

Subjektive Gesundheit im Nachwuchsleistungssport

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der Eberhard Karls Universität Tübingen

vorgelegt von
M.A. Alexia Schnell
aus Sindelfingen

Tübingen

2016

Tag der mündlichen Prüfung:

20.04.2016

Dekan:

Professor Dr. rer. soc. Josef Schmid

1. Gutachter:

Prof. Dr. Ansgar Thiel

2. Gutachter:

Prof. Dr. Gorden Sudeck

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einführung in die Thematik.....	1
1.1 Problemstellung und Einführung zentraler Begrifflichkeiten	1
1.2 Gesundheitswissenschaftliche Vorüberlegungen.....	11
1.3 Fragestellungen der Arbeit.....	19
1.4 Forschungsstand und Forschungsdesiderate	19
1.5 Konzeption der Arbeit.....	22
2 Theoretischer Rahmen	24
2.1 Gesundheitsbewusstsein	24
2.1.1 Gesundheitsbewusstsein der Allgemeinbevölkerung	25
2.1.1.1 Subjektive Gesundheitskonzepte	25
2.1.1.2 Subjektive Gesundheitstheorien.....	42
2.1.1.3 Subjektive Bedeutung von Gesundheit – gesundheitsbezogene Risikobereitschaft	55
2.1.1.4 Körperbewusstsein.....	62
2.1.1.5 Zusammenfassung.....	76
2.1.2 Gesundheitsbewusstsein bei Leistungssportlern	80
2.1.2.1 Subjektive Gesundheitskonzepte	80
2.1.2.2 Subjektive Gesundheitstheorien.....	87
2.1.2.3 Gesundheitsbezogene Risikobereitschaft	95
2.1.2.4 Körperbewusstsein.....	98
2.1.2.5 Zusammenfassung.....	102
2.2 Subjektiver Belastungszustand – Burnoutsymptomatik.....	107
2.2.1 Burnout bei der Allgemeinbevölkerung.....	109
2.2.2 Burnout im Kontext des Leistungssports.....	111
2.2.3 Zusammenfassung: Burnout im Kontext des Leistungssports.....	126
2.3 Schlussfolgerungen, Forschungsdefizite und forschungsleitende Fragen	129

2.3.1	Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern	130
2.3.2	Burnout im Kontext des Leistungssports.....	137
3	Methodisches Vorgehen.....	139
3.1	Erhebungsmethode.....	139
3.2	Datenerfassung und Stichprobe.....	141
3.3	Erhebungsinstrumente	142
3.3.1	Gesundheitsbewusstsein	142
3.3.1.1	Subjektive Gesundheitskonzepte	143
3.3.1.2	Subjektive Gesundheitstheorien.....	145
3.3.1.3	Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft.....	149
3.3.2	Burnoutsymptomatik bei Leistungssportlern.....	150
3.4	Statistische Analysen.....	152
3.4.1	Gesundheitsbewusstsein	152
3.4.1.1	Testtheoretische Überprüfung der entwickelten Skalen	153
3.4.1.2	Analysen zur Beantwortung der Fragestellungen.....	159
3.4.2	Burnoutsymptomatik bei Leistungssportlern.....	164
4	Empirie.....	165
4.1	Gesundheitsbewusstsein	167
4.1.1	Subjektive Gesundheitskonzepte	167
4.1.1.1	Testtheoretische Überprüfung.....	168
4.1.1.2	Analysen zur Beantwortung der Fragestellungen.....	172
4.1.2	Subjektive Gesundheitstheorien.....	183
4.1.2.1	Testtheoretische Überprüfung.....	183
4.1.2.2	Analysen zur Beantwortung der Fragestellungen.....	187
4.1.3	Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft.....	202
4.1.3.1	Testtheoretische Überprüfung.....	202
4.1.3.2	Analysen zur Beantwortung der Fragestellungen.....	204
4.2	Burnoutsymptomatik bei Leistungssportlern.....	222
5	Diskussion.....	243
5.1	Gesundheitsbewusstsein	243

5.1.1	Subjektive Gesundheitskonzepte	243
5.1.2	Subjektive Gesundheitstheorien.....	256
5.1.3	Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft.....	270
5.2	Burnoutsymptomatik bei Leistungssportlern.....	282
6	Fazit und Ausblick	292
6.1	Inhaltliche Schlussfolgerungen, resultierende Forschungsfragen für Folgeuntersuchungen und Handlungsempfehlungen.....	293
6.2	Methodische Schlussfolgerungen	310
6.2.1	Modellbetrachtungen.....	310
6.2.2	Stichprobe	314
6.2.3	Erhebungsinstrumente	315
6.3	Zusammenfassung.....	318
7	Literaturverzeichnis	320
8	Anhang	348

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Spannungsfelder, in denen sich Nachwuchsleistungssportler befinden	7
Abbildung 2:	Klassifikationsschema des Konstrukts ‚Gesundheitsbewusstsein‘ in Anlehnung an Faltermaier (1994, 2005)	18
Abbildung 3:	Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei der Allgemeinbevölkerung	41
Abbildung 4:	Subjektive Gesundheitstheorien: Einflussbereiche und -prozesse (Faltermaier et al., 1998b, S. 100)	46
Abbildung 5:	Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien bei der Allgemeinbevölkerung	54
Abbildung 6:	Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft bei der Allgemeinbevölkerung	60
Abbildung 7:	Teilbereiche des Körperbewusstseins und deren Zusammenhang	63
Abbildung 8:	Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung des Stellenwerts des Körpers bei der Allgemeinbevölkerung	66
Abbildung 9:	Teilbereiche des körperbezogenen Selbstkonzepts	67
Abbildung 10:	Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung des körperlichen Erscheinungsbildes bei der Allgemeinbevölkerung.....	71
Abbildung 11:	Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen bei der Allgemeinbevölkerung	75
Abbildung 12:	Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Athleten	86
Abbildung 13:	Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien bei Athleten.....	94
Abbildung 14:	Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft bei Athleten	98
Abbildung 15:	Empirisch ermittelte sowie sachlogische Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnout-Subskala ‚Vermindertes Leistungsstreben‘	118
Abbildung 16:	Empirisch ermittelte sowie sachlogische Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnout-Subskala ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘	121

Abbildung 17:	Empirisch ermittelte sowie sachlogische Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnout-Subskala ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘	125
Abbildung 18:	Mittelwerte: Definitorische Bestimmungen von Gesundheit	173
Abbildung 19:	Mittelwerte: Definitorische Bestimmungen von Gesundheit mit Bezügen zur wahrgenommenen Kontrollierbarkeit von Gesundheit.....	173
Abbildung 20:	Mittelwerte: Dynamische Vorstellungen von Gesundheit	175
Abbildung 21:	Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Nachwuchsleistungssportlern.....	176
Abbildung 22:	Mittelwerte: Subjektive Gesundheitstheorien	189
Abbildung 23:	Mittelwert: Wahrgenommene Auswirkung des leistungssportlichen Engagements auf die eigene Gesundheit.....	190
Abbildung 24:	Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien bei Nachwuchsleistungssportlern.....	191
Abbildung 25:	Mittelwerte: Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft.....	205
Abbildung 26:	Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft bei Nachwuchsleistungssportlern.....	207
Abbildung 27:	Entscheidungsbaum: ‚Psychosoziale Risikobereitschaft‘	213
Abbildung 28:	Entscheidungsbaum: ‚Langfristig Physische Risikobereitschaft‘ ...	217
Abbildung 29:	Entscheidungsbaum: ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft‘	221
Abbildung 30:	Mittelwerte: Burnout-Subskalen.....	223
Abbildung 31:	Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnoutsymptomatik.....	225
Abbildung 32:	Entscheidungsbaum: Burnout-Subskala: ‚Vermindertes Leistungsstreben‘	231
Abbildung 33:	Entscheidungsbaum: Burnout-Subskala: ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘	235
Abbildung 34:	Entscheidungsbaum: Burnout-Subskala: ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘	239
Abbildung 35:	Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Nachwuchsleistungssportlern.....	256
Abbildung 36:	Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien bei Nachwuchsleistungssportlern.....	269
Abbildung 37:	Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft von Nachwuchsleistungssportlern.....	282

Abbildung 38:	Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnoutsymptomatik von Nachwuchsleistungssportlern.	290
Abbildung 39:	Klassifikationsschema des Konstrukts ,Gesundheitsbewusstsein‘ in Anlehnung an Faltermaier (1994, 2005) – angepasst auf Basis der empirischen Befunden der vorliegenden Untersuchung	313

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Subjektive Gesundheitskonzepte – Inhaltliche Dimensionen im Überblick (Faltermaier & Kühnlein, 2000, S. 29)	27
Tabelle 2:	Subjektive Gesundheitskonzepte – Empirisch ermittelte Definitionstypen.....	28
Tabelle 3:	Subjektive Gesundheitskonzepte – Empirisch ermittelte Definitionstypen hinsichtlich dynamischer Vorstellungen	32
Tabelle 4:	Subjektive Gesundheitskonzepte: Items für die empirische Untersuchung.....	144
Tabelle 5:	Subjektive Gesundheitstheorien – subjektive Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit: Items für die empirische Untersuchung.....	146
Tabelle 6:	Subjektive Gesundheitstheorien: Items für die empirische Untersuchung.....	147
Tabelle 7:	Subjektive Gesundheitstheorien – wahrgenommene Auswirkung des leistungssportlichen Engagements: Item für die empirische Untersuchung.....	148
Tabelle 8:	Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft: Items für die empirische Untersuchung.....	150
Tabelle 9:	Burnoutsymptomatik: Items für die empirische Untersuchung	151
Tabelle 10:	Charakterisierung der Stichprobe.....	166
Tabelle 11:	Ergebnis der Faktorenanalyse über subjektive Gesundheitskonzepte.....	168
Tabelle 12:	Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Nachwuchsleistungssportlern.....	177
Tabelle 13:	Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘	180
Tabelle 14:	Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘	181
Tabelle 15:	Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen‘	182
Tabelle 16:	Ergebnis der Faktorenanalyse über subjektive Gesundheitstheorien	186
Tabelle 17:	Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Nachwuchsleistungssportlern.....	193
Tabelle 18:	Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Theorie der kontrollierbaren Risiken‘	197

VIII

Tabelle 19:	Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Theorie der kontrollierbaren Ressourcen‘ 198
Tabelle 20:	Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Theorien schwer kontrollierbaren Ressourcen und Risiken‘ 200
Tabelle 21:	Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Schicksaltsatheorien‘ 201
Tabelle 22:	Ergebnis der Faktorenanalyse über die gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft 203
Tabelle 23:	Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft bei Nachwuchsleistungssportlern 208
Tabelle 24:	Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zur psychosozialen Risikobereitschaft 214
Tabelle 25:	Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zur langfristig physischen Risikobereitschaft 218
Tabelle 26:	Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zur ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft 222
Tabelle 27:	Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnoutsymptomatik bei Nachwuchsleistungssportlern 226
Tabelle 28:	Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zum Burnoutsymptom ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ 233
Tabelle 29:	Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zum Burnoutsymptom ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ 237
Tabelle 30:	Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zum Burnoutsymptom ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘ 241

1 Einführung in die Thematik

1.1 Problemstellung und Einführung zentraler Begrifflichkeiten

Leistungssportler¹ sind Höchstleister. Damit sie kontinuierlich trainieren und bei Wettkämpfen Leistung auf höchstem Niveau erbringen können, sind sie zuallererst auf einen stabilen Gesundheitszustand angewiesen. Aus diesem Grund legen sie großen Wert auf die Sicherung ihrer Gesundheit und zeigen dementsprechend kaum klassische gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Athleten rauchen beispielsweise selten (Primack, Fertman, Rice, Adachi-Mejia, & Fine, 2010), ernähren sich in der Regel sehr gesund (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010) und schlafen ausreichend (Erlacher, Ehrlenspiel, Adegbesan, & El-Din, 2011).

Allerdings verlangt der Leistungssport auch von ihnen, dass sie ihre Gesundheit in Training und Wettkampf immer wieder riskieren, denn nur durch eine maximale Ausschöpfung aller Ressourcen ist eine umfassende Leistungssteigerung zu erreichen. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Leistungssportler nicht selten unter Schmerzen und Krankheit trainieren und an Wettkämpfen teilnehmen (Nixon, 1996; Roderick, Waddington, & Parker, 2000), dass der Wiedereinstieg nach Verletzungen und Krankheiten häufig zu früh erfolgt (Currie, Potts, Donovan, & Blackwood, 1999; Mayer, 2010; Thiel, Mayer, & Digel, 2010) oder dass in bestimmten Sportarten Verhaltensweisen zur Leistungssteigerung praktiziert werden, die von medizinischer Seite als massiv gesundheitsschädigend eingeschätzt werden. Beispiele hierfür sind ein multipler Gebrauch von Nahrungsergänzungs- (Dascombe, Karunaratna, Cartoon, Fergie, & Goodman, 2010) und Schmerzmitteln (Tricker, 2000) oder extreme Praktiken zur Gewichtsoptimierung vor Wettkämpfen (z.B. ‚Gewichtmachen²‘) (Aydogan, 2007; Theberge, 2008).

Solche, die körperliche Gesundheit gefährdenden, Verhaltensweisen werden unter dem Begriff des ‚sportspezifischen Risikoverhaltens‘ gefasst. Unter Risikoverhalten werden im Allgemeinen beständige Handlungsmuster verstanden, die sowohl ein

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit des Textes wurde auf den parallelen Gebrauch der männlichen und weiblichen Sprachform weitgehend verzichtet. An den Stellen, an denen geschlechtsspezifische Unterschiede hervorgehoben werden sollen, wird dies entsprechend gekennzeichnet.

² Durch die Praxis des Gewichtmachens (auch als ‚Abkochen‘, ‚Abschwitzen‘ bezeichnet) wird innerhalb gewichtsklassenabhängiger Sportarten (z.B. Ringen, Rudern, Judo) versucht, vor dem Wiegen bei Wettkämpfen möglichst schnell einen Gewichtsverlust herbeizuführen, um einer geringeren Gewichtsklasse zugeteilt zu werden. Sportler versprechen sich dadurch einen Leistungsvorteil und dementsprechend größere Chancen auf sportlichen Erfolg. Gängige Maßnahmen sind z.B. bewusste Dehydratation, eine verminderte Nahrungsaufnahme, leichte Bewegung mit wärmender Kleidung oder Saunabesuche sowie Medikamentenmissbrauch (Friedrich, 2008; Wagner, Schröder, & Peil, 2003).

positives als auch negatives Ereignis zur Folge haben können. Dabei umfasst der positive Ausgang eine Chance auf Zugewinn, der negative dagegen die Möglichkeit einer Schädigung bzw. eines Verlustes. Da nicht verlässlich vorhergesagt werden kann, welches Ereignis eintritt (Raithel, 2011; Rohrman, 1990), erhöht sich durch das Ausüben bestimmter Risikoverhaltensweisen langfristig die Wahrscheinlichkeit, Schädigungen zu erleiden (Franzkowiak, 2013). Grundsätzlich bezieht sich das Schädigungspotenzial auf den Menschen oder die Umwelt bzw. auf die Lebensbedingungen. Hinsichtlich des Menschen wird dabei zwischen gesundheitlichen, juristischen und finanziellen Schädigungen unterschieden. Diese können zeitlich unmittelbar oder weit nachgeordnet (z.B. in der nächsten Generation) eintreten (Raithel, 2011). Liegt der Eintrittszeitpunkt der positiven deutlich vor dem der negativen Auswirkungen, tendiert der Mensch zudem dazu, mögliche positive Konsequenzen zu über- bzw. Folgeschäden zu unterschätzen (Fuchs, 1982).

Übertragen auf den Leistungssport erhoffen sich Athleten durch genanntes Risikoverhalten eine Steigerung ihrer sportlichen Leistungsfähigkeit, um dem Ziel des Leistungssports – bestmögliche sportliche Leistung zu erbringen – genügen zu können. Gleichzeitig gehen sie dadurch aber auch das Risiko ein, negative Folgen in Form einer Schädigung des eigenen Körpers zu erleiden, obwohl ihnen die Notwendigkeit einer stabilen körperlichen Gesundheit als Grundlage für ihr leistungssportliches Engagement bewusst ist. Damit bewegen sich Athleten auf einem schmalen Grat zwischen dem Sichern und dem Riskieren der eigenen körperlichen Gesundheit.

Dieses Spannungsfeld lernen sie in der Regel bereits in jungen Jahren mit ihrem Eintritt in den Leistungssport kennen (Curry, 1993; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010). Daher scheint es nicht überraschend, dass riskantes Verhalten im Sport bereits massiv bei Nachwuchsleistungssportlern³ zu beobachten ist (Braun et al., 2009; Buchholz, Mack, McVey, Feder, & Barrowman, 2008; Calfee & Fadale, 2006; Richartz, 2001; Wanjek, Rosendahl, Strauss, & Gabriel, 2007).

Gerade für heranwachsende Athleten sind die genannten Praktiken jedoch mit ausgesprochen hohen physischen Risiken verbunden, da sie sich in einer körperlich vulnerablen Wachstumsphase befinden, in der sie besonders anfällig für Folgeschäden durch riskanten Verhalten sind (Schubring & Thiel, 2011; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010; Weichold & Silbereisen, 2008; Young, 2004b). Weil sich jedoch negative

³ Im weiteren Verlauf der Arbeit werden für Nachwuchsleistungssportler auch folgende Begriffe synonym verwendet: junge/heranwachsende/jugendliche Athleten/Sportler.

Folgen oftmals erst deutlich später zeigen, erscheint jungen Athleten der Zusammenhang zwischen etwaigen Praktiken und negativen Auswirkungen kaum greifbar. Vor allem die Möglichkeit irreversibler Schäden gewohnheitsmäßiger Risikoverhaltensweisen ist den heranwachsenden Sportlern nicht bewusst. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass solche Praktiken, wie beispielsweise das ‚Gewichtmachen‘ in gewichtsklassenabhängigen Sportarten, kurzfristig betrachtet erfolgreich zum Ziel einer Leistungssteigerung eingesetzt werden können. Gewichtmachen vor einem Wettkampf führt etwa dazu, dass Athleten einer niedrigeren Gewichtsklasse zugeordnet werden und damit einen relativen Leistungsvorteil erreichen (Clasing, Herpertz-Dahlmann, & Marx, 1997; Sudi et al., 2004). Die mittel- und langfristigen negativen Konsequenzen des Gewichtmachens können allerdings gravierend sein und reichen von einem durch Erschöpfung bedingten Trainings- und Wettkampfverzicht über erlittene Verletzungen bis hin zu einer vorzeitigen Beendigung der Karriere, einem so genannten ‚Dropout‘ (Bußmann, 1997; Friedrich, 2008; Shakhlina, 2008; UK Sport oA; Wagner et al., 2003).

Gerade das Risiko eines verfrühten Ausstiegs von besonders talentierten Nachwuchsleistungssportlern stellt ein massives Problem dar: So bricht dem Sport nicht nur die sportliche Leistung des entsprechenden Athleten weg. Auch bedeutet ein Ausstieg unter Input-Output-Gesichtspunkten ‚verschenkte‘ Ressourcen, zumal das Leistungssportsystem in finanzieller als auch einzelne Trainer in emotionaler Hinsicht bereits enorm in den Aufbau des Athleten investiert haben (Elbe, Beckmann, & Szymanski, 2003).

Allerdings ist das Spannungsfeld um die körperliche Gesundheit nicht die einzige Herausforderung, die es für jugendliche Athleten zu bewältigen gilt. Auch im schulischen Bereich sind Nachwuchsleistungssportler besonderen Anforderungen ausgesetzt, die nicht selten Risikoverhaltensweisen auf sozialer und psychosozialer Ebene bedingen. So ist eine solide und erfolgreiche schulische Ausbildung in der Regel grundlegend und existenziell für die Zukunft nach dem Sport (Deutsche Sporthilfe 2014). Gleichzeitig führen die schulischen Anforderungen neben dem Leistungssport zwangsläufig zu einer enormen Doppelbelastung (Brettschneider, 1999; Richartz, 2000; Teubert, Cachay, Borggreffe, & Thiel, 2006). Im Hinblick auf die schulische Belastung gibt es zwar Bemühungen von Seiten der Sportpolitik und des Sportsystems, den Alltag durch Verbundsysteme (z.B. sportfreundliche Schulformen wie so genann-

te ‚Eliteschulen des Sports‘ oder Sportinternate) sowie eine entzerrte und dafür verlängerte Schullaufbahn zu optimieren (Kantsperger, 2010; Prohl & Emrich, 2009; Teubert et al., 2006). Trotzdem kehren immer wieder talentierte Nachwuchsathleten dem Leistungssport den Rücken, bevor sie ihren sportlichen Höhepunkt erreichen (Bußmann, 1995; Elbe et al., 2003; Fraser-Thomas, Cote, & Deakin, 2008; Schück, 2005). Denn im schulischen Kontext wird von ihnen in der Regel dasselbe Schul- und Lernpensum wie von Nicht-Sportlern gefordert.

Zusätzlich zu dem Leistungsdruck in der Schule müssen jugendliche Athleten zeitgleich die enorme zeitliche, physische und mentale Belastung ihres Sports bewältigen (Teubert et al., 2006; Wörz & Lecheler, 2010). Dem Leistungssport ist dabei eine besondere Drucksituation inhärent, denn die Leistungsmaximierung ist ein konstituierendes Merkmal des Leistungssports. So entscheidet zuallererst sportliche Leistung über Kaderzugehörigkeit und weitere finanzielle Unterstützungen und ist damit die zentrale Richtgröße für den weiteren Verlauf der eigenen Karriere.

Die Notwendigkeit, bereits in jungen Jahren sportliche Leistung zu zeigen, führt zu einem weiteren Dilemma für die heranwachsenden Athleten: Um die sportliche Leistungsfähigkeit optimal auszubilden, ist ein umfassendes Training in den sensiblen Phasen des späten Schulkindalters, der Adoleszenz sowie Pubeszenz unausweichlich (Dickhut, 2000). Infolgedessen sind junge Athleten gezwungen, sich bereits sehr früh auf den Leistungssport zu fokussieren. Weil dadurch in der Regel sehr wenig Zeit für außersportliche bzw. außerschulische Aktivitäten bleibt, sehen Nachwuchsathleten nicht selten den Ausstieg aus dem Leistungssport als einzigen Ausweg, um mehr Zeit für typische Aktivitäten zu haben, durch die sich jugendliche Nicht-Sportler auszeichnen (Albert, 2010; Bußmann, 1995; Elbe et al., 2003).

Aber nicht allein aus der Sicht der Athleten ist ‚jugendtypisches‘ Verhalten außerhalb des Sports als wichtig einzustufen. Ein Blick auf die spezifische Entwicklungsphase, in der sich Nachwuchsleistungssportler befinden, legt offen, dass sich diese – wie alle Jugendlichen – enormen Herausforderungen auf der kognitiven, psychosozialen sowie emotionalen Ebene stellen müssen (Fend, 2003; Havighurst, 1956; Hurrelmann, 2007; Oerter, 2008; Wörz & Lecheler, 2010). Aus entwicklungspsychologischer Perspektive wird davon ausgegangen, dass Heranwachsende so genannte ‚Entwicklungsaufgaben des Jugendalters‘ (Havighurst, 1956) – wie die Ablösung von den Eltern, das Finden der eigenen Identität, der Aufbau eines eigenen Systems von

Moral- und Wertvorstellungen – meistern müssen, um den Reifungsprozess vom Kind zum selbstbewussten, eigenständigen und verantwortungsvollen jungen Erwachsenen zu bewältigen (Fend, 2003; Havighurst, 1956; Hurrelmann, 2007; Oerter, 2008).

Im Hinblick auf Jugendliche, die nicht im Leistungssport verankert sind, wird gerade im Zusammenhang mit der psychosozialen Reifung und den zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben des Jugendalters angenommen, dass riskantes Verhalten die eigene Gesundheit betreffend zu dessen Erfolg beitragen kann. Beispielsweise zeigt das Überschreiten formaler Verbote und Grenzen – etwa in Form des zum Teil exzessiven Ausprobierens von riskanten Verhaltensweisen aus der Erwachsenenwelt (z.B. Alkohol-, Nikotin-, Drogenkonsum, Sexualität) –, dass Jugendliche beginnen, geltende Werte und Standards anzuzweifeln und sich gegen von außen festgelegte Regeln aufzulehnen. Auf diesem Weg testen sie eigene Grenzen aus, reflektieren und bewerten bestehende Normen und positionieren sich dadurch. Sie übernehmen zwangsläufig Verantwortung für das eigene Verhalten, erkennen, was ihnen wichtig ist, und entwickeln in der Folge eigene Werte und Moralvorstellungen und damit eine eigene Identität. Allmählich werden sie emotional unabhängig, ‚nabeln‘ sich Schritt für Schritt von ihren Eltern ab, während sie sich gleichzeitig immer stärker neuen und intensiven Bindungen mit Gleichaltrigen zuwenden (Aldous, 1978; Fend, 2003; Havighurst, 1956; Hurrelmann, 2007; Oerter, 2008; Simmons & Blyth, 1987).

Daneben lernen Jugendliche nicht selten durch spezifisches physisches Risikoverhalten – wie zum Beispiel körperliche Auseinandersetzungen mit anderen oder bestimmte Mutproben, wie z.B. U-Bahn-Surfen, Autobahnen überqueren, von Dächern springen – zum einen ihre neu erworbenen, gesteigerten körperlichen Fähigkeiten und zum anderen gesundheitsbezogene Konsequenzen ihres Verhaltens einzuschätzen. Denn in der Regel können sie vor der Adoleszenz aufgrund ihrer geringen Erfahrung mit Krankheit und Verletzung zukünftige Folgen ihres Handelns nur schwer antizipieren. Sie sind auf die Gegenwart fokussiert, nehmen Gesundheit als gegeben wahr und sorgen sich aus diesem Grund auch kaum darum (Fend, 2003; Greening, Stoppelbein, Chandler, & Elkin, 2005; Hurrelmann, 2007; Oerter, 2008; Wickman, Anderson, & Greenberg, 2008). Vor diesem Hintergrund können genannte, eigentlich riskante, Verhaltensweisen bei Jugendlichen einen Beitrag dazu leisten, Verantwortung, Eigenständigkeit und Selbstbewusstsein zu erlangen und sind dementspre-

chend zweckmäßig im Hinblick auf die Erfüllung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben.

Im Grunde wäre dieses jugendtypische Verhalten auch für die psychosoziale Entwicklung der heranwachsenden Athleten bzw. für die Ausbildung ihrer personalen Identität funktional. Allerdings geraten die Nachwuchsleistungssportler diesbezüglich in ein weiteres Spannungsfeld: Da die Unversehrtheit des Körpers die notwendige Grundlage für die sportliche Leistungsfähigkeit bildet und genanntes Risikoverhalten den eigenen Gesundheitszustand zum Teil enorm beeinträchtigen kann, findet sich neben oder innerhalb des Leistungssports kaum Raum, in dem junge Sportler dem Drang, sich abgrenzen zu wollen, nachgehen können. Diese Situation birgt allerlei Konfliktpotenzial: Verhalten sich junge Sportler ähnlich riskant wie ihre Altersgenossen außerhalb des Sports, sind Schwierigkeiten mit dem sportlichen Umfeld vorprogrammiert. Verzichteten sie darauf, kann das möglicherweise zu Problemen mit Freunden außerhalb des Sports führen. Zudem besteht die Gefahr, dass das Vermeiden jugendtypischen Verhaltens zu Einschränkungen hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung führt, wenn dieses Verhalten nicht anderweitig kompensiert werden kann. In Anbetracht dieses Dilemmas scheint es folglich nicht überraschend, dass ehemalige Athleten als auslösenden Faktor für ihren Dropout insbesondere auch ‚soziale Konflikte mit dem sportlichen und nicht-sportbezogenen Umfeld‘ nennen (Bußmann, 1995).

Im Zusammenhang mit der geschilderten Problematik ist daher Folgendes festzuhalten: Nachwuchsleistungssportler müssen vielfältigen und zum Teil widersprüchlichen Anforderungen und Erwartungen gerecht werden. Deren Bewältigung bildet die Grundlage dafür, dass aus jugendlichen Leistungssportlern auf der einen Seite erfolgreiche Topathleten und auf der anderen Seite selbstständige und verantwortungsbewusste Erwachsene werden können. Grundsätzlich lassen sich drei Spannungsfelder identifizieren (vgl. Abbildung 1):

- **Erstens** müssen Nachwuchsathleten auf dem schmalen Grat balancieren, auf dem sich jeder Leistungssportler bewegt. Das bedeutet, die eigene (körperliche) Gesundheit sowohl sichern als auch riskieren zu müssen. Sportspezifische riskante Verhaltensweisen sind aufgrund dessen Bestandteil ihres Sporttreibens, obwohl diese gerade im Jugendalter das Risiko von körperlichen Folgeschäden beinhalten.

- **Zweitens** wird die Situation durch die Doppelbelastung aus Schule und Sport verschärft. Jugendliche Athleten müssen nicht allein die Anforderungen in der Schule bewältigen, die auch Schüler ohne Leistungssportambitionen zunehmend unter Druck setzt. Vielmehr belastet sie die Notwendigkeit der sportlichen Leistungserbringung für die eigene Karriereplanung zusätzlich enorm.
- **Drittens** sehen sie sich mit Herausforderungen konfrontiert, die die notwendige psychosoziale Reifung während der Adoleszenz an jeden Jugendlichen stellt. Nur für den Fall, dass entsprechende alterstypische Entwicklungsaufgaben erfolgreich bewältigt werden, kann das Heranwachsen der Nachwuchsleistungssportler zu erwachsenen Menschen als ‚gesund‘ auf einer psychosozialen Ebene beschrieben werden.



Abbildung 1: Spannungsfelder, in denen sich Nachwuchsleistungssportler befinden

Die in Abbildung 1 dargestellte Situation heranwachsender Leistungssportler zeigt, dass die drei Spannungsfelder der jungen Athleten erst durch die spezifischen Bedingungen des Leistungssports entstehen. Es ist folglich davon auszugehen, dass die Konsequenz aus der Logik des Leistungssports – die unbedingte Orientierung an

der sportlichen Leistungsfähigkeit – damit einen Rahmen bildet, in dem riskantes Verhalten auf allen Ebenen (physisch, sozial, psychosozial) zum Ziel der Leistungssteigerung sinnvoll ist, obwohl damit zwangsläufig die Gefahr einer Überlastung der jungen Athleten auf einer oder mehrerer Ebenen einhergeht.

Dass (junge) Athleten Überlastungen in nur relativ niedrigem Maße gegensteuern können, wird aus wissenschaftlicher Perspektive durch eine so genannte ‚culture of risk‘ des Leistungssports erklärt (u.a. Curry, 1993; Donnelly, 2004; Malcolm, 2006; Nixon, 1992; Roderick et al., 2000; Safai, 2003; Young, 1993). Diese ‚Kultur des Risikos‘ bringt junge Athleten bereits mit Eintritt in den Leistungssport dazu, dessen handlungsleitenden spezifischen Kodex zu übernehmen und riskantes Verhalten im Kontext des Leistungssports als normal zu bewerten. Mit zunehmender Fokussierung auf die sportliche Karriere geht eine immer stärkere Identifikation mit den Werten, Normen und Verhaltensweisen des Sports einher – nicht zuletzt auch deswegen, weil die vermehrte Konzentration auf den Sport in der Regel in der Entwicklungsphase von Jugendlichen stattfindet, in der sie überdauernde handlungsleitende Vorstellungen und Denkweisen entwickeln und festigen (Curtis, 1992; Department of Health 2004; Heaven, 1996; Telama, Yang, Viikari, Wanne, & Raitatakari, 2005).

Außerdem bringt eine Entscheidung für den Spitzensport auch zwangsläufig eine Schließung eigener Bezugskreise gegenüber sportfernen Personengruppen mit sich (Nixon, 1992). So knüpfen Athleten vermehrt Freundschaften innerhalb des Sports, denn mit Sportfreunden verbringen sie ein beträchtliches Ausmaß an Zeit bei Training und Wettkämpfen. Außerdem teilen diese ihren Lebensmittelpunkt und ihr Hauptinteresse – den Sport. Heranwachsende Leistungssportler investieren viel Zeit in Training und Trainingswege und haben kaum Raum für Aktivitäten, die außerhalb des Sportkontexts stattfinden. Zudem sind in sportfreundlichen Schulformen, wie Sportinternaten oder sportbetonten Schulen, ganze Klassen aus Athleten verschiedenster Sportarten und Disziplinen zusammengesetzt. So lernen sie, dass die Normen der ‚Kultur des Risikos‘ in allen Sportarten bestehen, dass riskantes Verhalten in jeder Sportart normal ist – wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen.

Durch die im Zuge des leistungssportlichen Werdegangs gängige Fokussierung auf den Sport geht eine zunehmende Konzentration auf die Athletenrolle bei gleichzeitiger Vernachlässigung sportferner Bereiche des Lebens einher. Aus sportsoziologischer Perspektive wird dieses Phänomen mit dem Begriff der ‚Hyperinklusion‘ in den

Leistungssport bezeichnet (Bette & Schimank, 2006; Thiel et al., 2010). Die Athleten konzentrieren sich beinahe ausschließlich auf ihr Dasein als Leistungssportler und geraten in einen „identity tunnel“ (Coakley, 1991; Curry, 1993, S. 267), in dem alle Interessen in der Athletenrolle gebündelt werden. Athleten laufen Gefahr, eine ausgeprägte und ausschließliche Athletenidentität zu entwickeln und jegliche andere Interessen zu vernachlässigen (Bette & Schimank, 2006; Brewer, Van Raalte, & Linder, 1993; Galloway, 2007). Eine Folge dieses „role engulfments“ (Adler & Adler, 1991, S. 219 ff) ist das Risiko, in eine so genannte „biographische Falle“ (Bette, Schimank, Wahlig, & Weber, 2002, S. 16) zu geraten, denn das eigene Leben komplett auf den Sport auszurichten, bedeutet zum einen eine immer stärkere Priorisierung des Sports zu Lasten von Freizeit, Beruf, Familie und Freunden. Zum anderen wird ein Ausweg aus der ausschließlichen Fokussierung auf den Leistungssport mit zunehmender Inkludierung immer schwieriger, da bereits zeitlich und emotional extrem viel in das sportliche Engagement investiert wurde. Spielen Athleten dann mit dem Gedanken, aus dem Leistungssport auszusteigen, kehren sie nicht allein dem Sport den Rücken, sondern verlieren oftmals auch ihren Lebensmittelpunkt und ihre sozialen Netzwerke, was einen Ausstieg umso schwerer macht (Bette et al., 2002; Curry, 1993; Thiel et al., 2010).

Durch die exklusive Fokussierung der Aufmerksamkeit auf sportspezifische Themen und Bezugskreise (Adler & Adler, 1991; Bette et al., 2002) ist bereits bei heranwachsenden Athleten eine besondere „sport ethic“ (Hughes & Coakley, 1991, S. 307) festzustellen, welche sportspezifische Normen und Werte beinhaltet, die Risikoverhalten im Sport als normal und ungefährlich bewerten (Hughes & Coakley, 1991; Nixon, 1992). Bekräftigend wirkt zudem, dass die sportliche Einsatzfähigkeit gerade bei jungen Athleten durch riskantes Verhalten (z.B. Wettkampfteilnahme trotz Schmerzen, Vernachlässigung jugendtypischen Verhaltens oder der schulischen Entwicklung) kaum eingeschränkt wird. Sie erkennen dementsprechend keine Notwendigkeit, riskantes Verhalten zu unterlassen. Sobald sich negative Folgen abzeichnen, können diese nicht selten nur mit erheblichem Aufwand kompensiert werden, im folgenschwersten Fall liegen bereits irreversible Schädigungen vor. So gehen beispielsweise gravierenden Verletzungen des Öfteren nicht auskurierte Mikrotraumen voraus (Mayer, 2010; Schubring & Thiel, 2011). Auch werden versäumte Entwicklungen auf psychosozialer Ebene erst im Erwachsenenalter festgestellt, wenn die Athleten realisieren, dass jugendtypische Erfahrungen und damit einhergehende

psychosoziale Lernschritte fehlen (Schmitt, 2013; Seiler, 2011; Weber, 2009). Entsprechendes gilt für einen erfolgreichen Abschluss der schulischen Laufbahn. Probleme ergeben sich in der Regel erst, wenn Athleten sich auf dem Arbeitsmarkt gegenüber Nicht-Athleten durchsetzen müssen (Deutsche Sporthilfe 2014; EBS Universität für Wirtschaft und Recht, 2013; Teubert et al., 2006; Wermke, 2012).

Mit Blick auf die Ausgangsproblematik, die darauf abzielt, hohe Dropout-Quoten von Nachwuchsathleten einzudämmen, ist aus den geschilderten Merkmalen und Mechanismen der ‚Kultur des Risikos‘ Folgendes abzuleiten:

Insbesondere junge Sportler verlassen den schmalen Grat zwischen der Sicherung und dem Riskieren ihrer (physischen, sozialen oder psychosozialen) Gesundheit nicht bewusst. Vielmehr scheinen sie durch ihre Sozialisation in die ‚Kultur des Risikos‘ gelernt zu haben, riskante Verhaltensweisen relativ unreflektiert einzugehen. So wird Risikoverhalten, das eine gesteigerte oder wiederhergestellte Leistungsfähigkeiten verspricht, internalisiert und in der Regel als normal, unerlässlich und ungefährlich eingestuft (Loland, Skirstad, & Waddington, 2006; Nixon, 2004; Roderick et al., 2000; Thiel et al., 2010; Young, 2004b).

Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass heranwachsende Athleten selbst nur schwer Sorge dafür tragen können, innerhalb der dargestellten Spannungsfelder ein vertretbares Maß an riskantem Verhalten zu zeigen und damit sicherzustellen, sich nicht zu überlasten und nachhaltig zu schädigen (Franke, 1998; Grupe, 1998; Richartz & Brettschneider, 1996). Infolgedessen stellt sich die Frage, wie auf junge, talentierte Athleten Einfluss genommen werden kann, damit diese auf höchstem Niveau sportlich leistungsfähig sind und gleichzeitig die vielfältigen Anforderungen, die sich aus Sport, Schule und Entwicklungsphase ergeben, möglichst erfolgreich lösen können.

Um massive Überlastungszustände, die durch extrem riskante Verhaltensweisen bedingt sein können, bei jungen Athleten möglichst zu vermeiden, ist aus wissenschaftlicher Sicht eine frühzeitige Identifikation der das extreme Risikoverhalten bedingenden Faktoren unerlässlich. Erst ein umfassendes Verständnis dieser Mechanismen ermöglicht es, die Gesundheit und damit auch die sportliche Leistungsfähigkeit junger Athleten sicherzustellen.

Zur Beantwortung der Frage, welche Bedingungen und Ursachen gesundheitsbezogenem Verhalten zugrunde liegen, stehen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive verschiedene Erklärungsansätze zur Verfügung. Eine theoretische Auseinandersetzung mit diesen ist bestimmend für die Auswahl desjenigen Erklärungsmodells, das eine Identifikation der Bedingungen gewährleistet, die zu einer Überlastung junger Athleten führen.

1.2 Gesundheitswissenschaftliche Vorüberlegungen

Bei der Erklärung gesundheitsbezogenen Verhaltens spielen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive verschiedene Faktoren eine Rolle. So haben sich mehrere Erklärungsmodelle etabliert, die verschiedene Größen in unterschiedlicher Weise gewichten. Dementsprechend wird davon ausgegangen, dass Gesundheitsverhalten durch soziodemografische Einflussfaktoren (z.B. Alter oder Geschlecht), soziale Variablen (z.B. soziale Unterstützung und soziale Netzwerke) und insbesondere Kognitionen⁴ (gesundheitsbezogene Einstellungen und Überzeugungen) bedingt wird (u.a. Faltermaier, 2005; Knoll, Scholz, & Rieckmann, 2005; Schwarzer, 2004).

Erklärungsmodelle gesundheitsbezogenen Verhaltens aus klassisch gesundheits- und sozialpsychologischer Sicht

Vor allem klassisch gesundheitspsychologische Modelle zielen darauf ab, Verhaltensänderungen mittels gesundheitsbezogener Einstellungen und Überzeugungen über Inhalt, Beeinflussbarkeit und Planbarkeit von Gesundheit verstehen und voraussagen zu können. Beispiele hierfür sind das ‚Health Belief Model‘ (Becker, 1974), die ‚Protection Motivation Theory‘ (Rogers, 1983), die ‚Theory of Planned Behavior‘ (Ajzen, 2002), die ‚sozial kognitive Theorie‘ (Bandura, 1986) oder das ‚sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns‘ (HAPA) (Schwarzer, 1992). Wenngleich verschiedene Begrifflichkeiten verwendet werden, gehen alle Modelle grundsätzlich davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung dann steigt, wenn eine Kosten-Nutzen-Abwägung aus Sicht des Individuums ergibt, dass eine Verhaltensänderung von riskantem hin zu weniger riskantem Verhalten mit einem gesteigerten individuellen Nutzen verbunden ist. Dabei liegt jeglichen Model-

⁴ 4 "Unter Kognitionen versteht man jene Vorgänge, durch die ein Organismus Kenntnis von seiner Umwelt erlangt. Im menschlichen Bereich sind dies besonders: Wahrnehmung, Vorstellung, Denken, Urteilen, Sprache. Durch Kognition wird Wissen erworben." (Edelmann, 1995, S. 8).

len eine positive Vorstellung von Gesundheit zu Grunde⁵. Sie orientieren sich an dem Phänomen Gesundheit und folgen damit dem Belastungs-Bewältigungs-Paradigma (Knoll et al., 2005) bzw. der Weiterentwicklung – dem salutogenetischen Paradigma (Antonovsky, 1979). Gesundheit und Krankheit werden als zwei Pole eines Kontinuums beschrieben, ein Mensch ist nicht entweder gesund oder krank, sondern bewegt sich zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit. Er ist dementsprechend mehr oder weniger gesund, wird als bio-psycho-soziale Einheit begriffen, die durch schützende Faktoren (Widerstandsressourcen) auf belastende Faktoren (Stressoren) reagiert. Infolgedessen fragen sie in erster Linie danach, was Gesundheit erhalten kann, wie Gesundheit entsteht oder wie ein Mensch seine Gesundheit verbessern kann (u.a. Dlugosch, 1994; Faltermaier, 2005; Knoll et al., 2005; Schwarzer, 2004).

Empirische Untersuchungen über die Wirksamkeit von Programmen zur Förderung der Gesundheit, die auf den dargestellten gesundheitspsychologischen Modellen basieren, zeigen allerdings, dass die empirisch ermittelte statistische Vorhersagekraft einer Verhaltensänderung als eher gering einzuschätzen ist (Faltermaier, 1994; Franzkowiak, 2013). Basierend auf einer geringen Akzeptanz der Maßnahmen bei den entsprechenden Zielgruppen führen sie nur sehr begrenzt zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung – trotz des Wissens um die Kosten des Risikoverhaltens und der Überzeugung eines gesteigerten Nutzens der Verhaltensänderung für den eigenen Gesundheitszustand (Faltermaier, 2005; Schwarzer, 2004).

Ursachen für dieses Phänomen sind unter anderem in einer Vernachlässigung emotionaler und (deshalb) teilweise irrationaler Bedingungen einzelner Verhaltensweisen zu sehen (Faltermaier, 2005). So sind beispielsweise gesundheitsschädigende Wirkungen des Nikotinkonsums unbestritten, auch verfügen zahlreiche Raucher über den Wunsch, das Rauchen aufzugeben. Hilft das Rauchen allerdings dabei zu entspannen oder Kontakte zu knüpfen, überwiegt auf einer rationalen Ebene die positive (wenngleich emotionale) Wirkung im Hinblick auf das eigene Wohlbefinden (Franzkowiak, 2013). In gesundheits- und sozialpsychologischen Modellen werden individuelle subjektive Bewertungen und Bedeutungen bestimmten Verhaltens jedoch weitestgehend ausgeblendet. Problematisch ist zudem, dass in der Regel nur eine bestimmte Verhaltensweise betrachtet wird (z.B. Nikotinkonsum, mangelnde Bewe-

⁵ Medizinische Modelle (biomedizinisches Krankheitsmodell, Risikofaktorenmodell) setzen dagegen ein naturwissenschaftliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit als zwei sich ausschließende Zustände voraus. Sie erklären Gesundheit über die Definition von Krankheit, fokussieren auf das Phänomen ‚Krankheit‘ und stellen mittels Ursachenzuschreibung Kausalitäten zwischen Auslöser (Erreger bzw. Risikofaktor) und Krankheit her (Faltermaier, 2005; Knoll et al., 2005). Sie verstehen Gesundheit dementsprechend in einem negativen Sinn.

gung, ungesunde Ernährung). Grundlegende Bedingungen verschiedener gesundheitsbezogener Verhaltensweisen sind dagegen kaum zu erfassen und zu verstehen. Diese Kritikpunkte an klassisch gesundheits- und sozialpsychologisch orientierten Modellen werden durch Erklärungsansätze aufgegriffen, denen eine sozial-konstruktivistische Sicht zugrunde liegt.

Erklärungsmodelle gesundheitsbezogenen Verhaltens aus sozial-konstruktivistischer Sicht

Sozial-konstruktivistisch orientierte Erklärungsmodelle, wie die ‚psychosoziale Theorie des Gesundheitshandelns‘ (Faltermaier, 1994, 2005; Flick, 1998a), schenken emotionalen Verknüpfungen bestimmter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen stärkere Berücksichtigung. Vergleichbar zu klassisch gesundheits- bzw. sozialpsychologischen Modellen orientieren sie sich an der Zielgröße ‚Gesundheit‘. Sie basieren jedoch auf subjektiven Bewertungen des Verhaltens bzw. wahrgenommener Wirkmechanismen, ausgehend von der Perspektive, dass Gesundheit eine subjektive Konstruktion, ein individuelles Erleben ist und damit unweigerlich verschiedene Gefühlszustände verbunden sind (Radley & Billig, 1996). So liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen sich eigenständige und komplexe Gedanken über Gesundheit und Krankheit machen und nicht nur auf Erwartungen und Vorgaben professioneller Experten (z.B. Ärzte) reagieren (Faltermaier & Bengel, 2000). Infolgedessen werden Individuen nicht länger als passive Patienten betrachtet, auf deren Kognitionen in irgendeiner Form Einfluss genommen werden muss. Vielmehr werden sie als aktiv und bewusst handelnde Subjekte verstanden, die dadurch gekennzeichnet sind,

„sich auch reflexiv zu ihrer eigenen Gesundheit zu verhalten, bestimmte Vorstellungen zu entwickeln, wie sie selbst ihre Gesundheit beeinflussen können, diese Ideen als Handlungsziele zu formulieren und über bewusstes Handeln umzusetzen“ (Faltermaier, Kühnlein, & Burda-Viering, 1998a, S. 29).

Im Zuge dessen findet eine deutlichere Abwendung von einem ‚objektiven‘ – also von Experten aus dem Medizinsystem als ‚gesund‘ definierten – Gesundheitsverständnis statt. Gesundheit wird nicht mehr allein durch messbare und beobachtbare Funktionen sowie das gesamte Spektrum der medizinischen Diagnosen bestimmt (also nicht durch eine außen stehende Sicht), sondern durch eine Beurteilung des Betroffenen

selbst. Diese auch als subjektive Gesundheit (oder gesundheitsbezogene Lebensqualität) bezeichnete Selbstsicht wird definiert als

„multidimensionales Konstrukt, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus der subjektiven Sicht der Betroffenen beinhaltet. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bezieht sich demnach auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. die erlebte Gesundheit“ (Schumacher, Klaiberg, & Brähler, 2003, S. 10).

Die Betroffenen selbst werden im Gegensatz zu professionellen Kräften aus dem Gesundheitssektor als Laien verstanden, dementsprechend wird die durch sie selbst beschriebene Gesundheit auch als ‚Laiengesundheit‘ bezeichnet (Faltermaier, 2005; Stacey, 1988).

Darüber hinaus werden neben der Berücksichtigung der subjektiven Perspektive insbesondere Einflüsse durch das soziale Umfeld einbezogen, denn

„Gesundheit [...] wird auch wesentlich aktiv hergestellt durch das Subjekt und durch gesellschaftliche Verhältnisse.“ (Faltermaier, 2005, S. 189 ff.).

Die Bedeutung der sozialen Umwelt für die Entwicklung und Veränderung verschiedener Kognitionen basiert u.a. auf Arbeiten von Durkheim (1976 [1895]) und Mead (1969). Durkheim (1976 [1895]) führt den Erwerb und die Veränderung handlungsbestimmender kognitiver Vorstellungen auf einen kollektiven Rahmen zurück, in dem Menschen sozialisiert werden und der allgemeine und verbindende Elemente individuellen Handelns, Denkens und Fühlens beinhaltet (explizite Normen und implizite Denk- und Handlungsgewohnheiten). Das Individuum erlernt entsprechend der Theorie des symbolischen Interaktionismus (Mead, 1969) über Kommunikation und Interaktion mit bedeutsamen Personen aus dem eigenen Umfeld (‚significant others‘) bestimmte ‚Symbole‘, also gemeinsame Normen und Werte, die von allen Mitgliedern einer Gesellschaft interpretiert und begriffen werden und die die Grundlage für ein gemeinsames und gesellschaftliches Handeln darstellen (Mead, 1969).

Damit werden auch Vorstellungen über Gesundheit nicht allein als ein individuelles, sondern vielmehr als ein soziales Phänomen verstanden (Faltermaier, 1994). Sie werden in verschiedenen Gruppen und kulturellen Kontexten unterschiedlich erlebt, definiert und dargestellt (Flick, 1998b).

Reflexion der Erklärungsmodelle gesundheitsbezogenen Verhaltens im Hinblick auf die Problemstellung

Zusammenfassend ist als Gemeinsamkeit beider gesundheitswissenschaftlicher Modellgruppen festzuhalten, dass sowohl klassisch gesundheits- und sozialpsychologische wie auch sozial-konstruktivistische Ansätze in der Hauptsache verschiedene Kognitionen als Bedingungen gesundheitsrelevanten Verhaltens voraussetzen (z.B. persönliche Überzeugungen einer Verhaltensweise, individuelle Risikowahrnehmung und wahrgenommene Verwundbarkeit durch ein Verhalten, subjektive Kontrollüberzeugung⁶).

- Unterschiede zeigen sich **erstens** dahingehend, dass die Erklärungsmodelle aus sozial-konstruktivistischer Sicht der affektiven Ebene deutlich mehr Raum geben. Auf diesem Weg ist es möglich, auch irrationale Erklärungsmuster auf emotionaler Ebene zu erfassen, die sich nicht zweckrational begründen lassen.
- **Zweitens** zielen die sozial-konstruktivistischen Modelle darauf ab, umfassendere Erklärungen für verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu finden. So beschränken sie sich also nicht allein auf das Verständnis bzw. die Voraussage einzelner Verhaltensweisen (wie z.B. Ernährung). Vielmehr zielen sie auf die Erklärung des Gesundheitshandelns im Alltag ab. Dementsprechend stehen hier neben der subjektiven Bewertung eines Verhaltens insbesondere auch grundlegende gesundheitsbezogene Fragen, wie die nach der Wertigkeit und Bedeutung von Gesundheit, im Fokus.
- **Drittens** verweisen die sozial-konstruktivistischen Erklärungsmodelle ausdrücklich auf die Relevanz des sozialen Kontexts. Klassisch gesundheitspsychologische Modelle dagegen beinhalten diese Komponente meist nur indirekt, beispielsweise über Fragen nach wahrgenommenen sozialen Normen.

Die theoretische Auseinandersetzung mit bestehenden Erklärungsmodellen gesundheitsbezogenen Verhaltens beantwortet die Frage, welches theoretische Konzept dienlich sein könnte, um Bedingungen zu identifizieren, die zu extrem riskantem Verhalten und damit zu einer massiven und nachhaltigen Überlastung junger Athleten führen können.

⁶ Unter der subjektiven Kontrollüberzeugung von Gesundheit (englisch: ‚health locus of control‘) wird „the degree to which individuals believe that their health is controlled by internal versus external factors“ beschrieben (Wallston & Wallston, 1982).

Gerade in Bezug auf die Zielgruppe der Nachwuchsleistungssportler ist ein besonderes Augenmerk auf deren subjektive Sicht zu legen. Denn ihr aus objektiver Sicht als hoch riskant einzustufendes Risikoverhalten wird im Leistungssport mit einem subjektiven Sinn belegt. Im Grunde irrationale Verhaltensweisen erlangen im sozialen Kontext des Leistungssports und in der Logik der ‚Kultur des Risikos‘ einen subjektiven Sinn – nämlich dann, wenn sie kurzfristig dazu beitragen, die sportliche Leistung wiederherzustellen bzw. zu steigern. Die Notwendigkeit der Berücksichtigung der subjektiven Sicht und des sozialen Kontexts verweist auf die Anwendung der sozial-konstruktivistisch ausgelegten Erklärungsmodelle.

Darüber hinaus impliziert das Phänomen der ‚Kultur des Risikos‘ im Leistungssport eine spezifische ‚sport ethic‘. Dieser liegen grundlegende handlungsbestimmende Kognitionen und Affekte zugrunde, die eine Reihe an riskanten Verhaltensweisen auf physischer, sozialer und psychosozialer Ebene bedingen. Daraus folgt, dass es zum einen nicht sinnvoll erscheint, allein Überzeugungen hinsichtlich einzelner Verhaltensweisen einzubeziehen, sondern vielmehr auch übergeordnete handlungsleitende Denkweisen analysiert werden sollten. Zum anderen verlangt die ‚Kultur des Risikos‘ eine explizite Berücksichtigung des Einflusses der sozialen Umwelt. Beide Aspekte verweisen auf sozial-konstruktivistisch ausgelegte Modelle, die das Gesundheitshandeln und -verhalten im Alltag erklären.

Die im weiteren Verlauf der Arbeit folgende Auseinandersetzung mit der Frage nach Bedingungen des riskanten Verhaltens jugendlicher Sportler basiert deshalb auf einem sozial-konstruktivistischen Paradigma. Über das Verständnis des Alltagshandelns junger Athleten wird es möglich, Ansatzpunkte zu erkennen, an denen Einfluss genommen werden kann, damit die Nachwuchssportler einerseits möglichst leistungsfähig und andererseits vor solch großen Folgeschäden ihrer Verhaltensweisen geschützt werden, die einen Dropout bedingen.

Die subjektive Sicht der jungen Athleten auf ihre Gesundheit schließt damit sowohl das Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit als auch die mehr oder weniger bewussten Gesundheitsziele ein und berücksichtigt zudem deren Entstehungs- und Veränderungsmechanismen durch die soziale Umwelt. Mithilfe der psychosozialen Theorie des Gesundheitshandelns, die maßgeblich durch das Konstrukt des Gesundheitsbewusstseins bestimmt wird, werden die genannten Aspekte dieses so-

zial konstruktivistischen Erklärungsmodells zusammengefasst. Das Gesundheitsbewusstsein wird beschrieben als ein

„... komplexes Aggregat von subjektiven Vorstellungen von der eigenen Gesundheit, die kognitive, emotionale und motivationale Momente beinhalten, die sich auf das eigene Selbst (als Person, Körper) und das Verhältnis zur sozialen und materiellen Umwelt beziehen, die sich in ständiger biografischer Entwicklung befinden und sozial abgestimmt werden“ (Faltermailer, 2005, S. 198).

Das Konstrukt des Gesundheitsbewusstseins setzt sich folglich aus verschiedenen Komponenten gesundheitsbezogener Vorstellungen zusammen. Diese bilden in der Summe das Phänomen ‚Gesundheit‘ aus der Sicht der Menschen erschöpfend ab und schaffen zudem auch Verknüpfungen zwischen verschiedenen gesundheitsbezogenen Vorstellungen. Dabei werden die vier Teilbereiche folgendermaßen benannt: Subjektive Gesundheitskonzepte und subjektive Gesundheitstheorien, subjektive Bedeutung von Gesundheit sowie Körperbewusstsein (Faltermailer, 2005).

- Dabei werden unter **subjektiven Gesundheitskonzepten** kognitive Schemata verstanden, die die Selbstwahrnehmung von Menschen in gesundheitlichen Fragen leiten. Neben dem subjektiven Verständnis von Gesundheit, das Informationen dazu bereithält, welchem Aspekt des eigenen Gesundheitszustandes Aufmerksamkeit entgegengebracht wird, beinhalten subjektive Gesundheitskonzepte auch Einschätzungen einer zeitlichen Dynamik von Gesundheit, schließen folglich auch die Frage ein, ob Gesundheit als veränderlich im Lebenslauf wahrgenommen wird.
- Ergänzend dazu verkörpern **subjektive Gesundheitstheorien** die von einer Person wahrgenommenen Ressourcen und Risiken für die eigene Gesundheit.
- Die **subjektive Bedeutung von Gesundheit** impliziert die Frage nach dem Stellenwert, den Gesundheit im Vergleich zu anderen Werten im eigenen Leben einnimmt. Sie ist zudem als richtungsweisend für die Motivierung zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu verstehen, da sie die Entscheidung leitet, inwiefern gesundheitliche Risiken akzeptiert werden.
- Unter dem letzten Aspekt, dem **Körperbewusstsein**, wird erstens das Ergebnis eines Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesses körperlicher Empfindungen (also dem Körper nach innen), zweitens das Ergebnis eines Wahrnehmungs- und

Bewertungsprozesses des eigenen Körpers als Ganzes (also dem Körper nach außen) sowie drittens das subjektive Verhältnis des Körpers zum eigenen Selbst (also der Stellenwert, den der Körper für ein Individuum einnimmt) gefasst (Faltermaier, 1994, 2005).

Die nachstehende Abbildung 2 fasst die einzelnen Bestandteile des Gesundheitsbewusstseins nach Faltermaier (1994, 2005) zusammen.

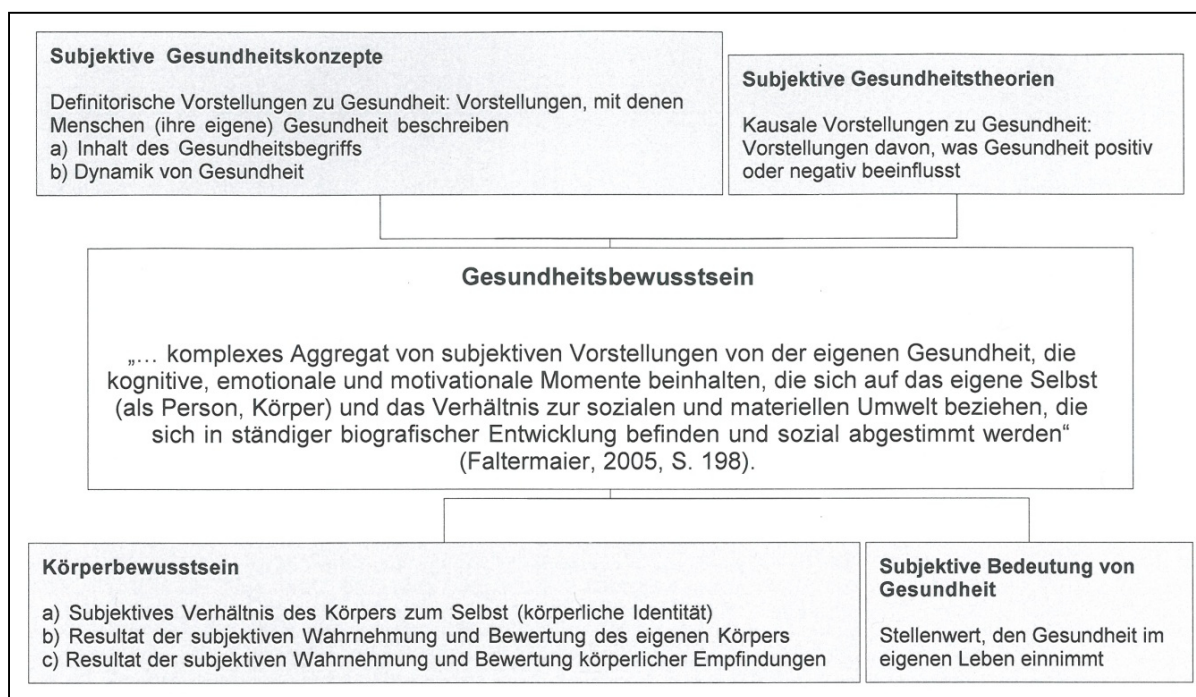


Abbildung 2: Klassifikationsschema des Konstrukts ‚Gesundheitsbewusstsein‘ in Anlehnung an Faltermaier (1994, 2005)

Lieferte die Auseinandersetzung mit verschiedenen wissenschaftlichen Erklärungsmodellen eine theoretische Grundlage, mit der Motive und Ursachen, welche hinter dem riskanten Verhalten junger Athleten stehen, umfassend beschrieben und verstanden werden können, beantwortet die Beschreibung des Gesundheitsbewusstseins jedoch nicht alle Fragen. So bleibt bislang offen, in welchem Ausmaß die einzelnen Aspekte dazu beitragen, ob sich jugendliche Athleten durch die Anforderungen von Seiten des Sports, der Schule und ihrer Entwicklungsphase überlastet fühlen, oder den Belastungen standhalten können.

Infolgedessen scheint es neben einer Betrachtung des Gesundheitsbewusstseins sinnvoll, diejenigen Athleten genauer in den Blick zu nehmen, die die an sie gestell-

ten Anforderungen nicht oder aber besonders erfolgreich bewältigen. Die Auseinandersetzung mit den jungen Sportlern, die sich überlastet fühlen und damit Gefahr laufen, aus dem Leistungssport auszusteigen („Worst-Practice-Beispiele“) oder aber die Belastungen problemlos meistern („Best-Practice-Beispiele“), erscheint im Hinblick auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit eine unerlässliche Ergänzung zu der Untersuchung des Gesundheitsbewusstseins. Denn dabei handelt es sich um die Nachwuchsleistungssportler, die aus einer subjektiven Perspektive als nicht mehr bzw. äußerst gesund beschrieben werden, deren Gesundheit im Kontext des Leistungssports miss- bzw. gelingt. Auf diesem Weg können zusätzlich zu dem Verständnis des Alltagshandelns Einflussgrößen identifiziert werden, die einerseits Überforderung und Überlastung der jungen Athleten bedingen, die aber andererseits die Sportler auch schützen und widerstandsfähig gegenüber Belastungen machen.

1.3 Fragestellungen der Arbeit

In Anbetracht der theoretischen Vorüberlegungen ergeben sich an dieser Stelle zwei Fragen. Die erste bezieht sich auf das Verständnis des Alltagshandelns jugendlicher Athleten und zielt darauf ab, Folgendes zu beantworten:

- (1) Wie ist das Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern gestaltet und welche Einflüsse sind als determinierend zu bewerten?

Die zweite Fragestellung bearbeitet mögliche Ansatzpunkte zur Eindämmung von Überlastungsphänomenen:

- (2) Wie lässt sich der subjektive Belastungszustand von Nachwuchsleistungssportlern beschreiben und welche Bedingungen führen dazu, dass sich junge Athleten besonders stark belastet bzw. wenig belastet fühlen?

Die Beschäftigung mit den genannten Fragestellungen verlangt zunächst einen Überblick über die aktuelle Forschungslage.

1.4 Forschungsstand und Forschungsdesiderate

Die eingehende Auseinandersetzung mit der deutschsprachigen Literatur über das Konzept des Gesundheitsbewusstseins von Nachwuchsleistungssportathleten legt offen, dass diesbezüglich bislang keinerlei Arbeiten vorliegen. Dies gilt sowohl für den Nachwuchs- als auch für den Aktivenbereich. Das bedeutet jedoch nicht, dass theo-

retische Analysen und empirische Untersuchungen über verwandte Phänomene bei erwachsenen Leistungssportlern nicht den einzelnen Dimensionen des Gesundheitsbewusstseins (subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien, subjektive Bedeutung von Gesundheit, Körperbewusstsein) zugerechnet werden können. Infolgedessen finden sich hier auch Informationen im Hinblick auf das Gesamtphänomen Gesundheitsbewusstsein (u.a. Alaranta et al., 2006; Charlesworth & Young, 2006; Donnelly, 2004; Ferrari & Ferreria de Mederios, 2002; Loland et al., 2006; Mayer, 2010; Nixon, 1996; Slater, Tan, & Teh, 2003; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010; Tricker, 2000). Da basierend auf Studien zur ‚Kultur des Risikos‘, in die bereits junge Athleten sozialisiert werden, zu schlussfolgern ist, dass Parallelen zwischen jugendlichen und erwachsenen Topathleten vorliegen, liefern Erkenntnisse über erwachsene Athleten durchaus auch Erklärungsansätze des Alltagshandelns der Nachwuchssportler (vgl. Kapitel 1.1).

Junge Sportler halten sich in der Regel allerdings sehr viel stärker als erwachsene Top-Athleten auch in sportfernen Umgebungen, wie Schule oder Familie, auf, so dass zusätzlich Einflüsse zu berücksichtigen sind, die junge Athleten durch ihr nicht-sportbezogenes Leben erfahren. Infolgedessen ist davon auszugehen, dass ihr individuelles Gesundheitsbewusstsein nicht nur von dem innerhalb des Sports, sondern auch von dem öffentlichen Gesundheitsbewusstsein der Allgemeinbevölkerung geprägt wird.

Im Hinblick auf die Gruppe der Nicht-Athleten rücken einige Studien das Gesundheitsbewusstsein als solches in den Fokus (Flick, 1997; Flick & Niewiarra, 1994). Eine explorative empirische Arbeit aus dem Jahr 1994 analysiert über qualitative Methoden das Gesundheitsbewusstsein von Arbeitern und Personen mit ausgeprägtem öffentlichem Engagement sowie Vertretern klassischer Gesundheitsberufe (Krankenpfleger, Ärzte) (Faltermaier, 1994). Diese für das Gesundheitsbewusstsein im mittleren Erwachsenenalter grundlegende Arbeit hält allerdings für die Population der Nachwuchssportler kaum Informationen bereit, da Bezüge auf die analysierten Berufsgruppen dominieren. Weitere Studien, die sich vordergründig und namentlich mit ‚Gesundheitsbewusstsein‘ beschäftigen, treffen Aussagen mittels einer einzelnen Frage (z.B.: „Wie definieren Sie eine gesundheitsbewusste Lebensweise?“ (u.a. Lindtner, 2012)) oder über epidemiologische Analysen einzelner Risikoverhaltensweisen (z.B. Alkohol- und Tabakkonsum) (u.a. Franzkowiak, 2013). Mit Blick auf die Fragestellung dieser Arbeit wird das Phänomen auf einem solchen Weg weder

ausreichend breit noch notwendig tief erfasst, vielmehr stehen monokausale Erklärungsansätze im Vordergrund.

Neben dem Gesundheitsbewusstsein, also der Erklärung des Alltagshandelns der Athleten, verlangt die Ausgangsproblematik zudem eine Auseinandersetzung mit der zweiten Fragestellung, also mit den Bedingungen, welche zu Überlastungen führen bzw. vor diesen bewahren. Die Analyse des aktuellen Forschungsstands zum Belastungszustand aus Sicht von Athleten macht deutlich, dass dieser in der Regel über das Krankheitsbild des Burnoutsyndroms erfasst wird. Bei näherer Betrachtung finden sich zahlreiche internationale Untersuchungen im Nachwuchs- und Aktivenbereich des Leistungs- und Spitzensports (u.a. Cresswell & Eklund, 2005; Curran, Appelton, Hill, & Hall, 2011; Gustafsson, 2007; Hill, Hall, & Appelton, 2010; Krippel & Ziemainz, 2010; Lemyre, Roberts, & Stray-Gundersen, 2007; Lonsdale, Hodge, & Rose, 2009). Während also im internationalen Bereich von einem elaborierten Forschungsstand gesprochen werden kann, besteht in Deutschland auf diesem Gebiet eindeutig eine Forschungslücke. Da anzunehmen ist, dass Belastungen für jugendliche Athleten, wie in der Problemstellung thematisiert, aus Anforderungen des Sport- und Schulsystems hervorgehen und sich diese länderspezifisch substantiell unterscheiden, sind internationale Untersuchungen nicht ohne Weiteres übertragbar und verfügen nur über einen begrenzten Nutzen für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit.

Aus dem Forschungsstand lassen sich daher folgende Konsequenzen ableiten:

- (1) **Erstens** sind Aussagen über das Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern aufgrund fehlender empirischer Arbeiten sowohl über den (Nachwuchs-)Leistungssport als auch über die Allgemeinbevölkerung bislang nicht möglich.
- (2) Daraus folgt **zweitens**, dass eine Auseinandersetzung mit den Teilbereichen des Gesundheitsbewusstseins (subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien, subjektive Bedeutung von Gesundheit, Körperbewusstsein) zwingend notwendig ist, um das Gesamtkonstrukt Gesundheitsbewusstsein rekonstruieren zu können. Dabei gilt es zu beachten, dass sich junge Sportler sowohl in sportfernen als auch sportbezogenen Umwelten aufhalten und damit beide Settings Berücksichtigung finden müssen.

- (3) **Drittens** ist in Bezug auf den subjektiven Belastungszustand bzw. die Burnoutsymptomatik zu schließen, dass bisherige Studien aus dem europäischen und außereuropäischen Ausland zwar Hinweise auf relevante Bedingungen von Überlastung geben können, um Aussagen für Deutschland treffen zu können, muss jedoch dessen spezifische Situation berücksichtigt werden.

Auf Grundlage der Ausgangsproblematik, der theoretischen Vorüberlegungen, zentralen Fragestellungen sowie der Forschungslage ergibt sich folgende Vorgehensweise für die vorliegende Arbeit.

1.5 Konzeption der Arbeit

Zu Beginn des anschließenden Kapitels (**Kapitel 2**) wird zunächst detailliert auf die verschiedenen Dimensionen des Gesundheitsbewusstseins-Modells eingegangen. Beginnend mit diesbezüglichen Erkenntnissen für die Allgemeinbevölkerung (Kapitel 2.1.1), über die das Konstrukt Gesundheitsbewusstsein an Schärfe gewinnt, folgt eine Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbewusstsein von (Nachwuchs-)Athleten (Kapitel 2.1.2). Explizit wird der Frage nachgegangen, welche Aussagen sich hinsichtlich Ausprägung und Einflussgrößen bereits im Hinblick auf die Gruppe der (Nachwuchs-)Leistungssportler treffen lassen.

Der theoretische Rahmen beinhaltet zudem eine detaillierte Betrachtung des subjektiven Belastungszustandes von jungen Athleten (Burnout), seiner Ausprägung sowie den die Belastung verstärkenden und moderierenden Größen im Kontext des Leistungssports (Kapitel 2.2).

Basierend auf der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern und Burnout im Kontext des Leistungssports werden abschließend grundlegende und für die empirischen Analysen richtungsweisende Fragestellungen abgeleitet (Kapitel 2.3).

Diese untersuchungsleitenden Fragen sind im Anschluss daran hinsichtlich der Zielstellung zu beleuchten, auf welchem methodischen Weg sie in ein sinnvolles Untersuchungsdesign übersetzt werden können, damit eine erfolgreiche empirische Überprüfung gewährleistet werden kann (**Kapitel 3**). Hierbei werden neben der Vorstellung des Studiendesigns und der Probanden (Kapitel 3.1 und 3.2) auch die Erhe-

bungsinstrumente (Kapitel 3.3) sowie die Analysemethoden (Kapitel 3.4) aufgezeigt, mit denen sich die einzelnen Teilaspekte des Gesundheitsbewusstseins untersuchen lassen.

Daran anschließend beinhaltet **Kapitel 4** die Ergebnisdarstellung der empirischen Untersuchungen der einzelnen untersuchungsleitenden Fragen.

Auf Grundlage der empirischen Befunde erfolgt in **Kapitel 5** eine Einordnung und Diskussion der Erkenntnisse vor dem Hintergrund der in Kapitel 2 abgeleiteten Forschungsfragen sowie thematisch verwandter Untersuchungen.

Das abschließende Kapitel zielt darauf ab, aus den gewonnenen Erkenntnissen Konsequenzen für die Betreuung von Athleten abzuleiten, die gewählte Methodik der vorliegenden Untersuchung kritisch zu reflektieren sowie aus dieser Arbeit hervorgehende zukünftige Forschungsfragen zu entwickeln (**Kapitel 6**).

2 Theoretischer Rahmen

Eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Komponenten des Gesundheitsbewusstseins heranwachsender Sportler hilft dabei, rationale und irrationale Mechanismen in Motiven und Ursachen zu verstehen, die ihrem gesundheitsbezogenen Alltagshandeln im Sport zugrunde liegen. Zwar stellt die Orientierung an der Logik des Leistungssports – möglichst leistungsfähig zu sein – die übergeordnete Leitlinie jeglichen Verhaltens dar, allerdings können Ansatzpunkte, die nachhaltig schädigendes Verhalten auf physischer und psychosozialer Ebene und damit einer erhöhten Dropout-Gefahr entgegenwirken, nur dann erkannt werden, wenn das bewusste sowie unbewusste Alltagswissen der Nachwuchsleistungssportler verstanden wird.

Gerade für die Identifikation von Einflussmöglichkeiten, die den Dropout von Nachwuchsleistungssportlern möglichst eindämmen, stellt zudem die Kenntnis der Bedingungen, die einerseits zu einer hohen Belastung führen und andererseits Athleten vor dieser bewahren, eine wertvolle Ergänzung dar. Denn auf diesem Weg kann eine Antwort auf die Frage gegeben werden, warum es manchen Athleten gelingt, die vielfältigen Anforderungen, die Sport, Schule und Entwicklungsstufe an sie stellen, zu meistern, und Gesundheit bei anderen Athleten misslingt.

2.1 Gesundheitsbewusstsein

Grundsätzlich wird das Gesundheitsbewusstsein bezeichnet als ein

„... komplexes Aggregat von subjektiven Vorstellungen von der eigenen Gesundheit, die kognitive, emotionale und motivationale Momente beinhalten, die sich auf das eigene Selbst (als Person, Körper) und das Verhältnis zur sozialen und materiellen Umwelt beziehen, die sich in ständiger biografischer Entwicklung befinden und sozial abgestimmt werden“
(Faltermaier, 2005, S. 198).

Das Konzept des Gesundheitsbewusstseins baut damit auf individuellen Empfindungen und Denkmustern auf und erlangt durch eigene Bestimmungen und Blickwinkel erst seine individuelle Bedeutung. Die Auffassung von Gesundheit wird durch eigene Deutungen und Verständnisinhalte des Phänomens gekennzeichnet und durch den täglichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit, durch persönliche Erfahrungen, neue Erkenntnisse und Kommunikation beeinflusst.

2.1.1 Gesundheitsbewusstsein der Allgemeinbevölkerung

Einer Rekonstruktion des Gesundheitsbewusstseins muss eine differenzierte Auseinandersetzung mit den vier konstituierenden Dimensionen, subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit, subjektive Bedeutung von Gesundheit sowie Körperbewusstsein, vorausgehen (Faltermaier, 2005).

2.1.1.1 Subjektive Gesundheitskonzepte

Ein grundlegender Teilbereich des Gesundheitsbewusstseins umfasst subjektive Gesundheitskonzepte, denn sie beinhalten

„... Vorstellungen und Begriffe, mit denen Menschen (ihre eigene) Gesundheit beschreiben und bestimmen.“ (Faltermaier, 2005, S. 191).

Damit geben subjektive Gesundheitskonzepte Aufschluss darüber, was Menschen unter Gesundheit verstehen, verdeutlichen folglich, was Gesundheit und Gesundsein für sie bedeutet.

Darüber hinaus beantworten subjektive Gesundheitskonzepte die Frage, inwieweit Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit eine zeitliche Dynamik wahrnehmen, zeigen demnach, ob eine Veränderung der Gesundheit im Laufe des Lebens angenommen wird.

Angesichts dessen dienen subjektive Gesundheitskonzepte als kognitive Schemata, die die Selbstwahrnehmung von Menschen in gesundheitlichen Fragen leiten (Faltermaier, 2005, S. 195).

Definitorische Vorstellungen von Gesundheit

Zur inhaltlichen Bestimmung subjektiver Gesundheitskonzepte liegt eine Reihe von Arbeiten vor, die konsistent zeigt, dass das individuelle Verständnis von Gesundheit differenziert ist.

Vergleichbar zu der für den Phänomenbereich der Gesundheitsvorstellungen richtungsweisenden ersten Studie von Herzlich (1973)⁷ verdeutlichen auch gegenwärtige Untersuchungen über unterschiedliche Populationen der Allgemeinbevölkerung, dass

⁷ Herzlich (1973) identifiziert drei Typen: Gesundheit als ‚Vakuum‘, als ‚Reservoir‘ sowie als ‚Gleichgewicht‘. Dabei steht hinter der Bestimmung von ‚Gesundheit als Vakuum‘ eine negative Definition von Gesundheit, bei der sich ein Individuum nur dann gesund fühlt, wenn es keine Beschwerden verspürt. Wird Gesundheit als Reservoir verstanden, wird die eigene Gesundheit als ein Speicher verstanden, der vor allem den Körper robust gegenüber schädigenden Einflüssen macht. Gesundheit leistet also Widerstand gegen Krankheit, nicht jeder Mensch verfügt über denselben Speicher. Gesundheit kann durch eigene Einflussmöglichkeiten (z.B. Lebensstil) zunehmen, nimmt jedoch im Laufe des Lebens zwangsläufig ab. Hinter dem Verständnis von Gesundheit als Gleichgewicht steckt ein selten erreichbarer Idealzustand, bei dem Gesundheit als körperliches Wohlbefinden, eine gute Stimmung und gute Beziehungen zu anderen gesehen wird (Faltermaier, 2005; Faltermaier et al., 1998a).

Menschen in der Regel über ein komplexes Verständnis von Gesundheit verfügen, bei dem gleichzeitig negative wie positive Definitionen kombiniert werden, wobei positive Bestimmungen dominieren. Grundsätzlich werden Gesundheitsdefinitionen über Bezüge zum individuellen Erleben von Gesundheit konstruiert und erstrecken sich auf eine körperliche und/oder psychische und/oder soziale Dimension (Faltermaier, 1994; Faltermaier & Kühnlein, 2000; Flick, Hoose, & Sitta, 1998; Frank, 2000; Frank, Belz-Merk, Bengel, & Strittmatter, 1998; Franke, 2010; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Kuhlmann & Kolip, 1998; Schulze & Welters, 1998).

Im Zusammenhang mit der Frage nach der inhaltlichen Bedeutung des Gesundheitsverständnisses zeigt sich zunächst, dass sich eine negative Definition dadurch auszeichnet, Gesundheit über das Auftauchen von Beschwerden wahrzunehmen. Damit wird Gesundheit per se nicht erlebt, sondern ausschließlich über die Abwesenheit von körperlichen und psychischen Krankheiten, Beschwerden und Schmerzen wahrgenommen (Faltermaier, 2005).

Positive Gesundheitsdefinitionen lassen sich übereinstimmend in zwei Bestimmungen kategorisieren, die – wie auch die negative Gesundheitsdefinition – ebenfalls auf die Erlebensperspektive von Gesundheit verweisen – dem Befinden oder dem Aktionspotenzial. Im Zusammenhang mit der Definition ‚Gesundheit als Befinden‘ wird unter Gesundheit einerseits psychisches und körperliches, zum Teil auch soziales Wohlbefinden verstanden, andererseits beinhaltet diese Kategorie auch Bezüge auf die eigene Stärke bzw. innere Kraft und Assoziationen zu Gleichgewicht und Harmonie in sozialen Beziehungen (Faltermaier, 2005). Daneben drückt der Definitionstyp ‚Gesundheit als Aktionspotenzial‘ das Erleben der eigenen Gesundheit als Voraussetzung für jegliche körperliche und psychische Handlungs- oder Leistungsfähigkeit aus sowie auf sozialer Ebene für die Fähigkeit zu arbeiten (Tabelle 1).

Tabelle 1: Subjektive Gesundheitskonzepte – Inhaltliche Dimensionen im Überblick (Faltermaier & Kühnlein, 2000, S. 29)

Gesundheit	körperlich	psychisch	sozial
positive Bestimmung:			
Befinden	Wohlbefinden Kraft/Stärke	Wohlbefinden Kraft/Stärke Harmonie	Harmonie
Aktionspotential	Handlungsfähigkeit Leistungsfähigkeit	Handlungsfähigkeit Leistungsfähigkeit	Arbeitsfähigkeit Leistungsfähigkeit
negative Bestimmung:			
	Abwesenheit von geringes Ausmaß von	geringes Ausmaß von	
	Beschwerden Schmerzen Probleme(n)	Problemen	
	Krankheit		

Die Einteilung in die Kategorien negative und positive Bestimmungen (mit den jeweiligen Unterkategorien) stellt entsprechend der Sichtweise verschiedener Überblicksarbeiten (Faltermaier, 2005) einen zusammenfassenden Überblick dar, dem sich jegliche Befunde zuordnen lassen, die im Zusammenhang mit subjektiven Gesundheitskonzepten ermittelt werden.

Allerdings sind nach einer vergleichenden Analyse verschiedener Studien zum Gesundheitsverständnis (Belz-Merk, 1995; Blaxter, 1990; Faltermaier & Kühnlein, 2000; Flick, 1998b, 2000; Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Franke, 2010; Gembris-Nübel, 2004; Herzlich, 1973; Himmel, 2001; Kuhlmann & Kolip, 1998; Mattes, 1998; Schulze & Welters, 1998) zwei Schlussfolgerungen zu ziehen:

Erstens unterscheiden sich die in verschiedenen Studien zum Gesundheitsverständnis gewählten Begrifflichkeiten insbesondere für die positiven Gesundheitsbestimmungen deutlich voneinander und können den durch Faltermaier und Kühnlein (2000) festgelegten Definitionstypen nicht problemlos zugeteilt werden. Angesichts dessen sind in Tabelle 2 die in den verschiedenen Studien identifizierten Gesundheitsverständnisse den Kategorien zugeordnet, wie sie Faltermaier und Kühnlein (2000) treffen.

Zweitens finden sich in den identifizierten Definitionen nur selten Verweise auf die von Faltermaier und Kühnlein (2000) festgelegte Spezifizierung auf die körperliche,

physische und soziale Ebene wieder. Folglich ist eher davon auszugehen, dass Menschen Gesundheit nicht hinsichtlich körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen unterteilen, sondern die eigene Gesundheit vielmehr als bio-psycho-soziale Einheit sehen⁸.

Tabelle 2: Subjektive Gesundheitskonzepte – Empirisch ermittelte Definitionstypen

Positive Bestimmungen
Befinden – bio-psycho-soziales Wohlbefinden
<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit als Wohlbefinden‘ (Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Hitzblech, 2005; Schmitt, 2011)
<u>affektive Komponenten der (psychischen) Ebene</u>
<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit als Freude am Leben‘ (Frank, 2000) • ‚Gesundheit als Freude und Zufriedenheit‘ (Schmitt, 2011)
<u>soziale Ebene:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit ist wenn alle Bedingungen im Umfeld stimmen‘ (Himmel, 2001)
<u>psychosoziale Ebene:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit als Freude mit Arbeit und Leben‘ (Frank et al., 1998)
Befinden – Kraft/Stärke/Harmonie
<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit als Widerstandsreservoir zur Bewältigung von Belastungen‘ (Hitzblech, 2005) • ‚Gesundheit als Bewältigungsfähigkeit‘ (Frank, 2000)

⁸ Im Hinblick auf das Verständnis von Gesundheit als ‚Befinden‘ zeigt sich im Zusammenhang mit der Dimension ‚Wohlbefinden‘, dass dieses nur teilweise nach körperlichem und/oder psychischem und/oder sozialem Wohlbefinden differenziert wird (Flick, 2000; Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Himmel, 2001; Schulze & Welters, 1998). Oftmals zeigen sich auch Verweise auf eine Gesamtkategorie (Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Hitzblech, 2005; Schmitt, 2011). Zudem finden sich Begrifflichkeiten, die stärker auf affektive Komponenten des (psychischen) Wohlbefindens verweisen, wie ‚Gesundheit als Freude am Leben‘ (Frank, 2000) oder ‚Gesundheit als Freude und Zufriedenheit‘ (Schmitt, 2011). Entsprechendes zeigt sich bei der Bestimmung ‚Gesundheit als Freude mit Arbeit und Leben‘ (Frank et al., 1998), die einem psychosozialen Wohlbefinden entspricht.

Die Aspekte Kraft/Stärke, Fähigkeiten bzw. auf Harmonie der Befindenskategorie betrachtend, finden sich ebenfalls übergeordnete Definitionen, die sich auf ein umfassendes Konzept von Gesundheit als bio-psycho-soziale Einheit beziehen: Beispiele hierfür sind die Bestimmungen: ‚Gesundheit als Widerstandsreservoir zur Bewältigung von Belastungen‘ (Hitzblech, 2005), ‚Gesundheit als Bewältigungsfähigkeit‘ (Frank, 2000), ‚Gesundheit als Balance herstellen‘ (Kuhlmann & Kolip, 1998), ‚Gesundheit als Vitalität, Fitness‘ (Gembris-Nübel, 2004), aber auch abstrakter formulierte Bestimmungen, wie ‚Gesundheit ist trotz körperlicher oder seelischer Einschränkungen das Leben zu gestalten‘ (Himmel, 2001).

Dass sich die Gesundheitsdefinitionen von Menschen nicht trennscharf in körperliche, psychische und soziale Aspekte unterteilen lassen, zeigen auch die Befunde in Bezug auf die Kategorie ‚Aktionspotenzial‘. Grundsätzlich entsprechen sich Bestimmungen dieser Kategorie darin, dass Gesundheit funktional verstanden wird, Gesundheit die Basis darstellt, um bestimmte Aktivitäten durchzuführen. Ein Beispiel hierfür ist der Komplex, der die Bestimmungen ‚Gesundheit als Funktionsfähigkeit‘ (Frank et al., 1998) - zum Teil spezifiziert auf ‚Gesundheit als Funktionsfähigkeit zur Teilhabe am Leben‘ (Gembris-Nübel, 2004) - oder ‚Gesundheit als Leistungsfähigkeit‘ (Frank, 2000) beinhaltet. Diese sehr allgemein formulierten Definitionen erfahren nur vereinzelte Spezifizierungen, etwa im Hinblick darauf, ob der physische, psychische oder soziale Aspekt überwiegt. Zum Beispiel in der Bestimmung ‚geistige Leistungsfähigkeit‘ (Kuhlmann & Kolip, 1998). Die Allgemeingültigkeit zeigt sich insbesondere in den Definitionen dieser Kategorie, die Gesundheit ‚als Zukunft‘ (Frank et al., 1998) oder ‚Gesundheit als Verwirklichung von Zielen‘ (Frank, 2000) sehen.

<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit als Balance herstellen‘ (Kuhlmann & Kolip, 1998) • ‚Gesundheit als Vitalität, Fitness‘ (Gembris-Nübel, 2004) • ‚Gesundheit ist trotz körperlicher oder seelischer Einschränkungen das Leben zu gestalten (Himmel, 2001)
Aktionspotenzial – Handlungs-, Leistungs-, Arbeitsfähigkeit
<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit als Funktionsfähigkeit‘ (Frank et al., 1998) • ‚Gesundheit als Funktionsfähigkeit zur Teilhabe am Leben‘ (Gembris-Nübel, 2004) • ‚Gesundheit als Leistungsfähigkeit‘ (Frank, 2000) • ‚Gesundheit als Zukunft‘ (Frank et al., 1998) • ‚Gesundheit als Verwirklichung von Zielen‘ (Frank, 2000) • ‚geistige Leistungsfähigkeit‘ (Kuhlmann & Kolip, 1998)
Negative Bestimmungen
Abwesenheit von/geringes Ausmaß von Schmerzen, Beschwerden, Problemen, Krankheit
<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, Schmerzen, Beschwerden‘ (Gembris-Nübel, 2004) • ‚Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit‘ (Frank, 2000; Mattes, 1998; Schmitt, 2011) • ‚Gesundheit als Störungs- und Belastungsfreiheit‘ (Hitzblech, 2005) • ‚Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit oder Schweigen der Organe‘ (Kuhlmann & Kolip, 1998) • ‚Gesundheit als körperlich organische Integrität (negative Aspekte)‘ (Frank et al., 1998) • ‚Gesundheit meint ohne Arzt, Medikamente, Schmerzen, Krankheit zu leben‘ (Schulze & Welters, 1998)

Neben den dargestellten Kategorien fällt auf, dass in empirischen Befunden wiederholt Bestimmungen auftauchen, die sich auf ‚Gesundheit als Wert bzw. hohes Gut‘ (Gembris-Nübel, 2004; Schmitt, 2011), ‚höchster Wert‘ (Himmel, 2001), ‚höchstes Gut‘ (Frank et al., 1998)) beziehen. Gesundheit wird hier als Basis bzw. Notwendigkeit für jegliches Handeln begriffen, Parallelen zur Kategorie ‚Gesundheit als Aktionspotenzial‘ und auch ‚Gesundheit als Befinden‘ sind damit erkennbar. Im Hinblick auf die Definition ‚Gesundheit als Wert‘ könnte demnach zu mutmaßen sein, dass

manche Menschen keine differenzierte Wahrnehmung von Gesundheit aufweisen, sondern Informationen über ihren Gesundheitszustand durch das Erleben sowohl ihres Befindens als auch ihres Handelns ableiten. Allerdings bleibt zu hinterfragen, ob differenzierte Analysen nicht doch eine Spezifizierung zu Tage bringen könnten. Zudem liefert dieser Definitionstyp vor dem Hintergrund einer Untersuchung des Gesundheitsbewusstseins als Gesamtkonstrukt wegen seiner fehlenden Differenzierung kaum einen Erkenntnisgewinn, da er inhaltlich redundant zu dem Konzept ‚subjektive Bedeutung von Gesundheit‘ ist, das eine eigenständige Dimension des Gesundheitsbewusstseins darstellt (Kapitel 2.1.1.3)⁹.

Abgesehen von einer inhaltlichen Bestimmung subjektiver Gesundheitskonzepte, steht bei einzelnen Studien die Frage im Mittelpunkt, ob Menschen Gesundheit dynamisch wahrnehmen, Gesundheit also in eine lebenszeitliche Perspektive setzen und davon ausgehen, dass der Gesundheitszustand sich mit der Zeit verändern kann (Faltermaier & Kühnlein, 2000; Faltermaier et al., 1998a).

Dynamische Vorstellungen von Gesundheit

In verschiedenen Untersuchungen finden sich Verweise, die zeigen, dass eine Reihe von Menschen unter Gesundheit deutliche Bezüge zu eigenen Kontrollmöglichkeiten fasst. So beinhaltet die von Flick and Niewiarra (1994) identifizierte Definition ‚Gesundheit als Lebensweise‘, die unter anderem auch bei Gembris-Nübel (2004) und Frank et al. (1998) genannt wird, die Vorstellung, dass sich gesund zu fühlen unweigerlich mit gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen bzw. präventivem Verhalten verknüpft ist. Diese Bestimmung impliziert, dass Gesundheit als aktive Aufgabe verstanden wird, und insbesondere die Förderung der eigenen Gesundheit der eigenen Kontrolle unterliegt. Einen Verweis auf die Kontrollierbarkeit von Gesundheit betont auch das Verständnis ‚Gesundheit ist manchmal auch Verzicht‘ (Himmel, 2001), das sowohl auf ein positives Verständnis von Gesundheit, wonach Gesundheit auch Beeinträchtigungen und damit verbundenen Verzicht zulässt, insbesondere auch auf die Einschätzung verweist, dass die eigene Gesundheit durch bestimmte Verhaltensweisen oder einen Verzicht auf diese beeinflusst werden kann.

⁹ Darüber hinaus führen einige Studien zusätzliche Definitionsmuster an, die als Restkategorien (Frank et al., 1998; Rosenkranz, 2007; Schulze & Welters, 1998) oder unspezifische Kategorien (Kolip, 2000; Rosenkranz, 2007) bezeichnet werden und damit kaum Auskünfte über den jeweiligen Inhalt liefern. Auch die von Himmel (2001) identifizierte Definition - ‚Gesundheit als Freiheit und Unabhängigkeit‘ wird inhaltlich nicht weiter ausgeführt und bleibt damit unklar.

Dagegen weist die Kategorie ‚Gesundheit und Krankheit als unberechenbares Schicksal‘ (Schmitt, 2011) (auch ‚Gesundheit als Jungsein‘ (Hitzblech, 2005)) auf eine wahrgenommene Unkontrollierbarkeit von Gesundheit hin. Auch ‚Gesundheit als einseitiges Kontinuum‘ (Schmitt, 2011) spiegelt ein entsprechendes Verständnis wider. Die letztgenannte Definition betont jedoch die Auffassung, dass der Übergang von Gesundheit und Krankheit fließend verläuft, impliziert darüber hinaus auch die Wirkrichtung – im Laufe des Lebens von Gesundheit zu Krankheit¹⁰.

