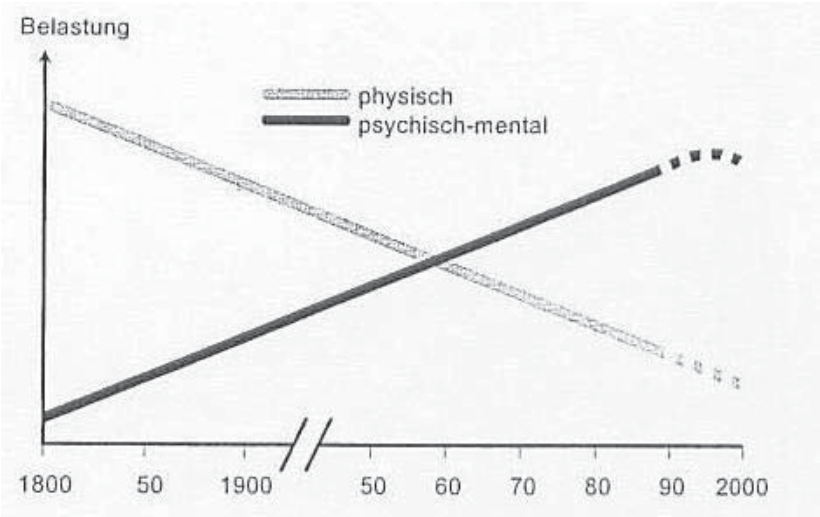

Abb. 4: Der Wandel der Anforderungen im Beruf (nach Müller-Limmroth, 1990 aus Opper, 1998, S. 63)

Aufgaben verlangt. Damit steht Multitasking auf Platz eins der häufigsten Arbeitsanforderungen, gefolgt von starkem Termin- und Leistungsdruck (52 Prozent), ständig wiederkehrenden Arbeitsvorgängen (50 Prozent) und Störungen und Unterbrechungen bei der Arbeit (44 Prozent). Stress, als eine Form der psychischen Beanspruchung, ist somit eine wesentliche Einflussgröße auf die geistige Leistungsfähigkeit. Sowohl chronischer (vgl. Caswell et al. 2003; Öhman et al. 2007) als auch akuter Stress (vgl. Fuchs & Flügge 2001;

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Jelicic et al. 2004) wirken ungünstig auf die geistige Leistung. Es finden sich Anzeichen einer Art kognitiver Erschöpfung (risk fatigue). Somit ist kaum verwunderlich, dass es bei Reizüberflutung auch zu Störungen dieser Regulationsprozesse kommen kann, die sich unter Umständen in psychosomatischen Symptomen äußern (vgl. Rösler, 2011, S. 83). Die durch psychische Beanspruchung direkt und indirekt entstehenden Kosten werden mittlerweile ähnlich hoch wie jene für physische Arbeitsbelastungen geschätzt (vgl. Kuhn, 2002).

Die gesteigerten Anforderungen auf psychischer Ebene zeichnen sich auch durch die gesteigerte Nutzung von Neuro-Enhancer ab. Neuro-Enhancer sind Mittel, welche die psychische Leistungsfähigkeit verbessern sollen. Der Wunsch nach einer Verbesserung von Gehirnfunktionen ist nicht neu (vgl. Fröstl, 2007). So diente etwa Metamphetamin (Pervitin®) im Zweiten Weltkrieg unter den Spitznamen Panzerschokolade oder Stuka-Tabletten als Mittel zur Dämpfung des Angstgefühls und zur Steigerung der Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit von Soldaten (vgl. Schweim, 2009). Doch heutzutage finden Neuro-Enhancer auch in der Normalbevölkerung Verwendung, wie die folgenden zwei Studien belegen. Die Studie der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) (2009) unter Arbeitnehmern (n = 3000) kam zu dem Ergebnis, dass fünf Prozent der Befragten Substanzen zur Leistungssteigerung eingenommen haben. Viele Beschäftigte halten es jetzt schon für sich selbst vertretbar, Neuro-Enhancer einzunehmen, wenn sie denn potent wirken würden und geringere Nebenwirkungen hätten. Um das Gedächtnis und die Konzentration im Beruf allgemein zu steigern geben 27,7 Prozent der Frauen und 24,9 Prozent Männer an derartige Substanzen einzunehmen (vgl. ebd.). 13 Prozent setzen sie gegen Müdigkeit während der Arbeit ein (vgl. ebd.). Das Robert-Koch-Institut (2011) hat im Jahr 2010 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Studie zum Einsatz leistungssteigernder Mittel im Alltag und in der Freizeit durchgeführt. Es haben insgesamt 6142 Personen daran teilgenommen. In dieser Studie wurden freiverkäufliche Mittel, verschreibungspflichtige Medikamente und Doping-Mittel berücksichtigt. Bei dieser schriftlichen Befragung haben 6,4 Prozent aller Teilnehmer einen Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten zur Leistungssteigerung bejaht. Die Gesamtprävalenz betrug 9,5 Prozent. Zur Vertiefung der Thematik Neuro-Enhancer sei auf die Werke von auf dem Hövel (2008) und Schöne-Seifert et al. (2009) verwiesen. Interessant und paradox zugleich ist hierbei, dass es zwar aufgrund der heutigen Alltagssituationen nahezu unabdingbar scheint kognitive Höchstleistungen vollbringen zu müssen, doch sind auch Personen, wie u. a. die Savants, die mit kognitiven

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Fähigkeiten im Überfluss „ausgestatten“ sind, kaum allein überlebensfähig. Denn dieses „Zuviel“ bedingt Minderungen in anderen Bereichen, wie in dem Film Rainman, dessen Geschichte sich am Leben des Savants Kim Peek orientiert, eindrucksvoll gezeigt wird. Im Überblick zu dieser Thematik siehe Podbregar & Lohmann (2012).

Die gestiegenen psychischen Belastungen im Berufsleben haben neben den genannten psychischen Folgen ebenso Konsequenzen auf die Physis. In den vergangenen Jahrzehnten lassen sich folgende Veränderungen bzgl. des Arbeitsplatzes auf die Physis feststellen (vgl. Martin & Steiner, 1992):

- Geringere dynamische Arbeit großer Muskelgruppen
- Überwiegend feinmotorische Arbeit kleiner Muskelgruppen
- Mehr statische Haltearbeit im Sitzen und im Stehen

Diese Veränderungen am Arbeitsplatz haben zu einem starken Anstieg der Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates geführt (vgl. Bös et al., 1992). Auf der anderen Seite bietet eine ausgewogene körperliche Aktivität am Arbeitsplatz die Möglichkeit, die körperliche Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern (vgl. Oja & Telama, 1991). Subsummierend ist gemäß den dargestellten aktuell überwiegend bestehenden Arbeitsplatzbedingungen, sowohl auf psychischer Seite als auch auf physischer Seite zu intervenieren. Es ist ergo eine Intervention notwendig, welche die beiden Komponenten, Psyche und Physis, berücksichtigt.