Mit dem Ziel, Menschen hinsichtlich ihres dynamischen Gesundheitsverständnisses einzuordnen, entwickeln Faltermaier et al. (1998a) sowie Faltermaier and Kühnlein (2000) vier so genannte Verlaufstypen: Schalter, Batterie, Akku, Generator. Menschen, die einem ‚Schalter-Modell‘ folgen, gehen von einem negativen Verständnis von Gesundheit aus. Folglich gibt es nur zwei alternative Zustände, entweder ist man krank oder gesund, wobei Gesundsein der Normalzustand ist, der durch Krankheit gestört wird. Fehlende Gesundheit wird in Form körperlicher Auffälligkeiten wahrgenommen. Eine Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit erfolgt erst dann, wenn Probleme wie zum Beispiel Schmerzen auftreten. Die mit der ‚gestörten‘ Gesundheit einhergehenden Beeinträchtigungen sind verantwortlich dafür, dass Handlungen folgen, nicht zuletzt, weil personale Kontrollüberzeugungen der eigenen Gesundheit niedrig sind (Faltermaier et al., 1998a).

Wird Gesundheit als ein ‚Batterie-Modell‘ verstanden, steht Gesundheit für eine endliche Ressource, die am Anfang des Lebens als maximales Potenzial vorliegt und dann durch ungünstige Einflüsse oder Alterungsprozesse mehr oder weniger schnell abnimmt (Faltermaier et al., 1998a). Anders als beim ‚Schalter-Modell‘ wird Gesundheit positiv definiert, auch zeigt sich bei dem Konzept des ‚Batterie-Modells‘ eine dynamische Komponente von Gesundheit, denn es wird angenommen, dass der Übergang von Gesundheit zu Krankheit fließend ist und Menschen versuchen, ihr begrenztes Reservoir an Gesundheit zu schützen. Dementsprechend nehmen sie eine begrenzte Kontrollierbarkeit ihrer Gesundheit wahr (Faltermaier et al., 1998a).

Gesundheit als ‚Akku-Modell‘ zielt darauf ab, dass Gesundheit ein Potenzial darstellt, das zwar abnehmen kann, sich jedoch aber durch günstige Einflüsse auch wieder

¹⁰ Zudem beziehen sich einige Untersuchungen auf wahrgenommene Einflüsse auf die eigene Gesundheit, die implizit zwar ebenfalls Bezüge zur wahrgenommenen subjektiven Kontrollierbarkeit von Gesundheit aufweisen, im Grunde aber nicht den subjektiven Gesundheitskonzepten sondern subjektiven Gesundheitstheorien zuzurechnen sind. Diese sind Bestandteil der zweiten Dimension des Gesundheitsbewusstseins (vgl. 2.1.1.2). Beispiele hierfür sind mögliche Ressourcen oder Belastungen durch den Komplex ‚soziales Umfeld, Arbeitsplatz, Freunde‘ (Gembris-Nübel, 2004) oder ‚gesellschaftliche Faktoren und Umweltbedingungen‘ (Gembris-Nübel, 2004), bzw. ‚Gesundheit in Verbindung mit Krankheitserfahrungen‘ (Gembris-Nübel, 2004).

auffüllen lässt. Dieses Konzept zeichnet sich folglich durch eine positive Bestimmung und eine hohe Dynamik von Gesundheit aus. Gesundheit kann sowohl abnehmen (wie auch beim Batterie-Modell), sich aber auch wieder regenerieren. Dabei sind Menschen gesundheitlichen Schwankungen gegenüber sehr aufmerksam, um Abbauprozesse wahrzunehmen und diesen gegensteuern zu können. Demnach impliziert das Modell eine hohe Kontrollüberzeugung.

Zuletzt meint das ‚Generator-Modell‘ von Gesundheit, dass sich Gesundheit unter günstigen Bedingungen (aktive Bemühungen, bestimmte Einflüsse) sogar über den Ausgangszustand hinaus erweitern lässt. Dieses durch ein positives Verständnis von Gesundheit geprägte Konzept zeichnet sich im Vergleich zu den anderen Modellen dadurch aus, dass die körperliche, psychische und soziale Ebene differenziert erfahren wird, demnach ist es als multidimensional zu beschreiben. Außerdem wird Gesundheit in hohem Maß als dynamisch wahrgenommen. Beispielsweise wird unterstellt, dass Menschen Abwägungen vornehmen, wie bewusste körperliche Risiken zu akzeptieren (z.B. Bungeejump), um das psychosoziale Wohlbefinden (z.B. Selbstvertrauen) zu steigern (Faltermaier et al., 1998a).

Zwar erfolgt die Kategorisierung der vier Verlaufstypen auf der Datenbasis nur einer qualitativen Studie, allerdings finden sich vergleichbare Erkenntnisse bereits bei Herzlich (1973), so entspricht etwa das Schalter-Modell dem Vakuum-Modell oder deckt sich das Batterie-Modell mit dem Verständnis von ‚Gesundheit als Reservoir‘ (Herzlich, 1973). Angesichts dessen ist anzunehmen, dass die Kategorisierung durchaus seine empirische Berechtigung erfährt.

In folgender Tabelle 3 findet sich eine Zusammenfassung der Gesundheitsdefinitionen, die einen Bezug zu einer wahrgenommenen Dynamik aufweisen.

Tabelle 3: Subjektive Gesundheitskonzepte – Empirisch ermittelte Definitionstypen hinsichtlich dynamischer Vorstellungen

Dynamische Vorstellungen von Gesundheit
Verlaufstypen von Gesundheit (Faltermaier & Kühnlein, 2000)
<ul style="list-style-type: none"> • Schalter (on-off) • Batterie (Reduktion) • Akku (Regeneration) • Generator (Expansion)
‚Gesundheit als Resultat fehlender Kontrolle‘

<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit und Krankheit als unberechenbares Schicksal‘ (Schmitt, 2011) • ‚Gesundheit als Jungsein‘ (Hitzblech, 2005) • ‚Gesundheit als einseitiges Kontinuum‘ (Schmitt, 2011)
<p>‚Gesundheit als Resultat von Kontrolle‘</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ‚Gesundheit ist manchmal auch Verzicht‘ (Himmel, 2001) • ‚Gesundheit als Lebensweise‘ (Flick & Niewiarra, 1994) • Gesundheitsdefinitionen mit Bezügen zu Verhaltensaspekten (Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004)

Die Auseinandersetzung zu subjektiven Gesundheitskonzepten zusammenfassend zu bewerten, stellt sich die Frage nach dem Nutzen und der praktischen Bedeutsamkeit der vorliegenden Kenntnisse.

So liefern die Gesundheitsdefinitionen grundsätzlich Informationen darüber, wann sich Menschen als gesund bezeichnen. Damit wirken sich Unterschiede im Gesundheitsverständnis auf die Aufmerksamkeit aus, die Menschen in Bezug auf ihren Gesundheitszustand haben. Dementsprechend nehmen sich Menschen in Abhängigkeit ihres Gesundheitsverständnisses zu unterschiedlichen Zeitpunkten als gesund oder krank wahr. Treten Beschwerden bei Menschen mit einer negativen Bestimmung von Gesundheit auf, werden sich diese im Vergleich zu denjenigen, die Gesundheit hauptsächlich positiv definieren, früher als krank bzw. nicht oder weniger gesund bezeichnen, weil ihr Blick auf die Wahrnehmung der Beschwerden gelenkt ist, während hinsichtlich eines positiven Verständnisses der Fokus darauf liegt, ob ein Mensch sich stark oder wohlfühlt, ob er harmonische soziale Beziehungen erfährt, ob er die Anforderungen bewältigen kann, die sich ihm stellen. Der Blick ist demnach ein positiver, vorliegende Beschwerden werden akzeptiert. Anhand eines konkreten Beispiels wird besonders deutlich, wie weit die individuelle Gesundheitsdefinition in das alltägliche Leben hineinreicht: So spielt das Gesundheitsverständnis etwa eine außerordentliche Rolle bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Eine negative Gesundheitsbestimmung müsste sie dazu verleiten, sich immer als krank zu bezeichnen. Aus diesem Grund wird als begleitende Maßnahme für die Therapie des chronischen Schmerzsyndroms zu einer Umdeutung der individuellen Gesundheitsdefinition in Richtung eines positiven Verständnisses geraten, um zu lernen, vorliegende Beschwerden als Teil ihrer Gesundheit zu akzeptieren (Morley, Eccleston, & Williams, 1999; Nilges, Köster, & Schmidt, 2007).

Insbesondere aber die Kenntnis der dynamischen Vorstellung von Gesundheit spielt eine entscheidende Rolle im Rahmen der Behandlung, Rehabilitation und vor allem auch Prävention. So beinhalten dynamische Konstruktionen Informationen darüber, inwiefern Menschen Möglichkeiten sehen, ob und in welchem Ausmaß sie ihre Gesundheit verändern können. Zum Beispiel sind einem negativen Gesundheitsverständnis entsprechend im ‚Schalter-Modell‘ Gesundheit und Krankheit zwei diskrete Zustände. Gesundheit ist per se nicht erlebbar, wahrgenommen wird nur die Störung des Normalzustandes in Form von Beschwerden. Damit ist anzunehmen, dass Präventionsmaßnahmen, abgesehen von Vorsorgeuntersuchungen, kaum Nutzen zugesprochen wird. Auch nachhaltige Verhaltensänderungen im Anschluss an eine Behandlung von Krankheiten können vermutlich kaum erreicht werden, da sich keine Notwendigkeit erschließt, sobald der Normalzustand ‚Gesundheit‘ (durch medizinische Experten) wieder hergestellt ist.

Definieren Menschen Gesundheit in einem positiven Sinn und nehmen gleichzeitig, entsprechend dem Batterie-Modell, nur eine geringe gesundheitsbezogene Kontrollierbarkeit wahr, werden sie voraussichtlich versuchen, ihr endliches Potenzial an Gesundheit zu bewahren bzw. Risikofaktoren von Krankheiten abzuwenden. Infolgedessen ist davon auszugehen, dass bestimmte Präventionsmaßnahmen in Betracht gezogen werden. Bei Menschen, die dem Verlaufstyp ‚Akku‘ und ‚Generator‘ zugeordnet werden können, führt die relativ hohe bzw. sehr hohe subjektive Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit dazu, dass sie vermutlich positiv auf Präventionsbemühungen reagieren und auch als kompliant bezüglich Ärztevorgaben bezeichnet werden können. Allerdings ist anzunehmen, dass der Generator-Typ oftmals seine Kontrollmöglichkeiten die eigene Gesundheit betreffend überschätzt und reale Gefährdungen von Gesundheit tendenziell negiert (Faltermaier et al., 1998a).

Neben der Kenntnis verschiedener bei der Allgemeinbevölkerung vorliegender Definitionstypen ist hinsichtlich der Beschreibung des Gesundheitsverständnisses von besonderem Interesse, inwieweit sich subjektive Gesundheitskonzepte zwischen den untersuchten Gruppen unterscheiden. Antworten auf die Fragen, welche Menschen eher zu negativen oder positiven Gesundheitsbestimmungen tendieren oder ob sich Menschen hinsichtlich der wahrgenommenen Dynamik unterscheiden, helfen dabei,

zu antizipieren, welches Gesundheitsverständnis bei Nachwuchsleistungssportlern vorliegt.

Allerdings zeigt die dargestellte Analyse der vorliegenden Untersuchungen, dass Vergleiche und damit die Identifikation von Gruppenunterschieden schwierig sind, denn Effekte verschiedener Variablen können nicht als konsistent beschrieben werden. So steht die Forschung zu subjektiven Gesundheitskonzepten am Anfang, die Fragestellungen der Studien verfolgen eher explorative Ziele, beschränken sich darauf, das Alltagshandeln der jeweiligen, meist relativ spezifisch gewählten, Untersuchungsgruppe (z.B. bestimmte Berufs-, Altersgruppen, Regionen) darzustellen. Im Zuge der explorativen Herangehensweise werden in der Regel qualitative Methoden gewählt, die zwar den Vorteil bieten, subjektive Gesundheitskonzepte rekonstruieren zu können und deren Vielschichtigkeit zu begreifen, allerdings bedeuten Interviews in der Regel auch geringe Fallzahlen, kaum quantifizierbare Daten und ein niedriges Ausmaß an Standardisierung in der Datenerhebung und –auswertung. Damit wird es schwer, systematische Effekte zu erfassen. Auch mag hier der Grund liegen, weshalb nicht selten inkonsistente Ergebnisse vorliegen.

Trotzdem sollen im Folgenden die Einflussgrößen aufgezeigt werden, die in den verschiedenen Studien ermittelt werden, da diese zumindest Hinweise auf potenziell relevante Bedingungen geben, die in der Folge empirisch auf ihre Einflusskraft bei den Nachwuchsathleten überprüft werden können.

Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte

Identifizierte Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverständnis lassen sich grundsätzlich der personellen oder sozialen Ebene zuordnen.

Im Zusammenhang mit personellen Bedingungen sind bezüglich der Entwicklung und Veränderungen von subjektiven Gesundheitskonzepten – entsprechend jeglicher Kognitionen – zunächst Abhängigkeiten von eigenen biografischen Erfahrungen festzustellen. So spielen biografische gesundheitsbezogene Einschnitte wie individuelle Krankheitserfahrungen eine wesentliche Rolle bei der Frage, wann Menschen sich als gesund bezeichnen (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Faltermaier & Kühnlein, 2000; Frank et al., 1998; Hitzblech, 2005; Normandeau, Wins, Jutras, & Hanigan, 1998).

Da Krankheitserfahrungen in der Regel mit zunehmendem Alter gemacht werden, lassen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich Gesundheitsbestimmungen bei Kin-

dern im Vergleich zu Erwachsenen feststellen. So bedingen das geringe Ausmaß an eigenen Krankheitserfahrungen in Kombination mit einem unausgereiften kognitiven Entwicklungsstand bzw. intellektuellen Fähigkeiten ein deutlich unspezifischeres und weitaus weniger detailliertes Verständnis von Gesundheit von Kindern (Ball, 2004; Bengel, Bucherer, Strittmatter, & Buggle, 1995; Chapman, Emerson, Gough, Mepani, & Road, 2000; Eiser & Kopel, 1997; Kolip, 1998; Millstein & Irwin, 1987; Natapoff, 1978; Normandeau et al., 1998). Beispielsweise nennen Kinder im Vorschulalter einfache Verhaltensregeln wie etwa genügend Schlaf oder bestimmte Nahrungsmittel, wenn sie danach gefragt werden, was Gesundheit für sie bedeutet (Bengel et al., 1995). Ihr Gesundheitskonzept weist demnach relativ ausschließlich Bezüge zu Verhaltensparametern auf. Im Laufe des Heranwachsens werden Gesundheitsdefinitionen immer abstrakter und umfangreicher (Chapman et al., 2000; Eiser & Kopel, 1997; Lohaus & Ball, 2006; Millstein & Irwin, 1987; Natapoff, 1978; Schmidt & Fröhling, 1998). Im Grundschulalter beginnen Kinder Zusammenhänge zu begreifen. Zum Beispiel wird der eigene Gesundheitszustand auf bestimmte Ursachen, wie das eigene Verhalten, zurückgeführt. Kinder beginnen zu verstehen, dass Gesundheit veränderbar ist, Gesundheit in Krankheit und Krankheit in Gesundheit übergehen kann (Bengel et al., 1995). Ab dem 12. Lebensjahr entwickeln sich schon relativ elaborete Vorstellungen zu den meisten Aspekten von Gesundheit und Krankheit, sie werden plastischer und präziser (Ball, 2004; Chapman et al., 2000; Millstein & Irwin, 1987; Schmidt & Fröhling, 1998). Ältere Jugendliche weisen in der Regel Gesundheitskonzepte entsprechend Erwachsener auf (Kolip, 2000; Millstein; Schmidt & Fröhling, 1998).

Diese allgemeinen Entwicklungstendenzen spezifizierend, lässt sich hinsichtlich der inhaltlichen Charakterisierung des Gesundheitsverständnisses festhalten, dass Gesundheit – vergleichbar zu Erwachsenen – auch von Kindern (Bengel et al., 1995; Chapman et al., 2000; Myant & Williams, 2005; Normandeau et al., 1998; Piko & Bak, 2006; Schmidt & Fröhling, 1998) und Jugendlichen (Bengel et al., 1995; Burrows & Wright, 2004; Chapman et al., 2000; Giskes, Patterson, Turrell, & Newman, 2005; Himmel, 2001; Kolip, 1998, 2000; Nordlohne & Kolip, 1994; Rosenkranz, 2007; Schmidt & Fröhling, 1998) unterschiedlich konstruiert wird, sowohl negativ, in Form von Abwesenheit von Krankheit, als auch positiv, in Form von Wohlbefinden, Stärke oder Aktionspotenzial bzw. Funktionalität. Allerdings umfasst zum Beispiel das Verständnis von Gesundheit als eigenes Aktionspotenzial bei Kin-

dern und Jugendlichen eine körperliche und/oder auf das Alter angepasste Funktionsfähigkeit, wie ‚spielen können‘ oder ‚sich mit Freunden treffen‘ (Giskes et al., 2005; Kolip, 1998; Millstein; Natapoff, 1978; Normandeau et al., 1998; Schmidt & Fröhling, 1998).

Wie auch bezüglich Erwachsener ermitteln einige Untersuchungen im Hinblick auf Kinder und Jugendliche die Kategorie ‚Gesundheit als höchstes Gut/als Wert‘, die sich etwa auf Aspekte wie ‚ein unbeschwertes Leben führen können‘ oder die Lebenserwartung beziehen oder Überzeugungen, wie ‚Gesundheit als das Wichtigste im Leben‘ beinhalten (Kolip, 2000; Rosenkranz, 2007; Schmidt & Fröhling, 1998). Zusätzlich finden sich – wie eingangs angesprochen – in den Befunden zum Gesundheitsverständnis von Kindern und Jugendlichen oftmals auch Kategorien, die auf verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen abheben (Giskes et al., 2005; Kolip, 1998; Myant & Williams, 2005; Nordlohne & Kolip, 1994; Normandeau et al., 1998; Piko & Bak, 2006; Rosenkranz, 2007) oder die Vorstellung beinhalten, dass Gesundheit im eigenen Verantwortungsbereich liegt (Giskes et al., 2005). Damit wird deutlich, dass bereits Kinder und Jugendliche von einer Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit durch eigenes Verhalten ausgehen.

Die Frage nach der Bedeutung der einzelnen Gesundheitsbestimmungen bei Kindern und Jugendlichen, also der Einschätzung, welche Definition dominiert, ist kaum zu beantworten. Als zentral werden in einigen Untersuchungen Befindensaspekte (Himmel, 2001; Kolip, 2000; Lohaus & Ball, 2006), in anderen Bestimmungen genannt, die auf ein Verständnis von Gesundheit als Aktionspotenzial hinweisen (Bengel et al., 1995; Giskes et al., 2005; Normandeau et al., 1998; Rosenkranz, 2007). Auch zeigen wieder andere Ergebnisse die Wichtigkeit beider Dimensionen (Nordlohne & Kolip, 1994). Zudem finden sich Studien, die Bezüge auf Verhaltensweisen als die entscheidenden Bereiche anführen (Kolip, 1998).

Die Frage danach, inwiefern sich das Gesundheitsverständnis über das Kindes- und Jugendalter inhaltlich wandelt, kann ebenfalls nicht beantwortet werden. So gewinnt mit steigendem Alter teilweise der Aspekt der positiven (Bengel et al., 1995; Schmidt & Fröhling, 1998), teilweise der negativen (Kolip, 1998) Gesundheitsdefinition stetig an Bedeutung, teilweise zeigen sich keine systematischen Effekte des Alters (Myant & Williams, 2005).

Als relativ unbestritten wird in der Literatur dargestellt, dass Kinder ihre Gesundheitsdefinitionen mit zunehmendem Alter auch auf psychische Aspekte erweitern (Lohaus

& Ball, 2006; Schmidt & Fröhling, 1998). Allerdings zeigt ein differenzierter Blick, dass es auch diesbezüglich widersprüchliche Befunde gibt (Myant & Williams, 2005). Übereinstimmend wird dagegen wiederkehrend betont, dass Heranwachsende ab dem Jugendalter die Langfristigkeit von Gesundheit für die eigene Zukunft begreifen (Kolip, 1998; Schmidt & Fröhling, 1998) und sich die subjektive Kontrollüberzeugung, den Gesundheitszustand aktiv beeinflussen zu können, ausbildet (Bengel et al., 1995). Wobei Letzterem streng genommen widersprochen werden muss, wird berücksichtigt, dass bereits Kinder Verhaltensaspekte anführen, wenn sie danach gefragt werden, was Gesundheit für sie bedeutet, und Verhaltensaspekte die Annahme implizieren, dass die eigene Gesundheit beeinflussbar und damit kontrollierbar ist.

Die Diskussion der (möglichen) Alterseffekte bei Kindern und Jugendlichen aufgreifend ist im Hinblick auf Erwachsene zunächst anzuführen, dass nur einzelne Untersuchungen vorliegen, die Altersvergleiche analysieren. Eine erste Studie in Großbritannien (Blaxter, 1990) zeigt, dass unter Gesundheit mit ansteigendem Alter eher Leistungsfähigkeit und weniger körperliche Fitness und Stärke genannt wird. Eine weitere Arbeit, die Alterseffekte betrachtet, kommt zu dem Schluss, dass ältere (60–69 Jahre) Frauen Gesundheit deutlich negativer bestimmen als junge (20–29 Jahre). Jedoch legen sie weniger Wert auf eine positive Definition in Form von körperlicher Leistungsfähigkeit. Dagegen ist ihnen Wohlbefinden etwas wichtiger als jungen Frauen, jedoch ist diese Dimension für beide sehr wichtig. Sowohl junge als auch alte Männer bestimmen Gesundheit stark über den körperlichen Aspekt, gefolgt von der Definition ‚Gesundheit als Wohlbefinden‘. Negativ bestimmen beide Gesundheit eher weniger stark (Schulze & Welters, 1998). Frank (2000) spricht in seiner Untersuchung auch von einem Alterseffekt im Hinblick auf die Bestimmung von Gesundheit als Leistungsfähigkeit, führt diesen inhaltlich jedoch nicht weiter aus.

Ist zumindest eine Veränderung des Gesundheitsverständnisses vom Kindes- über das Jugend- bis hin zum Erwachsenenalter unbestritten, sind die Befunde hinsichtlich weiterer soziodemografischer Determinanten als uneinheitlich zu beschreiben. So zeigen sich in einigen Untersuchungen Geschlechtsunterschiede (Ball, 2004; Kuhlmann & Kolip, 1998; Nordlohne & Kolip, 1994; Schulze & Welters, 1998), in anderen jedoch nicht (Piko & Bak, 2006). Als konsistent erweist sich jedoch, dass Mädchen (Kolip,

2000) und Frauen (Kuhlmann & Kolip, 1998) mehr Bestimmungen von Gesundheit nennen.

Über die inhaltliche Verteilung herrscht dagegen Uneinigkeit. Faltermaier et al. (1998a) betonen im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede, die in europäischen Studien vor 1998 identifiziert wurden, dass Frauen der psychischen Dimension des Wohlbefindens mehr Bedeutung entgegenbringen. Neuere Befunde belegen dieses Ergebnis für jugendliche Mädchen (Kolip, 2000) und erwachsene Frauen (Schulze & Welters, 1998) sowie für die Definitionen ‚Gesundheit als Stärke (Vitalität, Fitness)‘ (Gembris-Nübel, 2004), die ‚geistige‘ Dimension von Leistungsfähigkeit (Kuhlmann & Kolip, 1998), Funktionsfähigkeit (zur Teilhabe am Leben) (Gembris-Nübel, 2004) oder auch für Gesundheit im Allgemeinen (Faltermaier, 2005). Männer bestimmen Gesundheit im Vergleich zu Frauen dagegen stärker über die Leistungsfähigkeit (Faltermaier et al., 1998a) oder einer negativen Definition (Faltermaier et al., 1998a; Kuhlmann & Kolip, 1998). Die geschlechts- und altersvergleichende Studie von Schulze and Welters (1998) zeigt in Bezug auf Geschlechtsunterschiede, dass diese eher durch den Einfluss des Alters zu begründen sind. So entsprechen junge Frauen in einigen Punkten den Ergebnissen junger und älterer Männer, nur die älteren Frauen zeigen deutlich abweichende Ergebnisse. Grundsätzlich entsprechen die Ergebnisse junger Frauen denen junger Männer jedoch eher, während sich ältere Frauen und ältere Männer stärker unterscheiden. Möglicherweise lassen sich in letztgenanntem Befund Hinweise auf einen Einfluss der geschlechtsspezifischen Sozialisation im Laufe des Lebensalters sehen.

Neben soziodemografischen Einflüssen sind auf der personellen Ebene zudem Abhängigkeiten von bestimmten Persönlichkeitsdispositionen denkbar, obwohl diese bislang nicht erschöpfend untersucht wurden. So gilt der negative Zusammenhang zwischen gesundem Perfektionismus¹¹ und einer hohen subjektiven Kontrollüberzeugung gesichert (Stoeber & Otto, 2006), während hinsichtlich negativen oder positiven Gesundheitsverständnissen keinerlei Studien gefunden werden können. Zu vermuten ist allerdings, dass (ungesund und gesund) perfektionistische Menschen deutlich extremere Ausprägungen aufweisen, ihre Gesundheit etwa auffallend funktional wahrnehmen.

¹¹ Das Perfektionismusstreben wird übereinstimmend in zwei Kategorien unterteilt, die sich trotz Verwendung unterschiedlicher Begrifflichkeiten, in eine Form gesunden sowie ungesunden Perfektionismus unterteilen lassen (Stoeber & Otto, 2006).

Zudem ist vor dem Hintergrund des salutogenetischen Paradigmas anzunehmen, dass das Ausmaß die Eigenschaft der ‚Resilienz‘ als die psychische Widerstandskraft bzw. die Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen umgehen zu können, die Entwicklung des individuellen Gesundheitsverständnisses beeinflusst (Bengel & Lyssenko, 2012).

Im Hinblick auf die Befunde zu sozialen Einflussfaktoren, werden Einflüsse bezüglich der sozialen Schicht bzw. sozioökonomischen Situation bzw. Bildungsgrad (Faltermaier, 2005; Lettke, Eirmbter, Hahn, Hennes, & Jacob, 1999) identifiziert. Danach sind in den unteren Schichten eher undifferenziertere (Ball, 2004) sowie eine negative und funktionale Gesundheitsbestimmung, während in den höheren Schichten eher positive und differenziertere Definitionen zu finden, sowie die Betonung auch eher auf der psychischen Komponente liegt (Belz-Merk, 1995; Blaxter, 1990). Allerdings widersprechen diesen Befunden Untersuchungen, die Einflüsse durch unterschiedliche Berufe analysieren. Diese deuten darauf hin, dass Unterschiede weniger durch das Qualifikationsniveau als durch das Arbeitsumfeld zustande kommen. Zum Beispiel zeigt eine vergleichende Studie zwischen Berufsgruppen desselben Ausbildungsstands – Verwaltungsangestellten und Handwerkern –, dass hier ein unterschiedliches Gesundheitsverständnis vorliegt. Erstere bestimmen ihre Gesundheit eher negativ, bei Handwerkern überwiegen dagegen positive Definition (Faltermaier & Kühnlein, 2000). Auch stellt Faltermaier (1994) in einer vergleichenden Untersuchung zwischen Ärzten, Krankenschwestern und Arbeitern fest, dass bei Arbeitern ein positives Verständnis (Handlungs- und Leistungsfähigkeit) dominiert, bei Ärzten dagegen ein negatives (Abwesenheit von Krankheit), bei Krankenschwestern sich gleichermaßen positive Konzepte (Wohlbefinden) wie negative (Abwesenheit von Krankheit) Bestimmungen finden (Faltermaier, 1994). Der Annahme, dass sich das dem Medizinsystem inhärente negative Gesundheitsverständnis auf die Berufe abfärbt, die in diesem beschäftigt sind, widersprechen Flick, Walter, Fischer, Neuber und Schwartz (2004). Sie zeigen, dass die Gesundheitsvorstellungen von Professionellen aus dem Medizinbereich überwiegend positiv bestimmt sind, und stellen dar, dass insbesondere eine negative Gesundheitsdefinition doppelt so häufig von Professionellen wie von Laien abgelehnt wird. Ob diese Inkongruenz Rückschlüsse auf einen paradigmatischen Wandel innerhalb des Medizinsystems zeigt, bleibt offen. Auch finden sich bei Kuhlmann und Kolip (1998) Zweifel hinsichtlich der Abhängigkeit

des Umfeldes. So legt ihre Untersuchung von Professoren offen, dass deren stark positiv geprägten Bestimmungen von Gesundheit nicht zwischen natur- und geistes- bzw. sozialwissenschaftlichen Fächern differieren (Kuhlmann & Kolip, 1998). Auch definieren Vertreter pädagogischer (Erzieher, Sozialpädagogen) und pflegender Berufe (Pfleger) in der Behindertenhilfe Gesundheit abweichend voneinander (Pädagogen eher positiv ‚als Vitalität, Fitness‘, ‚als Wohlbefinden‘)(Gembris-Nübel, 2004). Zuletzt zeigen sich Einflüsse, die im weitesten Sinn umfeldbezogenen Bedingungen zuzuordnen sind, zwischen verschiedenen Ländern (Gervais & Jovchelovitch, 1998; Mattes, 1998; Schmidt & Fröhling, 1998)¹².

Die dargestellten Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte finden sich zusammenfassend in der folgenden Abbildung 3.



Abbildung 3: Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei der Allgemeinbevölkerung

¹² Zudem verweisen einzelne Studien auf die Familie (Faltermaier & Kühnlein, 2000) bzw. das soziale Netz (Hitzblech, 2005), das Auswirkungen darauf hat, wie sich das Gesundheitsverständnis entwickelt, allerdings wird nicht weiter ausgeführt, wie die Unterschiede ausfallen. Auch für weitere Einflüsse, die im Hinblick auf die Ausgestaltung der subjektiven Gesundheitskonzepte angeführt werden, fehlen genauere Informationen dazu, inwiefern diese die Gesundheitsbestimmungen beeinflussen: Dazu zählen Körperverständnis (Faltermaier & Kühnlein, 2000), Wertschätzung der eigenen Person (Hitzblech, 2005), Zukunftsvorstellungen (Hitzblech, 2005), allgemeiner Lebensstandard (Hitzblech, 2005), subjektiv erlebte Potenziale (Hitzblech, 2005), Möglichkeiten, Auswirkungen, gesundheitlicher Einbußen zu kompensieren (Hitzblech, 2005), Wissen über Möglichkeiten, den Verlauf positiv zu beeinflussen (Hitzblech, 2005).

Sind die Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bekannt, präzisieren diese das Bild des Gesundheitsverständnisses, denn sie verdeutlichen, welche Menschen zu welchen Vorstellungen tendieren, bzw. welche Größen zu unterschiedlichen Gesundheitsdefinitionen führen.

Zusätzlich zu den inhaltlichen Dimensionen subjektiver Gesundheitskonzepte, die Informationen dazu bereit halten, wann sich Menschen gesund fühlen und damit auch, welchem Aspekt des Phänomens sich ihre Aufmerksamkeit widmet, finden sich Informationen dazu, inwiefern eine personale Kontrolle ihres Gesundheitszustandes wahrgenommen wird. In engem Zusammenhang mit dieser so genannten subjektiven Kontrollüberzeugung von Gesundheit steht die Frage, welche inhaltlichen Einflüsse Menschen auf ihre Gesundheit wahrnehmen, wodurch sie denken, ihre Gesundheit beeinflussen zu können. Diese Frage steht im Mittelpunkt der subjektiven Gesundheitstheorien.

2.1.1.2 Subjektive Gesundheitstheorien

Subjektive Gesundheitstheorien spiegeln wider, welchen Einflüssen Menschen eine positive bzw. negative Wirkung auf die eigene Gesundheit zuschreiben (Faltermaier, 2005). Damit umfassen sie die wahrgenommenen gesundheitlichen Risiken und Ressourcen und schließen folglich auch immer wahrgenommene Kontrollüberzeugungen auf die eigene Gesundheit ein. Subjektive Gesundheitstheorien geben dementsprechend die Richtung und die wahrgenommenen Möglichkeiten des Handelns vor, denn im Unterschied zu wissenschaftlichen Theorien über Einflussfaktoren, die Gesundheit oder bestimmte Krankheiten bedingen und auf empirischen Befunden basieren, zeichnen sie sich durch komplexe gedankliche Konstruktionen aus, die auch irrationale Zusammenhänge beinhalten.

Erhebungen bei verschiedenen Populationen der Allgemeinbevölkerung zeigen übereinstimmend, dass Laien sehr präzise Vorstellungen haben, welche Faktoren ihre Gesundheit beeinflussen (Flick, 2000; Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Hitzblech, 2005; Kuhlmann & Kolip, 1998; Macintyre, McKay, & Ellaway, 2006; Mattes, 1998; Schmidt & Fröhling, 1998; Schulze & Welters, 1998).

Zum Zweck einer zusammenfassenden Übersicht kategorisieren Faltermaier, Kühnlein, and Burda-Viering (1998b) wahrgenommene Einflussfaktoren zum einen in

Einflussbereiche, welche die einzelnen inhaltlichen Faktoren abbilden, denen eine positive oder negative Wirkung zugeschrieben wird, und zum anderen in Einflussprozesse, über die hinter den Einflussgrößen liegende wahrgenommene Mechanismen verdeutlicht werden (Abbildung 4).

Ein Blick auf die Kategorie der Einflussbereiche zeigt, dass sich diese weiter in folgende vier Kategorien aufgliedern lassen: Konstitution und Disposition, Lebensweise, Umwelt, Alter und Schicksal.

Einflüsse auf die eigene Gesundheit, die mit der eigenen Konstitution und individuellen Dispositionen zusammenhängen, beziehen sich auf körperliche oder psychische Eigenschaften und finden sich in einer Reihe von empirischen Untersuchungen wider (Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Giskes et al., 2005; Kuhlmann & Kolip, 1998; Macintyre et al., 2006; Mattes, 1998; Schmidt & Fröhling, 1998; Schulze & Welters, 1998). Im Zusammenhang mit dem Körper werden bestimmte physische Stärken oder Schwachstellen zugeordnet, zu psychischen Merkmalen zählen bestimmte Persönlichkeitsdispositionen, wie zum Beispiel besondere Bewältigungskompetenzen oder Charaktereigenschaften (Achtsamkeit, Lebenseinstellung, Ausgeglichenheit, ein ‚nervöser‘ Typ sein).

Neben dem ersten Bereich der eigenen Konstitution bzw. Dispositionen nehmen Menschen zweitens eine positive und negative Auswirkung durch die eigene Lebensweise, den eigenen Lebensstil bzw. die Vermeidung von Risikofaktoren wahr. Inhaltlich beziehen sich die Einflussfaktoren zum einen auf das Handeln und Verhalten, so werden einer gesunden Ernährung, ausreichend Bewegung/Sport, dem maßvollen Konsum von Genussmitteln, ausreichend Entspannung bzw. Ausgleich, genügend Schlaf, bewusst zu leben bzw. achtsam zu sein, aber auch dem Besuch von Vorsorgeuntersuchungen/Ärzten, eingehaltener Hygiene positive Effekte zugeschrieben (Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Giskes et al., 2005; Himmel, 2001; Kolip, 1998; Kuhlmann & Kolip, 1998; Macintyre et al., 2006; Mattes, 1998; Myant & Williams, 2005; Normandeau et al., 1998; Piko & Bak, 2006; Schmidt & Fröhling, 1998; Schulze & Welters, 1998). Aus der Sicht von Kindern spielen darüber hinaus Aspekte wie die Einnahme von Medikamenten, der Aufenthalt an der frischen Luft und angemessene Bekleidung eine Rolle (Piko & Bak, 2006; Schmidt & Fröhling, 1998, 2000). Jugendliche messen zudem der Drogenabstinenz (Kolip, 1998; Normandeau et al., 1998) sowie gefährlichen Verhaltensweisen im Straßenverkehr (Normandeau et al., 1998) eine hohe Bedeutung bei. Neben ver-

haltensbezogenen Einflüssen steht zum anderen das Erleben im Zusammenhang mit der eigenen Lebensweise im Mittelpunkt. Einflüssen wie Stress/Ärger, Ruhe bzw. die Möglichkeit auch alleine zu sein, das Leben zu genießen, wird ebenfalls eine positive Wirkung zugeschrieben.

Als dritten Bereich neben individuellen Konstitution/Disposition sowie der eigenen Lebensweise sehen Menschen Auswirkungen auf die eigene Gesundheit auch durch ihre soziale und ökologische Umwelt bedingt. In diesem Zusammenhang werden ökologische Einflüsse, wie Umweltverschmutzung, Schadstoffbelastung, Infektionsrisiko, aber auch Ressourcen bzw. Probleme aus/im familiären/sozialen Umfeld beschrieben. Zudem spielt der Beruf (Termindruck, Arbeitsklima, Quelle für Anerkennung, Selbstbestätigung) oder auch Bedingungen des Lebensumfeldes (Hilflosigkeit gegenüber Staat, Bürokratie, Gesundheitssituation) eine Rolle (Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Giskes et al., 2005; Himmel, 2001; Kuhlmann & Kolip, 1998; Macintyre et al., 2006; Mattes, 1998; Normandeau et al., 1998; Piko & Bak, 2006; Schmidt & Fröhling, 1998; Schulze & Welters, 1998). Jugendliche betonen darüber hinaus die Werbung als beeinflussenden Aspekt (Giskes et al., 2005).

Der vierte Bereich umfasst schicksalshafte Einflüsse (Zufall, Vorbestimmung) bzw. unvermeidliche Auswirkungen des Älterwerdens (biologischer Altersabbau) (Faltermajer et al., 1998b; Flick, 2000; Frank, 2000; Macintyre et al., 2006; Mattes, 1998; Schulze & Welters, 1998).

Zwar leistet die Kategorisierung von Faltermajer et al. (1998a) einen wertvollen Beitrag dazu, die in verschiedenen Studien identifizierten wahrgenommenen Einflüsse sinnvoll einzuordnen. Dennoch erweist sie sich im Hinblick auf bestimmte als relevant identifizierte Größen als nicht trennscharf. So werfen verschiedene gesundheitliche Auswirkungen die Frage auf, in welche Kategorie sich diese einordnen lassen (Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Kuhlmann & Kolip, 1998; Macintyre et al., 2006; Mattes, 1998). Beispiele finden sich in Größen wie der Höhe verfügbarer finanzieller Mittel, dem Ausmaß an Freizeit/an Stress und Belastung/an frischer Luft (Umwelt oder Lebensweise)/an Zufriedenheit und Wissen (Disposition oder Lebensweise) oder dem Vorhandensein einer Erwerbstätigkeit (Schicksal oder Umwelt).

Neben den Einflussbereichen lassen sich antizipierte Auswirkungen bestimmter Größen auf die eigene Gesundheit auch vier Einflussprozessen zuordnen, die sich im Hinblick auf ihre Wirkweise unterscheiden: Ihre Rekonstruktion erfolgte über eine qualitative Interviewstudie (n=61), die bei zwei Berufsgruppen (Handwerker, Verwaltungsangestellte) mittleren Alters durchgeführt wurde. Die vier Theorietypen werden als Schicksalstheorien, Risikotheorien, Ressourcentheorien, sowie Ausgleichs- und Belastungstheorien bezeichnet (Faltermaier et al., 1998b). Dieser Kategorisierung lassen sich zu großen Teilen Befunde von Studien über andere Populationen zuordnen.

So finden sich Schicksalstheorien, die dem bereits dargestellten Einflussbereich des Schicksals bzw. Alters im Grundsatz entsprechen (Faltermaier et al., 1998b; Flick, 2000; Frank, 2000; Macintyre et al., 2006; Mattes, 1998; Schulze & Welters, 1998). Ihnen ist die Vorstellung innewohnend, dass Gesundheit kaum kontrollierbar ist. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Gesundheit aufgrund von biologischen Alterungsprozessen oder schicksalhaften, magischen oder zufälligen Ereignissen (z.B. Krankheiten, Verletzungen) verloren geht. Die Theorie beinhaltet die Vorstellung, dass sich das Altern nur verlangsamen lässt und sich schicksalhafte Begebenheiten nur ertragen lassen.

Daneben entwickeln Menschen spezifische Risikotheorien, in denen sie entweder schwer kontrollierbare externe Risiken (z.B. Schadstoffe in Umwelt, psychische / körperliche Belastung am Arbeitsplatz) wahrnehmen oder aber Risiken in der eigenen Lebensweise (z.B. Mangel an Bewegung, Konsum von Genussmitteln, Ärger, Stress) sehen, die sie selbst zumindest teilweise kontrollieren können (Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Hitzblech, 2005; Kuhlmann & Kolip, 1998; Macintyre et al., 2006; Mattes, 1998; Schulze & Welters, 1998).

Auch zeigen sich Theorien über interne oder externe Ressourcen (z.B. eigene Disposition (innere Stärke, etc.), gesunde Lebensweise, positive soziale Umgebung (Unterstützungsnetzwerk, etc.)), die als gesundheitserhaltend wahrgenommen werden. Eine Gesundheitsgefährdung tritt ein, wenn diese Ressourcen geschwächt werden (Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Hitzblech, 2005; Kuhlmann & Kolip, 1998; Macintyre et al., 2006; Mattes, 1998; Schulze & Welters, 1998).

Daneben verfügen Menschen über Ausgleichs- und Balancetheorien, bei denen sie davon ausgehen, dass einerseits Risiken vorliegen, welche die eigene Gesundheit zum Teil massiv gefährden können. Andererseits wird allerdings angenommen, dass die Gefährdung kompensiert werden kann durch Einflüsse, die die Gesundheit erhalten oder stärken (z.B. ‚Work-Life-Balance‘, Umweltgifte und zum Ausgleich Aufenthalt in der Natur). Zielsetzung ist damit ein Gleichgewicht zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Kräften zu erreichen, das jedoch immer wieder neu hergestellt werden muss (Faltermaier et al., 1998b; Flick et al., 1998; Frank, 2000; Kuhlmann & Kolip, 1998)¹³.

Faltermaier et al. (1998b) fassen die gewonnen Erkenntnisse über subjektive Gesundheitstheorien in folgender Abbildung zusammen:

EINFLUSS-PROZESSE (positiv/negativ)	KONSTITUTION DISPOSITION		LEBENSWEISE		UMWELT		ALTER SCHICKSAL	
	<i>Körperlich</i>	<i>Psychisch</i>	<i>Handeln und Erleben</i>		<i>Sozial</i>	<i>Ökologisch</i>	<i>Alter</i>	<i>Schicksal</i>
	Stärken Schwachstellen	Persönlichkeit Stärke Kohärenzgefühl	Ernährung Bewegung Genussmittel Entspannen	Stress/Ärger Ruhe Erfolge Herausforderung	Arbeit Familie Experten	Industrie Natur Umwelt- noxen	Biologischer Altersabbau	Zufall Vorbestimmung
A. Belastungen, Risiken oder Noxen gefährden Gesundheit								
A1: Externe Risiken								
A2: Risikofaktoren/verhalten								
B. Schwächung/Stärkung externer oder interner Ressourcen								
C. Ausgleich von Risiken oder Herstellung von Gleichgewicht								
C1. Ausgleich von Risiken								
C2. Harmonie (körperl.-psych.-sozial)								
D. schicksalhafter Eintritt von Krankheit								

Abbildung 4: Subjektive Gesundheitstheorien: Einflussbereiche und -prozesse (Faltermaier et al., 1998b, S. 100)

Zusammenfassend ermöglicht die Kenntnis der subjektiven Gesundheitstheorien, warum Menschen bestimmte gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen durchführen und andere unterlassen. Subjektive Gesundheitstheorien helfen damit zu verstehen, welche Handlungsmöglichkeiten von Menschen wahrgenommen werden. Dabei ver-

¹³ Zwar findet sich nur bei Faltermaier et al. (1998b) die Bezeichnung als Ausgleichs- und Belastungstheorien, allerdings sind bei den anderen genannten Studien ebenfalls entsprechende Theorien zu erkennen.

deutlichen die Einflussprozesse, inwiefern Menschen überhaupt eine Kontrollmöglichkeit der eigenen Gesundheit sehen.

Sehen Menschen beispielsweise hauptsächlich eine Gefährdung der eigenen Gesundheit durch schicksalhafte Begebenheiten/altersbedingte Einbußen verspüren sie kaum Möglichkeiten, die Gesundheit durch Handlungen positiv beeinflussen zu können (Schicksalstheorien). Werden Risiken, die in der Umwelt (ökologisch und/oder sozial) begründet sind, große Auswirkungen zugeschrieben, kann ein Vermeiden dieser zu Gesundheit beitragen, die personale Kontrollüberzeugung ist dementsprechend höher (Risikotheorien). Noch intensiver werden voraussichtlich gesundheitsbezogene Handlungen angestrebt, wenn davon ausgegangen wird, dass eine Stärkung eigener Ressourcen, wie zum Beispiel eine bewusste Lebensweise, ungünstige Einflüsse abwehren und damit die eigene Gesundheit positiv beeinflussen kann (Ressourcentheorien). Die höchste Kontrollüberzeugung liegt allerdings bei den Menschen vor, die hauptsächlich von Ausgleichs- und Belastungstheorien ausgehen, denn sie nehmen an, dass sie gezielt negative Einflüsse in den einen durch positive Einflüsse in den anderen ausgleichen können.

Die wahrgenommenen Kontrollmöglichkeiten werden durch die Einflussbereiche spezifiziert. So legen sie den Inhalt der wahrgenommenen Einflüsse offen, beantworten die Frage, wodurch eine Beeinflussung der Gesundheit antizipiert wird.

Neben dem grundlegenden Wissen, wie und wodurch Menschen Einflüsse wahrnehmen und inwiefern sie davon ausgehen, ihre Gesundheit selbst kontrollieren zu können, ist von Interesse, in welchen Parametern sich Menschen hinsichtlich ihrer subjektiven Gesundheitstheorien unterscheiden. Auf diesem Weg kann verstanden werden, warum einzelne Gruppen von Menschen tendenziell eher bestimmte Handlungen durchführen und andere diese unterlassen. Damit wird ein wesentlicher Beitrag dazu geleistet, gesundheitsbezogenes Verhalten voraussagen und damit steuern zu können. Allerdings ist wie bereits im Zusammenhang mit subjektiven Gesundheitskonzepten ein Vergleich der Studien schwierig. Aus genannten Gründen, wie dem explorativen Charakter der Untersuchungen, dem damit einhergehenden deutlich unterschiedlichen Untersuchungsgruppen, dem geringen Ausmaß an Standardisierung mit relativ wenigen (wenngleich im Vergleich zum Gesundheitsverständnis deutlich mehr) quantifizierbaren Daten sind die meisten der abgeleiteten Aussagen lediglich als Tendenzen zu verstehen.

Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien

Zunächst ist als ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Entwicklung der subjektiven Gesundheitstheorien auf einer personellen Ebene das jeweilige Gesundheitsverständnis zu nennen, denn es lenkt die Aufmerksamkeit der Menschen in gesundheitlichen Fragen, trägt dementsprechend erheblich dazu bei, welche Ressourcen und Risiken Menschen wahrnehmen. Zudem spielt die so genannte subjektive Kontrollüberzeugung der Gesundheit eine ausschlaggebende Rolle, entscheidet sie doch darüber, ob Menschen überhaupt von einer Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit ausgehen.

Inhaltlich führen die vorliegenden Untersuchungen fast ausschließlich wahrgenommene Einflüsse an, die sich auf die Kategorienordnung der Einflussbereiche, also auf Dispositionen oder die Konstitution, die Lebensweise, die Umwelt sowie das Alter oder Schicksal, beziehen (vgl. 2.1.1.2). So zeigen Untersuchungen im Zusammenhang mit soziodemografischen Variablen, dass sich die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Einflüsse – vergleichbar zu dem Komplex der subjektiven Gesundheitskonzepte – in Abhängigkeit des Alters bzw. der kognitiven Reifung wandelt (Millstein, 1993; Natapoff, 1978; Normandeau et al., 1998; Schmidt & Fröhling, 1998). Grundsätzlich muss einschränkend festgehalten werden, dass wenige Studien zu subjektiven Gesundheitstheorien bei Kindern und Jugendlichen vorliegen und darunter nur wenige aktuelle Befunde zu finden sind (Giskes et al., 2005; Normandeau et al., 1998; Piko & Bak, 2006; Schmidt & Fröhling, 1998, 2000). Deutlich häufiger werden wahrgenommene Entstehungsbedingungen und Ursachen von Krankheit untersucht, die zwar sicherlich Überschneidungsbereiche zu Ressourcen und Risiken für die eigene Gesundheit aufweisen, jedoch nicht mit diesen gleichgesetzt werden können, weil die zugrundeliegende Perspektive letztlich keine salutogenetische ist (Ball & Lohaus, 2010; Bengel et al., 1995). Der Fokus liegt folglich nicht auf Gesunderhaltung, sondern auf Krankheitsvermeidung. Allerdings helfen subjektive Krankheitstheorien vor dem Hintergrund eines Verständnisses von Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums, zumindest bedingt dabei, wahrgenommene Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit besser zu verstehen (und umgekehrt). Darüber hinaus finden sich Parallelen zwischen subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien im Hinblick auf zugrunde liegende Entwicklungs- und Veränderungsmechanismen. So sind diese bedingt durch kognitive Reifungsprozesse sowie individuelle

Krankheitserfahrungen. Aus diesem Grund beziehen sich beispielsweise umfassende Darstellungen subjektiver Krankheitstheorien von Kindern auch auf Befunde zu subjektiven Gesundheitstheorien (Ball, 2004; Ball & Lohaus, 2010) und Überblicksarbeiten hinsichtlich des Denkens über Gesundheitseinflüsse auch auf Studien zu Krankheitsbedingungen (Bengel et al., 1995).

Sowohl die Arbeiten über Krankheits- als auch über Gesundheitstheorien betonen, dass Kinder im Vergleich zu Erwachsenen – wie schon bezüglich subjektiver Gesundheitskonzepte dargestellt – unspezifischere und weniger detaillierte Vorstellungen über wahrgenommene Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit aufweisen. Oftmals liegen kaum konkrete Vorstellungen vor, allerdings entwickeln bereits Kinder Erklärungsmuster über Wirkungszusammenhänge, vor allem von spezifischen Lebensstilvariablen – meist Verhaltensaspekten – auf den eigenen Gesundheitszustand. Kinder geben relativ früh an, dass Gesundheit durch eigenes (Fehl-) Verhalten beeinflusst werden kann, allerdings handelt es sich oftmals nur um reine Aufzählungen von Ursachen für Krankheit, die nicht miteinander in Verbindung stehen. Zudem sind diese Vorstellungen nicht selten durch Regeln und Ermahnungen der Eltern geprägt (Bengel et al., 1995). Beispielsweise geben Vorschulkinder an, dass sie gesundes Essen zu sich nehmen oder sich warm anziehen sollen, weil ihre Eltern es ihnen sagen. Mit zunehmendem Alter steigen sowohl die Spezifität als auch die Anzahl der wahrgenommenen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. So begreifen Kinder im Grundschulalter bereits, dass bestimmte Bedingungen eine Wirkung auf den eigenen Körper haben (Ball & Lohaus, 2010). Allerdings herrscht Uneinigkeit über den Inhalt dieser Bedingungen, die Kinder wahrnehmen. Ältere Untersuchungen betonen umweltbezogene Variablen als Krankheitsursachen (Viren und Bakterien), neuere Studien führen auch Aspekte des Lebensstils, Dispositionen oder Konstitutionen an (Ball, 2004; Ball & Lohaus, 2010; Normandeau et al., 1998; Piko & Bak, 2006). Mit zunehmender kognitiver Reifung (ab 12 Jahren) werden die Muster in den Verursachungskonzepten komplexer und weichen immer stärker von einfachen Ursache-Wirkungs-Mechanismen ab (Ball & Lohaus, 2010), auch werden im Zuge des Älterwerdens bereits bekannte Ursachen weiter ausdifferenziert. Beispielsweise wandeln sich die Annahmen über den Einfluss der Ernährung zu einem stärker biologischen Verständnis. Während jüngere Kinder (5–6/8–9 Jahre) verstärkt bestimmte Speisen nennen, denen sie eine besondere Wirkung auf ihre Gesundheit zuschreiben (Normandeau et al., 1998), wissen ältere Kinder und vor allem Jugendliche um

die Relevanz gesunder Inhaltsstoffe, um Vitamine oder Mineralstoffe und begreifen die Bedeutung gesunder und ausgewogener Ernährung (Giskes et al., 2005; Normandeau et al., 1998; Schmidt & Fröhling, 1998, 2000). Außerdem werden neue Ursachen bei der Gesunderhaltung in Betracht gezogen. So tritt im Zusammenhang mit der eigenen Lebensweise nicht nur der Verhaltensaspekt, sondern auch vermehrt der Erlebensaspekt (wie Stress vermeiden, ausruhen, schlafen) sowie kognitive Einstellungen und Überzeugungen (positive Lebenseinstellung) in den Fokus der Wahrnehmung, wenn die Frage gestellt wird, was Gesundheit erhalten kann (Giskes et al., 2005; Normandeau et al., 1998; Schmidt & Fröhling, 1998, 2000).

Ein differenzierter Vergleich der Befunde zeigt allerdings, dass zwar identische Einflüsse auf die eigene Gesundheit als relevant eingeschätzt werden, allerdings unterscheiden sich die Ergebnisse hinsichtlich der Bedeutsamkeit verschiedener Einflüsse zum Teil enorm. So steigt zum Beispiel der wahrgenommene Einfluss einer gesunden/ausgewogenen Ernährung auf die eigene Gesundheit bis auf eine Studie (Kolip, 1998) konsistent mit zunehmendem Alter stetig an (Normandeau et al., 1998; Schmidt & Fröhling, 1998, 2000). Allerdings variieren beispielsweise die Zustimmungswerte zu der Frage, wie wichtig Ernährung für die Gesundheit ist, erheblich. Für die 12 Jährigen beispielsweise von 14% (Normandeau et al., 1998) bis zu 83% (Schmidt & Fröhling, 1998, 2000). Ähnlich verhält es sich mit dem ebenfalls in allen Studien als beeinflussend angegebenen Aspekts Bewegung/Sport. Auch hier variieren die Zustimmungswerte enorm (Giskes et al., 2005; Kolip, 1998; Normandeau et al., 1998; Schmidt & Fröhling, 1998).

Übereinstimmend ist allerdings festzuhalten, dass bereits jüngere Jugendliche mit Blick auf gesundheitsbezogene Wirkungszusammenhänge von Verhaltensparametern auf den eigenen Gesundheitszustand über ähnliche Annahmen wie Erwachsene verfügen. Unterschiede liegen lediglich in Teilaspekten vor, die im Zusammenhang mit der spezifischen Entwicklungsstufe Jugendlicher stehen. Zum Beispiel schreiben Heranwachsende bestimmten Lebensstilaspekten, die sich auf das Erleben beziehen („das Leben genießen“), eine höhere Bedeutung zu, als das Erwachsene tun (Himmel, 2001).

Altersunterschiede zwischen Erwachsenen unterschiedlichen Alters arbeiten Schulze und Welters (1998) heraus. Sie vergleichen junge (20–29 Jahre) und ältere (60–69 Jahre) Frauen sowie Männer und stellen fest, dass junge Frauen den Lebensstilvariablen Ernährung sowie positives Denken besondere Bedeutung beimessen. Ent-

sprechendes gilt für ökologische Umweltfaktoren (Umwelteinflüsse, Schmutz). Ob diese Befunde Allgemeingültigkeit besitzen, bleibt jedoch unbeantwortet, da Ergebnisse vergleichbarer Studien mit einer ähnlichen Methodik fehlen. Eine Untersuchung aus Schottland zeigt zumindest, dass (geschlechtsunabhängig) wahrgenommene Einflussmöglichkeiten verhaltensbasierter Aspekte des eigenen Lebensstils mit dem Alter sinken, während der sozialen Umwelt (familiäre Beziehungen), individuellen Voraussetzungen (physische Konstitution) sowie monetären Möglichkeiten mit zunehmendem Alter eine höhere Bedeutung zugeschrieben wird (Macintyre et al., 2006). Grundsätzlich ist im Zusammenhang mit altersbezogenen Veränderungen bei Erwachsenen allerdings zu vermuten, dass diese im Grunde nicht auf das Alter zurückzuführen sind, sondern eher ein Resultat der durchlebten Erfahrungen darstellen, sich also vielmehr im biografischen Kontext denn mit zunehmendem Alter wandeln. Dementsprechend zeigen sich Veränderungen der wahrgenommenen Ressourcen und Risiken nach biografischen gesundheitsbezogenen Einschnitten, wie zum Beispiel nach Krankheitserfahrungen in verschiedenen Untersuchungen (Frank, 2000; Hitzblech, 2005; Kuhlmann & Kolip, 1998). So nimmt beispielsweise für Herzinfarktpatienten die Bedeutung der Unterstützung von Familie und Freunden für die eigene Gesundheit im Laufe eines Rehabilitationsaufenthaltes zu (Frank, 2000).

Neben Alterseffekten folgen Einflüsse weiterer Soziodemografika (z.B. Geschlecht, berufliche Situation) keinem konsistenten Muster. So zielen die meisten Studien nicht darauf ab, Unterschiede hinsichtlich bestimmter Soziodemografika zu ermitteln. Vielmehr arbeitet die Mehrzahl der Arbeiten auf ein besseres Verständnis der wahrgenommenen Einflussfaktoren von Gesundheit einer spezifischen Population, wie zum Beispiel Herzinfarktpatienten, Professoren, Fachpersonal in der Behindertenpflege, Ruheständler, hin. Dementsprechend gelten identifizierte Effekte jeglicher Art letztlich nur für die untersuchte Gruppe und erheben keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit (vor allem bei rein qualitativen Studien mit geringen Fallzahlen). Allerdings ist nicht auszuschließen, dass die ermittelten Determinanten nicht doch eine zentrale Rolle für die Entwicklung der subjektiven Gesundheitstheorien der Allgemeinbevölkerung spielen. Aus diesem Grund werden im Folgenden identifizierte soziodemografische Einflussfaktoren vorgestellt, obwohl diese in erster Linie die jeweilige Population charakterisieren.

Vereinzelt konnte im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede gezeigt werden, dass Frauen dem Lebensstil (Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen Ausgleich, positives Denken) (Gembris-Nübel, 2004; Schulze & Welters, 1998) eine größere Bedeutung für ihre eigene Gesundheit beimessen. Allerdings gehen sie weniger stark davon aus, dass Risikofaktoren zu meiden ein adäquates Mittel ist, um gesund zu bleiben (Gembris-Nübel, 2004). Gleichzeitig geben sie aber häufiger als Männer an, sich wenig für ihre Gesundheit zu engagieren (Gembris-Nübel, 2004). Andere Studien stellen dagegen keinen Geschlechtseffekt fest (Hitzblech, 2005; Kuhlmann & Kolip, 1998; Macintyre et al., 2006).

Effekte im Zusammenhang mit der beruflichen Situation sind nur sehr selten Bestandteil von Untersuchungen. Gembris-Nübel (2004) zeigt, dass pflegerischen Berufen diejenigen Lebensstilvariablen, die im Zusammenhang mit Handeln stehen (Bewegung/Sport, Ernährung, das Vermeiden von Risikofaktoren, Arztbesuche), weniger wichtig sind als pädagogischen Berufen. Umgekehrt verhält es sich mit den Einflüssen des Bereichs Lebensstil, die sich auf Erleben beziehen (Entspannung/Ausgleich, Vermeidung von Stress). Auch Kuhlmann and Kolip (1998) verzeichnen den Einfluss des Berufsbildes Professoren insofern, als dass diese auf Fragen zu den wahrgenommenen Einflüssen oftmals Bezüge zu ihrem Beruf anführen (z.B. Freude am Umgang mit Studenten).

Schichtunterschiede arbeitet eine Studie aus Schottland heraus, die betont, dass mit einer höheren Schichtzugehörigkeit der Verhaltens- bzw. Handlungsaspekt des Lebensstilbereichs an Bedeutung gewinnt, während der wahrgenommene Einfluss der sozialen Umwelt sowie monetäre Wirkungen bei niedrigeren Schichten eine Rolle spielen (Macintyre et al., 2006). Entsprechende Befunde zeigen sich im Hinblick auf die Untersuchung bezüglich der Wohngebiete. Für Menschen aus ärmeren Wohnbezirken übt die soziale Umwelt einen größeren, konstitutionelle Voraussetzungen (eigene Physis) sowie das Schicksal dagegen einen geringeren Einfluss aus (Macintyre et al., 2006).

Dass im Zusammenhang mit der Frage, welche Ressourcen und Risiken Menschen im Hinblick auf ihre Gesundheit wahrnehmen, das Lebensumfeld eine Rolle spielt, zeigt sich auch in einigen wenigen Untersuchungen, die Unterschieden nachgehen zwischen Menschen aus verschiedenen Ländern bzw. den jeweiligen politischen und kulturellen Bedingungen, die dort vorherrschen (Flick, 2000; Flick et al., 1998; Mattes, 1998). Effekte finden sich auf untergeordneten Aspekten der Kategorien: Le-

bensweise, soziale und ökologische Umwelt, Schicksal, Konstitution und Disposition. Ein Muster lässt sich dabei allerdings nicht identifizieren¹⁴.

Im Zusammenhang mit personellen Bedingungen sind auch Einflüsse von Persönlichkeitsdispositionen anzunehmen, die bislang jedoch nicht untersucht wurden. Es lässt sich etwa sachlogisch annehmen, dass sich die Eigenschaft Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit, Krisen zu bewältigen) und eine gesundheitsbezogene Unbekümmertheit, also das Merkmal, sich wenig Sorgen um die eigene Gesundheit zu machen, auf die Wahrnehmung gesundheitsbezogener Einflüsse auswirkt. Zudem ist insbesondere im Zusammenhang mit dem Ausmaß an gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung, die subjektiven Gesundheitstheorien implizit zugrunde liegt, die Eigenschaft ‚Streben nach Perfektionismus‘ als beeinflussende Variable anzunehmen.

Nachstehend sind die determinierenden Größen abgebildet (Abbildung 5).

¹⁴ So messen zum Beispiel Menschen aus Deutschland in Bezug auf die eigene Lebensweise den handlungsbezogenen Aspekten Entspannung, Erholung, Hygiene, Urlaub, Menschen aus Großbritannien dagegen Sport bzw. Hobbies sowie überhöhter Alkoholkonsum eine höhere Bedeutung für die eigene Gesundheit bei. Hinsichtlich des Erlebensaspekts der Kategorie Lebensweise zeigt sich ein größerer wahrgenommener Einfluss einer positiven Lebenseinstellung sowie psychischen Belastung bei Deutschen, während Briten eine ‚echte‘ Fröhlichkeit als stark beeinflussend sehen. Zudem erscheint das Schicksal für Menschen aus Großbritannien als ein entscheidender Faktor, der die eigene Gesundheit beeinflusst. Im Zusammenhang mit der sozialen Umwelt spielt für Menschen aus Deutschland die Geselligkeit im Freundeskreis eine entscheidende Rolle bei der Frage, welche Faktoren die eigene Gesundheit beeinflussen. Briten führen diesbezüglich die Bürokratie und wahrgenommene Hilflosigkeit gegenüber staatlichen Bedingungen an (Mattes, 1998). Ähnliches konnten Flick et al. (1998) sowie Flick (2000) feststellen. Im Zusammenhang mit Umweltfaktoren identifizieren sie, dass Portugiesinnen die Rolle des Staates als Einflussfaktor auf die eigene Gesundheit im Vergleich zu deutschen Frauen als entscheidender beurteilen. Diese nennen hier vermehrt die Gesundheitssituation bzw. die Möglichkeit von Vorsorgeuntersuchungen. Unterschiede hinsichtlich Aspekten die Lebensweise betreffend finden sich im Zusammenhang mit der Einschätzung der Portugiesinnen, dass achtsam zu leben eine starke Wirkung auf die eigene Gesundheit hat (Flick, 2000; Flick et al., 1998).

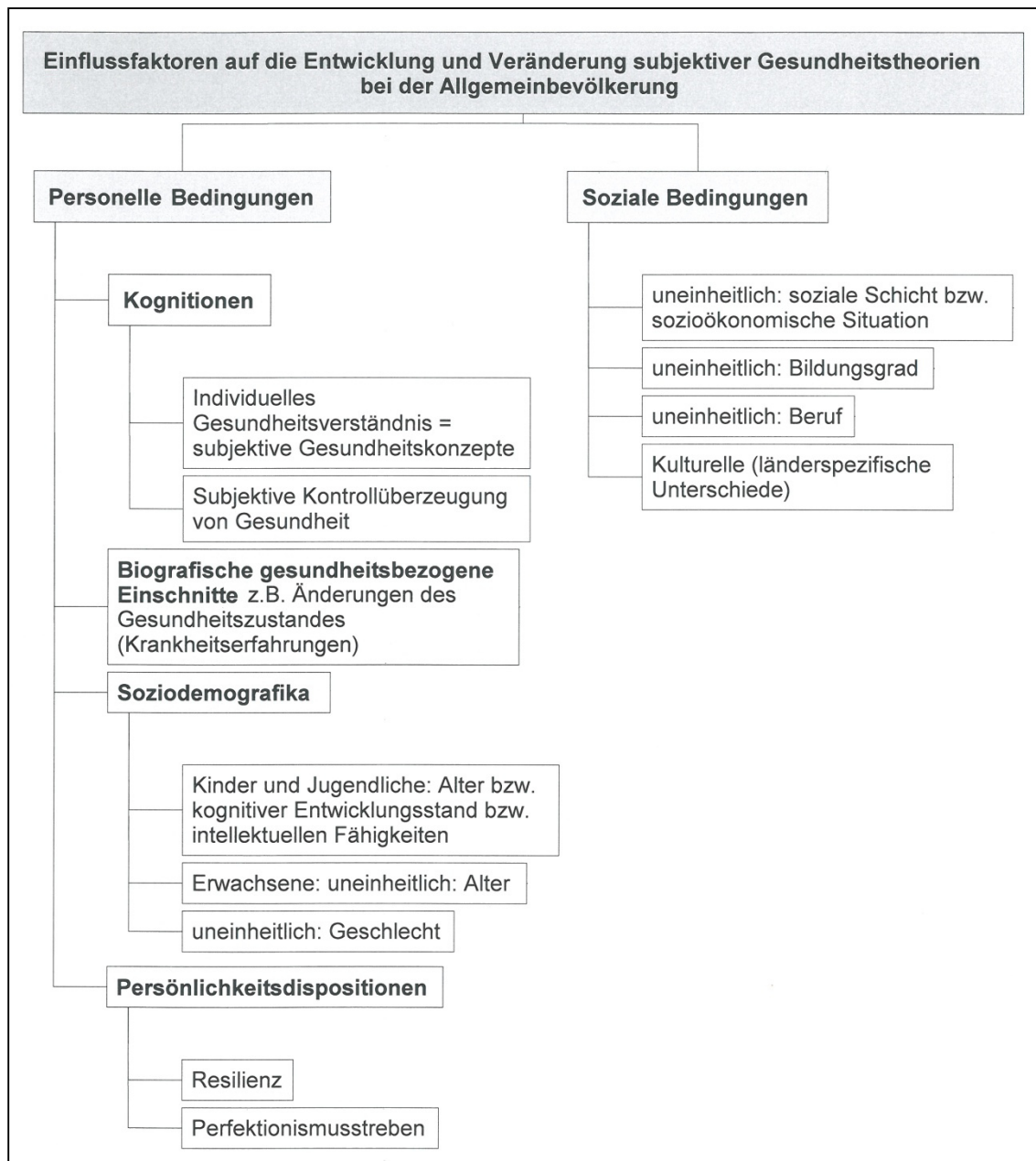


Abbildung 5: Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien bei der Allgemeinbevölkerung

Vergleichbar zum vorigen Kapitel über subjektive Gesundheitskonzepte helfen auch die Determinanten der subjektiven Gesundheitstheorien dabei, ein präziseres Bild über wahrgenommene Einflussfaktoren und Kontrollmöglichkeiten wiederzugeben. Denn subjektive Gesundheitstheorien beinhalten nicht nur die grundsätzliche Einschätzung, inwiefern die eigene Gesundheit überhaupt als beeinflussbar wahrgenommen wird und welchen Faktoren Auswirkungen auf die eigene Gesundheit zugeschrieben werden. Auch wird durch die entsprechenden Einflussfaktoren nachvoll-

ziehbar, warum bestimmte Menschen gesundheitsbezogene Handlungen ergreifen und andere diese unterlassen.

Vor allem in Kombination mit den Erkenntnissen zum Gesundheitsverständnis liefern sie auf diesem Weg bereits wichtige Informationen, um Verhaltensweisen verstehen zu können. Ungeklärt bleibt jedoch, wie groß die individuelle Motivation letztlich ist, gesundheitsbezogene Handlungen zu initiieren. Grundlegend hierfür ist die Kenntnis der subjektiven Bedeutung, die ein Mensch seiner Gesundheit entgegenbringt. Denn erst durch das Wissen, wie viel Wert ein Mensch auf die eigene Gesundheit legt, lässt Rückschlüsse darauf zu, inwieweit dieser bereit ist, die eigene Gesundheit zu schützen oder zu riskieren.

2.1.1.3 Subjektive Bedeutung von Gesundheit – gesundheitsbezogene Risikobereitschaft

Der Stellenwert, den Gesundheit im eigenen Leben einnimmt, steht in engem Zusammenhang mit der Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten (Faltermaier, 2005). Denn die Frage, wie wichtig Gesundheit einem Individuum im Vergleich zu anderen Werten ist, beeinflusst die Entscheidung, inwieweit gesundheitliche Risiken akzeptiert bzw. abgelehnt werden (Faltermaier, 1994, S. 165).

Grundsätzlich lässt sich nicht einheitlich beantworten, wie groß der Stellenwert von Gesundheit für die Allgemeinbevölkerung ist. So betont Faltermaier (1994), dass Menschen dazu tendieren, Gesundheit zwar als ausgesprochen wichtig zu bezeichnen, die Einschätzung aber kaum Relation zu ihrem Alltagsverhalten aufweist. Infolgedessen reiche eine einfache Abfrage der Bedeutung von Gesundheit nicht aus, um tiefer liegende handlungsleitende Überzeugungen zu erfassen. Daher rekonstruiert er über qualitative Methoden komplexe Denkmuster über den Stellenwert von Gesundheit. Als ersten von fünf stellt er den Typus ‚Gesundheit ist mir fast das Wichtigste‘ vor. Vor dem Hintergrund der empirischen Arbeiten zu subjektiven Gesundheitskonzepten stellt sich allerdings heraus, dass dieser sinngemäß der in einigen Studien identifizierten Gesundheitsbestimmung ‚Gesundheit als Wert‘ entspricht (Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Schmitt, 2011). Im Grunde beinhaltet diese Kategorie jedoch nur die Aussage, dass die eigene Gesundheit eine zentrale und wichtige Rolle einnimmt, liefert aber keine Hinweise darauf, inwiefern im Alltag die eigene Gesundheit geschützt wird oder ob gesundheitliche Risiken eingegangen werden. Im Hinblick auf die vier weiteren durch Faltermaier aufgedeckten Kategorien

fällt ebenfalls auf, dass diese bei näherer Betrachtung in den bereits dargestellten subjektiven Gesundheitskonzepten aufgehen. So entspricht der Bedeutungstyp ‚Gesundheit ist ja letztlich die Basis, um etwas zu tun‘ der positiven Bestimmung ‚Gesundheit als Aktionspotenzial‘, ‚Gesundheit als instrumenteller Wert‘ stimmt mit der Dimension ‚Stärke‘ der positiven Definition ‚Gesundheit als Befinden‘ überein. ‚Gesundheit als Besitz‘ verkörpert letztlich das negative Konzept ‚Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit‘ und die fünfte Kategorie ‚keine Gedanken um Gesundheit‘ kommt der Definition ‚Gesundheit als Schicksal‘ gleich (Faltermaier, 1994).

In dieser Form liefert eine Untersuchung des Stellenwerts von Gesundheit damit keine ergänzenden Informationen zu den bislang diskutierten Dimensionen des Gesundheitsbewusstseins. Allerdings beinhaltet die Idee, die der Aufnahme des Aspekts ‚Bedeutung von Gesundheit‘ zugrunde liegt, die Zielsetzung, verstehen zu wollen, wieso die Motivation von Menschen, gesundheitsbezogene Handlungen zu vollziehen, trotz einer ähnlichen Wahrnehmung von bestimmten Ressourcen und Risiken für die eigene Gesundheit divergiert. Um dieses Phänomen dennoch zu beantworten, bietet sich anstelle einer Analyse der Bedeutung von Gesundheit vielmehr an, die gegenteilige Überzeugung in Form der Bereitschaft, gesundheitsbezogene Risiken einzugehen, zu analysieren.

So beschreibt die Risikobereitschaft eine generelle Präferenz dafür, riskante Verhaltensoptionen zu wählen oder zu vermeiden, ist damit anders als die subjektiven Gesundheitskonzepte- und -theorien stärker durch die Persönlichkeit des Individuums determiniert. Auffällig ist, dass der Diskurs zum Konzept der Risikobereitschaft uneinheitlich ist. Infolgedessen schlagen empirische Arbeiten verschiedenste Konzeptionalisierungen, die in der Tradition der jeweiligen wissenschaftlichen Mutterdisziplinen stehen (soziologisch, psychologisch, anthropologisch, technisch, geographisch, ökonomisch, juristisch, etc.) (Renn, 1992). Zudem hält jede Disziplin eine Vielzahl von unterschiedlichen theoretischen Ansätzen (und Erhebungsverfahren) zur Erfassung der Risikobereitschaft bereit. Allein in der Psychologie tauchen im Kontext mit Risikobereitschaft verschiedene Konzepte wie ‚sensation seeking‘, Impulsivität, Risikoneigung, Risikoorientierung, Risikobereitschaft als Teilaspekt von Extraversion auf (Andresen, 2003; John & Srivastava, 1999; Rohmann, 2005; Zuckerman, 2007).

Uneinigkeit herrscht hier darüber hinaus bezüglich der Frage, ob das Persönlichkeitsmerkmal der Risikobereitschaft als ein zeit-, situations- und kontextübergreifendes Persönlichkeitsmerkmal zu verstehen (Beauducel, Strobel, & Brocke, 2003; Zuckerman, 2007) oder auf unterschiedliche Lebensbereiche zu spezifizieren ist und Individuen folglich kein bestimmtes Ausmaß an Risikobereitschaft aufweisen, sondern sich in unterschiedlichen Kontexten (ökonomischen, gesundheitsbezogenen, sozialen, etc.) auch unterschiedlich risikobereit verhalten (Rohrman, 2005).

Konsistent erweist sich jedoch die Notwendigkeit, die Risikobereitschaft nach der zeitlichen Dimension des Gewinns oder Verlusts zu differenzieren (Raithel, 2011). Treten Folgen eines Risikos unmittelbar ein, weisen Menschen nicht zwangsläufig dasselbe Ausmaß an Risikobereitschaft auf, wie wenn Konsequenzen zeitlich weiter in der Zukunft zu erwarten sind. Liegen die Auswirkungen des positiven und negativen Ereignisses zeitlich weit auseinander, sind ebenfalls verzerrende Effekte zu erwarten.

Mit Blick auf die Problemstellung ist das Konzept der Risikobereitschaft insbesondere hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Bereichs von Interesse. In diesem Zusammenhang wird mehrheitlich davon ausgegangen, dass die Entscheidung zu einem bestimmten Handeln auf einer Abwägung des erwarteten Nutzens gegenüber der erwarteten Kosten aus diesem Verhalten basiert. Damit beziehen sich Erklärungsansätze der Risikobereitschaft auf Ansätze der Theorie der rationalen Entscheidung (Diekmann & Voss, 2004). Grundlegend hierfür ist die Annahme, dass sich ein Individuum für den Fall zu einem bestimmten Handeln entscheidet, wenn der voraussichtliche Nutzen größer eingeschätzt wird als die damit verbundenen Kosten. Da es sich aber stets um Erwartungswerte sowohl im Hinblick auf die Kosten als auch den Nutzen handelt, beinhaltet der Aushandlungsprozess immer das Risiko, dass das erwartete Ereignis bzw. die erwarteten Werte nicht eintreten. Folglich bedeutet die Bereitschaft Risiken einzugehen auch immer Unsicherheiten anzunehmen. Risikobereitere Individuen sind demnach bereit, größere Unsicherheiten zu akzeptieren und infolgedessen riskantere Handlungen zu praktizieren (Trimpop & Zimolong, 1995).

Um Personen und Personengruppen zu erkennen, die in der Regel risikobereiter oder risikoscheuer sind, müssen Einflussfaktoren identifiziert werden, die systematische Unterschiede aufdecken. Auf diesem Weg ist es möglich vorauszusagen, inwie-

fern eine bestimmte Person dazu tendiert, sich riskant zu verhalten. Wiederum können durch die Bedingungen, die bei der Allgemeinbevölkerung zu unterschiedlichen Ausprägungen der Risikobereitschaft führen, Hinweise darauf gefunden werden, welche Einflüsse auch bei heranwachsenden Athleten zu einer besonders hohen bzw. niedrigen Ausprägung der Akzeptanz gesundheitlicher Risiken führen.

Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft

Zu einem beträchtlichen Ausmaß wirkt sich bezüglich personeller Faktoren das Ausmaß an eigenen Erfahrungen mit unmittelbaren oder späten Folgen riskanten Verhaltens darauf aus, wie hoch die Bereitschaft ist, Risiken einzugehen (Dohmen et al., 2009; Faltermaier, 1994). Auch decken Untersuchungen übereinstimmend auf, dass die soziodemografische Variable ‚Geschlecht‘ einen erheblichen Einfluss darauf hat, inwieweit Risiken akzeptiert werden. Frauen zeigen demnach eine deutlich geringere Risikobereitschaft als Männer (Arch, 1993; Byrnes, Miller, & Schafer, 1999).

Zudem identifizieren zahlreiche Studien das Alter als entscheidenden Einflussfaktor auf die Risikobereitschaft (Burnett, Bault, Coricelli, & Blakemore, 2010; Raithel, 2003). Jugendliche und junge Erwachsene sind risikobereiter als ältere Erwachsene (Gardner & Steinberg, 2005; Steinberg, 2007). Der Grund für eine hohe gesundheitsbezogene Risikobereitschaft vor allem in der Jugendphase wurde bereits in der Problemstellung im Kontext altersspezifischer Anforderungen bei Jugendlichen (vgl. Kapitel 1.1) angesprochen. So haben Jugendliche einen großen Gegenwartsbezug, reflektieren in der Regel wenig über spätere Folgen bestimmter Verhaltensweisen. Auch können sie aufgrund ihrer begrenzten Erfahrungen gesundheitliche Folgen nicht abschätzen. Hinzu kommt, dass Heranwachsende sich oftmals unbesiegbar und unverletzlich fühlen, was riskantes Verhalten bedingt (Cohn, Macfarlane, Yanez, & Imai, 1995; Whalen et al., 1994). Denn durch die wachstumsbedingte Kraftzunahme und den Wunsch, den eigenen Körper zu erleben und die eigenen Grenzen auszubastern, überschätzen sie leicht ihre Fähigkeiten. Haupttodesursachen im Jugendalter sind infolgedessen Unfälle, die aus jugendtypischem Risikoverhalten resultieren (Faltermaier, 2005). Gesundheit wird in der Adoleszenz in der Regel als gegeben wahrgenommen, Heranwachsende bringen dem abstrakten Gut Gesundheit dementsprechend kaum Wertschätzung entgegen und sehen keine Veranlassung, sich gesundheitsförderlich zu verhalten, denn der Nutzen aus gesundheitsförderli-

chem Verhalten erscheint nicht greifbar (Fend, 2003; Hurrelmann, 2007; Oerter, 2008).

Obwohl zahlreiche Studien einen Alterseffekt hinsichtlich der Ausprägung der Risikobereitschaft anführen (Burnett et al., 2010; Gardner & Steinberg, 2005; Gardner, Sorter, & Friedman, 1997; Raithel, 2003), ist allerdings zu hinterfragen, inwiefern dieser die eigentlich erklärende Variable darstellt. Denn nicht alle Jugendlichen verhalten sich extrem riskant. In diesem Zusammenhang ist zu vermuten, dass eher Abhängigkeiten von bestimmten Persönlichkeitsdispositionen vorliegen, die gerade in der Jugendphase besonders in den Vordergrund rücken. Vor dem Hintergrund der alterstypischen Verhaltensweisen beispielsweise ist zu vermuten, dass Persönlichkeitsdispositionen wie die gesundheitsbezogene Unbekümmertheit bestimmter Jugendlicher eine Rolle bei der Ausprägung der individuellen Risikobereitschaft spielen. Zudem betont eine Reihe von Studien, dass das Ausmaß, für wie gefährlich ein Risiko eingeschätzt wird (Risikowahrnehmung), einen Einfluss darauf ausübt, inwieweit es akzeptiert wird (Boholm, 1998; Ochse, 1990; Sokolowska & Pohorille, 2000; Trimpop & Zimolong, 1995). So ist bekannt, dass Menschen dazu tendieren, ihr persönliches Risiko, Opfer von negativen Ereignissen zu werden, als unterdurchschnittlich einschätzen und negative Spätfolgen gesundheitsbezogenen Verhaltens in der Regel ausblenden. Trotz der Kenntnis möglicher negativer Folgen riskanten Verhaltens gehen Menschen demnach davon aus, dass sie vor diesen verschont bleiben (Weinstein, 1980). Dadurch werden die Risikowahrnehmung bzw. die eigene Vulnerabilität für bestimmte Risiken ‚verzerrt‘. Dieses Phänomen wird als optimistischer Fehlschluss (auch ‚unrealistic optimism‘, ‚optimistic bias‘ (Weinstein, 1980)) bezeichnet. Allerdings ist im Hinblick darauf, dass die Risikobereitschaft einer Kosten-Nutzen-Abwägung folgt, anzunehmen, dass nicht allein die Risikowahrnehmung, sondern auch das Ausmaß möglicher antizipierter Ressourcen bzw. Zugewinne für die eigene Gesundheit ebenfalls eine Rolle spielen dürfte.

Neben Unbekümmertheit und Risiko- bzw. Ressourcenwahrnehmung ist als weitere determinierende Persönlichkeitsdisposition das Perfektionismusstreben zu nennen, das positiv mit Risikobereitschaft zusammenhängt (Helson & Crutchfield, 1970; Ochse, 1990).

Neben den Einflussfaktoren auf personeller Ebene finden sich auch soziale Determinanten. So spielt der jeweilige soziale Kontext, in dem sich Individuen aufhalten, eine Rolle dabei, inwieweit sie bereit sind, Risiken zu akzeptieren. Dieser ändert sich im

Laufe des Lebens massiv. So ist für Kinder die Familie der Hauptbezugspunkt, der Einstellungen zu Risiken vermittelt. Im Jugendalter spielt dagegen die ‚Peergroup‘ eine entscheidende Rolle (Fend, 2003; Gardner & Steinberg, 2005; Limbourg, 1998). Für Erwachsene beeinflusst zudem auch das Risikobewusstsein am Arbeitsplatz die eigene Risikobereitschaft.

Abbildung 6 stellt die erläuterten Einflüsse auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft zusammenfassend dar.

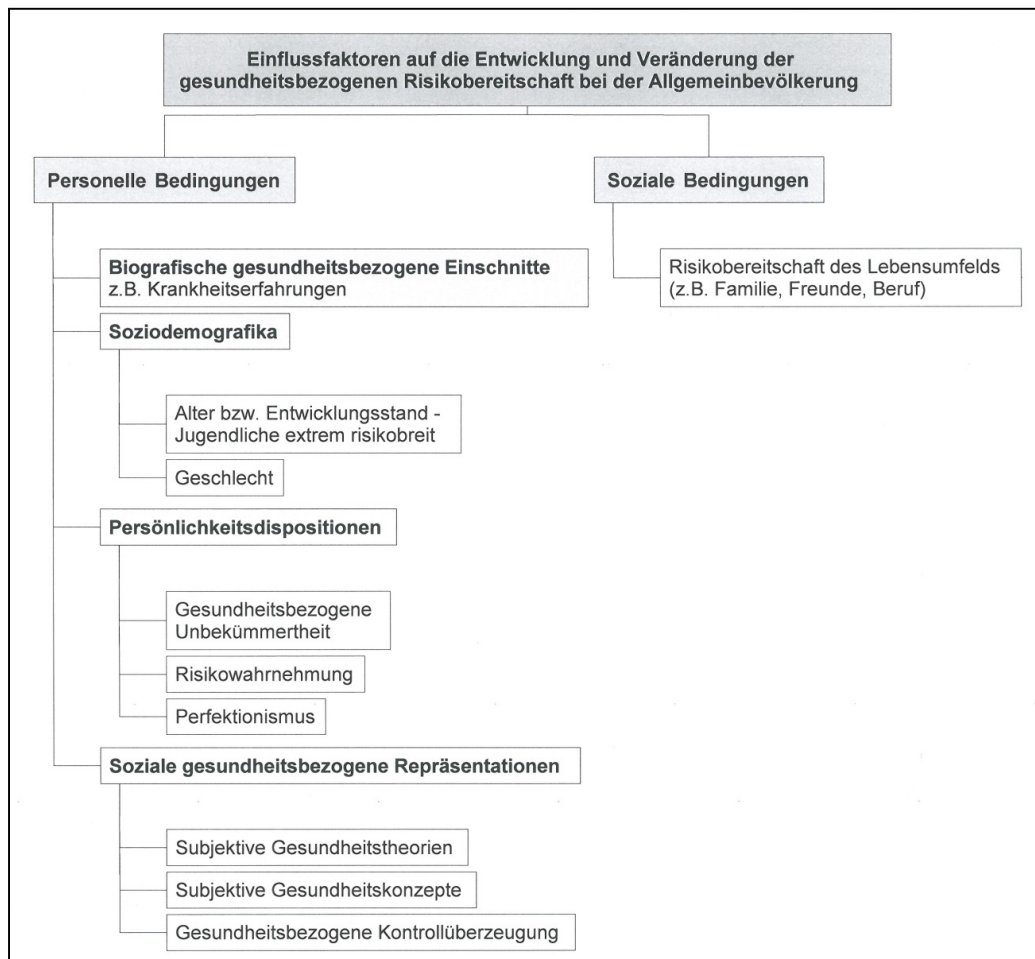


Abbildung 6: Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft bei der Allgemeinbevölkerung

Zusammenfassend wird durch die Auseinandersetzung mit der Risikobereitschaft und der sie bedingenden Größen deutlich, welche Menschen eher oder weniger bereit sind, gesundheitliche Risiken zu akzeptieren. Damit lässt sich vorhersagen, wie motiviert einzelne Menschen sind, die eigene Gesundheit zu wahren. In Kombination mit den bereits dargestellten Gesundheitsvorstellungen, die die Fragen beantworten, auf welche Aspekte von Gesundheit die Aufmerksamkeit bestimmter Personen

gelenkt wird (subjektive Gesundheitskonzepte), sowie warum einige Menschen manche gesundheitsbezogenen Maßnahmen ergreifen oder unterlassen (subjektive Gesundheitstheorien), werden bereits Motive, komplexe Vorstellungen und Wissensbestände über Gesundheit verständlich, die grundlegend für eine Einordnung des gesundheitsbezogenen Alltagshandelns sind.

Eine wertvolle Ergänzung, um der Komplexität des Phänomens Gesundheit gerecht zu werden, stellt darüber hinaus eine explizite Berücksichtigung körperbezogener Überzeugungen dar. Denn der Körper spielt im Zusammenhang mit der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit eine besondere Rolle, ist er doch unmittelbar mit Gesundheit verknüpft.

So sind im Gegensatz zu psychischen oder sozialen Beschwerden körperliche Beeinträchtigungen, wie Verletzungen oder körperliche Krankheiten, zum einen für die betroffene Person über Schmerzen direkt erlebbar. Zum anderen werden diese in der Regel auch für Außenstehende sichtbar, denn Krankheiten oder Verletzungen sind nicht nur im Körper verankert, sondern werden auch durch den Körper nach außen getragen bzw. über den Körper kommuniziert (Gugutzer, 2004). So sind im Zusammenhang mit Verletzungen ein Gips und eine Schonhaltung oder Krankheitsanzeichen, wie eine rote Nase, deutliche Symbole, die der Außenwelt signalisieren, dass körperliche Beeinträchtigungen vorliegen.

Die besondere Rolle des Körpers wird bedingt durch die ‚Zweiheit des Körpers‘ (Gugutzer, 2004, S. 146), einer Dualität, die die zwei Perspektiven ‚Körper Sein‘ und ‚Körper Haben‘ impliziert. So bedeutet ‚Körper Sein‘, dass der Mensch einerseits sein Körper ist, in jedem Moment sind Gliedmaßen, Organe, Muskeln usw. zugehörig zu ihm, sind unabdingbar mit ihm verknüpft. Dementsprechend ist er raumzeitlich an das Hier-Jetzt gebunden (‚Körper Sein‘). Andererseits ist es dem Menschen möglich, im Gegensatz zu (den meisten) Tieren zu sich selbst in Distanz zu treten, über seinen Körper zu reflektieren. Folglich kann er auch über seinen Körper verfügen, ihn instrumentell nutzen, um mit anderen in Interaktion zu treten (‚Körper Haben‘) und ist sich folglich bewusst über seinen Körper (Gugutzer, 2004).

2.1.1.4 Körperbewusstsein

In Anlehnung an die Perspektive der ‚Zweiheit des Körpers‘ wird das Körperbewusstsein folgendermaßen definiert:

„Es ist das Resultat der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Körpers, seiner Empfindungen und Beschwerden, und bezieht sich auch auf das subjektive Verhältnis des Körpers zum eigenen Selbst.“
(Faltermaier, 2005, S. 198)¹⁵.

Ausgehend von dieser Definition umfasst das Körperbewusstsein zwei verschiedene Aspekte.

Zunächst wird dem Ergebnis eines Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesses sowohl körperlicher Empfindungen als auch dem eigenen Körper als Ganzes eine besondere Aufmerksamkeit eingeräumt. Dabei repräsentiert der Bereich körperliche Empfindungen die Sichtweise auf den Körper nach innen und damit die Perspektive des ‚Körper-Seins‘. Der Blick auf den Körper als Ganzes entspricht dagegen der Sicht nach außen, der Perspektive des ‚Körper-Habens‘.

Grundsätzlich bildet die Summe aus körperlicher Wahrnehmung und Bewertung (sowohl nach innen als auch nach außen) das körperbezogene Selbstkonzept, das Einstellungen und Überzeugungen zum eigenen Körper umfasst (Zimmer, 2003) und als Teilbereich des allgemeinen Selbstkonzepts verstanden wird.

Der zweite Bereich, das subjektive Verhältnis des Körpers zum eigenen Selbst, repräsentiert den Stellenwert, den der Körper für ein Individuum einnimmt. Die Bedeutung des eigenen Körpers ist als Voraussetzung für den Wahrnehmungs- und Bewertungsprozess zu verstehen, denn erst ein hoher Stellenwert des Körpers bewirkt auch eine gesteigerte körperliche Achtsamkeit und Aufmerksamkeit – sowohl hinsichtlich seiner Empfindungen als auch seines Erscheinungsbilds (Bielefeld, 1986). Das aus der Wahrnehmung und Bewertung resultierende Denken über den eigenen Körper, die verbundenen Einstellungen und Überzeugungen bilden in der Summe das körperbezogene Selbstkonzept (vgl. Abbildung 7).

¹⁵ Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass Faltermaier selbst diese Definition nicht weiter spezifiziert. Auch ein Blick auf eine durch ihn durchgeführte empirische Studie, die eine Untersuchung des Körperbewusstseins einschließt, zeigt, dass er letztlich sehr viel weniger erfragt als durch die Begriffsbestimmung postuliert. So zielt die Untersuchung etwa darauf ab, erstens die Bedeutung von körperlichen Beschwerden und ihre kausalen Attributionen, zweitens den Umgang mit diesen Beschwerden und drittens weitere Hinweise auf das Bild von und den Umgang mit dem Körper zu ermitteln (Faltermaier, 1994).

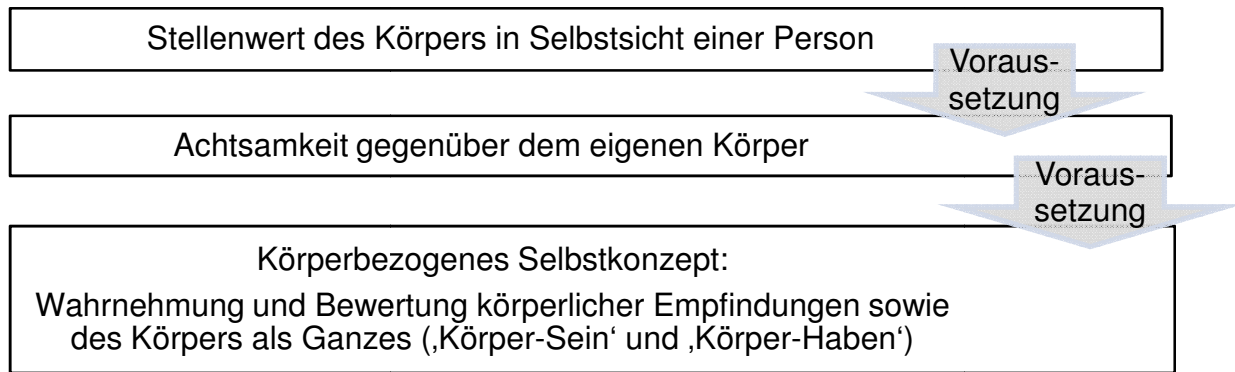


Abbildung 7: Teilbereiche des Körperbewusstseins und deren Zusammenhang

Die Frage dieses Kapitels, wie bewusst sich Menschen ihres eigenen Körper sind, ist demnach über die Teilbereiche ‚Stellenwert des Körpers‘ sowie ‚körperbezogenes Selbstkonzept‘ zu beantworten. Auf beide Aspekte wird in den folgenden Kapiteln eingegangen.

2.1.1.4.1 Der Stellenwert des eigenen Körpers

Der Stellenwert, den ein Mensch seinem Körper zuspricht, entscheidet zunächst darüber, ob er grundsätzlich auf diesen achtet. In der heutigen Zeit ist die Bedeutung, die Menschen dem eigenen Körper entgegenbringen, in der Regel ambivalent. So ist keine generalisierbare Aussage zum Stellenwert des eigenen Körpers möglich, vielmehr variiert dieser im Hinblick auf bestimmte Lebensbereiche. Beispielsweise lässt sich im Kontext der sozialen Rollenerfüllung im Beruf eine niedrige Bedeutsamkeit verzeichnen. War früher ein leistungsfähiger Körper notwendig, um gute Arbeit zu verrichten, trat die körperliche Leistungsfähigkeit mit fortschreitender Industrialisierung in zahlreichen Berufen immer weiter in den Hintergrund. Dementsprechend trägt heute im Vergleich zu früheren Generationen in vielen Berufen die körperliche Konstitution kaum mehr dazu bei, die zu verrichtende Arbeit erfolgreich ausführen zu können. Der eigene Körper wurde in zahlreichen Berufen aus der Arbeitswelt verdrängt (Gugutzer, 2004). Mit der abnehmenden Bedeutung des Körpers in der Arbeitswelt ging im Berufsleben ein körperlicher Identitätsverlust einher. Begriffe wie ‚Entkörperlichung‘, ‚Körperverdrängung‘ oder ‚Körperdistanzierung‘ beschreiben diese substanziellen Veränderungen der Arbeitswelt (Bette, 2005).

Gleichzeitig bewirkt dieses Phänomen eine Aufwertung und besondere Beschäftigung mit dem Körper im privaten Raum (Bette, 2005; Gugutzer, 2004; Klein, 2001),

denn mit den veränderten Berufsbildern und der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung geht ein Mehr an freier Zeit neben der beruflichen Tätigkeit einher, in der mehrheitlich nicht für den Lebensunterhalt gesorgt werden muss (Klein, 2001). So ist es Menschen möglich, sich (gemäß der Bedürfnispyramide nach Maslow (1977)) in ihrer Freizeit selbst zu verwirklichen, sich Bereichen zu widmen, die nicht der Existenzsicherung, sondern der eigenen Identitätsbildung dienen. Folglich wird der körperliche Identitätsverlust im Beruf über eine Identitätsbildung im privaten Bereich kompensiert. Über seinen Körper positioniert sich der Mensch im sozialen Raum, nutzt seinen Körper als Kommunikationsgegenstand, zeigt, wozu er gehört, und wovon er sich abgrenzt (Bourdieu, 1999; Klein, 2010; Thiel, Mayer, & Seiberth, 2013). Dementsprechend beschreibt zum Beispiel der Sportsoziologie Bette die veränderte Rolle des Körpers in der heutigen Gesellschaft als eine „paradoxe Gleichzeitigkeit von Entkörperlichung und Körperaufwertung“ (Bette, 2005, S. 48).

Die körperliche Identitätsbildung findet dabei in erster Linie über das Erscheinungsbild des eigenen Körpers, dem Streben nach körperlicher Attraktivität statt. Über den eigenen Körper findet eine ausgeprägte Selbstdarstellung und Selbstinszenierung statt. Ganze Industriezweige leben heutzutage vom Verkauf zahlreicher Produkte, die im Zusammenhang mit dem Körperboom in der Gesellschaft angeboten werden (Gugutzer, 2004). Tätowierungen, Piercings, steigende Zahlen an Fitnessstudios, TV-Shows, die sich mit Körperlichkeit beschäftigen, oder auch die grundsätzliche Kommerzialisierung des Körpers in Werbung oder der Film- und Musikbranche, sind nur einige Merkmale einer gewachsenen Bedeutung des Körpers im privaten Raum (Gugutzer, 2004; Klein, 2001).

Trotzdem unterscheiden sich Menschen darin, welchen Wert sie ihrem Körper beimessen. Die Kenntnis darüber, welche Größen auf den Stellenwert des Körpers einwirken, ermöglicht in diesem Zusammenhang zu erklären, unter welchen Bedingungen sich dieser wandelt und bei welcher Gruppe von Menschen eine höhere Bedeutung des Körpers festzustellen ist.

Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung des Stellenwert des Körpers

Grundsätzlich verändert sich der Stellenwert, den Menschen ihrem Körper entgegenbringen, zunächst auf der personellen Ebene in Abhängigkeit des biografischen Kon-

texts. So steigt mit zunehmendem Alter und nach einschneidenden entwicklungsbedingten Körperereignissen im Lebenslauf die Bedeutung des eigenen Körpers (Faltermaier, 2005). Beispiele hierfür finden sich im Zusammenhang mit der Menopause für Frauen oder auch Erlebnissen wie Schwangerschaft oder Geburt. Die erste massive Aufwertung des eigenen Körpers ist in der Entwicklungsphase der Pubertät mit den einhergehenden biologischen und entwicklungspsychologischen Veränderungen zu verzeichnen. Heranwachsende beginnen den Körper bewusst wahrzunehmen, ihm eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken, sich in besonderem Maße mit ihrem Körper zu beschäftigen. Ursachen hierfür werden aus entwicklungspsychologischer Perspektive in den altersspezifischen Anforderungen Heranwachsender gesehen. Zum einen verändert sich der Körper Jugendlicher substantiell in seiner äußeren Erscheinungsform. Zum anderen ist an zahlreichen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters, wie der eigenen Identitätsbildung, der Auseinandersetzung und Definition der Geschlechterrolle und Sexualität, der eigene Körper unmittelbar beteiligt (vgl. 1.1) (Fend, 2003; Havighurst, 1956; Hurrelmann, 2007; Levine & Smolak, 2002; Weichold & Silbereisen, 2008).

Abgesehen von dem biografischen Kontext ist es erst dann möglich, weitere Einflussfaktoren auf den Stellenwert des Körpers zu bestimmen, wenn eine Spezifizierung des Körperbegriffs erfolgt ist. So ist beispielsweise der Einfluss des Geschlechts abhängig davon, welcher Aspekt des eigenen Körpers betrachtet wird – die körperlichen Empfindungen, oder das Erscheinungsbild des Körpers. Aus diesem Grund findet eine Auseinandersetzung mit ergänzenden Determinanten erst im folgenden Kapitel zum körperbezogenen Selbstkonzept bzw. dessen Unterkategorien körperliche Empfindungen sowie dem körperlichen Erscheinungsbild statt.

Aus diesem Grund enthält Abbildung 8 ausschließlich den biografischen Kontext als relevanten Einfluss auf die Entwicklung und Veränderung des Stellenwerts des eigenen Körpers.

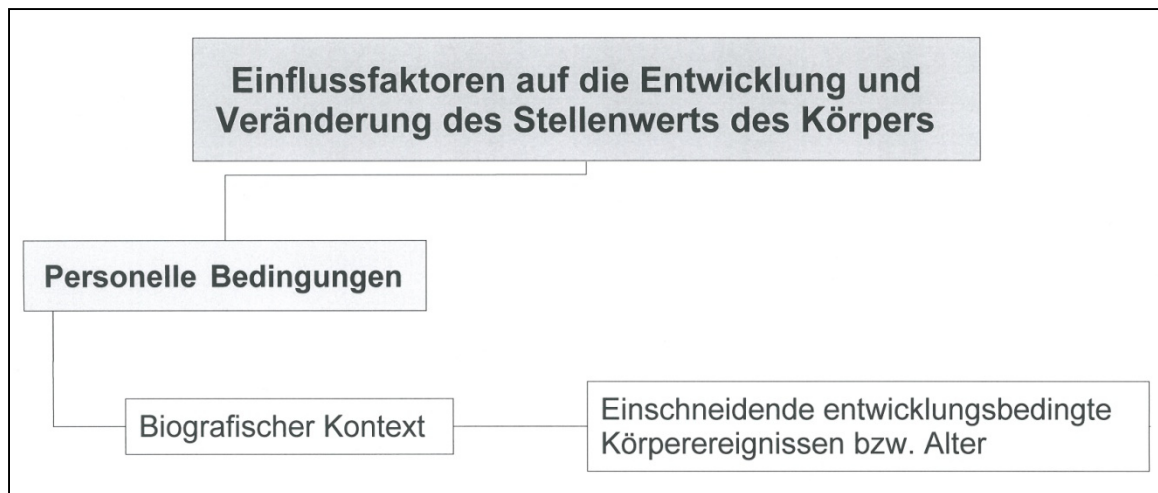


Abbildung 8: Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung des Stellenwerts des Körpers bei der Allgemeinbevölkerung

Das körperbezogene Selbstkonzept

Das körperbezogene Selbstkonzept ist als Teilbereich des allgemeinen Selbstkonzepts zu verstehen und setzt sich aus dem Wahrnehmungs- und Bewertungsprozess des eigenen Körpers (sowohl körperlicher Empfindungen als auch des Körpers als Ganzes) zusammen. Es wird durch Erfahrungen mit der sozialen und materialen Umwelt geprägt (Schwarzer, 1993; Zinnecker & Silbereisen, 1996, S. 291) und entwickelt sich sowohl durch eigene Interpretationen als auch Rückmeldungen durch die Umwelt, die in der Summe ein System von Annahmen über die eigene Person ergeben (Zimmer, 2003). Damit ist das körperbezogene Selbstkonzept als körperlicher Teil der Identität zu verstehen (Faltermaier, 2005).

Dabei liegen den Wahrnehmungen kognitive Prozesse zugrunde, die in subjektiven Aussagen zu Merkmalen das eigene Aussehen (z.B. ‚ich bin 1.70m groß‘), eigene körperliche Empfindungen (‚ich habe Rückenschmerzen‘) oder eigene Fähigkeiten bzw. Stärken und Schwächen (‚ich bin gut in Sport‘) betreffend, münden. Das Ergebnis des Wahrnehmungsprozesses wird auch als körperbezogenen Selbstbild bezeichnet (Zimmer, 2003).

Die Bewertungen des eigenen Körpers sind im Gegensatz zu den Wahrnehmungen emotional orientiert und beziehen sich auf die Zufriedenheit mit Merkmalen (z.B. die Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen, den Empfindungen, den Fähigkeiten). Sie werden mit dem Begriff körperbezogenes Selbstwertgefühl beschrieben (Zimmer, 2003).

Die nachstehende Abbildung 9 verdeutlicht die Teilaspekte des körperbezogenen Selbstkonzepts.

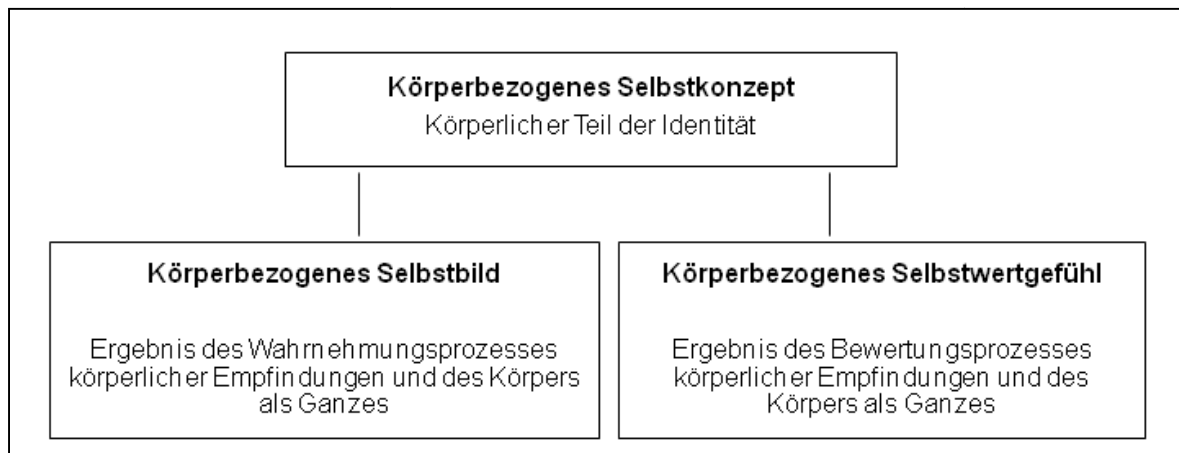


Abbildung 9: Teilbereiche des körperbezogenen Selbstkonzepts

Zwar stellt die Unterteilung des körperbezogenen Selbstkonzepts in körperbezogenes Selbstbild sowie körperbezogenes Selbstwertgefühl eine theoretisch sinnvolle Unterteilung dar, allerdings bietet sich im Hinblick auf eine Auseinandersetzung mit der aktuellen Forschungslage eine phänomenologische Trennung in die beiden Bereiche Wahrnehmung und Bewertung des ‚Körper als Ganzes‘, sowie ‚körperlicher Empfindungen‘ an, was in den folgenden Kapiteln erläutert wird.

2.1.1.4.2 Die Wahrnehmung und Bewertung des Körpers als Ganzes

Wie im Kapitel zum Stellenwert des Körpers dargestellt (vgl. Kapitel 2.1.1.4.1), findet in der heutigen Gesellschaft eine Aufwertung des Körpers im privaten Raum statt. Diese äußert sich dahingehend, dass der eigene Körper in der Regel mit dem gängigen Schönheitsideal abgeglichen wird (Gugutzer, 2004). In der westlichen Welt wird unter einem attraktiven Körper ein schlanker, fitter, gesunder und junger Körper verstanden. Unter der evolutionsbiologischen Annahme, dass in dem Schönheitsideal der jeweiligen Zeit die als vorteilhaft im Hinblick auf die Evolution beschriebenen Eigenschaften zum Ausdruck kommen (Hergovich, 2002; Renz, 2007; Swami & Furnham, 2008), spiegelt das heutige Idealbild einen widerstandsfähigen Körper wider, der den Nebenwirkungen der ungesunden Lebensumstände postindustrieller Gesellschaften – den heutigen Zivilisationskrankheiten – trotzen kann und zudem durch sein jugendliches Aussehen verspricht, noch lange Zeit reproduktionsfähig zu

sein (Daszkowski, 2003). Das Streben nach dem Körperideal wird unterstützt durch die Annahme der Leistungsgesellschaft, dass Erfolg in jeglichen Bereichen durch eigene Anstrengung erreicht werden kann. Dementsprechend ist es gesellschaftlich kaum geduldet, dem als schön definierten Körper nicht zu entsprechen (Gugutzer, 2004), dicke Menschen werden vielmehr mit Attributen wie mangelnder Disziplin, Faulheit, Dummheit, Verweichlichung oder Krankheit in Verbindung gebracht (Hilbert, Rief, & Braehler, 2008; Puhl & Heuer, 2010; Thiel, Alizadeh, Giel, & Zipfel, 2008).

Die Wahrnehmung und Bewertung des Körpers als Ganzes bezieht sich folglich auf die Passung der eigenen körperlichen Erscheinung zum Körperideal und resultiert in einer bestimmten Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (Grogan, 2008; Thompson & van den Berg, 2004). Den heutigen Idealkörper zu erreichen, ist allerdings für die meisten Menschen aufgrund physischer Konstitutionen nur schwer möglich und gelingt dementsprechend nur den wenigsten (Daszkowski, 2003). Infolgedessen ist über die letzten 40 Jahre eine Abnahme der Körperzufriedenheit in westlichen Ländern festzustellen (Joraschky, 2009).

Dennoch differiert die Körperzufriedenheit von Individuen bzw. Gruppen erheblich. Zwar liegen im Hinblick auf die Körper(un)zufriedenheit zahlreiche Untersuchungen vor, denn sie wird als Bedingung für die Entwicklung des populären Forschungsfeldes der Essstörungen begriffen (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999). Auf der Grundlage, dass sich die Befunde zum Teil erheblich hinsichtlich der ermittelten Determinanten unterscheiden, werden im Folgenden nur die konsistenten Effekte beschrieben.

Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung und Bewertung des Körpers als Ganzes

Neben dem Stellenwert, den ein Mensch seinem Körper entgegenbringt, zeigen sich auf personeller Ebene zunächst deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern, bedingt durch die deutlich unterschiedlichen Schönheitsideale von Frauen und Männern (Bender, 2011; Jackson, 2002). So folgen vor allem Frauen einem unrealistischen Idealbild, das wegen unpassender individueller physischer Voraussetzungen kaum zu erreichen und aufrechtzuerhalten ist (Daszkowski, 2003). Schon bei Kindern ab sechs Jahren ist festzustellen, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen unzufriedener mit ihrem Körper sind (Lowes & Tiggemann, 2003; Smolak, 2002; Thompson, Corwin, & Sargent, 1997; Williamson & Delin, 2001). Dieser Effekt erfährt eine deutliche Zunahme in der Pubertät, so stellen vielzählige Untersuchungen fest, dass mehr

junge Mädchen im Vergleich zu Jungen mit ihrem Körper weniger zufrieden sind (Bearman, Martinez, Stice, & Presnell, 2006; HBSC-Team Deutschland, 2011; Heßling & Bode, 2006; Story, French, Resnick, & Blum, 1995; Thompson et al., 1997). Der Geschlechtseffekt hält sich konstant über alle Altersgruppen hinweg, auch im Erwachsenenalter sind Frauen mit ihrem Körper unzufriedener als Männer (Garner, 1997; Reboussin et al., 2000; von Lengerke, Mielck, & Group, 2012). Vor allem durch hormonellbedingte Veränderungen in der Pubertät entfernt sich der weibliche Körper von dem gängigen Schönheitsideal. Jungen und Männern dagegen helfen die körperlichen Veränderungen in der Pubertät insofern, wie eine Entwicklung hin zu mehr Muskelmasse und damit zum männlichen Idealkörper stattfindet (Weichold & Silbereisen, 2008). Allerdings zeigen verschiedene Untersuchungen konsistent, dass auch bei Jungen bzw. Männern in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg hinsichtlich der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper zu verzeichnen ist (Currie, Zanotti, Morgan, & Currie, 2012; Joraschky, 2009).

Im Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Determinanten wird darüber hinaus deutlich, dass die Körperzufriedenheit von Frauen von ihrem jeweiligen Lebensumfeld abhängt. Zunächst erweisen sich kulturelle Determinanten als entscheidend, so finden sich etwa signifikante Unterschiede zwischen westlichen und nicht-westlichen Ländern (Jaeger et al., 2002; Mahmud & Crittenden, 2007). Ein Vergleich von 26 Ländern zeigt, dass Nord- und Südamerikanerinnen am unzufriedensten und Frauen aus Süd- und Westasien am zufriedensten sind (Swami et al., 2010). Stellt man Frauen aus Stadt und Land gegenüber, sind Städterinnen grundsätzlich unzufriedener mit ihrem Körper als Frauen, die auf dem Land leben¹⁶ (Swami et al., 2010). Hinsichtlich Einflüssen den sozialen Status betreffend zeigt sich, dass bei Frauen keinerlei, bei Männern ein Anstieg der Unzufriedenheit mit zunehmendem Bildungsniveau und Einkommen vorliegt (von Lengerke et al., 2012).

Der vorangehende Abschnitt weist bereits auf das Alter als einen weiteren Einflussfaktor hin. Unzufriedenheitswerte steigen im Kindesalter an (Smolak, 2002; Thompson et al., 1997; Williamson & Delin, 2001) und erreichen in der Adoleszenz ihren Höhepunkt (Gardner et al., 1997; Phares, Steinberg, & Thompson, 2004). Ab der späten Jugendphase ist keine Zunahme mehr zu verzeichnen (Bearman et al., 2006). Die Werte, die im frühen Erwachsenenalter vorliegen, werden als stabil und

¹⁶ Allerdings nur unter der Prämisse, dass sie selbst schlank, jung und reich sind.

überdauernd beschrieben (Siegel, 2010). Im fortgeschrittenen Erwachsenenalter reduziert sich die Unzufriedenheit wieder (Garner, 1997).

Im Hinblick auf Kinder und Jugendliche erweist sich der (einseitige) Migrationshintergrund als Prädiktor für die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (HBSC-Team Deutschland, 2011). Auch sind Einflüsse des familiären Wohlstandes zu verzeichnen, wobei – anders als bei erwachsenen Männern – mit einem höheren Wohlstandsniveau auch eine höhere Körperzufriedenheit einhergeht (HBSC-Team Deutschland, 2011). Ferner beeinflusst sozial vermittelter Druck aus dem Elternhaus im Zusammenhang mit Kommentaren den Körper betreffend die Körperzufriedenheit ebenfalls negativ (Berger, Schilke, & Strauß, 2005; Smolak, 2002). Folglich scheint auch die Atmosphäre im Elternhaus eine entscheidende Rolle bei der Frage zu spielen, ob Kinder und Jugendliche eine positive Einstellung zum eigenen Körper entwickeln. Fühlen sich Mädchen und Jungen von ihren Eltern angenommen und haben sie eine gute Vertrauensbasis, entwickeln sie in der Regel auch ein besseres Verhältnis zu ihrem Körper (Heßling & Bode, 2006). Da mit zunehmendem Alter entwicklungsbedingt der Einfluss der ‚Peers‘ steigt, während der Einfluss der Eltern sinkt, zeigen sich auch in Bezug auf die ‚Peers‘ dieselben Zusammenhänge von sozial vermitteltem Druck und Körperzufriedenheit (Eisenberg, Neumark-Sztainer, & Story, 2003; Gardner et al., 1997). Mit zunehmendem Einfluss der ‚Peers‘ spielt auch der Partnerstatus eine wesentliche Rolle. Sind Jugendliche in einer Partnerschaft, fühlen sie sich wohler in ihrem Körper (Heßling & Bode, 2006).

Neben geschlechts- und altersspezifischen Unterschieden (und Einflussfaktoren auf die jeweiligen Untergruppen) identifiziert eine Vielzahl an Studien die Medien als (Mit-)Ursache für die Körperunzufriedenheit, da diese als Multiplikator des gesellschaftlich als perfekt angesehenen Körpers fungieren (Blake, 2015; Botta, 2003; Cusumano & Thompson, 2001; Swami et al., 2010). Diesbezüglich ist die Forschungslage allerdings nicht abgeschlossen (Bender, 2011). Grundsätzlich zeigen jedoch zahlreiche Analysen, dass der sozial vermittelte Druck dünn zu sein unabhängig davon, ob dieser durch Medien transportiert wird, ein Prädiktor für die Körperunzufriedenheit ist (Clark & Tiggemann, 2006; Smolak, 2002; Stice & Whitenton, 2002).

Folgende Abbildung 10 fasst die dargestellten Einflussgrößen zusammen.

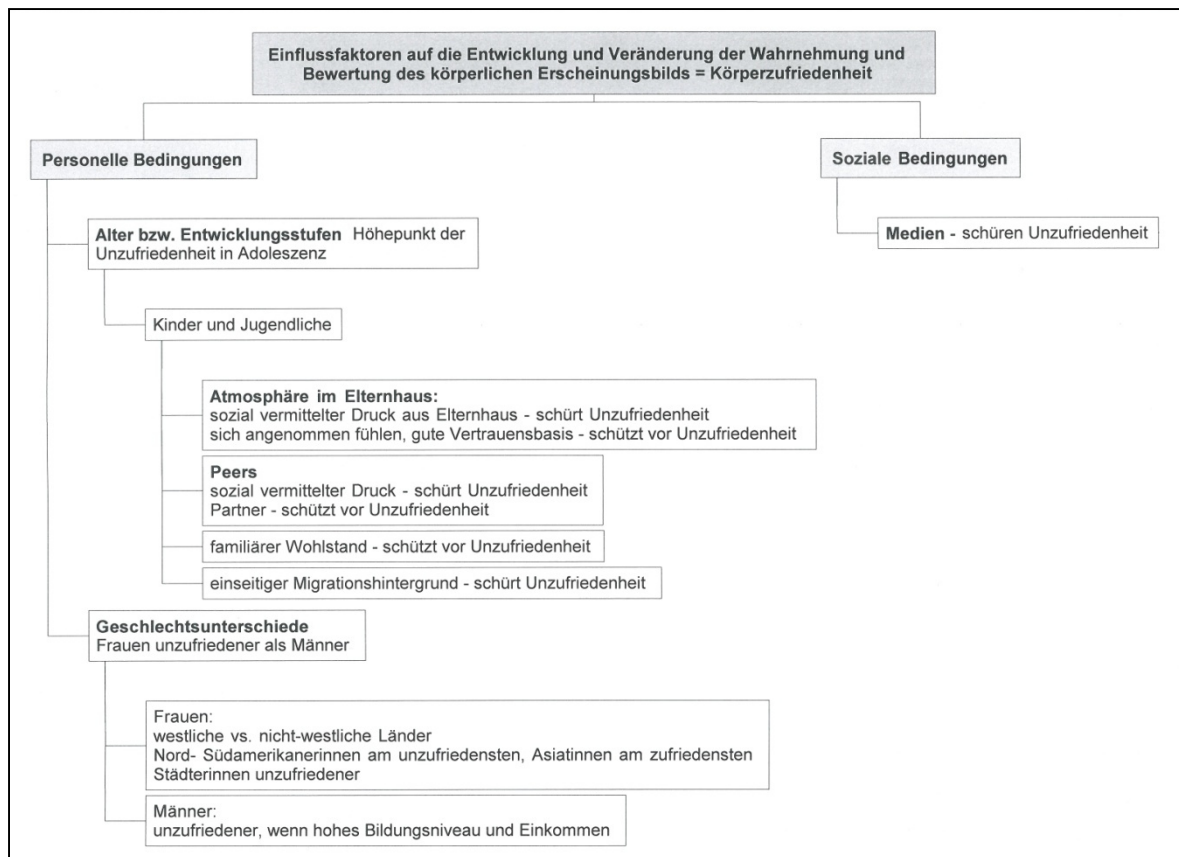


Abbildung 10: Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung des körperlichen Erscheinungsbildes bei der Allgemeinbevölkerung

Die dargestellten Einflussfaktoren auf die individuelle Beurteilung des eigenen körperlichen Erscheinungsbildes helfen zu erklären, unter welchen Voraussetzungen sich die auf das Äußere bezogene Körperzufriedenheit verändert. Praktische Bedeutung erreichen die Vorstellungen zum eigenen Körper (Stellenwert und Denken über den Körper als Ganzes) bei der Erklärung bestimmter körperbezogener Phänomene, wie zum Beispiel Bodybuilding oder Schlangheitswahn. Ist beispielsweise der Stellenwert des Körpers extrem hoch und liegt gleichzeitig eine hohe Körperunzufriedenheit vor, lässt sich verstehen, warum manche Menschen Verhaltensweisen zeigen, die von objektiver Seite als ungesund einzustufen sind, jedoch für den Einzelnen einen subjektiven Sinn erlangen (z.B. übersteigerter Muskelaufbau, Hungern).

Neben der Wahrnehmung und Bewertung des Körpers als Ganzes stellt der Aspekt der körperlichen Empfindungen den zweiten wesentlichen Bereich des körperbezogenen Selbstkonzepts dar.

2.1.1.4.3 Die Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen

Die Wahrnehmung körperlicher Empfindungen wird über die Tiefen- und Oberflächensensibilität realisiert. Dabei bildet die Tiefensensibilität oder propriozeptive Wahrnehmung die Eigenwahrnehmung des Körperinneren. Sie wird durch Rezeptoren von Muskeln, Gelenken, Bändern und Sehnen gesichert, stellt die Basis für die Orientierung im eigenen Körper dar und ist damit grundlegend für koordiniertes Bewegungsverhalten und den Gleichgewichtssinn (Bielefeld, 1986).

Die Oberflächensensibilität dagegen ermöglicht Berührungsreize auf der Haut ohne optische Kontrolle wahrzunehmen und zu lokalisieren (Bielefeld, 1986). Die taktilen Reize werden durch so genannte Mechano- (Dehnung, Druck, Vibration), Thermo- (Temperatur) und Schmerzrezeptoren über der Haut realisiert (Grunwald, 2008). Dabei lassen sich die Rezeptoren, die thermische Reize und Schmerzreize verarbeiten, der protopathischen Wahrnehmung zuschreiben, während einfache Berührungsreize über die epikritische Wahrnehmung realisiert werden (Trepel, 2004). Der protopathische Anteil der Sensibilität verläuft sehr viel schneller als die epikritische Wahrnehmung, denn sie erfüllt die Aufgabe den Körper vor bedrohlichen Ereignissen zu schützen. So wird die Information über eine (mögliche) Verletzung über schmerzspezifische Rezeptoren (Nozizeptoren) aufgenommen und über schmerzleitenden Nervenbahnen ins Gehirn geleitet, worauf eine unbewusste Reaktion folgt, um den Auslöser des Schmerzes zu beseitigen und eine Gewebeschädigung bzw. Verletzung zu verhindern (Klossika, Schmahl, & Bohus, 2007).

Den somatosensorischen (Lokalisation und physikalischen Eigenschaften des noxischen Reizes) und den affektiven (Erleben) Schmerzinformationen nachgeschaltet, findet eine kognitive Bewertung des schmerzhaften Reizes statt, welche auf die affektive Schmerzverarbeitung zurückwirkt. Damit stellt der Schmerz eine subjektive Wahrnehmung dar, die nicht ausschließlich von den neuronalen Signalen aus den Schmerznervenfasern an das Gehirn determiniert wird, sondern auch durch Filterprozesse des Zentralnervensystems bzw. Gedanken, Gefühle und Faktoren wie Aufmerksamkeit und Stress beeinflusst werden (Klossika et al., 2007).

Aus diesem Grund dient der folgende Überblick über bedingende Größen dazu, zu verstehen, inwiefern sich Menschen oder Gruppen bezüglich ihrer Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen unterscheiden.

Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen

Im Hinblick auf personelle Faktoren ist erneut der Stellenwert, den ein Mensch seinem Körper entgegenbringt, ein begrenzender Faktor.

Zudem sind vielfältige Körpererfahrungen grundlegend für die Ausbildung einer differenzierten Körperwahrnehmung und -bewertung (Ellert, Neuhauser, & Roth-Isigkeit, 2007; Faltermaier, 2005). Damit lässt sich erklären, weshalb das Alter diesbezüglich oftmals als Determinante angeführt wird, denn der Erfahrungsschatz wächst mit zunehmendem Alter. So lernen Säuglinge und Kleinkinder im Laufe des Heranwachens über verschiedene Körperreaktionen, taktile Reize und das Erlernen der Begriffe für verschiedene Körperteile auf eigene Körperempfindungen und Körpersignale zu hören, sie bewusst wahrzunehmen und zu beurteilen. Dadurch können sie grundlegende Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Kälte oder Schmerzen sowie körperliche Beeinträchtigungen wahrnehmen und kommunizieren (Holle, 2009; Schneider, 2012; Zimmer, 1999). Der Bewertungsprozess eigener körperlicher Empfindungen stellt dementsprechend eine wesentliche Entwicklungsaufgabe der (frühen) Kindheit dar (Havighurst, 1956). Mit fortschreitendem Alter, einer eigenen Krankheits- und Verletzungsbiografie bzw. Verletzungs- und Krankheitserfahrungen und der eigenen kognitiven Reifung wächst beispielsweise die Fähigkeit, Schmerzen differenzierter beschreiben zu können (Ball, 2004).

Auch zeigen sich bezüglich soziodemografischer Einflüsse Geschlechtsunterschiede im Hinblick auf die Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen. Untersuchungen beschäftigen sich oftmals mit Schmerzen als intensive Form körperlicher Empfindungen. So äußern Jungen weniger Schmerzen als Mädchen (Ellert et al., 2007), unter Erwachsenen weisen Männer ebenfalls geringere Schmerzsyndrome auf als Frauen (Lautenbacher, 2007). Allerdings herrscht bislang noch Uneinigkeit über mögliche Ursachen der Geschlechtsunterschiede. Neben Begründungen, dass hormonelle geschlechtsspezifische Faktoren zu einer größeren Häufigkeit und auch Schmerzintensität bei Mädchen und Frauen führt (Lautenbacher, 2007; Pogatzki-Zahn, 2012), werden auch Auswirkungen klassischer Rollenerwartungen ("Ein Junge weint nicht") diskutiert (Lautenbacher, 2007; McGrath, 1994; Rohrman, 2003).

Neben personellen Faktoren spielen zudem situationsbedingte Einflüsse eine Rolle im Hinblick auf die Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen. Die

Wahrnehmung körperlicher Empfindungen kann durch die Gabe von Medikamenten verringert oder ganz ausgesetzt werden (Zenz, Jurna, & Ahrens, 2001). Auch weiß man, dass in Bezug auf Verletzungen das Resultat des Bewertungsprozesses körperlicher Wahrnehmungen nicht nur von der Schwere der Verletzung abhängt. So führen körperliche Schädigungen, die objektiv mit großen Schmerzen verbunden sind, in bestimmten Situationen nicht notwendigerweise zu Schmerzempfindungen bei der betroffenen Person. Die so genannte Stressanalgesie – ein Zustand massiver negativer Emotionen und hoher Anspannung – beispielsweise nach einem Unfall, während eines sportlichen Wettkampfes oder im Krieg führt dazu, dass Schmerzen stark abgemildert wahrgenommen werden. Diese durch Stress ausgelösten Schmerzunempfindlichkeit ist als Schutzreaktion des Körpers zu verstehen und stellt eine biologisch sinnvolle Reaktion des Körpers dar, weil die Handlungsfähigkeit auch bei hohem Stress, also potenziell in großer Gefahr, erhalten bleibt (Klossika et al., 2007).

Zusätzlich lässt sich eine Reihe von bedingenden Größen unter der Kategorie krankheitsbedingte Einflüsse fassen. So kann grundsätzlich eine bestimmte seelische Verfassung, die über eine längere Zeit besteht, eine wesentliche Rolle in der Beurteilung körperlicher Empfindungen spielen (Clark, Janal, Hoben, & Carroll, 2001; Tremblay & Sullivan, 2010). Es ist zum Beispiel bekannt, dass körperlich gesunde Menschen bei moderater negativer Stimmung empfindlicher gegenüber Schmerzreizen werden (Klossika et al., 2007). Ein verzerrter Wahrnehmungs- und Bewertungsprozess kann außerdem durch bestimmte somatoforme Störungen bedingt werden. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass Ursachen für Schmerzen nicht hinreichend in organischen Bedingungen zu finden sind. Zum Beispiel berichten Menschen, denen ein Körperteil amputiert wurde, davon, dass sie nach wie vor Empfindungen in dem entfernten Körperteil spüren („Phantomschmerzen“). Der gängigste Erklärungsversuch führt Veränderungen im Gehirn auf Empfindungen im amputierten Körperteil zurück, denn nach wie vor ist dieser im Gehirn abgebildet, obwohl er keine Nervenimpulse mehr erhält. Es kommt zu einer Umorganisation dieser auch als Tastrinde bezeichneten Gehirnregion, in der Berührungs- und Schmerzreize verarbeitet werden. Nach der Amputation bekommt dieser Bereich weiterhin Impulse aus Nachbarregionen (Flor, 2012). Ein weiteres Beispiel für einen verzerrten Wahrnehmungs- und Bewertungsprozess körperlicher Empfindungen, der ursächlich auf eine somatoforme Störung zurückzuführen ist, ist die hypochondrische Störung, die sich aus medizinisch uner-

klärlichen Symptomen (somatoforme Komponente/Körpersymptomstörung) und einer Krankheitsangst (Angstkomponente/Krankheitsangststörung) zusammensetzt, bedingt durch eine extreme Aufmerksamkeit und Überbewertung körperlicher Empfindungen (Frances, 2013; Reinecker, 2003).

Auch Menschen, die an psychosozialen Krankheiten leiden, wie beispielsweise Essstörungen (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa oder Adipositas), weisen eine gestörte Beurteilung körperlicher Empfindungen wie Hunger- bzw. Sättigungsgefühle auf und handeln in der Folge nicht entsprechend (Pietrowsky, 2008).

Die dargestellten Einflussgrößen sind in Abbildung 11 aufgeführt.

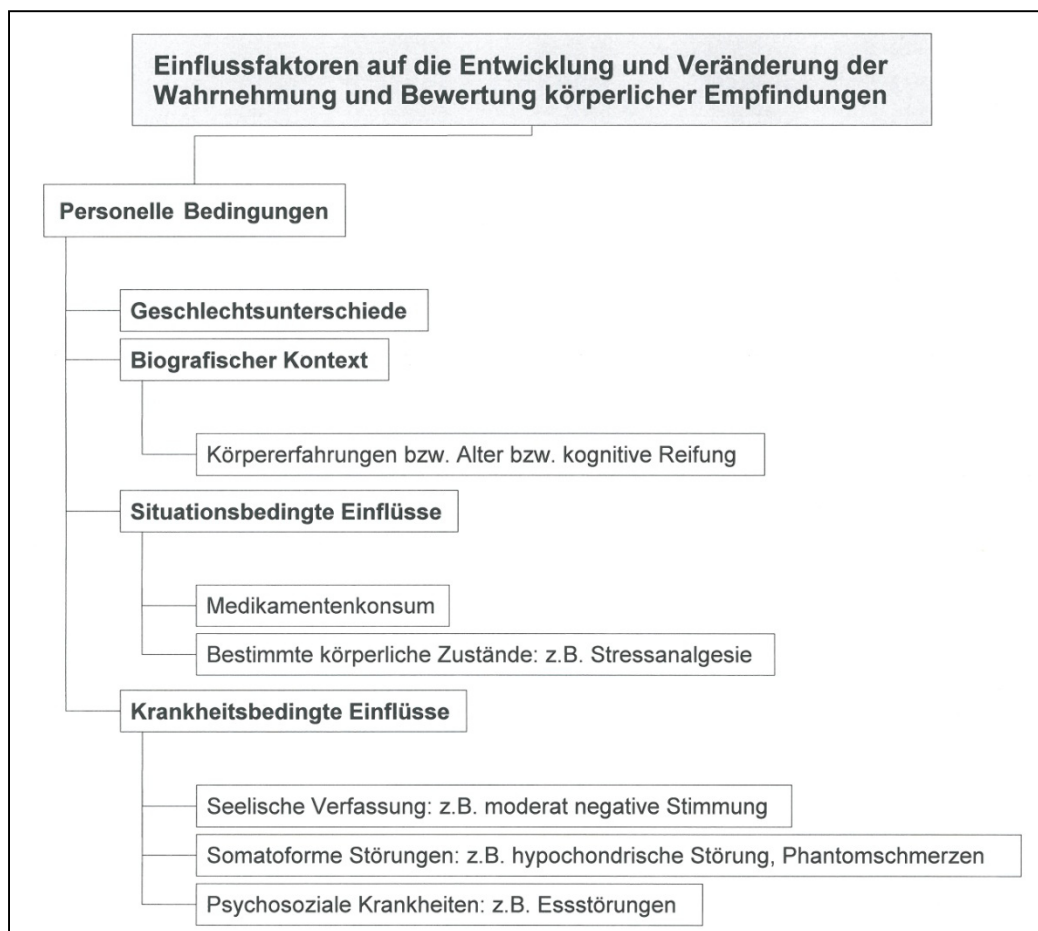


Abbildung 11: Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen bei der Allgemeinbevölkerung

Entsprechend der vorigen Kapitel verdeutlichen die Einflussfaktoren, welche Bedingungen dazu führen, dass Menschen sich in der Ausprägung des entsprechenden Merkmals unterscheiden. In Verbindung mit den Vorstellungen über den Körper als

Ganzes, führt das Denken über körperliche Empfindungen zu einer sehr viel detaillierteren Kenntnis des Denkens über Gesundheit. So lässt sich verstehen, warum manche Menschen beispielsweise den Eindruck hinterlassen, Schmerzen besser aushalten zu können als andere. Auch erklären die Determinanten, dass mit bestimmten Krankheitsbildern zwangsläufig irrationale Denkmuster und damit einhergehende Verhaltensweisen verbunden sind.

Um die bisherigen Auseinandersetzungen mit den Komponenten des Gesundheitsbewusstseins (Kapitel 2.1.1) zusammenfassend darzustellen, zeigt das nächste Kapitel wie das Gesundheitsbewusstsein beschrieben werden kann.

2.1.1.5 Zusammenfassung

Die Analyse des Gesundheitsbewusstseins zielt darauf ab, das gesundheitsbezogene Alltagshandeln von Menschen umfassend zu verstehen, welches geleitet wird durch kognitive, emotionale und motivationale Momente, die in der Interaktion mit der sie umgebenden sozialen Umwelt entstehen. Im Gegensatz zu klassisch-gesundheitspsychologischen Modellen wird zum einen der affektiven Ebene deutlich mehr Raum eingeräumt, um auch irrationale Erklärungsmuster erfassen und damit ein umfassendes Bild über emotionale Verknüpfungen bestimmter gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen geben zu können. Das Gesundheitsbewusstsein ermöglicht es folglich, die subjektive Sicht, das Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit sowie die mehr oder weniger bewussten Gesundheitsziele zu berücksichtigen. Zum anderen berücksichtigt das Gesundheitsbewusstsein, dass das Alltagswissen über Gesundheit nicht allein ein individuelles sondern auch ein soziales Phänomen ist, das in der Kommunikation und Interaktion mit anderen erworben, abgeglichen und gegebenenfalls verändert, in unterschiedlichen Gruppen und kulturellen Kontexten unterschiedlich erlebt, definiert und dargestellt wird.

Inhaltlich untersucht das Gesundheitsbewusstsein vier Bereiche: subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien, gesundheitsbezogene Risikobereitschaft, Körperbewusstsein. Diese beschäftigen sich mit Fragen nach der individuellen Bedeutung von Gesundheit und Gesundsein, den wahrgenommenen Einflüssen auf die eigene Gesundheit, der Bereitschaft gesundheitsbezogene Risiken einzugehen sowie der Bewusstheit des eigenen Körpers.

Im Hinblick auf den ersten Bereich, der Aufschluss darüber gibt, was Gesundheit und Gesundsein bedeutet, beantworten die **subjektiven Gesundheitskonzepte** die Frage, welcher Bedeutung von Gesundheit die Aufmerksamkeit zuteil wird. Es zeigt sich, dass das Gesundheitsverständnis bei der Allgemeinbevölkerung als komplex zu beschreiben ist. Die meisten Menschen weisen mehrere Bedeutungsmuster von Gesundheit auf, vereinen sowohl negative Bestimmungen, wie die Abwesenheit von Krankheit und Beschwerden, als auch positive Definitionen. Ein positives Gesundheitsverständnis kann unterschiedliche Bestimmungen umfassen, die häufigsten beinhalten dabei Aspekte des Befindens (z.B. ‚Gesundheit als Wohlbefinden‘, ‚Gesundheit als Kraft/Stärke‘, ‚Gesundheit als Harmonie in sozialen Beziehungen‘) oder Bezüge auf ein Aktionspotenzial (z.B. ‚Gesundheit als Handlungs-, Leistungs-, Arbeitsfähigkeit‘). Zudem finden sich zahlreiche Studien, die Gesichtspunkte der Kontrollierbarkeit von Gesundheit (z.B. dynamische Modelle von Gesundheit, ‚Gesundheit als Schicksal‘, ‚Gesundheit als Kontrolle‘, ‚Gesundheit als Lebensweise‘) aufweisen¹⁷. Damit beinhalten subjektive Gesundheitskonzepte zum einen definitorische Bestimmungen von Gesundheit, zum anderen aber auch dynamische Vorstellungen, denen stets bestimmte Annahmen über eine subjektive Kontrollierbarkeit von Gesundheit inhärent sind.

Aussagen hinsichtlich der Verteilung der jeweiligen Gesundheitsverständnisse in der Allgemeinbevölkerung lassen sich kaum treffen. Grundsätzlich scheinen positive Vorstellungen von Gesundheit zwar zu überwiegen, jedoch bestätigen bisherige Untersuchungen die theoretische Annahme, dass das Gesundheitsverständnis durch zahlreiche personelle und umfeldbezogene Faktoren beeinflusst wird. Beispiele sind das Alter bzw. biografische Kontext (z.B. individuelle Krankheitserfahrungen) bzw. der kognitive Entwicklungsstand, das Geschlecht, die soziale Schicht bzw. die sozioökonomische Situation, Beruf, Bildungsgrad oder kulturelle Unterschiede. Allerdings liegen (mit Ausnahme des Komplexes Alter-biografische Kontext-kognitive Entwicklungsstand) bislang noch zu wenig Befunde vor, so dass die Forschungslage weiterer Forschung bedarf.

¹⁷ Das Verständnis von Gesundheit als übergeordneten Wert (z.B. ‚Gesundheit als höchstes Gut‘) taucht zwar öfter als Definitionsmuster auf, eine Betrachtung der entsprechenden Studien lässt jedoch wie in 2.1.1 vermuten, dass differenzierte Analysen es ermöglichen, dahinter liegende Bestimmungen aufzudecken, die den genannten Gesundheitsverständnissen zuzuordnen wären. ‚Gesundheit als höchstes Gut‘ entspricht zudem dem Bereich des Gesundheitsbewusstseins, der sich mit der subjektiven Bedeutung von Gesundheit beschäftigt.

Der zweite Bereich des Gesundheitsbewusstseins, die **subjektiven Gesundheitstheorien**, beschäftigt sich mit wahrgenommenen Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit, liefert dementsprechend implizit auch Aussagen zu der wahrgenommenen Kontrollierbarkeit von Gesundheit.

Durch die Kenntnis der subjektiven Gesundheitstheorien und der entsprechenden Determinanten kann verstanden werden, warum manche Menschen bestimmte Maßnahmen und Verhaltensweisen ergreifen, während andere diese unterlassen. Dabei zeigt sich bei der Allgemeinbevölkerung, dass diese differenzierte Vorstellungen davon hat, was ihre eigene Gesundheit bedingt.

Es lassen sich jedoch relativ konsistent vier Einflussbereiche definieren, welche die einzelnen inhaltlichen Faktoren abbilden, denen eine positive oder negative Wirkung zugeschrieben wird. Neben der eigenen Konstitution und individuellen Dispositionen, findet sich als zweiter Bereich der Komplex Lebensweise und Lebensstil, der sich zum einen auf das Handeln (z.B. Ernährung, Bewegung/Sport, Konsum von Genussmitteln, Entspannung bzw. Ausgleich, Schlaf, Bewusstheit und Achtsamkeit, Vorsorgeuntersuchungen/Ärzten) und zum anderen auf das Erleben (z.B. Stress/Ärger, Ruhe, positive Lebenseinstellung, seelisches Gleichgewicht, Leben zu genießen, zufrieden sein) bezieht. Dem dritten Bereich sind Einflüsse aus der sozialen und ökologischen Umwelt zuzuschreiben (z.B. Umweltverschmutzung, Infektionsrisiko, familiäres/soziales/berufliches Umfeld, staatliche Gesundheitssituation). Die letzte Komponente beinhaltet schicksalshafte Einflüsse (z.B. Zufall, Vorbestimmung, biologischer Altersabbau).

Neben den Einflussbereichen können wahrgenommene Einflussfaktoren auch hinsichtlich der Mechanismen kategorisiert werden, die den antizipierten Einflüssen zugrunde liegen. In diesem Zusammenhang zeigen sich vier Prozesstypen: Schicksalstheorien, die durch die Annahme gekennzeichnet sind, dass Gesundheit nicht steuerbar ist, Risiko- und Ressourcentheorien über einzelne Einflüsse, sowie komplexere Ausgleichs- und Balancetheorien, denen eine Vorstellung zugrunde liegt, dass Risiken durch Ressourcen kompensiert werden können.

Vergleichbar zu dem Komplex der subjektiven Gesundheitskonzepte sind auch hier kaum Aussagen dazu möglich, welche Bedingungen dafür verantwortlich sind, dass unterschiedliche Einflussfaktoren wahrgenommen werden. Konsistent zeigt sich wiederum eine Abhängigkeit vom Alter bzw. der kognitiven Reifung. Auch biografische Einschnitte oder Veränderungen hinsichtlich des aktuellen Gesundheitszustandes

führen dazu, dass sich wahrgenommene Einflussgrößen ändern. Bezüglich Effekten durch Soziodemografika, wie Geschlecht, Beruf, Schicht oder länderspezifischen Besonderheiten liegen bislang zu wenige Untersuchungen vor, um von konsistenten Ergebnissen sprechen zu können. Vor dem Hintergrund, dass kognitive Repräsentationen stets durch das soziale Umfeld bedingt werden, sind allerdings Abhängigkeiten diesbezüglich anzunehmen.

Bisherige Untersuchungen zum dritten Teilbereich des Gesundheitsbewusstseins, der subjektiven Bedeutung von Gesundheit, verdeutlichen, dass hieraus entweder keine aussagekräftigen Ergebnisse hervorgehen oder die Befunde redundant zum Gesundheitsverständnis sind. Zielführender für eine Analyse des Aspekts der Bedeutsamkeit der eigenen Gesundheit ist hingegen die Überprüfung der individuellen Bereitschaft, gesundheitsbezogene Risiken einzugehen. Die **gesundheitsbezogene Risikobereitschaft** ist ein relativ eindeutig abzugrenzendes Persönlichkeitsmerkmal, das durch personelle Faktoren (z.B. Geschlecht, Alter), Persönlichkeitsdispositionen (z.B. gesundheitsbezogene Unbekümmertheit, Perfektionismusstreben, Risikowahrnehmung) und den Sozialisationsfaktoren (z.B. eigene Erfahrungen mit Folgen riskanten Verhaltens, sozialer Kontext) geprägt wird. Praktische Bedeutung erlangen die Informationen aus diesem Bereich hinsichtlich der Frage, wie motiviert bestimmte Menschen sind, ihre Gesundheit zu wahren.

Das **Körperbewusstsein** als letzten der vier Bereiche, die das Gesundheitsbewusstsein verkörpern, ist in zwei Unterbereiche zu zerlegen. Zum einen in den individuellen Stellenwert des Körpers, der sich in Abhängigkeit des Alters und nach einschneidenden entwicklungsbedingten Körperereignissen wandelt. Zum anderen in das körperbezogene Selbstkonzept, also in die Frage, wie der eigene Körper (nach innen und nach außen) wahrgenommen und beurteilt wird. Dabei bezieht sich die Wahrnehmung und Bewertung des Körpers nach außen in der heutigen Zeit auf einen Abgleich des eigenen körperlichen Erscheinungsbildes mit dem gängigen Körperideal und unterliegt personellen (z.B. Alter, Geschlecht) und gesellschaftlichen Einflüssen (z.B. Medien). Die Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen verändert sich in Abhängigkeit von verschiedenen personellen Faktoren (z.B. biografisch: Körpererfahrungen, Alter-kognitive Reifung; situationsbedingt: Medikamente, Stressanalgesie; krankheitsbedingt: seelische Verfassung, somatoforme oder psychosozia-

le Störungen). Das Körperbewusstsein leistet insbesondere einen Beitrag dazu, zu verstehen, warum manche Menschen körperbezogene irrationale Verhaltensweisen zeigen.

Die Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbewusstsein der Allgemeinbevölkerung diene der Beantwortung der Frage nach dem gesundheitsbezogenen Alltagswissen von Menschen, die nicht durch den Leistungssport geprägt sind. Denn basierend auf der fehlenden Literatur zum Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchssportlern ist auch die subjektive Sicht der Allgemeinbevölkerung über Gesundheit notwendig, da davon auszugehen ist, dass heranwachsende Athleten sowohl in leistungssportbezogenen sozialen Kontexten (z.B. in Training, auf Wettkämpfen/Spielen) als auch sportfernen Umfeld (z.B. Schule, Familie, Freundeskreis, Ärzte, etc.) über Gesundheit reden, lernen, wie mit Gesundheit umgegangen wird und basierend darauf ein spezifisches Denken über Gesundheit entwickeln. Inwiefern sich bei (heranwachsenden) Athleten Denkstrukturen der Allgemeinbevölkerung zeigen, kann jedoch erst dann beantwortet werden, wenn eine Auseinandersetzung mit Gesundheitsvorstellungen aus der Sicht von Leistungssportlern erfolgt.

2.1.2 Gesundheitsbewusstsein bei Leistungssportlern

Auch im Zusammenhang mit Leistungssportlern erfordert ein Verständnis deren Gesundheitsbewusstseins eine differenzierte Auseinandersetzung mit den vier Teilaspekten, den subjektiven Konzepten und Theorien von Gesundheit, der subjektiven Bedeutung von Gesundheit sowie dem Körperbewusstsein (Faltermaier, 2005).

2.1.2.1 Subjektive Gesundheitskonzepte

Wie auch in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung, beantworten subjektive Gesundheitskonzepte im Zusammenhang mit Leistungssportlern die Frage, was diese unter Gesundheit und Gesundsein verstehen.

Im Zusammenhang mit dem individuellen Verständnis von Gesundheit finden sich neben einzelnen Untersuchungen jugendlicher Sportler aus Wettkampf- und Freizeitbereich insbesondere retrospektive Interviewstudien über erwachsene Spitzen- und Leistungssportler, deren Zielsetzung zwar mehrheitlich nicht in der Analyse des

Gesundheitsverständnisses bestand, aus denen sich jedoch Aussagen zu demselben ableiten lassen.

Die Befunde verdeutlichen übereinstimmend, dass Athleten ein komplexes Gesundheitsverständnis aufweisen, das allerdings deutlich von der Logik des Leistungssports bestimmt wird. So führt diese dazu, dass in jeglichen Definitionen zu Gesundheit das grundlegende Ziel des Sports zu erkennen ist, nämlich sportliche Leistung zu erbringen (Curry, 1993; Donnelly, 2004; Hughes & Coakley, 1991; Malcolm & Sheard, 2002; Messner, 1992; Nixon, 2004; Roderick et al., 2000; Safai, 2003; Theberge, 2008; Young, 2004b).

Zunächst zeigt sich sowohl bei Nachwuchs- (Sygusch, 2000) als auch erwachsenen Leistungssportlern (Theberge, 2008; Thiel et al., 2010), dass diese unter Gesundheit insbesondere positive Bestimmungen mit deutlicher Fokussierung auf das eigene körperliche Potenzial („Gesundheit als sportliche Leistungs- und Handlungsfähigkeit“) verstehen.

Zudem orientieren sich aber auch negative Definitionen, wie ‚Gesundheit als Abwesenheit körperlicher Beeinträchtigung‘ in außerordentlichem Maße am Leistungsgedanken. Obwohl quantitative Messungen, die die Zustimmung sowohl zu negativen als auch positiven Gesundheitsdefinitionen abfragen, den Eindruck vermitteln, dass sich Top-Athleten hauptsächlich in dem Fall gesund fühlen, wenn sie nicht krank sind oder keine objektiven Krankheitssymptome zeigen (Thiel et al., 2010), legen tiefergehende Interviewstudien offen, dass das negative Verständnis von ‚Gesundheit als Abwesenheit von Beeinträchtigungen‘ maßgeblich durch die positive Definition ‚Gesundheit als sportliche Leistungsfähigkeit‘ bestimmt wird (Theberge, 2008; Thiel et al., 2010; Young & White, 1995). Zwar wird als optimale Voraussetzung der Fall gesehen, wenn keinerlei Beeinträchtigungen vorliegen, jedoch stellen vorliegende Krankheiten und Verletzungen für Athleten so lange keinen Indikator für fehlende Gesundheit dar, wie sie die sportliche Leistungserbringung nicht verhindern (Charlesworth & Young, 2006; Donnelly, 2004; Schubring & Thiel, 2011; Thiel et al., 2010; Young, 2004a).

Athleten fühlen sich entgegen der Zustimmung zu einer negativen Definition folglich auch dann gesund, wenn Krankheiten und Verletzungen vorliegen, die das sportliche Engagement nicht einschränken und infolgedessen ignoriert werden können. Resultierend daraus folgt allerdings auch, dass sie vielfältige Strategien entwickeln, die es ihnen ermöglichen, Beeinträchtigungen auszublenken, um weiterhin sportliche Leis-

tung zeigen zu können. Sie lernen damit zwangsläufig Schmerzen und auch kleinere Verletzungen als normal bzw. zum Sport zugehörig zu betrachten (Nixon, 1992, 2004; Young, 2004a). Phänomene wie das Trainieren und das Wettkämpfen unter Schmerzen – in der englischsprachigen Literatur als „Playing Hurt“ bezeichnet (Curry & Strauss, 1994; Malcolm & Sheard, 2002; Malcolm, 2006; Nixon, 1992, 1994; Young, 2004a) – werden zur Gewohnheit (Donnelly, 2004; Frey, 1991; Mayer, 2010; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010), was mitunter auch dazu führt, dass Leistungssportler Schmerzen und Verletzungen so lange ignorieren oder mit Schmerzmitteln betäuben, wie diese ihre sportliche Leistungserbringung nicht verhindern oder massiv einschränken (Charlesworth & Young, 2006; Mayer, 2010; Thiel et al., 2010).

Hinweise darauf, dass Athleten Gesundheit auch über die Definition ‚Gesundheit als Befinden‘ bestimmen, liegen ebenfalls vor. Allerdings werden diese wiederum durch das Verständnis von ‚Gesundheit als Leistungsfähigkeit‘ beherrscht. Interviewstudien beschreiben zwar, dass es ihnen durchaus wichtig ist, sich wohl oder auch kraftvoll, stark und widerstandsfähig zu fühlen. Allerdings bezeichnen sie sich selbst nur dann so, wenn sie auch sportlich erfolgreich sind (Theberge, 2008; Thiel et al., 2010).

Zusammenfassend ist angesichts der vorliegenden Erkenntnisse zu Gesundheitsbestimmungen bei Leistungssportlern festzuhalten, dass Athleten zwar ein extrem funktionales Gesundheitsverständnis aufweisen, daneben aber auch jegliche Bestimmungen von Gesundheit vorliegen, die auch bei Nicht-Sportlern wiederzufinden sind. Allerdings werden diese fast ausnahmslos von der Logik des Leistungssports, nämlich sportliche Leistung zu zeigen, beherrscht. Grundsätzlich fühlen sie sich nur dann gesund, wenn sie ihren Sport möglichst erfolgreich ausüben können.

Vor dem Hintergrund der in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung getroffenen idealtypischen Trennung jeder Gesundheitsbestimmung in die Dimensionen physisch, psychisch und sozial fällt auf, dass diese nicht auf den Leistungssport übertragbar ist¹⁸. So verweist die Definition ‚Gesundheit als Aktionspotenzial – Leistungsfähigkeit‘ grundsätzlich auf die soziale Ebene, also auf die Rollenerfüllung als Leistungssportler. Athleten fühlen sich gesund, wenn sie ihrer Aufgabe nachkommen können, sportliche Leistung zu zeigen. Die unweigerliche Verknüpfung des Körpers mit der sportlichen Leistung lässt sich allerdings nicht verleugnen. Damit beinhaltet jegliche Definition Gesundsein im Kontext des Leistungssports immer auch eine körperliche Di-

¹⁸ Allerdings liefert eine Reihe an Untersuchungen bei der Allgemeinbevölkerung ebenfalls Hinweise darauf, dass sich diese theoretische Kategorisierung in empirischen Daten nicht wiederfindet (vgl. Kapitel 2.1.1).

mension, wenngleich der gesunde Körper keinen Selbstwert erfüllt, sondern nur das Mittel zum Zweck der sportlichen Leistungserbringung darstellt.

Neben den verschiedenen Definitionen von Gesundheit können entsprechend der Allgemeinbevölkerung auch Indizien auf die Frage gefunden werden, inwiefern die eigene Gesundheit als wandelbar und beeinflussbar wahrgenommen wird. Zwar ist die Frage, inwiefern Athleten dynamische Vorstellungen von Gesundheit aufweisen, noch nicht explizit untersucht worden, doch sind im Zuge der Orientierung an dem Gesundheitsverständnis ‚Gesundheit als Leistungsfähigkeit‘ zwei Dinge anzunehmen. Basierend auf dem konstituierenden Mechanismus des Leistungssports, sportliche Leistung durch Training zu verbessern, liegt erstens nahe, dass Leistungssportler grundsätzlich eine hohe subjektive Kontrollüberzeugung der eigenen Leistung und damit der eigenen Gesundheit aufweisen. Zweitens gehen sie vermutlich davon aus, dass die eigene Gesundheit über das Ausgangsniveau hinaus verbessert werden kann, wie durch den Verlaufstyp des ‚Generator-Modells‘ von Gesundheit verkörpert (vgl. Kapitel 2.1.1.1).

Zusammenfassend ist das Gesundheitsverständnis von Leistungs- und Spitzensportlern folglich deutlich geprägt durch den Leistungsgedanken. Bezugnehmend auf die Fragestellung dieser Arbeit ist jedoch darüber hinaus von besonderem Interesse, inwiefern sich unter den Leistungssportlern Bedingungen finden lassen, die dazu führen, dass einzelne Sportler unterschiedliche Ausprägungen im Denken über Gesundheit aufweisen.

Einflussfaktoren auf die Entwicklung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Leistungssportlern

Um die Frage zu beantworten, wie stark die Athleten ein leistungssportspezifisches Gesundheitsverständnis aufweisen, spielen sowohl soziale als auch personelle Einflussfaktoren eine wesentliche Rolle.

Insbesondere im Zuge der Arbeiten zur ‚Kultur des Risikos‘ finden sich sozial bedingte Unterschiede im Hinblick auf den Sozialisationsgrad in den Leistungssport, der sich über bestimmte Parameter auf struktureller sowie kognitiver Ebene und im Zusammenhang mit charakteristischen Netzwerkstrukturen bestimmen lässt: Wie tief Athleten in den Leistungssport verankert sind, bestimmt etwa darüber, wie ausge-

prägt sportspezifische Denkmuster festzustellen sind. Retrospektive Studien zeigen deutlich, dass der Sozialisationsprozess in jungen Jahren beginnt, wenn Nachwuchssportler in Kontakt mit dem Leistungssportsystem treten – sei es sobald sie am organisierten Wettkampfsystem teilnehmen, erste Kaderlehrgänge besuchen oder innerhalb ihres Heimatvereins mit älteren Athleten trainieren. Die leistungssportspezifischen Denkmuster werden dann mit zunehmender Sozialisation kontinuierlich übernommen und gefestigt (Bette et al., 2002; Curry, 1993; Nixon, 1992). Somit ist die Sozialisationsdauer als ein entscheidender Indikator des Sozialisationsgrads auf struktureller Ebene zu sehen. Neben der Sozialisationsdauer spielen zentrale Faktoren wie die Trainingshäufigkeit eine entscheidende Rolle, die darüber entscheidet, inwiefern Unterschiede im Gesundheitsverständnis zu verzeichnen sind. Wird mehr Zeit in Training investiert, leidet der Austausch mit Personen, die nicht aus dem Sport kommen, zwangsläufig darunter (Bette & Schimank, 2006; Nixon, 1992). Auch das Leistungsniveau des Athleten ist der strukturellen Ebene zuzuordnen, gibt es in der Regel doch Aufschluss darüber, wie stark ein Athlet in die Strukturen des Leistungssports involviert ist. Zum Beispiel bedeutet eine Nominierung für eine höhere Kaderstufe bessere Möglichkeiten, den eigenen Sport in professioneller also leistungssportspezifischer Umgebung auszuüben (z.B. verbesserte Trainingsmöglichkeiten in Leistungszentren, häufigere Lehrgänge oder Trainingslager bei Landes- oder Bundestrainer, etc.) (DOSB 2006). Strukturelle Rahmendbedingungen, die ebenfalls auf eine stärkere Verwurzelung mit dem Denksystem des Leistungssports hindeuten, sind zudem in dem Besuch eines Sportinternats zu finden. Durch das Zusammenleben mit anderen Leistungssportlern und den Kontakt mit Lehrern und Betreuern, die nicht selten auch einen leistungssportspezifischen Hintergrund aufweisen (DOSB 2015; Teubert et al., 2006), fehlen gleichzeitig oftmals außersportliche Referenzsysteme bzw. Korrektive im Kreis der für den jungen Athleten bedeutsamen Personen (Bette & Schimank, 2006).

Neben strukturellen geben auch kognitive Variablen Aufschluss über die Intensität des Sozialisationsgrades in den Leistungssport bzw. darüber, wie stark Athleten sportspezifische Denkmuster übernommen haben. Die Ausprägung der in Kapitel 1.1 dargestellten Athletenidentität stellt eine Größe dar, die maßgeblich darüber entscheidet, inwiefern Athleten sich mit den Werten und Normen des Leistungssports identifizieren. Analog hierzu ist auf einer abstrakten Ebene davon auszugehen, dass das Gesundheitsverständnis in Abhängigkeit davon variiert, welchen Stellenwert der

Sport für den Einzelnen einnimmt. Ist die subjektive Bedeutung, die ein Athlet der Erfüllung seiner sozialen Rolle als Athlet entgegenbringt, hoch, ist davon auszugehen, dass er die Normen und Werte des Leistungssports deutlich stärker übernommen hat.

Im Kontext der dargestellten Variablen auf struktureller und kognitiver Ebene ist zusätzlich noch ein Bereich zu untersuchen, der zwar in beiden Kategorien mitschwingt, jedoch in Bezug auf den Sozialisationsgrad eine solch entscheidende Rolle spielt, dass er eine detailliertere Analyse erfordert. So zeigen sich im Leistungssport spezifische Netzwerkstrukturen, in denen sich Athleten bewegen. Diese bedingen neben den genannten Indikatoren ebenfalls eine Verwurzelung der Athleten in den Leistungssport. Gerade im Hinblick darauf, dass kognitive Repräsentationen durch bedeutsame Personen des Athleten geprägt werden, ist die Frage zu berücksichtigen, wen der Athlet als seine Hauptbezugsperson empfindet bzw. ob diese für den jungen Sportler wichtigste Person dem Bereich des Leistungssports zuzuordnen ist oder eher sportfernen Referenzsystemen. Unter Berücksichtigung der hohen Bedeutung des Trainers für Athleten, ist davon auszugehen, dass dessen Führungsstil zu der Entwicklung des Gesundheitsverständnisses beitragen kann, sorgt dieser doch im Sportalltag für die grundlegende Kommunikationskultur, wie u.a. über Gesundheit gesprochen wird (Schubring, 2014).

Wird in der Literatur relativ konsistent über Einflüsse verschiedener sozialer Faktoren berichtet, herrscht Uneinigkeit über Effekte bestimmter Parameter auf der personalen Ebene. So führen einzelne quantitative Analysen Auswirkungen verschiedener Soziodemografika an, zum Beispiel zwischen Geschlechtern (Männer funktionaleres Gesundheitsverständnis) (Nixon, 1996) oder Sportarten (Thiel et al., 2010). Qualitative Arbeiten widersprechen dieser Annahme allerdings und gehen vielmehr vor dem Hintergrund der ‚Kultur des Risikos‘ davon aus, dass identische leistungssportspezifische Denkmuster innerhalb aller Sportarten und Disziplinen vorherrschen (Curry, 1993; Malcolm & Sheard, 2002; Nixon, 2004; Roderick et al., 2000; Safai, 2003; Theberge, 2008; Young, 2004a).

Die nachstehende Abbildung 12 fasst die genannten Einflussfaktoren auf die subjektiven Gesundheitskonzepte von Nachwuchsleistungssportlern zusammen.

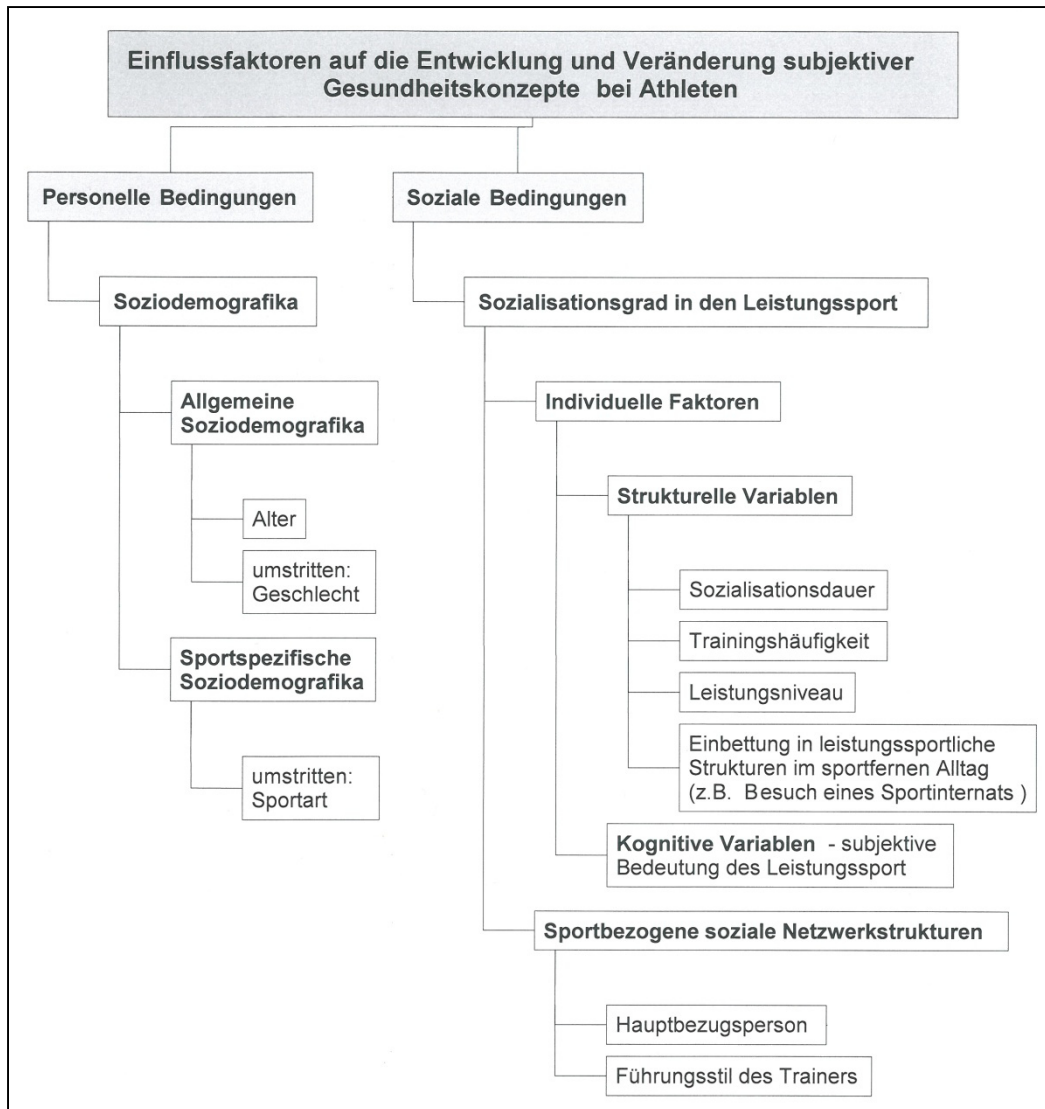


Abbildung 12: Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Athleten

Zusammenfassend erklären die subjektiven Gesundheitskonzepte, wann sich Athleten als gesund bezeichnen und damit auch, welcher Bedeutung von Gesundheit Athleten besondere Aufmerksamkeit entgegenbringen.

Daneben ist von besonderem Interesse, welche Ressourcen und Risiken Nachwuchsathleten für die eigene Gesundheit wahrnehmen, da auf diesem Weg verstanden werden kann, warum manche Sportler spezifische Verhaltensweisen zeigen, während andere diese unterlassen.

2.1.2.2 Subjektive Gesundheitstheorien

Subjektive Gesundheitstheorien spiegeln wider, welche Einflüsse Menschen auf die eigene Gesundheit wahrnehmen.

Die erste Frage, die es im Zusammenhang mit zugeschriebenen gesundheitsbezogenen Auswirkungen verschiedener Faktoren zu beantworten gilt, ist die nach der grundsätzlichen wahrgenommenen Möglichkeit, Gesundheit durch eigenes Zutun kontrollieren zu können. Zwar wird vereinzelt darauf hingewiesen, dass Athleten diese so genannte gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung in relativ hohem Ausmaß aufweisen (Thiel et al., 2010), allerdings wurde diesem Problem im Kontext des Leistungssports bislang kaum explizit nachgegangen. Grundsätzlich ist jedoch anzunehmen, dass Athleten ihre Gesundheit als kontrollierbar einschätzen, denn sie lernen im Kontext des Leistungssports, dass die sportliche Leistung, die für sie in hohem Maße mit Gesundheit gleichgesetzt wird, durch Training und bestimmte Verhaltensweisen gezielt planbar ist.

Kontrolle ist demnach ein den Leistungssport konstituierendes Merkmal, das nicht allein auf die Entwicklung der eigenen Leistungsfähigkeit im Sinne von Trainingseinheiten begrenzt ist, sondern auch auf jegliche Bereiche ausgedehnt wird, die sich auf die eigene Leistungsfähigkeit auswirken. Damit ist anzunehmen, dass jegliche Aspekte des Phänomens Gesundheit ebenfalls einer Kontrollierbarkeitsannahme unterworfen werden.

Neben der grundlegenden Überzeugung, dass Gesundheit kontrolliert werden kann, ist von Interesse, welche spezifischen Einflüsse Athleten auf die eigene Gesundheit wahrnehmen, denn sie erklären, warum bestimmte Verhaltensweisen ergriffen und andere unterlassen werden.

Eine Analyse des Forschungsstandes legt in diesem Zusammenhang offen, dass vergleichsweise nur wenige Studien der Frage nach wahrgenommenen Einflüssen auf die eigene Gesundheit als Gesamtkonstrukt nachgehen (Alaranta et al., 2006; Dascombe et al., 2010; Nieper, 2004; Slater et al., 2003; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010; Ziegler, Nelson, & Jonnalagadda, 2003). Dagegen finden sich zahlenmäßig viele Untersuchungen, die nach antizipierten Auswirkungen bestimmter Größen (z.B. Schmerzen, Substanzenkonsum, Ernährung, Trainingsinhalte, Körperkompositionen) auf die eigene Leistungsfähigkeit fragen (Alaranta et al., 2006; Anshel & Russell, 1997; Bower & Martin, 1999; Braun et al., 2009; Buchholz et al., 2008; Dascombe et

al., 2010; Erdman, Fung, Doyle-Baker, Verhoef, & Reimer, 2007; Ferrari & Ferreria de Mederios, 2002; Laure, Lecerf, Friser, & Binsinger, 2004; Miller, Berry, Gariepy, & Tittler, 2006; Mottram, Chester, Atkinson, & Goode, 2008; Nemeth, von Baeyer, & Rocha, 2005; Nieper, 2004; Peretti-Watel et al., 2004; Perko, Bartee, Dunn, Wang, & Eddy, 2000; Petróczi et al., 2008; Slater et al., 2003; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010; Tricker, 2000; Ziegler et al., 2003). Aufgrund der Funktionalitätsüberzeugung von Gesundheit, die entsprechend der Forschungslage mehrheitlich bei Athleten vorliegt, sind diese Arbeiten allerdings den subjektiven Gesundheitstheorien zuzurechnen. Auch ist angesichts der Funktionalitätsannahme gleichermaßen davon auszugehen, dass Athleten unter Fragen nach gesundheitlichen Auswirkungen bestimmter Faktoren letztlich Wirkungszusammenhänge zwischen bestimmten Größen und ihrer Leistungsfähigkeit verstehen.

Für eine übersichtlichere Darstellung und um Begriffsvermischungen zu vermeiden, erfolgt jedoch eine getrennte Auseinandersetzung mit den Ergebnissen zu wahrgenommenen Einflüssen auf die eigene Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit. Aus diesem Grund werden nachfolgend zunächst die Befunde hinsichtlich antizipierter Einflüsse auf ‚Gesundheit‘ vorgestellt, gefolgt von den Größen, die als die Leistungsfähigkeit beeinflussend wahrgenommen werden.

Subjektive Theorien namentlich über Gesundheit

Gesundheitsbezogene Ressourcen- und Risikotheorien

Im Zusammenhang mit Befunden zu erwarteten Auswirkungen namentlich die eigene Gesundheit betreffend legen Thiel et al. (2010) offen, dass erstklassige Handballspieler und Leichtathleten vielfältige positive (z.B. Krafttraining, Dehnungsübungen, Regeneration, soziale Unterstützung, Ernährung, geregelter Tagesablauf, gute Stimmung im Team) und negative Einflüsse (z.B. zu wenig Schlaf, Alkohol-Rausch, hohe Anzahl an Wettkämpfen, Müdigkeit, Kälte) wahrnehmen, die sowohl auf der physischen, als auch auf der psychosozialen Dimension anzusiedeln sind (Thiel et al., 2010). Zudem konzentrieren sich einzelne Studien auf die Frage, inwiefern Athleten Risiken im Zusammenhang mit einem Substanzenkonsum wie Dopingpräparate (Alaranta et al., 2006; Anshel & Russell, 1997) oder Nahrungsergänzungsmittel (Dascombe et al., 2010; Nieper, 2004; Slater et al., 2003; Thiel et al., 2010) wahrnehmen.

Gesundheitsbezogene Schicksalstheorien

Auch sind Hinweise erkennbar, die auf Einflussprozesse im Zusammenhang mit einer fehlenden personalen Kontrolle bzw. einem schicksalhaften Eintreten von Krankheit verweisen. Diese so genannten Schicksalstheorien weisen inhaltlich Aspekte von Zufälligkeit auf, beispielsweise gehen Athleten vereinzelt davon aus, dass bestimmte Verletzungen schicksalhaft sind (Thiel et al., 2010).

Gesundheitsbezogene Ausgleichs- und Belastungstheorien

Neben Ressourcen- und Risikotheorien, sowie Schicksalstheorien lassen sich auch Formen von Ausgleichs- und Belastungstheorien bei Athleten feststellen, bei denen mögliche Gefährdungen durch vorliegende Ressourcen ausgeglichen werden können. So geben zum Beispiel Athleten auf die Frage nach der Ursache ihres Nahrungsergänzungsmittelkonsums an, diese zu nehmen, um eine unzureichende Ernährung auszugleichen (Ziegler et al., 2003). Sie wissen demnach um die Gesundheitsgefährdung durch eine schlechte Ernährung, sind jedoch überzeugt davon, dieses Risiko durch die aus ihrer Sicht gesundheitsförderliche Wirkung von Nahrungsergänzungsmitteln aufwiegen zu können. Eine besondere Form einer Ausgleichs- und Belastungstheorie findet sich in der Frage, wie Athleten Einflüsse des eigenen leistungssportlichen Engagements auf die Gesundheit wahrnehmen (Theberge, 2008; Thiel et al., 2010).

Spezifische Form einer gesundheitsbezogenen Ausgleichs- und Belastungstheorie – Gesundheitsbezogene Auswirkung des leistungssportlichen Engagements

Bleibt bei den bislang dargestellten Arbeiten offen, was Athleten unter Gesundheit verstehen, zwingt diese Frage Athleten dazu, Abstand von dem Verständnis von Gesundheit als sportliche Leistungsfähigkeit zu nehmen. Die interviewten Sportler müssen sich zur Beantwortung der Frage mit einer alternativen Gesundheitsdefinition auseinandersetzen, die erst nach der sportlichen Karriere in den Vordergrund rückt. Sowohl Theberge (2008) als auch Thiel et al. (2010) berichten von einem ambivalenten Verhältnis der untersuchten Top-Athleten bezüglich wahrgenommener Auswirkungen des eigenen Sporttreibens. So verdeutlicht Theberge (2008) in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass Athleten die Wirkung des Sports als positiv im Hinblick auf ihr eigenes Wohlbefinden sehen, sie beispielsweise anführen, durch den Sport Dinge gelernt zu haben, die ihnen auch in anderen Lebensbereichen von Nut-

zen sind. Gleichzeitig ist ihnen jedoch sehr wohl bewusst, dass sich bestimmte Praktiken bzw. das Sporttreiben als Ganzes negativ auf ihre körperliche Gesundheit auswirken. Thiel et al. (2010) berichten auch von einem zweigeteilten Verhältnis: Einerseits stimmen Athleten der Frage, ob sich der Hochleistungssport positiv auf die eigene Gesundheit auswirkt, tendenziell zu, nennen Beispiele, wie einen topfiten Körper zu haben. Andererseits sehen die Athleten durchaus ein gesundheitliches Risiko beim Sporttreiben, berichten von Verletzungsgefahren und Müdigkeitszuständen.

Subjektive Theorien über die sportliche Leistungsfähigkeit

Neben Studien, die nach Einflüssen auf die Gesundheit fragen, findet sich eine große Zahl an Untersuchungen, die antizipierte Auswirkungen auf die eigene Leistungsfähigkeit analysieren (Alaranta et al., 2006; Anshel & Russell, 1997; Bower & Martin, 1999; Braun et al., 2009; Buchholz et al., 2008; Dascombe et al., 2010; Erdman et al., 2007; Ferrari & Ferreria de Mederios, 2002; Laure et al., 2004; Miller et al., 2006; Mottram et al., 2008; Nemeth et al., 2005; Nieper, 2004; Peretti-Watel et al., 2004; Perko et al., 2000; Petróczi et al., 2008; Slater et al., 2003; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010; Tricker, 2000; Ziegler et al., 2003). Mit dem Ziel, die Befunde übersichtlich abzubilden, werden die Ergebnisse der Kategorisierung zugeordnet, wie sie von Faltermaier et al. (1998b) für die von ihm untersuchte Population getroffen wurde (Kapitel 2.1.1.2). Er unterscheidet Einflussbereiche (individuelle Konstitution/Disposition, Lebensweise, soziale und ökologische Umwelt, schicksalshafte Einflüsse), sowie Einflussprozesse, die die wahrgenommenen Mechanismen widerspiegeln, wie die einzelnen Größen auf die Gesundheit wirken (Risikotheorien, Ressourcentheorien, Ausgleichs- und Balancetheorien, Schicksalstheorien).

Leistungsfähigkeitsbezogene Ressourcentheorien

So sehen Athleten Ressourcen für die eigene Leistungsfähigkeit (z.B. Kraft- oder Ausdauerleistungsfähigkeit, Möglichkeit länger zu trainieren) hauptsächlich in der eigenen Lebensweise begründet, was die hohe subjektive Kontrollierbarkeit der eigenen Leistungsfähigkeit widerspiegelt. Zum Beispiel stellt die Einnahme von bestimmten Substanzen wie Nahrungsergänzungsmitteln (Braun et al., 2009; Dascombe et al., 2010; Erdman et al., 2007; Nieper, 2004; Perko et al., 2000; Petróczi et al., 2008; Slater et al., 2003; Ziegler et al., 2003), verschiedenen Dopingpräparaten (Alaranta et al., 2006; Laure et al., 2004; Peretti-Watel et al., 2004), und

teilweise auch frei verkäuflichen Schmerzmitteln („Over-the-counter drugs“ (OTC)) (Mottram et al., 2008; Tricker, 2000) eine wahrgenommene Möglichkeit dar, die eigene sportliche Leistung zu verbessern. Ein Vergleich der Studien zeigt allerdings auch, dass die jeweilige Zuschreibung positiver Wirkungen von Seiten der Athleten zwischen den Studien deutlich variiert und somit von keinem einheitlichen Bild gesprochen werden kann. Im Zusammenhang mit Trainingsinhalten erweist sich als Ressource für die eigene Leistungsfähigkeit das Erleben von bestimmten Schmerztypen, die einen Hinweis darauf geben, dass in dem Maße trainiert wurde, dass eine Leistungssteigerung zu erwarten ist (Nemeth et al., 2005). Unter Gerätturnerinnen wird zudem auch die eigene Konstitution als determinierend erlebt. So sehen sie ein geringeres Körpergewicht als Ressource für eine erhöhte Leistungsfähigkeit (Buchholz et al., 2008).

Leistungsfähigkeitsbezogene Risikotheorien

Risiken, also eine negative Wirkung für die eigene Leistungsfähigkeit, assoziieren Athleten aus Kontaktsportarten wiederum mit der eigenen Kontrolle der Lebensweise, die sowohl in Aspekten des Handelns als auch des Erlebens zum Ausdruck kommt. Zum Beispiel schreiben Athleten dem Tragen von Schutzkleidung (Ferrari & Ferreria de Mederios, 2002; Miller et al., 2006), der Einnahme von OTCs (Mottram et al., 2008) und Dopingpräparaten (Alaranta et al., 2006; Anshel & Russell, 1997; Laure et al., 2004) oder teilweise auch Nahrungsergänzungsmitteln (NEMs) (Dascombe et al., 2010; Nieper, 2004) sowie Freizeitdrogen (Bower & Martin, 1999) negative gesundheitliche Effekte zu. Der Erlebensaspekt findet sich in den Befunden wieder, die zeigen, dass Sportler ganz bestimmte Schmerztypen mit leistungsminimierenden Wirkungen in Verbindung bringen (Nemeth et al., 2005). Risiken als Ursache unzureichender sportlicher Leistung werden auch in ungünstigen Körperkompositionen verortet – zumindest laut einer Studie über Mädchen aus dem Turnen (Buchholz et al., 2008).

Leistungsfähigkeitsbezogene Ausgleichs- und Belastungstheorien

Das Ergebnis einer Untersuchung spiegelt die Kategorie wahrgenommener Einflussprozesse wider, die sich als Ausgleichs- und Belastungstheorien bezeichnen lassen. Wiederum schreiben Athleten der eigenen Lebensweise eine beeinflussende Wirkung zu. So antizipieren sie mit der Einnahme von Dopingpräparaten zwar physische

Risiken für die eigene Gesundheit (und damit auch langfristige Risiken für die sportliche Leistungsfähigkeit), denselben Athleten ist jedoch auch die positive Wirkung auf die eigene Leistungsfähigkeit bewusst (Peretti-Watel et al., 2004). Bei der Entscheidung für und wider die Einnahme wird folglich abgewogen zwischen verschiedenen negativen und positiven Wirkungen¹⁹.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Athleten einer Vielzahl von Komponenten Auswirkungen auf ihre Gesundheit zuschreiben. Zum einen sehen sie verschiedene Einflüsse, die in Form von Risiken-, Ressourcen-, Schicksals- und Balance- und Ausgleichstheorien vorliegen. Zum anderen verdeutlichen einige Studien, dass Leistungssportler auch bestimmte Einstellungen dazu aufweisen, wie sich der Leistungssport langfristig auf ihre körperliche und seelische Gesundheit auswirkt.

Dieses Wissen über subjektive Gesundheitstheorien lässt sich allerdings dann noch differenzierter verstehen, wenn die Frage beantwortet wird, welche Bedingungen dafür verantwortlich sind, dass unterschiedliche Gesundheitsgefahren und -ressourcen gesehen werden.

Einflussfaktoren auf die Entwicklung subjektiver Gesundheitstheorien

Eine Analyse der ermittelten Determinanten subjektiver Gesundheitstheorien zeigt deutlich, dass Abhängigkeiten von bestimmten personellen Faktoren im Kontext des Leistungssports schwer nachzuzeichnen sind, weil Studien selten in den untersuchten wahrgenommenen Risiken und Ressourcen übereinstimmen. Trotzdem soll zumindest der Versuch unternommen werden, Tendenzen nachzuzeichnen.

Hinsichtlich personeller Faktoren liefern sportsspezifische Soziodemografika Hinweise auf den Einfluss der Sportartengruppe. Mannschaftssportler nehmen tendenziell höhere Risiken wahr (Laure et al., 2004). Bezüglich allgemeiner Soziodemografika gilt als empirisch gesichert, dass Männer und Frauen Einflüsse unterschiedlich stark wahrnehmen, sowie Männer mehr Risiken und mehr Ressourcen sehen (Erdman et al., 2007; Laure et al., 2004; Thiel et al., 2010; Ziegler et al., 2003). Zudem zeigen

¹⁹ Diese quantitative Studie ermöglicht trotz geschlossener Fragen und Antwortmöglichkeiten Aussagen zu Balance- und Ausgleichstheorien, denn im Unterschied zu den bislang vorgestellten Befunden zu einzelnen Ressourcen- und Risikotheorien, wird hier eine andere methodische Herangehensweise gewählt. Es wird nicht allein berechnet, dass Ressourcen und Risiken wahrgenommen werden, vielmehr erlaubt eine qualitative Analyse quantitativer Daten (Clusteranalyse) einen differenzierteren Blick auf wahrgenommene Einflussfaktoren, indem bei denselben Athleten gleichzeitig vorliegende Risiken und Ressourcen erhoben wurden.

vor allem Interviewstudien, dass wahrgenommene Wirkungszusammenhänge positiver bzw. negativer Einflüsse auf die eigene Gesundheit grundsätzlich von dem gegenwärtigen objektiven und subjektiven Gesundheitszustand abhängen. Dementsprechend wandeln sich subjektive Gesundheitstheorien im Karriereverlauf besonders nach einschneidenden Lebensereignissen im Rahmen des sportlichen Engagements (z.B. gravierenden Verletzungen oder Krankheiten) (Theberge, 2008; Thiel et al., 2010).

Darüber hinaus finden sich im Zusammenhang mit wahrgenommenen Risiken und Ressourcen vergleichbar zu Nicht-Sportlern auch bei Athleten vereinzelt Abhängigkeiten vom Alter (Laure et al., 2004). Wobei im Kontext des Leistungssports vielmehr zu vermuten ist, dass hinter der Variable ‚Alter‘ letztlich der Sozialisationsgrad der Athleten in das Leistungssportsystem steht. Je stärker Athleten im Leistungssport verwurzelt sind, desto stärker haben sie die Überzeugungen desselben übernommen, und desto differenzierter werden Risiken und Ressourcen für die eigene Leistungsfähigkeit wahrgenommen (Theberge, 2008).

Verschiedene Untersuchungen untermauern diesen Befund. So sind Indikatoren für den Sozialisationsgrad zum einen strukturelle Variablen, wie die Dauer der Sozialisation und die Trainingsbelastung bzw. -häufigkeit (Laure et al., 2004; Peretti-Watel et al., 2004). Zwar bislang noch nicht untersucht, sind auch Einflüsse struktureller Variablen, wie der Besuch eines Sportinternats oder das grundsätzliche Leistungsniveau der Athleten, als determinierend einzustufen. Daneben ist allerdings zum anderen auch anzunehmen, dass eine tiefe Verwurzelung der Athleten auf kognitiver Ebene einen Einfluss auf die Wahrnehmung von Risiken und Ressourcen der eigenen Leistungsfähigkeit ausübt, die subjektive Bedeutung, die der Sport für Athleten einnimmt, demnach entscheidend sein könnte. Ferner spielen entsprechend der Determinanten der subjektiven Gesundheitskonzepte wiederum die Netzwerkstrukturen bzw. die für die Athleten bedeutsamen Personen (z.B. Trainer) eine Rolle (Peretti-Watel et al., 2004; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010) bei der Frage, wie stark sportspezifische Denkweisen verankert sind. Entstammen die Hauptbezugspersonen etwa dem sportlichen Umfeld, sehen auch Athleten größere und differenziertere Risiken für die eigene Gesundheit (und damit letztlich auch für die Leistungsfähigkeit).