Aspekt 6

Leistungseinbußen der kognitiven Fähigkeiten sind bereits im mittleren Erwachsenenalter festzustellen (vgl. Salthouse, 1996) (siehe hierzu Kapitel 6.5). Denn die Verfügbarkeit der Gesundheit im Erwachsenenalter ist nicht als selbstverständlich anzusehen (vgl. Faltermaier, 2010, S. 81). Neben der Reduktion kognitiver Fähigkeiten ist ebenso ein Rückgang koordinativer Fähigkeiten zu verzeichnen (vgl. Teipel, 1988). Diese widerum spielen bei verschiedenen Formen von körperlicher Aktivität eine wichtige Rolle (vgl. Birrer et al., 2008). Sie stellen somit die Basis aller Leistungen dar (vgl. Bertram & Laube, 2008). Bzgl. des Gehirns, der zentralen Struktur der kognitiven und koordinativen Fähigkeiten wird davon ausgegangen, dass man zwischen dem 30. und dem 90. Lebensjahr durchschnittlich 15 Prozent des kortikalen Gehirngewebes und 25 Prozent der zerebralen faserreichen weißen Substanz verliert (vgl. Colcombe et al., 2003). Das Höchstmaß wird mit schwerwiegenden Defiziten im kognitiven, sensorischen und motorischen Bereich zwar erst im Lebensabschnitt

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

jenseits von 85 Jahren erreicht (vgl. Baltes & Smith, 2003), doch muss aus primärpräventiver Perspektive bereits im mittleren Erwachsenenalter interveniert werden.

Aspekt 7

Die Gesundheitsförderung und Prävention erlebte in den letzten Jahren einen immensen Aufschwung. Allein dadurch, dass eine gezielte Präventionspolitik die Überschneidung von Risikofaktoren verhindert, könnten schätzungsweise 20 bis 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland vermieden werden (vgl. Laaser & Hurrelmann, 2000). Seit einigen Jahren ist es deshalb erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland, diese nichtmedizinische Prävention als „vierte Säule“ des Systems der Gesundheitssicherung aufzubauen und zu stärken (vgl. Koalitionsvertrag, 2005). Das Bundesministerium für Gesundheit führt seit 2005 die Kampagne „Bewegung und Gesundheit“ durch, um die Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren (BMG, 2009). Teil der Gesamtstrategie ist auch die Auslobung des Deutschen Präventionspreises. Mit der Auslobung eines Präventionspreises in Verbindung mit dem „Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ wird beabsichtigt, die Thematik der Prävention und Gesundheitsförderung auf eine breite Basis zu stellen und ihr öffentliche Anerkennung zu verleihen. Im Juli 2002 wurde auf Initiative der Bundesministerin für Gesundheit das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung ins Leben gerufen. Ziel ist es, eine breite gesellschaftliche Bewegung für mehr Prävention und Gesundheitsförderung in Gang zu bringen. Auch in der Medizin ist ein Umbruch von Therapie zu Prävention erkennbar (vgl. Hollmann, 2010, S. 139). Die Prävention von Krankheiten gehört traditionell zu den zentralen Handlungsansätzen von Public Health (vgl. Maschewsky-Schneider, 2005), weil sie die gesundheitliche Lage der Bevölkerung ganz entscheidend beeinflussen kann, indem sie die Entstehung von Krankheiten verhindert oder verzögert. Aufgrund hoher Prävalenzraten hat sich die Prävention in den frühen Phasen (19. Jahrhundert) stärker auf Infektionskrankheiten, in späteren Phasen (zweite Hälfte 20. Jahrhundert) stärker auf Zivilisationskrankheiten, wie z. B. Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen oder psychische Erkrankungen gerichtet. Das aktuelle Krankheitspanorama zeigt, dass wenige, sehr verbreitete, chronische, meist degenerativ verlaufende Krankheiten zu ca. drei Vierteln das heutige Krankheits- und Sterbegeschehen in den Industrieländern bestimmen. Sie sind trotz medizinischer Fortschritte zumeist nicht heilbar, und bedürfen in der Regel

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

lebenslänglicher Begleitung, wenn auch meist nicht kontinuierlicher Behandlung. So sind chronische Erkrankungen durch kurative Interventionen mittelfristig nur wenig zu beeinflussen (vgl. Curry, Byers & Hewitt, 2003). Für die Versorgung der davon betroffenen Patientengruppen werden mehr als zwei Drittel der GKV-Ausgaben verwendet. Zugleich sind die zugrunde liegenden Krankheiten in sehr großem Ausmaß prävenierbar (vgl. Rosenbrock & Kümpels, 2006, S. 412). Daher zeigt die Prävention insbesondere dann eine unverzichtbare Strategie zur Gesunderhaltung der Bevölkerung, wenn die Aussichten, Krankheiten wieder vollständig zu heilen, gering sind. Ein großer Teil der Erkrankungen ist chronisch-degenerativ und ätiologisch mit Lebensstilen und –verhält-nissen verbunden. Ziel von Interventionen ist es deshalb, so früh wie möglich die voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustandes eines Einzelnen oder einer Gruppe so zu beeinflussen, dass ein höheres Niveau der Gesundheitsqualität erreicht wird (vgl. Lasser & Hurelmann, 2000; Trojan, 2002). Daher ist die Prävention nicht nur gesundheitspolitisch sinnvoll, sondern auch potentiell möglich. Und somit ist die Verstärkung von Primärprävention als Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten angesichts der Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen und der wachsenden Ungleichheit von Gesundheitschancen in reichen Industrieländern eine zentrale Herausforderung zeitgemäßer Gesundheitspolitik (vgl. Rosenbrock & Kümpers, 2006, S. 412). Trotz des Aufschwungs der Prävention und Gesundheitsförderung ist bis heute der präventive Ansatz der Gesundheitsversorgung allerdings gesellschaftlich gering gewichtet, und es sind kaum professionelle Strukturen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems vorhanden, die diese Aufgabe kontinuierlich verfolgen (vgl. Faltermaier & Wihlfky, 2011, S. 257 f.). Siehe hierzu auch das Teilkapitel 7.4. Ebenso ist dieses Ungleichgewicht zwischen Prävention und Therapie an den Ausgaben für das betreffende Gebiet und die investierte Zeit des Arztes für den Patienten abzulesen. So entfallen auf das Gesundheitssystem vier Prozent aller Gesundheitsausgaben auf die Prävention und Gesundheitsförderung, bei den Krankenkassen sind es hingegen nur drei Prozent (vgl. Naegele, 2004, S. 2). Zudem gaben 80 Prozent der befragten niedergelassenen Ärzte an, nicht mehr als zehn Prozent ihrer Arbeitszeit für Primärprävention zu nutzen (vgl. Gesundheitsmonitor, 2006). Ein Paradox besteht allerdings in der nicht-intendierten Vermehrung von Unsicherheit durch den modernen Präventionsdiskurs (vgl. Lengwiler & Madarasz, 2010, S. 16). Die widersprüchlichen Reaktionen zeigen, dass die Zunahme an Präventionsauflagen auf subjektiver Ebene das Potenzial an Verunsicherungen nicht

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

reduziert, sondern eher noch vermehrt hat. Durch die Kampfansage immer besser werden zu müssen und den eigenen Körper gesund zu erhalten, entsteht daher eine neue soziale Krankheit, die „chronische Gesundheit“, wie sie Varul-Zick (2001) bezeichnet.