In der folgenden Abbildung 13 sind die dargestellten Determinanten der subjektiven Gesundheitstheorien von Athleten zusammenfassend dargestellt:

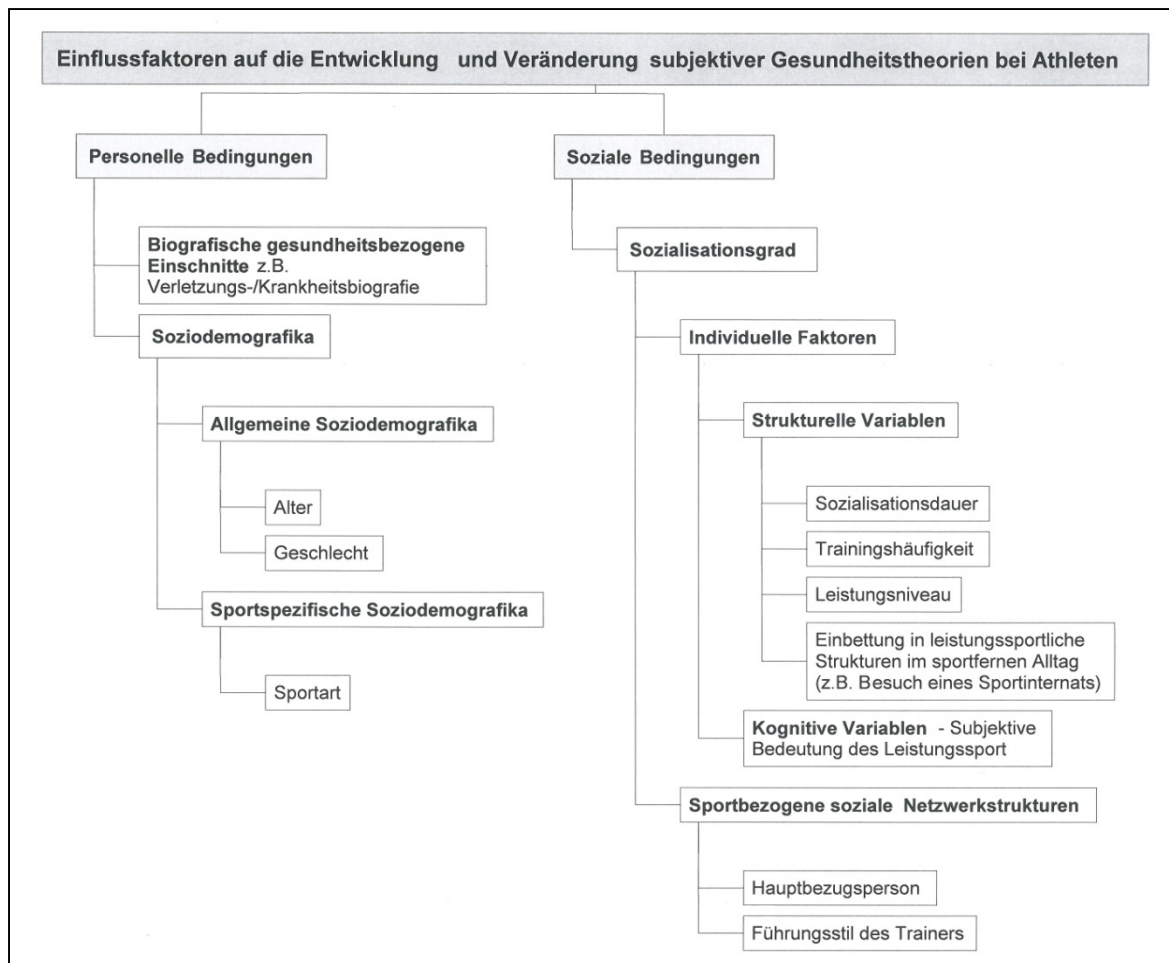


Abbildung 13: Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien bei Athleten

Die Faktoren, die Unterschiede in den subjektiven Gesundheitstheorien von Athleten bedingen, ermöglichen es zu verstehen, warum manche Leistungssportler zu bestimmten gesundheitsbezogenen Maßnahmen greifen, während andere Athleten diese nicht in Betracht ziehen. Besonders in Verbindung mit dem spezifischen Verständnis von Gesundheit geben subjektive Gesundheitstheorien interessante Einblicke in das gesundheitsbezogene Alltagshandeln, so wird durch sie deutlich, was Athleten als förderlich bzw. gefährdend wahrnehmen. Allerdings ist es bislang nicht möglich zu beantworten, warum sich Menschen in ihrer Motivierung zu bestimmten gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen unterscheiden. Diese Frage ist Inhalt der Kategorie ‚gesundheitsbezogene Risikobereitschaft‘ von Leistungssportlern.

2.1.2.3 Gesundheitsbezogene Risikobereitschaft

Die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft von Leistungssportlern verlangt zunächst eine Berücksichtigung ihres spezifischen Gesundheitsverständnisses, um erklären zu können, welche Dimension von Gesundheit die Sportler bereit sind zu riskieren. Damit einher geht eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Stellenwert, den Athleten unterschiedlichen Aspekten ihrer Gesundheit entgegenbringen. Die Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsverständnis (vgl. Kapitel 2.1.2.1) betont, dass dieses bei Athleten bestimmt ist durch eine starke Funktionalitätsorientierung bezüglich ihrer sportlichen Aktivität. Sportliche Leistung zu zeigen, ist demnach das oberste Ziel. Die höchste Bedeutung wird infolgedessen der sozialen Rollenerfüllung als Athlet zugeschrieben, dessen soziale Aufgabe es ist, sportlich leistungsfähig zu sein. Grundlegend hierfür ist allerdings ein gesunder, funktionierender Körper, denn dieser ist Voraussetzung, um überhaupt leistungsfähig sein zu können (Bette et al., 2002). Körperliche Gesundheit nimmt damit zwar auch einen hohen Stellenwert ein, ist jedoch lediglich Mittel zum Zweck der sportlichen Leistungserbringung und ist dieser entsprechend untergeordnet. Eine auffallend niedrigere Bedeutung wird dagegen einer stabilen psychischen (z.B. mentale Stärke) bzw. psychosozialen (z.B. außersportliche Unterstützungsnetzwerke) Gesundheit zugeschrieben, da Zusammenhänge dieser zu sportlicher Leistungsfähigkeit oftmals als weniger entscheidend wahrgenommen werden. Immer noch werden im Leistungssport Maßnahmen, die auf eine stabile psychische und psychosoziale Gesundheit abzielen, in der Regel erst dann in Betracht gezogen, wenn trotz erfolgsversprechendem Training sportliche Leistungen ausbleiben (Sulprizio, 2011).

Bedingt durch Abweichungen in der Bedeutung, die Athleten den unterschiedlichen Dimensionen ihrer eigenen Gesundheit zuschreiben, ergibt sich deren spezifische Risikobereitschaft im Sport. So lässt sich auf Grundlage des unterschiedlichen Stellenwerts der physischen, psychischen, psychosozialen Gesundheit schlussfolgern, dass Leistungssportler dem Ziel des sozialen Gesundseins in ihrer Rolle als Athlet, die anderen Dimensionen ihrer Gesundheit unterordnen. Dieser Mechanismus ist als eine Art Kosten-Nutzen-Abwägung zu verstehen. Um Nutzen auf der sozialen sportbezogenen Ebene der eigenen Gesundheit zu erreichen (sportlich leistungsfähig zu sein), werden Kosten in den übrigen gesundheitsbezogenen Bereichen relativ bedin-

gungslos in Kauf genommen (Donnelly, 2004; Loland et al., 2006; Schubring & Thiel, 2011; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010).

Die Akzeptanz physischer oder psychosozialer Belastungen zugunsten der sportlichen Leistungserbringung führt allerdings nicht selten zu einem Dilemma. Denn die Schwelle, ab der die Belastungen auf physischer oder psychosozialer Ebene nicht mehr akzeptiert werden können, da sie sich wiederum negativ auf die Leistungserbringung auswirken, ist schwer auszumachen.

Im Hinblick auf physische Beeinträchtigungen versuchen Sportler zwar mit Hilfe von Ärzten, Trainern und Betreuern abzuwägen, welche körperlichen Schmerzen bei gleichbleibender Leistung noch akzeptiert werden können, allerdings zeigen Praxisbeispiele immer wieder, wie oft dieser Aushandlungsprozess misslingt und Athleten sich nachhaltig und schwerwiegend verletzen (Mayer, 2010; Roderick et al., 2000; Safai, 2003; Schubring & Thiel, 2011; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010). Vergleichbare Probleme treten bezüglich psychosozialer Belastungen auf. Vernachlässigen Athleten ihre außersportlichen Rollen und konzentrieren sich ausschließlich auf die sportliche Leistungserbringung, lässt sich dieses Phänomen als „role engulfment“ (Adler & Adler, 1991, S. 219 ff) bezeichnen, der Bündelung aller Interessen auf die Athletenrolle. Diese damit einhergehende absolute und bedingungslose Fokussierung auf den Sport und Gleichgültigkeit gegenüber jeglicher anderer Interessen wie Freizeit, Beruf, Familie und Freunden (Brewer et al., 1993; Galloway, 2007) birgt das Risiko, in einen „identity tunnel“ (Curry, 1993, S. 267) bzw. eine „biografische Falle“ (Bette et al., 2002, S. 16) zu geraten, die in einer ausschließlichen Athletenidentität (Brewer et al., 1993) endet. Es kommt zu einer ‚Hyperinklusion‘ in den Leistungssport (Bette & Schimank, 2006). Bleiben sportliche Leistungen dann aus oder muss die sportliche Karriere beendet werden, stehen keine Lebensbereiche zur Verfügung, die alternative Quellen für Selbstbestätigung oder Selbstverwirklichung darstellen (vgl. Kapitel 1.1).

Die beschriebenen Aspekte der physischen und psychosozialen Risikobereitschaft sind charakteristisch für Leistungssportler. Allerdings zeigt sich auch, dass Athleten deutliche Unterschiede im Hinblick auf das Ausmaß ihrer Bereitschaft aufweisen, gesundheitsbezogene Risiken einzugehen. Diese sind begründet durch verschiedene Einflussfaktoren auf die Risikobereitschaft.

Einflussfaktoren auf die Entwicklung der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft

Vergleichbar zu den Gesundheitskonzepten und -theorien hängt auch die spezifische Abwägung physischer und psychosozialer Kosten zugunsten des Nutzens, sportlich leistungsfähig zu sein, von dem Sozialisationsgrad in die Bedingungen des Leistungssports ab. So wird die Risikobereitschaft zwar als Persönlichkeitseigenschaft begriffen, allerdings erfährt diese eine Verstärkung durch ein Umfeld, das eine Akzeptanz riskanten Verhaltens explizit oder implizit erwartet. Wiederum sind Bedingungen den Sozialisationsgrad betreffend auf struktureller (z.B. Besuch eines Sportinternat, Leistungsniveau, Trainingshäufigkeit, Sozialisationsdauer) als auch kognitiver Ebene (z.B. subjektive Bedeutung des Leistungssports) anzunehmen. Zudem erfährt die Internalisierung der Werte und Normen des Leistungssports eine Verstärkung, wenn spezifische Netzwerkstrukturen vorliegen, beispielsweise das Umfeld aus Bezugspersonen besteht, die ebenfalls durch die Logik der ‚Kultur des Risikos‘ sozialisiert wurden. Dann findet sich oftmals kein Korrektiv, das Athleten in ihrem riskanten Verhalten bremsen könnten (Nixon, 1992). In diesem Zusammenhang spielt wiederum die Frage, ob die Hauptbezugsperson einem sportnahen oder sportfernen Kontext entstammt, eine entscheidendere Rolle. Darüber hinaus weist eine Reihe an Studien zum Phänomen ‚Trainieren und Wettkämpfen im Leistungssport‘ (‚Playing Hurt‘) darauf hin, dass Athleten im Zusammenhang mit ausschließlich sportnahen Netzwerkstrukturen durch einen von außen ausgeübten impliziten oder expliziten Druck berichten, Schmerzen zu verheimlichen (Mayer, 2010; Nixon, 2004; Pike & Maguire, 2003; Richartz, 2001; Schubring & Thiel, 2011; Thiel et al., 2010). In diesem Kontext ist insbesondere auch der Führungsstil des Trainers als determinierende Größe zu berücksichtigen, der mitverantwortlich dafür ist, dass Athleten das Gefühl haben, mit ihrem Trainer über vorliegende Beschwerden sprechen zu können (Schubring, 2014).

Wie in den vorherigen Abschnitten zu möglichen personellen Determinanten bei Leistungssportlern liegt auch im Zusammenhang mit der Risikobereitschaft kein einheitliches Bild darüber vor, inwiefern Effekte von allgemeinen (z.B. Geschlecht) oder sportspezifischen (z.B. Sportart) Soziodemografika vorliegen (Charlesworth & Young, 2006; Nixon, 1996; Theberge, 1997; Young & White, 1995).

Zusammenfassend ermöglichen die bislang identifizierten Einflussfaktoren (vgl. Abbildung 14) zu verstehen, warum manche Leistungssportler Risiken sehr viel eher bereit sind zu akzeptieren als andere.

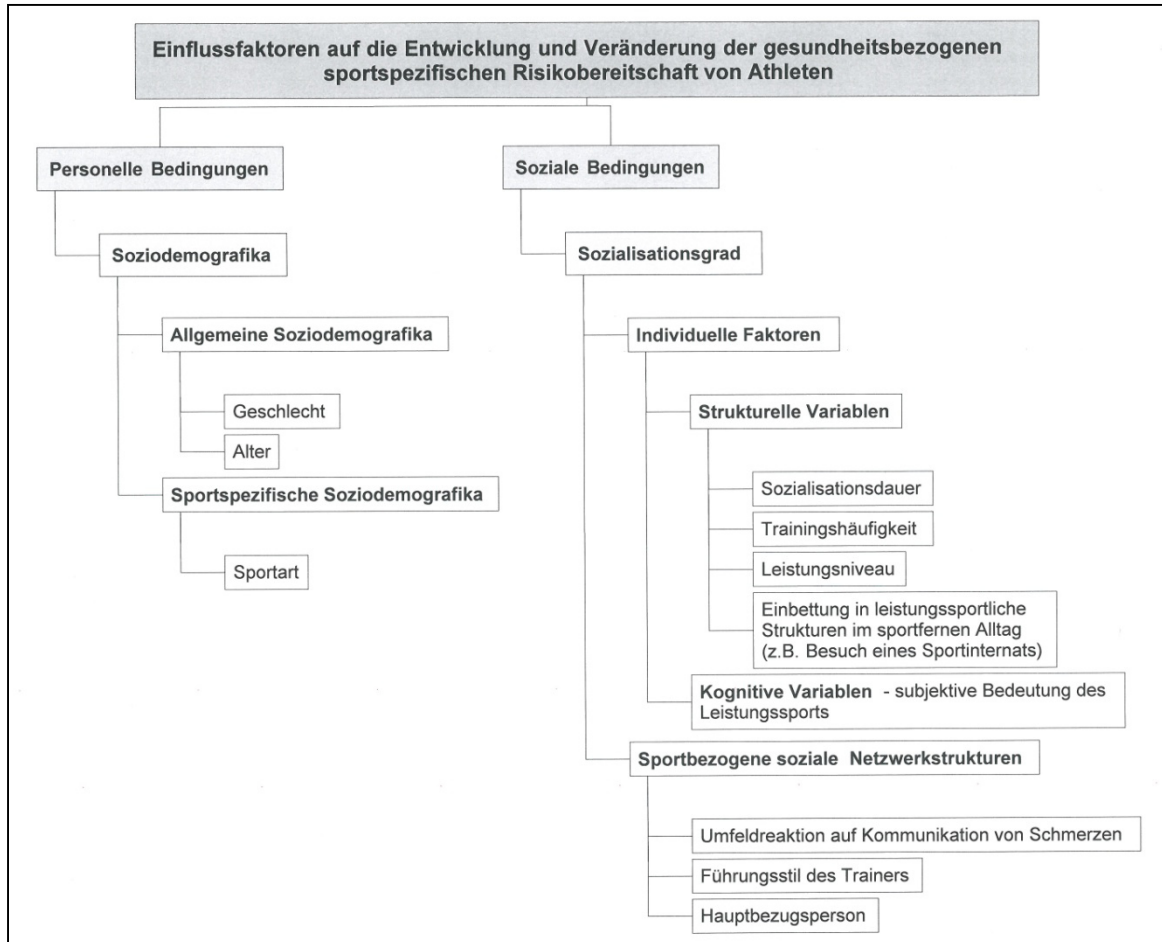


Abbildung 14: Empirisch ermittelte Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft bei Athleten

Die bisherigen Auseinandersetzungen mit den Teilbereichen des Gesundheitsbewusstseins lassen bereits vermuten, dass Athleten gerade über ihren Körper ganz differenzierte Vorstellungen haben, sich ihr körperbezogenes Selbstkonzept bzw. ihr Körperbewusstsein grundlegend von dem der Allgemeinbevölkerung unterscheiden.

2.1.2.4 Körperbewusstsein

Zunächst ist – rückblickend auf die Auseinandersetzung mit dem Körperbewusstsein bei der Allgemeinbevölkerung – auch im Hinblick auf Athleten die ‚Zweiheit des Körpers‘ (Gugutzer, 2004, S. 146) erneut in den Mittelpunkt zu stellen. Vergleichbar zu

Nicht-Sportlern ermöglicht Athleten die ‚Zweiheit des Körpers‘ einerseits die eigene körperliche Gesundheit über körperliche Empfindungen unmittelbar zu erleben und andererseits den eigenen (physischen) Gesundheitszustand über den Körper als Ganzes nach außen zu kommunizieren. Gerade der Kommunikation über den Körper kommt im Kontext des Leistungssports eine außergewöhnliche Rolle zu, liefert die körperliche Konstitution doch sichtbare Hinweise darauf, wie leistungsfähig bzw. austrainiert ein Athlet ist, denn der Körper bildet entsprechend der ausgeübten Sportart spezifische Merkmale aus (z.B. Muskelmasse im Schulter-/Rückenbereich bei Schwimmern, an Beinen bei Sprintern oder Eisschnellläufern, am Schlagarm bei Tennisspielern, geringer Körperfettanteil bei Mittel- und Langstreckenläufern, massige Körper bei Kraftsportarten der Leichtathletik, etc.) und/oder erfüllt spezifische Voraussetzungen, die in der jeweiligen Sportart als leistungsförderlich gelten (z.B. entsprechende Körpergröße bei Volleyballern oder Basketballern, Turnern, etc.).

Im Zusammenhang mit dem Körperbewusstsein fällt auf, dass im Hinblick auf den Aspekt des Stellenwerts des Körpers rückblickend auf die dargestellten Kenntnisse zum Denken über Gesundheit eindeutig zu schließen ist, dass dieser ausgesprochen hoch ist. Dennoch erfüllt er keinen Selbstwert, sondern wird vielmehr als Mittel zum Zweck der sportlichen Leistungsfähigkeit wahrgenommen, ist damit der Bedeutung der sportlichen Leistungserbringung untergeordnet. Gerade wegen seiner nicht ersetzbaren Rolle wird versucht – wie in Kapitel 2.1.2.2 aufgezeigt – den eigenen Körper vor allem durch Training und die eigene Lebensweise zu kontrollieren, um größtmögliche Leistung zu produzieren. Diese Kontrolle des eigenen Körpers lässt sich mit dem Begriff mechanistisches Körperverständnis umschreiben, das Athleten dazu veranlasst, den eigenen Körper nur dann als gesund und wertvoll zu bezeichnen, wenn er funktional zum Zweck der sportlichen Leistungserbringung eingesetzt werden kann (Charlesworth & Young, 2006; Collinson, 2005; Messner, 1992; Schubring & Thiel, 2011; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010; Young, McTeer, & White, 1994; Young & White, 1995).

Aber nicht allein die große Bedeutung des eigenen (funktionierenden) Körpers geht implizit aus den bislang behandelten Teilaspekten des Gesundheitsbewusstseins hervor. Auch das körperbezogene Selbstkonzept geht in dem bereits dargestellten funktionalen Gesundheitsbewusstsein (vgl. Kapitel 2.1.2) auf. So bringen Athleten

ihrem Körper aus den genannten Gründen der Notwendigkeit für die sportliche Leistungsfähigkeit eine hohe Aufmerksamkeit entgegen, die grundlegend dafür ist, dass Athleten ihre körperlichen Empfindungen als auch ihren Körper als Ganzes wahrnehmen und bewerten.

So verdeutlicht im Zusammenhang mit der Frage, wie Athleten ihren Körper nach außen wahrnehmen und bewerten, die Auseinandersetzung mit dem sportspezifischen Gesundheitsverständnis, dass der eigene Körper in erster Linie danach bewertet wird, ob der Athlet mit diesem sportliche Leistung erbringen kann. Dieses mechanistische Körperverständnis führt bei ausbleibender sportlicher Leistung oder bei einer Verletzung, die das Sporttreiben verhindert, bei Athleten nicht selten zu einer spezifischen Bewertung des eigenen Körpers. Dementsprechend sprechen Athleten bei einer vorliegenden Verletzung, die ein Sporttreiben unmöglich macht, in der dritten Person von ihrem Körper oder einzelnen Körperteilen. Der Körper oder einzelne Gliedmaßen werden depersonalisiert, gesondert vom eigenen Selbst gesehen. Damit objektivieren sie ihren Körper – ein Zeichen fehlender Akzeptanz des eigenen Körpers für den Fall, wenn er im Sinne der sportlichen Leistungserbringung nicht funktioniert und damit nicht beherrschbar ist (Charlesworth & Young, 2006; Collinson, 2005; Schubring & Thiel, 2011; Theberge, 2008).

Auch der zweite Bereich des körperbezogenen Selbstkonzepts – die Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen – lässt sich über die bisherigen Auseinandersetzungen zum Denken über Gesundheit rekonstruieren. So bewirkt die absolute Orientierung an der sportlichen Leistungsfähigkeit, dass Athleten darauf angewiesen sind, ihre körperlichen Empfindungen präzise wahrzunehmen und zu bewerten, denn über diese bekommen sie rückgemeldet, wie es um ihre körperliche Funktionsfähigkeit bzw. sportliche Leistungsfähigkeit bestellt ist. Gerade die Bewertung körperlicher Empfindungen fällt darum bei Leistungssportlern beispielsweise deutlich detaillierter aus als das bei Nicht-Sportlern der Fall ist (Hirtz, Hotz, & Ludwig, 2003). So werden aufgrund des hohen Stellenwerts der körperlichen Funktionsfähigkeit für die sportliche Leistungserbringung jegliche körperliche Signale im Hinblick auf ihre Bedeutung für bzw. Auswirkung auf ihre Leistungsfähigkeit bewertet. Dieser Bewertungsprozess impliziert eine deutlich präzisere Körperwahrnehmung. Demgemäß entwickeln Athleten zum Beispiel in Abhängigkeit von ihrer Sportart durch langjähriges Training ein spezifisches kinästhetisches Bewegungsgefühl (z.B. Wassergefühl von Schwimmern oder Ballgefühl von Ballspielern), das aus Sicht der Athleten in

direktem Zusammenhang zu hohen sportlichen Leistungen steht. Das Bewegungsgefühl trägt folglich erheblich dazu bei, dass Athleten zufrieden mit ihren körperlichen Empfindungen sind und diese positiv bewerten (Hirtz et al., 2003).

Noch deutlicher zeigt sich der Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung und Bewertung körperlicher Empfindungen und einem funktionalen Gesundheitsverständnis hinsichtlich sehr starker körperlicher Empfindungen wie Schmerzen. Durch das funktionale Gesundheitsverständnis bewerten Leistungssportler Schmerzen deutlich differenzierter als das Nicht-Athleten tun. So sind Athleten schon in jungen Jahren in der Lage zwischen einer Reihe von verschiedenen Schmerztypen zu unterscheiden und für jeden Schmerztyp konkrete Handlungsstrategien zu kennen (Nemeth et al., 2005). Beispielsweise beurteilen Leistungssportler in bestimmten Trainingsphasen ihre körperlichen Empfindungen erst dann positiv, wenn gewisse Schmerzarten wahrgenommen werden. So werden zum Beispiel Muskelkater oder das ‚Fest-Sein‘ nach einem Training als ein Symbol für ein erfolgsversprechendes Training gesehen, da als Folge dieser Schmerzen eine deutliche Leistungssteigerung erwartet werden kann (Nemeth et al., 2005). Athleten haben demnach durch das leistungssportliche Engagement zumindest zum Teil verlernt, Schmerzen in ihrer eigentlichen Schutzfunktion für den eigenen Körper wahrzunehmen. Vielmehr bewerten sie bestimmte Schmerzen als normal und zu ihrem sportlichen Engagement zugehörig (Curry, 1993; Schubring & Thiel, 2011; Thiel et al., 2010). Die Differenzierung zwischen ‚gutem‘ und ‚schlechtem‘ Schmerz unterliegt allerdings einem Lernprozess, vor allem in jungen Jahren geht damit die Gefahr einher, dass auch bei vorliegenden ‚schlechten‘ Schmerzen mit der Belastung fortgefahren wird. Demgemäß zeigen Untersuchungen, dass die Einordnung vielfach misslingt und Athleten Schmerzen so lange akzeptieren und gegebenenfalls mit Schmerzmitteln betäuben, wie diese sie in ihrer sportlichen Leistungserbringung nicht massiv einschränken (Mayer, 2010; Nixon, 1996; Thiel et al., 2010). Das gilt auch für Schmerzen, die eigentlich eine Schutzfunktion des Körpers erfüllen sollen. So berichten Athleten nicht selten von massiven Folgeverletzungen, nachdem sie ‚auf den Schmerz drauf trainiert haben‘ (Mayer, 2010; Schubring & Thiel, 2011). Das gewohnheitsmäßige Trainieren und Wettkämpfen unter Schmerzen führt zudem auch dazu, dass Athleten grundsätzlich größere Schmerzen ertragen können als Nicht-Athleten (Tesarz, Schuster, Hartmann, Gerhardt, & Eich).

Die Überlegungen zum Bewusstsein des Körpers sowohl nach innen als auch nach außen legen offen, dass die bereits diskutierten Teilbereiche des Gesundheitsbewusstseins das Denken über den eigenen Körper bereits zufriedenstellend abbilden. So sind in den Teilbereichen des Gesundheitsbewusstseins eine absolute Orientierung an der sportlichen Leistungsfähigkeit erkennbar, die aber determiniert wird durch körperliche Fähigkeiten. Aus diesem Grund spielt das Bewusstsein über den Körper, die Wahrnehmung und Bewertung seiner Empfindungen, sowie seine Erscheinung im Hinblick auf die sportliche Leistungsfähigkeit bereits in den behandelten Bereichen eine wesentliche Rolle.

Geht das Bewusstsein des Körpers bereits in den übrigen Dimensionen des Gesundheitsbewusstseins auf, ist mit Blick auf die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit neben diesem ein weiterer Bereich zu untersuchen – der subjektive Belastungszustand von Athleten, der mittels des Krankheitsbildes Burnout erfasst wird. Bevor eine Auseinandersetzung mit diesem erfolgt, wird das Gesundheitsbewusstsein nochmals zusammenfassend dargestellt.

2.1.2.5 Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit dem Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern zeigt die Auseinandersetzung mit den vier Teilbereichen subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien, gesundheitsbezogene Risikobereitschaft und Körperbewusstsein, dass zum Gesamtkonstrukt keinerlei Untersuchungen bei jugendlichen Athleten vorliegen. Auch zu einzelnen Dimensionen finden sich nur vereinzelt empirische Befunde, die sich auf Nachwuchsleistungssportler beziehen. Hinweise auf den Untersuchungsgegenstand müssen infolgedessen zum einen aus Studien zu erwachsenen Leistungs- und Spitzensportlern gewonnen werden. Aber auch diesbezüglich sind Informationen zum Gesundheitsbewusstsein als Gesamtphänomen erst über eine Analyse der einzelnen Dimensionen zu generieren, da auch erwachsene Leistungs- und Spitzensportler bislang nicht Zielgruppe einer umfassenden Betrachtung zum Gesundheitsbewusstsein waren. Zum anderen sind ergänzend zu erwachsenen Athleten allerdings auch Wissensbestände zu berücksichtigen, die sich auf sportferne Untersuchungsgruppen beziehen. Zwar liegen nicht wenige Untersuchungen verschiedenen Subpopulationen der Allgemeinbevölkerung vor, allerdings sind

hier ebenfalls deutliche Defizite zu erkennen, so dass auch diesbezüglich von keinem einheitlichen Bild gesprochen werden kann.

Analog zum Gesundheitsbewusstsein wird im Folgenden eine zusammenfassende Übersicht über die Forschungslage jeder der vier Dimensionen des Gesundheitsbewusstseins im Nachwuchsleistungssport gegeben.

Im Hinblick auf **subjektive Gesundheitskonzepte** von Nachwuchsleistungssportlern liegen kaum Befunde vor. Folglich kann nur gemutmaßt werden, wie jugendliche Athleten über Gesundheit denken, was ‚Gesundsein‘ für sie bedeutet und durch welche Faktoren sich ihr Gesundheitsverständnis wandelt. Zwar finden sich einige Studien zu erwachsenen Leistungs- und Spitzensportlern, die auch teilweise retrospektive Aussagen zu der Jugendzeit der befragten Athleten bereithalten, allerdings wurde der Nachwuchsbereich bislang stiefmütterlich behandelt.

Ein Vergleich der Befunde von erwachsenen Sportlern und Nicht-Sportlern zeigt, dass erwachsene Athleten, wie auch die Allgemeinbevölkerung, sowohl über positive als auch negative Definitionen von Gesundheit verfügen. Entsprechend der Allgemeinbevölkerung finden sich auch bei Sportlern positive Bestimmungen, die sich erstens auf die das Befinden mit den Kategorien Wohlbefinden sowie Stärke, Kraft, Harmonie beziehen, zweitens aber auch Gesundheit als Aktionspotenzial mit den Ausprägungen Handlungs-, Leistungs-, Arbeitsfähigkeit umschließen.

Allerdings verdeutlichen die Untersuchungen über erwachsene Athleten, dass jeglichen Definitionen eine Funktionalitätsorientierung im Hinblick auf die sportliche Leistungsfähigkeit zugrunde liegt. Dementsprechend fühlen sich Athleten grundsätzlich so lange gesund, wie sie ihrer Rolle als Leistungssportler nachkommen können und sie sportliche Leistung zeigen. Die soziale Dimension der Gesundheitsdefinition als Aktionspotenzial ist folglich die dominierende für Leistungssportler. Demzufolge ist auch das Verständnis von Gesundheit als Wohlbefinden, als Stärke oder Kraft, klar bestimmt von der Funktionalitätsorientierung. So fühlen sich Athleten nur dann wohl, kraftvoll und stark, wie sie sportlich leistungsfähig sind.

Auch negativen Definitionen von Gesundheit liegt eine eindeutige Funktionalitätsorientierung zugrunde. Gesundheit und Krankheit werden zum Teil zwar als alternative sich ausschließende Zustände wahrgenommen, jedoch akzeptieren Athleten körperliche Beeinträchtigungen so lange, wie sie diese nicht massiv in ihrer Leistungser-

bringung einschränken. Trotz Schmerzen bezeichnen sie sich nicht als krank, denn es gelingt ihnen, diese zu ignorieren.

Die wahrgenommene Dynamik von Gesundheit wurde zwar bislang nicht untersucht, allerdings legt die Annahme, die eigene Leistungsfähigkeit durch Training und beeinflussende Faktoren fast ausnahmslos kontrollieren zu können, nahe, dass unter Athleten, im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, nicht alle Verlaufstypen von Gesundheit vorzufinden sind, sondern hauptsächlich der Annahme zugestimmt wird, Gesundheit funktioniere wie ein Generator.

Im Hinblick auf die Faktoren, die die Entwicklung und Veränderung des Gesundheitsverständnisses beeinflussen, können bezüglich jugendlicher Leistungssportler bislang kaum empirisch gesicherte Befunde identifiziert werden. Ergebnisse der Allgemeinbevölkerung deuten auf den biografischen Kontext hin (z.B. Krankheitserfahrungen sowie Alterseffekte bzw. Auswirkungen des kognitiven Entwicklungsstandes bzw. der intellektuellen Fähigkeiten). Auch finden sich Verweise auf Geschlechtsunterschiede, sowie einige soziale Faktoren (z.B. soziale Schicht, Bildungsgrad, Beruf) und Länderunterschiede. Bei Athleten zeigen sich vor allem Einflüsse des Sozialisationsgrades (z.B. bestimmte Netzwerkstrukturen, kognitiver sowie struktureller Variablen), Auswirkungen sportspezifischer (z.B. Sportart) und allgemeiner Soziodemografika (z.B. Geschlecht) sind dagegen umstritten.

Subjektive Gesundheitstheorien liefern Informationen darüber, inwiefern Menschen Möglichkeiten sehen, auf ihre Gesundheit positiv und negativ Einfluss zu nehmen, beinhalten damit Aspekte einer individuellen Kontrollüberzeugung. Zudem zeigen sie, welchen Faktoren Menschen eine positive und negative Wirkung auf die eigene Gesundheit zuschreiben, schließen damit auch immer die Möglichkeit irrationaler Zusammenhänge ein (Faltermaier, 2005, S. 197).

Studien über (jugendliche) Leistungssportler beziehen sich in der Regel nicht auf den abstrakten Begriff ‚Gesundheit‘, sondern spezifizieren diesen bereits auf das Leistungssportlern zugrunde liegende Gesundheitsverständnis – Gesundheit als sportliche Leistungsfähigkeit.

Dementsprechend verfügen Athleten auch über eine sehr hohe subjektive Kontrollüberzeugung ihre Gesundheit also Leistungsfähigkeit betreffend, denn die sportliche Leistungsfähigkeit unterliegt der Logik, diese durch Training – also durch eine aktive und bewusste Beeinflussung – verändern zu können.

Aufgrund des funktionalen Gesundheitsverständnisses, das Gesundheit mit sportlicher Leistungsfähigkeit gleichsetzt, liegen im Hinblick auf subjektive Gesundheitstheorien bei Athleten – anders als bei der Allgemeinbevölkerung – fast ausschließlich Befunde zu antizipierten Auswirkungen bestimmter einzelner Verhaltensweisen oder Bedingungen auf eine verbesserte (Ressourcentheorien) bzw. abgeschwächte (Risikotheorien) sportliche Leistungsfähigkeit vor. Obwohl einige Studien den abstrakten Begriff ‚Gesundheit‘ verwenden, legen die Ergebnisse nahe, dass auch sie Einflüsse auf ihre Leistungsfähigkeit bewertet haben.

Die vorliegenden Studien zu jugendlichen Leistungssportlern beschränken sich inhaltlich in der Regel auf einzelne Einflüsse (z.B. wahrgenommene Auswirkung von Doping, oder NEMs oder Ernährung) und unterscheiden sich zudem zum Teil enorm im Hinblick auf die befragte Untersuchungsgruppe, so dass Vergleiche schwer fallen. Zusammenfassend zeigen sich hauptsächlich antizipierte Wirkungszusammenhänge durch die eigene Lebensweise, sowohl das eigene Handeln (z.B. Konsum von NEMs, OTCs, Dopingsubstanzen, Ernährung, Regeneration) als auch Erleben (z.B. Schmerztypen) betreffend, was die hohe Kontrollüberzeugung hinsichtlich der eigenen Leistungsfähigkeit widerspiegelt. Vereinzelt finden sich Verweise auf die eigene Konstitution (z.B. Körpergewicht) oder Umweltbedingungen (z.B. Unterstützungsnetzwerk, Stimmung im Team).

Neben Ressourcen- und Risikotheorien liegen wenige Hinweise auf Ausgleichs- und Belastungstheorien vor, die zum Beispiel der Einnahme von Dopingpräparaten gleichzeitig kurzfristig positive Auswirkungen auf die eigene Gesundheit, also Leistungsfähigkeit, zuschreiben, wie auch längerfristige negative Folgen für die physische Gesundheit, die dann jedoch auch die Leistungsfähigkeit negativ beeinflussen. Vor dem Hintergrund, dass Athleten eine hohe Kontrollierbarkeit von Gesundheit bzw. der eigenen Leistungsfähigkeit wahrnehmen, sind im Denken von Athleten nur wenige Schicksalstheorien verankert.

Eine spezifische Form subjektiver Gesundheitstheorien, welche sich klar auf ein sportfernes nicht funktionales Gesundheitsverständnis bezieht, wird von wenigen Untersuchungen aufgegriffen. So sollen Athleten Stellung dazu beziehen, inwiefern sie gesundheitsbezogene Auswirkungen von ihrem leistungssportlichen Engagement wahrnehmen. Athleten weisen ein ambivalentes Verhältnis zu dieser Frage auf, was einer Ausgleichs- und Belastungstheorie gleich kommt. So wissen sie sowohl um die negativen Nebenwirkungen, die in ihren Augen in der Regel überwiegend körperlich

sind. Gleichzeitig führen sie jedoch auch an, positive gesundheitliche Effekte des Leistungssports wahrzunehmen (z.B. Charakterzüge, Wohlbefinden oder Fitness).

Im Zusammenhang mit der **gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft** liegen ebenfalls kaum Untersuchungen über jugendliche Leistungssportler vor. Grundsätzlich zeigen die Befunde zu Athleten, dass ihre gesundheitsbezogene Risikobereitschaft wie auch bei Nicht-Sportlern auf einer Kosten-Nutzen-Abwägung basiert, bei der der Wert Gesundheit gegenüber anderen Werten im Leben abgewogen wird. Das dominierende funktionale Gesundheitsverständnis führt wiederum dazu, dass der Wert der sozialen Rollenerfüllung als Athlet, also das Gesundsein auf sozialer Ebene, am wichtigsten ist. Selbst die körperliche Gesundheit wird der sozialen – also dem unbedingten Willen zur sportlichen Leistungserbringung – untergeordnet. Die körperliche Gesundheit erfüllt dementsprechend keinen Selbstzweck, sondern wird nur dadurch mit Sinn erfüllt, dass mit ihr sportliche Leistung gezeigt werden kann.

Im Leistungssport wiegt folglich der Nutzen des Wertes Leistungserbringung weitaus höher als eine physische und auch psychosoziale Unversehrtheit. Sportliche Leistung zu zeigen, ist das Ziel jedes Athleten, auch wenn das zu Kosten der eigenen physischen und psychosozialen Gesundheit geht.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass letztlich alle Athleten ihre Gesundheit teilweise bewusst riskieren müssen, um sportliche Höchstleistung zu erreichen. Damit ist es neben einer Identifikation des Ausprägungsgrads der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft auch sinnvoll, diejenigen Athleten zu identifizieren, die sich extrem riskant in Bezug auf ihre Gesundheit verhalten. Denn diese extrem risikobereiten Nachwuchssportler laufen in außerordentlich hohem Ausmaß Gefahr, mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit verfrüht aus dem Leistungssport auszusteigen.

Die Auseinandersetzung mit Studienergebnissen über erwachsene Athleten zeigt zudem deutlich, dass der Bereich des **Körperbewusstseins** aufgrund der hohen Bedeutung des Körpers für die sportliche Leistungserbringung implizit in den drei ersten Dimensionen des Gesundheitsbewusstseins aufgeht und damit auch bei Nachwuchsathleten keiner gesonderten Untersuchung bedarf.

Neben der Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbewusstsein sowohl von Athleten als auch von Nicht-Sportlern ist mit Blick auf die Beantwortung der Ausgangsfragestellung dieser Arbeit zusätzlich ein weiterer Bereich zu untersuchen – der subjektive Belastungszustand von Athleten, der mittels des Krankheitsbildes ‚Burnout‘ erfasst wird. Auf diesem Weg ist es möglich, neben dem Alltagswissen über Gesundheit, auch konkrete Faktoren zu ermitteln, warum die Gesundheit mancher Athleten im Kontext des Leistungssports scheitert, welche Ursachen für eine subjektive Überlastung bei bestimmten Athleten innerhalb des Leistungssports verantwortlich sind, genauso wie die Frage, welche Bedingungen dazu führen, dass Athleten besonders widerstandsfähig gegenüber Belastungen sind.

Aus diesem Grund erfolgt im nächsten Kapitel eine theoretische Auseinandersetzung mit dem subjektiven Belastungszustand, der mittels des Burnoutsyndroms beschrieben und erhoben wird.

2.2 Subjektiver Belastungszustand – Burnoutsymptomatik

Den subjektiven Belastungszustand mittels des Burnoutbegriffs zu beschreiben, geht auf die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts zurück, als dieser zur Kennzeichnung einer spezifischen Antwort auf Stress am Arbeitsplatz, vor allem bei so genannten helfenden Berufsgruppen, entwickelt wurde (Burisch, 2014). Ging man anfangs davon aus, dass nur Menschen von Burnout betroffen sind, die in Berufen arbeiten, von denen nicht nur technische Hilfe, sondern auch emotionale Zuwendung verlangt wird, ist heute unumstritten, dass keine Ausnahmen bestehen, und jede Gesellschaftsgruppe (Sportler, Arbeitslose, Studenten, Manager, etc.) an Burnout erkranken kann (Burisch, 2010; Leppin, 2007). Dementsprechend wird Burnout heute nicht nur bei helfenden, erziehenden und Dienstleistungsberufen beschrieben, sondern tritt auch verstärkt im Zusammenhang mit Management-Berufen und unter Kreativen auf (Burisch, 2014). Dabei ähneln sich Menschen, die von einem Burnout betroffen sind, dahingehend, dass sie ihre Tätigkeit mit hoher Motivation, persönlichem Engagement und Idealismus beginnen und dann stetig frustrierter werden, sich erschöpft fühlen und zunehmend von ihrer Arbeit zurückziehen (Leppin, 2007).

Bis heute liegt keine allgemeingültige und konsensfähige Definition des Krankheitsbildes Burnout vor (Burisch, 2010). Vor allem in den Anfängen wurde Burnout als Zustand definiert (Brill, 1984; Freudemberger & Richelson, 1980; Kahn, 1978; Maslach, 1982; Pines & Aronson, 1988). Allerdings gerieten die Zustandsbestimmungen relativ schnell in Kritik, da Burnout als Zustand die Realität nicht präzise abbildet. So ist kein Startpunkt definierbar, ab wann ein Mensch als burned-out gilt. Aus diesem Grund vollzog sich ein Übergang zu Definitionen, denen ein Verständnis von Burnout als Prozess zugrunde liegt (Cherniss, 1980; Edelwich & Brodsky, 1980; Maslach & Leiter, 1997; Schaufeli & Enzmann, 1998). Diese prozesshaften und umfassenden Definitionen umgehen das Abgrenzungsproblem, ab wann jemand als burned-out eingestuft werden kann, indem Aussagen dazu getroffen werden, wie mehr oder weniger fortgeschritten ein Mensch in einem Burnout-Prozess ist.

Dabei ist die gängigste Definition der Burnoutsymptomatik die von Maslach und Leiter (1997), die Burnout als

„...eine Erosion der Werte, der Würde, des Geistes und des Willens – eine Erosion der menschlichen Seele. Es ist ein Leiden, das sich schrittweise und ständig ausbreitet und Menschen in eine Abwärtsspirale zieht, aus der das Entkommen schwer ist.“

bezeichnen (zitiert nach Burisch, 2014, S.22). Es wird zwischen den symptomatischen drei Bereichen von Burnout unterschieden: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit oder Leistungsunzufriedenheit (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Zur zeitlichen Abfolge der drei Dimensionen findet sich bislang kein einheitliches Meinungsbild. Emotionale Erschöpfung tritt häufig bereits sehr früh innerhalb des Burnout-Prozesses auf und wird von vielen Forschern als das Hauptmerkmal von Burnout eingestuft (Burisch, 2014), während Depersonalisation als eine Folge der Erschöpfung angesehen wird. Die Entwicklung der reduzierten Leistungsfähigkeit wird teilweise als Folge von Depersonalisation am Ende des Burnout-Prozesses beschrieben, andere Untersuchungen sprechen in diesem Zusammenhang von einer parallelen Entstehung beider Symptome (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Das gängigste Messinstrument für die Erfassung von Burnout bei der Allgemeinbevölkerung ist das so genannte MBI, das Maslach-Burnout-Inventar von Maslach et al. (1996). Ca. 90% der Studien bedienen sich des MBIs, es orientiert sich an den ge-

nannten drei Hauptsymptomen von Burnout (Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierte Leistungsfähigkeit) und hebt somit den prozesshaften Charakter des Syndroms hervor (Burisch, 2014).

2.2.1 Burnout bei der Allgemeinbevölkerung

Bei der Allgemeinbevölkerung wird das Risiko über die Lebenszeit an Burnout zu erkranken, mit einer glockenförmigen Kurve beschrieben. So steigt die Lebenszeit-Prävalenz bis 59/49 Jahre (Männer/Frauen) kontinuierlich an, und fällt dann rapide ab (Hapke, Maske, Busch, Schlack, & Scheidt-Nave, 2012). Im Hinblick auf die Prävalenzrate berichtet Burisch (2014) von einem im Jahr 2007 in einer repräsentativen Telefonbefragung (n=2000) erhobenen Wert von 11% bei der Allgemeinbevölkerung. Erfragt wurde die individuelle Zustimmung auf Aussagen wie: „Ich fühle mich wie ausgebrannt, habe das Gefühl, irgendwann umzukippen“. Es ist allerdings anzuzweifeln, dass die individuelle Definition von ‚Ausgebranntsein‘ unter das medizinische Verständnis von Burnout fällt. Denn im Gegensatz dazu, gaben bei der repräsentativen Querschnitterhebung ‚Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland‘ des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nur 2% an, dass bei ihnen in den letzten zwölf Monaten ein Burnoutsyndrom diagnostiziert wurde, 4% erkrankten im Laufe ihres Lebens bereits an Burnout (Robert Koch-Institut (RKI) & Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), 2012). Verschiedene Studien, die sich der Befragung von bestimmten Risikogruppen widmen, berichten ebenfalls von sehr großen Spannweiten zum Beispiel zwischen 10 und 30% bei Lehrern (Lehr, 2007; Schaarschmidt, 2004; Van Dick & Wagner, 2001) oder bei Medizinern und Pflegepersonal zwischen 5% und 49% (Assistenzärzte) (Klein, Grosse, Blum, & von dem Knesebeck, 2010; Wegner, Kostova, Poschadel, & Baur, 2007).

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass keine einheitlichen Aussagen zur Auftretenshäufigkeit des Burnoutsyndroms in der Bevölkerung getroffen werden können (Korczak, Kister, & Huber, 2010). Gründe hierfür liegen in der unterschiedlichen Konzeptionalisierung des Begriffs, der Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente, sowie aufgrund der Prozesshaftigkeit des Phänomens fehlender ‚cut-off-Werte‘, also Festlegungen, ab welchem Wert ein Burnout vorliegt (Burisch, 2014; Rösing, 2003).

Auch im Hinblick auf die Ätiologie bzw. auf die Erklärungs-Modelle zur Entstehung von Burnout und seiner Determinanten zeigt sich, dass vorliegende Ergebnisse stark variieren. So wurden seit Beginn der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Syndrom zahlreiche Modelle zur Erklärung von Burnout entwickelt und empirisch überprüft. Der heutige Stand der Forschung geht mehrheitlich davon aus, dass das Burnoutsyndrom durch ein sehr komplexes Netzwerk von Bedingungen, die miteinander in Wechselwirkung stehen, entsteht. Es scheint erst dann zu einem Burnout zu kommen, wenn mehrere Risikofaktoren auf der personenbezogenen und der umweltbezogenen Ebene zusammentreffen. In Abhängigkeit davon, ob die Ursache von Burnout eher in der Person oder in den Bedingungen der sozialen Umwelt gesehen wird, können Entstehungsmodelle in personenbezogene (Burisch, 2010; Fischer, 1983; Freudenberger & Richelson, 1980; Hobfoll, 1989; Lauderdale, 1982; Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1981) sowie umweltbezogene Modelle (Aronson, Pines, & Kafry, 1983; Buunk & Schaufeli, 1993; Carroll & White, 1982; Cherniss, 1980; Golembiewski, Munzenrider, & Stevenson, 1986; Harrison, 1983; Maslach & Goldberg, 1998) kategorisiert werden. Keines der Modelle ist jedoch als ideal zu beschreiben, entweder sind sie zu global, so dass der Erkenntnisgewinn zu gering ist, oder sie sind zu spezifisch und beziehen sich beispielsweise auf nur einzelne Berufsgruppen (Burisch, 2014). Im Zusammenhang mit personenbezogenen Modellen werden sowohl bestimmten Soziodemografika (z.B. Alter, Berufserfahrung) als auch Persönlichkeitsdispositionen (z.B. Neurotizismus²⁰, Widerstandsfähigkeit, bestimmte Motivstrukturen wie Effektanz, Leistung, Bestätigung/Zuneigung, ‚Helfersyndrom‘, Fähigkeiten zur Abgrenzung bzw. zum Nein-Sagen, Perfektionismus, Kontrollbedürfnis, Kontrollüberzeugung, Autonomiebedürfnis, Unfähigkeit, Hilfe zu suchen oder anzunehmen, ‚Coping-Stile‘) Auswirkungen auf die Entwicklung von Burnout zugesprochen (Burisch, 2014). Umweltbezogene Ansätze identifizieren Einflüsse auf der Mikro- (z.B. die Beziehung zu Kollegen) und Mesoebene (emotional belastende Arbeits- und Organisationsbedingungen: z.B. hohe Arbeitsbelastung, Zeitdruck, unrealistische Vorstellungen des Chefs, mangelnde soziale Unterstützung, Entschädigung), sowie des Exo- (z.B. Verweilen an Arbeitsstelle wegen hoher Arbeitslosenrate) und Makrosystems (gesamtgesellschaftliche bzw. Kontinente übergreifende Faktoren: z.B. Kri-

²⁰ Neurotizismus ist ein Begriff der Persönlichkeits- und Differenziellen Psychologie und bezeichnet neurotische Menschen. Diese gelten als besonders empfindlich, launisch und labil.

sen wirtschaftlich eng verbundener Länder bewirken Ängste oder Frustration) (Burisch, 2014; Jenewein, 2010; Rösing, 2003).

Die Vielfalt der bislang identifizierten Einflüsse, die die Burnoutgefährdung erhöhen können, unterstreicht die Komplexität und auch Individualität des Themas. Burnout ist demnach ein Produkt der Auseinandersetzung einer Person mit seiner Umwelt und kann dort entstehen, wo die Anforderungen der Umwelt (z.B. hohe Anforderungen bei gleichzeitiger fehlender/geringer sozialer Unterstützung und einem hohen Grad an Konflikten) die vorhandenen Ressourcen einer Person übersteigen (Maslach & Leiter, 2000). Wann es zu einem so genannten ‚Person-Job-Mismatch‘ kommt, das dann in der Folge Burnout auslösen kann, ist jedoch schwer zu generalisieren und damit auch schwer vorherzusagen (Maslach & Leiter, 1997).

Vor diesem Hintergrund ist mit Blick auf den subjektiven Belastungszustand von Nachwuchsathleten festzuhalten, dass Aussagen die Allgemeinbevölkerung betreffend kaum dabei helfen, die spezifische Situation der jungen Leistungssportler zu erfassen. Denn insbesondere die sie umgebenden Bedingungen auf umweltbezogener Ebene (z.B. Leistungssport mit seiner spezifischen Logik, puberale Entwicklungsphase, etc.) sind als äußerst spezifisch zu beschreiben und lassen sich nicht mit der Lebenswelt von Nicht-Sportlern vergleichen. Aus diesem Grund können Informationen zur subjektiven Belastung der Nachwuchsleistungssportler auch nur im Kontext des Leistungssports verstanden werden.

2.2.2 Burnout im Kontext des Leistungssports

Neben einer Reihe an Untersuchungen über Burnout bei Athleten thematisieren Studien im Kontext des Leistungssports auch Trainer (Caccese & Mayerberg, 1984; Kallus & Kellmann, 2000; Schliermann, Hagenah, & Hörmann, 2002), Schiedsrichter (Al-Haliq, Altahayneh, & Oudat, 2014; Rainey & Hardy, 1999) und Offizielle (Taylor, Daniel, Leith, & Burke, 1990).

Im Hinblick auf Burnout bei Athleten berufen sich insbesondere neuere Arbeiten auf die sportspezifische Definition von Burnout von Raedeke und Smith (2001, S.283), der Burnout in Anlehnung an Maslach und Jackson (1981) bestimmt:

„as a psychological syndrome of emotional/physical exhaustion, reduced sense of accomplishment, and sport devaluation“.

Dementsprechend basiert auch das Erfassungsinstrument von Burnout bei Sportlern, der ‚Athlete Burnout Questionnaire‘ (ABQ) von Raedeke und Smith (2001), auf diesen drei Dimensionen: ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘ (Burnout-E oder Burnout-PE), ‚Reduzierte Leistungsfähigkeit bzw. Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ (Burnout-ZB oder Burnout-RA) und ‚Sportliche Entwertung/Abwertung bzw. Vermindertes Leistungsstreben‘ (Burnout-D oder Burnout-VL). Es fällt auf, dass die Dimension ‚Depersonalisierung‘ des MBI auf den Kontext des Leistungssports angepasst und als ‚Abwertung des Sports‘ bzw. ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ bezeichnet wird. Darüber hinaus findet sich aufgrund der Bedeutung der körperlichen Funktionsfähigkeit im Sport eine Ergänzung der Dimension emotionale Erschöpfung um eine physische Komponente.

Seit 2004 liegt von dem ABQ auch eine deutsche Version (ABQ-D) vor, entwickelt von Ziemainz, Abu Omar, Raedeke & Krause (2004).

Aussagen zu der Prävalenz von Burnout gestalten sich schwierig, da eine Festlegung von ‚cut-off‘-Werten vergleichbar zur Allgemeinbevölkerung auch bezüglich Athleten dem theoretischen Verständnis von Burnout als Prozess widerspricht. Dennoch ermittelt Raedeke (1997) über eine Clusteranalyse den Wert 3.0 (der für die Antwortkategorie ‚manchmal‘ steht) als denjenigen, ab dem Sportler (in diesen Fall Schwimmer) über ausgeprägte Burnouterfahrungen berichten. Eklund and Cresswell (2007) und Gustafsson, Kenttä, Hassmén, Lunqvist, and Durand-Bush (2007b) übernehmen diese Einschätzung ebenfalls. Auch Hodge, Lonsdale, and Johan (2008) und Curran et al. (2011) bedienen sich einer Einteilung in ‚high burners‘ und ‚low burners‘. Sie legen die Grenze für die Skala ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ auf 2.5 bzw. 2.7 fest, während sie die ‚cut-offs‘ für die beiden anderen Skalen von 3.0 beibehalten. Sportler, die eine geringe Burnoutsymptomatik aufweisen, erreichen hier maximale Werte von 2.3 für die PE- und ZB-Skala sowie von 1.6 für die VL-Skala. Raedeke (1997) legt die Grenze für auffällige (aber nicht extreme) Werte auf 1.97 (PE), 1.45 (VL) und 1.95 (ZB).

Entsprechend dieser Klassifikationen werden Prävalenzen zwischen 1 bis 9% für erhöhte (Gustafsson, Kenttä, Hassmén, & Lunqvist, 2007a) und zwischen 1 bis 2% für besorgniserregende Werte (Gustafsson et al., 2007a) berechnet. Damit bewegt sich

die Prävalenzrate in einem ähnlichen Rahmen wie sie auch bei der Allgemeinbevölkerung gefunden wird.

Entsprechend Modellen, die die Entstehung von Burnout bei verschiedenen Gruppen der Allgemeinbevölkerung erklären, gibt es auch im Hinblick auf den Leistungssport sowohl personenbezogene (z.B. sportspezifische und allgemeine Soziodemografika, Persönlichkeitsdispositionen wie Motivation, Perfektionismus, Optimismus, Bewältigungsressourcen) als auch umweltbezogene (z.B. Klima des Umfeldes, soziale Unterstützung) Ansätze. Wiederum lässt sich kein dominanter Erklärungsansatz identifizieren. Allerdings fällt im Vergleich zu Befunden von Nicht-Sportlern auf, dass Modelle zu dominieren scheinen, die die Ursache von Burnout in dem Individuum verankern. Zudem legt ein differenzierter Blick offen, dass die Trennung in personenbezogene und organisationsbezogenen Ansätze nur auf der theoretischen Ebene erfolgt und hauptsächlich darauf beruht, welchem Bereich (Individuum oder dem Umfeld) die in der Hauptsache untersuchten Variablen zugerechnet werden. So enthalten die empirischen Analysen in der Regel sowohl personelle (z.B. Motivation, Leidenschaft oder Perfektionismusstreben (u.a. Curran et al., 2011; Gustafsson, Hassmén, & Hassmén, 2011; Hill, Hall, Appleton, & Kozub, 2008), aber auch Spielerposition, Trainingsintensität (u.a. Krippel & Ziemainz, 2010; Ziemainz et al., 2004)) als auch umfeldbezogene Variablen (z.B. wahrgenommene soziale Unterstützung oder die Leistungsfokussierung des Umfeldes (u.a. Cresswell & Eklund, 2004; Lemyre, Hall, & Roberts, 2008)) oder auch einen score, der sich aus personellen („competence“, „autonomy“) und umfeldbezogenen („relatedness“) Größen zusammensetzt (z.B. „basic needs satisfaction“) (Hodge et al., 2008; Lonsdale et al., 2009).

Vor diesem Hintergrund lässt sich für den Kontext des Leistungssports, wie auch schon im Zusammenhang mit Burnout bei Nicht-Athleten schlussfolgern, dass Überlastungen weder durch ungünstige Umfeldbedingungen allein ausgelöst werden, noch individuelle Faktoren zwangsläufig zu Burnout führen (Lazarus & Folkman, 1984). Folglich wird Burnout im Leistungssport als eine Reaktion bzw. als ein Resultat auf chronischen Stress begriffen (Gould, Tuffey, Udry, & Loehr, 1996; Hill et al., 2010; Raedeke & Smith, 2004), das durch Stressoren auf unterschiedlichen Ebenen ausgelöst wird und durch personelle Ressourcen eingedämmt werden kann (Smith, 1986).

Mit Blick auf die Ausgangsfrage der vorliegenden Arbeit, wie sich Athleten erkennen lassen, die besonders gut oder schlecht mit den Anforderungen umgehen können, die an sie gestellt werden, ist im Zusammenhang mit Burnout von besonderem Interesse, welche beeinflussenden Größen zu einer ausgeprägteren Symptomatik führen und welche Variablen Burnout tendenziell entgegenwirken.

Aus diesem Grund fasst das nachfolgende Kapitel bislang ermittelte Einflussfaktoren, die sich im Zusammenhang mit den einzelnen Dimensionen von Burnout als bedeutsam erwiesen haben, zusammen (vgl. Abbildung 15 bis 17).

Einflussfaktoren der Dimension ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ (vgl. Abbildung 15)

Personelle Bedingungen – Wahrgenommener Stress

Auf personeller Ebene konnten bisherige Studien positive Zusammenhänge mit verschiedenen stressbezogenen Variablen, wie der Frage, ob Athleten grundsätzlich Stress wahrnehmen (Gustafsson & Skoog, 2012), einer Vollzeitbeschäftigung (mind. 8h) nachgehen müssen (Ziemainz et al., 2004), der subjektiv eingeschätzten Trainingsintensität (Ziemainz et al., 2004), oder so genannte ‚Rugby hassles‘²¹ nachweisen. Auch eine Schlafdauer von mehr als sieben Stunden gilt als protektive Größe (Krippel & Ziemainz, 2010). Dagegen wirken sich erlittene Verletzungen positiv auf die Entwicklung des verminderten Leistungsstrebens aus (Cresswell & Eklund, 2006).

Personelle Bedingungen – Persönlichkeitsdispositionen

Im Hinblick auf Persönlichkeitsdispositionen zeigen sich Effekte verschiedener Eigenschaften. So scheint sich ein grundsätzlicher Optimismus (Gustafsson & Skoog, 2012) negativ auszuwirken, genauso wie eine grundsätzliche Freude am Sporttreiben (Krippel & Ziemainz, 2010) oder harmonische Leidenschaft (Curran et al., 2011; Gustafsson et al., 2011). Das Merkmal der obsessiven Leidenschaft zeigt umgekehrte Effekte (Curran et al., 2011).

Neben dem Optimismus und der Leidenschaft spielt das Perfektionismusstreben eine Rolle. Richtet sich der Perfektionismus auf das Individuum selbst (selbstorientierter Perfektionismus) (Hill et al., 2008) oder handelt es sich um ‚gesunden‘ Perfektionismus (Gotwals, 2011), so sind negative Effekte festzustellen. Dagegen korreliert sozi-

²¹ Diese Subskala erfragt den subjektiven Stress, den die Athleten mit rugby-bezogenen Aufgaben hatten (Zusatzaufgaben innerhalb und außerhalb des Rugby, Training, etc.) (Cresswell & Eklund, 2004).

al vorgeschriebener Perfektionismus positiv mit vermindertem Leistungsstreben (Hill et al., 2008).

Auch bestimmte Formen der Motivation weisen auf Zusammenhänge mit der Subskala ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ hin. Dabei ist festzustellen, dass autonome bzw. selbst bestimmte Formen der Motivation (Ziel wird von Person als wichtig erachtet, Aktion selbst bereitet Freude, wird freiwillig durchgeführt) moderierend wirken, während fremdbestimmte extrinsische Ausprägungen (z.B. Belohnung, Strafe, Verführung, Zwang, Vermeidung von Schuldgefühlen oder Angst, Verstärkung des Selbstwertgefühls) sowie Amotivation das verminderte Leistungsstreben befeuern (Cresswell & Eklund, 2005; Curran et al., 2011; Krippel & Ziemainz, 2010; Lonsdale et al., 2009).

Darüber hinaus zeigen sich Zusammenhänge mit weiteren Persönlichkeitseigenschaften: Positive Zusammenhänge finden sich zwischen so genannten ‚intrusive thought‘ (generelle Ängstlichkeit (Krippel & Ziemainz, 2010), Sorge über Fehler²² (Lemyre et al., 2008), Handlungszweifel²³ (Lemyre et al., 2008)) mit dem verminderten Leistungsstreben. Negative Auswirkungen auf ein vermindertes Leistungsstreben sind dagegen im Zusammenhang mit Variablen des Selbstkonzepts verbunden. So geht mit einem Anstieg der wahrgenommenen Leistungsfähigkeit (Lemyre et al., 2008) bzw. mit zunehmender subjektiver Kontrollüberzeugung über die eigene sportliche Leistungsfähigkeit (Cresswell & Eklund, 2004) sowie von einer bedingungslosen Selbstakzeptanz (Hill et al., 2008) und einer wahrgenommenen Steigerung des Selbstbewusstseins eine moderierende Wirkung auf das verminderte Leistungsstreben einher.

Zudem korreliert ein Score, der die Zufriedenheit mit dem eigenen Können, den Möglichkeiten, sich selbst zu verwirklichen und der Nähe zu anderen Menschen im Sport abprüft, negativ mit vermindertem Leistungsstreben (Hodge et al., 2008; Lonsdale et al., 2009).

Im Bereich der Persönlichkeitsdispositionen erweisen sich zudem problemorientierte Bewältigungsstrategien (Hill et al., 2010) oder eine Aufgabenorientierung (Lemyre et al., 2008) als symptomreduzierend, während vermeidende mit ansteigenden Werten einhergehen (Hill et al., 2010).

²² Diese Subskala entstammt der multidimensionalen Perfektionismusskala von Frost, Marten, Lahart, and Rosenplate (1990).

²³ Diese Subskala entstammt der multidimensionalen Perfektionismusskala von Frost et al. (1990).

Personelle Bedingungen – kognitive Überzeugungen

Vor dem Hintergrund der bisherigen theoretischen Auseinandersetzung über mögliche Bedingungen extrem riskanten Verhaltens, das in der Folge zu massiven Überlastungszuständen führen kann, ist anzunehmen, dass individuelle Überzeugungen ebenfalls zu unterschiedlich hohen Burnoutwerten beitragen können. Obwohl bisherige Studien diesen Aspekt in ihre Untersuchungen nicht einbezogen haben, sollte das Ausmaß der Teilbereiche des Gesundheitsbewusstseins (subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien, sportspezifische Risikobereitschaft) in empirische Analysen berücksichtigt werden.

Soziale Bedingungen – Umfeld-/Netzwerkbedingungen

Neben personellen Einflüssen identifizieren verschiedene Arbeiten auch soziale Faktoren als das verminderte Leistungsstreben moderierend oder befeuernd. So erweist sich eine Reihe an Umfeldbedingungen als bedeutsam. Positive Auswirkungen auf das verminderte Leistungsstreben sind zu erkennen, wenn Athleten elterliche Kritik erfahren²⁴ (Lemyre et al., 2008), sie ihr Umfeld als leistungsorientiert wahrnehmen (Lemyre et al., 2008) oder Athleten Stammspieler sind (Krippel & Ziemainz, 2010). Zudem zeigen sich Abhängigkeiten von der Spielerposition (Cresswell & Eklund, 2006) und dem Verein, dem ein Athlet angehört (Cresswell & Eklund, 2006). Umfeldbedingungen, die sich negativ auf die Entwicklung des verminderten Leistungsstrebens auswirken, ist die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung (Cresswell & Eklund, 2004) oder wenn sich ein Athlet durch sein Umfeld an seinem aktuellen Können gemessen fühlt (Lemyre et al., 2008). Uneinigkeit herrscht über Effekte sozialer Unterstützung. Zeigen zwar die meisten Studien, dass ein Bedürfnis nach sozialer Unterstützung in Stresssituationen (Krippel & Ziemainz, 2010) die Athleten weniger leistungseinschränkend beeinflusst, findet sich überraschenderweise das Ergebnis, dass die wahrgenommene Steigerung der sozialen Ressourcen (Krippel & Ziemainz, 2010) die Werte erhöht. Folglich lässt sich schlussfolgern, dass von Seiten des Umfeldes durchaus Effekte zu verzeichnen sind. Um ein eindeutigeres Bild zu gewinnen, sollten noch weitere Größen berücksichtigt werden. So ist davon auszugehen, dass das Ausmaß an Kontakt zu außersportlichen Referenzsystemen beispielsweise von großer Bedeutung ist (stammt der Hauptnetzwerkakteur aus dem Sport oder ist er außerhalb des Sports anzusiedeln). Oder aber bestimmte Erwar-

²⁴ Diese Subskala entstammt der multidimensionalen Perfektionismusskala von Frost et al. (1990).

tungshaltungen, die ein Athlet im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden durch sein Umfeld wahrnimmt, könnten eine Auswirkung darauf haben, wie sich der Belastungszustand entwickelt. Darüber hinaus stellt sich die Frage, inwiefern der Führungsstil des Trainers, eine Auswirkung darauf hat, wie belastet ein Sportler sich fühlt. So ist insbesondere bei jugendlichen Athleten anzunehmen, dass der Trainer als die entscheidende Bezugsperson im Sportkontext ganz erheblich dazu beiträgt, wie sich die bereits dargestellten Einflussgrößen aus dem Komplex der Persönlichkeitsdispositionen (Motivation, Optimismus, Leidenschaft, Perfektionismus, sonst. Eigenschaften, Bewältigungsressourcen) entwickeln.

Soziale Bedingungen – Sozialisationsgrad

Zudem zeigt sich, dass Athleten mit zunehmender Zeit, in der sie in der nationalen Spitze mitspielen, gefährdeter sind (Leistungsniveau) (Cresswell & Eklund, 2006). Basierend auf diesem Befund, ist davon auszugehen, dass das Ausmaß der Sozialisation in den Leistungssport einen entscheidenden Einfluss darstellt. Dieser Aspekt wird allerdings in vornehmlich psychologisch orientierte Untersuchungen selten einbezogen. Dabei liegt es aus sachlogischen Gründen nahe, dass sich auch weitere strukturelle Variablen, die den Sozialisationsgrad der Athleten widerspiegeln, als bedeutsam erweisen. Im Kontext jugendlicher Sportler sind dies etwa die Sozialisationsdauer oder bestimmte leistungssportliche Strukturen, wie ein Sportinternat.

Die folgende Abbildung 15 zeigt eine Zusammenfassung der in bisherigen Studien ermittelten Einflussfaktoren, sowie der Größen, die sachlogisch ebenfalls einen Zusammenhang zu Burnout aufweisen könnten.

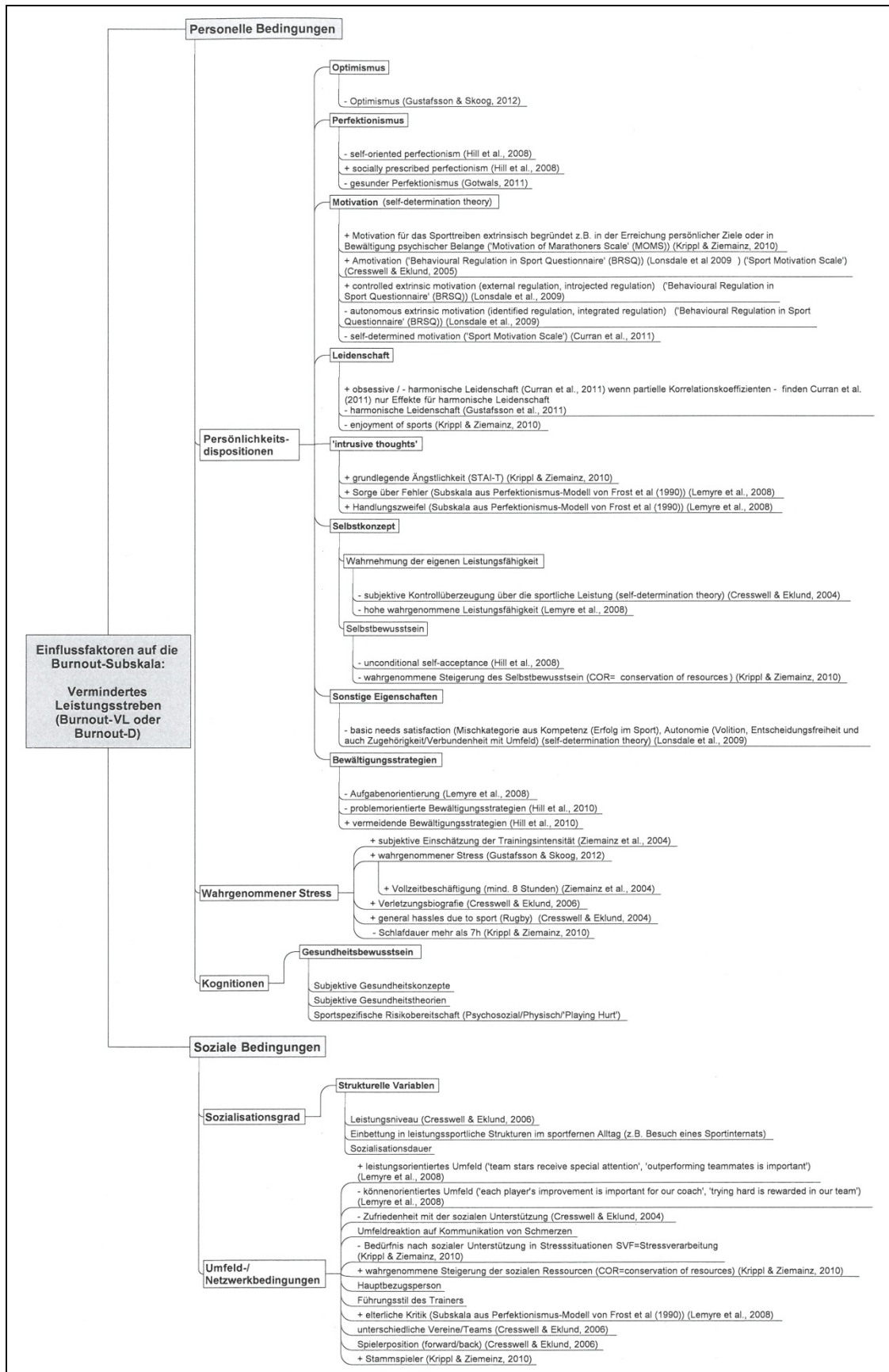


Abbildung 15: Empirisch ermittelte sowie sachlogische Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnout-Subskala ‚Vermindertes Leistungsstreben‘

Einflussfaktoren der Dimension ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ (vgl. Abbildung 16)

Personelle Bedingungen – Soziodemografika

Die personelle Ebene betrachtend, zeigt sich im Bereich der allgemeinen soziodemografischen Variablen das Alter als Prädiktor. Ältere Athleten weisen dabei höhere Werte auf (Ziemainz et al., 2004).

Personelle Bedingungen – Wahrgenommener Stress

Daneben zeigt sich erneut, dass wahrgenommener Stress (Gustafsson & Skoog, 2012) zu höheren Werten führt. So erzielen Athleten mit mehr Verletzungserfahrungen höhere Werte (Cresswell & Eklund, 2006). Wiederum erweisen sich auch die im vorigen Abschnitt erwähnten ‚rugby hassles‘ als bedeutsam (Cresswell & Eklund, 2004)²⁵.

Personelle Bedingungen – Persönlichkeitsdispositionen

Hinsichtlich Persönlichkeitsdispositionen können im Bereich der Motivation (Cresswell & Eklund, 2005; Curran et al., 2011; Krippel & Ziemainz, 2010; Lonsdale et al., 2009), der Leidenschaft (Curran et al., 2011; Gustafsson et al., 2011; Krippel & Ziemainz, 2010), des Optimismus (Gustafsson & Skoog, 2012), des Perfektionismusstrebens (Gotwals, 2011; Hill et al., 2008), der ‚intrusive thoughts‘ (Krippel & Ziemainz, 2010; Lemyre et al., 2008), des Selbstkonzepts (‚Wahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit‘ (Cresswell & Eklund, 2004; Lemyre et al., 2008); Selbstbewusstsein (Hill et al., 2008; Krippel & Ziemainz, 2010)) sowie der Bewältigungsstrategien (Hill et al., 2010; Lemyre et al., 2008) dieselben Ergebnisse, wie sie bereits im Zusammenhang mit der Skala ‚vermindertes Leistungsstreben‘ beschrieben wurden. Auch die Befunde zu den sonstigen Persönlichkeitseigenschaften decken sich zu großen Teilen, so beeinflusst die Erfüllung von Grundbedürfnissen (Hodge et al., 2008; Lonsdale et al., 2009) die Werte negativ.

Personelle Bedingungen – kognitive Überzeugungen

Wiederum ist auf Grundlage der theoretischen Auseinandersetzung der vorliegenden Arbeit das Ausmaß der Aspekte des Gesundheitsbewusstseins (subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien, sportspezifische Risikobereitschaft) in empirische Analysen einzubeziehen.

²⁵ Wobei diese Untersuchung die ermittelten Einflüsse auf die Gesamtskala Burnout (Addition der drei Subskalen) untersuchte.

Soziale Bedingungen – Umfeld-/Netzwerkbedingungen

Die sozialen Einflussfaktoren betrachtend, identifizieren Studien wiederum eine Zunahme über die Saison (Cresswell & Eklund, 2006; Main & Landers, 2012), dagegen gehen Bedingungen, die durch das Umfeld geschaffen wurden, wie in der Startaufstellung zu spielen (Cresswell & Eklund, 2006), mit niedrigeren Ausprägungen einher. Dagegen ist ein positiver Zusammenhang mit elterlicher Kritik²⁶ und der Dimension ‚Zweifeln an der Bedeutung des Sports‘ zu verzeichnen. Auch zweifeln die Spieler, die mit ihrer sozialen Unterstützung zufrieden sind, tendenziell weniger stark an der Bedeutung des Sports (Cresswell & Eklund, 2004). Es zeigt sich erneut, dass ein Umfeld, das nach dem Können der Athleten bewertet, mit niedrigeren Werten, und ein leistungsorientiertes Umfeld mit höheren Werten einhergeht (Lemyre et al., 2008).

Soziale Bedingungen – Sozialisationsgrad

Außerdem ist ein positiver Effekt der täglichen Trainingsdauer (von mehr als 2h täglich) zu verzeichnen (Ziemainz et al., 2004). Im Umkehrschluss zeigt dieselbe Studie eine negative Korrelation mit der täglichen Dauer an Freizeitaktivitäten. Betragen diese weniger als vier Stunden sinken die Werte. Damit liegen Indizien vor, dass der Sozialisationsgrad in den Leistungssport entscheidend sein könnte. In diesem Zusammenhang wäre eine Überprüfung weiterer struktureller Variablen (z.B. Leistungsniveau der Athleten, leistungssportliche Strukturen) sinnvoll.

Zudem ist auch im Hinblick auf die Subskala ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ zu hinterfragen, ob bezüglich sozialer Variablen (Führungsstil des Trainers, Hauptnetzwerkakteur, Erwartungserwartungen bei der Kommunikation von Schmerzen) Korrelationen anzunehmen sind, da ihnen – wie im vorigen Abschnitt dargelegt – eine sachlogische Bedeutsamkeit zugrunde liegt.

Die in bisherigen Studien ermittelten Einflussfaktoren sowie die sachlogischen Variablen sind in der folgenden Abbildung 16 zusammengefasst.

²⁶ Diese Subskala entstammt der multidimensionalen Perfektionismusskala von Frost et al. (1990).

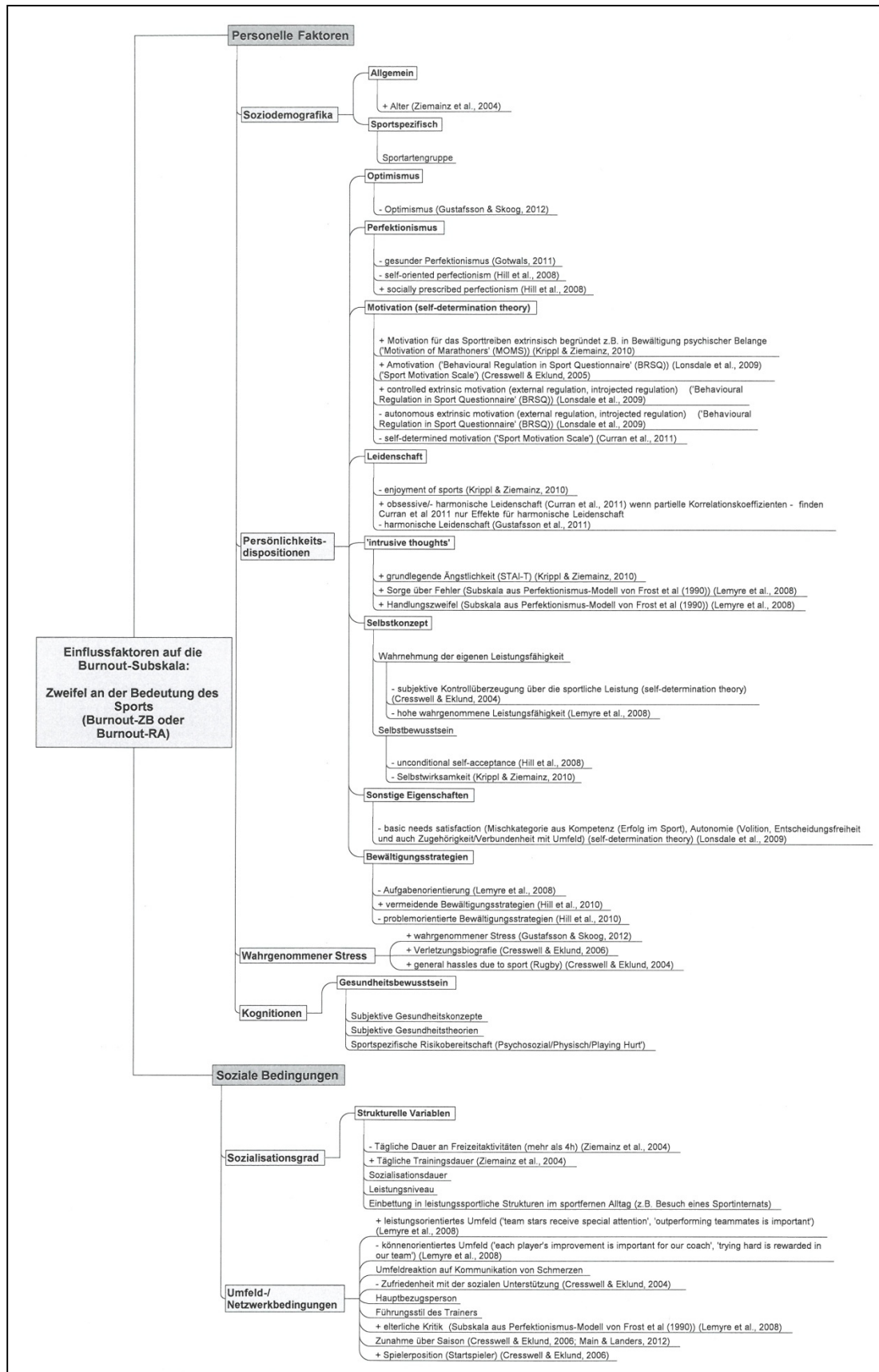


Abbildung 16: Empirisch ermittelte sowie sachlogische Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnout-Subskala ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘

Einflussfaktoren der Dimension ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘ (vgl. Abbildung 17)

Personelle Bedingungen – Soziodemografika

Im Zusammenhang mit der dritten Subskala des Burnoutsymptoms finden sich im Bereich der personellen Bedingungen hinsichtlich sportspezifischer Soziodemografika Abhängigkeiten von der Variable ‚Sportartengruppe‘. So wird deutlich, dass Mannschaftssportler (Ziemainz et al., 2004) eher zu Erschöpfung tendieren. Auch allgemeine Soziodemografika, wie die Bildung, beeinflussen den wahrgenommenen Erschöpfungszustand positiv. Athleten, die Abitur haben, weisen dementsprechend höhere Werte hinsichtlich Erschöpfung auf (Ziemainz et al., 2004).

Personelle Bedingungen – Persönlichkeitsdispositionen

Daneben wirken sich wiederum verschiedene Persönlichkeitsdispositionen verstärkend oder moderierend aus. Grundsätzlich zeigen sich hinsichtlich der Merkmale ‚Leidenschaft‘ (Curran et al., 2011; Gustafsson et al., 2011; Krippel & Ziemainz, 2010), ‚Optimismus‘ (Gustafsson & Skoog, 2012), ‚Perfektionismus‘ (Gotwals, 2011; Hill et al., 2008), ‚intrusive thoughts‘ (Krippel & Ziemainz, 2010; Lemyre et al., 2008) und ‚Selbstkonzept‘ (Cresswell & Eklund, 2004; Hill et al., 2008; Krippel & Ziemainz, 2010; Lemyre et al., 2008) dieselben Zusammenhänge, wie sie schon bei den bereits erläuterten Skalen zu beobachten waren. Hinsichtlich der Motivation scheinen – vergleichbar zu den aufgezeigten Befunden – wiederum selbstbestimmte Formen (Ziel wird von Person als wichtig erachtet, Aktion selbst bereitet Freude, wird freiwillig durchgeführt) Erschöpfung entgegenzuwirken (Curran et al., 2011; Lonsdale et al., 2009), während fremdbestimmte extrinsische Motivationsausprägungen (Belohnung, Strafe, Verführung, Zwang, Vermeidung von Schuldgefühlen oder Angst, Verstärkung des Selbstwertgefühls) (Lonsdale et al., 2009) sowie Amotivation (Cresswell & Eklund, 2005; Lonsdale et al., 2009) positiv korrelieren²⁷. Darüber hinaus sind zuvor identifizierte negative Abhängigkeiten der so genannten ‚basic needs satisfaction‘ (Hodge et al., 2008; Lonsdale et al., 2009) wiederum hinsichtlich dieser Skala signifikant.

Auch im Hinblick auf die Bewältigungsstrategien gehen positive Effekte von vermeidenden (Hill et al., 2010) und negative Einflüsse von problemorientierten Strategien (Hill et al., 2010) oder einer Aufgabenorientierung (Lemyre et al., 2008) aus. Zudem

²⁷ Allerdings finden sich im Zusammenhang mit dieser Skala nicht alle Variablen wieder. So können keine Effekte der ‚MOMS‘-Skala (Motivation of Marathoners) entdeckt werden.

zeigt sich, dass sich die Strategie ‚Bagatellisierung‘ als eine Form der Stressverarbeitung (Lazarus, 1993) positiv auf die Entwicklung physischer und emotionaler Erschöpfung auswirkt.

Personelle Bedingungen – Wahrgenommener Stress

Dass Beschwerden ernstgenommen werden sollten, zeigen die Befunde, die eine Erhöhung der Erschöpfungswerte mit Verletzungen (Cresswell & Eklund, 2006) und Beschwerden (Krippel & Ziemainz, 2010) erkennen.

Aber nicht allein die physische Belastung führt zu ansteigender Erschöpfung. Außerdem lässt gefühlter Stress (Gustafsson & Skoog, 2012) bedingt durch eine Vollzeitbeschäftigung (Krippel & Ziemainz, 2010) oder durch verschiedenste Aufgaben des sportlichen Engagements („rugby hassles“) (Cresswell & Eklund, 2004) die Sportler erschöpfter sein.

Personelle Bedingungen – kognitive Überzeugungen

Entsprechend der beiden bereits vorgestellten Bereiche liegt die Vermutung nahe, dass das Ausmaß der Aspekte des Gesundheitsbewusstseins (subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien, sportspezifische Risikobereitschaft) ebenfalls eine Rolle bei der Ausprägung des subjektiven Belastungszustandes spielt und sollte infolgedessen in empirischen Analysen berücksichtigt werden.

Soziale Bedingungen – Umfeld-/Netzwerkbedingungen

In diesem Zusammenhang lässt sich schlussfolgern, dass Maßnahmen, die Erschöpfung entgegenwirken, auf eine offene Kommunikationskultur hinsichtlich (sportinduzierter) Schmerzen hinarbeiten sollten.

Aus diesem Grund drängt sich für diese Skala eine Berücksichtigung des sozialen Einflussfaktors im Bereich des Umfeldes der durch den Athleten erwarteten Umfeldreaktionen auf, wenn Schmerzen geäußert werden. Außerdem scheint wiederum der Führungsstil des Trainers entscheidend zu sein, ist er doch als zwangsläufig für den Athleten bedeutsame Person im Kontext des Leistungssports verantwortlich dafür, welche Kommunikationskultur in der Trainingsgruppe vorherrscht. Auch sind in diesem Kontext Abhängigkeiten von der Hauptbezugsperson zu erwarten. Kommt diese aus dem Leistungssport, ist anzunehmen, dass Schmerzen und auch psychosoziale Beschwerden aufgrund der Dysfunktionalität für die sportliche Leistung sehr viel weniger akzeptiert werden, als wenn der Athlet mit nicht-sportbezogenen Personen über seine Beschwerden sprechen kann. Dementsprechend zeigen Athleten, die

zufrieden mit ihrem sozialen Umfeld sind, auch niedrigere Werte (Cresswell & Eklund, 2004).

Ferner finden sich wiederum positive Abhängigkeiten von der Variable ‚elterliche Kritik‘²⁸, einem leistungsorientierten Umfeld, das eine Ellbogenmentalität erwartet und Athleten nicht gleich behandelt, und negative Zusammenhänge von einem Umfeld, das den einzelnen Athleten und das aktuelle Können wertschätzt (Lemyre et al., 2008). Darüber hinaus zeigt die Studie von Cresswell and Eklund (2006) erneut, dass die Werte dieser Skala im Laufe der Saison ansteigen.

Soziale Bedingungen – Sozialisationsgrad

Des Weiteren deuten Befunde darauf hin, dass der Sozialisationsgrad der Athleten eine Rolle dabei spielen könnte, inwieweit sich diese erschöpft fühlen. So geht mit einer zunehmenden Dauer des täglichen Trainings (Krippel & Ziemainz, 2010; Ziemainz et al., 2004) sowie mit einer zunehmenden Zeit, in der der Sport bereits auf nationalem Niveau betrieben wird (Cresswell & Eklund, 2006), eine ansteigende Erschöpfung einher. Im Zusammenhang mit dem Sozialisationsgrad könnten sich insbesondere bei jungen Athleten Faktoren, wie die Einbettung in leistungssportliche Strukturen im sportfernen Alltag (z.B. Sportinternat) als aussagekräftig erweisen.

Die empirisch ermittelten sowie die sachlogisch bedeutsamen Einflussfaktoren auf die Dimension der physischen und emotionalen Erschöpfung sind in der folgenden Abbildung 17 zusammenfassend dargestellt.

²⁸ Diese Subskala entstammt der multidimensionalen Perfektionismusskala von Frost et al. (1990).

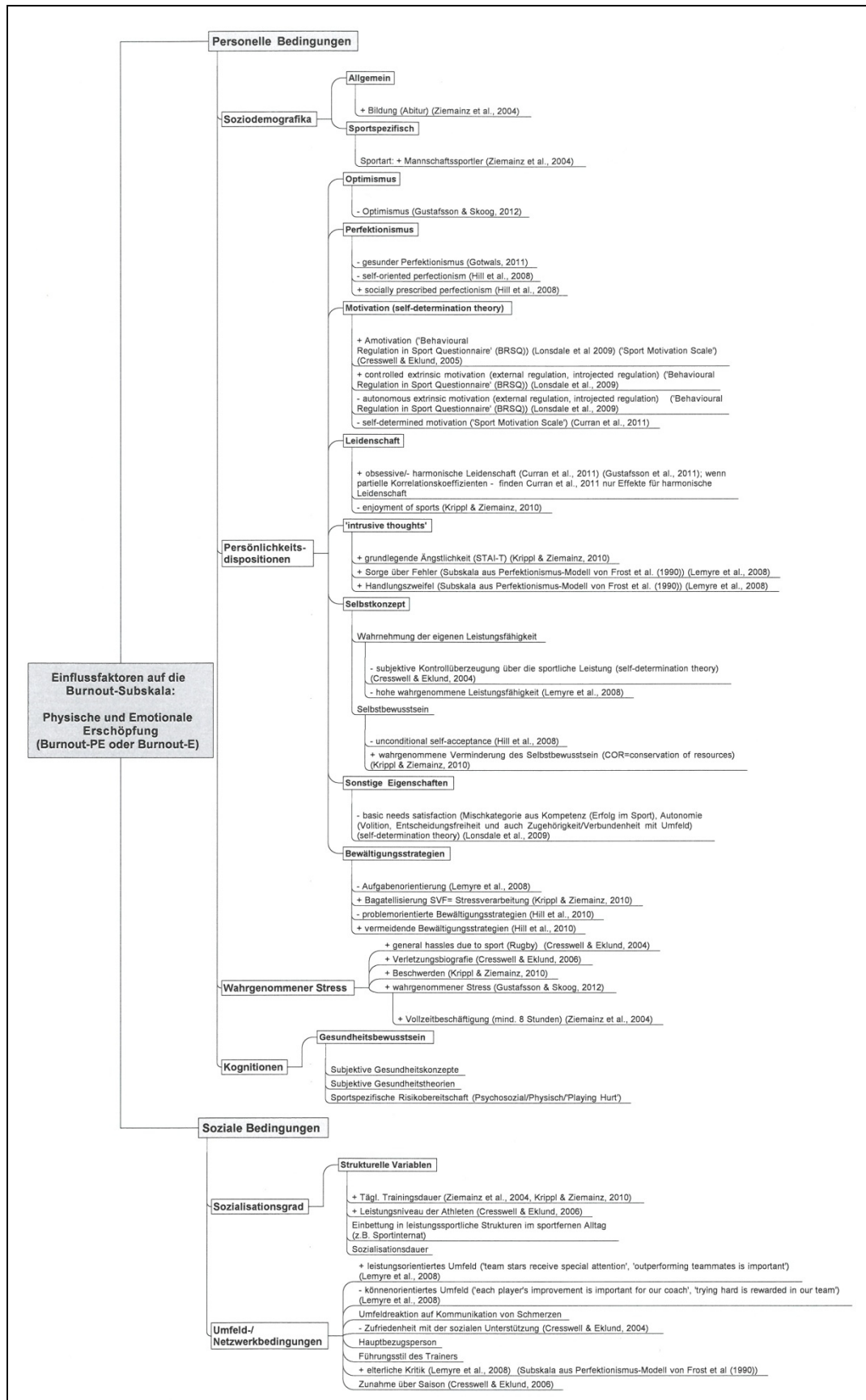


Abbildung 17: Empirisch ermittelte sowie sachlogische Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnout-Subskala ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘

2.2.3 Zusammenfassung: Burnout im Kontext des Leistungssports

Grundsätzlich hilft insbesondere die Auseinandersetzung mit den Variablen, die zu einem Anstieg oder zu einer Senkung der Burnoutsymptome führen, bei der Beantwortung der Frage, welche Stellschrauben zu Überlastung durch den Leistungssport führen bzw. welche Parameter dabei helfen, Belastungen abzufedern.

Der Forschungsstand legt offen, dass Informationen ausschließlich aus dem Kontext gewonnen werden können, in dem die Belastung stattfindet. Damit lassen sich Kenntnisse über den subjektiven Belastungszustand jugendlicher Athleten ausnahmslos über Befunde von jugendlichen Athleten generieren, die in relativ hoher Anzahl meist aus dem englischsprachigen Ausland vorliegen.

Im Zusammenhang mit der Kontextabhängigkeit muss hinsichtlich der Zielgruppe der vorliegenden Arbeit geschlossen werden, dass internationale Studien nur Anhaltspunkte zur Belastungssituation von Nachwuchsleistungssportlern in Deutschland geben können, sinnvolle Beurteilungen aber eine Berücksichtigung der entsprechenden Anforderungen des betreffenden Landes verlangen.

Trotzdem geben vorliegende Studien Hinweise, welche Variablen bei Leistungssportlern als den subjektiven Belastungszustand determinierend zu beschreiben sind. So kann eine Veränderung in den drei Symptom-Bereichen von verschiedenen Größen abhängen, die der personellen (Soziodemografika, wahrgenommener Stress, Persönlichkeitsdispositionen) sowie sozialen (Sozialisationsgrad, Umfeldbedingungen) Ebene zuzuordnen sind.

Allerdings ergeben sich aus der aktuellen Forschungslage zwei Probleme:

So scheint es kein dominantes Erklärungsmodell zur Entstehung von Burnout zu geben, was unter anderem dazu führt, dass aufgrund verschiedener theoretischer Herangehensweisen eine Vielzahl an signifikanten Variablen identifiziert wird. Zusammenfassend bestätigen die dargestellten Untersuchungsergebnisse, dass es dann zu erhöhten Burnout-Werten kommt, wenn bestimmte personelle Bedingungen oder bestimmte Umfeldbedingungen vorliegen. Bislang ist allerdings noch nicht eindeutig, inwiefern Interaktionen dieser Bedingungen besonders gefährdend sind oder welche Kombinationen inhaltlich zu erhöhten oder moderaten Werten führen.

Vor diesem Hintergrund kann bislang nur festgehalten werden, dass bestimmte Persönlichkeitsdispositionen zu der Entwicklung von Burnout beitragen. So heben mehrere Studien die burnoutreduzierende Bedeutung eines positiven Selbstkonzepts

hervor²⁹. Ferner bestätigt sich die der Burnoutforschung grundlegende Annahme, dass verschiedene Formen von wahrgenommenem Stress Burnout befeuern. Relativ einheitliche Ergebnisse liegen zudem bezüglich der Persönlichkeitseigenschaft Motivation vor, wonach autonome Formen sowie eine intrinsische Motivation abmildernd und fremdbestimmte Formen der Motivation Burnout verstärkend wirken. In engem Zusammenhang hierzu steht der Befund mehrerer Arbeiten, dass eine harmonische Leidenschaft für das Sporttreiben mit niedrigen Burnoutausprägungen einhergeht (vice versa).

Die letzte Größe, die sich in mehreren Untersuchungen als bedeutsam erweist, ist das Perfektionismusstreben. Diesbezüglich kann grundsätzlich geschlossen werden, dass gesunder oder selbst orientierter Perfektionismus mit geringeren Burnoutausprägungen einhergeht, während sozial vorgeschriebener höhere Werte hervorruft. Allerdings ist anzumerken, dass die unterschiedlichen Konzeptionalisierungen des Perfektionismusstrebens keine eindeutigen Aussagen zulassen. So finden sich zunächst zum Teil signifikante Effekte in sozial vorgeschriebenem vs. selbstorientiertem vs. fremdorientiertem Perfektionismus (Hewitt & Flett, 1991) bzw. gesundem vs. ungesundem Perfektionismus (Gotwals & Dunn, 2009). Andere Arbeiten (Lemyre et al., 2008) untersuchen dagegen nicht die Einflüsse des Gesamtkonstrukts, sondern einzelner Subskalen (des multidimensionalen Perfektionismusmodells von Frost et al. (1990)) und finden nur für einzelne Dimension von Perfektionismus (elterliche Kritik, Sorge über Fehler oder Handlungszweifel) bedeutsame Effekte.

Letztgenannte Subskalen der Persönlichkeitseigenschaft ‚Perfektionismusstreben‘ zeigen sehr deutlich, dass die theoretische Unterteilung der Erklärungsmodelle von Burnout in personell- und umfeldbedingt auf der empirischen Ebene nicht trennscharf ist. So wird das Perfektionismusstreben in allen Konzeptionalisierungen als eine multidimensionale Persönlichkeitseigenschaft beschrieben (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991; Stoeber & Otto, 2006), die zum einen auch Charakterzüge beinhaltet, die so genannten ‚intrusive thoughts‘ (wie Handlungszweifel, oder Sorge über Fehler) zugeordnet werden können. Zum anderen weist das Perfektionismusstreben aber

²⁹ Allerdings stellt sich im Zusammenhang mit dem Teilbereich des Selbstkonzeptes die Frage, ob einige der getesteten unabhängigen Variablen wie z.B. ‚wahrgenommene Leistungsfähigkeit‘ nicht gleichbedeutend mit der Subskala (also der abhängigen Variable) ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ sind. So enthält diese Skala Variablen, wie ‚Ich schaffe es nicht, in meiner Sportart meine Leistungsfähigkeit voll auszuschöpfen‘ oder ‚Ich erreiche nicht viel in meiner Sportart.‘ Entsprechende Bedenken sind auch bezüglich des Aspekts ‚competence‘, der in Verbindung mit ‚autonomy‘ sowie ‚relatedness‘ für eine burnoutsenkende Zufriedenheit mit der Erfüllung der Grundbedürfnisse eines jeden Menschen steht (Hodge et al., 2008; Lonsdale et al., 2009), zu formulieren.

auch eindeutige Bezüge zu Variablen des entsprechenden Umfelds auf (elterliche Kritik, elterliche Erwartungen oder sozial vorgeschriebener Perfektionismus).

Zuletzt muss im Hinblick auf die Modellgüte einzelner Untersuchungen geschlossen werden, dass die Ergebnisse zumindest zu Teilen als fragwürdig eingestuft ist (Ziemainz et al., 2004).

Neben der Schwierigkeit, übereinstimmende Aussagen aus vorliegenden Studien abzuleiten, fällt auf, dass aus sachlogischen Überlegungen heraus, bestimmte Variablen bislang noch in keiner Untersuchung berücksichtigt wurden. Größen, wie das Geschlecht, der Führungsstil des Trainers, der Hauptnetzwerkakteur oder die Erwartungshaltung des Umfelds auf die Kommunikation von Beschwerden lassen jedoch aus vornehmlich soziologischen Arbeiten zu den Bedingungen und Problemen des Leistungssports Abhängigkeiten dieser Variablen vermuten (Nixon, 2004; Schubring & Thiel, 2011; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010).

Zudem stellt sich vor dem Hintergrund der Erklärungskraft des Gesundheitsbewusstseins für das Alltagshandeln die Frage, inwiefern die einzelnen Dimensionen (subjektive Gesundheitskonzepte, -theorien, Risikobereitschaft) diesbezüglich Unterschiede offenlegen könnten.

Darüber hinaus ist bei den bisherigen Studien ein weiteres grundsätzliches Problem festzustellen: So wird mehrheitlich eine lineare Abhängigkeit der determinierenden Größen unterstellt, was der Annahme, dass Burnout durch ein Aufeinandertreffen personeller und kontextabhängiger Merkmale entsteht, nicht gerecht wird. So ist es nicht möglich auf diesem Weg Interaktionen zwischen bedingenden Größen zu analysieren.

Im Hinblick auf die Fragestellung, die auf die Identifikation der Determinanten von hohen und niedrigen Burnoutausprägungen abzielt, ist aus genannten Gründen zum einen einer theoriebasierten und sachlogischen Auswahl möglicher Einflüsse besonderes Augenmerk zu schenken und zudem zu berücksichtigen, dass erst ein Aufeinandertreffen bestimmter Parameter zu einer Burnoutentstehung führt.

2.3 Schlussfolgerungen, Forschungsdefizite und forschungsleitende Fragen

Im Fokus der Arbeit steht die Zwangslage, in der sich junge Athleten aufgrund der sie umgebenden Bedingungen und Anforderungen befinden. Erstens müssen sie innerhalb des Leistungssports körperlich und psychosozial riskantes Verhalten zeigen, damit sie bestmögliche Leistung erbringen können. Gleichzeitig ist insbesondere ihre körperliche Gesundheit die Basis, um sportliche Leistung zeigen zu können. Zweitens müssen sie schulischen Anforderungen genügen, die die Basis für ihr Leben nach dem Leistungssport darstellen, was mit einer enormen zeitlichen aber auch emotionalen Belastung einhergeht, die zusätzlich zu den Anforderungen des Leistungssports zu bewältigen sind. Drittens befinden sie sich in einer sensiblen Entwicklungsphase, in der es vielfältige Herausforderungen auf physischer und psychosozialer Ebene zu meistern gilt.

Nun zeigen hohe Dropout-Raten unter Nachwuchsleistungssportlern von bis zu 35%, dass es nicht allen jungen Athleten gelingt, die Anforderungen zu bewältigen (Schück, 2005). Um Dropouts entgegen zu wirken, ist es Aufgabe des sie umgebenden Umfelds regulierend einzugreifen.

Die Identifikation von Ansatzpunkten, an denen auf die jungen Athleten Einfluss genommen werden kann, damit diese bestmöglich leistungsfähig sind, gleichzeitig aber vor (solch großen) Folgeschäden aus ihren Verhaltensweisen geschützt werden, die einen möglichen Ausstieg aus dem Leistungssport nach sich ziehen, verlangt ein umfassendes Verständnis von zwei zentralen Fragestellungen:

- (4) Wie ist das Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern gestaltet und welche Einflüsse sind als determinierend zu bewerten?
- (5) Wie lässt sich der subjektive Belastungszustand von Nachwuchsleistungssportlern beschreiben und welche Bedingungen führen dazu, dass sich junge Athleten besonders belastet bzw. unbelastet fühlen?

Zur Beantwortung der beiden Fragestellungen gilt es zum einen zu begreifen, warum sich junge Athleten in ihrem Alltag zum Teil zu riskant verhalten – auf physischer sowie psychosozialer Ebene. Ein besonderes Augenmerk muss in diesem Zusammenhang also auf die individuellen Motive riskanten Verhaltens der Nachwuchsleistungssportler gelegt werden, ohne dabei die spezifischen Bedingungen, in denen die jungen Athleten leben, außer Acht zu lassen. Ein umfassendes Verständnis dieses sogenannten Alltagshandelns der jungen Athleten erfolgt mittels einer Auseinanderset-

zung mit ihrem Gesundheitsbewusstsein. Dieses integriert nicht allein die subjektive Sicht auf die individuelle Bedeutung des eigenen Verhaltens, sondern berücksichtigt auch explizit die Einflüsse des sozialen Umfeldes, denn die Entstehung und Veränderung des individuellen Denkens über Gesundheit ist stets ein Produkt der sozialen Umwelt.

Die zweite Fragestellung zielt darauf ab, zu verstehen, warum manche Athleten die Jugendphase im Leistungssport scheinbar problemlos meistern, sich andere dagegen auf physischer oder psychosozialer Ebene so überlastet fühlen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Ausstiegs aus dem Sport steigt. Im Hinblick auf diese Fragestellung ist insbesondere zu analysieren, in welchen Variablen sich die ‚worst-case-Athleten‘, also die, die sich massiv überlastet fühlen, von den ‚best-case-Sportlern‘ unterscheiden, bei denen die vielfältigen Anforderungen der Jugendphase zu keinen Problemen führen.

Mit dem Ziel, den bisherigen Forschungsstand beide genannten Fragestellungen betreffend zusammenfassend darzustellen, wird in den folgenden zwei Kapiteln eine kurze Übersicht gegeben, die in einer Formulierung forschungsleitender Fragestellungen mündet.

2.3.1 Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern

Da keine Studien zum Gesundheitsbewusstsein jugendlicher Athleten und nur wenig Informationen zu dessen einzelnen Komponenten im Nachwuchsbereich vorliegen, können diesbezügliche Aussagen aktuell nur über den Forschungsstand zum gesundheitsbezogenen Denken von erwachsenen Leistungssportlern und der Allgemeinbevölkerung rekonstruiert werden. Es ist anzunehmen, dass ihr spezifisches Denken über Gesundheit eine Beeinflussung sowohl des sportfernen als auch sport-spezifischen Bereichs erfährt, wenngleich hierzu empirische Belege fehlen.

Subjektive Gesundheitskonzepte

Im Hinblick auf subjektive Gesundheitskonzepte (vgl. Kapitel 2.1.1.1), die Informationen dazu bereithalten, welchem Aspekt von Gesundheit Menschen ihre Aufmerksamkeit schenken, legt der Forschungsstand offen, dass bei verschiedenen Gruppen der Allgemeinbevölkerung sowohl positive (Befinden: Wohlbefinden; Stärke/Kraft,

Harmonie; Aktionspotenzial: Handlungs-, Leistungs-, Arbeitsfähigkeit) als auch negative (Abwesenheit von Beeinträchtigungen) Gesundheitsdefinitionen vorliegen, wobei die inhaltliche Ausgestaltung zwischen den untersuchten Populationen (z.B. Rentner, unterschiedliche Berufe, Patienten, etc.) stark variiert. Zudem legt der Forschungsstand nahe, dass sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen Uneinigkeit hinsichtlich der dominierenden Bestimmungen herrscht, genauso wie bezüglich beeinflussender Faktoren kein einheitliches Bild vorliegt.

Als konsistent erweist sich lediglich, dass die Vorstellungen mit zunehmendem Alter komplexer werden, spätestens mit dem Jugendalter die Langfristigkeit von Gesundheit erkannt wird und Bestimmungen auch auf den psychischen Bereich erweitert werden. So lässt sich schlussfolgern, dass das Gesundheitsverständnis Jugendlicher bereits dem Erwachsener ähnelt. Allerdings unterstehen Gesundheitsbestimmungen der eigenen Biografie, wandeln sich demnach nach einschneidenden Krankheitserfahrungen. Aussagen hinsichtlich weiterer Einflüsse erweisen sich auf Basis der Forschungslage nicht als konsistent, unter anderem deswegen, da bisherige Forschungen auch nur am Rande auf die Identifikation determinierender Faktoren abzielen.

Neben der inhaltlichen Ausgestaltung des Gesundheitsbegriffs untersuchen einige Studien die Frage, ob Gesundheit als ein dynamisches Phänomen wahrgenommen wird. Grundsätzlich gehen Menschen (sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene) davon aus, dass sich Gesundheit zum einen durch verschiedene Faktoren beeinflussen lässt und zum anderen grundsätzlich dynamischen Prozessen unterworfen ist, wobei die Frage nach der Wandlungsfähigkeit von Gesundheit bislang nur sehr stiefmütterlich behandelt wurde. Auf Grundlage von nur wenigen Daten werden vier Verlaufstypen von Gesundheit entwickelt: der Schalter-, Batterie-, Akku- und Generatortyp, die sich dahingehend unterscheiden, wie sich Gesundheit im Laufe der Zeit verändert sowie inwiefern die Veränderungen durch das Individuum selbst beeinflusst werden können.

Die Gesundheitsdefinitionen, die bei Athleten identifiziert werden können (vgl. Kapitel 2.1.2.1), lassen sich zunächst ebenfalls negativen (Abwesenheit von Krankheit) und positiven (Befinden: Wohlbefinden, Kraft, Stärke, Harmonie; Aktionspotenzial: Leistungs-, Handlungs-, Arbeitsfähigkeit) Bestimmungen zuordnen. Allerdings zeichnen sich Athleten durch eine Dominanz des Funktionalitätsanspruchs aus, so wird deutlich, dass Sportler Gesundheit vornehmlich als Aktionspotenzial im Sinne der sportli-

chen Leistungsfähigkeit verstehen. Dabei fällt auf, dass sich sportliche Leistungsfähigkeit sowohl auf der körperlichen (körperliche Funktionsfähigkeit führt zu sportlicher Leistungsfähigkeit), als auch psychischen (psychische Funktionsfähigkeit determiniert sportliche Leistungsfähigkeit) und zuletzt auch auf der sozialen Ebene (soziale Rollenerfüllung erfordert sportliche Leistungsfähigkeit) zeigt. Infolgedessen ist festzustellen, dass jegliche alternative Gesundheitsdefinitionen (wie Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, als Wohlbefinden, als Kraft/Stärke, Harmonie) von der Funktionalitätsidee beherrscht werden, der Funktionalitätsgedanke stets der überlagernde ist. Beispielsweise bedeutet Gesundheit für Athleten durchaus Wohlbefinden, allerdings mit dem Zusatz, dass sie sich nur wohlfühlen, wenn sie sportlich leistungsfähig sind.

Der Frage nach einer möglichen Dynamik in den Vorstellungen zu Gesundheit ist bislang nicht nachgegangen worden. Allerdings lässt sich aus den Befunden rekonstruieren, dass Athleten ihre Gesundheit durchaus als stark wandelbar erleben, nicht zuletzt wegen der den Leistungssport konstituierenden Idee, dass Leistung (und damit auch Gesundheit) durch Verhaltenssteuerung produzierbar ist.

Mit Blick auf die heranwachsenden Athleten, die im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen, ist festzuhalten, dass es auf Basis des vorliegenden Forschungsstandes nicht möglich ist, Aussagen zu der inhaltlichen Ausgestaltung ihres Gesundheitsverständnisses oder zu vorliegenden dynamischen Vorstellungen abzuleiten.

Trotzdem ist zu vermuten, dass sich zunächst der Funktionalitätsgedanke innerhalb der Gesundheitsdefinitionen wiederfinden lässt. Allerdings stellt sich die Frage, ob dieser, aufgrund eines geringer ausgeprägten Sozialisationsgrads in den Leistungssport, weniger stark hervortritt. Auch bleibt vollkommen offen, inwiefern alternative Gesundheitsdefinitionen vorliegen, ob junge Athleten Gesundheit als wandelbar empfinden und ob sich Größen identifizieren lassen, die Unterschiede im Gesundheitsverständnis erklären können.

Vor dem Hintergrund der Forschungslage zu subjektiven Gesundheitskonzepten stellen sich folgende forschungsleitenden Fragen:

- 1) Wie lässt sich das Gesundheitsverständnis jugendlicher Leistungssportler beschreiben?

Insbesondere sind die Teilfragen zu beantworten:

- a) Über welche Dimensionen subjektiver Gesundheitskonzepte verfügen Nachwuchsathleten in welchem Ausmaß?
- b) Inwieweit erfahren jugendliche Leistungssportler ihre Gesundheit als dynamisch?

Darüber hinaus ist von besonderem Interesse, inwiefern sich die bislang insbesondere bei erwachsenen Athleten sowie jugendlichen und erwachsenen Nicht-Sportlern identifizierten Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung des Gesundheitsverständnisses auch bei Nachwuchsleistungssportlern zeigen. Folglich ist eine Antwort auf folgende Frage zu geben:

- 2) Welche Einflüsse auf subjektive Gesundheitskonzepte lassen sich feststellen?

Subjektive Gesundheitstheorien

Neben der Frage nach der Bedeutung von Gesundheit, ist für ein Verständnis des gesundheitsbezogenen Verhaltens entscheidend, welche Einflüsse Menschen auf ihre Gesundheit wahrnehmen, denn auf dieser Basis kann verstanden werden, warum manche Menschen bestimmte Maßnahmen ergreifen und andere unterlassen. Zwar fällt auf, dass bereits Aspekte der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung, also der Frage, ob Gesundheit grundsätzlich veränderbar ist, im Zusammenhang mit den subjektiven Gesundheitskonzepten auftauchen (in Form der dynamischen Vorstellungen von Gesundheit). Darauf aufbauend schenken subjektive Gesundheitstheorien insbesondere der Frage Aufmerksamkeit, welchen Faktoren Menschen eine Wirkung auf die eigene Gesundheit zuschreiben.

Wahrgenommene gesundheitsbezogene Einflüsse bei der Allgemeinbevölkerung (vgl. Kapitel 2.1.1.2) sind als komplex und vielschichtig zu beschreiben. So findet sich eine Fülle an Einzelaspekten, denen Menschen eine die eigene Gesundheit beeinflussende Wirkung zuschreiben. Mit dem Ziel einer übersichtlichen Darstellung, finden sich verschiedene Kategorisierungsmöglichkeiten. Zunächst ist es möglich, antizipierte Auswirkungen verschiedener Größen anhand inhaltlicher Aspekte zu gliedern. Dementsprechend lassen sich Einflüsse der eigenen Konstitution und Disposition, vor allem von Aspekten der Lebensweise, sowie umwelt- und zuletzt schicksalsbezogene Größen identifizieren, die die eigene Gesundheit verändern können.

Als weitere Kategorisierungsmöglichkeit liegt es nahe, Einzelaspekte nach dem ihnen zugeschriebenen Wirkmechanismus auf die eigene Gesundheit einzuteilen, in Risiko-, Ressourcen, Ausgleichs- und Balancetheorien sowie Schicksalstheorien.

Hinsichtlich Einflussgrößen, die zu unterschiedlichen subjektiven Gesundheitstheorien führen, liegen nur relativ wenig gesicherte Ergebnisse vor. So zeigt sich wiederum konsistent, dass mit dem Alter der Abstraktionsgrad in den Theorien steigt, Jugendliche weisen dabei bereits ähnliche Wirkungszusammenhänge auf, wie sie bei der erwachsenen Bevölkerung festzustellen sind. Neben dem Alter spielen erneut die eigene Biografie (z.B. Krankheitserfahrungen) und das Lebensumfeld eine Rolle. Weitere Determinanten sind bislang nicht konsistent nachgezeichnet (z.B. Geschlecht) oder untersucht worden (z.B. Persönlichkeitsdispositionen).

Im Zusammenhang mit Athleten (vgl. Kapitel 2.1.2.2) zeigen die Befunde, dass sie die eigene Gesundheit als beeinflussbar wahrnehmen, wenngleich dieser Frage selten direkt nachgegangen wurde. Vielmehr beinhalten Studien, die verschiedene gesundheitsbezogene Einflussmöglichkeiten abfragen, implizit die Schlussfolgerung einer ausgeprägten Kontrollüberzeugung die eigene Gesundheit betreffend.

Die Forschungslage zeigt recht deutlich, dass nur wenige Erhebungen vorliegen, die mögliche Effekte auf namentlich die eigene Gesundheit abprüfen. Allerdings liegt eine Reihe an Arbeiten vor, die antizipierte Wirkungen auf die eigene Leistungsfähigkeit analysiert. Unter der Prämisse, dass unter Gesundheit Leistungsfähigkeit verstanden wird, ist folglich bei der Frage nach gesundheitlichen Auswirkungen anzunehmen, dass die Athleten darunter leistungsfähigkeitsbezogene Effekte verstehen. Infolgedessen sind auch diese Arbeiten subjektiven Gesundheitstheorien zuzuordnen. Zusammenfassend wird inhaltlich eine Vielzahl an Beeinflussungen wahrgenommen, die sich in sehr viele Ressourcen- und Risikotheorien, sowie in einige Schicksalstheorien unterteilen. Ausgleichs- und Belastungstheorien stellten dagegen sehr selten Bestandteil von Untersuchungen dar. Außerdem ist festzustellen, dass sich Gesundheitstheorien nach einschneidenden Lebensereignissen ändern, sowie von dem Alter und insbesondere dem Sozialisationsgrad in den Leistungssport abhängen.

Zuletzt ist zu erwähnen, dass einzelne Befunde vorliegen, die sich von einem Funktionalitätsverständnis von Gesundheit distanzieren, indem sie nach den gesundheits-

bezogenen Auswirkungen des sportlichen Engagements fragen, welches in der Hauptsache positiv eingeschätzt wird.

Zusammenfassend ist es auch im Hinblick auf subjektive Gesundheitstheorien kaum möglich zu antizipieren, welche Effekte heranwachsende Athleten auf ihre Gesundheit wahrnehmen bzw. wie dominant welche Einflüsse wahrgenommen werden. Anzunehmen ist, dass Athleten zahlreichen Faktoren eine positive oder negative Beeinflussungskraft auf die eigene Leistungsfähigkeit bzw. Gesundheit zuschreiben. Allerdings sind Aussagen auf Grundlage der bisherigen Forschung nicht zuletzt deswegen schwierig, da das Gesundheitsverständnis bekannt sein muss, bevor eine sinnvolle Schlussfolgerung zu antizipierten Einflüssen auf die Gesundheit abgeleitet werden kann.

Angesichts dessen sind die forschungsleitenden Fragen für den empirischen Teil der Arbeit explorativ zu formulieren:

- 1) Inwiefern nehmen junge Athleten die eigene Gesundheit als beeinflussbar wahr?
- 2) Wie bewerten Nachwuchsleistungssportler bestimmte positive, negative sowie schicksalshafte Einflüsse auf die eigene (funktionale) Gesundheit?
- 3) Welche Einflüsse auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien lassen sich feststellen?
- 4) Schätzen jugendliche Sportler ihr leistungssportliches Engagement im Hinblick auf ihre Gesundheit als positiv oder negativ ein oder sind sie indifferent?

Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

Die gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft gibt Informationen auf die Frage, was Menschen zu gesundheitsbezogenem Verhalten motiviert.

Die gesundheitsbezogene Risikobereitschaft lässt sich als relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal beschreiben, das auf einer Kosten-Nutzen-Abwägung basiert und dementsprechend davon abhängt, welche Bedeutung Gesundheit im Vergleich zu anderen Werten im Leben einnimmt. Grundsätzlich ist festzustellen, dass Jugendliche besonders risikobereit sind, Männer Risiken eher akzeptieren, sowie Persönlichkeitsdispositionen, wie die Risikowahrnehmung, das Perfektionismusstreben oder die

gesundheitsbezogene Unbekümmertheit, Unterschiede in der Risikobereitschaft erklären.

Im Zusammenhang mit der Risikobereitschaft von Athleten zeigt sich deutlich, dass dem Stellenwert der Leistungsfähigkeit als Ausdruck der Gesundheit auf sozialer Ebene (Rollenerfüllung) sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit untergeordnet werden. Infolgedessen lässt sich feststellen, dass Athleten in außerordentlichem Maße bereit sind, Risiken auf körperlicher sowie psychischer Ebene zu akzeptieren. So werden nicht selten Schmerzen normalisiert und so lange ignoriert oder mit Schmerzmitteln betäubt, bis sie die Leistungsfähigkeit massiv einschränken. Trotzdem finden sich innerhalb des Sports durchaus Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft in Abhängigkeit von verschiedenen personellen (Alter, Geschlecht, Sportart) sowie sozialen Faktoren (Sozialisationsgrad). Da eine grundlegende Risikobereitschaft für den sportlichen Erfolg wichtig ist, liegt es nahe, dass insbesondere die extremen Ausprägungen und die entsprechenden Determinanten Informationen zu der Frage bereithalten, wie junge Athleten vor zu riskantem Verhalten bewahrt werden.

Zusammenfassend ist im Hinblick auf jugendliche Athleten zunächst anzunehmen, dass sich bereits Einflüsse des sportspezifischen Sozialisationsgrads zeigen und demzufolge eine relativ hohe Risikobereitschaft vorliegt. Allerdings bleibt offen, inwiefern die Bereitschaft sich vor allem physisch riskant zu verhalten, die für jugendliche Nicht-Sportler als Bewältigungsstrategie altersspezifischer Entwicklungsaufgaben typisch ist, möglicherweise zu einer erhöhten sportspezifischen Risikobereitschaft führt.

Vor diesem Hintergrund sind im weiteren Verlauf der Arbeit auf folgende Fragestellungen Antworten zu finden:

- 1) Inwiefern sind Nachwuchsleistungssportler bereit, sportspezifische Risiken zu akzeptieren?
- 2) Lassen sich verschiedene Gruppen identifizieren, die ein unterschiedliches Ausmaß an gesundheitsbezogener sportspezifischer Risikobereitschaft aufweisen?

- 3) Inwieweit sind im Hinblick auf die Gruppen Effekte von personellen (z.B. Sportarten(gruppe), Alter, verschiedene Persönlichkeitsdispositionen) sowie sozialen Größen (z.B. Sozialisationsgrad in den Leistungssport) festzustellen?

Körperbewusstsein

Die Auseinandersetzung mit dem Bereich des Körperbewusstseins verdeutlicht, dass im Zusammenhang mit Leistungssportlern über eine Analyse der drei Aspekte des Körperbewusstseins (Stellenwert des Körpers, Wahrnehmung und Bewertung des Körpers nach außen sowie körperlicher Empfindungen) keinerlei Informationen gewonnen werden können, die nicht bereits implizit in den bisher betrachteten Teilbereichen des Gesundheitsbewusstseins enthalten sind.

2.3.2 Burnout im Kontext des Leistungssports

Auch bezüglich der zweiten Fragestellung der Arbeit, die sich mit dem subjektiven Belastungszustand der jungen Athleten und insbesondere mit den determinierenden Größen der ‚worst-cases‘ und ‚best-cases‘ beschäftigt, können bisherige Studien nur Anhaltspunkte auf die Frage geben, weshalb manchen jungen Athleten die Bewältigung der zahlreichen Anforderungen gelingt, während andere als Ausweg nur einen Ausstieg aus dem Leistungssport sehen. Als problematisch erweist sich, dass aufgrund eines fehlenden Entstehungsmodells bzw. die Vielzahl an Erklärungsversuchen für Burnout eine Fülle an scheinbar bedeutsamen Einflussgrößen von Burnout im Leistungssport getestet und identifiziert wurden, die verstärkend oder moderierend wirken. Zum einen bleibt das Wissen über die Determinanten von Burnout damit uneinheitlich, zum anderen ist eine Berücksichtigung aller Größen im Hinblick auf Präventionsmaßnahmen kaum möglich. Als relativ konsistent burnoutabmildernd haben sich selbstbestimmte Formen der Motivation, gesunder oder selbst zugeschriebener Perfektionismus, eine harmonische Leidenschaft für den Sport, ein positives Selbstkonzept, ein geringes Ausmaß an wahrgenommenem Stress (sportintern und sportfern) erwiesen.

Zudem wird in der Regel von einem linearen Zusammenhang zwischen einzelnen Bedingungen und Burnoutsymptomen ausgegangen. Das widerspricht allerdings

theoretischen (und teilweise auch empirischen) Befunden insbesondere bei verschiedenen Gruppen der Allgemeinbevölkerung, die von einer Erhöhung der Burnoutgefährdung erst durch die Interaktion von personellen und umweltbezogenen Variablen ausgehen. Bisherige Analysen werden diesem Phänomen nur unzureichend gerecht. In diesem Zusammenhang könnte eine Untersuchung von ‚worst-cases‘ und ‚best-cases‘ deutlich detailliertere Informationen bereithalten, da sie aufdecken, welche Größe die extrem überlasteten bzw. ausgeglichenen Athleten bedingen. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass eine Festlegung von ‚cut-off‘-Werten aufgrund der Prozesshaftigkeit des Syndroms nicht vorgenommen werden sollte.

Als einen letzten Punkt muss bei einer Bewertung bisheriger Studien berücksichtigt werden, dass sich eine grundsätzliche Übertragbarkeit der Ergebnisse internationaler Studien auf den deutschen Sport vor dem Hintergrund der Bedeutung der spezifischen Voraussetzungen des jeweiligen Lebensumfeldes als schwierig erweist, finden sich doch deutliche Unterschiede zwischen dem deutschen und US-amerikanischen Sportsystem im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Schule und Sport oder der finanziellen und materiellen Unterstützung von Nachwuchsleistungssportlern.

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung der Arbeit sollte Ziel einer Untersuchung neben einer Identifikation des Ausmaßes der drei Symptome von Burnout im Sport auch eine Analyse besonders gefährdeter (‚worst-cases‘) und geschützter (‚best-cases‘) Athleten sein, sowie die auf diese Gruppen wirkenden Einflussgrößen. Aus diesem Grund sind empirische Erhebungen durch folgende Fragen zu realisieren:

- 1) Welches Ausmaß der drei Symptome ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘, ‚Vermindertes Leistungsstreben‘, ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ sind bei Nachwuchsleistungssportlern festzustellen?
- 2) Lassen sich verschiedene Gruppen identifizieren, die ein unterschiedliches Ausmaß an subjektiver Belastung aufweisen?
- 3) Inwieweit zeigen sich im Hinblick auf die Gruppen (Interaktions-)Effekte von personellen (z.B. Sportarten(gruppe), Trainingsintensität, Alter, verschiedene Persönlichkeitsdispositionen) sowie sozialen (z.B. Sozialisationsgrad in den Leistungssport) Faktoren?

3 Methodisches Vorgehen

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit (Kapitel 1.3) erfordert eine Untersuchung zweier Teilfragestellungen. Erstens: Wie ist das Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern gestaltet und welche Einflüsse sind als determinierend zu bewerten? Und zweitens: Wie lässt sich der subjektive Belastungszustand von Nachwuchsleistungssportlern beschreiben und welche Bedingungen führen dazu, dass sich junge Athleten besonders belastet bzw. unbelastet fühlen?

Aus der theoretischen Auseinandersetzung (Kapitel 2) gehen forschungsleitende Fragen hervor, die – bevor eine empirische Überprüfung erfolgen kann – folgenden methodischen Überlegungen unterzogen werden müssen: Erstens muss festgelegt werden, welche Erhebungsmethode sich anbietet, um entsprechende Daten zu gewinnen. Zweitens gilt es diejenige Untersuchungsgruppe zu identifizieren, die einen optimalen Erkenntnisgewinn ermöglicht. Drittens sind Erhebungsinstrumente auszuwählen, um die forschungsleitenden Fragestellungen bestmöglich in empirische Erhebungen zu übersetzen. Zuletzt gilt es zu reflektieren, über welche statistischen Verfahren eine Beantwortung der Fragestellungen zu realisieren ist.

3.1 Erhebungsmethode

Um das Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern zu erfassen, stehen grundsätzlich zwei Erhebungsmethoden zur Verfügung.

Zunächst bieten sich qualitative Methoden in Form von Interviews an, deren großer Vorteil in ihrer Anpassungsfähigkeit liegt. So besteht für den Befragten die Möglichkeit, eigenen Erfahrungen und Meinungen über bestimmte Sachverhalte ausführlich und bestenfalls erschöpfend wiederzugeben. Unklarheiten kann der Interviewer durch Nachfragen direkt ausräumen. Interviews ermöglichen dementsprechend, komplexe Mechanismen und subjektive Sichtweisen aufzudecken (Bortz & Döring, 2002). Allerdings weisen Interviews in der Regel eine verhältnismäßig geringe Reliabilität auf, so ist eine Unabhängigkeit von dem jeweiligen Befragungszeitpunkt sowie dem Interviewer und die auswertende Person relativ schwer sicherzustellen. Zudem geht der ausführliche Blick in die Tiefe in der Regel auf Kosten der Probandenzahl, d.h. es werden nur sehr wenige Probanden befragt, es besteht infolgedessen die Gefahr, dass deren Sichtweisen immer auch einen Einzelfall darstellen kann (Bortz & Döring, 2002).

Die Kritikpunkte qualitativer Verfahren greifen quantitative Erhebungen auf, die einen Erkenntnisgewinn über schriftliche Fragebögen garantieren. Fragebögen bestehen aus standardisierten Fragen und Antwortmöglichkeiten, die in gleicher Form und Reihenfolge angeordnet sind und damit Unabhängigkeit vom Forscher und folglich zuverlässige (oder zumindest zuverlässigere) Daten gewährleisten. Die Standardisierung ermöglicht sehr hohe Befragungszahlen, allerdings zu Lasten einer Befragungstiefe. Zudem schaffen standardisierte Fragen und Antwortmöglichkeiten Raum für verzerrende Effekte in den Antworten, so ist es zum Beispiel bei unklaren Fragestellungen nicht möglich nachzufragen. Durch hohe Stichprobenumfänge verliert diese Einschränkung allerdings an Bedeutung (Bortz & Döring, 2002).

Vor dem Hintergrund der Vor- und Nachteile der beiden Erhebungsmethoden ist festzuhalten, dass sich Interviews für Fragestellungen anbieten, die bislang in der Tiefe noch nicht erforscht wurden. Ist die Forschungslage dagegen relativ gut beschrieben, sind quantitative Methoden zu bevorzugen, um vormals identifizierte Erkenntnisse in der Breite überprüfen zu können.

Im Hinblick auf die erste Fragestellung zeigt die Auseinandersetzung mit der vorliegenden Literatur, dass sowohl erwachsene Leistungssportler als auch unterschiedliche Gruppen von Menschen der Allgemeinbevölkerung inhaltlich über ähnliche Gesundheitsdefinitionen verfügen, deren Gewichtung sich allerdings unterscheidet. Bezüglich der Frage, welche Bedingungen zu unterschiedlichen Gesundheitsbestimmungen führen, herrscht dagegen Unklarheit (vgl. Kapitel 2.1.1.1 bzw. 2.1.2.1). Der Forschungsstand über Gesundheitstheorien liefert zwar vielfältige wahrgenommene Gesundheitseinflüsse, einschränkend ist dennoch festzuhalten, dass sich bisherige Untersuchungen auf spezifische Populationen beziehen und damit allgemeine Aussagen weitestgehend fehlen. Die Forschungslage hinsichtlich beider Teilaspekte ist dementsprechend als uneinheitlich zu beschreiben, begründet durch fehlende vergleichbare Messungen (vgl. Kapitel 2.1.1.2 bzw. 2.1.2.2).

Auch im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft spiegelt die Forschungslage im Leistungssport ein umfassendes Bild darüber wider, wie risikobereit Athleten in Bezug auf ihre Gesundheit sind und durch welche Bedingungen Unterschiede generiert werden. Befunde über die Allgemeinbevölkerung dienen hier lediglich einer Beschreibung dieser Persönlichkeitseigenschaft, denn die Akzeptanz

von gesundheitlichen Risiken erfährt im Kontext des Leistungssports eine ganz spezifische Bedeutung (vgl. Kapitel 2.1.1.3 bzw. 2.1.2.3).

Anzumerken ist allerdings, dass die sportbezogene Datenlage zu den drei Bereichen des Gesundheitsbewusstseins zum einen fast ausschließlich auf erwachsenen Athleten basiert, Rückschlüsse auf Nachwuchsleistungssportler zwar naheliegen, jedoch nicht als gesichert zu beschreiben sind. Zum anderen entstammen die Erkenntnisse fast ausnahmslos qualitativen Interviewstudien mit geringen Fallzahlen, so dass nur angenommen werden kann, dass die Erkenntnisse in der Form auch bei der Gesamtpopulation der (Nachwuchsleistungs-)Sportler wiederzufinden sind. Die bisherige Forschungslage verlangt dementsprechend nach einer Methode, die überprüft, inwiefern sich die Erkenntnisse zum Gesundheitsbewusstsein bei der Allgemeinbevölkerung und (erwachsenen) Athleten auf die Gesamtheit der Nachwuchsleistungssportler übertragen lassen. Vor diesem Hintergrund bietet sich eine quantitative, standardisierte Erhebung mit großen Fallzahlen an, die untersucht, wie sich subjektive Gesundheitskonzepte, und –theorien sowie die Risikobereitschaft bei Nachwuchsleistungssportlern beschreiben lassen.

Hinsichtlich der zweiten Fragestellung, deren Ziel die Identifikation von Einflussfaktoren auf extrem hohe und niedrige subjektive Überlastungszustände darstellt, zeigt der umfassende Forschungsstand, der zu einem Großteil auf quantitativen Daten beruht, dass eine subjektive Überlastung durch eine Fülle an Bedingungen erklärt werden (kann). Allerdings haben bisherige Untersuchungen vernachlässigt, dass erst die Kombination aus bestimmten Umweltbedingungen und Persönlichkeitseigenschaften zu einer Überlastung führt. Um generalisierbare Aussagen zur inhaltlichen Ausgestaltung dieser Interaktionen treffen zu können, ist auch in diesem Zusammenhang eine standardisierte Messung unumgänglich.

3.2 Datenerfassung und Stichprobe

Rückbesinnend auf das Ausgangsphänomen, stehen die Nachwuchssportler im Fokus der Untersuchung, die ihren Sport bereits auf extrem hohem Leistungsniveau ausüben. Denn der verfrühte Ausstieg genau dieser Athleten stellt ein massives Problem für das System des Leistungssports dar – sowohl in sportlicher und finanzieller als auch emotionaler Hinsicht (vgl. Kapitel 1.1).

Aus diesem Grund muss die Stichprobe junge Athleten umfassen, die bereits der höchsten Leistungsstufe angehören – dem Bundeskader. Um ein möglichst umfassendes Bild deutscher Nachwuchsleistungssportler widerzugeben, werden im Rahmen dieser Arbeit alle olympischen Sportarten³⁰ berücksichtigt.

Um der Jugendspezifität Rechnung zu tragen, müssen sich die untersuchten Athleten in der sensiblen Entwicklungsphase der Adoleszenz befinden. Basierend auf dieser Überlegung werden Sportler zwischen 15 und 18 Jahren gewählt. Entsprechend der Datenerhebung, die zwischen Februar 2010 und Januar 2011 erfolgte, handelt es sich um die Geburtsjahrgänge 1992 bis 1995. Die Verteilung der Fragebögen ist Bestandteil eines durch das Bundesinstitut für Sportwissenschaft geförderten Forschungsprojekts (GOAL: Individuelles **G**esundheitsmanagement im **O**lympischen **N**Achwuchs**L**eistungssport) und erfolgt in Absprache mit Verantwortlichen der jeweiligen Sportart über verschiedene Wege (direkte Zusendung, zentrale Verteilung, zentrale Kadertrainingseinheiten). Die Rücklaufquote liegt bei 62% und umfasst damit 1138 Athleten (Thiel et al., 2011). Eine Non-Responder Analyse bezüglich Alter und Geschlecht zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern (Diehl, Thiel, Zipfel, Mayer, & Schneider, 2012).

Die Ethik-Kommission der medizinischen Fakultät Tübingen genehmigte die Untersuchung unter dem Zeichen 222/2009BO1.

3.3 Erhebungsinstrumente

Nach Festlegung der Untersuchungsgruppe ist die Frage zu stellen, welches Instrument eine optimale Datenerfassung garantiert. In diesem Zusammenhang ist wiederum die Forschungslage der einzelnen Teilfragestellungen (Gesundheitsbewusstsein und subjektiver Belastungszustand) zu berücksichtigen.

3.3.1 Gesundheitsbewusstsein

Für die Analyse der einzelnen Dimensionen des Gesundheitsbewusstseins stehen weitestgehend keine geeigneten Instrumente zur Verfügung. Zwar finden sich in einzelnen Studien quantitative Skalen (Frank, 2000; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Thiel et al., 2010), diese sind jedoch entweder zu unspezifisch für den Sport

³⁰ Die gewählten Sportarten beziehen sich auf die Olympischen Sommerspiele 2012 bzw. Winterspiele 2010.

oder nicht validiert. Aus diesem Grund müssen theoriegeleitet auf Basis qualitativer und quantitativer Analysen zunächst geeignete Instrumente für den Nachwuchssport entwickelt werden, die es ermöglichen, subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien sowie gesundheitsbezogene sportspezifischen Risikobereitschaft mittels standardisierter Skalen abzu prüfen.

3.3.1.1 Subjektive Gesundheitskonzepte

Die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen zum Gesundheitsverständnis gehen hauptsächlich auf qualitative Analysen über Leistungssportler sowie über verschiedene Gruppen der Allgemeinbevölkerung zurück (Charlesworth & Young, 2006; Donnelly, 2004; Faltermaier, 1994; Faltermaier & Kühnlein, 2000; Flick, 2000; Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Franke, 2010; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Kuhlmann & Kolip, 1998; Mattes, 1998; Schulze & Welters, 1998; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010; Young, 2004a). Quantitative Befunde basieren auf selbst entwickelten und nicht normierten Skalen (Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Thiel et al., 2010), so dass diese lediglich als Informationsgrundlage dienen. Daneben finden sich einzelne Erhebungen, die Gesundheitsbestimmungen über offene Fragen eines Fragebogens erheben, diese werden jedoch durch ein Kategoriensystem – und damit qualitativ – ausgewertet (Kolip, 1998; Schulze & Welters, 1998).

Basierend auf den in Kapitel 2.1.1.1 dargestellten insbesondere qualitativen Studien umfasst die Skala zu subjektiven Gesundheitskonzepten 16 Items, die sich inhaltlich auf die individuelle Wichtigkeit verschiedener Gesundheitsdefinitionen sowie auf eine wahrgenommene Dynamik bzw. Kontrollierbarkeit von Gesundheit beziehen.

Die Gesundheitsdefinitionen schließen zunächst ein Verständnis von Gesundheit als Abwesenheit von Beeinträchtigungen (2 Items) und als Befinden (3 Items) ein. Besonderer Wert wird auf Grundlage qualitativer Untersuchungen aber auf ein Verständnis von Gesundheit als Aktionspotenzial (Handlungs-, Leistungs-, Arbeitsfähigkeit) gelegt, wobei hier von den 4 Items eines auch zum außersportlichen Kontext gestellt wird. Zudem beinhalteten vier Items die wahrgenommene Dynamik von Gesundheit, entsprechend der Befunde der Allgemeinbevölkerung (Schalter, Batterie, Akku, Generator). Zusätzlich stellen vier weitere Items Bezüge zu einer subjektiven Kontrollüberzeugung von Gesundheit her (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Subjektive Gesundheitskonzepte: Items für die empirische Untersuchung

Subjektive Gesundheitskonzepte	
Negative Bestimmungen	
Gesundheit als Abwesenheit von Beeinträchtigungen	<p>Man ist nur dann gesund, wenn alle medizinischen Werte im Normbereich liegen.</p> <p>Man kann nur entweder gesund oder krank/verletzt sein, dazwischen gibt es nichts. (Schalter)</p>
Positive Bestimmungen	
Gesundheit als Befinden – Kraft/Stärke/Harmonie	<p>Man ist nur dann gesund, wenn man sich wohlfühlt.</p> <p>Man ist nur dann gesund, wenn man keine Sorgen hat.</p> <p>Man ist nur dann gesund, wenn man mit sich und der Welt vollkommen zufrieden ist.</p>
Gesundheit als Aktionspotenzial Handlungs-, Leistungs-, Arbeitsfähigkeit	<p>Man ist erst dann krank, wenn man nicht mehr trainieren kann.</p> <p>Man ist nur dann gesund, wenn man im Training und Wettkampf nicht beeinträchtigt ist.</p> <p>Man ist nur dann gesund, wenn man körperlich voll funktionsfähig ist.</p> <p>Man ist nur dann gesund, wenn man sich um Freunde und Familie kümmern kann.</p>
Dynamik von Gesundheit / Kontrollierbarkeit von Gesundheit	<p>Man kann nur entweder gesund oder krank/verletzt sein, dazwischen gibt es nichts. (Schalter)</p> <p>Man bleibt immer gleich gesund, solange keine Krankheit oder Verletzungen auftreten. (Akku)</p> <p>Mit der Gesundheit geht es im Laufe des Lebens automatisch bergab. (Batterie)</p> <p>Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern (Generator)</p> <p>Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen muss man einfach Glück haben.</p> <p>Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.</p> <p>Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.</p>

Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.

Die Antwortmöglichkeiten erstrecken sich auf einer Likert-Skala von eins bis fünf (fünf: „ich stimme völlig zu“, drei: „ich stimme weder zu noch nicht zu“, eins: „ich stimme überhaupt nicht zu“).

3.3.1.2 Subjektive Gesundheitstheorien

Vergleichbar zu subjektiven Gesundheitskonzepten liegen auch zu subjektiven Gesundheitstheorien keinerlei standardisierte und normierte Messinstrumente vor, so dass im Hinblick auf diese Skala auf Grundlage der bisherigen Befunde zu dem Forschungsbereich eigene Items entwickelt werden müssen (vgl. Kapitel 2.1.1.2 und 2.1.2.2).

Im Hinblick auf wahrgenommene Einflüsse auf die eigene Gesundheit sind Indikatorfragen zu stellen, ob Athleten ihre Gesundheit überhaupt als kontrollierbar wahrnehmen (vgl. Tabelle 5). Diese so genannte subjektive Kontrollüberzeugung lässt sich anhand einzelner Items aus der Kategorie subjektiver Gesundheitskonzepte, die sich auf Kontrollierbarkeit bzw. die Dynamik von Gesundheit bezieht, analysieren. Zwar scheint es zunächst redundant, dass die Items der subjektiven Kontrollüberzeugung bereits im Zusammenhang mit den subjektiven Gesundheitskonzepten auftauchen, allerdings entspricht dieses Vorgehen der bisherigen Erkenntnisse zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen (vgl. Kapitel 2.1.1.1 und 2.1.1.2). Auch im Zusammenhang mit der theoretischen Auseinandersetzung außerhalb des Sports taucht der Aspekt der subjektiven Kontrollierbarkeit von Gesundheit sowohl im Gesundheitsverständnis (in Form der dynamischen Gesundheitsdefinitionstypen bzw. den Verweisen auf eigene Kontrollmöglichkeiten von Gesundheit) als auch den subjektiven Gesundheitstheorien (in Form wahrgenommener Einflüsse auf die Gesundheit, die immer auch eine wahrgenommene Kontrolle implizieren) auf.

Tabelle 5: Subjektive Gesundheitstheorien – subjektive Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit: Items für die empirische Untersuchung

Subjektive Gesundheitstheorien – subjektive Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit
Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.
Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.
Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.

Das Erhebungsinstrument, das der Frage nachgeht, wie Nachwuchsleistungssportler bestimmte positive, negative sowie schicksalshafte Einflüsse auf ihre (funktionale) Gesundheit bewerten (subjektive Gesundheitstheorien), basiert auf vorliegenden Befunden zu wahrgenommenen Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit bei Athleten (vgl. Kapitel 2.1.2.2).

Entgegen der bisherigen meist quantitativen Untersuchungen, die nur Einzelaspekte wahrgenommener Einflussfaktoren (in der Regel der eigenen Lebensweise) erfassen, soll jedoch mittels des zu entwickelnden Instruments versucht werden, eine möglichst breite Untersuchung verschiedener Faktoren zu sammeln, die sich auf relevante Einflussbereiche der Lebenswelt Leistungssport beziehen. Aus diesem Grund finden sich in deren Inhalt insbesondere Bezüge auf die Lebensweise (Handeln und Erleben), allerdings werden auch mögliche Einflüsse der sozialen Umwelt, sowie der eigenen Disposition und Konstitution berücksichtigt.

Gewählt wird in diesem Zusammenhang bewusst der Begriff ‚Gesundheit‘, ohne diesen auf das leistungssporttypische Verständnis von ‚Gesundheit als Leistungsfähigkeit‘ zu spezifizieren, denn aufgrund fehlender vorliegender Befunde zum Gesundheitsverständnis im Nachwuchsleistungssport kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei jungen Athleten nicht auch andere Definitionen von Gesundheit (wie zum Beispiel ‚Gesundheit als Wohlbefinden‘) dominieren.

Im Hinblick auf die bei der Allgemeinbevölkerung identifizierten vier Einflussprozesse (Risikotheorien, Ressourcentheorien, Balance- und Ausgleichstheorien, Schicksalstheorien) werden wahrgenommene Einzelressourcen und -risiken mittels sechs bzw. über sieben Items erhoben (vgl. Tabelle 6). Schicksalstheorien werden über drei

Items (altersbedingte Einbußen, Glück, oder die eigene Veranlagung) abgefragt. Vergleichbar zu der subjektiven Kontrollüberzeugung treten hier mit gleicher Begründung wiederum Items in den Fokus, die bereits im Zusammenhang mit Verweisen auf die Kontrollierbarkeit von Gesundheit im Block zu subjektiven Gesundheitskonzepten auftauchten. Der vierte Bereich, die Balance- und Ausgleichstheorien, wurden bislang in der Regel entweder qualitativ mittels Interviews oder über qualitative Auswertungen der Ressourcen-, Risiko- und Schicksalstheorien (zum Beispiel in Form einer Clusterbildung) ermittelt. Da sich ihr Inhalt jedoch auf eine Abwägung gesundheitlicher Kosten zu bestimmten Nutzen bezieht, scheint eine Erhebung der Ausgleichs- und Balancetheorien gleichbedeutend zu der Zielsetzung der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft, die im Folgekapitel behandelt wird.

Tabelle 6: Subjektive Gesundheitstheorien: Items für die empirische Untersuchung

Subjektive Gesundheitstheorien	
Schicksalstheorien	Einflussbereich (Vgl. Kapitel 2.1.1.2)
Mit der Gesundheit geht es im Laufe des Lebens automatisch bergab.	Schicksal: Alter
Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen muss man einfach Glück haben.	Schicksal: Zufall
Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	Konstitution: Körper
Ressourcentheorien	Einflussbereich (Vgl. Kapitel 2.1.1.2)
Wenn ich von meinen Freunden und meiner Familie Unterstützung bekomme, werde ich schneller wieder gesund.	Umwelt: sozial
Wenn ich bei einer Erkältung Medikamente einsetze, werde ich schneller wieder gesund.	Umwelt: Ökologie
Wenn ich zusätzlich Maßnahmen durchführe, die meine Leistung nicht direkt steigern, verletze ich mich nicht so schnell.	Lebensweise: Handeln
Wenn ich mich bestmöglich erhole, bleibe ich länger gesund.	Lebensweise: Handeln

Wenn ich mich auf meine Ärzte und Therapeuten verlasse, kann ich auf Dauer meine Gesundheit stabil halten.	Umwelt: sozial
Wenn im Team gute Stimmung herrscht, verbessert sich meine Gesundheit.	Lebensweise: Erleben
Risikothorien	Einflussbereich (Vgl. Kapitel 2.1.1.2)
Wenn ich regelmäßige Erholungsphasen nicht einhalte, schade ich meiner Gesundheit.	Lebensweise: Erleben
Wenn ich unter hohem Leistungsdruck stehe, schade ich meiner Gesundheit.	Umwelt / Disposition
Wenn ich Verletzungen nicht ausreichend auskurriere, schade ich meiner Gesundheit.	Lebensweise: Handeln
Wenn ich mich bei Schmerzen niemandem anvertraue, schade ich meiner Gesundheit.	Lebensweise: Handeln Disposition: Persönlichkeit
Wenn ich bei anhaltenden Schmerzen nicht zum Arzt gehe, schade ich meiner Gesundheit auf Dauer.	Lebensweise: Handeln
Wenn ich mich falsch ernähre, kann das meiner Gesundheit schaden.	Lebensweise: Handeln
Wenn ich nicht auf meinen Körper höre, werde ich schneller krank oder verletze mich leichter.	Lebensweise: Erleben / Disposition: Persönlichkeit

Zuletzt erfordert die Frage, ob jugendliche Sportler ihr leistungssportliches Engagement im Hinblick auf ihre Gesundheit als positiv oder negativ einschätzen, die Formulierung eines entsprechenden Items (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Subjektive Gesundheitstheorien – wahrgenommene Auswirkung des leistungssportlichen Engagements: Item für die empirische Untersuchung

Subjektive Gesundheitstheorien – wahrgenommene Auswirkung des leistungssportlichen Engagements
Der Leistungssport wirkt sich äußerst positiv auf meine Gesundheit aus.

Den dargestellten Aussagen zur Erfassung subjektiver Gesundheitstheorien ist auf einer Likert-Skala von eins bis fünf zuzustimmen. Fünf steht dabei für „ich stimme

völlig zu“, drei für „ich stimme weder zu noch nicht zu“ und eins für „ich stimme überhaupt nicht zu“.

3.3.1.3 Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

Zwar untersucht eine Reihe an Studien verschiedene Aspekte der Risikobereitschaft bei der Allgemeinbevölkerung, allerdings finden sich bis auf eine Ausnahme (Thiel et al., 2010) keinerlei quantitative Messinstrumente, welche den Aspekt des Persönlichkeitsmerkmals Risikobereitschaft abprüft, der für die Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Untersuchung relevant ist – der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft innerhalb des Leistungssports.

Aus diesem Grund wurde auf Basis der Ergebnisse qualitativer und der genannten nicht validierten quantitativen Studie eine Itembattery (11 Items) zur Risikobereitschaft im Leistungssport entwickelt (vgl. Tabelle 8).

Die einzelnen Items sind zwei Bereichen zuzuordnen. Die erste Dimension beinhaltet zum einen Aussagen über die Bereitschaft mögliche negative physische Folgen sportlichen Engagements zugunsten der sportlichen Leistungserbringung einzugehen. Basierend auf dem Wissen, dass sich Athleten zu bestimmten Zeitpunkten riskant ihre Gesundheit betreffend verhalten müssen, um möglichst leistungsfähig zu sein (Kapitel 2.1.2.3), beziehen sich die Aussagen auf massive negative Folgen – von chronischen Schmerzen bis zu einer verfrühten Lebenserwartung. Denn aufgrund einer anzunehmenden Zustimmung zur Akzeptanz riskanten Verhaltens ist nur durch extreme Konsequenzen eine zufriedenstellende Varianz im Antwortverhalten zu erreichen. Zudem beinhaltet die Skala Items, die die Bereitschaft zu sportspezifischem riskanten Verhalten abfragt. Die zweite Dimension bezieht sich auf eine Risikobereitschaft die psychosoziale Ebene betreffend, geht der Frage nach, inwiefern die Athleten bereit sind, sich ausschließlich auf den Sport zu fokussieren und damit sportferne und jugendtypische Lebensbereiche zu vernachlässigen.

Die Antwortmöglichkeiten für beide Dimensionen bewegen sich zwischen eins („ich stimme überhaupt nicht zu“) und fünf („ich stimme völlig zu“).

Tabelle 8: Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft: Items für die empirische Untersuchung

Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft
Physische Risikobereitschaft
Lieber nehme ich eine Lebensverkürzung von 30 Jahren in Kauf und werde dafür Weltmeister, als dass ich mit mittelmäßigen Leistungen 90 Jahre alt werde.
Für den sportlichen Erfolg bin ich bereit, chronische Schmerzen auf mich zu nehmen.
Wenn ich Olympiasieger werden könnte, ist es mir egal, später im Rollstuhl zu sitzen.
Mir sind Nebenwirkungen von Medikamenten vollkommen egal, solange sie mich nicht bei Training und Wettkampf behindern.
Ich verheimliche Schmerzen, um unbedingt an einem Wettkampf teilnehmen zu können.
Ich kann sehr starke Schmerzen im Wettkampf/Spiel extrem gut ignorieren und verdrängen.
Ich gehe erst dann zum Arzt, wenn ich vor Schmerzen nicht mehr trainieren kann.
Psychosoziale Risikobereitschaft
Ich denke in jeder freien Minute ans Training oder an Wettkämpfe.
Für den sportlichen Erfolg verzichte ich gerne auf Partys.
Wenn meine sportliche Leistung besser wird, ist es mir egal, wenn mein Körper nicht mehr dem gängigen Schönheitsideal entspricht.
Ich habe durch den Sport keine Zeit mehr für Freunde und Familie.

3.3.2 Burnoutsymptomatik bei Leistungssportlern

Zur Erfassung des subjektiven Belastungszustandes im Kontext des Leistungssports, liegt ein normierter Fragebogen vor. Dieser ermittelt über die drei Symptome von Burnout im Leistungssport (‚Emotionale und Physische Erschöpfung‘, ‚Vermindertes Leistungsstreben‘, ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘), inwieweit Athleten überlastet sind. Dieser auf den Sport angepasste Fragebogen von Raedeke und Smith

(2001) (übersetzt ins Deutsche von Ziemainz et al. (2004)) geht auf die Burnout Definition und das entsprechende Messinstrument von Maslach et al. (1996) zurück (Kapitel 2.2.2).

Die einzelnen Subskalen bestehen jeweils aus fünf Items, die Antwortmöglichkeiten bewegen sich zwischen 1 für ‚fast nie‘, 3 für ‚manchmal‘ und 5 für ‚sehr oft‘. Der Wortlaut der Einzelitems der drei Skalen ist im Folgenden dargestellt (Tabelle 9):

Tabelle 9: Burnoutsymptomatik: Items für die empirische Untersuchung

Burnout-Skala PE: ‚Physische und emotionale Erschöpfung‘
Das Training ermüdet mich so stark, dass ich kaum noch Energie für andere Dinge habe.
Ich fühle mich übermäßig erschöpft durch meine sportliche Betätigung.
Ich fühle mich ausgelaugt von meiner Sportart.
Ich fühle mich körperlich erschöpft von meiner Sportart.
Die geistigen und körperlichen Anforderungen in meinem Sport erschöpfen mich.
Burnout-Skala VL: ‚Vermindertes Leistungsstreben‘
Die Energie, die ich in meine Sportart stecke, sollte ich besser für andere Dinge verwenden.
Ich Sorge mich nicht so sehr um meine Leistungen in meiner Sportart, wie ich es früher getan habe.
Ich kann mich nicht mehr so für meine Sportart interessieren, wie ich es mal getan habe.
Der Erfolg in meiner Sportart ist mir nicht mehr so wichtig, wie er es einmal war.
Bezüglich meiner Sportart habe ich negative Gefühle.
Burnout-Skala ZB: ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘
Ich erreiche viele erstrebenswerte Dinge in meiner Sportart.
Ich erreiche nicht viel in meiner Sportart.
Ich schaffe es nicht, in meiner Sportart meine Leistungsfähigkeit voll auszuschöpfen.
Es erscheint mir, dass, egal was ich tue, ich nicht das leiste, was ich leisten sollte.
Ich fühle mich erfolgreich in meiner Sportart.

Die einzelnen Skalen der deutschsprachigen Skala wurden in der Vergangenheit mittels testtheoretischer Analysen geprüft. Eine Validitätüberprüfung mittels einer explorativen Faktorenanalyse bestätigte zunächst die entsprechende Zuordnung der einzelnen Items zu den drei Skalen. Detaillierte Informationen zu den zugehörigen Werten sind allerdings nicht verfügbar (Krause (2002) zitiert nach Ziemainz et al. (2004)). Zudem wurde die konstruktbezogene Validität durch einen Vergleich mit der Burnout-Subskala des Erholungs-Belastungsfragebogens (EBF) von Kellmann and Kallus (2000) überprüft ($r = .50$ bis $.70$) (Pöllot (2002) zitiert nach Ziemainz et al. (2004)). Die Kriteriumsvalidität zeigte Korrelationen zwischen $.30$ und $.60$ (Krause (2002), Pöllot (2002), Schiersch (2002), Bierre (2002) alle zitiert nach Ziemainz et al. (2004)). Die Überprüfung der inhaltlichen Validität anhand eines Expertenratings ergab Übereinstimmungen von 80%.

Berechnungen der internen Konsistenz der Subskalen zeigen zufriedenstellende Werte von $\alpha = .77$ (Burnout-ZB), $\alpha = .81$ (Burnout-VL), $\alpha = .86$ (Burnout-PE) (Ziemainz et al., 2004).

Eine Analyse der Test-Retest Reliabilität (zwischen t_1 und t_2 : 7 bis 10 Tage) für die einzelnen Subskalen ergab Werte zwischen $r = .70$ und $.90$ (Ziemainz et al., 2004). Neben der Stichprobe und den Erhebungsinstrumenten sind darüber hinaus insbesondere Überlegungen anzustellen, mittels welcher statistischen Verfahren die forschungsleitenden Fragestellungen optimal beantwortet werden können.

3.4 Statistische Analysen

Die statistischen Analysen aller Fragestellungen erfolgen mithilfe von SPSS PASW 18 Statistics (IBM Corporation, Somers, NY, USA).

Grundlegend für die Datenerhebung ist abgesehen von der Auseinandersetzung damit, über welche Verfahren die einzelnen Fragestellungen zu beantworten sind auch die Überprüfung, ob alle Skalen notwendige Gütekriterien erfüllen.

3.4.1 Gesundheitsbewusstsein

Die Untersuchung des Gesundheitsbewusstseins jugendlicher Athleten erfordert zunächst Analysen notwendiger Gütekriterien, da die verwendeten Skalen eigens für diese Untersuchung entwickelt wurden. Denn erst wenn die Qualität der psychometrischen Instrumente gewährleistet ist, sind die resultierenden Ergebnisse als brauch-

bar einzustufen. Eine testtheoretische Überprüfung der entwickelten Skalen ist mittels verschiedener Gütekriterien durchzuführen (Bühner, 2006) (vgl. Kapitel 3.4.1.1). In einem zweiten Schritt rücken die forschungsleitenden Fragestellungen in den Fokus der theoretischen statistischen Auseinandersetzung. In diesem Zusammenhang gilt es zu überlegen, welchen statistischen Analyseverfahren die erhobenen Daten genügen müssen, damit die Fragen der einzelnen Bereiche bestmöglich beantwortet werden können (vgl. Kapitel 3.4.1.2).

3.4.1.1 Testtheoretische Überprüfung der entwickelten Skalen

Mit Hilfe von statistischen Berechnungen ist vor der Analyse der Fragestellungen zu überprüfen, ob eine Skala bestimmten Gütekriterien, die Aufschluss über die Qualität eines Tests geben, genügt. Dabei muss in einem ersten Schritt über eine so genannte Itemanalyse überprüft werden, ob die einzelnen Items bestimmten Anforderungen entsprechen. Im Verlauf dieser Untersuchung werden Itemeigenschaften als Kennwerte bestimmt und anhand vorgegebener Qualitätsstandards beurteilt (Bortz & Döring, 2002). Dadurch können ungeeignete Items in einem Fragebogen identifiziert und entfernt werden, so dass sich die Aussagekraft eines Fragebogens verbessern lässt (Mummendey, 1999). Traditionellerweise besteht die Itemanalyse aus mehreren Schritten: zunächst ist auf Itemebene zu prüfen, ob die Rohwerte bestimmte Anforderungen erfüllen, die für die Anwendung parametrischer Verfahren notwendig sind. Daneben ist vor allem die Ermittlung des Schwierigkeitsgrades unerlässlich. Auf Skalenebene gilt es zudem die Validität, die Trennschärfe sowie die Reliabilität zu beleuchten (Mummendey, 1999).

Rohwerteverteilung

Die Überprüfung der Normalverteilungsannahme kann mittels verschiedener Möglichkeiten erfolgen. Inferenzstatistisch stehen mehrere Verfahren zur Verfügung, die jedoch oftmals als alleinige Entscheidungsgrundlage nicht ausreichen. Entweder ist ihre Testgüte bzw. Teststärke ungenügend (z.B. Kolmogorov-Smirnov-Test, der einen sehr hohen β -Fehler aufweist) oder sie sind zu streng, so dass vor allem bei großen Stichproben geringe und damit irrelevante Abweichungen von einer Normalverteilung bereits zu einer Ablehnung der Normalverteilungsannahme führen (z.B. Shapiro-Wilks-Test) (D'Agostino, Belanger, & D'Agostino, 1990). Als sinnvoll erweist

sich dagegen vor allem bei großen Stichproben eine Betrachtung des Normalverteilungsplots (Q-Q-Plot), in dem die Daten gegen die erwarteten Werte einer Normalverteilung plottet oder die Beurteilung der Normalverteilung anhand der Parameter Schiefe und Exzess (Kurtosis). Zwar werden unterschiedliche Kennziffern angegeben, ab welchem Wert eine Verletzung der Normalverteilung vorliegt, doch besteht Konsens weitestgehend darin, dass ab einem absoluten Wert für die Schiefe von $\geq |2|$ und der Kurtosis von $\geq |7|$ (Weiber & Mühlhaus, 2010) von einem Verstoß gegen die Normalverteilungsannahme auszugehen ist.

Itemschwierigkeit

Einer Überprüfung der für parametrische Verfahren notwendigen Normalverteilung der Items schließt sich eine Berechnung der Itemschwierigkeit an. Durch die Itemschwierigkeitsanalyse erfolgt eine Negativauslese der Einzelfragen, die von fast allen Probanden bejaht oder verneint werden und damit letztlich zur Unterscheidung zwischen verschiedenen Individuen nicht sinnvoll sind, da sich keine Personenunterschiede erkennen lassen (Mummendey, 1999). Während zu schwere Items nur von wenigen Probanden bejaht werden, erhalten zu leichte Items sehr große Zustimmung³¹ (Bortz & Döring, 2002; Bühner, 2006). Der Wertebereich des Schwierigkeitsindex liegt zwischen 0 (schwerstes Item) und 1 (leichtestes Item) (Bortz & Döring, 2002). Liegt der Schwierigkeitsindex unter 20% oder über 80%, sollte das Item für weitere Berechnungen aus der Skala herausgenommen werden (Mummendey, 1999). Die Itemschwierigkeitsanalyse erfolgt (bei metrischem Skalenniveau) über eine Division des Itemmittelwerts der Stichprobe durch den höchstmöglichen Wert, der auf diesem Item erreicht werden kann.

Interne Validierung

Da der zweite Teil der Itemanalyse – die Trennschärferechnung – nicht mehr einzelne Items sondern Item-Batterien betrachtet, die eine Dimension eines übergeordneten Konstrukts verkörpern, ist im Zusammenhang mit entwickelten Skalen zunächst zu überprüfen, ob sich die postulierte Zuordnung der Items zu der jeweiligen Dimension auch empirisch wiederfindet. Realisiert wird dieser Schritt mit Hilfe einer

³¹ Wird zum Beispiel die Persönlichkeitseigenschaft „Ängstlichkeit“ abgeprüft, gälte das Item „Ich fürchte mich ohne jeden Grund“ als zu schwer, wenn nur sehr wenige Probanden dieses Item bejahen, das heißt in der Richtung des zu messenden Persönlichkeitsmerkmals beantworten. Zu leicht wäre das Item, wenn diesem von sehr vielen Probanden zugestimmt würde (Mummendey, 1999).

internen Validierung, die innerhalb einer Skala überprüft, ob mehrere Variablen eine gemeinsame Hintergrundvariable – einen Faktor – verkörpern.

Statistisch wird die interne Validierung über eine explorative Faktorenanalyse durchgeführt. Dadurch ist es möglich, Daten zu reduzieren, indem viele Variablen auf der Basis ihrer korrelativen Beziehungen zu einer Anzahl überschaubarer und interpretierbarer Faktoren zusammengefasst werden (Bühl, 2012). Ziel ist es, diejenigen Faktoren zu ermitteln, welche die beobachtbaren Zusammenhänge zwischen den gegebenen Variablen bestmöglich erklären, es wird folglich nach Gruppen von Items gesucht, auf die in gleichem Maß geantwortet wird. Bestätigt sich ein ähnliches Antwortverhalten, ist anzunehmen, dass diese denselben Faktor messen³². Zu welchem Faktor ein Item zugeordnet wird, ist durch die Höhe der Ladung des jeweiligen Items auf dem Faktor bestimmt. Lädt ein Item auf einem Faktor hoch, liegt eine hohe Korrelation zwischen dem Item und diesem Faktor vor (Bühner, 2006), wobei Ladungen unter .40 unterdrückt wurden. Als Methode zur Extraktion der Faktoren bietet sich das in der Empirie gängigste Verfahren der Hauptkomponentenanalyse (Principal Components Analysis (PCA)) an (Costello & Osborne, 2005). Die Zielsetzung der PCA – eine möglichst umfassende Reproduktion der Datenstruktur durch möglichst wenig Faktoren – erscheint im Hinblick auf die Funktion der Faktorenanalyse als Methode einer internen Validierung der selbst entwickelten Skalen sinnvoll³³. Die PCA versucht unter Annahme einer Messfehlerfreiheit der Variablen die gesamte Varianz der Variablen vollständig auf die extrahierten Faktoren (Hauptkomponenten) zurückzuführen, fragt folglich danach, durch welchen Begriff die auf einen Faktor hochladenden Variablen beschrieben werden können (Moosbrugger & Kelava, 2007)³⁴.

Neben der Extraktionsmethode ist zudem eine Rotationstechnik zu wählen (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2008). Angesichts des Ziels der internen Validierung bzw. Datenreduktion ist die Varimax-Rotation zu wählen, bei der die Varianz

³² Statistisch bedeutet die Ähnlichkeit in den Antworten, dass die Variablen eines Faktors untereinander hohe Korrelationen bzw. Kovarianzen aufweisen. Dementsprechend korrelieren Variablen, welche verschiedenen Faktoren zugeordnet werden, nur schwach miteinander (Bühner, 2006).

³³ Auch wäre eine Extraktion nach der Hauptachsenanalyse (PFA) prinzipiell möglich. Diese nimmt an, dass sich die Varianz einer Variablen durch wahre Varianz sowie Messfehlervarianz (Kommunalitäten) erklären lässt und zielt darauf ab, eine Bezeichnung der Ursache zu finden, die für die hohen Ladungen der Variablen auf diesem Faktor verantwortlich ist. Da die PFA infolgedessen die Faktoren extrahiert, auf die die Zusammenhänge zwischen den den Faktor konstituierenden Variablen zurückgeführt werden können, also die gemeinsame Varianz der Variablen (Kommunalitäten) erklären möchte (Moosbrugger & Kelava, 2007), ist die PCA für das Ziel einer internen Validierung vorzuziehen.

³⁴ Aufgrund der Annahme einer Messfehlerfreiheit liegt die gemeinsame Varianz der Variablen (Kommunalitäten) bei Eins (Diagonale einer Korrelationsmatrix), die Faktoren können jedoch dementsprechend Messfehleranteile enthalten. Infolgedessen sind die Faktorladungen oftmals auch höher als bei beispielweise der PFA.

der quadrierten Faktorladungen pro Faktor maximiert werden (Werner, 2014)³⁵. Der Ablauf der Faktorenanalyse (PCA, Varimax) sieht dementsprechend vor, zunächst den Faktor zu extrahieren, durch den ein möglichst großer Anteil der Gesamtvarianz aufgeklärt werden kann. Im Anschluss daran wird der jeweils nächste Faktor so bestimmt, dass er erstens orthogonal zum vorherigen steht (damit nicht mit diesem zusammenhängt) und zweitens wiederum möglichst viel zusätzliche Varianz erklärt (Moosbrugger & Kelava, 2007; Werner, 2014). Da die Anzahl der Faktoren a priori nicht vorgegeben wird, sondern abhängig ist von der Stärke der Korrelationen, ist die exploratorische Faktorenanalyse ein hypothesengenerierendes Verfahren.

Um die Anzahl der Faktoren zu ermitteln, stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Neben der Leitlinie des Kaiser Kriteriums – der Eigenwert jedes Faktors sollte größer als 1 sein³⁶ – dient häufig der Scree-Test von Cattell als gängiges Mittel, um eine sinnvolle Anzahl an Faktoren zu ermitteln³⁷. Items, die auf keinem der Faktoren laden oder Doppelladungen auf mehreren Faktoren aufweisen, werden der Skala für weitere Berechnungen entnommen (Bühner, 2006).

Im Anschluss an eine explorative Faktorenanalyse, die Aufschluss über die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren gibt, ist in einem nächsten Schritt eine konfirmatorische Faktorenanalyse durchzuführen, bei der unter Ausschluss der als ungeeignet identifizierten Items die Anzahl der zu ermittelnden Faktoren vorgegeben wird. Auf diesem Weg ist es möglich, die zuvor ermittelte Hypothese über die Anzahl der Faktoren zu prüfen und die für diese Lösung entsprechende Varianzaufklärung zu ermitteln (Bortz & Schuster, 2010; Werner, 2014).

Trennschärfe

In einem nächsten Schritt sind die Items der ermittelten Faktoren auf ihre Trennschärfe zu überprüfen. Die Trennschärfe analysiert, ob und wie gleichmäßig und reproduzierbar einzelne Items zum Gesamtergebnis der Skala beitragen (Bühner,

³⁵ Sie ist zu den orthogonalen Rotationstechniken zu zählen, gibt demnach als Zuordnungskriterium vor, hohe Ladungen auf einem Faktor bei gleichzeitiger niedriger Ladung auf den anderen Faktoren zu erzielen (Bühner, 2006). Damit korrelieren die Faktoren nicht miteinander, was ihre Interpretation erleichtert.

³⁶ Der Eigenwert jedes Faktors liefert eine Aussage zu seiner Bedeutsamkeit. Er gibt an, wie viel Varianz der Faktor an allen Variablen erklärt. Ist der Eigenwert größer als 1, so klärt er mehr Varianz auf als eine standardisierte Variable und hat somit zu einer sinnvollen Datenreduktion beigetragen. Nach diesem Modell fällt die Entscheidung auf die Anzahl an Faktoren mit einem Eigenwert größer als eins. Der erste aufgeführte Faktor weist den größten Eigenwert auf, klärt damit am meisten Varianz auf, je mehr Faktoren extrahiert werden, desto geringer werden die Eigenwerte der Faktoren (Bühner, 2006).

³⁷ Mittels des Scree-Tests wird ein bedeutsamer Eigenwertabfall gesucht, welcher sich grafisch in einem Knick des Eigenwertverlaufs zeigt. Die Anzahl an Faktoren, welche vor dem Knick liegen, klären somit bereits einen sehr großen Anteil an Varianz auf (Bühner, 2006). Nach diesem Modell fällt dann die Entscheidung auf die Anzahl der Faktoren, deren Eigenwerte vor dem Knick liegen (Bühner, 2006).

2006). Praktisch ausgedrückt stellt die Trennschärfe den Grad des Zusammenhangs zwischen der Bejahung eines Items und dem Gesamtscore, der sich aus der Summe aller Item-Bejahungen ergibt, dar (Mummendey, 1999). Personen, die im Gesamtergebnis einen hohen Wert erreichen, müssen auf einem trennscharfen Item ebenfalls eine hohe Punktzahl aufweisen (analog niedrige Werte). Trennscharfe Items lassen demnach bereits auf das Gesamtergebnis der Skala schließen, durch sie können entsprechend der Ergebnisse auf der Gesamtskala genauso unterschiedliche Typen erkannt werden (Bortz & Döring, 2002; Mummendey, 1999).

Statistisch wird der Trennschärfekoeffizient durch die Korrelation jedes Items mit dem Gesamtscore der Skala, der Item-Skala-Korrelation, ausgedrückt (Mummendey, 1999). Da jedoch in den additiven Gesamtwert auch das betrachtete Item selbst eingeht, würde dies die Korrelation künstlich erhöhen. Deshalb werden korrigierte Trennschärfekoeffizienten berechnet (Korrigierte Item-Skala-Korrelation), die das aktuelle Item unberücksichtigt lassen (Bortz & Döring, 2002). Der Wertebereich des Trennschärfekoeffizienten liegt zwischen -1 bis $+1$. Der Wert -1 zeigt keine Korrelation auf, positive Werte zwischen $.30$ und $.50$ gelten als mittelmäßig; Werte größer $.50$ weisen auf hohe Korrelation hin (Bortz & Döring, 2002). Items mit Werten unter $.30$ sollten aus der Itembatterie eliminiert werden.

Reliabilität

Die Reliabilität bezeichnet die Zuverlässigkeit eines Messinstruments und gilt als ein entscheidendes Kriterium, das Aussagen über die Güte einer Skala liefert. Die Untersuchung erfolgt über Berechnungen im Zusammenhang mit dem Koeffizienten Alpha nach Cronbach. Über Cronbach's Alpha ist abzulesen, inwiefern die einzelnen Items einer Dimension im Durchschnitt miteinander korrelieren. Alpha drückt demnach aus, ob eine Itembatterie homogen ist. Der Parameter stellt eine besonders ökonomische Version einer ganzen Reihe von Koeffizienten zur Berechnung der internen Test-Konsistenz (des Zusammenhangs der Items miteinander) dar. So werden mittels Cronbach's Alpha unter anderem jegliche Formen des Testhalbierungsansatzes (,split-half reliability') berechnet, welcher eine Skala nach unterschiedlichen Gesichtspunkten in eigenständige Hälften teilt. Anschließend werden Korrelationen zwischen den Gesamtwerten der Testhälften berechnet (Mummendey, 1999). Eine hohe Korrelation ist Ausdruck hoher interner Konsistenz der Skala (Bühner, 2006).

Der Wert von Cronbach's Alpha ist stark von der Anzahl der Items abhängig. Je weniger Items ein Fragebogen hat, desto schlechter ist die Korrelation (Mummendey, 1999). Besteht eine Skala aus vielen Items, sollte Alpha tendenziell höher sein. Der Wertebereich der Reliabilität liegt zwischen 0 und 1. Die vorgegebenen Werte sind für etablierte Skalen ab dem Wert .70 und für neu entwickelte Skalen ab einem Wert von .60 als geeignet anzusehen (Crano & Brewer, 2002).

Allerdings ist hinsichtlich Überlegungen im Zusammenhang mit der Reliabilität (aber auch mit der Trennschärfe) anzufügen, dass der Entscheidung gegen ein Item eine Prüfung dessen inhaltlicher Notwendigkeit vorausgehen sollte. So besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass Items trotz kritischer Alpha-Werte oder Trennschärfen im Fragebogen verbleiben, weil sie beispielsweise interessante Facetten eines Konstrukts abprüfen, die durch andere Items der Skala nicht abgedeckt werden können. Gerade wenn verschiedene Facetten eines komplexen Konstrukts über mehrere Items erfasst werden sollen, resultieren zwangsläufig niedrigere Trennschärfen und/oder geringe Alpha-Werte. Eine Möglichkeit zur Überprüfung einer inhaltlichen Zugehörigkeit kritischer Items zu einer Skala, ist die Berechnung der Inter-Item-Korrelation, die Aussagen über die Homogenität der Einzelitems liefert. Weisen die Items Korrelationswerte zwischen .20 und .40 auf, ist davon auszugehen, dass sie nicht identische, aber ähnliche Aspekte des zu prüfenden Konstrukts messen (Bortz & Schuster, 2010; Bühner, 2011).

Validität

Grundsätzlich beinhaltet die Validität die Bestimmung des Grads der Gültigkeit und Genauigkeit bzw. des empirisch ermittelten Ausmaßes, mit dem die einzelnen Dimensionen eines Konstrukts das messen, was sie zu messen vorgeben. Die Überprüfung der Validität wird u.a. über das Verfahren der Konstruktvalidität ermöglicht. Da hinsichtlich der in der vorliegenden Arbeit zu untersuchenden Teilbereiche des Gesundheitsbewusstseins verwandte Konstrukte fehlen, ist es nicht möglich, Übereinstimmungen zu vergleichbaren Außenkriterien zu prüfen. Aus diesem Grund ist die bereits beschriebene interne Validierung das Verfahren, das im Hinblick auf die vorliegenden Skalen zum Einsatz kommen muss.

3.4.1.2 Analysen zur Beantwortung der Fragestellungen

Die Wahl der Analyseverfahren erfordert für jede Dimension eine Auseinandersetzung damit, welche Aspekte der forschungsleitenden Fragestellungen mit den gewonnenen Daten beantwortet werden.

Wie im Folgenden veranschaulicht, erfolgen die Berechnungen zur Identifikation der einzelnen Kategorien subjektiver Gesundheitskonzepte und -theorien sowie der gesundheitsorientierten sportbezogenen Risikobereitschaft mittels identischer statistischer Verfahren. Abweichungen sind dagegen hinsichtlich der Analysemethoden der Teilfragestellungen zu beobachten, die sich mit den Einflussfaktoren auf die einzelnen Kategorien beschäftigen.

Zustimmung zu den Dimensionen der Teilbereiche des Gesundheitsbewusstseins

Die zur Validierung der drei entwickelten Skalen zum Gesundheitsbewusstsein durchgeführte Faktorenanalyse liefert die Grundlage dafür aufzudecken, welche Dimensionen hinsichtlich subjektiver Gesundheitskonzepte, -theorien und gesundheitsbezogener sportspezifischer Risikobereitschaft bei Nachwuchsleistungssportlern zu finden sind.

Basierend darauf ist über eine deskriptive Analyse der jeweiligen Faktormittelwerte zu berechnen, inwiefern die Athleten den einzelnen Dimensionen zustimmen.

Im Hinblick auf die Gesundheitsdefinitionen ist zusätzlich zu untersuchen, inwieweit jugendliche Athleten ihre Gesundheit als dynamisch erfahren. Eine Antwort hierauf findet sich im Antwortverhalten auf einzelne Indikatoritems innerhalb der Skala zu subjektiven Gesundheitskonzepten (Kapitel 3.3.1.1).

Vergleichbar ist bei der Beantwortung der Teilfrage subjektiver Gesundheitstheorien vorzugehen, die von jugendlichen Sportlern eine Einschätzung verlangt, ob sie ihr leistungssportliches Engagement im Hinblick auf ihre Gesundheit als positiv oder negativ bewerten.

Einflussfaktoren auf die Dimensionen der Teilbereiche des Gesundheitsbewusstseins

Im Zusammenhang mit der Frage, durch welche Variablen Unterschiede in den einzelnen Dimensionen zu erklären sind, muss zwischen den Gesundheitskonzepten

und -theorien auf der einen und der Risikobereitschaft auf der anderen Seite differenziert werden.

Hinsichtlich Ersteren erfüllt die Bestimmung der Determinanten den Zweck zu verstehen, in welchen Parametern sich die Athleten unterscheiden, die zu einem bestimmten Gesundheitsverständnis bzw. zu bestimmten wahrgenommenen Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit tendieren. In Bezug auf die Risikobereitschaft hingegen, muss berücksichtigt werden, dass Athleten ihre Gesundheit teilweise bewusst riskieren müssen, um sportliche Höchstleistung zu erreichen. Die Identifikation der Variablen, die bei allen Athleten zu einer erhöhten Risikobereitschaft führen, liefert dementsprechend nur einen bedingten Erkenntnisgewinn. Präzisere Informationen sind dagegen in der Analyse der Einflussfaktoren zu finden, die die Bereitschaft zu extrem riskanten (bzw. risikoarmen) Verhalten bedingen. Denn diese außergewöhnlich risikobereiten (bzw. risikoaversen) Nachwuchssportler laufen Gefahr, sich (bzw. nicht) nachhaltig zu schädigen und mit einer deutlich höheren (bzw. niedrigeren) Wahrscheinlichkeit verfrüht aus dem Leistungssport auszusteigen. Die Zielsetzung, Determinanten der Extremgruppen zu identifizieren, verlangt jedoch auch ein spezifisches Analyseverfahren.

Zunächst wird die methodische Umsetzung zur Untersuchung der Einflussfaktoren auf die verschiedenen subjektiven Gesundheitskonzepte und -theorien, daran anschließend auf die Risikobereitschaft dargestellt.

Subjektive Gesundheitskonzepte und -theorien

Um die Determinanten der einzelnen Gesundheitsverständnisse sowie der wahrgenommenen Ressourcen und Risiken für die eigene Gesundheit zu bestimmen, bietet sich das Verfahren der Regressionsanalyse an. Unter Berücksichtigung des Skalenniveaus der abhängigen (metrisch) und verschiedenen unabhängigen Variablen ist ein lineares multiples Regressionsmodell zu wählen, das durch bestimmte Kennzahlen definiert wird.

Grundsätzlich bilden in der Regressionsanalyse die standardisierten Regressionskoeffizienten Beta (β) die Einflussstärke, also die relative Bedeutung der unabhängigen Variablen, ab. Eine globale Prüfung des Regressionsmodells erfolgt mittels des Bestimmtheitsmaßes R^2 . R^2 überprüft die Anpassungsgüte der Regressionsfunktion („goodness of fit“), also wie gut sich die Regressionsfunktion an die beobachteten Daten anpasst. Die Frage, ob und wie gut die abhängige Variable Y durch das Reg-

ressionsmodell erklärt wird, steht im Mittelpunkt. Dabei gibt R^2 den Anteil der erklärten Streuung/Varianz an der gesamten Varianz der abhängigen Variablen an, beantwortet also die Frage, ob die Gesamtheit der unabhängigen Variablen eine Verbesserung der Vorhersage der abhängigen Variable erzielen, im Vergleich zur einfachen Schätzung der Mittelwerte. Die Schätzung wird umso besser, je größer der Anteil der durch die unabhängigen Variablen erklärte Abweichung an der Gesamtabweichung ist oder anders ausgedrückt – je kleiner die Residuen, also der unerklärte Anteil an der Gesamtabweichung, sind (Backhaus et al., 2008; Bortz & Schuster, 2010).

Die Frage, ob R^2 im Gesamtmodell der Regressionsanalyse signifikant wird, also inwieweit die Ergebnisse in der Stichprobe auch für die Grundgesamtheit gelten, wird durch eine Signifikanzprüfung des geschätzten Modells mittels der F-Statistik beantwortet. Hierbei wird das korrigierte Bestimmtheitsmaß R^2_{kor} verwendet, das den Stichprobenumfang berücksichtigt, da das nicht korrigierte R^2 mit zunehmender Anzahl an unabhängigen Variablen zwangsläufig steigt (Bortz & Schuster, 2010; Bühl, 2012).

Ergibt die Prüfung der Regressionsfunktion einen Zusammenhang des geschätzten Modells in der Grundgesamtheit, werden die Regressionskoeffizienten mit Hilfe eines t-Tests einzeln überprüft. Ziel ist die Aussage, inwiefern die jeweilige unabhängige Variable einen Einfluss auf die abhängige Variable ausübt (Backhaus et al., 2008; Bortz & Schuster, 2010).

Die Auswahl der unabhängigen Variablen erfolgt durch eine schrittweise Regression, bei der die unabhängigen Variablen einzeln und nacheinander in die Regressionsgleichung einbezogen werden. Ziel ist das Modell mit dem höchsten Bestimmtheitsmaß zu finden. Ausgewählt wird immer diejenige Variable, die den größten partiellen Korrelationskoeffizienten und somit dem größten Beitrag zur Erhöhung des Bestimmtheitsmaßes aufweist. Das Signifikanzniveau sowohl bei der F- als auch bei der t-Statistik liegt bei .05.

Zur Überprüfung der Modellprämissen wird zum einen die Multikollinearität zwischen den unabhängigen Variablen getestet (Backhaus et al., 2008). Diese gibt Aufschluss darüber, ob die Annahme einer linearen Unabhängigkeit zwischen den unabhängigen Variablen zutrifft, diese also dasselbe Konstrukt messen. Liegen so genannte Toleranzwerte (Differenz zwischen 1 und R^2) sowie ‚Variance Influence Factors‘ (VIF

– Kehrwert aus Differenz) nahe bei 1, stehen sie für ein geringes Multikollinearitäts-Risiko (Hays, 1988). Akzeptiert werden Toleranzwerte, die größer als .25, und VIF Werte, die kleiner als 5 sind (Urban & Mayerl, 2006).

Zum anderen ist über eine Betrachtung der partiellen Residuenplots (P-P Diagramm von standardisierten Residuen) zu überprüfen, ob die Annahme der linearen Abhängigkeit zwischen abhängiger und unabhängiger Variablen zutrifft. Bei einer nicht-linearen Beziehung zeigt sich ein nicht horizontales Punkteband bzw. ein systematischer Kurvenverlauf (Backhaus et al., 2008).

Als weiterer Punkt im Zusammenhang mit den Residualgrößen ist eine Homogenität der Varianzen der Residualgrößen zu untersuchen (Backhaus et al., 2008). Diese so genannte Homoskedastizität stellt sicher, dass alle Beobachtungswerte gleich bewertet werden (bei Heteroskedastizität tritt das Problem auf, dass mehr Wert auf eine gute Prognose der Werte mit hoher Varianz gelegt wird). Liegt Homoskedastizität vor, findet sich in einem Streudiagramm (Regression standardisiertes Residuum mit Regression standardisierter geschätzter Wert) eine gleich breite Punktwolke entlang einer waagrechten (Null-)Linie. Idealtypisch ist das Ergebnis, wenn die Residuen unsystematisch um die Nulllinie schwanken (Backhaus et al., 2008).

Weitere Prämissen der Regressionsanalyse, wie etwa die Normalverteilung der Residuen, die zu ungünstigen Signifikanztests führen würden, sind bei einer ausreichend großen Stichprobe ($n > 40$) zu vernachlässigen. Außerdem ist anzunehmen, dass die Residuen normalverteilt sind, sofern auch die Originalvariablen normalverteilt sind (was in der Analyse der Rohwerteverteilung überprüft wird) (Backhaus et al., 2008). Auch die Problematik der Autokorrelation ist im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung zu vernachlässigen, da eine fehlende Unabhängigkeit der Residualgrößen erst bei Zeitreihenanalysen zu Problemen bei der Signifikanz der t-Tests führt (Backhaus et al., 2008).

Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

Berechnungen, die auf die Bestimmung der Determinanten der Bereitschaft, sport-spezifische Risiken einzugehen, abzielen, verlangen aus eingangs genannten Gründen nach einem Verfahren, das nicht auf gesamtgruppenstatistischem Niveau (wie durch lineare Regressionsanalysen) rechnet. Vielmehr müssen in einem ersten Schritt Gruppen mit extremen Ausprägungen identifiziert werden, um dann Faktoren zu bestimmen, die diese Gruppen determinieren.

Für diesen Fall bietet sich das statistische Analyseverfahren der Kontrastgruppenbildung an, das einzelne Untergruppen mit besonders hoher bzw. niedriger Ausprägung des zu untersuchenden Merkmals in den Fokus rückt. Folglich ist im Anschluss an die Faktorenanalyse zur Ermittlung der Dimensionen der sportspezifischen gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft je eine Kontrastgruppenanalyse über die ermittelten Subskalen unter Berücksichtigung des Einflusses der in der Theorie dargestellten unabhängigen Variablen durchzuführen.