Aspekt 8

Die erwachsene Bevölkerung in Deutschland bewegt sich zu wenig (vgl. Schlicht & Brand, 2007, S. 7). Die Arbeitsgruppe um Rütten (2005) geht auf Basis eines Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Institutes aus dem Jahr 2003 von einem Anteil regelmäßig körperlich aktiver (zwei oder mehr Stunden pro Woche Sport) von ca. 35 Prozent in der Altersgruppe von 50–59-Jährigen aus. Lediglich etwa zehn bis 15 Prozent der Erwachsenen treiben mehr als zwei Stunden pro Woche Sport (vgl. Woll, 1998). Diese Anzahl wird aber als Mindestmaß angesehen, um somatische gesundheitsfördernde Effekte zu erhalten (vgl. Blair & Connelley, 1996; Morris, 1996). Laut Pahmeier (1998) kennen zwar ungefähr 90 Prozent der Deutschen die gesundheitsfördernden Aspekte des Sports, trotzdem sind immer noch 50 bis 85 Prozent der Deutschen sportlich inaktiv. Diese Inaktivität hat einen individuellen und volkswirtschaftlichen Schaden zur Folge (vgl. Brehm & Schlicht 2007, S. 9). Nach den Ergebnissen der Deutschen Erwachsenen Studie Gesundheit 1 (DEGS1) achtet etwa ein Drittel der Erwachsenen auf ausreichende körperliche Aktivität, und etwa ein Viertel treibt regelmäßig mindestens zwei Stunden pro Woche Sport. Damit hat die sportliche Aktivität im Vergleich zum diesbezüglichen Umfang, der im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 ermittelt wurde, zugenommen. Die von der WHO für einen gesundheitlichen Nutzen empfohlene Mindestaktivitätszeit von 2,5 Stunden pro Woche in mäßig anstrengender Intensität ist allerdings bei etwa vier Fünfteln der Bevölkerung nicht gegeben (vgl. Krug et al., 2013, S. 767). Trotz zahlreicher Aufklärungskampagnen und angebotener Bewegungsprogramme konnte dem Problem des Bewegungsmangels noch nicht effektiv und nachhaltig entgegengetreten werden (vgl. Schaller, 2003). In Deutschland sind gegenwärtig etwa 80 bis 90 Prozent aller Erwachsenen (vgl. Woll et al. 2003) sowie bereits bis zu 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen (vgl. Bös, 2003) von Bewegungsmangel betroffen (vgl. Landmann et al. 2007, S. 10). Dies hat dazu geführt, dass die heutige Generation die erste Generation in der Menschheitsgeschichte darstellt, die das biologische Mindestmaß an körperlicher Bewegung nicht erfüllt (vgl. Hollmann, 1991). Dabei ist die Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit zu 50 Prozent auf inaktivitätsbedingte Einflüsse zurückzuführen (vgl. Daley

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

& Spinks, 2000). Der Bewegungsmangel ist somit ein zentrales Problem des dritten Jahrtausends (vgl. Blair & Connelly, 1996) und kann als ein eigenständiger Risikofaktor für zahlreiche Zivilisationskrankheiten angesehen werden (vgl. Myers et al., 2004). Nach heutigem Erkenntnisstand gilt zudem als erwiesen, dass körperliche Aktivität ein relevanter Protektivfaktor ist (vgl. Bouchard et al., 2007; Fogelholm, 2005; Haskell, 2007; Schlicht & Brand 2007). In diesen Tenor stimmt auch die Aussage von Israel (1995) mit ein: *„Wir sind der Überzeugung, dass wir, ebenso wie wir Luft, Licht und Nahrung brauchen, auch ein Mindestmaß an körperlicher Bewegung zur Gesunderhaltung nötig haben. Der dauernd wachsende Bewegungstrieb, wie wir ihn an unseren Kindern beobachten, lehrt uns, dass dieser Drang einer natürlichen Forderung unseres Körpers entspricht"* (S. 25). Und Israel (1995) weiter „Die Bewegungsabstinenz verstößt gegen die Vertragsbindung, die der Mensch biohistorisch mit der Natur eingegangen ist." (S. 54). Bzgl. der spezifischen Teilnahme an Präventionsangeboten zeigt sich ein ähnliches Bild. In Deutschland dominieren insbesondere im Bereich der Primärprävention verhaltenspräventive Maßnahmen die Präventionslandschaft (vgl. Rosenbrock & Michel, 2007). Nach Jordan und von der Lippe (2013) nehmen 16,6 Prozent an mindestens einer Maßnahme teil: Frauen signifikant fast doppelt so häufig 22,1 Prozent wie Männer elf Prozent (vgl. Präventionsbericht, 2013, S. 31). Dieser Unterschied ist in allen Altersgruppen statistisch signifikant, außer bei den 18- bis 29-Jährigen. Bei beiden Geschlechtern steigt die Teilnahmerate von den jüngeren zu den höheren Altersgruppen an. Die jüngste Altersgruppe, die 18- bis 29-Jährigen, nimmt etwa nur halb so häufig die Angebote in Anspruch wie die höchste Altersgruppe, die 65- bis 79-Jährigen (vgl. Jordan & von der Lippe 2013, S. 879). Insgesamt hat sich die Teilnahme im Vergleich zum Bundes-Gesundheitssurvey 1998 fast verdoppelt (9,1 Prozent). Parallel hat sich ein gesellschaftlicher Wandel hin zu einem wachsenden Bewusstsein für ein Gesundheitsverhalten entwickelt (vgl. Marstedt & Rosenbrock, 2009), welches indirekt die Inanspruchnahme präventiver Angebote unterstützt. Insgesamt ist es gelungen, mit den Maßnahmen 4,8 Mio. Menschen direkt zu erreichen. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich eine leichte Verschiebung der Inanspruchnahme in den drei Präventionsansätzen (vgl. Präventionsbericht, 2013, S. 8). Es gibt aber wenige Maßnahmen, die sich an Personen mittleren Alters richten (vgl. Jordan, 2012, S. 78). Trotz der besagten Zuwachsraten bzgl. der Teilnahme an Präventionsangeboten ist die Teilnahme an derartigen Angeboten immer noch zu gering. Zudem ist die Dropout-Quote sehr hoch (siehe Aspekt 9), obwohl die Mehrheit der

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Bevölkerung den Nutzen derartiger Angebote anerkennt. Vor allem die Zielgruppe im Alter zwischen 20 und 60 Jahren nimmt unzureichend teil. Diese geringe Teilnahme ist jedoch nicht nur auf eine personenzentrierte Causae zurückzuführen, sondern wird auch, wie bereits erwähnt, vom Medizinsystem, welches auf Kuration ausgelegt ist, bestimmt. Daher resümiert Breuer (1999): „Einer systematischen Nutzung des Präventivpotentials von Sport und Bewegung durch das Gesundheitssystem steht insbesondere die Dominanz des Medizinsystems im Weg.“ (S. 166).

Aspekt 9

Bisherige Programme des Gesundheitssports im Allgemeinen und der Prävention im Speziellen sind in den meisten Fällen durch hohe Abbruchquoten gekennzeichnet (vgl. Brehm et al. 2002, S. 18). Es wird geschätzt, dass ca. 50 Prozent der Sportprogrammteilnehmer während der ersten sechs Monate dieses Sportprogramm wieder abbrechen (vgl. Dishman, 1982; Fuchs, 2003) und eine dauerhafte Verhaltensänderung, die das Ende des Kurses überdauert, wird kaum erreicht (vgl. Fuchs, 2003, S. 142). Pahmeier (1994, S. 56) spricht von Dropout-Quoten zwischen 40 und 60 Prozent. Zudem werden selten die relevanten Zielgruppen erreicht (vgl. Scriba & Schwartz, 2004). Selbst bei hochmotivierten Gruppen, wie HIV-infizierten Teilnehmern, die an Präventionsprogrammen im Rahmen von Forschungsprojekten teilnehmen, reichen die Abbruchquoten bis zu 76 Prozent (vgl. Nixon et al., 2002). Die Jonglage könnte hier als dropout-senkende Intervention ansetzen, denn sie „bewirkt vor allem am Anfang und später, wenn sich erste Erfolge einstellen, einen Motivationssog, der viele nicht mehr loslässt. Man spricht ja auch z.B. von der `Droge` Jonglieren.“ (Gaal, 1999, S. 15). Zudem bietet die Pädagogik der Bewegungskünste mit ihren zu den bisherigen Gesundheitssportprogrammen teils konträren methodischen Herangehensweisen möglicherweise eine Lösung zur Senkung der Dropout-Quote (siehe Kapitel 8).

Aspekt 10

Die körperliche Aktivität ist als Maßnahme mit vielen positiven Gesundheitswirkungen bei Wissenschaftlern und der Allgemeinbevölkerung anerkannt (vgl. Rütten & Abu-Omar, 2003). Sport- und Bewegungsförderung sind daher fester Bestandteil von Public-Health-Maßnahmen (vgl. Krug et al., 2013, S. 767). Die Einstellung der Menschen zum Sport ist

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

überwiegend positiv; allerdings sind die wenigsten auch aktiv (vgl. Schlicht & Brand, 2007, S. 7) (siehe Aspekt 8). Laut Pahmeier (1998) kennen ca. 90 Prozent der Deutschen die gesundheitsfördernden Aspekte des Sports. Zumindest in den westlichen Industriestaaten gehört es zu den modernen Selbstverständlichkeiten zu wissen, dass körperliche Aktivität und besonders auch Sport einen wertvollen Beitrag zur Gesundheit leisten können. Eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen zeigt, dass dieses Alltagswissen den Tatsachen entspricht (vgl. Dishman, Washburn, & Heath, 2004). So verfügen z.B. körperlich aktive Menschen über bessere kognitive Funktionen als Inaktive (vgl. u. a. Chodzko-Zajko, 1991; Colcombe & Kramer, 2003; Snowden et al., 2011). Bös und Gröben (1993) ziehen aus einer Analyse von Befragungen den Schluss, dass „der Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit längst den Charakter eines Stereotyps angenommen" hat (S. 9). So ist es nicht verwunderlich, dass Gesundheit ein Hauptmotiv zum Sport ist (vgl. Brehm et al., 2002, S. 9). Die vielen positiven Aussagen bei Befragungen bzgl. des Sports können sicherlich auch darauf zurückzuführen sein, dass das Gesundheitsbewusstsein sozial erwünscht ist (vgl. Fishbein & Capella, 2006). Gleichfalls müssen die positiven Antworten in folgenden Zusammenhang gesehen werden: Wenn Befragte sich mit einer korrekten Antwort eingestehen müssten, wider besseres Wissen ungesund zu leben, entstehen kognitive Dissonanzen (vgl. Festinger, 1957). Nicht zu verkennen ist ebenso, dass Bewegung und Sport zu den wichtigen Restnischen für die Qualität der Gemeinschaft und Sozialkontakt zählen (vgl. Mitterbauer, 1997, S. 94). Vereinigungen wie die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP), welche den Fokus auf die Verbindung zwischen Sport und Prävention richtet oder Kampagnen, wie das Gemeinschaftsprojekt „Deutschland bewegt sich!“ der Barmer GEK, der Bild am Sonntag und dem Zweiten Deutschen Fernsehen, zeigen zudem die gesellschaftliche Anerkennung der körperlichen Aktivität für die Gesundheit.

Aspekt 11

Der elfte Aspekt bezieht sich auf die aktuell angebotenen Präventionsprogramme gemäß § 20 SGB V. Bei Sichtung dieser Programme wird deutlich, dass Bewegungsformen aus den Bewegungskünsten keine bzw. nur eine sehr geringe Rolle spielen (siehe Kapitel 7.4.4). Die Nichtbeachtung der Bewegungskünste in den Präventionsangeboten mag auf verschiedenen Sachverhalten begründet sein, u. a. wäre die unter Aspekt 16 erläuterte mangelnde

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Forschungslage ein derartiger Sachverhalt oder aber auch, dass die koordinativen Fähigkeiten im Bezug zu gesundheitlichen Parametern eine noch relativ kurze Geschichte in der sportmedizinischen Forschung besitzen.

Aspekt 12

Unter diesem Aspekt sei genannt, dass ein gesteigertes Interesse an Bewegungskünsten allgemein und dem Jonglieren speziell zu verzeichnen ist, wie u. a. die steigende Teilnehmerzahl der Europäischen Jonglier Convention zeigt, vom Anfangsjahr 1978 mit elf Teilnehmern bis zum Höhepunkt 2008 in Karlsruhe mit 6800 Teilnehmern. Die Zahl der Conventions mit der Thematik Jonglage in Deutschland stieg von unter fünf pro Jahr in den 80er Jahren auf ca. 20 in den 90er Jahren und ab 2000 schließlich meist über 30 pro Jahr (vgl. www.inbaz.de, 2009). Sicherlich ist dieser Anstieg teilweise auch den neuen Vernetzung- bzw. Kommunikationswege geschuldet. Zirzensische Disziplinen finden mittlerweile aber auch Einzug in die Lehrpläne der Schulen (vgl. Engelmann-Pilger, 2007, S. 49). Kruse (1997) beschreibt ein Konzept von „Zirkus als erlebnispädagogische Möglichkeit in der Schule“. „Zirkuspädagogik und neue Bewegungskultur ist in den letzten Jahren vielfach aktuell geworden: sportpädagogisch, erlebnispädagogisch, schulisch, sozialpädagogisch, sozialtherapeutisch, spiel- und kulturpädagogisch, animativ und freizeitorientiert, interkulturell und integrativ.“ (Schnapp & Zacharias, 2000, S. 8). Die Zunahme und Entwicklung zirkuspädagogischer Angebote hat „in den letzten Jahren einen ungeheuren Aufschwung genommen“ (Winkler, 2007, S. 26). Mit der Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Zirkus im Jahr 2005 wurde die strukturelle Vernetzung der weitgehend eigenständig agierenden Zirkusprojekte verbessert.