Mithilfe der so genannten Kontrastgruppenanalyse oder ‚classification tree analysis‘ wird die Grundgesamtheit in verschiedene Teilpopulationen eingeteilt, basierend auf der Einflussstärke von Prädiktoren auf die Gruppierungsvariable. Einen Vorteil dieser Methode bietet neben Berechnungen von Interaktionen der unabhängigen Variablen auch die Veranschaulichung deren Einflussstärke durch ein hierarchisches Baummodell. Außerdem lassen sich die ermittelten Gruppen nach ihrem Ausprägungsgrad der abhängigen Variablen in eine Reihenfolge bringen (Bühl, 2010; Camp & Slattery, 2002).

Zur Berechnung von ‚classification tree analyses‘ stehen verschiedene Algorithmen zur Verfügung, deren Auswahl im Hinblick auf die Fragestellung und die damit einzubeziehenden abhängigen und unabhängigen Variablen zu reflektieren ist (Bühl, 2010; SPSS). Das metrische Skalenniveau der Items zur abhängigen Variablen ‚sportspezifische gesundheitsbezogene Risikobereitschaft‘ verlangt den CHAID Algorithmus (‚chi squared automatic interaction detector‘), dessen Ergebnisse durch eine automatische Entdeckung von Zusammenhängen zwischen den unabhängigen Variablen auf der Basis von Chi Quadrat Tests erreicht werden. Dabei bestimmt CHAID in jedem Analyseschritt denjenigen Prädiktor, der den stärksten Einfluss auf die Kategorien der abhängigen Variablen ausübt. Das Skalenniveau der unabhängigen Variablen ist dabei beliebig, wobei metrische Variablen in kategoriale übersetzt werden (Camp & Slattery, 2002). Dadurch, dass CHAID nicht immer optimale Kategorien des Prädiktors bildet, da die Kategorienbildung abgebrochen wird, sobald sich alle gefundene Kategorien signifikant unterscheiden, ist die präzisere Methode Exhaustive CHAID zu wählen (Camp & Slattery, 2002). Diese untersucht für jede Einflussvariable alle möglichen Aufteilungen, fährt folglich so lange fort Kategorien zu bilden, bis nur noch zwei resultieren. Aus den verschiedenen Möglichkeiten wählt Exhaustive

CHAID die Kategorisierung mit dem stärksten Zusammenhang aus und berechnet hierfür einen korrigierten p-Wert (Camp & Slattery, 2002; SPSS o.J.).

Als notwendige Spezifikation für die Berechnung einer ‚classification tree analysis‘, so genannte ‚stopping rules‘, wird das Signifikanzniveau für das Aufteilen von Knoten und das Zusammenführen von Kategorien auf .05, die Baumtiefe auf 3 und die Mindestanzahl der Fälle im übergeordneten bzw. im untergeordneten Knoten auf 100 bzw. 50 festgelegt. Zudem wird als Maß der Zuverlässigkeit des Modells das Fehlklassifizierungsrisiko, also die Varianz innerhalb der Knoten, berechnet (SPSS o.J.).

Die Modellgüte eines Baummodells lässt sich bei einer abhängigen Variable auf metrischem Skalenniveau über die erklärte Varianz des gesamten Baums (Varianz zwischen den Knoten) ableiten, die sich aus der Differenz der unerklärten Varianz von dem Wert 1 ergibt. Die unerklärte Varianz wird aus dem Quotienten des Risikoschätzers ((Fehler-) Varianz innerhalb der einzelnen Knoten) und der Gesamtvarianz am Stammknoten (Standardabweichung im Quadrat) berechnet (SPSS, p. 82).

3.4.2 Burnoutsymptomatik bei Leistungssportlern

Der subjektive Belastungszustand zielt neben einer einfachen Darstellung des Ausmaßes der Burnoutsymptomatik bei Nachwuchsleistungssportlern darauf ab, Variablen zu identifizieren, die besonders überlastete bzw. ausgeglichene Athleten kennzeichnen. Folglich ist – vergleichbar zur Untersuchung der sportspezifischen gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft – ein Analyseverfahren erforderlich, das Determinanten nicht auf Gesamtgruppenniveau, sondern in Bezug auf Untergruppen mit extremen Ausprägungen identifiziert. Zudem wäre eine Analyseverfahren wünschenswert, die der theoretischen Auseinandersetzung entsprechend Interaktionen verschiedener Variablen erlaubt, da Überlastungszustände durch das Aufeinandertreffen verschiedener Bedingungen entstehen. Vor diesem Hintergrund bietet sich wiederum die Kontrastgruppenanalyse mittels einer ‚classification tree analysis‘ an, deren Methodik bereits im Zusammenhang mit der Untersuchung der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft vorgestellt wurde.

4 Empirie

Bevor eine Ergebnisdarstellung im Hinblick auf die Teilfragestellungen erfolgt, wird zunächst die Stichprobe vorgestellt. Tabelle 10 beinhaltet die deskriptive Verteilung der Stichprobe der Nachwuchsleistungssportler (N=1138).

Insgesamt sind 56% der Stichprobe männlich, das durchschnittliche Alter liegt bei knapp 16.5 Jahren (SD=1.10).

4% der Athleten gehören bereits dem höchstmöglichen und 3% dem zweithöchsten Kader an. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nur wenige Sportarten altersunabhängige Kaderstrukturen aufweisen. So ist es beispielsweise in bestimmten Individualsportarten (wie z.B. Gerätturnen) möglich (und auch nicht unüblich) mit 15 Jahren bereits im A-Kader zu sein. Dagegen sieht die Kaderstruktur etwa in den meisten Ballsportarten vor, dass jeweils die besten jugendlichen Athleten in U18/U17 bzw. U16-Nationalmannschaften zusammengefasst sind. Diese Jugend- und Junioren-Nationalmannschaften entsprechen den Kaderstufen C- bzw. D/C-Kader, denen die meisten Athleten (jeweils 43%) angehören³⁸.

18% der Athleten leben in einem Sportinternat. Im Mittel trainieren sie knapp 14 Stunden in der Woche (SD=5.37) und sind im Schnitt seit knapp 3 Jahren in einem Kader (SD=1.92).

Knapp 17% der Nachwuchsleistungssportler müssen zum Zeitpunkt der Befragung eine Sportpause einlegen.

Eine Betrachtung der Hauptbezugspersonen legt offen, dass die jungen Athleten hauptsächlich Kontakt zu ihren Freunden aus dem Sport (45%) oder ihren Familien (39%) haben.

Um die Fülle an untersuchten olympischen Sportarten und Disziplinen vergleichen zu können, werden sie in der Regel Sportartengruppen eingeteilt. Grundsätzlich bestehen verschiedene Möglichkeiten einer Kategorisierung. Weineck (2010) und Konopka (2006) schlagen vor, Sportarten ihrem Anforderungsprofil entsprechend zu kategorisieren. Sie legen sieben unterschiedliche Gruppen fest: Ausdauersportarten, Ausdauersportarten mit hohem Krafteinsatz, Kraftsportarten, Schnellkraftsportarten, Spielsportarten, Kampfsportarten, nicht klassifizierte Sportarten. Torstveit und Sundgot-Borgen (2005) teilen Sportarten dagegen entsprechend unterschiedlicher Körperkompositionen ein: technische, Ausdauer-, ästhetische, gewichtsklassenabhängige, Ball-, Kraft- sowie Antigravitationssportarten. In der vorlie-

³⁸ Bei 7% ist die Kaderstufe nicht in die bestehenden Klassifikationen einzuordnen, z.B. Talentteam, Perspektivkader.

genden Arbeit wird eine Mischform aus beiden Kategorisierungen gewählt, da auf diesem Weg sowohl den konditionellen Anforderungen als auch bestimmten riskanten Phänomenen (wie ‚Gewichtmachen‘ oder restriktives Essverhalten) berücksichtigt werden können (vgl. Anhang: Tabelle 1).

Tabelle 10: Charakterisierung der Stichprobe

Soziodemografika		
	Häufigkeit	%
Geschlecht		
männlich / weiblich	638 / 500	56 / 44
Alter (M=16.33 Jahre(SD=1.10))		
14 J. / 15 J. / 16 J.	67 / 201 / 319	6 / 18 / 28
17 J. / 18 J.	393 / 158	35 / 14 ³⁹
Sportartengruppe ⁴⁰		
Technisch / Ausdauerbasiert / Ästhetisch /	143 / 222 / 46	13 / 20 / 4
Gewichtsklassenabhängig / Ball / Kraft / Antigravitation / Ausdauerbasiert mit hohem Krafteinsatz	125 / 407 / 71 41 / 79	11 / 36 / 6 4 / 7 ⁴¹
Leistungsniveau – Kaderstufe		
A Kader / B Kader	45 / 36	4 / 3
C Kader / D/C Kader	492 / 490	46 / 46 ⁴²
Trainingshäufigkeit pro Woche in Stunden		
(M=13.71(SD=5.37))		
1–9 / 10–12	231 / 298	21 / 27
13–16 / 17–40	297 / 279	27 / 25
Besuch eines Sportinternats		
Ja / Nein	201 / 609 ⁴³	25 / 75
Sozialisationsdauer in Jahren		
(M=2.89(SD=1.92))		
0, 1	298	27
2 / 3	236 / 194	22 / 18

³⁹ Aufgrund der gerundeten Werte ergeben sich 101%.

⁴⁰ Die Zuteilung einzelner Sportarten bzw. Disziplinen zu der entsprechenden Sportartengruppe sind dem Anhang zu entnehmen.

⁴¹ Aufgrund der gerundeten Werte ergeben sich 101%.

⁴² Für n=75 der Probanden liegt keine Angabe zu diesem Item vor.

⁴³ Für n=328 der Probanden liegt keine Angabe zu diesem Item vor.

4 / >5	163 / 208	15 / 19 ⁴⁴
Hauptnetzwerkakteur		
Sportfern (Familie, Freunde nicht aus dem Sport)	392	52
Sportnah (Trainer, Freunde aus dem Sport)	368	48
Verletzungs-/Krankheitsbiografie –		
Ausfalltage letzte Saison bei Wettkampf: M=3.95 (SD=9.79)	0	50
	1–5	31
	6–10	10
	>10	10 ⁴⁵
Ausfalltage letzte Saison bei Training: M=3.47 (SD=5.49)	0	34
	1–5	46
	6–10	14
	>10	7 ⁴⁶

4.1 Gesundheitsbewusstsein

Entsprechend der methodischen Überlegungen beinhaltet die Untersuchung der einzelnen Dimensionen des Gesundheitsbewusstseins in einem ersten Schritt eine testtheoretische Überprüfung der entwickelten Skalen, gefolgt von den entsprechenden Analysen zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragestellungen jeder Dimension.

4.1.1 Subjektive Gesundheitskonzepte

Bevor die forschungsleitenden Fragestellungen beantwortet werden, muss wie in Kapitel 3.4.1.1 dargelegt, eine testtheoretische Analyse der entwickelten Items bzw. Skalen zu den unterschiedlichen Gesundheitsdefinitionen erfolgen.

⁴⁴ Aufgrund der gerundeten Werte ergeben sich 101%.

⁴⁵ Aufgrund der gerundeten Werte ergeben sich 101%.

⁴⁶ Aufgrund der gerundeten Werte ergeben sich 101%.

4.1.1.1 Testtheoretische Überprüfung

Rohwerte

Der erste Schritt der Itemanalyse besteht aus der Untersuchung der Normalverteilungsannahme der Items. Die Ergebnisse der Parameter Schiefe und Kurtosis erlauben den Schluss, dass alle Items normalverteilt sind (vgl. Anhang: Tabelle 2).

Itemschwierigkeit

Auch die Berechnungen der Itemschwierigkeit weisen bei allen Items zulässige Werte zwischen .20 und .80 auf (vgl. Anhang: Tabelle 2).

Interne Validierung

Um die Validität der Skala beurteilen zu können, zeigt eine Faktorenanalyse der Itematterie, ob sich die theoretische Formulierung und Zuordnung der einzelnen Items zu verschiedenen Definitionstypen bei Nachwuchsathleten auch empirisch wiederfinden.

Die Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Kaiser-Kriterium: Eigenwerte >1) ergibt eine Fünf-Faktorenstruktur, die 58% an Varianz aufklärt (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Ergebnis der Faktorenanalyse über subjektive Gesundheitskonzepte

	Faktorladung	Faktorbezeichnung	M	SD
Man ist nur dann gesund, wenn man keine Sorgen hat.	.867	Faktor 1: ,Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial' (M=3.15(SD= .91))	2.85	1.14
Man ist nur dann gesund, wenn man mit sich und der Welt vollkommen zufrieden ist.	.824		3.32	1.15
Man ist nur dann gesund, wenn man sich wohlfühlt.	.787		3.62	1.07
Man ist nur dann gesund, wenn man sich um Freunde und Familie kümmern kann.	.763		2.84	1.07
Man ist nur dann gesund, wenn man körperlich voll funktionsfähig ist.	.823	Faktor 2: ,Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit' (M=3.73(SD= .81))	4.02	0.96
Man ist nur dann gesund, wenn man im Training und Wettkampf nicht beeinträchtigt ist.	.786		3.62	1.09

Man ist nur dann gesund, wenn alle medizinischen Werte im Normbereich liegen.	.668		3.55	1.03
Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	.802	Faktor 3: ,Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ (M=3.72(SD= .72))	3.87	0.96
Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	.637		3.71	1.04
Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.	.607		3.58	1.01
Man kann nur entweder gesund oder krank/verletzt sein, dazwischen gibt es nichts.	.728	Faktor 4: ,Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ (M=2.71(SD= .81))	2.52	1.20
Man bleibt immer gleich gesund, solange keine Krankheit oder Verletzungen auftreten.	.696		3.13	1.14
Man ist erst dann krank, wenn man nicht mehr trainieren kann.	.590		2.48	1.16
Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben.	.702	Faktor 5: ,Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen‘ (M=2.70(SD= .71))	2.46	1.11
Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab.	.622		2.46	1.05
Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	.615		3.20	0.92

Das Ergebnis der Faktorenanalyse legt offen, dass die Items, die auf Basis der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen für die einzelnen Kategorien des Gesundheitsbegriffs formuliert wurden, empirisch zum Teil anderen Faktoren zuzuordnen sind.

So sieht die Itemformulierung (Kapitel 3.3.1.1) einen Faktor vor, der die sportunabhängige Bestimmung von ‚Gesundheit als Befinden – Kraft/Stärke/Harmonie‘ verkörpert. Diese Zuordnung findet sich in dem Faktor wieder, der am meisten Varianz aufdeckt (21%). Hier tauchen jegliche Items auf, die ein Verständnis von Gesundheit als sportunabhängiges Befinden aufweisen. Zusätzlich wird diesem Faktor das Item zugeordnet, das ursprünglich auf sportferne soziale Aspekte des Aktionspotenzials abzielte – die Fähigkeit, sich um Freunde und die

eigene Familie kümmern zu können. Aus diesem Grund ist dieser Faktor nicht mit der Kategorie ‚Gesundheit als Befinden‘ zu umschreiben, wie ursprünglich idealtypisch angedacht (Kapitel 3), vielmehr verfügen junge Athleten eher über eine Kategorie, die das Verständnis von ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘ verkörpert.

Der zweite Faktor (12% Varianzaufklärung), der mit einer ‚sportrelevanten Funktionsfähigkeit‘ umschrieben werden kann, beinhaltet zwei der vier Items, die als Indikatoren für die Definition von ‚Gesundheit als Aktionspotenzial – Handlungs-, Leistungs-, Arbeitsfähigkeit‘ formuliert wurden („Man ist nur dann gesund, wenn man im Training und Wettkampf nicht beeinträchtigt ist.“, „Man ist nur dann gesund, wenn man körperlich voll funktionsfähig ist.“). Zusätzlich wird diesem Faktor das Item zugerechnet, das Gesundheit mit regelgerechten medizinischen Werten gleichsetzt. Diese Einzelfrage wurde zwar stellvertretend für ein negatives Gesundheitsverständnis entwickelt, jedoch erscheint die Zuordnung nachvollziehbar. Denn objektiv ‚richtige‘ Werte im Leistungssportkontext, der stets nach einer optimalen Planung von sportlicher Leistung strebt, stellen die Voraussetzung für die sportliche Leistungsfähigkeit und damit eine Form des eigenen Aktionspotenzials dar. Unter einem weiteren Faktor sind solche Items gefasst, die in der Summe ein negatives Verständnis von ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ abbilden (Varianzerklärung 9%). So verbleibt zunächst das Indikator-Item für eine negative Bestimmung in dem Faktor. Es beinhaltet die Vorstellung, Gesundheit und Krankheit seien zwei alternative Zustände. Zusätzlich werden Items zugeordnet, die nur vor dem Hintergrund der Logik im Leistungssport eine negative Bestimmung aufweisen.

Dementsprechend verdeutlicht die Vorstellung, dass man immer gleich gesund bleibt, Verletzungen oder Krankheiten die eigene Gesundheit zwar kurzzeitig mindern, man danach allerdings wieder dasselbe Gesundheitslevel erreicht, im Grunde keine negative Gesundheitsbestimmung. Denn sie spiegelt letztlich eine dynamische Vorstellung von Gesundheit wider, in der Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums verstanden werden. Jedoch folgt das Denken über Gesundheit im Sport der Logik, dass Sportler vor Beeinträchtigungen so lange die Augen verschließen, bis diese den Athleten massiv in seiner sportlichen Ausübung/Leistungserbringung einschränken. Bis zu diesem Punkt werden Schmerzen ignoriert. Zu dieser Erklärung passt auch das dritte Item dieser Kategorie,

das verdeutlicht, dass Athleten sich erst dann als krank wahrnehmen, wenn sie nicht mehr trainieren können.

Im Zuge der Itemerstellung (Kapitel 3.3.1.1) wurden mehrere Items formuliert, die sich mit dynamischen Vorstellungen von Gesundheit und einer damit verbundenen wahrgenommenen Kontrollierbarkeit von Gesundheit beschäftigten. Die Faktorenanalyse deckt auf, dass junge Athleten die Items vornehmlich in zwei Kategorien unterteilen. So vereint ein Faktor (9% Varianzaufklärung) Items, die ein Verständnis von ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ widerspiegeln. Neben der Annahme, dass der Gesundheitszustand grundsätzlich verbessert werden kann, ist diesem Faktor das Verhalten und Wissen als mögliche Einflussmöglichkeit zugeordnet.

Der letzte Faktor, der zusätzlich 7% erklärt, vereint die Items aus dem Bereich der dynamischen Vorstellungen von Gesundheit bzw. der Kontrollierbarkeit von Gesundheit, die sich auf die Überzeugung beziehen, Gesundheit sei ein ‚unkontrollierbares Phänomen‘, sei vielmehr abhängig von Glück, altersbedingten Einbußen oder der eigenen Veranlagung.

Trennschärfe

Die anschließende Trennschärfeanalyse ermittelt für ein Item eine kritische Höhe des Koeffizienten von $.20$ (Faktor 4: „Man ist erst dann krank, wenn man nicht mehr trainieren kann“). Da dieses Item die sportspezifische Facette des Verständnisses ‚Abwesenheit von Gesundheit‘ ausdrückt und kritische Trennschärfen dann toleriert werden sollten, wenn eine inhaltliche Notwendigkeit des Items als gegeben erscheint (Bühner, 2011), wird die Inter-Item-Korrelation betrachtet. Da sich mittlere Zusammenhänge zwischen dem kritischen und den übrigen Items (Werte zwischen $.20$ und $.40$) zeigen, ist das Item in der Skala zu belassen (vgl. Anhang: Tabellen 3 bis 15).

Reliabilität

Die Bewertung von Cronbach’s Alpha, als Maß der Reliabilität, erweist sich in Bezug auf die ermittelten Skalen als schwierig. Da Alpha stark abhängig von der Itemanzahl der jeweiligen Skala ist und mit steigender Itemanzahl auch Alpha steigt (Mummendey, 1999), sind aufgrund der geringen Itemanzahlen pro Faktor auch geringe Alpha-Werte zu erwarten. Neben der Skala 1 (‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘), die aus vier Items besteht und einen guten Wert

von .84, und Skala 2 (‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘), die einen akzeptablen Wert von .69 aufweist, ist Alpha für die übrigen Faktoren erwartungsgemäß niedrig und zeigt Werte von .52 (‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘), .48 (‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘), .43 (‚Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen‘). Für den Fall einer geringen Itemanzahl empfiehlt es sich wiederum, die Inter-Item-Korrelation zu betrachten, da dieser Wert unabhängig von der Itemanzahl der Skala, Informationen dazu bereithält, ob die Items miteinander zusammenhängen (Bortz & Schuster, 2010; Bühner, 2011). Die Inter-Item-Korrelation der Items jeder Skala ergibt zulässige Werte zwischen .20 und .40 (vgl. Anhang: Tabellen 3 bis 15).

4.1.1.2 Analysen zur Beantwortung der Fragestellungen

Im Zuge der zu beantwortenden Fragestellungen sind drei Bereiche zu untersuchen. Zunächst ist die Frage zu analysieren, über welche Gesundheitsdefinitionen Athleten verfügen und in welchem Ausmaß diesen zugestimmt wird (vgl. Abbildung 18 und Abbildung 19). Zusätzlich sind Einflussfaktoren auf die unterschiedlichen Definitionstypen zu untersuchen und zuletzt ist besonderes Augenmerk auf die dynamische Komponente des Gesundheitsverständnisses zu legen.

Definitorische Bestimmungen von Gesundheit

Die Beantwortung der Frage, über welche subjektiven Gesundheitskonzepte jugendliche Leistungssportler verfügen, erfolgt über eine Betrachtung der Zustimmung zu den bereits dargestellten Faktoren. Diese gibt Aufschluss darüber, welche Gesundheitsdefinitionen in welchem Ausmaß unterstützt werden.

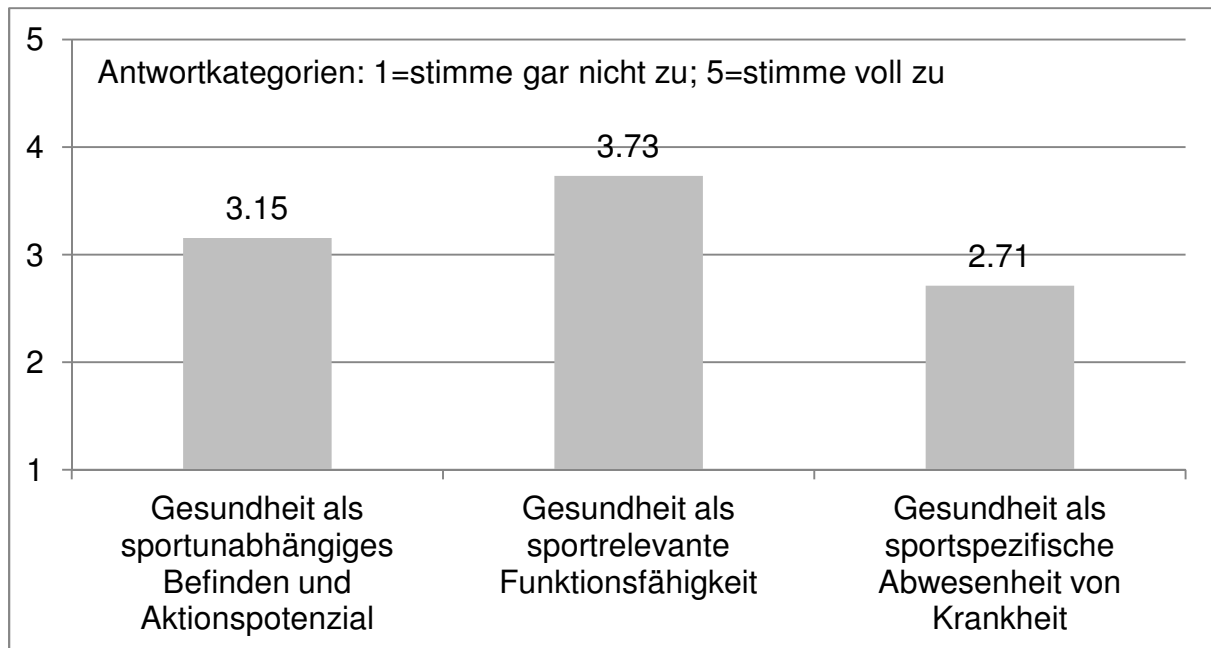


Abbildung 18: Mittelwerte: Definitorische Bestimmungen von Gesundheit

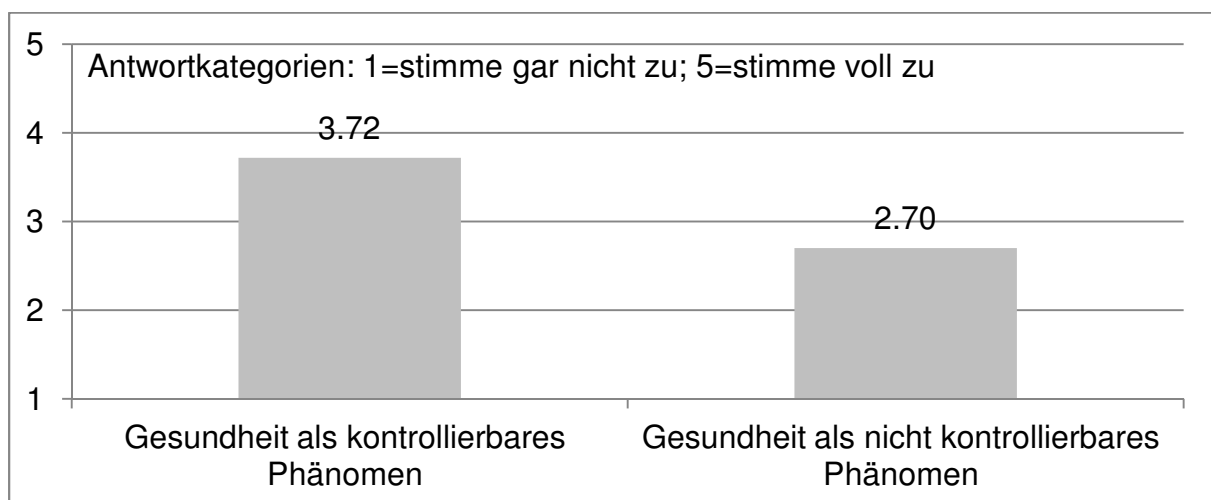


Abbildung 19: Mittelwerte: Definitorische Bestimmungen von Gesundheit mit Bezügen zur wahrgenommenen Kontrollierbarkeit von Gesundheit

Die hohe Zustimmung zu der Definition ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘ (M=3.73) verdeutlicht, dass Gesundheit von Athleten als etwas sehr Funktionales gesehen wird. Dem Item „Man ist nur dann gesund, wenn man körperlich voll funktionsfähig ist“, wird im Mittel über alle Athleten am deutlichsten zugestimmt (M=4.02). Grundsätzlich zeigen die Zustimmungswerte zu den einzelnen Items dieser Dimension, dass Athleten tendenziell einer subjektiven Beschwerdefreiheit bei Ausübung der sportlichen Betätigung („Man ist nur dann gesund, wenn man im Training und Wettkampf nicht beeinträchtigt ist.“ (M=3.62), „Man ist nur dann gesund,

wenn man körperlich voll funktionsfähig ist“ (M=4.02)) eine wichtigere Rolle im Hinblick auf die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes zuschreiben als objektiven Parametern („Man ist nur dann gesund, wenn alle medizinischen Werte im Normbereich liegen“ (M=3.55)).

Gesundsein wird dabei nicht als Gegensatz zu Kranksein empfunden, vielmehr werden Gesundheit und Krankheit tendenziell als zwei Pole eines Kontinuums verstanden, zwischen denen sich ein Sportler bewegt. Man ist nicht entweder krank oder gesund (M=2.52), sondern mehr oder weniger gesund bzw. krank. Infolgedessen wird die Definition ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ im Mittel auch eher abgelehnt (M=2.71). Beispielsweise gehen Athleten nicht davon aus, dass sie erst dann krank sind, wenn sie nicht mehr trainieren können (M=2.48), vielmehr sind sie der Meinung, dass sie auch ‚etwas‘ krank noch trainieren können.

Dass Gesundheit für Nachwuchsleistungssportler mehr als die Abwesenheit von Krankheit ist, zeigt sich jedoch nicht allein im Hinblick auf das sportspezifische Verständnis von Gesundheit. Auch die hohen Zustimmungswerte zur sportfernen positiven Dimension von Gesundheit (‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘ (M=3.15)) verdeutlichen, dass Gesundheit auch im sportfernen Kontext positiv bestimmt wird. Besonders sich wohl zu fühlen, scheint für Athleten ein wichtiger Referenzpunkt zu sein, um den eigenen Gesundheitszustand zu bewerten (M=3.62).

Wie Studien über die Allgemeinbevölkerung nahelegen, sind auch im Gesundheitsverständnis von heranwachsenden Athleten ausgeprägte Bezüge zur Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit verankert. Die Befunde verdeutlichen, dass Gesundheit von Athleten als kontrollierbares Phänomen wahrgenommen wird (M=3.72). So gehen sie davon aus, dass sie ihren Gesundheitszustand jederzeit verbessern können (M=3.71). Vor allem durch das eigene Verhalten nehmen Sportler eine subjektive Beeinflussung der eigenen Gesundheit wahr („Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab“ (M=3.87)). Dementsprechend ist zu der Dimension ‚Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen‘ eine tendenzielle Ablehnung ersichtlich (M=2.71), wobei den Aussagen, dass es mit der Gesundheit im Laufe des Lebens automatisch bergab geht (M=2.46), sowie, dass – wer als Sportler gesund bleibt – einfach Glück hat, nur in geringerem Ausmaß zugestimmt wird (M=2.46). Der eigenen Veranlagung jedoch, wird mehr Beeinflussungspotenzial zugesprochen (M=3.20).

Dynamische Vorstellungen von Gesundheit

Die Frage, inwieweit jugendliche Leistungssportler ihre Gesundheit als dynamisch erfahren, ist neben der Zentralität der beiden Dimensionen ‚Gesundheit als kontrollierbares bzw. unkontrollierbares Phänomen‘ durch eine Betrachtung der Items zu beantworten, die als Indikatoren für die vier bei der Allgemeinbevölkerung identifizierten dynamischen Verlaufstypen (Faltermaier & Kühnlein, 2000; Faltermaier et al., 1998a) formuliert wurden (vgl. Abbildung 20).

Nachwuchsleistungssportler zeigen mit $M=3.71$ die höchste Zustimmung zum Generator-Modell, das von einer Expansion der eigenen Gesundheit ausgeht („Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern“). Auch der Überzeugung, dass das Ausgangsniveau von Gesundheit nach vorübergehender Krankheit oder Verletzung wieder erreicht werden könne, stimmen die Athleten im Mittel eher zu ($M=3.13$). Die Annahme, dass es sich bei Gesundheit und Krankheit um zwei alternative Zustände handelt, lehnen die jungen Sportler dagegen eher ab ($M=2.52$). Am geringsten unterstützen sie allerdings die Batterie-Modell-Annahme. Sie gehen dementsprechend nicht davon aus, dass Gesundheit im Laufe des Lebens zwangsläufig abnimmt ($M=2.46$).

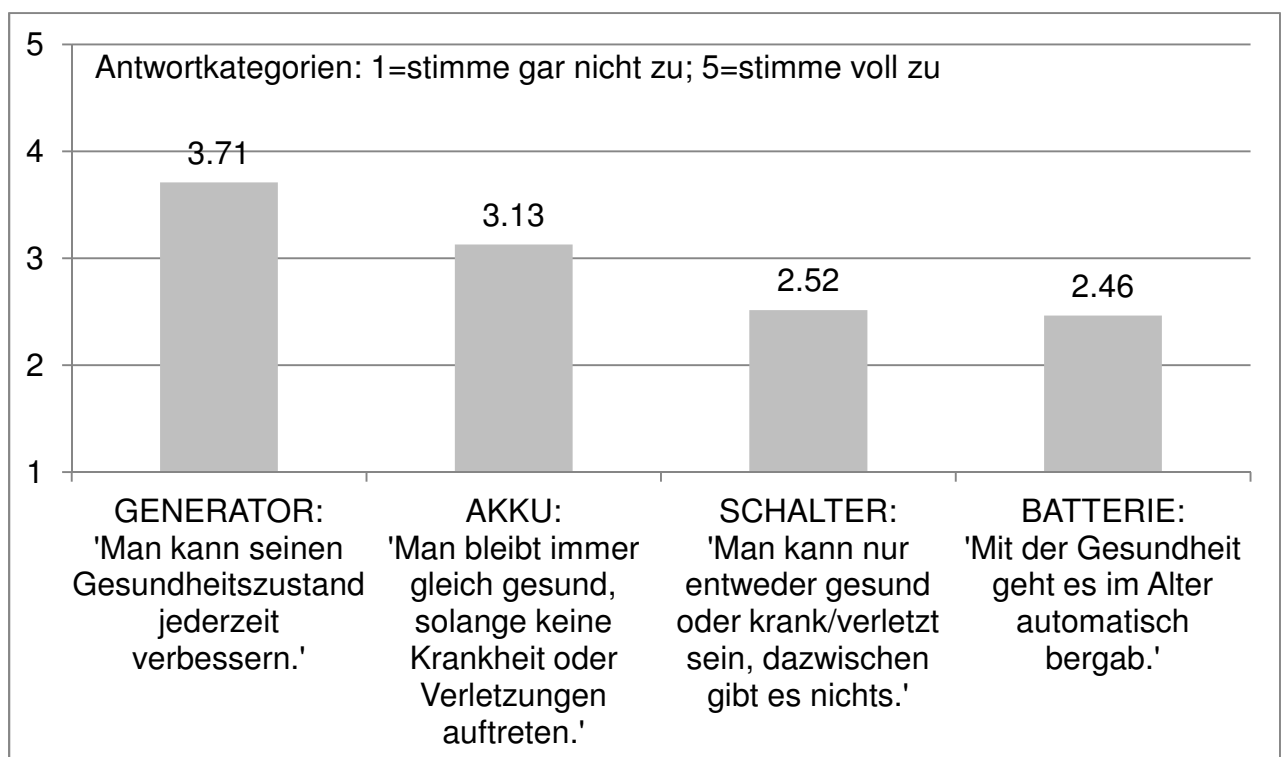


Abbildung 20: Mittelwerte: Dynamische Vorstellungen von Gesundheit

Einflussfaktoren auf die unterschiedlichen Gesundheitsdefinitionen

Die Frage, welche Einflüsse sich auf die Entwicklung und Veränderung des Gesundheitsverständnisses feststellen lassen, ist durch Regressionsanalysen über die einzelnen Definitionstypen zu beantworten.

Untersucht wird der Einfluss, der in der theoretischen Auseinandersetzung mit der Allgemeinbevölkerung und Leistungssportlern ermittelten Faktoren, die sich in personale und soziale Einflüsse unterteilen lassen (Abbildung 21).

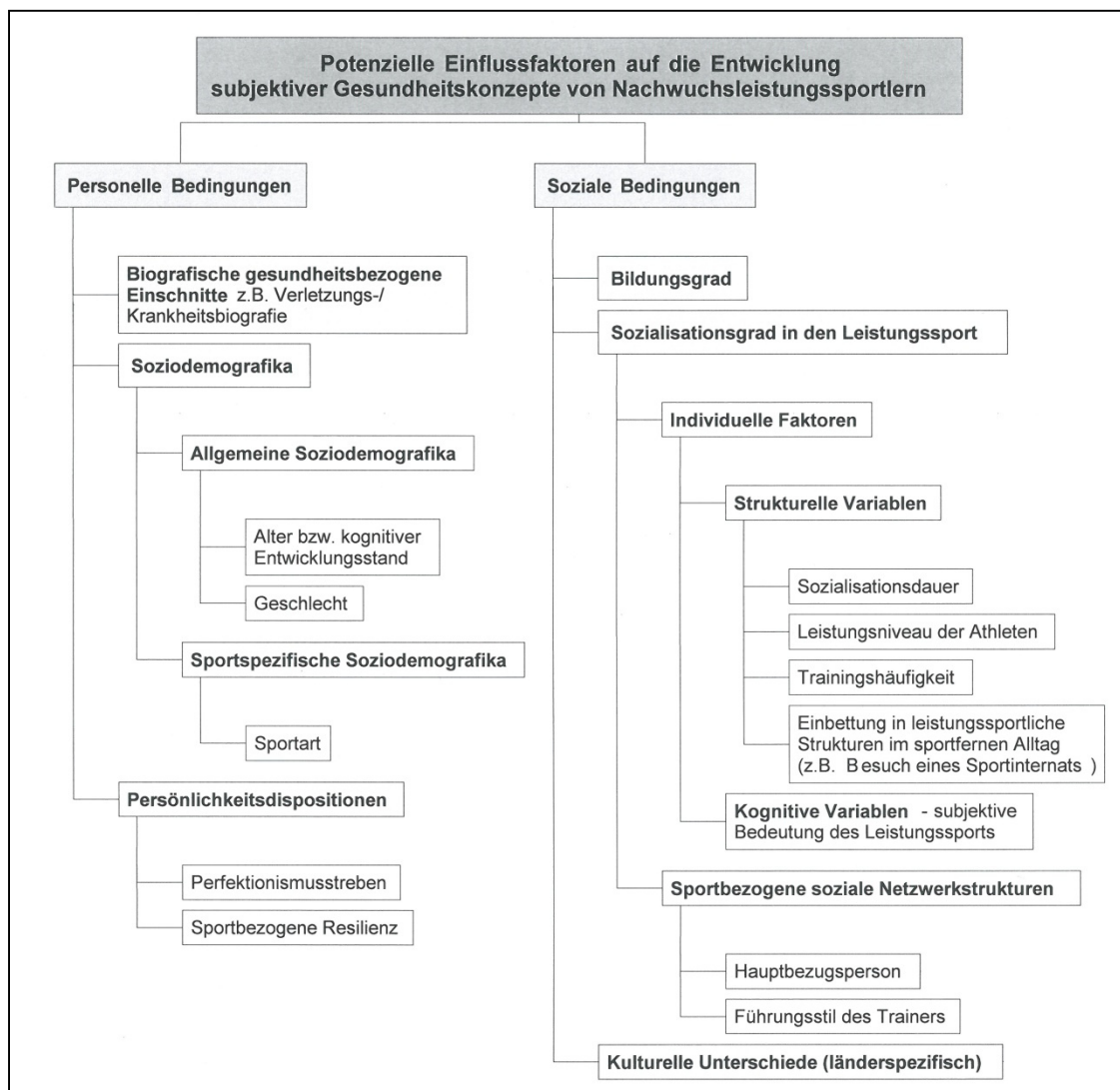


Abbildung 21: Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Nachwuchsleistungssportlern

Weisen sowohl die abhängige Variable als auch die unabhängigen Variablen ein metrisches, ordinales oder nominales (dichotomes) Skalenniveau auf, können sie unverändert in die Untersuchung eingehen. Nominalskalierte Variablen, die mehr als

zwei Ausprägungen aufweisen, müssen zuerst in Dummy-Variablen umgewandelt werden.

Die Operationalisierung der unabhängigen Variablen ist aus Tabelle 12 ersichtlich.

Tabelle 12: Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Nachwuchsleistungssportlern

Unabhängige Variable	Skalenniveau	Ausprägungen
Personelle Faktoren		
Biografische gesundheitsbezogene Einschnitte		
Verletzungs-/Krankheitsbiografie Ausfalltage letzte Saison bei Wettkampf/Training	Ordinal	1 = 0 Tage 2 = 1–5 Tage 2 = 6–10 Tage 3 = >10 Tage
Objektiver Gesundheitszustand Aktuelle Sportpause	Nominal – dichotom	0 = Nein 1 = Ja
Subjektiver Gesundheitszustand „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“	Metrisch	1 = Sehr gut 2 = Gut 3 = Mittelmäßig 4 = Schlecht 5 = Sehr schlecht
Soziodemografika		
Allgemeine Soziodemografika		
Alter bzw. kognitiver Entwicklungsstand	Metrisch	14–18 Jahre
Geschlecht	Nominal – dichotom	1 = Männlich 2 = Weiblich
Sportspezifische Soziodemografika		
Sportartengruppen ⁴⁷	Nominal – > 2 Ausprägungen → Dummy-Variablen	0 = Nein 1 = Ja Technisch / Ausdauer / Ausdauer mit hohem Krafteinsatz / Ästhetisch / Gewichtsklassenabhängig / Ball / Kraft / Antigravita-

⁴⁷ Die Zuteilung einzelner Sportarten bzw. Disziplinen zu der entsprechenden Sportartengruppe sind dem Anhang (Tabelle 1) zu entnehmen.

		tion
Persönlichkeitsdispositionen		
Sportbezogene Resilienz „Mir kann keine Verletzung etwas anhaben, ich komme immer wieder zurück.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
(Ungesundes) Perfektionismusstreben (Paul & Thiel, 2005)	Metrisch	1 = Nie 2 = Selten 3 = Manchmal 4 = Oft 5 = Sehr oft
Soziale Faktoren		
Bildungsgrad		
Schultyp	Nominal – > 2 Ausprägungen → Dummy-Variablen	0 = Nein 1 = Ja Gymnasium/Real-/Haupt-/Gesamtschule
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Strukturelle Variablen		
Dauer der Sozialisation in das Spitzensportsystem	Metrisch	0–10 Jahre
Leistungsniveau der Athleten – Kaderstufe	Ordinal	1 = A-Kader 2 = B-Kader 3 = C-Kader 4 = D/C-Kader
Wöchentliche Trainingszeit	Ordinal	1 = 1–9 Stunden 2 = 10–12 Stunden 3 = 13–16 Stunden 4 = 17–40 Stunden
Einbettung in leistungssportbezogene Strukturen im sportfernen Alltag Besuch eines Sportinternats	Nominal – dichotom	0 = Nein 1 = Ja
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Kognitive Variablen		
Subjektive Bedeutung des Sports „Ohne Sport hat das Leben für mich keinen Sinn.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu

		4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Sportbezogene Netzwerkstrukturen		
Hauptbezugsperson	Nominal – dichotom	1 = Außerhalb des Sports (Familie, Freunde nicht aus dem Sport) 2 = Aus dem Sport (Trainer, Freunde aus dem Sport)
Führungsstil des Trainers „In Entscheidungssituationen... ...lässt mein Trainer oft viel durchgehen ...duldet mein Trainer oft keinen Widerspruch. ...ist mein Trainer oft zu einem Gespräch bereit.“	Nominal – > 2 Ausprägungen → Dummy- Variablen	0 = Nein 1 = Ja
Kulturelle Unterschiede		
Muttersprache „Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? ...Deutsch. ...Deutsch und andere Sprache. ...Nur andere Sprache“	Nominal – > 2 Ausprägungen → Dummy- Variablen	0 = Nein 1 = Ja

Einflussfaktoren auf die Dimensionen: ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘ und ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘

Beide Erklärungsmodelle erreichen nicht den in Sozialwissenschaften geforderten (ungerundeten) Mindestwert von 5% Varianzaufklärung, damit das Modell als aussagekräftig bezeichnet werden kann (korrigiertes Bestimmtheitsmaß von nur 0.047 bzw. 0.038). Damit liefern die beiden Modelle lediglich einen Anteil an erklärter Varianz an der gesamten Varianz der abhängigen Variablen von 4.7% bzw. 3.8% und müssen damit als ungenügend beschrieben werden. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die getesteten Variablen keinen nennenswerten Beitrag dazu liefern, Unterschiede in beiden Gesundheitsbestimmung zu erklären.

Einflussfaktoren auf die Dimension:**„Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit“ (vgl. Tabelle 13)**

Tabelle 13: Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension „Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit“

Unabhängige Variable	b	β	Toleranz
Perfektionismusstreben	.027	.142	.943
Geschlecht	– .287	– .176	.998
Subjektive Bedeutung des Sports	.095	.151	.957
Führungsstil Trainer: demokratisch	– .203	– .109	.985

Das korrigierte Bestimmtheitsmaß des Regressionsmodells, das die Varianz hinsichtlich des sportspezifischen negativen Gesundheitsverständnisses aufklären möchte, liegt bei .091. Damit werden 9% der Varianz erklärt, was wiederum einen Blick auf die signifikanten Variablen erlaubt, die zu der Varianzaufklärung beitragen.

Den größten Erklärungsbeitrag liefert das Geschlecht. Demnach sind männliche Sportler eher der Meinung, dass man entweder krank oder gesund sein kann, Gesundheit aber so lange vorliegt, wie man noch trainieren kann ($\beta = - .176$; $b = - .287$).

Den betragsmäßig zweitgrößten Einfluss übt die Persönlichkeitseigenschaft ‚Perfektionismusstreben‘ aus. Für die Athleten mit hohen Ausprägungen bezüglich eines ungesunden Perfektionismusstrebens gilt, dass diese auch höhere Werte im Hinblick auf eine negative Gesundheitsdefinition aufweisen ($\beta = .142$; $b = .027$).

Des Weiteren ist die subjektive Bedeutung des Leistungssports entscheidend. Geben Athleten an, dass ihr Leben ohne ihren Sport keinen Sinn hat, stimmen sie auch einer negativen Gesundheitsdefinition eher zu ($\beta = .151$; $b = .095$).

Zudem spielt auch der Führungsstil des Trainers als Ausdruck bestimmter Netzwerkstrukturen eine entscheidende Rolle. So weisen Athleten, die unter einem demokratischen Trainer trainieren, im Hinblick auf ein negatives Gesundheitsverständnis niedrigere Werte auf ($\beta = - .109$; $b = - .203$).

Einflussfaktoren auf die Dimension: ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ (vgl. Tabelle 14)

Tabelle 14: Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘

Unabhängige Variable	b	β	Toleranz
Sportart: Antigravitation	– .380	– .124	.970
Sportbezogene Resilienz	.082	.122	.988
Muttersprache: deutsch	– .257	– .108	.993
Führungsstil Trainer: laissez-faire	.270	.101	.992
Sportart: Ball	.143	.099	.962

Die Varianzaufklärung des Regressionsmodells liefert einen Wert von 6%, damit ist das Regressionsmodell als aussagekräftig zu klassifizieren, eine Betrachtung der signifikanten unabhängigen Variablen ist erlaubt.

Die Ergebnisse zeigen Unterschiede zwischen den Nachwuchsleistungssportlern in Abhängigkeit der Sportartengruppe, bestimmter Persönlichkeitsdisposition, einzelner Indikatoren die eigene Herkunft betreffend, sowie bestimmter Netzwerkstrukturen (z.B. Führungsstil des Trainers).

So stimmen Athleten aus so genannten Antigravitationssportarten (Leichtathletik: Hoch-, Weit-, Drei-, Stabhochsprung; Skispringen) im Vergleich zu den übrigen Sportartengruppen der Definition ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ im Mittel weniger stark ($\beta = - .124$; $b = - .380$), Ballsportler dagegen stärker ($\beta = .099$; $b = .143$) zu. Resiliente Athleten empfinden ihre Gesundheit als kontrollierbarer ($\beta = .122$; $b = .082$) als Athleten, die weniger stark davon ausgehen, dass ihnen Verletzungen keinen nachhaltigen Schaden einbringen. Darüber hinaus empfinden Sportler, deren Trainer eher wenige Regeln vorgeben, Gesundheit als kontrollierbarer ($\beta = .101$; $b = .270$).

In Bezug auf die eigene Herkunft lassen die Ergebnisse den Schluss zu, dass Athleten, die zu Hause nur deutsch sprechen, geringere Werte auf dieser Skala aufweisen ($\beta = -.108$; $b = -.257$).

Einflussfaktoren auf die Dimension:

„Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen“ (vgl. Tabelle 15)

Tabelle 15: Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension „Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen“

Unabhängige Variable	b	β	Toleranz
Perfektionismusstreben	.026	.162	.918
Muttersprache: deutsch und andere	.259	.103	.984
Subjektiver Gesundheitszustand allgemein	.093	.094	.987
Sportart: Gewichtsabhängig	.219	.107	.989
Subjektive Bedeutung des Sports	.055	.102	.951
Führungsstil Trainer: demokratisch	– .150	– .094	.982

Die Varianz der Skala „Gesundheit als kontrollierbares Phänomen“ wird durch die getesteten Variablen zu 9% erklärt.

So leistet das Perfektionismusstreben der jungen Athleten den größten Beitrag. Demnach tendieren ungesund perfektionistische Athleten dazu, Gesundheit eher als unkontrollierbar wahrzunehmen ($\beta = .162$; $b = .026$).

Wiederum spielt auch die Herkunft eine Rolle. Sportler, die mindestens zweisprachig aufwachsen, empfinden Gesundheit eher als unkontrollierbar ($\beta = .103$; $b = .259$).

Grundsätzlich finden sich auch Abhängigkeiten bezüglich der Sportartengruppe. So weisen Sportler gewichtsabhängiger Sportarten auch eine größere Unkontrollierbarkeitwahrnehmung auf ($\beta = .107$; $b = .219$).

Des Weiteren spielt auch der wahrgenommene Gesundheitszustand eine Rolle dabei, ob Gesundheit eine fehlende Kontrolle zugesprochen wird. Athleten, die ihren Gesundheitszustand als schlechter beschreiben, nehmen Gesundheit eher als unkontrollierbar wahr ($\beta = .094$; $b = .093$).

Wiederum treten zwei Variablen in Erscheinung, die sich bereits als signifikant erwiesen haben. So werden tendenziell höhere Werte hinsichtlich der Unkontrollierbarkeit von Gesundheit erreicht, wenn das Leben ohne Sport keinen Sinn bereitet ($\beta = .102$; $b = .055$).

Zudem wird Gesundheit als weniger unkontrollierbar empfunden, wenn der Trainer demokratisch beschrieben wird ($\beta = -.094$; $b = -.150$).

Die Prüfung der Modellprämissen zeigt, dass weder Probleme durch Multikollinearität, fehlende lineare Abhängigkeit zwischen der abhängigen und den unabhängigen Variablen, Heteroskedastizität vorliegen (vgl. Tabellen 13 bis 15 bzw. Anhang: Abbildungen 1 bis 6).

4.1.2 Subjektive Gesundheitstheorien

Die Untersuchung der subjektiven Gesundheitstheorien beinhaltet entsprechend der subjektiven Gesundheitskonzepte zunächst eine testtheoretische Überprüfung der entwickelten Skalen.

4.1.2.1 Testtheoretische Überprüfung

Im Zusammenhang mit den formulierten Items, die subjektive Gesundheitstheorien abbilden, ist nach einer Überprüfung bestimmter Itemkennwerte eine interne Validierung mittels Faktorenanalyse durchzuführen. Faktorisiert werden neben den Items, die der grundlegenden Überzeugung zugerechnet werden, die eigene Gesundheit beeinflussen zu können (subjektive Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit, die Items, die die durch Menschen wahrgenommene Einflussprozesse abprüfen (Ressourcen-, Risiko-, Schicksalstheorien).

Rohwerte

Die Überprüfung der Variablen zeigt für alle Werte eine Normalverteilung (vgl. Anhang: Tabelle 16).

Itemschwierigkeit

Das Ergebnis der Itemschwierigkeitsanalyse der Itembatterien zu wahrgenommenen Ressourcen und Risiken, der als schicksalhaft eingestuftem Einflüsse auf die eigene Gesundheit sowie der subjektiven Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit, offenbart für drei Items einen unzulässigen Schwierigkeitsindex von über .80 („Wenn ich Verletzungen nicht ausreichend auskurriere, schade ich meiner Gesundheit.“; „Wenn ich bei anhaltenden Schmerzen nicht zum Arzt gehe, schade ich meiner Gesundheit auf Dauer“; „Wenn ich mich bei Schmerzen niemandem anvertraue, schade ich meiner Gesundheit“). Diese Items sind infolgedessen für weitere Analysen auszuschließen (vgl. Anhang: Tabelle 16).

Interne Validierung

Die anschließende interne Validierung der Skalen zu subjektiven Gesundheitstheorien (ausgenommen Item: „Der Leistungssport wirkt sich äußerst positiv auf meine Gesundheit aus.“) überprüft, ob die im Vorfeld formulierten Items die jeweils unterstellte gemeinsame Hintergrundvariable (subjektiven gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung, Ressourcen-, Risiko-, Schicksalstheorien) verkörpern.

Im Einklang mit der theoretischen Auseinandersetzung zu subjektiven Gesundheitskonzepten und -theorien sind die Items zur ‚subjektiven Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit‘ sowie zu den ‚Schicksalstheorien‘ auf der einen Seite dem Gesundheitsverständnis, also den subjektiven Gesundheitskonzepten, zuzuordnen, denn sie beziehen sich auf Aspekte der Gesundheit als kontrollierbares bzw. unkontrollierbares Phänomen. Gleichzeitig treten sie aber zwangsläufig auch dann in Erscheinung, wenn eine Beschäftigung mit den wahrgenommenen Einflussfaktoren auf die eigene Gesundheit – also den subjektiven Gesundheitstheorien – erfolgt, denn eine wahrgenommene Beeinflussung impliziert bestimmte Annahmen über die Kontrollierbarkeit von Gesundheit. Aus diesem Grund tauchen aus theoretischen Gesichtspunkten die Items der durch die interne Validierung der subjektiven Gesundheitskonzepte ermittelten Skalen ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ (bei subjektiven Gesundheitstheorien in Form von der Skala ‚subjektive Kontrollüberzeugung von Gesundheit‘) sowie ‚Gesundheit als nicht kontrollierbares Phänomen‘ (in Form von ‚Schicksalstheorien‘) erneut auf⁴⁸.

⁴⁸ Aus statistischer Sicht zeigte die Faktorenanalyse über subjektive Gesundheitskonzepte bereits, dass sich die Items mit Bezügen zur Kontrollierbarkeit entsprechend auf zwei Faktoren verteilen. Allerdings ändern sich bei der Hauptkomponentenanalyse durch Hinzunahme neuer Variablen auch die Faktorladungen, so dass sich damit auch die Faktorzuweisung identischer

Vor diesem Hintergrund wird eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation) über die nach der Itemschwierigkeitsanalyse verbleibenden Items aus dem Block subjektive Kontrollüberzeugung von Gesundheit, Ressourcen-, Risiko- sowie Schicksalstheorien durchgeführt, deren Ergebnis eine 5-Faktorenstruktur aufdeckt (Screeplot, Kaiser Kriterium) die 53% der Varianz erklärt (vgl. Tabelle 16). Zunächst zeigt sich, dass die Items zur grundsätzlichen subjektiven Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit in der im Vorfeld geplanten Zusammensetzung als Faktor widerfinden (Faktor 3; Varianzaufklärung 8%). Auch die Zuordnung der Items, die im Hinblick auf eine Überprüfung der Schicksalstheorien formuliert wurden, zeigen sich in identischer Form (Faktor 5; Varianzaufklärung: 7%). Grundsätzlich ist zudem festzustellen, dass Athleten eine Unterteilung in Ressourcen- und Risikotheorien vornehmen (Faktor 1 bzw. 2; Varianzerklärung 21% bzw. 9%), die ebenfalls der Skalenformulierung entspricht. Allerdings enthalten sowohl der Faktor zu Ressourcen- als auch der zu Risikotheorien nicht alle hierfür vorgesehenen Items. Vielmehr zeigt sich zusätzlich eine Kategorie, die eine Mischform aus Risiko- und Ressourcentheorien darstellt. Die Itemzuteilung zu den drei Kategorien (Risiko-, Ressourcen-, Mischkategorie) erweckt den Anschein, als bewerten Athleten Ressourcen bzw. Risiken danach, ob sie diese selbst kontrollieren können. So grenzen sie wahrgenommene kontrollierbare Risiken (Faktor 1: auf Körper hören, falsche Ernährung, keine regelmäßigen Erholungsphasen) von kontrollierbaren Ressourcen (Faktor 2: Verlassen auf Ärzte und Therapeuten; bestmögliche Erholung; Medikamenteneinnahme bei Erkältung; Durchführung nicht direkt leistungssteigernder Maßnahmen) ab. Als dritten Block finden sich wahrgenommene positive und negative Auswirkungen bestimmter Einzelaspekte auf die eigene Gesundheit, die als nur schwer beeinflussbar eingestuft werden können (eine gute Stimmung im Team, Unterstützung von Freunden und Familie, Leistungsdruck). Es ist vor dem Hintergrund der hohen Zustimmung zu der Gesundheitsdefinition ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ zu mutmaßen, dass Athleten kontrollierbare Einflüsse differenzierter wahrzunehmen scheinen, unterteilen sie diese in positive und negative. Die nur schwer kontrollierbaren Einflüsse dagegen werden nicht weiter spezifiziert, da sich diese der eigenen Kontrolle entziehen (Faktor 4; Varianzerklärung: 8%).

Tabelle 16: Ergebnis der Faktorenanalyse über subjektive Gesundheitstheorien

	Faktor- ladung	Faktor- bezeichnung	M	SD
Wenn ich mich falsch ernähre, kann das meiner Gesundheit schaden.	.735	Faktor 1: ,Theorien der kontrollierbaren Risiken' (M=3.87(SD= .68))	3.95	.83
Wenn ich nicht auf meinen Körper höre, werde ich schneller krank oder verletze mich leichter.	.733		3.96	.87
Wenn ich regelmäßige Erholungsphasen nicht einhalte, schade ich meiner Gesundheit.	.580		3.70	1.02
Wenn ich zusätzlich Maßnahmen durchführe, die meine Leistung nicht direkt steigern, verletze ich mich nicht so schnell.	.633	Faktor 2: ,Theorien der kontrollierbaren Ressourcen' (M=3.58(SD= .63))	3.53	.97
Wenn ich bei einer Erkältung Medikamente einsetze, werde ich schneller wieder gesund.	.631		3.49	.97
Wenn ich mich bestmöglich erhole, bleibe ich länger gesund.	.627		3.64	.91
Wenn ich mich auf meine Ärzte und Therapeuten verlasse, kann ich auf Dauer meine Gesundheit stabil halten.	.606		3.66	.86
Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	.770	Faktor 3: ,Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung' (M=3.72(SD= .72))	3.87	.96
Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	.662		3.71	1.04
Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.	.494		3.58	1.01
Wenn im Team gute Stimmung herrscht, verbessert sich meine Gesundheit.	.781	Faktor 4: ,Theorien der schwer kontrollierbarer Ressourcen und Risiken' (M=3.28(SD= .70))	3.24	1.05
Wenn ich von meinen Freunden und meiner Familie Unterstützung bekomme, werde ich schneller wieder gesund.	.619		3.81	.89
Wenn ich unter hohem Leistungsdruck stehe, schade ich meiner Gesundheit.	.537		2.77	1.04

Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben.	.680	Faktor 5: ,Schicksals- theorien' (M=2.70(SD= .71.))	246	1.11
Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab.	.660		2.46	1.05
Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	.625		3.20	.92

Trennschärfe

Die anschließende Analyse der Trennschärfekoeffizienten zeigt für das Item „Wenn ich unter hohem Leistungsdruck stehe, schade ich meiner Gesundheit“ der Skala ‚Theorien der schwer kontrollierbaren Ressourcen und Risiken‘ einen kritischen Wert von .20. Die Betrachtung der Inter-Item-Korrelationen des Items zeigt jedoch zulässige Werte zwischen .20 und .40, so dass das Item in der Skala belassen wird. Die übrigen korrigierten Korrelationen der Items mit der entsprechenden Skala liegen im zulässigen Bereich zwischen .30 und .50 (vgl. Anhang: Tabellen 17 bis 27).

Reliabilität

Die Reliabilitätsuntersuchung anhand von Cronbach's Alpha liefert einzig für die Dimensionen ‚Theorien der kontrollierbaren Risiken‘ und ‚Theorien der kontrollierbaren Ressourcen‘ zulässige Werte von mindestens .60. Die übrigen Skalen weisen dagegen relativ niedrige Werte von .43 (Schicksalstheorien), .50 (Theorien der kontrollierbaren Ressourcen und Risiken), .52 (subjektive Kontrollüberzeugung) auf. Da jedoch alle Skalen aus nur drei bzw. eine Skala aus vier Items besteht und Cronbach's Alpha stark durch die Itemzahl determiniert ist (Mummendey, 1999), wird bevor die Skala verworfen wird empfohlen, auch hier die Inter-Item-Korrelationen zu betrachten, um festzustellen, ob sich die Items zu einer Skala zusammenfassen lassen können (Bortz & Schuster, 2010; Bühner, 2011). Die Inter-Item-Korrelationen bewegen sich wiederum in dem zulässigen Korridor von .20 bis .40, so dass von einer sinnvollen Skalenzuordnung ausgegangen werden kann (vgl. Anhang: Tabellen 17 bis 27).

4.1.2.2 Analysen zur Beantwortung der Fragestellungen

Mit Blick auf die forschungsleitenden Fragestellungen im Zusammenhang mit den subjektiven Gesundheitstheorien, ist zunächst auf deskriptivem Weg darzustellen,

inwiefern Nachwuchsleistungssportler von einer grundsätzlichen Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit ausgehen sowie in welcher Ausprägung ermittelte Dimensionen wahrgenommener Einflüsse auf die eigene Gesundheit wahrgenommen werden. Daran anschließend sind verschiedene potenzielle Faktoren daraufhin zu überprüfen, ob sie Unterschiede im Antwortverhalten hinsichtlich der subjektiven Gesundheitstheorien erklären können.

Subjektive Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit

Die Frage, inwiefern junge Athleten die eigene Gesundheit als beeinflussbar wahrnehmen, ist über eine Mittelwertsberechnung der Skala zur subjektiven Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit zu erreichen (vgl. Abbildung 21). Dementsprechend nehmen Nachwuchsleistungssportler eine große mögliche Beeinflussung ihrer eigenen Gesundheit wahr ($M=3.72$).

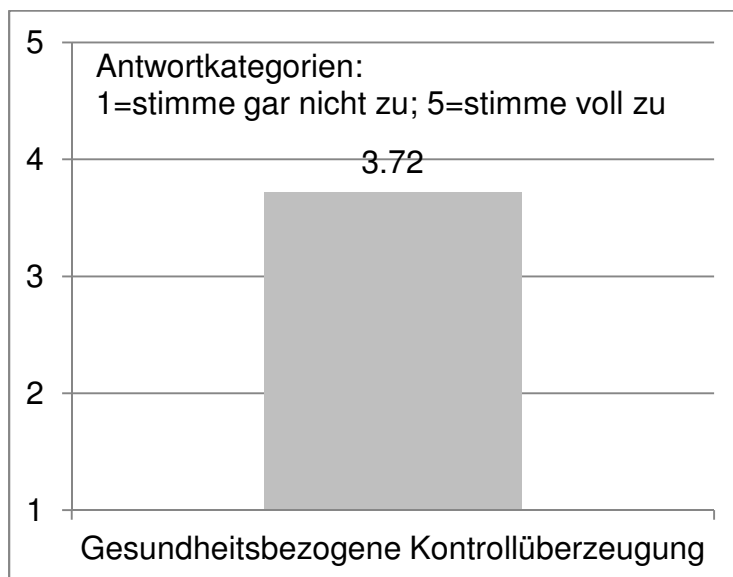


Abbildung 21: Mittelwert: Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung

Theorien der kontrollierbaren und schwer kontrollierbaren Risiken und Ressourcen sowie Schicksalstheorien

Die zweite Fragestellung zielt darauf ab, zu verstehen, in welchem Ausmaß Nachwuchsleistungssportler bestimmte positive, negative sowie schicksalshafte Einflüsse auf die eigene Gesundheit bewerten. Die Faktorenanalyse deckt auf, dass Athleten nicht allein zwischen Schicksals- sowie Ressourcen- und Risikotheorien unterschei-

den, sondern die beiden letztgenannten differenzierter betrachten. So nehmen Athleten erstens kontrollierbare Ressourcentheorien und zweitens kontrollierbare Risikotheorien wahr. Drittens kategorisieren sie die Einflüsse zu einem zusätzlichen Block, die sie als schwerer zu kontrollieren wahrnehmen.

Zunächst zeigt eine Betrachtung der Mittelwerte (vgl. Abbildung 22), dass Nachwuchsleistungssportler am deutlichsten dem Faktor zustimmen, der die kontrollierbaren Risikotheorien verkörpert ($M=3.87$). Allen einzelnen Risiken werden dabei hohe negative Auswirkungen auf die eigene Gesundheit zugesprochen (Mittelwerte zwischen 3.70 und 3.96).

Auch den kontrollierbaren Ressourcentheorien wird tendenziell im Mittel zugestimmt ($M=3.58$), wobei Antworten hier auf alle Einzelaspekte relativ homogen ausfallen (alle Mittelwerte zwischen 3.49 und 3.66).

Eher unkontrollierbaren Risiken wie einer guten Stimmung im Team, einer sozialen Unterstützung oder einem wahrgenommenen Leistungsdruck werden geringere Effekte zugesprochen ($M=3.28$).

Schicksalstheorien, die sich auf völlig unkontrollierbare Einflüsse beziehen (biologische Alterseinflüsse, Glück oder Veranlagung), wird im Mittel eine tendenziell ablehnende Haltung entgegengebracht ($M=2.70$), die Mittelwerte bewegen sich zwischen 2.50 und 3.20.

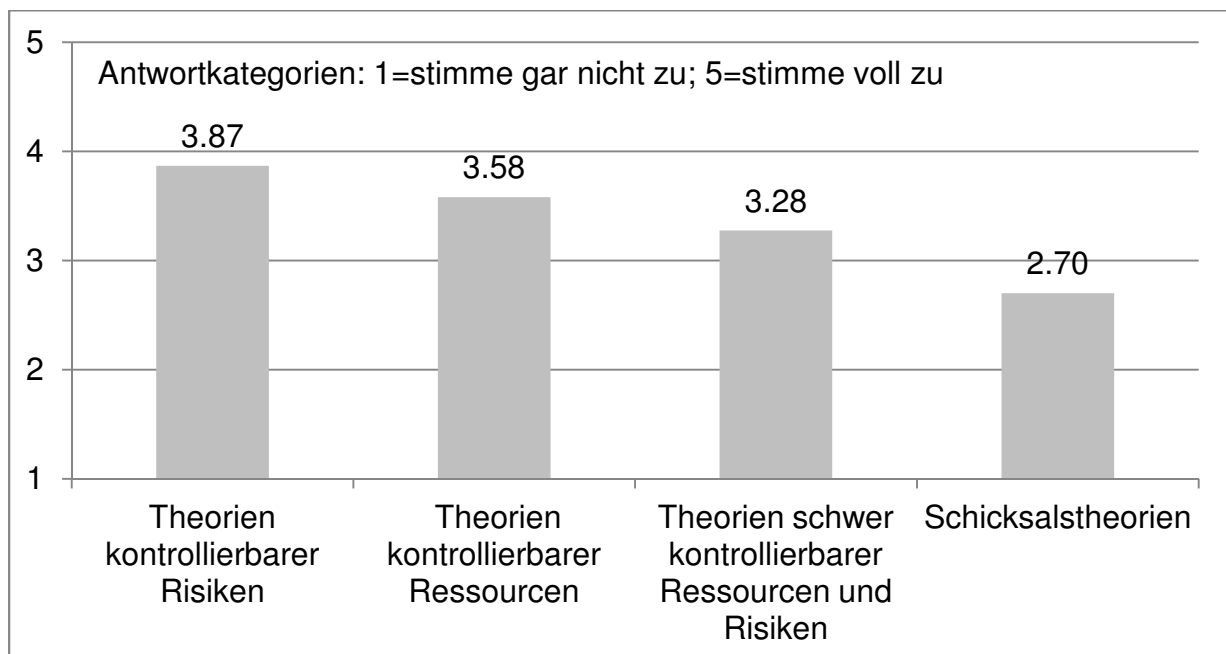


Abbildung 22: Mittelwerte: Subjektive Gesundheitstheorien

Spezifische subjektive Gesundheitstheorie: Auswirkung des leistungssportlichen Engagements auf die eigene Gesundheit

Im Zusammenhang mit der wahrgenommenen Auswirkung des leistungssportlichen Engagements auf die eigene Gesundheit, zeigt die Mittelwertsberechnung der entsprechenden Frage, dass das Sporttreiben im Mittel als gesundheitsförderlich angesehen wird ($M=3.71$ ($SD= .92$)) (vgl. Abbildung 23).

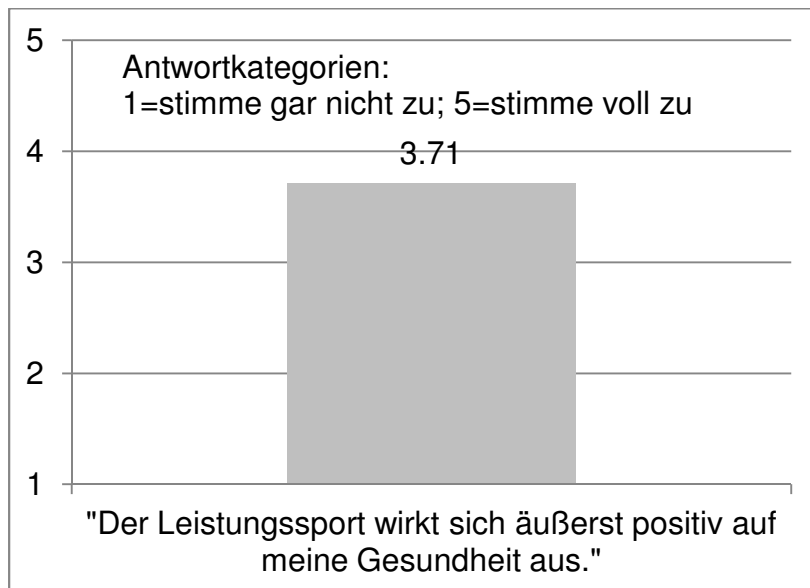


Abbildung 23: Mittelwert: Wahrgenommene Auswirkung des leistungssportlichen Engagements auf die eigene Gesundheit

Neben einfachen deskriptiven Darstellungen ist zudem die Frage zu beantworten, welche Einflüsse sich auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien feststellen lassen.

Einflussfaktoren auf die unterschiedlichen Gesundheitsdefinitionen

Die theoretische Auseinandersetzung mit subjektiven Gesundheitstheorien lieferte verschiedene potenzielle Determinanten auf die Entwicklung der wahrgenommenen gesundheitsbezogenen Einflüsse (Theorien über kontrollierbare Gesundheitsressourcen, bzw. über Gesundheitsrisiken, Theorien über schwer zu kontrollierende Risiken und Ressourcen sowie Schicksalstheorien), die auf der personellen sowie sozialen Ebene anzusiedeln sind (vgl. Abbildung 24).

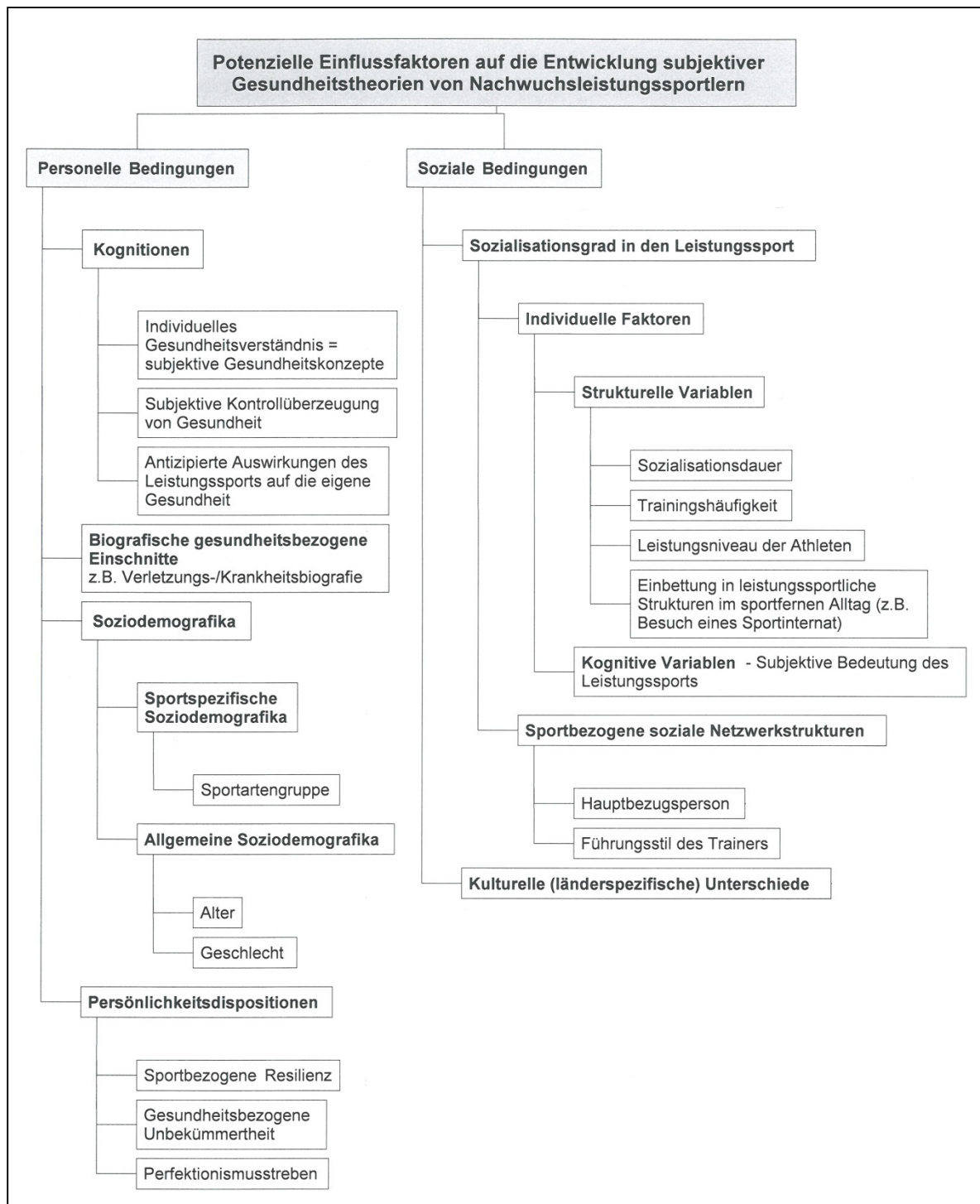


Abbildung 24: Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien bei Nachwuchsleistungssportlern

Ein Blick auf die unabhängigen Variablen zeigt Parallelen zu den entsprechenden Determinanten subjektiver Gesundheitskonzepte auf.

Wie die theoretische Auseinandersetzung verdeutlicht, ist ergänzend zu den bedeutsamen Determinanten aus bisherigen Studien auch der Einfluss der ermittelten Gesundheitsdefinitionen zu testen, denn sie lenken die Aufmerksamkeit in gesund-

heitlichen Fragen. Es ist folglich zu vermuten, dass auch sie bestimmen, was als gesundheitsförderlich und -schädlich wahrgenommen wird. Getestet wird lediglich der Einfluss der drei übergeordneten Gesundheitsverständnisse: ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘, ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘, ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘. Die beiden Definitionstypen, die sich auf die Kontrollierbarkeit von Gesundheit beziehen, sind der theoretischen Konzeption des Phänomens entsprechend nicht trennscharf den subjektiven Gesundheitskonzepten zuzuordnen, sondern tauchen auch im Zusammenhang mit den subjektiven Gesundheitstheorien auf. So ist, wie bereits erläutert, der Definitionstyp ‚Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen‘ auch als Faktor bei den wahrgenommenen Einflüssen zu finden – hier wird derselbe als ‚Schicksalstheorien‘ umschrieben und stellt damit auch eine abhängige Variable dar, deren mögliche Einflüsse regressionsanalytisch untersucht werden. Die zweite Skala der Gesundheitskonzepte, die Bezüge auf die Kontrollierbarkeit von Gesundheit aufweist (‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘), ergibt sich ebenfalls als eine Dimension der Faktorenanalyse zu den Gesundheitstheorien, wird hier aber unter dem Begriff ‚subjektive Kontrollüberzeugung von Gesundheit‘ gefasst. Die subjektive Kontrollüberzeugung von Gesundheit geht bei der Untersuchung der Einflussfaktoren auf die verschiedenen Typen von Gesundheitstheorien als unabhängige Variable in die Regressionsanalyse ein, stellt sie eine grundlegende Bedingung für Unterschiede in wahrgenommenen Einflüssen auf die eigene Gesundheit dar.

Zusätzlich zu den Gesundheitsverständnistypen und der subjektiven Kontrollüberzeugung, ist – anders als im Zusammenhang mit den Gesundheitskonzepten – der Einfluss der grundsätzlichen Einschätzung zu testen, inwiefern gesundheitsbezogene Auswirkungen des leistungssportlichen Engagements zu erwarten sind, da im Zusammenhang mit unterschiedlichen Ausprägungen der zugeschriebenen Wirkung des Leistungssports auch Effekte hinsichtlich wahrgenommener Einflüsse auf die eigene Gesundheit anzunehmen sind.

Zuletzt bestehen Unterschiede hinsichtlich der zu testenden unabhängigen Faktoren im Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand, da Interviewstudien über Leistungssportler darauf hinweisen, dass bei der Wahrnehmung gesundheitlicher Risiken und Ressourcen nicht allein eine globale Einschätzung der eigenen Gesundheit, sondern insbesondere auch die eigene Zufriedenheit mit dieser, sowie der Vergleich der eigenen mit der Gesundheit anderer Athleten entscheidend sind

(Theberge, 2008; Thiel et al., 2010). Aus diesem Grund wird die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand um die genannten Aspekte erweitert.

Die folgende Tabelle 17 beinhaltet die Operationalisierung der genannten potenziellen Einflussgrößen. Entsprechend der Anforderungen der Regressionsanalyse sind nominale Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen in Dummy-Variablen zu überführen.

Tabelle 17: Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Nachwuchsleistungssportlern

Unabhängige Variable	Skalenniveau	Ausprägungen
Personelle Faktoren		
Kognitionen		
Individuelles Gesundheitsverständnis – subjektive Gesundheitskonzepte ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘ ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Subjektive Kontrollüberzeugung von Gesundheit (Score aus folgenden Items): „Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.“ „Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.“ „Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Antizipierte Auswirkung des Leistungssports auf die eigene Gesundheit „Der Leistungssport wirkt sich äußerst positiv auf meine Gesundheit aus.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Biografische gesundheitsbezogene Einschnitte		

Verletzungs-/Krankheitsbiografie Ausfalltage letzte Saison bei Wettkampf/Training	Ordinal	1 = 0 Tage 2 = 1–5 Tage 2 = 6–10 Tage 3 = >10 Tage
Objektiver Gesundheitszustand Aktuelle Sportpause	Nominal – dichotom	0 = Nein 1 = Ja
Subjektiver Gesundheitszustand „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“	Metrisch	1 = Sehr gut 2 = Gut 3 = Mittelmäßig 4 = Schlecht 5 = Sehr schlecht
Zufriedenheit mit Gesundheitszustand „Ich bin mit meinem Gesundheitszustand...“	Metrisch	1 = ... gar nicht zufrieden 2 = ... eher nicht zufrieden 3 = ... mehr oder weniger 4 = ... eher zufrieden 5 = ... sehr zufrieden
Vergleich Gesundheitszustand mit dem anderer Athleten „Wenn ich mich mit anderen gleichaltrigen Spitzensportlern in meiner Sportart vergleiche, dann ist mein gegenwärtiger Gesundheitszustand ...“	Metrisch	1 = Viel schlechter 2 = Eher schlechter 3 = Gleich 4 = Etwas besser 5 = Viel besser
Soziodemografika		
Allgemeine Soziodemografika		
Alter bzw. kognitiver Entwicklungsstand	Metrisch	14–18 Jahre
Geschlecht	Nominal – dichotom	1 = Männlich 2 = Weiblich
Sportspezifische Soziodemografika		
Sportartengruppen ⁴⁹	Nominal – > 2 Ausprägungen → Dummy-Variablen	0 = Nein 1 = Ja Technisch / Ausdauer / Ausdauer mit hohem Kraft- einsatz / Ästhetisch / Ge- wichtsklassenabhängig / Ball / Kraft / Antigravitation
Persönlichkeitsdispositionen		

⁴⁹ Die Zuteilung einzelner Sportarten bzw. Disziplinen zu der entsprechenden Sportartengruppe sind dem Anhang (Tabelle 1) zu entnehmen.

<p>Sportbezogene Resilienz „Mir kann keine Verletzung etwas anhaben, ich komme immer wieder zurück.“</p>	Metrisch	<p>1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu</p>
<p>Gesundheitsbezogene Unbekümmertheit Summenscore aus: „Ich mache mir keine Gedanken um das Leben nach meiner sportlichen Karriere.“ „Ich mache mir um meine Gesundheit gar keine Sorgen.“</p>	Metrisch	<p>1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu</p>
<p>(Ungesundes) Perfektionismusstreben (Paul & Thiel, 2005)</p>	Metrisch	<p>1 = Nie 2 = Selten 3 = Manchmal 4 = Oft 5 = Sehr oft</p>
Soziale Faktoren		
Bildungsgrad		
Schultyp	Nominal – > 2 Ausprägungen → Dummy-Variablen	<p>0 = Nein 1 = Ja</p> <p>Gymnasium/Real-/Haupt-/Gesamtschule</p>
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Strukturelle Variablen		
Dauer der Sozialisation in das Spitzensportsystem	Metrisch	0–10 Jahre
Leistungsniveau der Athleten – Kaderstufe	Ordinal	<p>1 = A-Kader 2 = B-Kader 3 = C-Kader 4 = D/C-Kader</p>
Wöchentliche Trainingszeit	Ordinal	<p>1 = 1–9 Stunden 2 = 10–12 Stunden 3 = 13–16 Stunden 4 = 17–40 Stunden</p>
Einbettung in leistungssportbezogene Strukturen im sportfernen Alltag Besuch eines Sportinternats	Nominal – dichotom	<p>0 = Nein 1 = Ja</p>

Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Kognitive Variablen		
Subjektive Bedeutung des Sports „Ohne Sport hat das Leben für mich keinen Sinn.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Sportbezogene Netzwerkstrukturen		
Hauptbezugsperson	Nominal – dichotom	1 = Außerhalb des Sports (Familie, Freunde nicht aus dem Sport) 2 = Aus dem Sport (Trainer, Freunde aus dem Sport)
Führungsstil des Trainers „In Entscheidungssituationen... ...lässt mein Trainer oft viel durchgehen. ...duldet mein Trainer oft keinen Widerspruch. ...ist mein Trainer oft zu einem Gespräch bereit.“	Nominal – > 2 Ausprägungen → Dummy-Variablen	0 = Nein 1 = Ja
Kulturelle Unterschiede		
Muttersprache „Welche Sprachen werden zu Hause gesprochen? ...Deutsch. ...Deutsch und andere Sprache. ...Nur andere Sprache.“	Nominal – > 2 Ausprägungen → Dummy-Variablen	0 = Nein 1 = Ja

Einflussfaktoren auf die Dimension: ‚Theorie der kontrollierbaren Risiken‘ (vgl. Tabelle 18)

Tabelle 18: Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Theorie der kontrollierbaren Risiken‘

Unabhängige Variable	b	β	Toleranz
Subjektive Kontrollüberzeugung	.285	.287	.917
Gesundheitsbezogene Unbekümmertheit	– .148	– .206	.985
Antizipierte gesundheitsbezogene Auswirkungen des Leistungssports	.135	.178	.898
Sportart: Ausdauer	.198	.115	.989
Gesundheitsverständnis: Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit	.094	.111	.921
Subjektiver Gesundheitszustand allgemein	.102	.107	.919

Durch das Regressionsmodell werden 20% an Varianz aufgeklärt.

Wie Tabelle 18 zeigt, liefert den größten Beitrag dazu die subjektive Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit. Gehen Athleten davon aus, dass sie ihre Gesundheit kontrollieren können, nehmen sie auch verstärkt kontrollierbare Risiken wahr ($\beta = .287$; $b = .285$).

Auch das Gesundheitsverständnis spielt eine Rolle. Wenn Athleten unter Gesundheit eher eine sportspezifische Funktionsfähigkeit verstehen, stimmen sie dieser Skala tendenziell stärker zu ($\beta = .111$; $b = .094$). Dass die Wahrnehmung kontrollierbarer gesundheitlicher Bedrohungen von bestimmten Persönlichkeitseigenschaften abhängt, zeigt die Signifikanz des Merkmals ‚gesundheitsbezogene Unbekümmertheit‘, wonach Athleten, die sich mehr Gedanken um ihre Gesundheit machen, auch höhere Werte erzielen ($\beta = -.206$; $b = -.148$).

Wenn Athleten grundsätzlich davon ausgehen, dass sich der Leistungssport positiv auf ihre Gesundheit auswirkt, nehmen sie auch eher Risiken wahr, die ihrer Beeinflussung unterliegen ($\beta = .178$; $b = .135$).

Zudem geht ein abnehmender subjektiver Gesundheitszustand damit einher, dass Sportler davon ausgehen, dass ihre Gesundheit von Risiken beeinflusst wird, die sie selbst in der Hand haben ($\beta = .107$; $b = .102$).

Zuletzt spielt die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Sportartengruppe eine Rolle dabei, inwiefern Athleten Gefährdungen der eigenen Gesundheit als kontrollierbar wahrnehmen. So stimmen Athleten aus Ausdauersportarten dieser Skala eher zu ($\beta = .115$; $b = .198$).

Einflussfaktoren auf die Dimension: ‚Theorie der kontrollierbaren Ressourcen‘ (vgl. Tabelle 19)

Tabelle 19: Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Theorie der kontrollierbaren Ressourcen‘

Unabhängige Variable	b	β	Toleranz
Subjektive Kontrollüberzeugung	.168	.190	.907
Antizipierte gesundheitsbezogene Auswirkungen des Leistungssports	.116	.173	.909
Zufriedenheit mit Gesundheitszustand	-.136	-.193	.685
Gesundheitsbezogene Unbekümmertheit	-.086	-.134	.972
Sportart: Gewichtsklassenabhängig	.192	.107	.981
Eigener Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Athleten	.093	.121	.702
Gesundheitsverständnis: Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit	.089	.118	.917
Wöchentliche Trainingszeit	.088	.114	.964
Sportart: Ausdauer mit hohem Krafteinsatz	-.338	-.103	.979

Die getesteten Variablen der Regressionsanalyse über die Theorien der kontrollierbaren Ressourcen klären 16% der Varianz auf. Die unabhängigen Variablen, die sich als signifikant erweisen, sind in Tabelle 19 aufgeführt.

Den stärksten Zusammenhang zeigt dabei die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand. Je zufriedener die Athleten sind, desto weniger Ressourcen nehmen sie wahr, die ihrer Kontrolle unterliegen ($\beta = -.193$; $b = -.136$). Nicht nur die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand scheint eine Rolle zu spielen, auch wenn Athleten ihre Gesundheit im Vergleich zu anderen Athleten besser einschätzen, antizipieren sie kontrollierbare Ressourcen für ihre Gesundheit weniger stark ($\beta = .121$; $b = .093$).

Je stärker bei den Athleten ein sportbezogenes funktionales Gesundheitsverständnis vorliegt, desto stärker sehen sie auch kontrollierbare Ressourcen ($\beta = .118$; $b = .089$).

Auch spielt die strukturelle Verwurzelung in den Leistungssport eine Rolle. So geht mit einer Zunahme der Trainingsstunden auch eine größere Zustimmung zu kontrollierbaren Ressourcen für die eigene Gesundheit einher ($\beta = .114$; $b = .088$).

Vergleichbar zu den Theorien kontrollierbarer Risiken, zeigt sich ein Zusammenhang zwischen einer hohen subjektiven Kontrollüberzeugung und einer stärkeren Wahrnehmung kontrollierbarer Ressourcen ($\beta = .190$; $b = .168$).

Darüber hinaus besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der grundsätzlichen Einschätzung, dass der Leistungssport sich positiv auf die eigene Gesundheit auswirkt, und der Zustimmung zu kontrollierbaren Ressourcen für die eigene Gesundheit ($\beta = .173$; $b = .116$).

Zudem wirkt sich – entsprechend der Theorien zu kontrollierbaren Risiken – ein höheres Ausmaß an gesundheitsbezogener Unbekümmertheit negativ darauf aus, wie stark der Skala zu Ressourcen, die der eigenen Kontrolle unterliegen, zugestimmt wird ($\beta = -.134$; $b = -.086$).

Zuletzt zeigen sich Unterschiede im Hinblick auf die Sportartengruppe der Ausdauerathleten, deren Sportart einen hohen Krafteinsatz erfordert. Im Vergleich zu den übrigen Athleten stimmen diese Sportler der Skala signifikant weniger stark zu ($\beta = -.103$; $b = -.333$).

Demgegenüber zeigen gewichtsklassenabhängige Sportler höhere Werte ($\beta = .192$; $b = .107$).

Einflussfaktoren auf die Dimension: ‚Theorien schwer zu kontrollierender Ressourcen und Risiken‘ (vgl. Tabelle 20)

Tabelle 20: Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Theorien schwer kontrollierbaren Ressourcen und Risiken‘

Unabhängige Variable	b	β	Toleranz
Gesundheitsverständnis: Gesundheit als sport-unabhängiges Befinden und Aktionspotenzial	.209	.264	.932
Subjektive Kontrollüberzeugung	.226	.219	.916
Gesundheitsbezogene Unbekümmertheit	-.095	-.127	.982
Sportart: Ball	-.179	-.119	.970
Alter	.072	.111	.983

Durch fünf der getesteten Variablen können 17% der Varianz in der Skala ‚Theorien der unkontrollierbaren Ressourcen und Risiken‘ erklärt werden.

Je eher Athleten unter Gesundheit sportferne positive Bezüge verstehen, desto intensiver nehmen sie auch schwer unkontrollierbare positive und negative Einflüsse auf ihre Gesundheit wahr ($\beta = .264$; $b = .203$).

Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass die Wahrnehmung schwer zu kontrollierender Faktoren auch mit zunehmender subjektiver Kontrollüberzeugung ansteigt ($\beta = .219$; $b = .226$).

Wiederum spielt die Persönlichkeitseigenschaft ‚gesundheitsbezogene Unbekümmertheit‘ eine Rolle. Je stärker diese ausgeprägt ist, desto weniger ausgeprägt werden schwer zu kontrollierende Ressourcen und Risiken wahrgenommen ($\beta = -.127$; $b = -.095$).

Auch hier zeigt sich der Einfluss einer bestimmten Sportartengruppe. Die Ballsportler stimmen dieser Skala weniger stark zu ($\beta = -.119$; $b = -.179$).

Zuletzt findet sich ein Zusammenhang mit dem Alter. So steigt mit zunehmendem Alter auch die antizipierte Auswirkung schwer zu kontrollierender Einflüsse ($\beta = -.072$; $b = -.111$).

Einflussfaktoren auf die Dimension: ‚Schicksalstheorien‘ (vgl. Tabelle 21)

Tabelle 21: Ergebnis der linearen multiplen Regressionsanalyse über die Dimension ‚Schicksalstheorien‘

Unabhängige Variable	b	β	Toleranz
Perfektionismusstreben	.031	.191	.951
Gesundheitsverständnis: Gesundheit als sport-spezifische Abwesenheit von Gesundheit	.148	.172	.946
Gesundheitsverständnis: Gesundheit als sport-unabhängiges Befinden und Aktionspotenzial	.110	.142	.982
Subjektiver Gesundheitszustand allgemein	.094	.097	.987

Das Regressionsmodell über die Dimension der Schicksalstheorien klärt 11% der Varianz auf. Folgende Variablen liefern einen bedeutsamen Erklärungsanteil an Antwortunterschieden.

Dabei erweist sich die Persönlichkeitsdisposition ‚Perfektionismusstreben‘ als stärkster Einfluss. Mit zunehmendem ungesunden Perfektionismus steigen auch die Werte zugeschriebener schicksalhafter Einflüsse auf die eigene Gesundheit ($\beta = .191$; $b = .031$).

Zudem geht mit einer ansteigenden Zustimmung zu der negativen Gesundheitsdefinition (‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘) auch eine stärkere Ausprägung wahrgenommener Einflüsse schicksalhafter Begebenheiten einher ($\beta = 0,172$; $b = 0,148$). Allerdings zeigt sich derselbe Effekt auch im Hinblick auf ein sportfernes Gesundheitsverständnis ($\beta = 0,142$; $b = 0,110$).

Darüber hinaus ist im Zusammenhang mit dieser Skala der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand von Bedeutung. Je schlechter dieser gesehen wird, desto ausgeprägter werden auch schicksalshafte Einflüsse auf die eigene Gesundheit wahrgenommen ($\beta = -.094$; $b = -.097$).

Modellprämissen

Eine Analyse der Modellvoraussetzungen legt keinerlei Probleme mit Multikollinearität, nicht-linearem Zusammenhang zwischen unabhängiger und abhängiger Variable oder Heteroskedastizität offen (vgl. Tabellen 18 bis 21 bzw. Anhang: Abbildungen 7 bis 16).

4.1.3 Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

Vergleichbar zu den subjektiven Gesundheitskonzepten und Gesundheitstheorien steht zu Beginn der empirischen Untersuchung eine Überprüfung der Testgüte des entwickelten Messinstruments. Daran anschließend folgt die Untersuchung der forschungsleitenden Fragestellungen.