Aspekt 13

Über die positiven Effekte der Jonglage wird in der Literatur vielfältig berichtet. Dies erfolgt allerdings zumeist ohne hinreichende wissenschaftliche Fundierung. So wird u. a. berichtet, dass Jonglieren helfen soll, sich im Berufsleben und im Alltag besser zurechtzufinden (vgl. Ehlers, 2009; Gelb & Buzan, 1996), die Aufmerksamkeit und Reaktionsschnelligkeit erhöht wird und auch nach Beendigung noch lange erhalten bleibt (vgl. Finnigan, 2008, S. 491), die Konzentration gefördert wird (vgl. Ehlers, 2009, S. 167; Gelb & Buzan, 1996, S. 27) oder eine „entspannte Konzentration“, also die Fähigkeit Konzentration zwischen verschiedenen Dingen aufteilen zu können, während gleichzeitig das Gesamtbild im Auge behalten wird

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

(vgl. Gelb & Buzan, 1996, S. 29), erreicht wird. Gaal (1999, S. 15) schreibt der Jonglage folgende Effekte zu: Erreichen einer größeren Genauigkeit beim Werfen und Fangen, Verbesserung der Augen-Hand-Koordination, Zeitgefühl und Rhythmusschulung, Entwicklung von Reflexen sowie Vielseitigkeit entwickeln. Gelb und Buzan (1996) beschreiben den Effekt des Jonglierens folgendermaßen: „Auf einfache und unmittelbare Art bringt uns die Kunst des Jonglierens in Einklang mit diesem universellen Rhythmus, weil sie einem Muster nachempfunden ist, das uns mit der gesamten Schöpfung verbindet und Saiten in unserem tiefsten Inneren zum Klingen bringt.“ (S. 25). Fissenewert (2009, S. 68) bringt dies auf die gesamte Zirkuspädagogik treffend auf den Punkt: „Gerade die Vielfalt des Themenfeldes ist es jedoch, die die Zirkusarbeit mit Kindern und Jugendlichen in den Augen mancher Menschen zum pädagogischen Allheilmittel macht.“ Die genannten Effekte scheinen auf den ersten Blick evident zu sein, allerding sind sie unter Evidenz im wissenschaftlichen Sinne weniger eindeutig bis gar nicht vorhanden, denn in Wissenschaftskreisen wird die Jonglage primär als „Vehikel“ zur Erforschung anderer Konstrukte, u. a. in der Grundlagenforschung zur Neuroplastizität (vgl. Draganski et al., 2004) oder zur geschlechterdifferenzierten Betrachtung des motorischen Lernens (vgl. Bund, 2003, 2004, 2006), eingesetzt und steht kaum im Mittelpunkt des Interesses (siehe Kapitel 8.4). So gibt es nach Christel (2009) „eine Fülle von Praxisleitfäden, Handbüchern oder Methodensammlungen, doch das große Feld der zirkuspädagogischen Theorie liegt (noch) weitgehend brach und ist nur an wenigen Stellen ‚beackert’ worden“ (S. 13).

Aspekt 14

Vielerorts werden innovative Programme gefordert, die einen kleinen materiellen Rahmen und eine hohe Praktikabilität besitzen. Vor allem kognitive Programme sind wichtig, da jede Intervention, die kognitive Verluste umkehren oder zumindest verlangsamen kann, ein großes Potential zur Verbesserung der Alltagskompetenz im Alter besitzt und zur Verzögerung von Pflegebedürftigkeit beiträgt (vgl. Kramer & Willis, 2002). Eine Möglichkeit der mangelnden Nachhaltigkeit von Präventionsprogrammen könnte die Schwierigkeit der Umsetzung sein oder aber auch eine Aversion der Zielgruppe zum Sport per se, wie möglicherweise durch schlechte Erfahrungen in der Schulzeit. Mit dem in dieser Arbeit konzipierten Jonglage-Programm könnten Personen zur Bewegung animiert werden, die auf Sportprogramme weniger bzw. gar nicht ansprechen. Der Sport wird durch das Jonglieren

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

aus dem Fokus gezogen und es könnten somit Personen, die eine negative Affinität zum Sport besitzen, trotzdem zur Bewegung animiert werden. Da Jonglieren mehr als Bewegungskunst definiert wird, eignet es sich als Medium zur Bewegungsanleitung. Zudem bedarf es nur eines geringen Materialaufwandes und nach einer Lernphase keiner weiteren Anleitung, was einerseits das Wirtschaftlichkeitsgebot und andererseits die Forderung nach einer selbstständigen Weiterführung beachtet. Auch Rütten (1998, S. 119) fordert zur sportlichen Aktivierung der Bevölkerung Sportarten mit niedrigen Einstiegsbarrieren. Zudem ist Gesundheit kein primäres Ziel des wettkampforientierten Sports (vgl. Brehm et al., 2002, S. 9). Vielmehr ist ein zentrales Merkmal des Sports der Leistungsvergleich im Wettkampfsport (ebd. S. 9). Brehm et al. (2002, S. 9) gehen sogar davon aus, dass eine primäre Gesundheitsorientierung den Wettkampfsport um eine wesentliche Sinnperspektive ärmer machen würde. Dem Sport wohnt nach Ansicht vieler Menschen ein Rekordgedanke inne (vgl. Brehm & Schlicht, 2007, S. 15). Bei der Jonglage ist der Leistungsgedanke weniger immanent als bei anderen Sportarten, sondern eher der Spaß, da Jonglieren, den meisten Personen aus dem Zirkus und freudigen Veranstaltungen bekannt ist. In diesem Kontext steht auch die Aussage von Gaal (1999): *„Die Vereine sind hier aufgerufen, wegzugehen von der Einstellung, daß [sic!] nur Sportlerinnen und Sportler für Vereine interessant sind, die rein leistungs- und ergebnisorientiert sind. Es gibt meiner Meinung nach eins ehr großes Potential an Kindern, Jugendliche und Erwachsenen, die ohne Wettkampfbindung im Verein Sport treiben und Spaß haben wollen. … Bewegungskünste und hier vor allem Zirkuskünste könnten in der Zukunft in Schule und Verein der `Renner´ sein!“* (S. 16). Somit stellen die Zirkuskünste „mit ihrer Vielfalt eine wertvolle Erweiterung der klassischen Sportarten dar.“ (vgl. Ballreich & Lang, 2007, S. 32). Geht es um digitale Programme zur Förderung der Kognition, ist zu beachten, dass Kinder und Jugendliche und Großteils auch Erwachsene in Deutschland in ihrer Freizeit bereits täglich mehrere Stunden damit verbringen, Bildschirmmedien zu konsumieren. Der Medienkonsum steht in Verbindung mit Aufmerksamkeitsstörungen, aggressivem Verhalten, Übergewicht, niedrigeren Bildungsabschlüssen und der Zeit, die Kinder alleine und nicht mit Freunden verbringen (vgl. Spitzer, 2002). Daher sollten Computerspiele nicht als Trainingsmethode zur Förderung kognitiver Funktionen eingesetzt werden (ebd.). Aus sportwissenschaftlicher Perspektive bietet sich ein überwiegend koordinativ geprägtes Training an, wie es mit der Jonglage gegeben ist, denn von „Geschicklichkeits- und Gewandtheitsübungen profitiert vor allem das Zentralnervensystem“

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

(Hollmann, 2010, S. 144), was wiederum das anatomische Substrat der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit bildet (siehe hierzu Kapitel 6).

Aspekt 15

„Ein wesentliches Qualitätsmerkmal einer Maßnahme im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung ist seine Wirksamkeit.“ (Dietrich & Koch, 2011, S. 10). Der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit ist zur Förderung eines Programmes gemäß § 20 SGB V notwendig (vgl. GKV-Leitfaden Prävention, 2014, S. 45). Hierbei bilden Evidenzbasierung, Bedarfsorientierung und Kontextpassung Grundbedingungen für die Wirksamkeit präventiver Angebote (vgl. Kliche et al., 2004, S. 125). Gesundheitsbezogene Interventionen haben das Ziel die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Üblicherweise folgen sie einer Handlungslogik, die auf dem Public Health Action Cycle basiert (Abb. 5). Dieser funktioniert wie folgt: Auf der Grundlage einer Problemdefinition, die auf Gesundheitsberichterstattung und (sozial-) epidemiologische Studien zurückgreift, werden theoriegestützt Strategien formuliert und konkrete Interventionen (z.B. Präventionsprogramme) geplant, die in einem dritten Schritt implementiert und umgesetzt werden. Als Abschluss des ersten Durchlaufs erfolgt die Evaluation und Bewertung, die u. a. dazu dient, zu beurteilen, ob die Intervention den gewünschten Effekt hatte oder ob der Zyklus erneut durchlaufen werden muss, weil das Ausgangsproblem nach wie vor besteht (vgl. Kolip, 2006). Im deutschen Gesundheitswesen ist die Qualitätssicherung bis heute fast

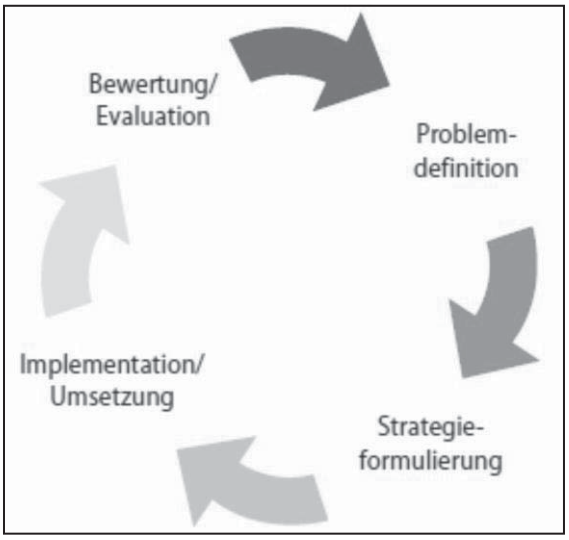

Abb. 5: Public Helath Action Cycle als Handlungsrahmen für gesundheitsbezogene Interventionen (nach Kolip, 2008, S. 30)

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

ausschließlich auf die kurative Medizin begrenzt. Der Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung steht noch am Anfang (vgl. Christiansen, 2000). Die Qualitätssicherung und Evaluation gehört somit zu den nicht ausgeschöpften Potenzialen der Prävention (vgl. Apitz & Winter, 2004). Dabei ist es im Gesundheitswesen von höchster Bedeutung, zu wissen, ob eine Intervention wirksam ist oder nicht und ob der Nutzen einer Intervention ihre Risiken überwiegt (RKI, 2012, S. 9). In der Prävention gilt dies in besonderem Maße. *„Der Prävention werden große gesundheitliche und ökonomische Potenziale zugeschrieben. Sie soll gesundheitliche Risiken eindämmen, die mit unserer Lebensweise einhergehen, sie soll der Verbreitung chronischer Erkrankungen entgegenwirken, die kurativ nur bedingt zu beeinflussen sind, sie soll eine Antwort geben auf die Alterung der Gesellschaft und die in diesem Zusammenhang befürchteten Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Das sind große Erwartungen und die Frage, mit welchen Interventionen sie zu erfüllen sind, ist mehr als berechtigt.“* (ebd.). Den Krankenkassen wird sogar ein Blick auf die Wirksamkeit primärpräventiver Maßnahmen abverlangt (§ 20 SGB V), dessen Sorgfalt und Objektivität aber niemand systematisch prüft, und daher haben viele Krankenkassen ihre Präventionsangebote einfachheitshalber dem Marketing beigeordnet (vgl**.** Kolip, 2011, S. 194). Auch im GKV-Leitfaden Prävention 2014 wird empfohlen eine Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation unter dem Gesichtspunkt der Verstetigung und Nachhaltigkeit durchzuführen (S. 23). Hierbei ist die regelmäßige Dokumentation und Reflexion der Interventionen anhand festgelegter Routinen sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation anhand wissenschaftlicher Methoden und Instrumente zu berücksichtigen (vgl. ebd.). International wird konstatiert, dass Qualitätsmanagement und Evaluation zwar mittlerweile bei Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität öfter zum Einsatz kommen; diese müssen aber weiter ausgebaut werden, wobei insbesondere Evaluationen mit längerfristigen Evaluationszeiträumen umgesetzt werden sollten (vgl. Abu-Otmar & Rütten, 2006). Diese Beobachtung gilt auch für Deutschland (vgl. Jordan & von der Lippe 2012, S. 80). Evaluation bedeutet in diesem Kontext „die wissenschaftliche Bewertung von Sachverhalten – in unserem Kontext von gesundheitlich-sozialen Programmen – mittels jeweils vom Sachverhalt her angemessener Methoden.“ (Elkeles, 2006, S. 111). Wie alle anderen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch, müssen Leistungen der Primärprävention dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und wirtschaftlich erbracht werden;