4.1.3.1 Testtheoretische Überprüfung

Rohwerte

Die Analyse der Rohwerte legt eine Normalverteilung der Items offen (vgl. Anhang: Tabelle 32).

Itemschwierigkeit

Die Itemschwierigkeitsanalyse der Variablen identifiziert für alle Items zulässige Werte (vgl. Anhang: Tabelle 32).

Interne Validierung

Die explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation) überprüft, ob die beiden Hintergrundvariablen der sportspezifischen gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft im Antwortverhalten der Athleten wiederzufinden sind. Es bietet sich auf Grundlage des Kaiser-Guttman-Kriteriums (Eigenwerte ≥ 1) eine Dreifaktoren Lösung an, die 52% der Varianz aufklärt (vgl. Tabelle 22).

Das Ergebnis zeigt, dass ein Item aus der Itematterie zur psychosozialen Risikobereitschaft von weiteren Berechnungen ausgeschlossen werden muss, da es auf keinem Faktor lädt („Ich habe durch den Sport keine Zeit mehr für Freunde und Familie.“).

Die übrigen Items der formulierten Dimension psychosoziale Risikobereitschaft finden sich in Faktor zwei wieder, der 12% an Varianz aufdeckt.

Der erste Faktor (29% an Varianzaufklärung) besteht aus vier Items, die der formulierten Itematterie zur physischen Risikobereitschaft entstammen. Die übrigen Items dieser Skala, die sich unmittelbar auf so genanntes ‚Playing Hurt‘ Verhalten beziehen (Trainieren und Wettkämpfen unter Schmerzen) finden sich in einem eigenständigen Faktor wieder, der zusätzliche 11% Varianz erklärt.

Tabelle 22: Ergebnis der Faktorenanalyse über die gesundheitsbezogene sport-spezifische Risikobereitschaft

	Faktor-ladung	Faktor-bezeichnung	M	SD
Wenn ich Olympiasieger werden könnte, ist es mir egal, später im Rollstuhl zu sitzen.	.778		1.60	.93
Lieber nehme ich eine Lebensverkürzung von 30 Jahren in Kauf und werde dafür Weltmeister, als dass ich mit mittelmäßigen Leistungen 90 Jahre alt werde.	.769	Faktor 1:	2.12	1.23
Für den sportlichen Erfolg bin ich bereit, chronische Schmerzen auf mich zu nehmen.	.761	Langfristig Physische Risiko- bereitschaft (M=1.89(SD= .81))	2.16	1.12
Mir sind Nebenwirkungen von Medikamenten vollkommen egal, solange sie mich nicht bei Training und Wettkampf behindern.	.660		1.68	.95
Ich gehe erst dann zum Arzt, wenn ich vor Schmerzen nicht mehr trainieren kann.	.810	Faktor 2:	3.10	1.38
Ich verheimliche Schmerzen, um unbedingt an einem Wettkampf teilnehmen zu können.	.776	Kurzfristig Physische Risiko- bereitschaft = ‚Playing Hurt‘ Be- reitschaft	2.43	1.22
Ich kann sehr starke Schmerzen im Wettkampf/Spiel extrem gut ignorieren und verdrängen.	.403	(M=2.92(SD= .88))	3.23	1.09
Für den sportlichen Erfolg verzichte ich gerne auf Partys.	.835	Faktor 3:	3.78	1.12
Ich denke in jeder freien Minute ans Training oder an Wettkämpfe.	.631	Psychosoziale Risi- kobereitschaft (M=2.99(SD= .80))	2.37	1.13

Wenn meine sportliche Leistung besser wird, ist es mir egal, wenn mein Körper nicht mehr dem gängigen Schönheitsideal entspricht.	.614		2.82	1.06
Ich habe durch den Sport keine Zeit mehr für Freunde und Familie.			2.91	1.09

Trennschärfe

Die Betrachtung der Trennschärfe der einzelnen Items zeigt für alle Items zulässige korrigierte Item-Skala Korrelationen zwischen .30 und .70 (vgl. Anhang: Tabellen 33 bis 39).

Reliabilität

Die Reliabilitätswerte nach Cronbach's Alpha liegen im für die entwickelten Skalen physische sowie psychosoziale Risikobereitschaft zulässigen Bereich von gerundet .60 für die psychosoziale Risikobereitschaft und .80 für die physische Risikobereitschaft. Die Skala ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft weist einen kritischen Wert von Cronbach's Alpha von .50 auf, weswegen die Inter-Item-Korrelationen betrachtet werden, um beurteilen zu können, ob die Items mittlere Zusammenhänge miteinander aufweisen und folglich als verschiedene Aspekte eines Konstrukts zu sehen sind. Die entsprechenden Items korrelieren zwischen .20 und .40 miteinander, so dass der niedrige Wert von Cronbach's Alpha akzeptiert werden kann (vgl. Anhang: Tabellen 33 bis 39).

4.1.3.2 Analysen zur Beantwortung der Fragestellungen

Die Fragestellung, die im Zusammenhang mit der sportspezifischen gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft untersucht werden soll, erfordert zunächst die deskriptive Darstellung der Mittelwerte. Der Schwerpunkt liegt allerdings auf der Ermittlung von Gruppen mit unterschiedlich hoher Ausprägung der Risikobereitschaft und deren determinierenden Größen.

Mittelwerte auf gruppenstatistischem Niveau (vgl. Abbildung 25)

Im Hinblick auf die Frage, inwiefern junge Athleten bereit sind, extreme psychosoziale Risiken zu akzeptieren, deuten die Ergebnisse auf eine Indifferenz der Nachwuchsleistungssportler hin, der Mittelwert liegt bei 2.99. Dabei wird ein Verzicht alterstypischen Verhaltens – wie ‚Party machen‘ – am ehesten akzeptiert ($M=3.78$). Dagegen stimmen die Athleten der Frage, ob es problematisch für sie ist, wenn der eigene Körper nicht mehr dem gängigen Schönheitsideal entspricht, eher nicht zu ($M=2.82$). Auch scheinen die jungen Athleten nicht dauerhaft an den Sport zu denken ($M=2.37$).

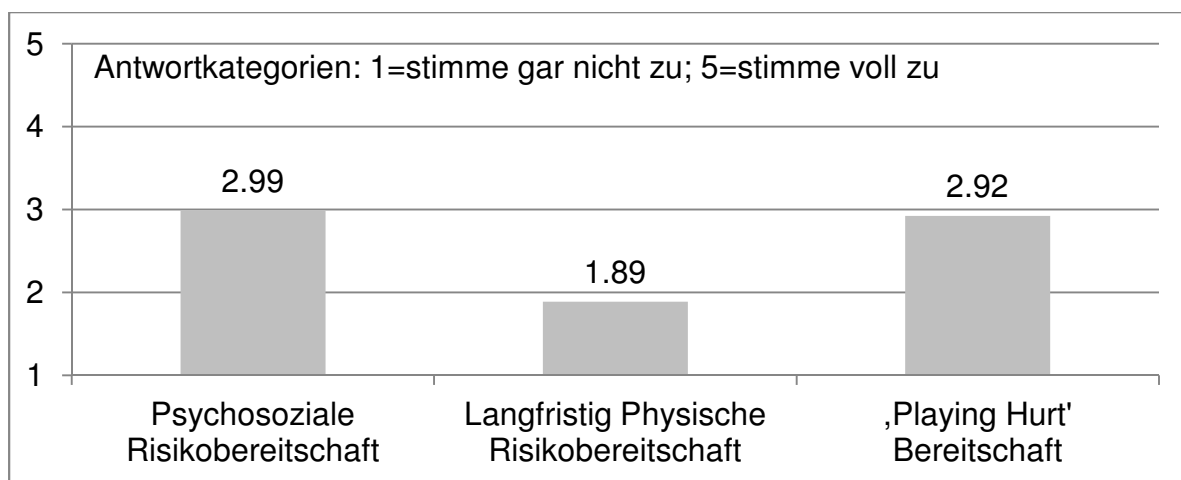


Abbildung 25: Mittelwerte: Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

Die Aussagen zur physischen Risikobereitschaft deuten dagegen darauf hin, dass es junge Athleten ablehnen, die extremen physischen Risiken zu akzeptieren ($M=1.89$). Als überraschend erscheint allerdings der Blick auf die Befunde der einzelnen Items. So zeigt sich die geringste Zustimmung zu der Frage, inwiefern Athleten es akzeptieren würden später im Rollstuhl zu sitzen, wenn sie dafür Olympiasieger werden könnten ($M=1.60$). Auch werden Nebenwirkungen von Medikamenten zu Gunsten des sportlichen Erfolgs nicht bedingungslos in Kauf genommen ($M=1.68$). Die extremste Folge einer Lebensverkürzung von 30 Jahren für einen Weltmeistertitel jedoch wird überraschenderweise deutlich eher akzeptiert ($M=2.12$). Auch chronische Schmerzen stellen im Vergleich zu den übrigen Folgen ein geringeres Hindernis dar, wenn man dafür sportlich erfolgreich sein kann ($M=2.16$).

Hinsichtlich der ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft bewegen sich die Antworten durchschnittlich im indifferenten Bereich (‚stimme weder zu noch nicht zu‘) ($M=2.92$). Athleten akzeptieren das Trainieren und Wettkämpfen unter Schmerzen in mittlerem Maße. So zeigen die Antworten, dass die Athleten eher erst dann zum Arzt gehen, wenn die Schmerzen ein weiteres Trainieren verhindern ($M=3.13$), dass sie selbst der Überzeugung sind, sehr starke Schmerzen gut ignorieren und verdrängen zu können ($M=3.23$). Auch lässt sich keine zwangsläufige Ablehnung auf die Frage feststellen, Schmerzen bei Wettkämpfen/Spielen zu verheimlichen, um teilnehmen zu können, so bewegt sich der Mittelwert zwischen ‚stimme weder zu noch nicht zu‘ und ‚stimme eher nicht zu‘ ($M=2.43$).

Risikogruppenanalyse: Klassifikationsanalyse – Entscheidungsbaumanalyse

Vor dem Hintergrund, dass junge Athleten wegen der spezifischen Anforderungen und Logik des Leistungssports in bestimmten Momenten gezwungen sind, sich risikant im Hinblick auf ihre Gesundheit zu verhalten, da nur auf diesem Weg bestmögliche sportliche Leistung erbracht werden kann, beschäftigt sich die zweite Fragestellung damit, ob sich verschiedene Gruppen identifizieren lassen, die ein besonders hohes bzw. niedriges Ausmaß an gesundheitsbezogener sportspezifischer Risikobereitschaft aufweisen.

Davon ausgehend, dass eine zu hohe Akzeptanz physischer Risiken (Skala physische Risiko- und ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft) sowie eine extreme Bereitschaft zu der Vernachlässigung sportferner Lebensbereiche und Entwicklungen begünstigen, dass Nachwuchsleistungssportler in ihrem Alltag zu hohe Risiken eingehen und sich infolgedessen überlasten, ermöglicht die Identifikation von Extremgruppen und deren Determinanten, Faktoren zu identifizieren, auf die in der täglichen Arbeit mit Athleten ein besonderes Augenmerk gerichtet werden sollte. Sind die Faktoren bekannt, die die Risikobereitschaft der jungen Athleten beeinflussen, besteht zumindest theoretisch die Möglichkeit, Überlastungen präventiv zu begegnen.

Entsprechend der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der sport-spezifischen Risikobereitschaft sind zum einen potenziell beeinflussende Faktoren auf der personellen Ebene zu testen, die sich in sport-spezifische (Sportart, Sportartengruppe, Trainingsintensität) und allgemeine Soziodemografika (Geschlecht, Alter, etc.)), sowie in verschiedene Persönlichkeitsdispositionen und individuelle Überzeugungen unterteilen lassen. Hinzu treten noch spezifische biografische gesundheits-

bezogene Einschnitte. Zum anderen ist anzunehmen, dass Indikatoren eines unterschiedlich ausgeprägten Sozialisationsgrades in den Leistungssport (Netzwerkstruktur, kognitive und strukturelle Variablen) eine Rolle spielen (Abbildung 26 und Tabelle 23).

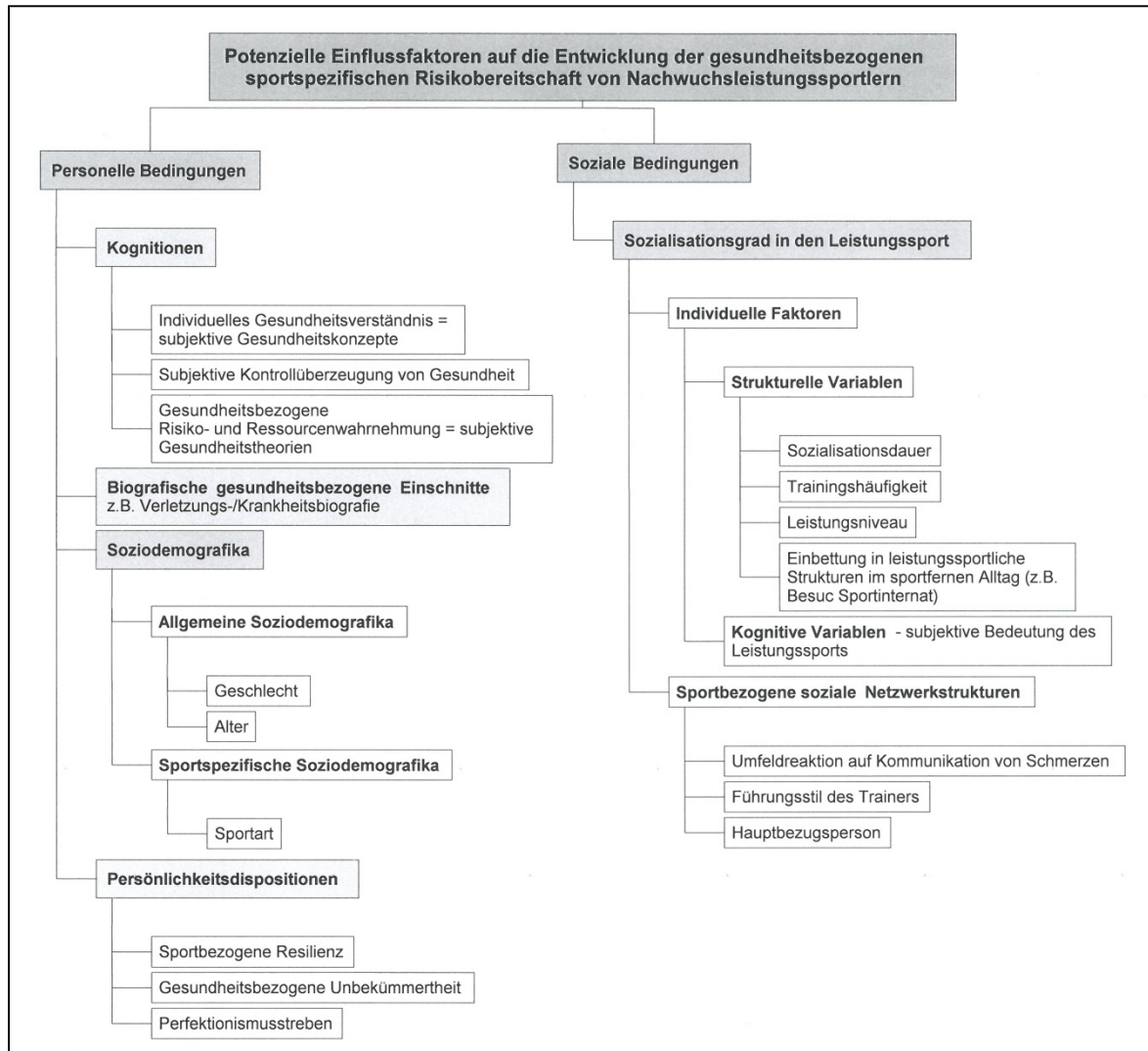


Abbildung 26: Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft bei Nachwuchsleistungssportlern

Tabelle 23: Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft bei Nachwuchssportlern

Unabhängige Variablen	Skalenniveau	Ausprägungen
Personelle Faktoren		
Kognitionen		
Individuelles Gesundheitsverständnis – subjektive Gesundheitskonzepte ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘ ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Subjektive Kontrollüberzeugung von Gesundheit (Score aus folgenden Items): „Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.“ „Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.“ „Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Risiko- und Ressourcenwahrnehmung – subjektive Gesundheitstheorien ‚Theorien der kontrollierbaren Risiken‘ ‚Theorien der kontrollierbaren Ressourcen‘ ‚Theorien der schwer kontrollierbaren Risiken und Ressourcen‘ ‚Schicksalstheorien‘	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Biografische gesundheitsbezogene Einschnitte		
Verletzungs-/Krankheitsbiografie Ausfalltage letzte Saison bei Wettkampf/Training	Ordinal	1 = 0 Tage 2 = 1–5 Tage 2 = 6–10 Tage 3 = >10 Tage

Objektiver Gesundheitszustand Aktuelle Sportpause	Nominal	0 = Nein 1 = Ja
Subjektiver Gesundheitszustand „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“	Metrisch	1 = Sehr gut 2 = Gut 3 = Mittelmäßig 4 = Schlecht 5 = Sehr schlecht
Zufriedenheit mit Gesundheitszustand „Ich bin mit meinem Gesundheitszustand...“	Metrisch	1 = ... gar nicht zufrieden 2 = ... eher nicht zufrieden 3 = ... mehr oder weniger 4 = ... eher zufrieden 5 = ... sehr zufrieden
Soziodemografika		
Allgemeine Soziodemografika		
Alter bzw. kognitiver Entwicklungsstand	Metrisch	14–18 Jahre
Geschlecht	Nominal	1 = Männlich 2 = Weiblich
Sportspezifische Soziodemografika		
Sportartengruppen ⁵⁰	Nominal	Technisch / Ausdauer / Ausdauer mit hohem Krafteinsatz / Ästhetisch / Gewichtsklassenabhängig / Ball / Kraft / Anti-gravitation
Persönlichkeitsdispositionen		
Sportbezogene Resilienz „Mir kann keine Verletzung etwas anhaben, ich komme immer wieder zurück.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Gesundheitsbezogene Unbekümmertheit Summenscore aus: „Ich mache mir keine Gedanken um das Leben nach meiner sportlichen Karriere.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu

⁵⁰ Die Zuteilung einzelner Sportarten bzw. Disziplinen zu der entsprechenden Sportartengruppe sind dem Anhang (Tabelle 1) zu entnehmen.

„Ich mache mir um meine Gesundheit gar keine Sorgen.“		
(Ungesundes) Perfektionismusstreben (Paul & Thiel, 2005)	Metrisch	1 = Nie 2 = Selten 3 = Manchmal 4 = Oft 5 = Sehr oft
Soziale Faktoren		
Grad der Sozialisation in den Leistungssport - Strukturelle Variablen		
Dauer der Sozialisation in das Spitzensportsystem	Metrisch	0–10 Jahre
Leistungsniveau der Athleten – Kaderstufe	Ordinal	1 = A-Kader 2 = B-Kader 3 = C-Kader 4 = D/C-Kader
Wöchentliche Trainingszeit	Ordinal	1 = 1–9 Stunden 2 = 10–12 Stunden 3 = 13–16 Stunden 4 = 17–40 Stunden
Einbettung in leistungssportbezogene Strukturen im sportfernen Alltag Besuch eines Sportinternats	Nominal	0 = Nein 1 = Ja
Grad der Sozialisation in den Leistungssport - Kognitive Variablen		
Subjektive Bedeutung des Sports „Ohne Sport hat das Leben für mich keinen Sinn.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Sportbezogene Netzwerkstrukturen		
Hauptbezugsperson	Nominal	1 = Außerhalb des Sports (Familie, Freunde nicht aus dem Sport) 2 = Aus dem Sport (Trainer, Freunde aus dem Sport)
Führungsstil des Trainers	Nominal	„In Entscheidungssituationen... ...lässt mein Trainer oft viel durchgehen

		...duldet mein Trainer oft keinen Widerspruch. ... ist mein Trainer oft zu einem Gespräch bereit.“
Umfeldreaktion auf Kommunikation von Schmerzen „Wenn ich äußere, dass ich Schmerzen habe, reagiert mein Umfeld mit Vorwürfen.“ „Ich habe Angst, nicht für einen Wettkampf/Spiel nominiert zu werden, wenn ich sage, dass ich Schmerzen habe.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu

(1) **Kontrastgruppenanalyse: ‚Psychosoziale Risikobereitschaft‘ (gültige N=1129)**

Die Berechnungen der Baumanalyse erklären die Varianz in den Daten zu 22% und ergeben folgende sechs signifikante Einflussfaktoren auf einem dreistufigen Baum, die zu 16 Knoten (11 Endknoten) von Kontrastgruppen verschieden starker Ausprägungen der psychosozialer Risikobereitschaft führen: subjektive Bedeutung des Sports (Level 1), Hauptnetzwerkakteur (Level 2), subjektive Kontrollüberzeugung (Level 2), Perfektionismusstreben (Level 2), Resilienz (Level 3).

Damit sind die Einflüsse, die zu einer Unterteilung in verschiedene Gruppen unterschiedlich starker Ausprägung psychosozialer Risikobereitschaft führen, sowohl der sozialen als auch der personellen Ebene anzusiedeln.

Die Kategorien jedes Prädiktors, inklusive der ‚cut-points‘ für kontinuierliche Variablen sind in Abbildung 27 abzulesen.

Stammknoten – Level/Hierarchieebene 1:

Auf der ersten Hierarchiestufe zeigt sich, dass das Ausmaß der Bedeutung des Sports derjenige Prädiktor ist, aufgrund dessen sich die Stichprobe unterteilen lässt. Es finden sich fünf Untergruppen (entsprechend der fünf Antwortkategorien – Knoten 1: ‚1 = stimme gar nicht zu,..., Knoten 5: 5 = stimme voll zu⁵¹⁾). Je wichtiger der Stellenwert des Sports innerhalb des eigenen Lebens ist, desto höher ist die psychosozial-

⁵¹ Bei unabhängigen ordinalen und metrischen Variablen werden Bereiche in der allgemeinen Form (Wert 1, Wert 2) angegeben. Diese bedeutet: „größer als Wert 1 und kleiner oder gleich Wert 2“ (SPSS).

ale Risikobereitschaft (Knoten 5: $M=3.55$ vs. Knoten 4: $M=3.15$ vs. Knoten 3: $M=2.94$ vs. Knoten 2: $M=2.70$ vs. Knoten 1: $M=2.50$).

Ast unterhalb von Knoten 5:

Die Athleten, die ihr Leben ohne Sport als nicht sinnbehaftet bewerten, unterscheiden sich weiterhin hinsichtlich ihres ungesunden Perfektionismusstrebens. Athleten mit höheren sind eher bereit, psychosoziale Risiken einzugehen (Knoten 13: $M=3.35$ vs. Knoten 14: $M=3.75$).

Ast unterhalb von Knoten 4:

Die Leistungssportler der zweithöchsten Kategorie lassen sich ebenso hinsichtlich ihres Strebens nach Perfektionismus unterteilen (Hierarchiestufe 2), wobei hier auffällt, dass die Athleten mit einem mittleren Grad an ungesundem Perfektionismus ($15 < x \leq 18$) die höchsten Werte erreichen (Knoten 10: $M=2.93$ vs. Knoten 11: $M=3.38$ vs. Knoten 12: $M=3.28$).

Zudem lässt sich in Knoten 15 und 16 erkennen, dass Athleten, die in niedrigem Maße ungesund perfektionistisch sind, eine umso höhere Risikobereitschaft zeigen, je resilienter sie sind (≤ 3 $M=2.70$ vs. >3 $M=3.13$).

Ast unterhalb von Knoten 3:

Athleten, für die der Sport eine mittlere wichtige Rolle einnimmt (Knoten 3), zeigen im Hinblick auf ihre grundsätzliche gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung Unterschiede (Hierarchiestufe 2). Ist diese sehr hoch (≥ 3.67), ist auch die Risikobereitschaft auf psychosozialer Ebene sehr viel höher (Knoten 8: $M=2.78$ vs. Knoten 9: $M=3.21$).

Ast unterhalb von Knoten 2:

Weisen Athleten relativ niedrige Werte hinsichtlich der Frage auf, welche Bedeutung sie ihrem sportlichen Engagement in ihrem Leben einräumen, so verdeutlichen die Befunde allerdings, dass ihre Bereitschaft psychosoziale Risiken einzugehen stark davon abhängt, mit welchen Personen sie in ihrem Umfeld zu tun haben. Personen aus dem sportbezogenen Umfeld führen dazu, dass Nachwuchsleistungssportler sehr viel stärker bereit sind, sportferne Lebensbereiche auszuschließen (Knoten 6: $M=2.79$ vs. Knoten 7: $M=2.56$).

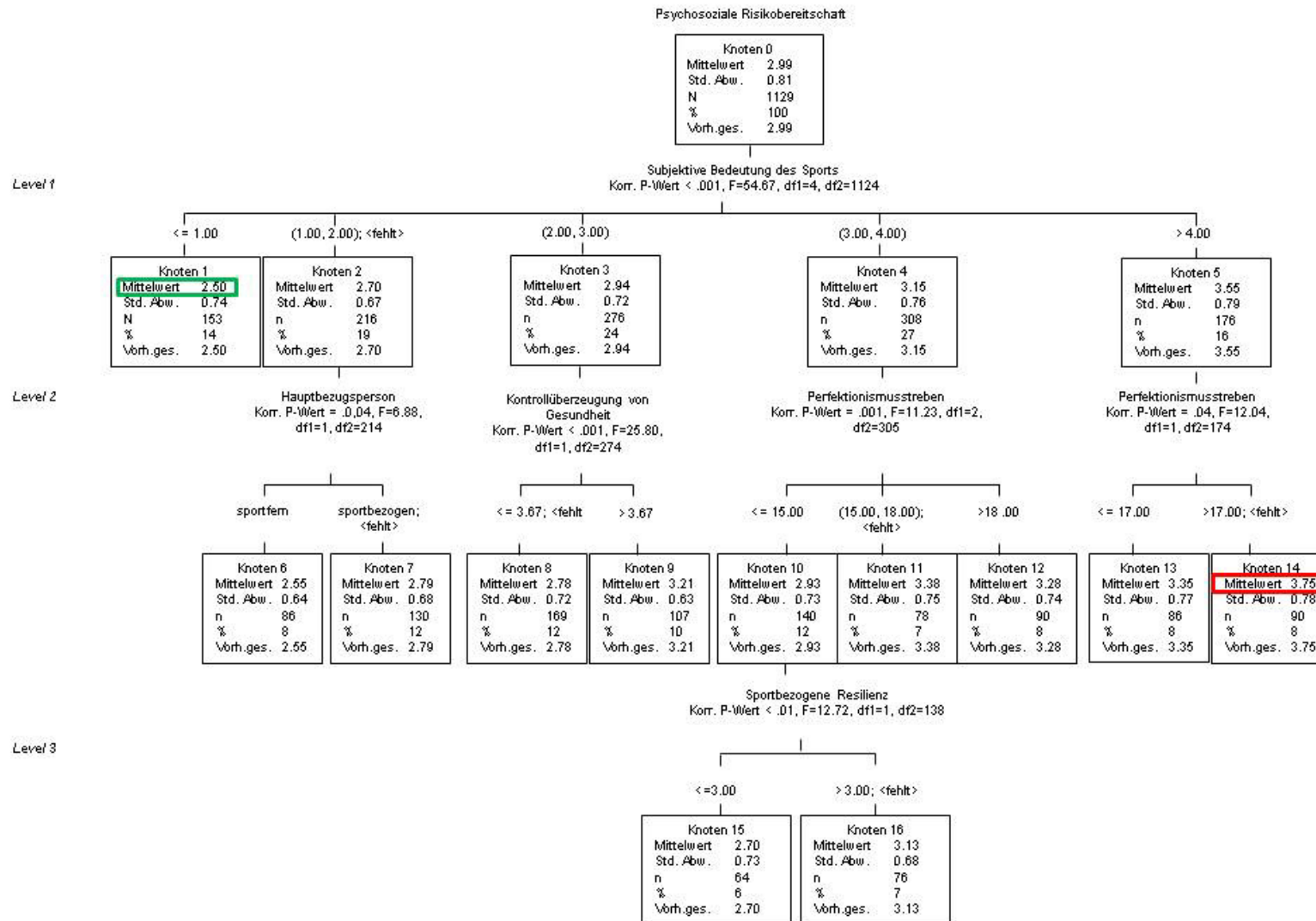


Abbildung 27: Entscheidungsbaum: „Psychosoziale Risikobereitschaft“

Hoch- und Niedrigrisikogruppen (vgl. Tabelle 24)

Insgesamt bilden diejenigen Athleten eine Hochrisikogruppe, die ihrem sportlichen Engagement eine sehr hohe Bedeutung zuschreiben und gleichzeitig sehr perfektionistisch sind (Knoten 14: M=3.75).

Dagegen sind die Athleten, für die der Sport eine niedrige Bedeutung einnimmt (Knoten 1), auch am wenigsten bereit, sportbezogene psychosoziale Risiken auf sich zu nehmen. Als Niedrigrisikogruppe sind auch diejenigen Athleten zu bezeichnen, denen der Sport ziemlich unwichtig ist (Knoten 2) und die gleichzeitig hauptsächlich mit sportfernen Personen zu tun haben (Knoten 7).

Tabelle 24: Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zur psychosozialen Risikobereitschaft

Knoten	N	Prozent	Mittelwert
14	90	8.0%	3.75
11	78	6.9%	3.38
13	86	7.6%	3.35
12	90	8.0%	3.28
9	107	9.5%	3.21
16	76	6.7%	3.13
7	130	11.5%	2.79
8	169	15.0%	2.78
15	64	5.7%	2.70
6	86	7.6%	2.55
1	153	13.6%	2.50

(2) Kontrastgruppenanalyse: ‚Langfristig Physische Risikobereitschaft‘ (gültige N=1126)

Die Ergebnisse der Klassifikationsanalyse decken bei einer Varianzerklärung von 27% sechs Einflussfaktoren auf, die auf einem dreistufigen Baum zu 12 Endknoten führen. Folgende Variablen, aus sowohl der personellen als auch der sozialen Ebene, zeigen signifikante Zusammenhänge zur physischen Risikobereitschaft: subjektivi-

ve Bedeutung des Sports (Level 1), Geschlecht (Level 2), Gesundheitsverständnis: Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Gesundheit (Level 2), Risiko- und Ressourcenwahrnehmung: Theorien unkontrollierter Ressourcen und Risiken (Level 2), sportbezogene Resilienz (Level 3), Führungsstil des Trainers (Level 3) (Abbildung 28).

Stammknoten – Level/Hierarchieebene 1

Der Stammknoten wird durch den Prädiktor Bedeutung des Sports in 5 Gruppen unterteilt. Entsprechend der Ergebnisse zur psychosozialen Risikobereitschaft steigt die Risikobereitschaft auch auf physischer Ebene mit dem Ausmaß, wie wichtig der Sport ist (Knoten 1: $M=1.43$; Knoten 2: $M=1.64$; Knoten 3: $M=1.83$; Knoten 4: $M=2.21$; Knoten 5: $M=2.24$).

Ast unterhalb Knoten 1, 2, 5

Alle drei Äste zeigen eine Abhängigkeit der Ausprägung der physischen Risikobereitschaft vom Geschlecht, wonach Jungen stets höhere Werte zeigen (Knoten 6: $M=1.51$ vs. Knoten 7: $M=1.31$; Knoten 8: $M=1.74$ vs. Knoten 9: $M=1.51$; Knoten 14: $M=2.54$ vs. Knoten 15: $M=2.19$).

Ast unterhalb Knoten 3

Bei den Athleten, denen ihr sportliches Engagement in mittlerem Maße wichtig ist, findet sich eine Abhängigkeit von der Risiko- und Ressourcenwahrnehmung in der Form, dass Nachwuchssportler, die von einem hohen Maß an unkontrollierbaren Einflüssen ausgehen (>3.33), weniger risikobereit sind (Knoten 10: $M=1.97$ vs. Knoten 11: $M=1.61$).

Zudem unterscheiden sich die Athleten, die weniger Kontrolle wahrnehmen, zusätzlich danach, wie resilient sie sind. Resilientere Athleten sind auch risikobereiter (Knoten 16: $M=1.81$ vs. Knoten 17: $M=2.14$).

Ast unterhalb Knoten 4

Für die Athleten, für die der Sport ziemlich (wenngleich nicht in außerordentlichem Maße) wichtig ist, lassen sich Unterschiede bezüglich ihres Gesundheitsverständnisses feststellen. Stimmen sie einer sportbezogenen negativen Definition im Sinne von ‚Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit‘ weniger stark zu (< 2.33), sind sie auch

weniger risikobereit (Knoten 12: $M=1.83$; Knoten 13: $M=2.23$). Diejenigen, die Gesundheit eher negativ verstehen, lassen sich weiterhin danach differieren, welchen Führungsstil ihr Trainer ausübt. Ist dieser autoritär oder lässt er viel durchgehen, so sind die Athleten deutlich risikobereiter, als wenn sie unter einem demokratischen Trainer trainieren (Knoten 18: $M=2.52$; Knoten 19: $M=2.10$).

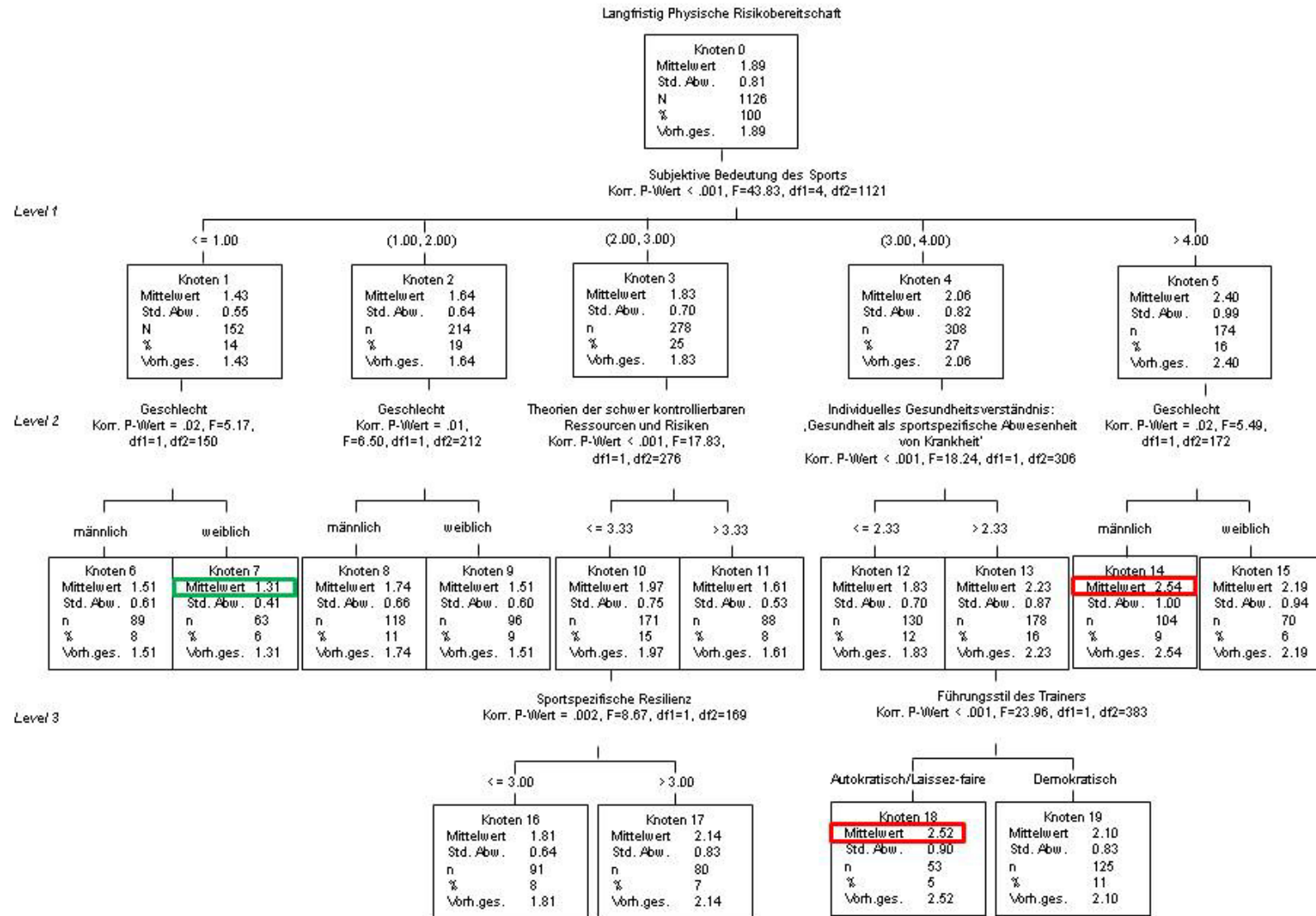


Abbildung 28: Entscheidungsbaum: ,Langfristig Physische Risikobereitschaft'

Hoch- und Niedrigrisikogruppen (vgl. Tabelle 25)

Als Hochrisikogruppe sind die männlichen Nachwuchsleistungssportler zu bezeichnen, für die ihr sportliches Engagement einen extrem hohen Stellenwert in ihrem Leben einnimmt (Knoten 14). Ihre Zustimmung liegt zwar nur bei 2.54 – also zwischen einer indifferenten Antwort und einer leichten Ablehnung –, allerdings ist diese angesichts der extrem negativen Folgen, die durch die Items dieser Skala zum Ausdruck kommen, nicht zu vernachlässigen.

Eine weitere Hochrisikogruppe stellen die Athleten dar, denen ihr sportliches Engagement eher wichtig ist, die gleichzeitig im Vergleich zu den anderen Sportlern Gesundheit eher negativ definieren, also Beschwerden ignorieren, und deren Trainer entweder autoritär ist oder kaum Regeln setzt (Knoten 18).

Die Athletengruppe, die eine ausgesprochen niedrige Bereitschaft physische Risiken zu akzeptieren, aufweist, sind die Mädchen, bei denen ihr sportliches Engagement eine nur geringe Bedeutung spielt (Knoten 7).

Tabelle 25: Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zur langfristig physischen Risikobereitschaft

Knoten	N	Prozent	Mittelwert
14	104	9.2%	2.54
18	53	4.7%	2.52
15	70	6.2%	2.19
17	80	7.1%	2.14
19	125	11.1%	2.10
12	130	11.5%	1.83
16	91	8.1%	1.81
8	118	10.5%	1.74
11	107	9.5%	1.61
9	96	8.5%	1.51
6	89	7.9%	1.51
7	63	5.6%	1.31

(3) Kontrastgruppenanalyse: ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft (gültige N=1129)

Das Baummodell über die Skala der ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft identifiziert bei einer Varianzerklärung von 18% sechs Faktoren als signifikante Einflüsse, die zu 10 Endknoten auf drei Hierarchiestufen führen (vgl. Abbildung 29). Wiederum erweisen sich in Bezug auf die ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft sowohl umfeldbezogene als auch personelle Einflüsse als bedeutsam: Angst vor Wettkampfausschluss bei Äußerung von Schmerz (Level 1), Risiko- und Ressourcenwahrnehmung: Theorien kontrollierbarer Ressourcen (Level 2), subjektive Bedeutung des Sports (Level 2), sportspezifisches negatives Gesundheitsverständnis (Level 2), Kaderstufe, Perfektionismustreben.

Stammknoten – Level/Hierarchieebene 1

Die ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft hängt in erster Linie von der subjektiven Angst ab, bei der Äußerung von Schmerzen nicht für ein Spiel bzw. einen Wettkampf nominiert zu werden. Dementsprechend führt eine verstärkte Angst vor einem Wettkampfausschluss zu einer größeren Bereitschaft, unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen (Knoten 1: $M=2.66$; Knoten 2: $M=2.88$; Knoten 3: $M=3.24$; Knoten 4: $M=3.70$).

Ast unterhalb Knoten 1

Die Athleten, die keine Angst verspüren, aufgrund von Schmerzen von einem Wettkampf ausgeschlossen zu werden, unterscheiden sich darin, inwieweit sie kontrollierbare Ressourcen für ihre eigene Gesundheit wahrnehmen. Die Athleten, die kaum kontrollierbare gesundheitsförderliche Einflüsse wahrnehmen, weisen eine signifikant höhere ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft auf (Knoten 5: $M=3.07$). Dagegen erreichen die Sportler, die in mittlerem Ausmaß davon ausgehen, ihre Gesundheit sei durch verschiedene kontrollierbare Einflüsse positiv beeinflussbar, sehr viel niedrigere Werte (Knoten 6: $M=2.33$). Zuletzt sind die Athleten in der Mitte zwischen beiden anzusiedeln, die der Überzeugung sind, dass ihre Gesundheit durch sie selbst positiv beeinflussbar ist (Knoten 7: $M=2.58$). Die Letztgenannten sind außerdem danach zu differenzieren, welcher Kaderstufe sie angehören. Die Athleten aus der höchsten und der niedrigsten Kaderstufe (A-Kader und D/C-Kader) sind deutlich eher bereit, unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen als die Sportler aus B- und C-Kadern (Knoten 12: $M=2.35$; Knoten 13: $M=2.74$).

Ast unterhalb Knoten 2

Für die Athleten, die in eher geringem oder mittlerem Maße Angst vor einem Wettkampfausschluss bei der Äußerung von Schmerzen verspüren, gilt, dass die Zustimmung zu einem sportspezifischen Gesundheitsverständnis mit einer höheren Bereitschaft einhergeht, sportspezifische gesundheitliche Risiken zu akzeptieren (Knoten 8: $M=2.66$; Knoten 9: $M=3.04$). Zudem lassen sich diejenigen, die einer negativen Gesundheitsdefinition stärker zustimmen, weiterhin danach unterteilen, wie (unge)sund) perfektionistisch sie sind. Höhere Werte gehen dabei mit einer größeren ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft einher (Knoten 14: $M=2.56$; Knoten 15: $M=3.14$).

Ast unterhalb Knoten 3

Verspüren Athleten eher Angst vor einem Wettkampfausschluss bei der Äußerung von Schmerzen, finden sich weiterhin Unterschiede im Hinblick darauf, wie groß die Bedeutung ist, die sie dem Sport zuschreiben. So erreichen die Athleten, denen der Sport wichtig und sehr wichtig ist (>3) signifikant höhere Werte auf der ‚Playing Hurt‘ Skala (Knoten 10: $M=2.95$ vs. Knoten 11: $M=3.94$).

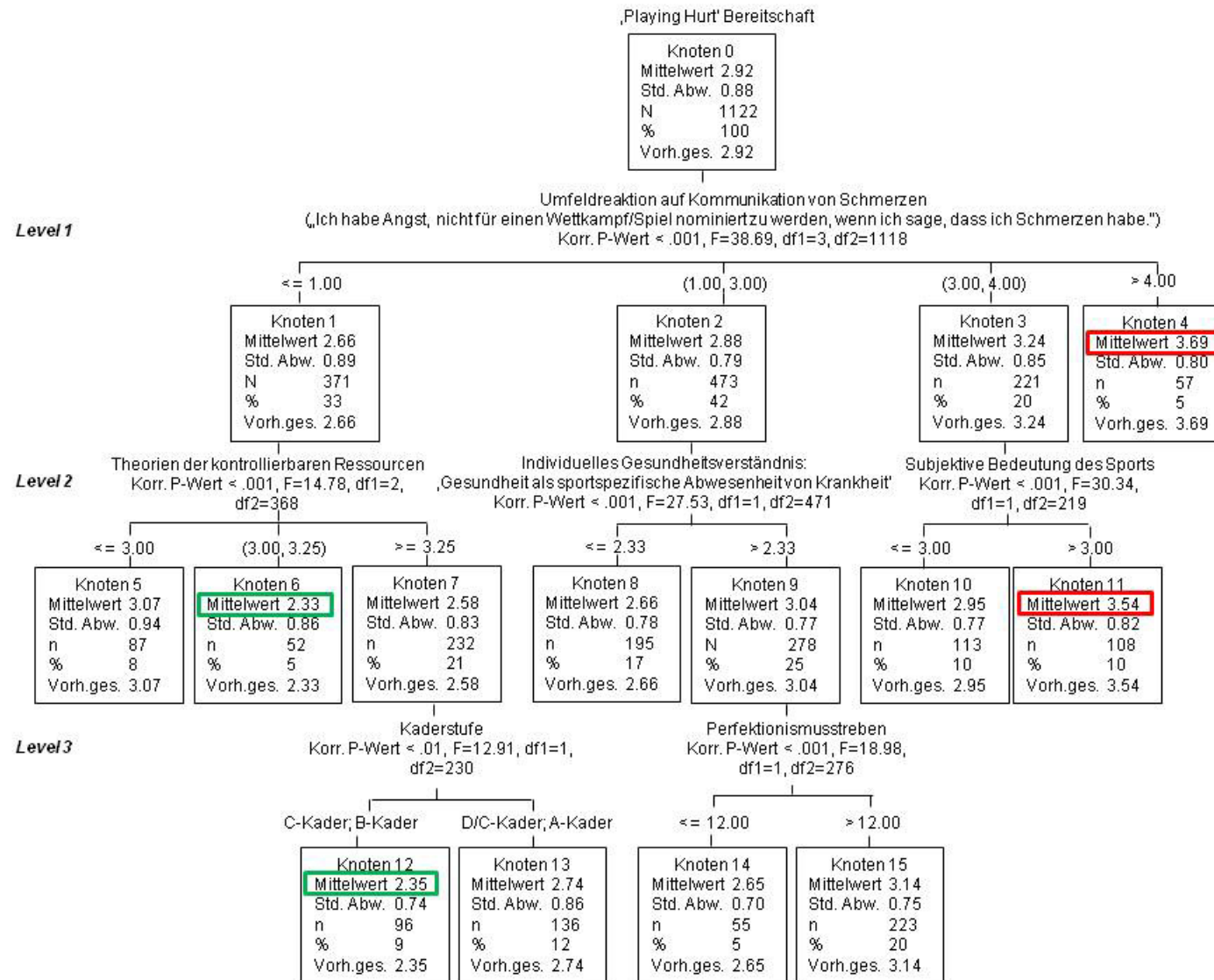


Abbildung 29: Entscheidungsbaum: „Playing Hurt' Bereitschaft'

Hoch- und Niedrigrisikogruppen (vgl. Tabelle 26)

Die Gruppe der Athleten, die die größte Angst vor einem Wettkampfausschluss hat, wenn sie Schmerzen äußern, erreicht die höchsten Werte und bildet damit die Hochrisikogruppe (Knoten 4). Auch wenn Sportler eine moderate Angst davor haben, bei Schmerzen nicht an einem Wettkampf teilnehmen zu dürfen, sie sich gleichzeitig ein Leben ohne Sport nicht vorstellen können, sind sie extrem bereit, unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen (Knoten 11).

Als Niedrigrisikogruppe sind diejenigen Sportler zu bezeichnen, die keinerlei Ängste vor einem Wettkampfausschluss bei Schmerzen haben und gleichzeitig in mittlerem Maße gesundheitsförderliche Einflüsse wahrnehmen (Knoten 6). Auch zählen Athleten, die stärker überzeugt davon sind, ihre Gesundheit positiv beeinflussen zu können, und gleichzeitig mittleren Kaderstufen angehören, zu einer Gruppe mit außerordentlich niedrigem Risiko (Knoten 12).

Tabelle 26: Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zur ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft

Knoten	N	Prozent	Mittelwert
4	57	5.1%	3.69
11	108	9.6%	3.54
15	223	19.9%	3.14
5	87	7.8%	3.07
10	113	10.1%	2.95
13	136	12.1%	2.74
8	195	17.4%	2.66
14	55	4.9%	2.65
12	96	8.6%	2.35
6	52	4.6%	2.33

4.2 Burnoutsymptomatik bei Leistungssportlern

Für die Skalen, mithilfe derer die Burnoutsymptomatik bei Leistungssportlern abgefragt wird, liegen bereits testtheoretische Überprüfungen (Arce, De Francisco,

Andrade, Arce, & Raedeke, 2010; Krippel & Ziemainz, 2010; Raedeke & Smith, 2009; Smith, Gustafsson, & Hassmén, 2010), sowie Normwerte vor (Raedeke & Smith, 2001). Im Vergleich zu den bisherigen Itembatterien erfolgen vor der Analyse der forschungsleitenden Fragestellungen aus diesem Grund keine testtheoretischen Berechnungen.

Mittelwerte auf gruppenstatistischem Niveau

Die Fragestellung, welches Ausmaß der drei Symptome ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘, ‚Vermindertes Leistungsstreben‘, ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ bei Nachwuchsleistungssportlern vorliegt, ist durch eine erste deskriptive Darstellung der Mittelwerte zu beantworten (vgl. Abbildung 30).

Die mittlere Zustimmung die drei Subskalen von Burnout betrachtend, lassen den Schluss zu, dass Burnoutsymptome auf gruppenstatistischem Niveau bei den betrachteten Nachwuchsleistungssportlern nur relativ gering ausgeprägt sind. So steht der mittlere Wert bezüglich der Dimension ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ für ein seltenes Auftreten dieses Phänomens ($M=1.89$). Zweifel an der Bedeutung des Sports weisen die befragten jungen Athleten im Mittel häufiger auf, allerdings drückt der Mittelwert wiederum nur eine seltene Auftrittshäufigkeit auf ($M=2.03$). Hauptsächlich werden Einschränkungen genannt, die sich auf die physische und emotionale Erschöpfung beziehen. Diese tritt abgerundet zwar auch nur ‚selten‘ auf, bewegt sich allerdings im deutlich höheren Bereich, impliziert bereits Anteile der Antwortmöglichkeiten ‚manchmal‘ ($M=2.28$).

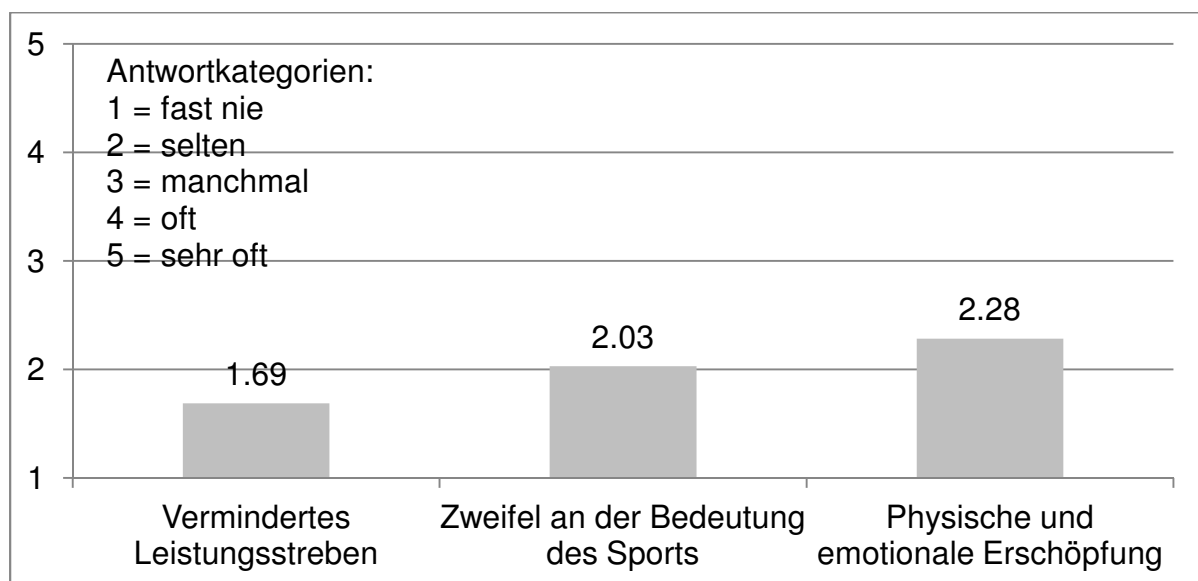


Abbildung 30: Mittelwerte: Burnout-Subskalen

Obwohl eine Festlegung von so genannten ‚cut-offs‘, die Athleten in ‚high burners‘ und ‚low burners‘ unterteilen schwierig ist und letztlich der theoretischen Annahme einer Prozesshaftigkeit des Phänomens widerspricht (vgl. Kapitel 2.2.2), ist bezogen auf die Einteilung durch Raedeke (1997) festzustellen, dass die in dieser Arbeit untersuchten Nachwuchsleistungssportler im Mittel hinsichtlich aller Skalen nur eine geringe Burnoutsymptomatik aufweisen (Grenzwerte liegen bei 1.97 (PE), 1.45 (VL), 1.95 (ZB)). Hinsichtlich der strengeren Kategorisierung durch Hodge et al. (2008) und Curran et al. (2011) sind die Werte der jungen Athleten bezüglich der PE-Skala (Referenzwert: 2.3) und insbesondere im Zusammenhang mit der VL-Skala (Referenzwert: 1.6) als bedenklich einzustufen.

Obwohl aus den dargestellten Berechnungen geschlossen werden muss, dass die Athleten im Schnitt relativ wenig belastet sind, ist im Hinblick auf die Problemstellung von Interesse, welche Bedingungen gefunden werden können, die bei einzelnen Athleten zu extremen Ausprägungen führen. Deren Identifikation hilft dabei, besonders gefährdete und besonders resistente Athleten zu erkennen.

Risikogruppenanalyse: Klassifikationsanalyse – Entscheidungsbaumanalyse

Die Klassifikationsanalyse zielt darauf ab, Bedingungen besonders überlasteter und besonders wenig belasteter Gruppen von Athleten zu ermitteln. Durch das Verfahren der Baumanalyse ist es zudem möglich, nicht allein Kontrastgruppen und die darauf wirkenden Faktoren zu bestimmen, vor allem erlaubt die hierarchische Analyse eine Identifikation von Interaktionseffekten. Damit wird das Analyseverfahren der Auseinandersetzung mit dem Phänomen ‚Burnout‘ gerecht, welche die Burnoutentstehung durch ein Aufeinandertreffen von verschiedenen Risikofaktoren erklärt.

Zur Ermittlung determinierender Größen liefern bisherige Untersuchungen eine Vielzahl an bedeutsamen Einflussfaktoren, welche sich in personelle (Soziodemografika, Persönlichkeitsdispositionen, wahrgenommener Stress) sowie soziale Faktoren (Sozialisationsgrad, bestimmte Netzwerkbedingungen) unterteilen lassen (vgl. Abbildung 31).

Zwar zeigen bisherige Analysen geringfügige Unterschiede zwischen den signifikanten Einflüssen auf die verschiedenen Symptome. Da bislang aber noch keine Testung von Interaktionseffekten erfolgte, werden all diejenigen Einflüsse auf ihre Be-

deutsamkeit hinsichtlich jeder Dimension von Burnout getestet, die sich wiederkehrend zeigen.

Tabelle 40 des Anhangs spiegelt die Zuordnung wider, durch welche Variablen in der vorliegenden Untersuchung die bislang empirisch als signifikant erwiesenen sowie sachlogisch relevanten Determinanten operationalisiert wurden.

Tabelle 27 hält zudem Informationen zu Itemformulierungen, Skalenniveaus sowie Antwortausprägungen bereit.

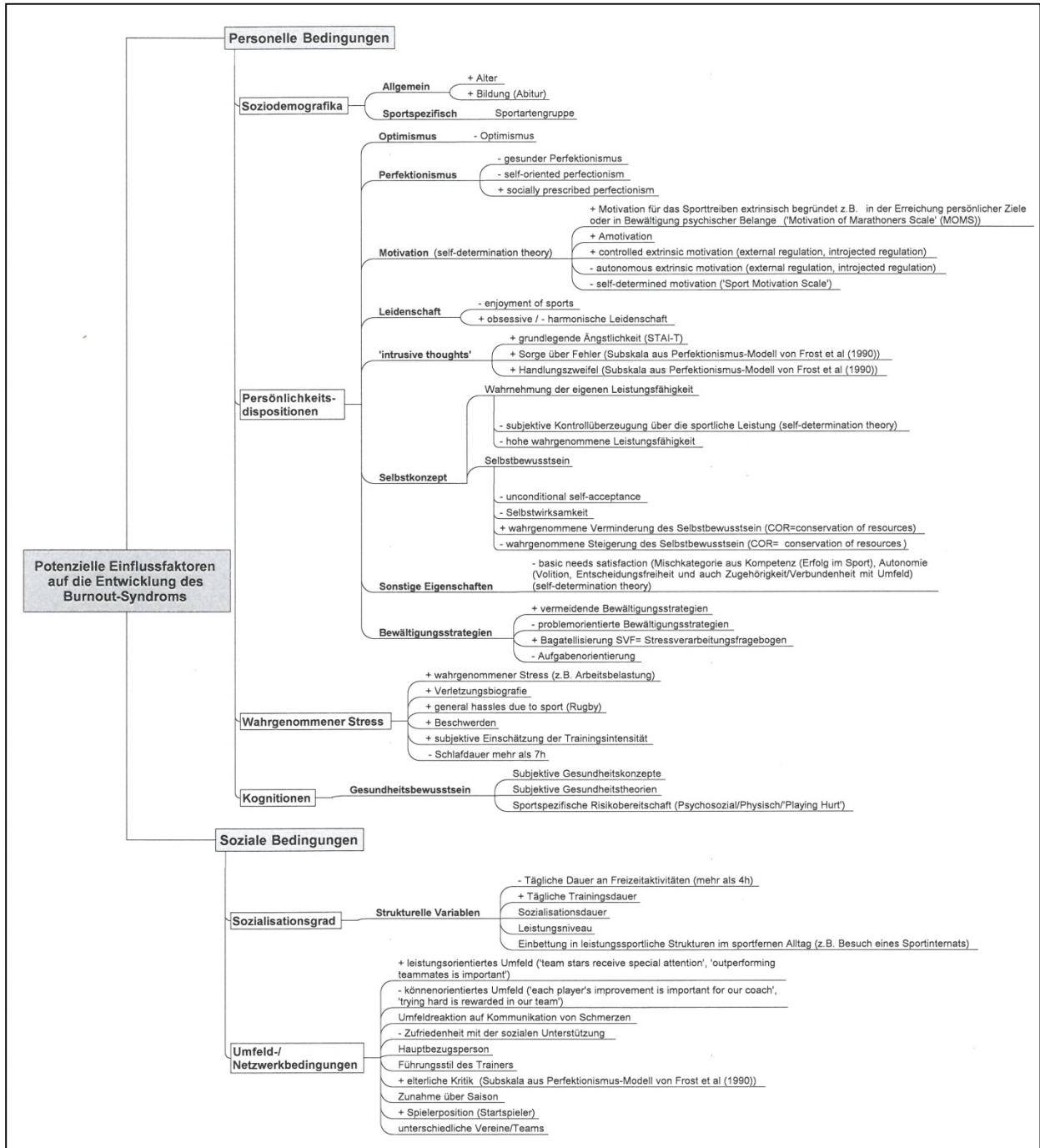


Abbildung 31: Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnoutsymptomatik

Tabelle 27: Potenzielle Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnoutsymptomatik bei Nachwuchsleistungssportlern

Unabhängige Variablen	Skalen-niveau	Ausprägungen
Personelle Faktoren		
Kognitionen		
Individuelles Gesundheitsverständnis – subjektive Gesundheitskonzepte ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘ ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Subjektive Kontrollüberzeugung von Gesundheit (Score aus folgenden Items): „Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.“ „Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.“ „Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Risiko- und Ressourcenwahrnehmung – subjektive Gesundheitstheorien ‚Theorien der kontrollierbaren Risiken‘ ‚Theorien der kontrollierbaren Ressourcen‘ ‚Theorien der schwer kontrollierbaren Risiken und Ressourcen‘ ‚Schicksalstheorien‘	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft ‚Psychosoziale Risikobereitschaft‘ ‚Langfristig physische Risikobereitschaft‘ ‚„Playing Hurt“ Bereitschaft‘	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu

Wahrgenommener Stress		
Verletzungs-/Krankheitsbiografie Ausfalltage letzte Saison bei Wettkampf/Training	Ordinal	1 = 0 2 = 1–5 2 = 6–10 3 = >10
Beschwerden Objektiver Gesundheitszustand Aktuelle Sportpause Subjektiver Gesundheitszustand „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ Zufriedenheit mit Gesundheitszustand „Ich bin mit meinem Gesundheitszustand...“	Nominal	0 = Nein 1 = Ja
	Metrisch	1 = Sehr gut 2 = Gut 3 = Mittelmäßig 4 = Schlecht 5 = Sehr schlecht
	Metrisch	1 = ... gar nicht zufrieden 2 = ... eher nicht zufrieden 3 = ... mehr oder weniger 4 = ... eher zufrieden 5 = ... sehr zufrieden
Subjektiver Belastungszustand außerhalb des Sports ⁵² „Wie sehr haben dich Freunde, Familie, Schule in den letzten drei Monaten belastet?“	Metrisch	1 = Belastet mich gar nicht 5 = Belastet mich stark ⁵³
Schlafverhalten „Wie häufig schläfst du in einer normalen Trainingswoche weniger als 6 Stunden pro Nacht?“ „Wie häufig schläfst du vor Wettkämpfen weniger als 6 Stunden pro Nacht?“	Metrisch	1 = Nie 2 = Selten 3 = Manchmal 4 = Oft 5 = Sehr oft
Soziodemografika		
Allgemeine Soziodemografika		
Alter	Metrisch	14–18 Jahre
Geschlecht	Nominal	1 = männlich 2 = weiblich

⁵² Subjektive Belastungen aus dem unmittelbaren Kontext des Sports wurden ausgeschlossen, da von einer zu großen Nähe zwischen unabhängiger und abhängiger Variablen auszugehen ist.

⁵³ Genaue Bezeichnungen der Werte 2, 3 und 4 sind im Fragebogen nicht näher spezifiziert.

Sportspezifische Soziodemografika		
Sportartengruppen ⁵⁴	Nominal	0 = Nein 1 = Ja Technisch / Ausdauer / Ausdauer mit hohem Krafteinsatz / Ästhetisch / Gewichtsklassenabhängig / Ball / Kraft / Antigravitation
Persönlichkeitsdispositionen		
Sportbezogene Resilienz „Mir kann keine Verletzung etwas anhaben, ich komme immer wieder zurück.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
Gesundheitsbezogene Unbekümmertheit Summenscore aus: „Ich mache mir keine Gedanken um das Leben nach meiner sportlichen Karriere.“ „Ich mache mir um meine Gesundheit gar keine Sorgen.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu
(Ungesundes) Perfektionismusstreben (Paul & Thiel, 2005)	Metrisch	1 = Nie 2 = Selten 3 = Manchmal 4 = Oft 5 = Sehr oft
Soziale Faktoren		
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Strukturelle Variablen		
Dauer der Sozialisation in das Spitzensportsystem	Metrisch	0–10 Jahre
Leistungsniveau der Athleten – Kaderstufe	Ordinal.	1 = A-Kader 2 = B-Kader 3 = C-Kader 4 = D/C-Kader
Wöchentliche Trainingszeit	Ordinal	1 = 1–9 Stunden 2 = 10–12 Stunden

⁵⁴ Die Zuteilung einzelner Sportarten bzw. Disziplinen zu der entsprechenden Sportartengruppe sind dem Anhang (Tabelle 1) zu entnehmen.

		3 = 13–16 Stunden 4 = 17–40 Stunden
Einbettung in leistungssportbezogene Strukturen im sportfernen Alltag Besuch eines Sportinternats	Nominal	0 = Nein 1 = Ja
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Sportbezogene Netzwerkstrukturen		
Hauptbezugsperson	Nominal	1 = Außerhalb des Sports (Familie, Freunde nicht aus dem Sport) 2 = Aus dem Sport (Trainer, Freunde aus dem Sport)
Führungsstil des Trainers „In Entscheidungssituationen...	Nominal	...lässt mein Trainer oft viel durchgehen ...duldet mein Trainer oft keinen Widerspruch. ... ist mein Trainer oft zu einem Gespräch bereit.“
Umfeldreaktion auf Kommunikation von Schmerzen „Wenn ich äußere, dass ich Schmerzen habe, reagiert mein Umfeld mit Vorwürfen.“ „Ich habe Angst, nicht für einen Wettkampf/Spiel nominiert zu werden, wenn ich sage, dass ich Schmerzen habe.“	Metrisch	1 = Stimme gar nicht zu 2 = Stimme eher nicht zu 3 = Stimme weder zu noch nicht zu 4 = Stimme eher zu 5 = Stimme voll zu

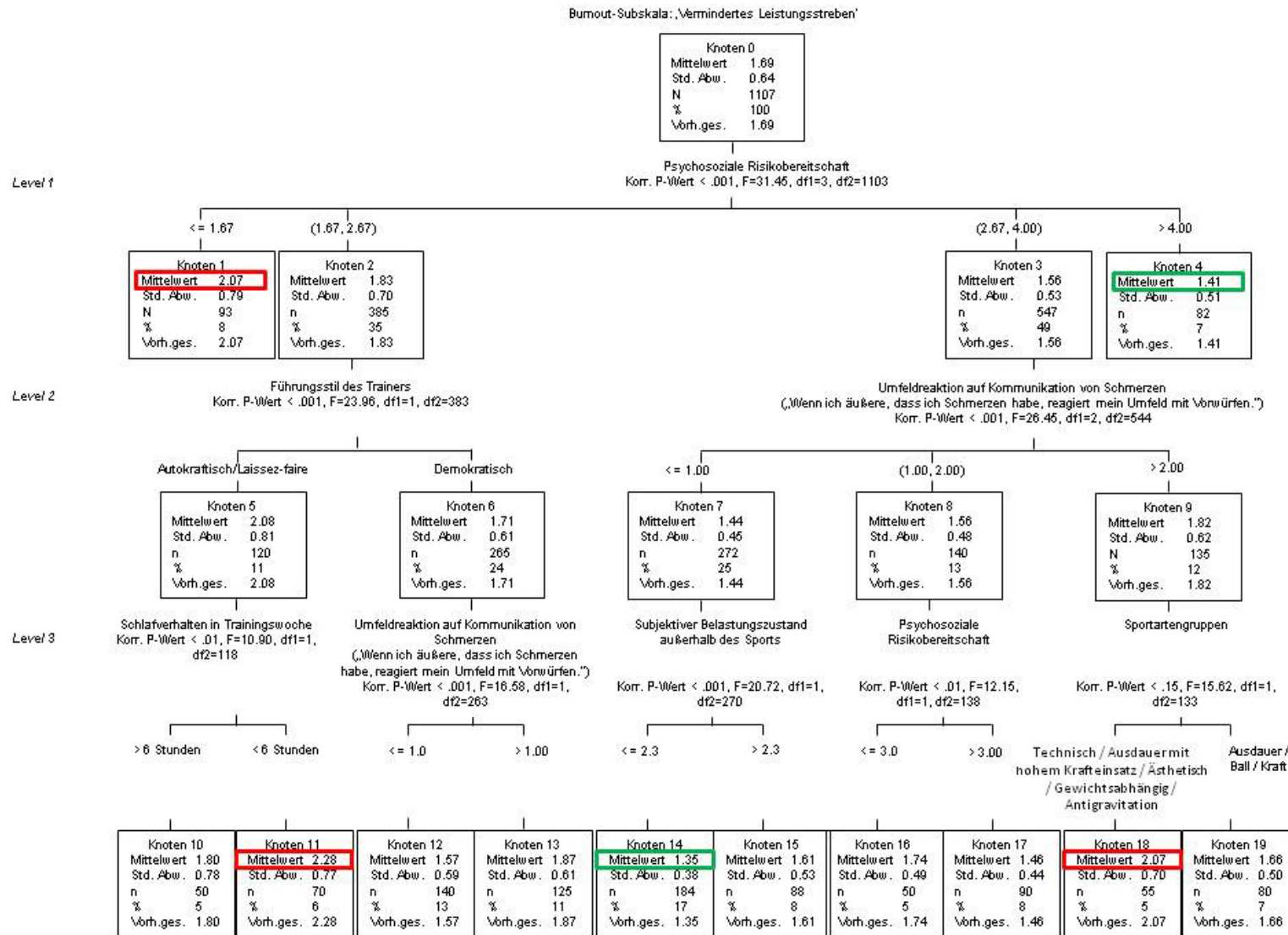
(1) **Kontrastgruppenanalyse: Skala: ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ (gültige N=1107)**

Die Klassifikationsanalyse legt einen dreistufigen Baum offen, der 19% Varianz in den Antworten aufklärt, und 20 Knoten hervorbringt, von denen 13 Endknoten sind.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Gruppen unterschiedlich hoher Ausprägung verminderten Leistungsstrebens in der Regel durch eine Interaktion verschiedener Variablen zustande kommen, die sowohl Personellen als auch Umfeldvariablen zuzuordnen sind: psychosoziale Risikobereitschaft (Level 1 und 3), Führungsstil des Trainers (Level 2), Erwartungserwartungen bei Äußerung von Schmerzen (Level 2, 3), Schlafverhalten (Level 3), subjektive Belastung außerhalb des Sports (Level 3), Sportarten-

gruppen (Level 3) determinieren die verschiedenen Gruppen unterschiedlicher Ausprägung.

Die Kategorien jedes Prädiktors sowie die entsprechenden cut-points für kontinuierliche Variablen sind aus Abbildung 32 ersichtlich.



Knoten 10
Mittelwert 1.80
Std. Abw. 0.78
n 50
% 5
Vrh.ges. 1.80

Knoten 11
Mittelwert 2.28
Std. Abw. 0.77
n 70
% 6
Vrh.ges. 2.28

Knoten 12
Mittelwert 1.57
Std. Abw. 0.59
n 140
% 13
Vrh.ges. 1.57

Knoten 13
Mittelwert 1.87
Std. Abw. 0.61
n 125
% 11
Vrh.ges. 1.87

Knoten 14
Mittelwert 1.35
Std. Abw. 0.38
n 184
% 17
Vrh.ges. 1.35

Knoten 15
Mittelwert 1.61
Std. Abw. 0.53
n 88
% 8
Vrh.ges. 1.61

Knoten 16
Mittelwert 1.74
Std. Abw. 0.49
n 50
% 5
Vrh.ges. 1.74

Knoten 17
Mittelwert 1.46
Std. Abw. 0.44
n 90
% 8
Vrh.ges. 1.46

Knoten 18
Mittelwert 2.07
Std. Abw. 0.70
n 55
% 5
Vrh.ges. 2.07

Knoten 19
Mittelwert 1.66
Std. Abw. 0.50
n 80
% 7
Vrh.ges. 1.66

Abbildung 32: Entscheidungsbaum: Burnout-Subskala: ‚Vermindertes Leistungsstreben‘

Stammknoten – Level/Hierarchieebene 1:

In Abhängigkeit des Ausmaßes an ‚psychosozialer Risikobereitschaft‘ (Knoten 1: ≤ 1.67 vs. Knoten 2: $1.67 < x < 2.67$ vs. Knoten 3: $\leq 2.67 > x < 4.0$ vs. Knoten 4: $\leq 4.00 < x > 5$) wird die Gesamtstichprobe in vier unterschiedliche Gruppen geteilt, wobei mit einer ansteigenden Risikobereitschaft eine abfallende Symptomatik des verminderten Leistungsstrebens einhergeht.

Ast unterhalb von Knoten 2:

Die relativ wenig risikobereiten Athleten, die im Vergleich zu den übrigen Athleten höhere Werte auf der Dimension des verminderten Leistungsstrebens erreichen, lassen sich weiter unterteilen im Hinblick auf den Führungsstil ihres Trainers. Ist dieser – im Gegensatz zu einem laissez-faire oder autokratischen Trainer – demokratisch, liegt eine niedrigere Ausprägung der Skala vermindertes Leistungsstreben vor (Knoten 5: $M=2.08$ vs. Knoten 6: $M=1.71$).

Für die Athleten, die unter einem autokratischen Trainer trainieren oder bei einem, der kaum Regeln aufstellt, gilt weiterhin, dass diejenigen, die mehr als 6 Stunden nächtlich schlafen, geringere Werte aufweisen (Knoten 10: $M=1.80$ vs. Knoten 11: $M=2.28$). Die Sportler von demokratischen Trainern zeigen Unterschiede im Hinblick darauf, ob sie erwarten, dass ihr Umfeld mit Vorwürfen reagiert, wenn sie Schmerzen äußern (Knoten 12: $M=1.57$ vs. Knoten 13: $M=1.87$).

Ast unterhalb von Knoten 3:

Bei den grundsätzlich eher risikobereiten Sportlern sind auf der zweiten Hierarchiestufe Unterschiede im Hinblick auf die antizipierte Reaktion des Umfeldes bei der Äußerung von Schmerzen festzustellen. Auch hier zeigt sich der bereits beschriebene Mechanismus: Wird eine negative Reaktion vorausgesetzt, geben die Sportler höhere Werte auf der Skala ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ an (Knoten 7: $M=1.44$ vs. Knoten 8: $M=1.56$ vs. Knoten 9: $M=1.82$).

Weiterhin sind diejenigen Athleten, die keine negativen Äußerungen ihres Umfeldes erwarten, danach zu differenzieren, wie hoch ihre außersportliche Belastung ist. Eine höhere Belastung ist verknüpft mit höheren Werten hinsichtlich eines verminderten Leistungsstrebens (Knoten 14: $M=1.35$ vs. Knoten 15: $M=1.61$).

Antizipieren Sportler ein wenig negativere Reaktionen ihres Umfeldes, wenn sie Schmerzen äußern, dann legt die Untersuchung offen, dass ein weiteres Mal die

psychosoziale Risikobereitschaft eine Rolle spielt. Höhere Werte gehen einher mit niedrigeren Werten auf der Skala ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ (Knoten 16: M=1.74 vs. Knoten 17: M=1.45). Zuletzt zeigen sich auch bei den Athleten, die vergleichsweise den höchsten Druck von Seiten des Umfeldes wahrnehmen, dass zudem Unterschiede zwischen den Sportartenruppen bestehen. So sind Ball-, Kraft- und Ausdauersportler im Vergleich zu den übrigen Sportartenruppen deutlich weniger von dem Burnoutsymptom ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ betroffen, als die übrigen Sportartenruppen (Knoten 18: M=2.07 vs. Knoten 19: M=1.66).

Tabelle 28: Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zum Burnoutsymptom ‚Vermindertes Leistungsstreben‘

Knoten	N	Prozent	Mittelwert
11	70	6.3%	2.23
1	93	8.4%	2.07
18	55	5.0%	2.07
13	125	11.3%	1.87
10	50	4.5%	1.80
16	50	4.5%	1.74
19	80	7.2%	1.66
15	88	7.9%	1.61
12	140	12.6%	1.57
17	90	8.1%	1.46
4	82	7.4%	1.41
14	184	16.6%	1.35

Hoch- und Niedrigrisikogruppen

Die Athleten, die eine hohe Ausprägung des Symptoms ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ aufweisen, sind in relativ geringem Ausmaß bereit, sich auf den Leistungssport zu fokussieren, trainieren gleichzeitig unter einem Trainer, der entweder autoritär ist oder kaum Regeln aufstellt und schlafen weiterhin öfters weniger als sechs Stunden pro Nacht (Knoten 11: M=2.28). Auch sind die Sportler, die grundsätzlich eine aus-

gesprachen niedrige psychosoziale Risikobereitschaft aufweisen, zu den Hochrisikogruppen zu zählen (Knoten 1: $M=2.07$). Allerdings zeigen die Befunde, dass die Athleten aus Antigravitations-, Ausdauer- mit hohen Kraftanteilen, technischen, gewichtsabhängigen sowie ästhetischen Sportarten eher gefährdet sind, wenn sie sich zwar auf ihren Sport konzentrieren, aber gleichzeitig von ihrem Umfeld bei der Äußerung von Schmerzen eher negative Reaktionen erwarten (Knoten 18: $M=2.07$).

Besonders niedrige Werte erzielen diejenigen Athleten, die entweder die höchsten Werte im Hinblick auf ihre Bereitschaft aufweisen, sich auf den Leistungssport zu fokussieren (Knoten 4: $M=1.04$) oder diejenigen, die hohe aber nicht extreme Werte im Hinblick auf die Risikobereitschaft aufweisen, gleichzeitig aber keine negativen Kommentare von ihrem Umfeld erwarten, wenn sie Schmerzen äußern und zudem relativ wenig außersportliche Belastung wahrnehmen (Knoten 14: $M=1.35$).

(2) Kontrastgruppenanalyse: Skala: ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘
(gültige N=1110)

Das Ergebnis der Baumanalyse zeigt einen dreistufigen Baum mit 10 Endknoten (Varianzaufklärung: 13%). Die als signifikant getesteten Variablen entstammen wiederum sowohl personellen als auch Umfeldvariablen: Erwartungserwartungen bei Äußerung von Schmerzen (Level 1), die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand (Level 2), die psychosoziale Risikobereitschaft (Level 2), Geschlecht (Level 2, 3), die Bereitschaft unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen (Level 3), die wahrgenommene sportferne Belastung (Level 3).

Abbildung 33 beinhaltet neben den Kategorien der Einflüsse auch die cut-points für kontinuierliche Variablen.

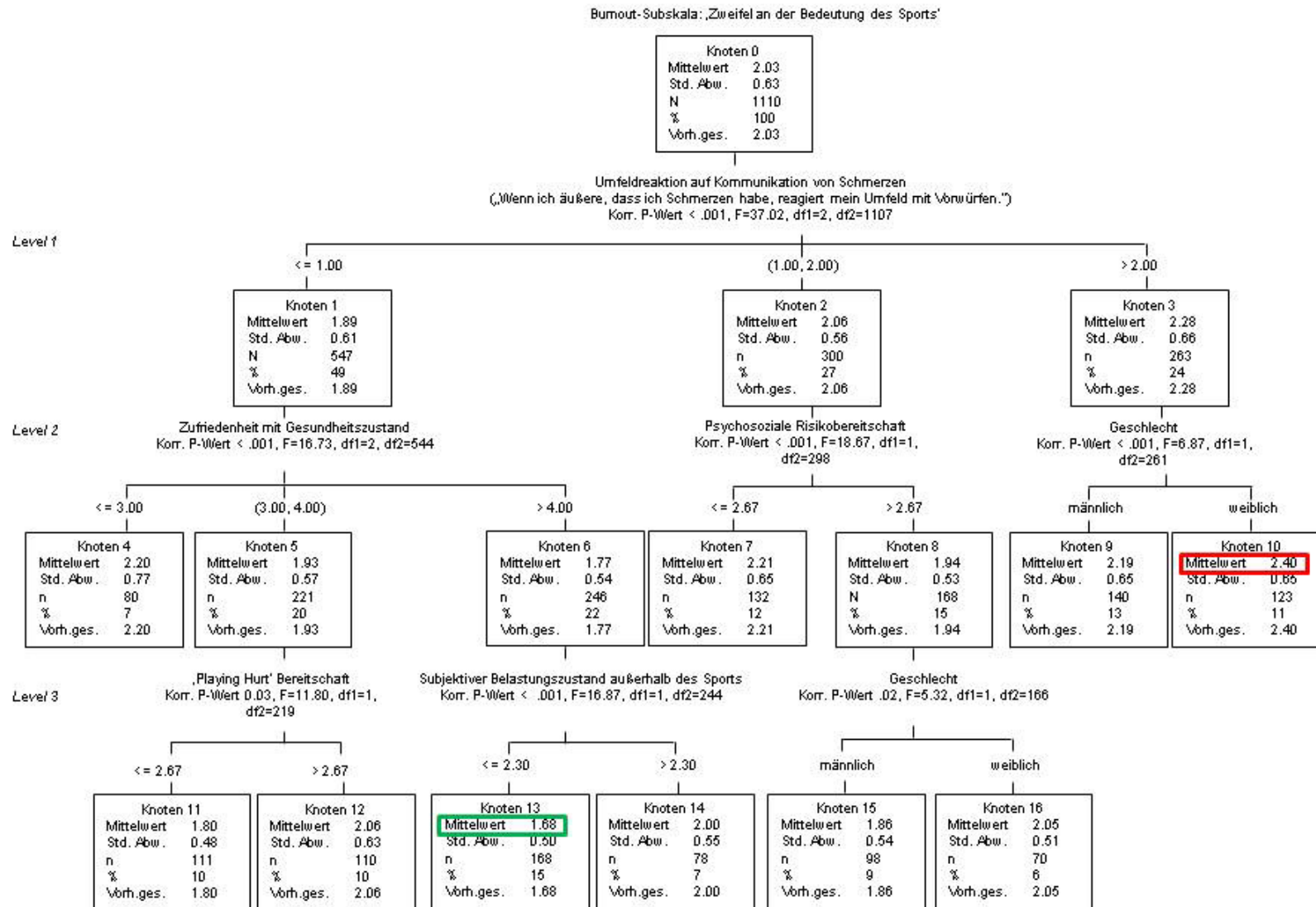


Abbildung 33: Entscheidungsbaum: Burnout-Subskala: ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘

Stammknoten – Level/Hierarchieebene 1

Die Ausprägung des Anzweifeln des eigenen sportlichen Engagements hängt zunächst am stärksten davon ab, welche Reaktion die untersuchten Athleten von ihrem Umfeld erwarten, wenn sie äußern, dass sie Schmerzen haben. So sind mit ansteigenden Werten einer negativen Reaktion auch ansteigende Werte des Symptoms ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ verbunden (Knoten 1: $M=1.89$ vs. Knoten 2: $M=2.06$ vs. Knoten 3: $M=2.28$).

Ast unterhalb Knoten 1

Die Athleten, die keinerlei negative Kommentare ihres Umfeldes erwarten, unterscheiden sich weiterhin danach, wie zufrieden sie mit ihrem eigenen Gesundheitszustand sind. So sinkt mit zunehmendem Zufriedenheitsniveau der Wert auf dieser Dimension von Burnout (Knoten 4: $M=2.20$ vs. Knoten 5: $M=1.93$ vs. Knoten 6: $M=1.77$).

Die Athleten der mittleren Kategorie lassen sich weiterhin unterteilen im Hinblick auf ihre Bereitschaft, unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen. So zweifeln Sportler, die eher bereit sind ‚Playing Hurt‘ zu betreiben, auch eher an ihrem sportlichen Engagement (Knoten 11: $M=1.80$ vs. Knoten 12: $M=2.06$).

Auch die Athleten, die eher oder sehr mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, müssen differenziert betrachtet werden. Sie unterscheiden sich danach, wie stark sie sich im außersportlichen Bereich belastet fühlen (Knoten 13: $M=1.68$ vs. Knoten 14: $M=1.97$).

Ast unterhalb Knoten 2

Die Athleten, die manchmal negative Kommentare von ihrem Umfeld auf die Äußerung von Schmerzen erwarten, sind in Abhängigkeit ihrer psychosozialen Risikobereitschaft gesondert zu betrachten. Ist diese höher, zweifeln die Sportler weniger an der Bedeutung ihres Sporttreibens (Knoten 7: $M=2.21$ vs. Knoten 8: $M=1.94$).

Zudem erreichen im Geschlechtervergleich der Athleten die Mädchen mit einer höheren Bereitschaft, sich auf den Sport zu fokussieren, höhere Werte als die Jungen (Knoten 15: $M=1.86$ vs. Knoten 16: $M=2.05$).

Ast unterhalb Knoten 3

Die weiblichen Athleten, die in größtem Ausmaß negative Kommentare auf die Äußerung von Schmerzen wahrnehmen, zweifeln im Vergleich zu den entsprechenden männlichen Sportlern dieser Kategorie in höherem Ausmaß an ihrem sportlichen Engagement (Knoten 9: M=2.19 vs. Knoten 10: M=2.40).

Tabelle 29: Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zum Burnoutsymptom ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘

Knoten	N	Prozent	Mittelwert
10	123	11.1%	2.40
7	132	11.9%	2.21
4	80	7.2%	2.20
9	140	12.6%	2.19
12	110	9.9%	2.06
16	70	6.3%	2.05
14	78	7.0%	1.97
15	98	8.8%	1.86
11	111	10.0%	1.80
13	168	15.1%	1.68

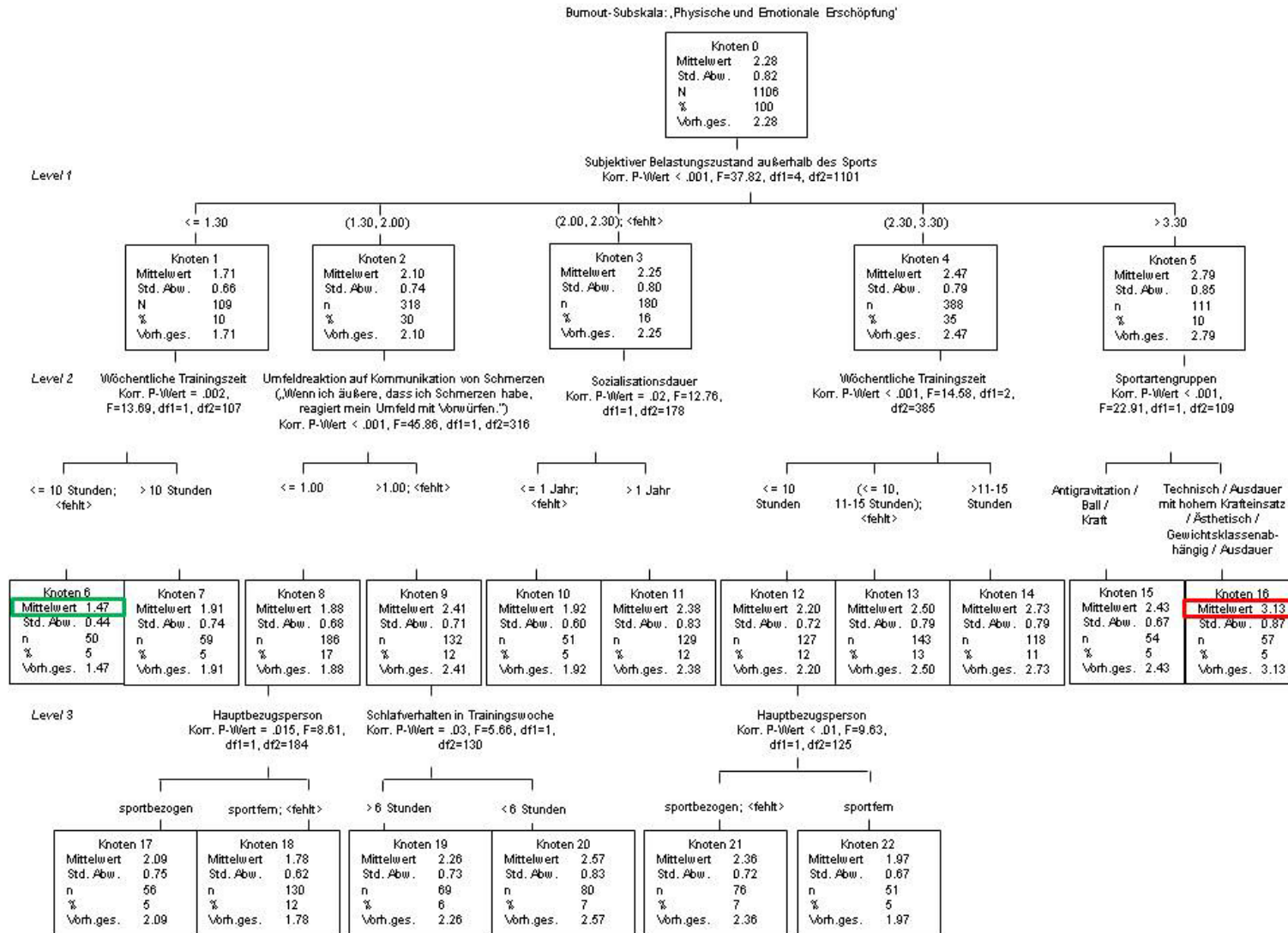
Hoch- und Niedrigrisikogruppen

Die Gruppe, die mit Abstand die höchsten Werte erreicht, sind die Athletinnen, die von ihrem Umfeld eine negative Reaktion erwarten, wenn sie äußern, dass sie Schmerzen haben (Knoten 10: M=2.40).

Die niedrigste Ausprägung zeigen dagegen die Sportler, die keinen Druck wahrnehmen, gleichzeitig zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand sind und relativ wenig außersportliche Belastungen erfahren (Knoten 13: M=1.68).

(3) Kontrastgruppenanalyse: Skala: ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘ (gültige N=1106)

Durch die Analyse wird bei einer Varianzaufklärung von 23% ein dreistufiger Baum berechnet, der aus 22 Knoten besteht, wovon 14 als Endknoten zu bezeichnen sind. Vergleichbar zu den bereits vorgestellten Symptomen von Burnout legen auch die Befunde hinsichtlich der Dimension ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘ offen, dass erst eine Kombination aus Variablen aus dem personellen und Umfeldbereich zu extrem hohen und extrem niedrigen Werten führen: Auf Ebene 1 erweist sich die Variable ‚wahrgenommene sportferne Belastung‘ als signifikant. Der Trainingsumfang, die Erwartungserwartungen der Reaktion des Umfeldes bei der Äußerung von Schmerzen, die Sozialisationsdauer in das Leistungssportsystem sowie die Sportartengruppe sind die entscheidenden Variablen auf Ebene 2. Auf der dritten Ebene spielen der Hauptnetzwerkakteur sowie die Schlafdauer eine entscheidende Rolle. Die entsprechenden Prädiktoren und die zugehörigen Kategorien sind aus Abbildung 34 abzulesen.



Stammknoten – Level/Hierarchieebene 1

Die Unterteilung auf der ersten Ebene zeigt, dass mit einem Anstieg der wahrgenommenen außersportlichen Belastung auch ein Anstieg der physischen und emotionalen Erschöpfung einhergeht (Knoten 1: $M=1.71$ vs. Knoten 2: $M=2.10$ vs. Knoten 3: $M=2.25$ vs. Knoten 4: $M=2.47$ vs. Knoten 5: $M=2.79$).

Ast unterhalb Knoten 1:

Die durch außersportliche Verpflichtungen subjektiv wenig belasteten Athleten zeigen Unterschiede in Abhängigkeit ihres Trainingsumfangs, also ihrer sportinduzierten Belastung. So fühlen sich die trainingsfleißigeren Sportler erschöpfter (Knoten 6: $M=1.47$ vs. Knoten 7: $M=1.91$).

Ast unterhalb Knoten 2:

Die Sportler, die sich im sportfernen Bereich etwas belastet fühlen, lassen sich in Abhängigkeit der erwarteten Reaktion des Umfeldes auf Äußerung von Schmerzen weiterhin differenzierter betrachten. Ist diese eher negativ, fühlen sie sich emotional und physisch erschöpfter (Knoten 8: $M=1.88$ vs. Knoten 9: $M=2.41$). Die Athleten, die mit keinen Vorwürfen rechnen, zeigen dann aber höhere Werte, wenn ihre Hauptbezugsperson aus dem sportbezogenen Umfeld entstammt (Knoten 17: $M=2.09$ vs. Knoten 18: $M=1.78$). Antizipieren Sportler dagegen eine eher negative Reaktion, bezeichnen sich diejenigen als weniger erschöpft, die immer mindestens sechs Stunden schlafen (Knoten 19: $M=2.26$ vs. Knoten 20: $M=2.57$).

Ast unterhalb Knoten 3:

Fühlen sich Athleten in mittlerem Maße belastet durch sportferne Belange, sind diejenigen emotional und physisch erschöpfter, die sich bereits länger im Leistungssportsystem bewegen (Knoten 10: $M=1.92$ vs. Knoten 11: $M=2.38$).

Ast unterhalb Knoten 4:

Die Athleten, die eine relativ hohe außersportliche Belastung wahrnehmen, sind dann körperlich und emotional umso erschöpfter, je mehr sie trainieren (Knoten 12: $M=2.20$ vs. Knoten 13: $M=2.50$ vs. Knoten 14: $M=2.73$). Dabei sind diejenigen, die weniger als 10 Stunden wöchentlich trainieren, noch zu spezifizieren. Ist deren Hauptbezugsperson dem Sportsystem zuzurechnen, erreichen sie höhere Werte im

Hinblick auf diese Dimension von Burnout (Knoten 21: $M=2.36$ vs. Knoten 22: $M=1.97$).

Ast unterhalb Knoten 5:

Die Athleten, die eine sehr hohe außersportliche Belastung wahrnehmen, zeigen Unterschiede je nachdem welcher Sportartengruppe sie zuzurechnen sind. So sind Athleten aus Antigravitations-, Ball- oder Kraftsportarten deutlich weniger erschöpft als diejenigen aus den übrigen Kategorien (Knoten 15: $M=2.43$ vs. Knoten 16: $M=3.13$).