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

die Anbieter sind darüber hinaus auch zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet (§§ 2, 70, 135a SGB V) (vgl. GKV-Leitfaden Prävention, 2010, S. 17). Daher wird eine verstärkte Evaluation von Präventionsprogrammen aufgrund der monetären Investitionen von Krankenkassen sowie von staatlicher Seite gefordert. Für die Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung haben die Krankenkassen 238 Mio. Euro im Berichtsjahr 2012 ausgegeben. Dies bedeutet Aufwendungen von 3,41 Euro je Versicherte, was den gesetzlich vorgesehenen Orientierungswert für das Jahr 2012 in Höhe von 2,94 Euro deutlich übertrifft. Für den individuellen Ansatz betrugen die Ausgaben 164 Mio. Euro (vgl. Präventionsbericht, 2013, S. 8 f.). Es ist daher statt einer dysfunktionalen „Gießkannenfinanzierung" eine qualitätsorientierte Feinsteuerung notwendig, die auf die zu erwartende Wirksamkeit und Effizienz der Angebote anspricht (vgl. Kliche et al., 2006, S. 141). Für die Bundesrepublik sowie auch international kommen Studien über primärpräventive Maßnahmen überwiegend zu dem Ergebnisse, dass Schwachstellen dieses Versorgungsfeldes vorliegen (vgl. Elkeles, 2005; Göpfert, 2004; Kilian et al., 2004; Marks & Skyes, 2002; Molleman, 2005; Nutbeam, 1998). Eine Evaluation ist ebenso deshalb notwendig, weil auch kritische Stimmen vorhanden sind, ob Prävention denn überhaupt Kosten einspart und nicht nur vielmehr die Kosten in der Lebensspanne hinausschiebt (vgl. Krämer, 2006). Somit ist Evaluation zwingend notwendig, denn damit „geht es also allen Akteuren der Prävention um die Schaffung von Legitimation ihres Handelns." (Bödeker, 2006, S. 2). Auch bei Bortz und Döring (2006, S. 97) ist die Legimitationsfunktion ein zentrales Ziel der Evaluation. Der spezifischen Problematik einer Evaluation in der Prävention und Gesundheitsförderung wird sich im Kapitel Methodik gewidmet. Ein Unterpunkt bzgl. der Evaluation ist, dass die vorhandenen Evaluationsinstrumentarien kaum kognitive Fähigkeiten inkludieren. Zur Verankerung und Zulassung ist allerdings gemäß des GKV-Leitfadens Prävention 2014 die Wirksamkeit anhand von Studien vorzulegen. Somit ist erst einmal eine Untersuchung notwendig bevor überhaupt eine Einreichung zur Zulassung Sinn ergibt. Als Beispiele für Evaluationen von Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. des Gesundheitssport allgemein seien die Instrumentarien von Brehm et al. (2006) und Dietrich & Koch (2011), die beide gewiss zu den umfangreichsten gezählt werden können, genannt. Dietrich & Koch (2011) testen auf der psychologischen Ebene mit Untertests die individuelle Gestaltungsfähigkeit, das aktive Gesundheitsverhalten, die soziale und motivationale Komponente des Bewegungsverhaltens

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

sowie die Schmerzbelastung. Die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit wird nicht berücksichtigt. Auch das Evaluationsinstrumentarium von Brehm et al. (2006) berücksichtigt die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit nicht speziell. Es ergibt sich somit die Notwendigkeit die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit in die Evaluation von Präventionsprogrammen zu integrieren.

Aspekt 16

Es sind immer mehr Forscher davon überzeugt, dass sich moderate, regelmäßige Bewegung positiv auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirkt (vgl. Ayan, 2009). Neurophysiologische Studien belegen, dass körperliche Aktivität kognitive Entwicklungsprozesse auf neuronaler Ebene anregt (vgl. Hillman et al., 2009; Kramer et al., 2008). Zudem scheint körperliche Aktivität in mittleren Jahren kognitive Degeneration in späteren Jahren vorzubeugen (vgl. Richards, Hardy & Wadsworth, 2003). Zahlreiche Forscher sehen daher den Effekt körperlicher Aktivität auf das Gehirn als genauso bedeutsam wie den Effekt auf das Herz-Kreislaufsystem (vgl. Hollmann, Strüder & Tagarakis, 2003). Nach Tomporowski (2003; 2006) scheint moderate körperliche Aktivität in einer ähnlichen Art wie psychostimulierende Medikamente zu wirken, welche nicht direkt auf Verarbeitungsprozesse Einfluss nehmen, sondern eher Prozesse der Aufmerksamkeit beeinflussen. Die Übertragbarkeit dieser Erkenntnisse auf Anwendungsfelder ist jedoch noch nicht ausreichend gesichert (vgl. Etnier et al., 2006; Tomporowski et al., 2008) und bedarf, wie in dieser Arbeit vorgelegt, weiterer Untersuchungen (vgl. Kempermann, 2012, Sibley & Etnier, 2003). Die inkongruente Forschungslage zeigt sich dadurch, dass einige Studien Zusammenhänge (vgl. Etnier et al., 2006; Uffelen et al., 2008) zwischen körperlicher Aktivität und Kognition zeigen, andere hingegen nicht (vgl. Angevaren et al., 2008; Erickson & Kramer, 2009; Smith et al., 2010). Zur detaillierten Studienauflistung siehe Kapitel 9.4.

In Tabelle 1 werden die einzelnen Aspekte, der der Arbeit zugrundeliegenden Problemstellung, noch einmal in einer Übersicht dargestellt.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Tab. 1: Conclusio der Problemstellung

Aspekt	Inhalt
1	Gesundheit gilt als höchstes Gut unserer Gesellschaft.
2	Die Dominanz des Somatischen bzw. die Rezessivität der Psyche in der Medizin.
3	Die geringfügige Beachtung der kognitiven Fähigkeiten in Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung.
4	Das steigende Interesse an den Neuro(bewegungs)wissenschaften.
5	Die steigende Bedeutung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit für das gesunde Leben in der heutigen Gesellschaft.
6	Die bereits im mittleren Lebensalter beginnende Reduktion der kognitiven und koordinativen Fähigkeiten.
7	Die gesellschaftliche und individuelle Präferenz von Maßnahmen Prävention und Gesundheitsförderung aufgrund des veränderten Krankheitspanoramas, aber die mäßige Umsetzung der selbigen.
8	Das mangelhafte Bewegungsverhalten der bundesdeutschen Bevölkerung sowie die geringe Teilnahme an Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung.
9	Die hohe Dropout-Quote von Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung.
10	Die gesellschaftliche und individuelle Präferenz von körperlicher Aktivität für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit.
11	Die Nichtbeachtung der Bewegungskünste im Bereich präventiver und gesundheitsfördernder Programme.
12	Das gesteigerte Interesse an Bewegungskünsten, speziell der Jonglage.
13	Die in der Literatur angepriesenen positiven Effekte der Jonglage auf die kognitiven Fähigkeiten des Menschen ohne wissenschaftliche Fundierung.
14	Die Forderung nach neuen Konzepten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung.
15	Die Forderungen nach vermehrter wissenschaftlich fundierter Evaluation bzgl. präventiver und gesundheitsfördernder Programme sowie der Inkludierung kognitiver Fähigkeiten in Evaluationsinstrumentarien.
16	Die inkongruente Forschungslage bzgl. der Wirkung körperlicher Aktivität auf die kognitiven Fähigkeiten im Allgemeinen und auf die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit im Speziellen.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

4. Zielsetzung der Arbeit

Werden die genannten Aspekte des Kapitels Problemstellung subsummiert ergibt sich nach wissenschaftlicher Vorgehensweise die logische Konsequenz der folgenden Zielsetzungen. Das übergeordnete Ziel ist die Verortung der Bewegungskunst Jonglage und der beiden psychologischen Konstrukte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit in das bestehende Spektrum der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Jonglage ist hierbei auf der Interventionsebene zu integrieren. Die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sind der Ergebnisevaluation beizuordnen. Folgende Teilziele sind notwendig.

1. Querschnittliche Untersuchung der Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit zwischen Jongleuren und Nicht-Jongleuren.

2. Die Konzeption eines primärpräventiven und gesundheitsfördernden Bewegungsprogramms gemäß den gesundheitspolitischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Bundesrepublik Deutschland sowie den sportwissenschaftlichen Richtlinien, welches die Bewegungskünste und hier speziell die Balljonglage beinhaltet.

3. Die Durchführung und ergebnisbezogene Evaluation dieses Bewegungsprogramms zum Erkenntnisgewinn bzgl. einer möglichen Wirksamkeit auf die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit.

Die Erläuterung zu den einzelnen Teilzielen erfolgt spezifisch im Methodenteil. Die genannten Ziele wiederum bilden die im Titel benannte Thematik der Dissertation „Jonglieren als Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung- Konzeption und Evaluation“. Warum die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung beide Verwendung finden, scheint möglicherweise zunächst verwirrend zu sein, findet allerdings im weiteren Verlauf der Arbeit mittels detaillierter Erläuterung, speziell im siebten Kapitel, eine Klärung. An dieser Stelle sei vorweggenommen, dass die Problemstellung und Zielsetzung gemeinsam mit den im zwölften Kapitel aufgeführten Fragestellungen und Hypothesen den Rahmen des Theorieteils bilden. Die in diesen Rahmen eingefügten themenrelevanten Gesichtspunkte bilden das wissenschaftliche Fundament für die gezielte Fragstellung und Hypothesenbildung bzgl. der Thematik und sind demgemäß vorangestellt.

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

5. Das Konstrukt Gesundheit

Im ersten Teilkapitel wird sich dem Begriff Gesundheit mittels verschiedener Perspektiven definitorisch genähert. Dies ist zwingend erforderlich, da die Gesundheit mit ihren diversen Facetten sowohl die Grundlage als auch den Ausgangspunkt der im weiteren Verlauf der Arbeit thematisierten Prävention und Gesundheitsförderung bildet. Neben dem Begriff der Gesundheit wird sich in weiteren Teilkapiteln zwei anderer, im Kontext der Gesundheit für die vorliegende Arbeit, wichtiger sowie zur Differenzierung notwendiger Begrifflichkeiten gewidmet; dem des Wohlbefindens und der Krankheit. Ausgehend von der Gesundheitsdefinition der WHO werden des Weiteren die einzelnen Kompartimente spezifisch besprochen, wobei das Hauptaugenmerk auf dem psychischen Bereich liegt. In den abschließenden Teilkapiteln werden einerseits zur Verdeutlichung der Gesundheitsdefinitionen und andererseits zur Darstellung der Komplexität des Interventionsbereichs der Prävention und Gesundheitsförderung zwei der bekanntesten Gesundheitsmodelle kurz vorgestellt. Denn eine systematische, wissenschaftlich fundierte Gesundheitsförderung baut auf Modellvorstellungen über Gesundheit auf (vgl. Becker, 1992, S. 92), und das Verstehen von Gesundheitsdeterminanten ist Voraussetzung für Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze jeglicher Art. In diesem Kapitel wird somit die Grundlage für alle weiteren Aspekte der Arbeit gelegt.

5.1 Definitionen und Klassifikationen wichtiger Begriffe

5.1.1 Gesundheit

Gesundheit ist in einer modernen Gesellschaft ein allgemein anerkanntes und erstrebenswertes Ziel (vgl. Weiss, 1997, S. 11) und ein zentraler Wert (vgl. Schmidt-Semisch & Paul, 2010, S. 7), für viele Menschen sogar der höchste aller Werte (vgl. von Troschke, 2008, S. 20). Sie ist „zu einem Grundwert und einem Leitbegriff in unserer entwickelten Industriegesellschaft geworden.“ (Schwartz, 1998, S. 9) und ein zentrales Lebensthema des Menschen (vgl. von Troschke, 2008, S. 20). Gesundheit hat heutzutage u. a. deshalb einen sehr hohen Wert bekommen, weil Aspekte wie Vaterlandsliebe, Sorge um Familie, Ansehen, oder Religionen einen Bedeutungsverlust bekommen haben. Dies geschah im Zuge des Wertewandels, der sich in den siebziger Jahren vollzogen hat (vgl. Inglehart, 1977; Rodenstein, 1987). Dies spielt wohl auch im Kontext der Anthropologie eine Rolle, denn nahezu alle Weltanschauungen beziehen sich auf zwei anthropologische Grundbestimmtheiten: auf die Erfahrung menschlicher Endlichkeit, was dem

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.

Kontingenzbewusstsein entspricht, und auf die Geneigtheit, nicht endlich sein zu wollen, was der Idee vollendeter Selbstgestaltung gleichkommt (vgl. Hauser, 2011, S. 170). Das Streben nach vollständiger Gesundheit liegt wohl in der Sache der Natur, bleibt aber Illusion, da die Beseitigung von Krankheiten lebensfern ist (vgl. Schlicht, 1998, S. 217). ,,Alle Deutungen von Gesundheit - so unterschiedlich sie auch sein mögen - verweisen auf eine vorweggenommene Ordnung, ... auf ein vorgegebenes Regelwerk" (Labisch, 1992, S. 12). Unsere zivilisatorischen Lebensbedingungen erfordern zudem eine besondere gesellschaftliche Beachtung des Themas Gesundheit (vgl. Brehm et al., 2002, S. 7). So erklärte auch die WHO in der Ottawa-Charta 1986 „Gesundheit für alle“ als ein weltweites Ziel (vgl. ebd.).

Etymologisch stammt der Begriff Gesundheit aus dem mittelhochdeutschen „gesunt“ und dem althochdeutschen „gesint“ bzw „geschwind“. Dies bedeutet: mit Macht versehen und insofern mächtig, stark. Wer „gesund“ ist, ist demnach jemand, der etwas kann, der mächtig ist. Das erinnert an die Konzeption von Medard Boss (1999), der die Gesundheit als eine Mächtigkeit im Ausführen des Daseinsvollzuges versteht. Im Englischen ist die Rede von „health“. Aus demselben Ursprung spricht man im Deutschen vom „heilen“ (to heal) und von der Heilkunde (vgl. Boss, 1999, S. 440 ff.). Ursprünglich leitet sich jedenfalls der englische Begriff health von „hael“ ab, was so viel wie vollständig heilen meint (vgl. Naidoo & Wills, 2003, S. 5).

Auch die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitsthemas ist exorbitant. Der Gesundheitsmarkt entwickelt und wächst permanent weiter (vgl. von Troschke, 2008, S. 23). Nefiodow, ein russischer Zukunftsforscher, hält es geradezu für einen Mega-Trend (vgl. Abicht et al., 2001, S. 98 ff.). In Abbildung 6 werden die nach Nefiodow angegeben Zyklen der Wirtschaft dargestellt. Wie deutlich zu erkennen ist, befindet sich die Menschheit derzeit im Zyklus der ganzheitlichen Gesundheit.

Die folgenden im DIHK-Report Gesundheitswirtschaft (vgl. DIHK 2011) veröffentlichten Fakten verdeutlichen, dass die Gesundheitsbranche auch in Deutschland wächst. So ist der Gesundheitssektor ist mit einem Marktvolumen von 260 Mrd. € der größte Wirtschaftszweig Deutschlands. Im Gesundheitssektor werden im Jahr 2012 ca. 70.000 neue Stellen geschaffen. Damit entsteht jeder vierte neue Job in der Gesundheitswirtschaft. Weiterhin steigt die Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen aufgrund des demografischen Wandels und der zunehmenden Gesundheitsorientierung der Konsumenten

Dieses Werk ist copyrightgeschützt und darf in keiner Form vervielfältigt werden noch an Dritte weitergegeben werden.
Es gilt nur für den persönlichen Gebrauch.