Tabelle 30: Gewinnzusammenfassung für Knoten des Entscheidungsbaums zum Burnoutsymptom ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘

Knoten	N	Prozent	Mittelwert
16	57	5.2%	3.13
14	118	10.7%	2.73
20	63	5.7%	2.57
13	143	12.9%	2.50
15	54	4.9%	2.43
11	129	11.7%	2.38
21	76	6.9%	2.36
19	69	6.2%	2.26
17	56	5.1%	2.09
22	51	4.6%	1.97
10	51	4.6%	1.92
7	59	5.3%	1.91
18	130	11.8%	1.78
6	50	4.5%	1.47

Hoch- und Niedrigrisikogruppen

Die deutlich höchsten Werte weisen die Athleten auf, die enormen außersportlichen Stress angeben und aus ausdauerbasierten mit oder ohne hohen Krafteinsatz, aus

technischen, gewichtsklassenabhängigen oder ästhetischen Sportarten kommen (Knoten 16: $M=3.13$).

Als die auffallend am wenigsten erschöpften Athleten sind diejenigen zu bezeichnen, die sehr wenig Belastung aus dem sportfernen Bereich erfahren und dazu noch weniger als 10 Stunden die Woche trainieren (Knoten 6: $M=1.47$).

5 Diskussion

Die empirischen Befunde, die im vorangegangenen Teilabschnitt ausführlich dargestellt wurden, sollen in dieses Kapitel erklärt, begründet und eingeordnet werden. Hierzu werden – wenn möglich – Vergleiche zu vergangenen Studien über entsprechende Phänomene aufgezeigt, um Entsprechungen oder aber Unterschiede zu verdeutlichen.

Inhaltlich wird zunächst das Gesundheitsbewusstsein mit seinen entsprechenden Dimensionen beleuchtet, gefolgt von einer detaillierten Betrachtung der Ergebnisse zur Burnoutsymptomatik.

5.1 Gesundheitsbewusstsein

5.1.1 Subjektive Gesundheitskonzepte

Im Zusammenhang mit subjektiven Gesundheitskonzepten erfüllen die forschungsleitenden Fragestellungen folgende Ziele: Erstens konnten bislang auf Grundlage der Forschungslage nur Vermutungen angestellt werden, inwiefern bei Nachwuchsleistungssportlern die bekannten Besonderheiten des Leistungssports vorliegen (Funktionalitätsgedanke von Gesundheit) oder ob sich eher Parallelen zur (jugendlichen) Allgemeinbevölkerung zeigen. Konkret stehen in diesem Zusammenhang folgende zwei Fragen im Mittelpunkt:

- (1) Wie lässt sich das Gesundheitsverständnis jugendlicher Leistungssportler beschreiben?
- (2) Welche Einflüsse auf die Entwicklung und Veränderung des Gesundheitsverständnisses lassen sich feststellen?

(1) Dimensionen des Gesundheitsverständnisses

Die Frage zur Ausgestaltung der subjektiven Gesundheitskonzepte wurde über die deskriptive Auseinandersetzung mit zwei Teilbereichen des Gesundheitsverständnisses realisiert:

Insbesondere sind die Teilfragen zu beantworten:

- a) Über welche Dimensionen subjektiver Gesundheitskonzepte verfügen Nachwuchsathleten in welchem Ausmaß?

Insbesondere galt es zu beleuchten, ob sich die Gesundheitskonzepte durch eine klare Funktionalitätsorientierung auszeichnen, was bedeutet, dass sich in den ver-

schiedenen Bestimmungen von Gesundheit Überlagerungen durch das Verständnis ‚Gesundheit als Aktionspotenzial‘ feststellen lassen.

b) Inwieweit erfahren jugendliche Leistungssportler ihre Gesundheit als dynamisch? Dabei ist zu überprüfen, zu welchem Ausmaß Nachwuchsleistungssportler den bei der Allgemeinbevölkerung identifizierten Verlaufsmodellen ‚Schalter‘, ‚Batterie‘, ‚Akku‘, ‚Generator‘ zustimmen?

a) Definitiorische Bestimmungen von Gesundheit

Zunächst legt die Faktorenanalyse offen, dass jugendliche Sportler zum einen eine relativ deutliche Unterteilung in positive bzw. negative Gesundheitsbestimmungen vornehmen, zum anderen aber auch Definitionen abgrenzen, die Bezüge zur Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit aufweisen.

Damit entsprechen die Befunde im Grundsatz der Forschungslage, wie sie bezüglich bestimmter Populationen der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Flick et al., 1998; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Hitzblech, 2005; Kuhlmann & Kolip, 1998; Mattes, 1998; Schmitt, 2011; Schulze & Welters, 1998) gezeigt wurden, aber auch bei Kindern (Myant & Williams, 2005; Normandeau et al., 1998; Piko & Bak, 2006; Schmidt & Fröhling, 1998) und Jugendlichen (Giskes et al., 2005; Kolip, 1998; Nordlohne & Kolip, 1994; Rosenkranz, 2007; Schmidt & Fröhling, 1998), die nicht dem Sport entstammen, festgestellt werden konnten.

Im Hinblick auf die itembezogene Zusammensetzung der einzelnen Dimensionen finden sich allerdings deutlichere Parallelen zu den Besonderheiten, wie sie bereits bei erwachsenen Athleten nachgezeichnet wurden (Charlesworth & Young, 2006; Donnelly, 2004; Theberge, 2008; Thiel et al., 2010; Young, 2004a).

Um eine detaillierte Einordnung zu erreichen, werden die ermittelten Dimensionen im Folgenden gesondert betrachtet.

‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘

Die hohen Zustimmungswerte zu der Definition ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘ lassen den Schluss zu, dass die sportliche Funktionsfähigkeit ein zentrales Konzept im Gesundheitsverständnis von jugendlichen Leistungssportlern ist. Zwar sind differenzierte Vergleiche zu Studien aus dem Bereich des Leistungssports schwierig, da aufgrund fehlender Arbeiten zum Gesundheitsverständnis Informatio-

nen über junge Athleten in der Regel aus Aussagen erwachsener Sportler rekonstruiert werden müssen. Zudem fehlen damit grundsätzlich auch quantifizierbare Ergebnisse, die als eindeutige Referenzwerte herangezogen werden können. Eine Ausnahme bildet eine Arbeit, die auf quantitativem Weg für einzelne Aspekte des funktionalen Gesundheitsverständnisses bei erwachsenen Top-Handballern und Top-Leichtathleten Werte ermittelt, die denen in dieser Studie entsprechen (Thiel et al., 2010). Auch die Kernaussage einer Reihe an qualitativen Untersuchungen verweist auf das äußerst funktionale Gesundheitsverständnis erwachsener (Top-)Athleten (Mayer, 2010; Roderick, 2006; Theberge, 2008). Damit legen die in der vorliegenden Erhebung berechneten Werte die Vermutung nahe, dass schon relativ früh nach dem Eintritt in das Leistungssportsystem sportsspezifische Denkmuster übernommen werden, folglich die Sozialisation in den Leistungssport schon früh beginnt.

Allerdings zeigen Befunde einer Interviewstudie über jugendliche Leistungs-, Breiten- und Nicht-Sportler ebenfalls die hohe Bedeutung eines funktionalen Gesundheitsverständnisses (Rosenkranz, 2007), so dass unklar bleibt, ob die Zentralität der funktionalen Gesundheit auf das Alter oder das leistungssportliche Umfeld zurückzuführen ist. Denn darüber hinaus betonen auch einige Arbeiten jugendlicher Nicht-Sportler hohe Funktionalitätswerte (Giskes et al., 2005; Himmel, 2001; Normandeau et al., 1998). Ähnlich wie bei Leistungssportlern bezieht sich dieses auf deren soziale Dimension von Gesundheit, die Erfüllung ihrer sozialen Rolle, beispielsweise dem Ausführen der täglichen Aufgaben und Anforderungen. Vor diesem Hintergrund ist ein funktionales Gesundheitsverständnis charakterisierendes Kennzeichen einer Leistungsgesellschaft und nicht ausschließlich der Spitze der Leistungsgesellschaft – dem Leistungssport. Jedoch bleibt es für eine detaillierte Bewertung problematisch, dass – wie bereits im Zusammenhang mit Athleten – auch bei der Allgemeinbevölkerung kaum quantifizierbare Daten über die ermittelten Gesundheitsdefinitionen vorliegen und damit die Möglichkeit eines zahlenmäßigen Vergleichs der Ergebnisse fehlt.

Obwohl zum Teil auch bei der Allgemeinbevölkerung eine zentrale Bedeutung der Leistungsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit, Handlungsfähigkeit) beschrieben wird, ist das funktionale Gesundheitsverständnis von Athleten umfassender zu verstehen, was an der folgenden Gesundheitsbestimmung abzulesen ist.

Negative Gesundheitsbestimmungen – ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘

So finden sich auch in anderen Definitionen Bezüge auf die sportliche Leistungsfähigkeit wieder, auch wenn diese Bestimmungen nicht einer positiven Definition im Sinne von ‚Gesundheit als Aktionspotenzial‘ zuzurechnen sind. Das Ergebnis der Faktorenanalyse hinsichtlich eines negativen Gesundheitskonzepts zeigt etwa, dass unter Gesundheit nicht einfach nur die Abwesenheit von Krankheit verstanden wird, sondern diese vielmehr der sportspezifischen Logik unterworfen ist. Athleten rechnen diesem Faktor ein Item mit klaren Bezügen auf die sportliche Leistungsfähigkeit zu. Dementsprechend bezeichnen sich Athleten erst dann als krank, wenn sie nicht mehr trainieren können. Scheinbar nehmen sich Athleten trotz vorliegender Beschwerden als gesund wahr, erst ab dem Zeitpunkt, wenn das sportliche Training unmöglich wird, bezeichnen sie sich als krank. Trotz des Verweises auf die eigene Leistungsfähigkeit und damit auf ein positives Gesundheitsverständnis, bleibt diese Überzeugung eine negative, wenn man um das Phänomen weiß, dass es unter Athleten weit verbreitet ist, so lange sportlich aktiv zu bleiben, wie es irgendwie möglich ist. Schmerzen werden ignoriert, vor Beschwerden werden die Augen verschlossen in der Hoffnung, dass sie wieder verschwinden. Damit entspricht dieser Befund, der betont, dass Schmerzen für Athleten normal sind und nicht als Zeichen für Krankheit gedeutet werden, dem Forschungsstand zu Leistungs- und Spitzensportlern (Charlesworth & Young, 2006; Donnelly, 2004; Schubring & Thiel, 2011; Thiel et al., 2010; Young, 2004a).

Dennoch zeigt ein Vergleich zu erwachsenen Athleten (Thiel et al., 2010), dass letztere dieser Gesundheitsdefinition in deutlich höherem Ausmaß zustimmen, was durch die fortschreitende Sozialisation und die damit einhergehende Selbstverständlichkeit des Normalisierens und Ignorierens von Schmerzen zu begründen ist. Abschließende Bewertungen können jedoch nicht getroffen werden, da Befunde der (kindlichen und jugendlichen) Allgemeinbevölkerung ebenfalls zum Teil von sehr hohen Ausprägungen eines negativen Gesundheitsverständnisses berichten (Kolip, 1998; Myant & Williams, 2005; Schmidt & Fröhling, 1998).

Sportferne Gesundheitsbestimmungen – ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘

Neben der funktionalen Gesundheitsdefinition und der negativen sportspezifischen Bestimmung werden unter einem zusätzlichen Verständnistyp die Items gruppiert, die positive Definitionen verkörpern, welche keinerlei Sportspezifität aufweisen. So sind unter der Kategorie ‚Gesundheit als sportunabhängiges Aktionspotenzial und Befinden‘ Items zu finden, wie sie in vielzähligen Untersuchungen bei der Allgemeinbevölkerung identifiziert wurden (Faltermaier & Kühnlein, 2000; Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Hitzblech, 2005; Kuhlmann & Kolip, 1998; Schmitt, 2011; Schulze & Welters, 1998). Auffällig ist jedoch, dass Nachwuchssportler beide Komponenten – Befinden und Aktionspotenzial – zu einer Dimension zusammenfassen. Möglicherweise ist in der Kategorisierung jeglicher sportferner Aspekte des Gesundheitsverständnisses zu einem Faktor gleichermaßen ein Hinweis auf eine besondere Fokussierung auf den Sport zu finden. Denn alle Bezüge, die sich nicht auf den Sport beziehen, werden in ähnlicher Form und insgesamt als weniger wichtig bewertet als die Überzeugung der sportlichen Funktionsfähigkeit. Ein Vergleich der Befunde mit Ergebnissen anderer Studien zeigt, dass sich auch bei den bereits angesprochenen Top-Athleten ein entsprechender Faktor zu ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘ zumindest in groben Zügen wiederfindet (Thiel et al., 2010). Allerdings lehnen erwachsene Top-Athleten dieses Konzept eher ab (Thiel et al., 2010), während für junge Athleten auch sportferne Aspekte das eigene Befinden sowie Aktionspotenzial betreffend in mittlerem Maße Indikatoren für das eigene Gesund-Sein darstellen. Damit entsprechen Nachwuchssportler in ihren Ergebnissen tendenziell der Allgemeinbevölkerung (Kolip, 1998; Kuhlmann & Kolip, 1998; Mattes, 1998). Allerdings führt eine Durchsicht der Befunde zur Allgemeinbevölkerung eher zu dem Schluss, dass bei dieser zumindest eine ähnliche hohe Wertigkeit für Befindens- und Funktionalitätsaspekte vorliegt (Faltermaier & Kühnlein, 2000; Nordlohne & Kolip, 1994; Schmidt & Fröhling, 1998). In der vorliegenden Arbeit wurde der sportfernen Gesundheitsdefinition dagegen weniger hoch zugestimmt als der Bestimmung ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘.

Gesundheitsbestimmungen mit Bezügen zu Kontrollierbarkeitsaspekten

Eine deutliche Zustimmung findet sich dagegen zu einem weiteren Faktor, der ebenfalls auf die Funktionalität, die Athleten ihrer Gesundheit abverlangen, verweist. So ist das Konzept der Kontrollierbarkeit von Gesundheit für die heranwachsenden Athleten äußerst wichtig (und deutlich wichtiger als die sportspezifische negative Gesundheitsdefinition sowie die sportferne positive Gesundheitsbestimmung).

Die hohen Zustimmungswerte zur subjektiven Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit bzw. die deutlich niedrigere Zustimmung zu der Annahme, die eigene Gesundheit sei maßgeblich beeinflusst durch schicksalhafte Begebenheiten, spiegelt einen grundlegenden Mechanismus des Leistungssports wider. Demnach ist die sportliche Leistung durch ein differenziertes Planungssystem gekennzeichnet, welches den Akteuren den Eindruck vermittelt, sportliche Leistung und die zu Grunde liegenden Faktoren (wie die eigene Gesundheit) können detailliert geplant und kontrolliert werden. Die grundlegende Annahme, dass Gesundheit als ein Mittel zum Zweck der sportlichen Leistungserbringung eingesetzt werden kann, impliziert folglich die Überzeugung, dass der Gesundheitszustand der eigenen Kontrolle unterliegt.

Allerdings fällt auf, dass Nachwuchsleistungssportler im Vergleich zu erwachsenen Athleten dem Schicksal eine geringere und der Kontrollierbarkeit eine höhere Bedeutung zusprechen (Thiel et al., 2010). Es ist anzunehmen, dass bei jugendlichen Athleten verstärkend hinzukommt, dass diese in der Regel nur über relativ wenig persönliche Erfahrungen mit schicksalhaften Ereignissen, die ihren Gesundheitszustand bislang massiv einschränkten, verfügen. Infolgedessen deuten auch einige Studien der kindlichen und jugendlichen Allgemeinbevölkerung (Giskes et al., 2005; Kolip, 1998; Myant & Williams, 2005; Normandeau et al., 1998; Schmidt & Fröhling, 1998) darauf hin, dass diese ein hohes Ausmaß subjektiver Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit wahrnehmen (in Form von Einflussmöglichkeiten durch bestimmte Verhaltensweisen)⁵⁵.

Zusammenfassend sind Vergleiche sowohl zu Kindern und Jugendlichen aus der Allgemeinbevölkerung (Giskes et al., 2005; Kolip, 1998; Myant & Williams, 2005;

⁵⁵ Die in dieser Studie ermittelte Skala ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ enthält ein Item, das die Beeinflussung durch das eigene Verhalten abfragt. Die Zustimmung zu diesem entspricht in etwa der Gesamtskala ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ (Item-Mittelwert=3.87 vs. Skala-Mittelwert=3.72), so dass Vergleiche zu bisherigen Ergebnissen, die Einflussmöglichkeiten durch das eigene Verhalten analysierten, möglich werden.

Nordlohne & Kolip, 1994; Normandeau et al., 1998; Piko & Bak, 2006; Rosenkranz, 2007; Schmidt & Fröhling, 1998) als auch hinsichtlich erwachsener Nicht-Sportler (Flick, 1998b; Frank et al., 1998; Gembris-Nübel, 2004; Himmel, 2001; Hitzblech, 2005; Schmitt, 2011) schwierig, da diesbezüglich kein einheitliches Bild vorliegt. So können keine eindeutigen Aussagen dazu getroffen werden, ob Nicht-Sportler einer negativen Definition, der Funktionalitätsbestimmung, dem Befindensaspekt oder der Kontrollierbarkeit in Form der eigenen Lebensweise (z.B. Bewegung, Ernährung, Vermeidung von Risikofaktoren) eher zustimmen⁵⁶. Damit bleibt eine abschließende Bewertung der in dieser Studie ermittelten Befunde, die übereinstimmende Werte hinsichtlich der beiden Gesundheitskonzepte der Kontrollierbarkeit und Funktionalität offenlegen und eine niedrigere Zustimmung zu Befindensaspekten und negativen Dimensionen von Gesundheit, schwer.

Der Vergleich von jungen mit erwachsenen Sportlern deutet auf ähnlich hohe Werte der Funktionalität und Kontrollierbarkeit bei beiden Gruppen hin und auf höher eingeschätzte sportferne positive Bestimmungen für die heranwachsenden Athleten. Basierend auf diesem Ergebnis ist zu schlussfolgern, dass nicht etwa der Stellenwert der sportlichen Funktionsfähigkeit mit zunehmendem Einfluss des leistungssportlichen Umfeldes ansteigt, sondern dass die Bedeutung dieser relativ bald nach Eintritt in die ‚Leistungssportwelt‘ bereits ausgesprochen hoch ist. Eine Veränderung zeigt sich jedoch dahingehend, dass sich Athleten mit fortschreitender Sozialisation in das Leistungssportsystem auf die eigene Leistungsfähigkeit fokussieren und alternative Gesundheitsbestimmungen dadurch zwangsläufig an Wert verlieren müssen. Allerdings sind diesbezüglich weitere Untersuchungen notwendig, um definitive Aussagen treffen zu können.

b) Dynamische Vorstellungen von Gesundheit

Bereits die hohen Zustimmungswerte zu der Dimension ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ lassen den Schluss zu, dass Athleten die eigene Gesundheit als ein

⁵⁶ Allerdings können zum einen nur solche Studien berücksichtigt werden, die quantifizierbare Daten berechnen, zum anderen ergeben sich Schwierigkeiten aufgrund methodischer Unterschiede zwischen den Studien. So wird zum Beispiel oftmals nur eine prozentuale jedoch keine mittelwertsbasierte Zustimmung auf wahrgenommene Einflussmöglichkeiten berechnet (z.B.: 25% Zustimmung auf die Frage, wie sehr das eigene Verhalten den Gesundheitszustand bestimmt. Zudem zeigt sich grundsätzlich kein einheitliches Bild zwischen den Studien im Hinblick auf die antizipierte Kontrolle der eigenen Gesundheit. Beispielsweise berechnen Normandeau et al. (1998), dass ein Drittel der untersuchten Kinder Kontrollmöglichkeiten der eigenen Gesundheit durch Verhaltensparameter sehen. Deutlich höhere Ergebnisse ermitteln Myant and Williams (2005) für vier bis 12-Jährige (zwischen 35% und 81%). Kolip (1998) dagegen findet bei Jugendlichen lediglich eine Zustimmung zwischen 12% und 23% auf die Frage, ob verschiedene Verhaltensparameter für die eigene Gesundheit von Bedeutung sind.

dynamisches Phänomen erfahren. Die Befunde zu den Items, die die dynamischen Verlaufstypen von Gesundheit verkörpern, zeigen, dass die Zustimmung von Seiten der befragten Athleten im Grunde mit zunehmender Dynamik wächst. Dementsprechend sind die höchsten Werte hinsichtlich des ‚Generator-Modells‘ („Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern“) festzustellen und die geringsten zu dem ‚Batterie-Modell‘ („Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab“) und ‚Schalter-Modell‘ („Man kann nur entweder gesund oder krank/verletzt sein, dazwischen gibt es nichts“). Wie bereits im Zusammenhang mit den Dimensionen, die die wahrgenommenen Kontrollmöglichkeiten von Gesundheit beinhalten, diskutiert, lässt sich zudem auch anhand der großen Zustimmung zum ‚Generator-Modell‘ die grundlegende Überzeugung des Leistungssports erkennen, dass die eigene Leistungsfähigkeit der eigenen Kontrolle unterliegt und auch kontrolliert werden muss.

Im Zusammenhang mit dynamischen Modellen sind weder Vergleiche zu anderen Athleten noch zu altersentsprechenden Nicht-Athleten möglich, da keinerlei Befunde diese Populationen betreffend vorliegen. Zu den Ergebnissen der Berufsgruppen der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, bei denen Faltermaier and Kühnlein (2000) die verschiedenen Verlaufstypen identifizierten, liegen keine quantifizierbaren Werte vor, so dass auch hier Vergleiche fehlschlagen.

(2) Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverständnis

Zunächst ist in Bezug auf die ermittelten Determinanten zu sagen, dass die in dieser Studie identifizierten Einflussgrößen auf die verschiedenen Typen von Gesundheitsbestimmungen differenziert zu betrachten sind. So erklären einige Regressionsmodelle entweder relativ wenig („Gesundheit als kontrollierbares Phänomen“) oder sogar zu wenig („Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial“ sowie „Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit“) der Varianz im Antwortverhalten. Lediglich die Modelle zu den Dimensionen ‚Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen‘ sowie ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ sind mit jeweils 9% Varianzaufklärung als ausreichend zu bewerten. Damit sind ermittelte Determinanten auch nur in Bezug auf diese Gesundheitsverständnistypen als potenziell bedeutsam zu bezeichnen.

Grundsätzlich fällt ein Vergleich der Befunde zu den Einflussfaktoren auf die verschiedenen Gesundheitsbestimmungen mit bisherigen Studien aus zwei Gründen schwer: Erstens, da sich die bislang ermittelten und in dieser Studie getesteten Ein-

flussfaktoren der Allgemeinbevölkerung und der Sportler in der Regel auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte als Gesamtkonstrukt und weniger auf einzelne Gesundheitsdefinitionen beziehen (Faltermajer & Kühnlein, 2000; Frank, 2000; Frank et al., 1998; Himmel, 2001; Kolip, 1998; Nixon, 2004; Normandeau et al., 1998; Roderick, 2006; Schulze & Welters, 1998; Theberge, 2008; Young, 2004a). Und zweitens erschwert die für den Sport defizitäre und für die Allgemeinbevölkerung inkonsistente Forschungslage eine Einordnung der Ergebnisse der vorliegenden Analyse. Infolgedessen sind die Befunde eher als Tendenz denn als finales Ergebnis zu bewerten.

Zwar deuten einige der ermittelten Regressionskoeffizienten als Ausdruck dafür, wie sich das Ergebnis bei dem Übergang von der einen zur nächsten Stufe ändert (zwischen niedrigeren Ausprägungen und der nächst höheren Ausprägung einer Antwortkategorie bspw. zwischen Jungen und Mädchen) auf nur sehr geringe Gruppenunterschiede ($> .10$) und damit auf eine geringe praktische Bedeutsamkeit hin. Dennoch sollen alle identifizierten Determinanten der zulässigen Modelle (‘Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen’, ‘Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit’, ‘Gesundheit als kontrollierbares Phänomen’) im Folgenden eingeordnet und diskutiert werden⁵⁷.

Netzwerkstrukturen – Führungsstil des Trainers

Ein erster Vergleich der bedingenden Größen der verschiedenen Gesundheitsdefinitionstypen legt offen, dass die Variable ‘Führungsstil des Trainers’ übereinstimmend in denen als zulässig eingestuften Regressionsmodellen signifikant zu einer Erklärung der Varianz im Antwortverhalten beitragen kann. Wie ein Trainer mit seinen Athleten umgeht, trägt demnach zum einen entscheidend dazu bei, ob Athleten die eigene Gesundheit als kontrollierbar oder weniger kontrollierbar wahrnehmen und zum anderen, inwiefern die eigene Gesundheit negative Bestimmungen aufweist. Beide Ergebnisse entsprechen Untersuchungen, die die entscheidende Rolle des Trainers bei der Entwicklung bestimmter Überzeugungen und Einstellungen betonen (Cachay, Borggreffe, & Thiel, 2007; Hoffmann, 2008; Thiel et al., 2010), wenngleich differen-

⁵⁷ Die Frage, die sich bei der Betrachtung der Determinanten der beiden Dimensionen ‘Gesundheit als kontrollierbares bzw. unkontrollierbares Phänomen’ stellt, ist die, warum sich die Modelle weder hinsichtlich ihrer Modellgüte noch ihrer signifikanten Einflüsse entsprechen. Erklären lässt sie diese Inkonsistenz dadurch, dass eine hohe Überzeugung, man selbst könne die eigene Gesundheit kontrollieren nicht zwangsläufig mit niedrigen Werten hinsichtlich der Einschätzung einhergeht, die eigene Gesundheit sei beeinflusst durch schicksalshafte Bedingungen.

zierte Analysen die spezielle Thematik der vorliegenden Arbeit betreffend bislang fehlen.

Soziodemografika – Sportartengruppen

Daneben verdeutlicht ein Vergleich der signifikanten Variablen bei den beiden Definitionstypen, die Bezüge zur (Un-)Kontrollierbarkeit von Gesundheit aufweisen, dass diese Abhängigkeiten von bestimmten Sportartengruppen zeigen. Die Sozialisation in Sportarten, die ähnlichen konditionellen Anforderungen genügen, oder bestimmte Erfahrungen, die Athleten in diesen Sportarten machen, tragen damit dazu bei, inwiefern die eigene Gesundheit als (un)kontrollierbar erlebt wird. So legt diese Untersuchung offen, dass gewichtsklassenabhängige Sportarten sowie Disziplinen, deren Erfolg in besonderem Maße von der Überwindung der Schwerkraft bestimmt wird, die eigene Gesundheit als weniger kontrollierbar wahrnehmen. Ballsportler dagegen sind der Überzeugung, dass ihre Gesundheit in stärkerem Ausmaß ihrer Kontrolle unterliegt.

Zwar fehlen Analysen über den Einfluss verschiedener Sportarten bislang weitestgehend, dennoch finden sich vereinzelt Hinweise, die den Befund der vorliegenden Studie stützen (Thiel et al., 2010). So verweisen diese Analysen darauf, dass beispielsweise Spitzenhandballspieler im Vergleich zu Spitzenleichtathleten in dem so genannten ‚Playing Hurt‘ eine Strategie sehen, trotz körperlicher Beeinträchtigungen sportlich leistungsfähig bleiben zu können. Damit haben Handballspieler für sich einen Weg gefunden, ihre Gesundheit in einer spezifischen Form zu kontrollieren. Die niedrigeren Werte der Antigravitationssportler bezüglich einer wahrgenommenen Kontrollierbarkeit lässt sich dadurch erklären, dass diese Athleten (Ski-, Hoch-, Weit-, Drei-, Stabhochspringer) anders als zum Beispiel Ballsportler in außerordentlichem Maße auf einen funktionierenden Körper angewiesen sind, nur Höchstleistung erbringen können, wenn dieser möglichst uneingeschränkt ‚fit‘ ist. Denn diese Athleten können ihre sportliche Leistung nicht durch taktische Maßnahmen verbessern, außerdem wird ihre Wettkampfleistung in der Regel über nur wenige Einzelversuche definiert. Gewichtsklassenabhängige Sportarten nehmen ihre Gesundheit als stärker durch schicksalshafte Begebenheiten beeinflussbar wahr, was vor dem Hintergrund eines funktionalen Gesundheitsverständnisses dadurch nachvollziehbar wird, bedenkt man, dass diese Athleten insbesondere durch ihre nur marginal veränderbare Körperkonstitution in verschiedene Leistungsklassen eingeteilt werden. Damit trägt

die eigene Veranlagung maßgeblich dazu bei, unter welchen Grundbedingungen sie ihren Sport betreiben. Zudem ist diese Sportartengruppe hauptsächlich durch Zweikampfsportarten (Boxen, Judo, Karate, Ringen, Taekwondo, Gewichtheben) gekennzeichnet, deren Wettkampfgegner nicht selten durch Losverfahren und damit durch Zufall bestimmt werden.

Kulturelle Unterschiede

Zudem deuten die Ergebnisse der beiden Dimensionen, die sich auf die Kontrollierbarkeit von Gesundheit beziehen, darauf hin, dass kulturelle Besonderheiten Unterschiede erklären können. Athleten mit deutscher Muttersprache empfinden die eigene Gesundheit als weniger kontrollierbar. Gleichzeitig sprechen sie (wie auch Sportler, die zu Hause nur eine andere Sprache sprechen) aber auch Einflüssen, wie Glück, altersbedingten Einbußen sowie der eigenen Veranlagung eine geringere Bedeutung zu, als Athleten, die sich in einem zweisprachigen familiären Umfeld bewegen. Es scheint fast so, als nehmen deutsche Muttersprachler generell eine geringere Dynamik ihrer Gesundheit wahr. Dieses Ergebnis lässt sich aber kaum bewerten, denn im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverständnis von Athleten sind kulturelle Unterschiede bislang noch nicht berücksichtigt worden. Auch aus verschiedenen Studien über erwachsene Nicht-Sportler können keine konsistenten Ergebnisse die Kontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit abgeleitet werden (Flick et al., 1998; Mattes, 1998).

Persönlichkeitsdisposition – Sportbezogene Resilienz

Dass auf den Sport bezogene resiliente Athleten die eigene Gesundheit eher als kontrollierbar wahrnehmen, ist nicht ohne Erklärung nachvollziehbar. So wird in der Literatur eher davon ausgegangen, dass sich eine hohe internale Kontrollüberzeugung positiv auf Persönlichkeitseigenschaften, die im Phänomenbereich der Resilienz liegen (z.B. ‚hardiness‘), auswirkt (Kent, Davis, & Reich, 2013; Kobasa, 1979)⁵⁸. Da aber die Regressionsanalyse nicht die Richtung eines Zusammenhangs ermitteln kann, sondern lediglich die Stärke der Korrelation, erweist sich die Variable ‚Resilienz‘ trotz der entgegengesetzten Wirkrichtung als signifikant.

⁵⁸ Diese Erklärung berücksichtigend, stellt sich die Frage, weshalb die Persönlichkeitseigenschaft ‚Resilienz‘ überhaupt als unabhängige Variable einbezogen wurde, wenn die Wirkrichtung eher von der subjektiven Kontrollüberzeugung von Gesundheit auf die Persönlichkeitsdisposition ‚Resilienz‘ bekannt ist. Zur Beantwortung dieser Frage ist anzumerken, dass die Fragestellung in der Untersuchung determinierender Variablen auf die Dimensionen des Gesundheitsverständnisses (z.B. Aktionspotenzial, Befinden, negatives Verständnis) bestand und diese durchaus mit unterschiedlichen Resilienzausprägungen variieren.

Gesundheitsbezogene biografische Einschnitte – subjektiver Gesundheitszustand

Der Befund, dass die wahrgenommene Unkontrollierbarkeit der eigenen Gesundheit mit abnehmendem subjektivem Gesundheitszustand ansteigt, wirft ebenfalls Fragen auf. So wird auch hier von einer invertierten Wirkrichtung ausgegangen, da der subjektive Gesundheitszustand als überdauerndes Merkmal eingeschätzt wird, der beeinflusst, wie viel gesundheitsbezogene Kontrolle ein Mensch wahrnimmt. Die Begründung für dieses Ergebnis entspricht erneut der vorangegangenen.

Persönlichkeitsdisposition – Perfektionismus

Dass ansteigende Werte das ungesunde Perfektionismusstreben betreffend mit einer zunehmend wahrgenommenen Unkontrollierbarkeit von Gesundheit einhergehen, findet sich in der Konstellation in der Literatur zur Allgemeinbevölkerung (Stoeber & Otto, 2006). Vergleichbare Untersuchungen zu Athleten liegen dagegen nicht vor.

Da der Zusammenhang zwischen ‚Perfektionismus‘ und der Definition ‚Gesundheit als sportsspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ bislang noch nicht untersucht wurde, ist die positive Korrelation zwischen ‚Perfektionismusstreben‘ und dieser Gesundheitsbestimmung kaum zu bewerten. Allerdings wird dieser Zusammenhang sinnig vor dem Hintergrund, dass sich sehr perfektionistische Athleten in der Regel auch stärker auf die Erbringung sportlicher Leistung fokussieren (Stoeber, Stoll, Salmi, & Tiikkaja, 2009). Infolgedessen sind sie möglicherweise weniger bereit, körperliche Einschränkungen zu akzeptieren, ignorieren diese demnach so lange, wie sie ein Sporttreiben nicht verhindern.

Kognitiver Indikator für den Sozialisationsgrad des Athleten – Subjektive Bedeutung des Sports

Die Variable, die als Indikator gewählt wurde, um die subjektive Bedeutung des Leistungssports auszudrücken, korreliert sowohl mit der Skala zur Unkontrollierbarkeit von Gesundheit als auch zur Definition ‚Gesundheit als sportsspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ positiv. Dass mit zunehmender Wichtigkeit des Sports die eigene Gesundheit zum einen unbedingt gewahrt werden will und deswegen Beschwerden ignoriert werden und zum anderen erkannt und erlebt wird, dass Gesundheit fragil und nicht vollständig kontrollierbar ist, kann als typische sportsspezifische Erfahrung im Laufe der eigenen Karriere eingestuft werden. Dennoch finden sich keine Studien

über Athleten, um die gewonnenen Ergebnisse vergleichen und eindeutig einordnen zu können.

Soziodemografika – Geschlecht

Der bislang noch nicht angesprochene Befund der vorliegenden Studie, dass die negative Gesundheitsbestimmung durch das Geschlecht determiniert wird, deckt sich mit Befunden einiger Studien aus der Allgemeinbevölkerung, die Männern ein negativeres Gesundheitsverständnis attestieren (Kolip, 1998; Schulze & Welters, 1998). Auch im Sport konnte dieses Ergebnis in einer Studie bestätigt werden (Nixon, 1996).

Die Variablen, die sich in der vorliegenden Untersuchung als signifikant ergeben, sind in der folgenden Abbildung der insgesamt getesteten Ausgangsprüfgrößen farblich hinterlegt. Dabei ist auch vermerkt, in Bezug auf welche Gesundheitsbestimmung sie sich in welcher Wirkrichtung als bedeutsam erweisen (a) Gesundheit als ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘; b) ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘; c) ‚Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen‘).

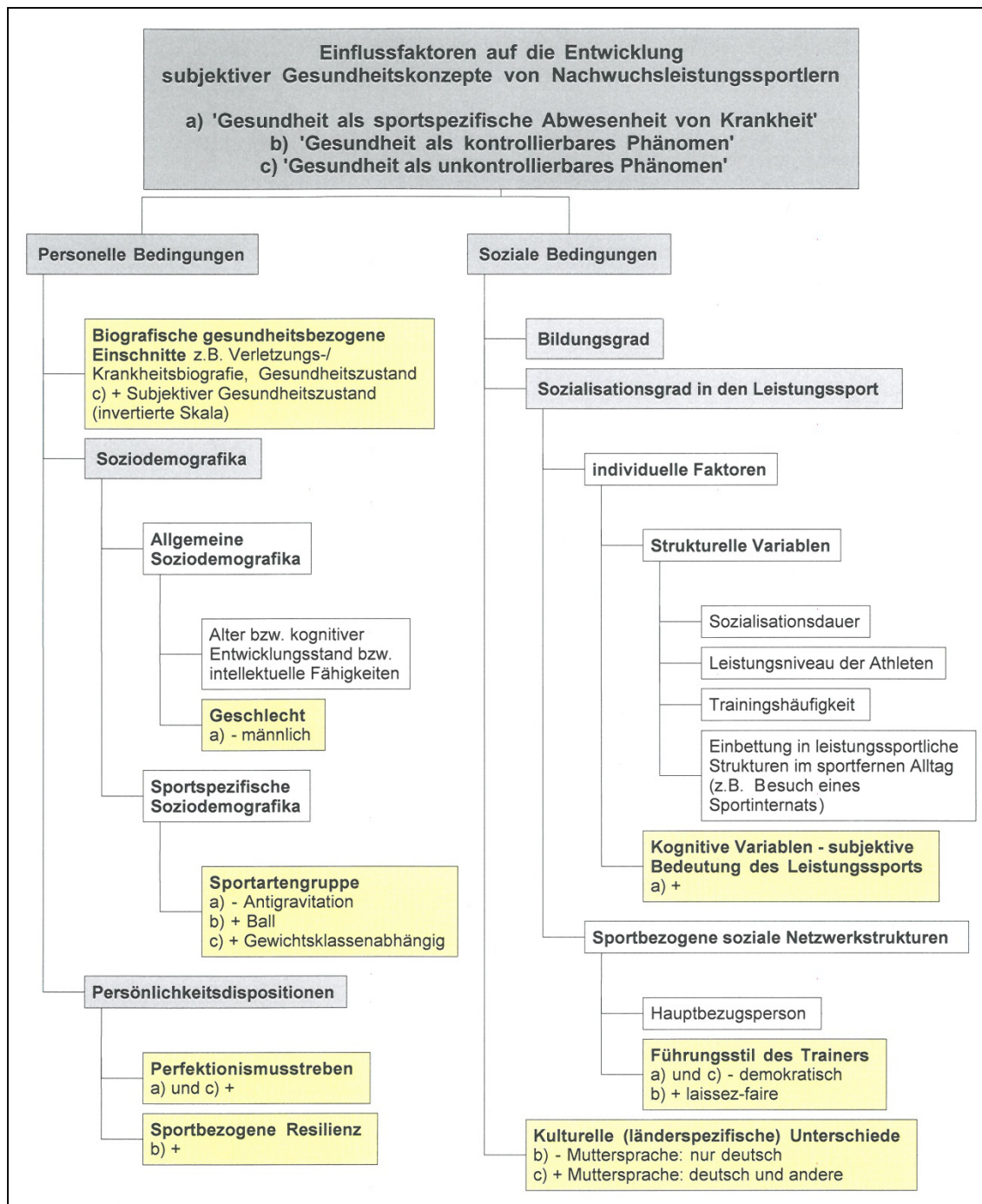


Abbildung 35: Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitskonzepte bei Nachwuchsleistungssportlern.

5.1.2 Subjektive Gesundheitstheorien

Die Untersuchung des Komplexes zu den subjektiven Gesundheitstheorien beantwortet folgende Fragen:

- (1) Erstens ist von grundlegendem Interesse, inwiefern junge Athleten die eigene Gesundheit als beeinflussbar wahrnehmen.

Zwar lag aufgrund der Logik der Leistungsentwicklung im Sport die Vermutung nahe, dass Athleten annehmen, die eigene Leistungsfähigkeit kontrollieren zu können. Inwiefern sich diese Kontrollüberzeugung jedoch auf Gesundheit als Gesamtphänomen übertragen lässt, war auf Grundlage der bisherigen Studien ungeklärt.

- (2) Im Zusammenhang mit der Kontrollierbarkeitsannahme ist zweitens bislang nicht bekannt, in welchem Ausmaß Nachwuchsleistungssportler bestimmte positive, negative sowie schicksalshafte Einflüsse auf die eigene Gesundheit wahrnehmen.
- (3) Zudem hält die Frage, von welchen Bedingungen unterschiedliche Wahrnehmungen abhängen, interessante Informationen bereit. Folglich sind Antworten auf die Frage zu geben, welche Einflüsse auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien festgestellt werden können.
- (4) Viertens ist vor dem Hintergrund des Stellenwerts des Sporttreibens für Leistungssportler von besonderer Bedeutung, wie heranwachsende Sportler ihr leistungssportliches Engagement im Hinblick auf ihre Gesundheit bewerten.

Zur Beantwortung der ersten beiden Fragen mussten zunächst einzelne Dimensionen identifiziert werden, um erkennen zu können, über welche gesundheitsbezogenen Wirkungszusammenhänge bzw. Gesundheitsgefahren und Gesundheitsstärkungen Nachwuchsleistungssportler verfügen (vgl. Kapitel 2.1.1.2).

(1) und (2) Dimensionen subjektiver Gesundheitstheorien

Hinsichtlich der ersten und zweiten Frage nach der wahrgenommenen Beeinflussbarkeit der eigenen Gesundheit sowie nach dem Ausmaß verschiedener positiver, negativer sowie schicksalshafter Einflüsse lässt sich aus dem Ergebnis der Faktorenanalyse schlussfolgern, dass die wahrgenommenen Einflussgrößen auf die eigene Gesundheit den Befunden ähneln, wie sie auch bei der Allgemeinbevölkerung zu finden sind (Faltermaier, 2005; Faltermaier et al., 1998b). So zeigt sich ein trennscharfer Faktor nicht nur in Form der subjektiven Kontrollüberzeugung von Gesundheit, die die grundsätzliche Überzeugung darstellt, dass die eigene Gesundheit durch die Person selbst beeinflussbar ist (Wallston & Wallston, 1982). Auch kristallisieren sich die im Zusammenhang mit der Normalbevölkerung als Einflussprozesse bezeichneten Faktoren heraus. Ausgleichs- und Belastungstheorien außen vorgelassen, da diese Inhalt des Kapitels zur gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft dar-

stellen (vgl. Kapitel 2.1.2.2), nehmen Athleten neben Schicksalstheorien auch Ressourcen- und Risikotheorien wahr. Allerdings differenzieren sie diese in folgende drei Kategorien:

- Theorien der kontrollierbaren Risiken
- Theorien der kontrollierbaren Ressourcen
- Theorien der schwer kontrollierbaren Ressourcen und Risiken

Diese Unterteilung geht womöglich darauf zurück, dass Athleten im Sinne der sportlichen Leistungsmaximierung der Überzeugung sind, die eigene Gesundheit kontrollieren zu können und auch zu müssen. Auf dieser Grundlage richten sie ihren Fokus auf diejenigen Einflussgrößen, die ihrer Kontrolle unterliegen. Die schwer zu kontrollierenden Ressourcen und Risiken werden deutlich undifferenzierter betrachtet, finden sich dementsprechend in einer gemeinsamen Kategorie wieder, während kontrollierbare Faktoren in positive und negative unterteilt werden.

(1) und (2) Zustimmung zu den Dimensionen subjektiver Gesundheitstheorien

Auch zeigt ein Blick auf die Zustimmungswerte der unterschiedlichen Dimensionen, dass Athleten grundsätzlich überzeugt davon sind, die eigene Gesundheit beeinflussen zu können. So wird die ‚gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung‘ bejaht⁵⁹. Zudem wird deutlich, dass die schwer zu beeinflussenden und schicksalhaften, also nicht kontrollierbaren Einflüsse, als deutlich weniger entscheidend wahrgenommen werden als die Faktoren, deren antizipierte Wirkung als kontrollierbar eingeschätzt wird. Dieses Ergebnis legt den Schluss nahe, dass junge Athleten eine Fokussierung auf die Faktoren vornehmen, die sie als relevant für die Veränderung ihres Gesundheitszustandes bewerten, die aber gleichzeitig der eigenen Kontrolle unterliegen. Entsprechungen finden sich in Interviewstudien über erwachsene Athleten (Theberge, 2008)⁶⁰. Folglich findet sich die Funktionalitätsorientierung, die bereits im Zusammenhang mit den subjektiven Gesundheitskonzepten angesprochen wurde, auch bei den subjektiven Gesundheitstheorien wieder, denn hauptsächlich die Parameter rücken in den Fokus der Athleten, die auch im Hinblick auf eine Leistungsoptimierung beeinflusst werden können.

⁵⁹ Wie bereits an den entsprechenden Stellen im methodischen und empirischen Teil dieser Arbeit ausgeführt (vgl. Kapitel 3.3.1 bzw. 4.1) sind Items, die Bezüge zur Kontrollierbarkeit von Gesundheit herstellen auf Grundlage der bisherigen Forschung sowohl den subjektiven Gesundheitskonzepten als auch -theorien zuzuordnen.

⁶⁰ "I know the better prepared I am the better chance I have of minimizing injuries" (Theberge, 2008, S. 215)

Theorien kontrollierbarer Risiken und Theorien kontrollierbarer Ressourcen

Grundsätzlich zeigen die Zustimmungswerte zu den einzelnen Faktoren deutlich, dass junge Athleten der Vermeidung von kontrollierbaren Risiken für die eigene Gesundheit einen höheren Stellenwert zuschreiben als den Ressourcen, die ihrer Beeinflussung unterstehen. Ein Vergleich mit Befunden aus der Allgemeinbevölkerung legt offen, dass sowohl erwachsene Nicht-Sportler (Gembris-Nübel, 2004; Macintyre et al., 2006) als auch Kinder und Jugendliche, die nicht aus dem Sport stammen (Giskes et al., 2005; Kolip, 1998; Normandeau et al., 1998; Schmidt & Fröhling, 1998), positiven Einflüssen, die der eigenen Kontrolle unterstehen, eine deutlich höhere Bedeutung zusprechen als entsprechenden Risiken, was mit Blick auf die Athleten auf eine Orientierung an einer Krankheitsvermeidung und bei der Allgemeinbevölkerung auf eine Gesundheitsstärkung hindeutet. Allerdings ist anzumerken, dass Vergleiche lediglich Richtungen und Tendenzen aufzeigen können, da zum Teil deutliche Unterschiede in der Datenerhebung (v.a. Inhalt der abgefragten Einflüsse) und -auswertung (z.B. Mittelwertberechnung oder nur die als sehr wichtig eingeschätzten Größen) vorliegen. Außerdem muss im Zusammenhang mit einer Unterteilung in Risiken und Ressourcen grundsätzlich betont werden, dass sowohl in dieser als auch in vergangenen Studien die Differenzierung in die beiden Kategorien positive und negative Einflüsse reversibel ist. So zeigt ein Blick auf die Faktoren, dass die Kategorisierung in Gesundheitsressourcen und -gefahren beinahe ausschließlich auf Grundlage der Itemformulierung erfolgt. Dementsprechend fragt die eine Studie thematisch nach wahrgenommenen gesundheitsschädigenden Wirkungen bestimmter Faktoren. In einer anderen Studie wird die Zustimmung auf die zugeschriebene gesundheitsförderliche Wirkung derselben Größen erfragt (z.B. Ernährung). So schadet beispielsweise eine unausgewogene Ernährung der eigenen Gesundheit, während eine ausgewogene Ernährung die Gesundheit stärken kann. Ob Athleten infolgedessen Risiken eine bedeutsamere Rolle zusprechen oder ob die höheren Werte durch die inhaltlichen Größen begründet sind, bleibt offen. Allerdings legen Erhebungen über erwachsene Athleten nahe, dass diese negativen Einflüssen ebenfalls mehr Bedeutung beimessen (Thiel et al., 2010).

Theorien schwer kontrollierbarer Risiken und Ressourcen

Im Hinblick auf den Faktor der schwer zu kontrollierenden Risiken und Ressourcen legt eine Studie über gesunde Erwachsene offen, dass diese (schwer zu kontrollie-

rende) Umweltbedingungen oder Stress und Belastung im Vergleich zu kontrollierbaren Ressourcen als bedeutsamer einschätzen (Frank et al., 1998), was den Befunden dieser Studie widerspricht. Im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen dagegen entsprechen die Ergebnisse verschiedener Studien (Giskes et al., 2005; Schmidt & Fröhling, 1998) den Befunden der vorliegenden Analyse, die zeigt, dass junge Athleten im Vergleich zu kontrollierbaren Risiken und Ressourcen den schwer kontrollierbaren Einflüssen eine geringere Bedeutung beimessen. Infolgedessen ist anzunehmen, dass Menschen (Sportler oder Nicht-Sportler) im Laufe des Lebens durch Erfahrungen lernen, dass Gesundheit nicht in dem Maße kontrollierbar ist, wie es zu Jugendzeiten schien.

Schicksalstheorien

Die letztgenannte Erklärung findet auch bezüglich schicksalhafter Einflüsse Bestärkung, so wird der Einfluss des Schicksals von den in dieser Arbeit untersuchten Athleten als wenig bedeutsam wahrgenommen. Eine Studie, die quantifizierbare Daten über Nicht-Sportler liefert, lässt ebenfalls die Vermutung zu, dass Erwachsene im Vergleich zu Jugendlichen den Einfluss nicht kontrollierbarer Einflüsse als höher bewerten (Macintyre et al., 2006).

(3) Einflussfaktoren auf die unterschiedlichen Gesundheitstheorien

Bezüglich der Regressionsmodelle sind die Ergebnisse als zufriedenstellend zu bezeichnen, die Varianzaufklärungen liegen dementsprechend in einem akzeptablen Bereich.

Grundsätzlich ist hinsichtlich der ermittelten Einflussfaktoren, vergleichbar zu den Analysen subjektive Gesundheitskonzepte betreffend, einschränkend zu sagen, dass die Regressionskoeffizienten, die für die Veränderungen der Werte beim Übergang von der einen zur nächsten Stufe stehen (bspw. zwischen Jungen und Mädchen oder zwischen niedrigeren Ausprägungen und der nächst höheren Ausprägung einer Antwortkategorie) zum Teil erneut geringe Gruppenunterschiede ($> .10$) widerspiegeln. Obwohl die praktische Bedeutung teilweise als umstritten eingeschätzt werden muss, soll trotzdem eine Einordnung aller ermittelten Bedingungen erfolgen.

Wiederum sind Vergleiche der in dieser Untersuchung ermittelten Befunde zu Studien über Leistungssportler jedoch grundsätzlich schwierig. So finden sich – wie in der theoretischen Auseinandersetzung gezeigt – zu diesem Phänomenbereich im Kon-

text des Sports kaum Untersuchungen, die sich namentlich mit Auswirkungen auf die eigene Gesundheit beschäftigen. Die meisten quantitativen Ergebnisse gehen auf Fragen nach antizipierten Folgen für die eigene Leistungsfähigkeit zurück. Infolgedessen wird demnach bereits die Definition ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘ vorausgesetzt. Da die Befunde dieser Studie zu subjektiven Gesundheitskonzepten zeigen, dass Gesundheitsdefinitionen von Nachwuchsleistungssportlern zwar von dem Funktionalitätsgedanken bestimmt werden, sportferne Gesundheitsbestimmungen jedoch zumindest auch mittlere Zustimmung erfahren, sind die Ergebnisse, die Gesundheit ausschließlich als sportrelevante Funktionsfähigkeit verstehen, nur bedingt vergleichbar.

Trotzdem werden im Folgenden die einzelnen Größen, die die Wahrnehmung gesundheitlicher Einflüsse determinieren, diskutiert und falls möglich einem Vergleich zu bisherigen Ergebnissen unterzogen.

Individuelle Überzeugungen – Subjektive Kontrollüberzeugung der eigenen Gesundheit

Abgesehen von den Schicksalstheorien hängen die Antworten der Gesundheitstheorien von der grundlegenden Überzeugung ab, die eigene Gesundheit kontrollieren zu können. So führt eine ausgeprägte Kontrollüberzeugung zu erhöhten Werten hinsichtlich wahrgenommener kontrollierbarer Ressourcen, kontrollierbarer Risiken sowie nur als schwer kontrollierbar eingeschätzter Ressourcen und Risiken. Dieses Ergebnis unterstreicht, dass Athleten einen sehr funktionalen Blick auf ihre Gesundheit haben. Ihre Gesundheit und mögliche determinierenden Größen rücken in den Fokus, sie beobachten genau, was ihre Gesundheit verändert. Je stärker sie grundsätzlich davon ausgehen, dass sie ihre Gesundheit durch eigenes Zutun beeinflussen können, desto stärker bzw. klarer sind sie der Überzeugung, dass ihre Gesundheit (und damit ihre Leistungsfähigkeit) sowohl von positiven als auch negativen Einflüssen verändert werden kann. Gleichzeitig steigt allerdings mit zunehmender Kontrollüberzeugung auch die Einschätzung an, dass es Einflüsse gibt, die nur bedingt ihrer Kontrolle unterstehen. Je stärker sie von einer Beeinflussung der eigenen Gesundheit ausgehen, desto detaillierter wird demnach auch ihr Blick auf die die eigene Gesundheit beeinflussenden Größen.

Im Zusammenhang mit diesen Befunden sind Vergleiche zu Untersuchungen von Sportlern sowie Nicht-Sportlern erneut nicht möglich, da bislang keine Studien vorlie-

gen, die entsprechende Berechnungen durchführen (wie zum Beispiel den Zusammenhang zwischen subjektiver Kontrollüberzeugung von Gesundheit und Gesundheitstheorien oder zwischen verschiedenen subjektiven Gesundheitskonzepten und Gesundheitstheorien).

Individuelle Überzeugungen – Subjektive Gesundheitskonzepte

Neben dem Ausmaß der subjektiven Kontrollüberzeugung variieren alle Typen subjektiver Gesundheitstheorien nach den im vorigen Kapitel ermittelten Gesundheitsdefinitionen. Eine Einordnung der Ergebnisse hinsichtlich dieser Kategorie ist wiederum nicht möglich, da auch diese Zusammenhänge bislang nicht überprüft wurden.

Trotzdem sollen Erklärungsansätze für die ermittelten Befunde gegeben werden:

So verändern sich Antworten erneut im Zusammenhang sowohl mit dem Ausmaß wahrgenommener kontrollierbarer Ressourcen als auch kontrollierbarer Risiken basierend auf Unterschieden hinsichtlich des Verständnisses ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘. Diesbezüglich gehen mit höheren Funktionalitätswerten auch höhere Werte der kontrollierbaren Ressourcen bzw. Risiken einher. Dieses Ergebnis spiegelt wiederum das im vorigen Kapitel diskutierte sportspezifische Verständnis wider, dass sportliche Leistung geplant werden kann und alle die sportliche Leistungsfähigkeit beeinflussenden Faktoren (so auch die eigene Gesundheit) der eigenen Kontrolle unterstehen (müssen). Damit entspricht dieses Ergebnis auch den Befunden von Theberge (2008), die herausstellt, dass Athleten im Zuge des Heranwachsens innerhalb des Leistungssports lernen, positive und negative Einflüsse stetig funktionaler zu bewerten⁶¹. Dieser Lernprozess zeigt sich folglich bereits bei Nachwuchsathleten in der Form, dass mit ansteigendem Funktionalitätsdenken auch eine Fokussierung auf die gesundheits- und damit leistungsbestimmenden Größen stattfindet, die der eigenen Beeinflussung unterstehen.

Dem entspricht auch der Befund, dass ein höherer Einfluss schicksalhafter sowie schwer kontrollierbarer Ressourcen und Risiken bedingt wird durch höhere Werte hinsichtlich der Gesundheitsdefinition ‚Gesundheit als sportfernes Befinden und Aktionspotenzial‘. Folglich weisen die Athleten, denen sportferne Bezüge zur Gesundheit wichtig sind, eine breitere Sicht auf, nehmen verstärkt schwer oder unkontrollierbare

⁶¹ "I've been cautioned not to go back too quickly and too hard, so I'm trying to learn how to read my body." (Theberge, 2008, S. 213)

"My body's kind of dictating how much I'm able to push myself right now. And I'm actually learning to listen to it a little bit." (Theberge, 2008, S. 213)

Einflüsse wahr, während sich die funktionaler orientierten Athleten auf die Einflüsse fokussieren, die ihrer Kontrolle unterstehen.

Auch das Ergebnis, dass das Ausmaß wahrgenommener schicksalhafter Einflüsse auf die eigene Gesundheit mit ansteigenden Werten eines sportspezifischen negativen Gesundheitsverständnisses zunimmt, lässt sich durch die im Kontext des Sports erlernte Überzeugung erklären, die eigene Gesundheit kontrollieren zu können. So drückt eine negative sportspezifische Gesundheitsdefinition grundsätzlich aus, dass zwar Gesundheit und Krankheit als zwei alternative Zustände wahrgenommen werden, sich Athleten aber relativ lange als gesund bezeichnen – auch trotz vorliegender Beschwerden, die sie allerdings ignorieren. Der Indikator für Krankheit ist für sie die fehlende Fähigkeit zum Trainieren. Je deutlicher Athleten der negativen Gesundheitsbestimmung zustimmen, desto stärker spielt für sie das Schicksal eine entscheidende Rolle im Zusammenhang mit der Frage, was die eigene Gesundheit beeinflusst. Es ist infolgedessen zu vermuten, dass sie versuchen, an der Kontrollierbarkeitsüberzeugung festzuhalten bis sie nicht mehr trainieren können und sich als krank bezeichnen (müssen). Mit Übertreten dieser Schwelle zur Krankheit, machen sie schicksalhafte Begebenheiten dafür verantwortlich. Dieser Erklärungsansatz entspricht Aussagen, dass Athleten so lange davon ausgehen, dass sie ihre Gesundheit im Griff haben, bis sie zusammenbrechen und erkennen müssen, dass im Leistungssport eine vollkommene Kontrolle nicht möglich ist (Theberge, 2008)⁶².

Persönlichkeitsdisposition – Perfektionismus

Passend zu dieser Erklärung ist zudem der Befund, dass mit ansteigendem ungesundem Perfektionismusstreben auch der wahrgenommene Einfluss schicksalhafter Bedingungen zunimmt. So ist die Kontrolle ein konstituierendes Merkmal von Perfektionismus (Cattell & Mead, 2008), dem Streben danach, Ansprüche und Aufgaben bestmöglich zu erfüllen. Da Kontrollmöglichkeiten in Bezug auf die eigene Gesundheit jedoch nur bedingt vorhanden sind, Athleten trotz minutiöser Kontrolle erkranken oder sich verletzen, tritt mit zunehmendem Perfektionismus der Erklärungsansatz schicksalhafter Einflüsse in den Mittelpunkt, da alternative Erklärungen durch z.B. eigene Nachlässigkeit nicht greifen.

⁶² “As long as you keep pushing, I don’t think as athletes you really learn. You always think, “Oh, I know myself, I know myself” but then you go out and get injured. And you know what? You obviously don’t know yourself if you’re pushing that much.”

Biografische gesundheitsbezogene Einschnitte – Subjektiver Gesundheitszustand

Nachvollziehbar ist das Ergebnis, dass sowohl schicksalhafte Einflüsse als auch kontrollierbare Risiken von denjenigen Athleten bedeutsamer eingeschätzt werden, die sich selbst als weniger gesund bezeichnen. Je schlechter es Athleten geht, desto eher werden sowohl kontrollierbare Risiken als auch schicksalhafte Einflüsse als Erklärungsansatz für den eigenen Gesundheitszustand herangezogen. Folglich achten sie – wenn sie sich weniger gesund fühlen – vermehrt auf mögliche Gesundheitsgefahren, um gegenüber zukünftigen Bedrohungen gewappnet zu sein. Allerdings schlägt auch diese Bemühung manchmal fehl und Sportler müssen erkennen und akzeptieren, dass sie doch weniger kontrollieren können als angenommen (Theberge, 2008)⁶³.

Dass Athleten mit zunehmenden Zufriedenheitswerten den eigenen Gesundheitszustand betreffend umso weniger stark gesundheitsbezogene Ressourcen wahrnehmen, spiegelt das Problem jeglicher Präventionsmaßnahmen wider: Menschen sorgen sich mehrheitlich erst dann um ihre Gesundheit, wenn sie diese bedroht sehen. Spüren sie keinerlei Beeinträchtigungen und sind sie zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand, gehen sie trotz des Wissens um die Bedeutung von Gesundheitsgefahren und -quellen davon aus, dass sie von negativen Folgen gesundheitsschädigenden Verhaltens verschont bleiben, gesundheitsförderliche Maßnahmen nehmen dann oftmals nur einen untergeordneten Stellenwert ein („optimistischer Fehlschluss“ (Weinstein, 1980)).

Allerdings legen die Befunde auch nahe, dass Nachwuchsleistungssportler kontrollierbare Ressourcen umso stärker wahrnehmen, je besser sie ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu gleichaltrigen Sportlern bewerten. Dieses auf den ersten Blick zum eben genannten Befund inkongruente Ergebnis lässt sich allerdings dadurch erklären, dass ein positiver Abgleich der eigenen Gesundheit zu der von Gleichaltrigen möglicherweise dazu führt, die eigene ‚Strategie‘, auf kontrollierbare Größen zu setzen, als die richtige zu bewerten. Infolgedessen versuchen die Athleten diese Strategie unbedingt beizubehalten.

⁶³ “I think athletes are always on the brink of being over-trained. Right on the brink.” I asked “And how do you manage that brink?” He responded “You don’t. Sometimes you collapse.” (Theberge, 2008, pp. 213-214)

Überzeugung – gesundheitliche Auswirkung des Leistungssports

Neben dem Einfluss verschiedener Aspekte des selbst eingeschätzten Gesundheitszustandes zeigt sich in Bezug auf die Wahrnehmung kontrollierbarer Ressourcen und Risiken, dass diese mit zunehmender Überzeugung ansteigt, der Leistungssport wirke sich positiv auf die Gesundheit aus. Erklären lässt sich dieser Befund dadurch, dass mit einer stark positiven Bewertung des Leistungssports auch eine vermehrte Identifikation mit den Werten bzw. der Denkweise des Leistungssports einhergeht (u.a. Bette & Schimank, 2006; Brewer et al., 1993; Galloway, 2007), welche sich durch eine ausgesprochene gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung auszeichnet.

Soziodemografika – Sportarten

Die identifizierten Unterschiede hinsichtlich der Sportartengruppen sind nicht ohne weitere Erklärungen zu verstehen: So sind höhere Werte bezüglich kontrollierbarer Risiken von Ausdauerathleten dadurch nachvollziehbar, dass diese in besonderem Maße gezwungen sind, auf ihre Gesundheit zu achten. Insbesondere Ausdauersportler (z.B. Schwimmer, Langstreckenläufer, Biathleten, Langläufer) müssen ihre Energiereserven im Training völlig erschöpfen, um Anpassungen ihrer Herz-Kreislauf-Leistungsgrenzen zu erreichen. Das notwendige ‚in-den-Keller-Trainieren‘ hat jedoch eine besondere Vulnerabilität des Immunsystems zur Folge (Gleeson, 2007). Aus diesem Grund sind Aspekte, wie auf den eigenen Körper hören, auf die Ernährung achten oder Erholungsphasen einhalten, leistungsdeterminierend. Zudem zeichnen sich diese Sportler dadurch aus, dass ihr Training oftmals unter freiem Himmel stattfindet, was eine erhöhte Infektgefahr bedingt. Auch sind diese Sportarten durch außerordentliche Umfänge im Training gekennzeichnet, so dass ein langfristiger Trainingsausfall kaum nachzuholen ist und aufgrund dessen besonders auf Gesundheitsgefahren geachtet wird.

Dass gewichtsabhängige Sportler besonderen Wert auf kontrollierbare Ressourcen legen (bestmögliche Erholung, Erkältungsbehandlung durch Medikamente, zusätzliche nicht direkt leistungssteigernde Maßnahmen, auf Ärzte und Therapeuten verlassen), wird vor dem Hintergrund nachvollziehbar, dass genau diese Sportler vor Wettkämpfen Plänen folgen müssen, die ihnen zum einen eine Reduktion ihres Gewichts garantieren, um im Wettkampf Vorteile durch eine geringere Gewichtsklasse zu erreichen („Gewichtmachen“). Zum anderen muss aber gewährleistet werden, dass der

Gewichtsverlust möglichst ohne Leistungseinbußen vorstattengeht und sie sich nach dem so genannten ‚Einwiegen‘ vor Wettkämpfen bestmöglich und schnell im Hinblick auf die Wettkampfbelastung erholen. Die sportartspezifischen Bedingungen führen dazu, dass diese Athleten sich explizit auf die in dieser Dimension vereinten Ressourcen verlassen müssen, damit sie negative Konsequenzen möglichst vermeiden. Ausdauersportarten mit hohem Krafteinsatz nehmen kontrollierbare Ressourcen in geringerem Ausmaß wahr, was dadurch zu erklären ist, dass diese Sportarten (Eisschnelllauf, Shorttrack, Kanurennsport) gekennzeichnet sind durch einseitigen Muskelaufbau. Der typische Sportkörper aus diesen Sportarten ist keineswegs als ausgewogen hinsichtlich der Muskelverteilung zu bezeichnen. Die Kombination aus muskulären Dysbalancen und vergleichsweise hohen Trainingspensen (M=17 Stunden vs. übrige Sportartengruppe M=14 Stunden) bedingt in der Regel zwangsläufig körperliche Beschwerden. Infolgedessen müssen sie vermutlich akzeptieren, dass die leistungsmäßige Ausübung ihrer Sportart mit Schmerzen verbunden ist und sprechen der Möglichkeit, die eigene Gesundheit durch bestmögliche Erholung, ärztlichen Rat oder nicht direkt leistungssteigernde Maßnahmen positiv beeinflussen zu können deswegen nur wenig Potenzial zu.

Die niedrigeren Werte hinsichtlich der Kategorie ‚Theorien schwer kontrollierbarer Risiken und Ressourcen‘ von Ballspielern deuten darauf hin, dass diese durch ihre außerordentliche Belastung in Form von sehr vielen Wettkampftagen (M=58 Tage vs. M der übrigen Sportartengruppen=30 Tage) keinerlei mentale und zeitliche Räume haben, um zusätzlich weder auf positive noch auf negative Einflüsse achten zu können, die nicht ihrer unmittelbaren Beeinflussung unterstehen (Unterstützung durch Familie und Freunde, gute Stimmung im Team, Schaden durch hohen Leistungsdruck). Vielmehr verhalten sie sich äußerst rational und beschränken sich auf die Einflüsse, die am leichtesten zu verändern sind.

Soziodemografika – Alter

Neben den Unterschieden im Antwortverhalten aufgrund der Zugehörigkeit zu bestimmten Sportartengruppen, zeigen sich im Zusammenhang mit ‚schwer kontrollierbaren Gesundheitsrisiken und -ressourcen‘ zusätzlich Abhängigkeiten vom Alter der Athleten, wonach mit zunehmendem Alter höhere Werte einhergehen. Es ist aufgrund bestimmter Untersuchungen bei der Allgemeinbevölkerung anzunehmen (Faltermayer, 1998; Kuhlmann & Kolip, 1998), dass auch ältere Athleten aufgrund

ihrer in der Regel ausgeprägteren Erfahrung mit Verletzungen und Krankheiten gelernt haben, dass die eigene Gesundheit deutlich schwerer zu beeinflussen ist als sie das in jüngeren Jahren angenommen hatten. So lassen sich auch bei verschiedenen Studien über Populationen der Allgemeinbevölkerung Unterschiede im Zusammenhang mit dem Alter feststellen, wobei die Ergebnisse erneut grundsätzlich schwer vergleichbar sind. Tendenziell nimmt die wahrgenommene Bedeutung beeinflussbarer Ressourcen und Risiken nach dem Kindesalter zu (Normandeau et al., 1998; Piko & Bak, 2006; Schmidt & Fröhling, 1998)⁶⁴, im Erwachsenenalter aber wieder ab (Macintyre et al., 2006; Schulze & Welters, 1998). Der Einfluss schwer kontrollierbarer Ressourcen und Risiken sowie nicht kontrollierbarer schicksalhafter Begebenheiten wird in der Regel mit zunehmendem Alter als größer eingeschätzt (Macintyre et al., 2006).

Persönlichkeitsdisposition – Gesundheitsbezogene Unbekümmertheit

Vergleichbar mit dem Zusammenhang des Alters führt auch das Konzept der gesundheitsbezogenen Unbekümmertheit, also der Haltung, sich um seine Gesundheit und um sein Leben nach dem Sport keine Gedanken zu machen, zu Unterschieden in der Wahrnehmung sowohl kontrollierbarer Ressourcen und kontrollierbarer Risiken als auch schwer kontrollierbarer Ressourcen und Risiken. Unbekümmerte Athleten weisen bei allen Dimensionen weniger hohe Werte auf, sie richten demnach weniger Aufmerksamkeit weder auf positive noch auf negative Einflussfaktoren, ihre Gesundheit betreffend – unabhängig davon, ob diese ihrer Kontrolle unterstehen oder nicht. Dieses Ergebnis entspricht der gängigen Forschungslage, die zeigt, dass sich Jugendliche, die sich in der Regel durch eine ausgesprochene Unbekümmertheit auszeichnen, weitaus weniger Gedanken um gesundheitliche Gefahren oder Stärkungen machen (Eiser & Kopel, 1997; Fend, 2003; Hurrelmann, 2007). Ob sich die Werte der jungen Sportler im Vergleich zu gleichaltrigen Nicht-Athleten unterscheiden, bleibt offen, da zahlenmäßige Vergleiche nicht möglich sind.

Soziodemografika – Trainingspensum

Hinsichtlich wahrgenommener positiver Einwirkungen, die der eigenen Beeinflussung unterstehen, zeigt sich zudem, dass diese umso stärker wahrgenommen werden,

⁶⁴ Zu anderen Befunden kommen Kolip (1998) und auch Myant and Williams (2005), die gleichbleibende oder abnehmende Zustimmungswerte ermittelt.

je mehr Athleten trainieren. Da die Variable ‚Trainingshäufigkeit‘ einen strukturellen Indikator des Sozialisationsgrads in den Leistungssport abbildet, bestätigt dieses Ergebnis den bereits mehrfach angedeuteten Zusammenhang zwischen der zunehmenden Fokussierung auf den Leistungssport und dessen Denkweise, dass sportliche Leistung planbar ist, und dem damit einhergehenden Glauben, auch die eigene Gesundheit als leistungsdeterminierenden Faktor kontrollieren zu können.

Zusammenfassend sind Unterschiede im Antwortverhalten hauptsächlich durch personelle Faktoren zu begründen. Insbesondere individuelle Überzeugungen und Dispositionen, die eigene Verletzungs- bzw. Krankheitsbiografie sowie die Sportart(en) sind verantwortlich dafür, dass Athleten Gesundheitsressourcen und -risiken in unterschiedlichem Ausmaß wahrnehmen. Der Sozialisationsgrad in den Leistungssport spielt dagegen kaum eine Rolle.

Wiederum sind die Bedingungen, die sich als signifikant erweisen, in folgender Abbildung farblich hinterlegt. Durch die Kürzel a), b), c), d) wird deutlich, bezüglich welcher Dimension sich die jeweiligen Größen als bedeutsam zeigten. Die entsprechenden Wirkrichtungen sind durch + bzw. – gekennzeichnet.

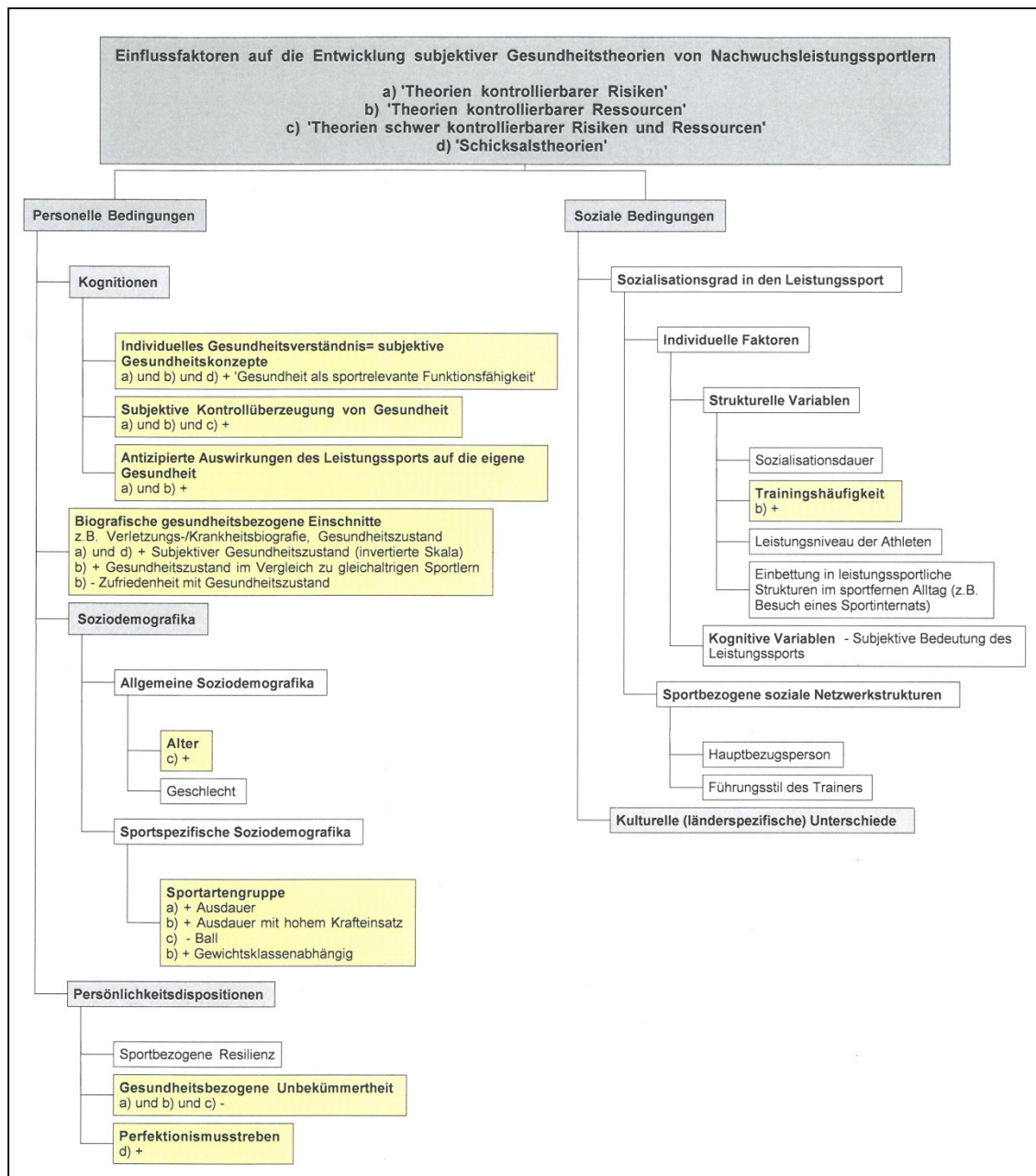


Abbildung 36: Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung subjektiver Gesundheitstheorien bei Nachwuchsleistungssportlern.

(4) Gesundheitliche Auswirkung des sportlichen Engagements

Im Hinblick auf die letzte Frage nach der Einschätzung der gesundheitlichen Auswirkung des eigenen leistungssportlichen Engagements wird deutlich, dass die jungen Athleten den Leistungssport positiv bewerten. Auch erwachsene Sportler sprechen ihrem sportlichen Engagement positive gesundheitliche Aspekte zu (Theberge, 2008), allerdings nicht in dem Ausmaß, wie das jugendliche tun (Thiel et al., 2010).

5.1.3 Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

Im Zusammenhang mit der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft zeigte die Forschungslage, dass diesem Merkmal bislang fast ausschließlich auf qualitativem Weg nachgegangen wurde. Infolgedessen fehlten quantifizierbare Daten. Zudem lagen kaum spezifische Analysen über den Nachwuchsbereich vor, so dass die vorliegende Analyse folgende forschungsleitende Fragestellungen beantworten wollte:

- (1) Inwiefern sind Nachwuchsleistungssportler bereit, sportspezifische Risiken zu akzeptieren?

Da bisherige Studien die zugrundeliegende Ursachen, warum sich Leistungssportler riskant verhalten, dabei durchgängig mit den spezifischen Merkmalen der ‚Kultur des Risikos‘ begründen, verorten sie die Gründe riskanten Verhaltens in besonderen Konstellationen des Umfelds. Personelle Bedingungen werden dagegen beinahe gänzlich außer Acht gelassen.

Die zweite Fragestellung wollte diese Forschungslücke schließen und sowohl personelle als auch umfeldbezogene Einflüsse auf ihre Bedeutsamkeit überprüfen. Dabei wurde dem konstituierenden Merkmal des Leistungssports Rechnung getragen, dass riskantes Verhalten bis zu einem gewissen Grad im Leistungssport unumgänglich ist. Aufbauend auf den genannten Überlegungen beschäftigten sich die zweite und dritte forschungsleitende Frage zu dieser Dimension mit folgenden Inhalten:

- (2) Lassen sich verschiedene Gruppen identifizieren, die ein unterschiedliches Ausmaß an gesundheitsbezogener sportspezifischer Risikobereitschaft aufweisen?
- (3) Inwieweit sind im Hinblick auf die Gruppen Effekte von personellen (z.B. Sportarten(gruppe), Alter, verschiedene Persönlichkeitsdispositionen) sowie sozialen Größen (z.B. Sozialisationsgrad in den Leistungssport) festzustellen?

Vergleichbar zu den bereits behandelten Teilbereichen des Gesundheitsbewusstseins, mussten in einem ersten Schritt über eine Faktorenanalyse einzelne Dimensionen identifiziert werden, die erste Informationen über die inhaltliche Ausgestaltung der Risikobereitschaft bereithalten.

(1) Dimensionen der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft

Die Faktorenanalyse legt offen, dass die Bereitschaft von Nachwuchsleistungssportlern, gesundheitsbezogene Risiken im Kontext des Sports einzugehen, differenziert betrachtet werden muss. So unterscheiden junge Athleten nicht allein eine körperliche von einer psychosozialen Risikobereitschaft, wie die der Itemkonstruktion vorausgehenden Überlegungen angenommen hatten. Vielmehr lässt sich die physische Komponente dahingehend spezifizieren, inwiefern Athleten zum einen für den sportlichen Erfolg eher langfristige und massive körperliche Einschränkungen akzeptieren und in welchem Ausmaß sie zum anderen bereit sind, unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen. Dass Nachwuchsleistungssportler die physische Risikobereitschaft derart differenziert sehen, wurde in bisherigen Untersuchungen noch nicht gezeigt, erweist sich jedoch als ein ausgesprochen spannender Befund.

Mit Blick auf ihre inhaltliche Bedeutsamkeit müssen bezüglich der ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft insbesondere die unterschiedlichen Zustimmungswerte zu den einzelnen Items eingestuft werden. So verheimlichen junge Sportler Schmerzen eher nicht, können diese aber sehr gut ignorieren und verdrängen. Auch gehen sie eher erst dann zum Arzt, wenn sie eine massive Beeinträchtigung durch die Schmerzen erfahren. Dieser Befund deutet (wie schon im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverständnis diskutiert) erneut darauf hin, dass eine Normalisierung von Schmerzen im Leistungssport bereits durchaus bei jungen Leistungssportlern festzustellen ist. Die unterschiedlich hohe Zustimmung zu den verschiedenen Aspekten der Skala zur Bereitschaft, langfristige körperliche Auswirkungen zu akzeptieren, spiegelt zudem die geringe Erfahrung der jungen Athleten mit gesundheitsbezogenen Einbußen wider. Dementsprechend werden greifbare Konsequenzen, wie an einen Rollstuhl gebunden zu sein oder trainings- und wettkampfeinschränkende Nebenwirkungen von Medikamenten zu erfahren, deutlich und eher abstrakte Spätschäden, wie eine Lebensverkürzung oder chronische Schmerzen, weniger stark abgelehnt.

Aber nicht nur innerhalb der beiden Skalen zeigt sich ein unterschiedliches Antwortverhalten. Auch ein Vergleich der Mittelwerte beider Dimensionen deckt deutliche Zustimmungsunterschiede auf. Die Unstimmigkeit zwischen der deutlich höheren Bereitschaft zum so genannten ‚Playing Hurt‘ und der niedrigeren physischen Risikobereitschaft, die sich auf teils massive langfristige negative Folgen des sportlichen Engagements bezieht, lässt darauf schließen, dass zwischen beiden Phänomenen

keine Verbindung hergestellt wird, obwohl unumstritten ist, dass gewohnheitsmäßiges ‚Playing Hurt‘ eine körperliche Schädigung bedingt. Dieser Befund entspricht allgemeinen theoretischen Überlegungen zur Persönlichkeitsdisposition ‚Risikobereitschaft‘, die davon ausgehen, dass die zeitliche Dimension des Gewinns oder Verlusts eine erhebliche Rolle spielt (Raithel, 2011). So zeigt sich auch anhand dieses Befunds, dass in Abhängigkeit davon, ob Folgen eines Risikos unmittelbar eintreten oder die Folgen zeitlich weiter in der Zukunft liegen, unterschiedliche Ausprägungen zu erwarten sind.

Die Skalenmittelwerte mit entsprechenden Studien aus dem Phänomenbereich vergleichend fällt auf, dass die relativ hohe Zustimmung zu der ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft den Aussagen verschiedener Untersuchungen über erwachsene (Nixon, 2004) und jugendliche Athleten (Richartz, 2001) entspricht. Im Zusammenhang mit der langfristig physischen Risikobereitschaft lassen quantitative (Thiel et al., 2010)⁶⁵ und qualitative (Theberge, 2008)⁶⁶ Studien über erwachsene Athleten dagegen vermuten, dass diese eine ausgeprägtere Akzeptanz, körperliche Schäden zu tolerieren, aufweisen als die in dieser Arbeit untersuchten Nachwuchsleistungssportler.

Neben der physischen und der ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft zeigt darüber hinaus die im Vergleich zur physischen Risikobereitschaft deutlich höhere Zustimmung des Faktors, der die psychosoziale Risikobereitschaft abprüft, dass Nachwuchsleistungssportler sich nur in mittlerem Maße ausschließlich auf den Leistungssport fokussieren wollen. Sie laufen damit im Mittel nur bedingt Gefahr sportferne Lebensbereiche und insbesondere alterstypische Erfahrungen zu vernachlässigen (Bette & Schimank, 2006), die sie dabei unterstützen, die an sie gestellten Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (z.B. auf Partys zu gehen) und damit zu unabhängigen und verantwortungsvollen Menschen zu reifen (Hurrelmann, 2007; Oerter, 2008). Besonders hervorzuheben ist im Zusammenhang mit der psychosozialen Risikobereitschaft, dass heranwachsende Athleten kontrollierbare Aspekte versuchen, funktional im Sinne der Leistungsoptimierung zu steuern. So verzichten sie zugunsten der sportlichen Leistungsfähigkeit z.B. gerne auf Partys. Dagegen ist der Befund als äußerst überraschend einzustufen, dass es ihnen nicht gelingt, ihren Körper ausschließlich funktional, als Mittel zum Zweck der sportlichen Leistungserbringung, zu bewerten. Es ist ihnen

⁶⁵ Aufgrund einer auf einer Reihe an Items zur Risikobereitschaft und verwandten Phänomenen basierenden Clusterbildung in so genannte ‚Sensible‘ und ‚Draufgänger‘ sind zahlenmäßige Vergleiche trotz quantitativer Daten schwierig, genannte Tendenzen sind aber erkennbar (Thiel et al., 2010, S. 409).

⁶⁶ "Health and performance don't go hand in hand at all. I think they're almost the antithesis. I would think to be at the top you're not going to be a healthy individual." (Theberge, 2008, S. 209)

folglich nicht egal, wenn ihr Körper von dem gesellschaftlich erwünschten Schönheitsideal abweicht.

Die mittleren Zustimmungswerte über alle heranwachsenden Athleten zu den drei Dimensionen der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft liefert bereits grundlegende Informationen, um die Frage zu beantworten, welche gesundheitsbezogenen Risiken junge Athleten in welchem Ausmaß bereit sind zu akzeptieren. Daneben sind im Hinblick auf die Fragestellung allerdings die Identifikation und Bedingungen von Gruppen mit unterschiedlichen Ausprägungen, und insbesondere der mit extrem hohen und niedrigen Werten, entscheidend.

(2) und (3) Kontrastgruppenanalyse zur Identifikation von Extremgruppen und entsprechenden Determinanten

Zunächst zeigt ein Blick auf die Modellgüte, dass diese mit 27% (physische Risikobereitschaft), 22% (psychosoziale Risikobereitschaft) und 18% („Playing Hurt“ Bereitschaft) deutlich höher liegt als die wenigen vergleichbaren quantitativen Studien aus dem Phänomenbereich der Risikobereitschaft im Leistungssport. So erklären Regressionsmodelle von Nixon (1996) beispielsweise lediglich 9% bzw. 16%.

Im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Kontrastgruppenanalyse fällt auf, dass die Gruppeneinteilung bei allen Dimensionen auf der ersten Hierarchiestufe durch eine Variable zustande kommt, die der sozialen Ebene – genauer dem Sozialisationsgrad – zuzuordnen ist. Diese Befunde deuten damit darauf hin, dass entsprechend der Annahmen zur ‚Kultur des Risikos‘ in erster Linie der Sozialisationsgrad für das Ausmaß der Risikobereitschaft von Nachwuchsleistungssportlern verantwortlich ist. Allerdings unterscheiden sich die Gruppen der Bereitschaft, physische und psychosoziale Risiken einzugehen, von der ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft dahingehend, dass letztere durch ein Item bedingt wird, das dem Netzwerkbereich entstammt („Angst, bei der Äußerung von Schmerzen nicht für ein Spiel bzw. einen Wettkampf nominiert zu werden“). Die beiden ersten werden dagegen durch einen Indikator des Sozialisationsgrads determiniert, der als individueller Einfluss auf der kognitiven Ebene bezeichnet wird.

So spielt im Hinblick auf die physische und die psychosoziale Risikobereitschaft folglich die Bedeutung, die ein Athlet dem Leistungssport entgegenbringt, die entschei-

dende Rolle bei der Frage, ob er psychosoziale oder physische Risiken bereit ist zu akzeptieren. Die Hochrisikogruppen beider Dimensionen werden dementsprechend auf der ersten Hierarchiestufe durch extreme Ausprägungen des Sozialisationsgrades auf der kognitiven Ebene bedingt. Dieses Ergebnis ist kaum überraschend, kann doch davon ausgegangen werden, dass mit einer zunehmenden subjektiven Wichtigkeit des Leistungssports auch eine immer stärkere Identifikation mit diesem und dessen Werten der inhärenten ‚Kultur des Risikos‘ verbunden ist. Wie eine Reihe an Studien zeigt, ist es im Leistungssport normal und bis zu einem gewissen Grad auch funktional für die Erbringung sportlicher Höchstleistung, verstärkt Risiken auf verschiedenen Ebenen einzugehen (u.a. Curry, 1993; Donnelly, 2004; Malcolm, 2006; Nixon, 1992; Roderick et al., 2000; Safai, 2003; Young, 1993). Je wichtiger Athleten der Leistungssport ist, desto eher akzeptieren sie sowohl langfristige physische Folgeschäden als auch Einbußen hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsreife durch die Vernachlässigung sportferner Lebensbereiche.

Die Einflussgrößen der zweiten Hierarchiestufe, die letztlich zu Hochrisikogruppen führen, unterscheiden sich jedoch bei beiden Dimensionen und werden aus diesem Grund im Folgenden gesondert diskutiert.

Psychosoziale Risikobereitschaft

Dass die psychosoziale Risikobereitschaft durch das Ausmaß des Stellenwerts des Sports befeuert wird, zeigt zunächst, dass die vielfach angeführten Mechanismen der ‚Kultur des Risikos‘ Bedingungen für eine hohe psychosoziale Risikobereitschaft darstellen. Dennoch führt diese Einflussgröße nicht allein zu extremen Ausprägungen. So sind erst die Nachwuchssportler besonders risikobereit, die die Kombination einer ausgesprochen hohen subjektiven Bedeutung des Sports und eines vergleichsweise ausgeprägten Perfektionismusstrebens aufweisen. Denn sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie ihren Drang, perfekt sein zu wollen, in besonderer Weise auf den Sport übertragen. So ist anzunehmen, dass sie auch im Leistungssport versuchen, perfekt zu sein, beste Voraussetzungen für sportliche Höchstleistung zu schaffen, infolgedessen fokussieren sie sich ausschließlich auf diesen und vernachlässigen sportferne Bereiche.

Auch erreichen Athleten, denen der Sport nur eher wichtig ist, in Kombination mit mittleren Perfektionismusausprägungen die zweithöchsten Werte. Zu begründen ist dieses Ergebnis damit, dass sehr perfektionistische Athleten, denen der Sport aber

nicht extrem wichtig ist, möglicherweise dazu tendieren, verstärkt auch in sportfernen Bereichen das Beste zu erreichen. So wollen oder können sie eventuell nicht akzeptieren, beispielsweise darauf zu verzichten, dass der eigene Körper dem gängigen Schönheitsideal nicht entspricht. Auch denken sie dementsprechend nicht in jeder freien Minute an Training oder Wettkämpfe oder verzichten für den sportlichen Erfolg nicht darauf, Partys zu besuchen. Nachwuchsathleten, die in mittlerem Maße perfektionistisch sind, versuchen dagegen eher, sich auf einen Lebensbereich – den Leistungssport – zu konzentrieren.

Niedrigrisikogruppen ergeben sich entweder durch einen sehr geringen Stellenwert des Sports oder die Kombination aus relativ niedriger Bedeutung des Sports und gleichzeitiger Hauptbezugsperson, die nicht aus dem Sport stammt. Entsprechend der Aussage verschiedener Studien (u.a. Bette & Schimank, 2006; Nixon, 1992, 2004) bestätigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung, dass ein enges Netzwerk aus Personen, die ebenfalls dem Sport angehören, sportspezifisches Risikoverhalten bedingt.

Neben den Bedingungen der Hoch- oder Niedrigrisikogruppen sind auch weitere signifikante Größen verschiedener Kontrastgruppen zu diskutieren und einzuordnen: Dass höhere Ausprägungen der subjektiven gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung zu einer hohen Bereitschaft führen, sich auf den Sport zu fokussieren und alternative Lebensbereiche auszublenden, weist darauf hin, dass sich Athleten dann auf den Leistungssport einlassen, wenn sie ihre Gesundheit als kontrollierbar erleben. Folglich zeigt sich auch hier die konstituierende Annahme des Leistungssports, dass Gesundheit als plan- und kontrollierbare Größe verstanden wird.

Die Frage, warum Athleten, denen der Sport ziemlich wichtig ist, die aber vergleichsweise geringe Perfektionismuskwerte aufweisen und in einem sportbezogenen Sinn verhältnismäßig resilient sind, zu höheren Risikobereitschaftswerten tendieren, lässt sich folgendermaßen beantworten: Wenn Athleten dem eigenen Sport eine relativ hohe Bedeutung zuweisen, sie aber grundsätzlich nicht so stark perfektionistisch veranlagt sind, sind sie infolgedessen auch nicht gewillt, sich ausschließlich auf den Sport zu fokussieren. Allerdings sind sie dann eher dazu bereit, wenn sie davon ausgehen, dass Verletzungen keine nachhaltigen negativen Auswirkungen auf ihr sportliches Engagement haben („Mir kann keine Verletzung etwas anhaben, ich komme immer wieder zurück.“). Sind sie vergleichsweise resilient, führt das dazu, die Aus-

schließlichkeit des Sports mit all seinen körperlichen und psychosozialen Risiken zu akzeptieren bzw. nachhaltig gravierende Verletzungen auszuschließen. Wie bereits in dem vorigen Kapitel aufgezeigt, spielt im Zusammenhang mit der letztgenannten Überzeugung der ‚optimistische Fehlschluss‘ (Weinstein, 1980) eine Rolle, also das Phänomen, dass Menschen trotz (bekannter) Gesundheitsrisiken davon ausgehen, von negativen Ereignissen verschont zu bleiben.

Physische Risikobereitschaft

Die höchste Ausprägung auf dieser Skala erreichen Athleten, die dem Sport eine extrem hohe Bedeutung entgegenbringen und gleichzeitig männlichen Geschlechts sind⁶⁷. Damit erweist sich auf der zweiten Hierarchieebene – vergleichbar zur psychosozialen Risikobereitschaft – wiederum ein personeller Faktor als entscheidend für das Zustandekommen der Hochrisikogruppe, wenngleich aus dem Bereich der Soziodemografika und nicht der Persönlichkeitsdispositionen wie bei der psychosozialen Risikobereitschaft (Perfektionismusstreben). Dieser nicht überraschende Befund, dass Jungen eher zu riskantem Verhalten tendieren, deckt sich mit Ergebnissen zur Risikobereitschaft der jugendlichen (und erwachsenen) Allgemeinbevölkerung (u.a. Arch, 1993; Byrnes et al., 1999; Raithel, 2003, 2011)⁶⁸.

Die Niedrigrisikogruppe beruht ebenfalls auf der eben dargestellten Kombination von Bedingungen. So werden die niedrigsten Werte von denjenigen Nachwuchsathleten erzielt, die ihrem sportlichen Engagement eine sehr niedrige Bedeutung beimessen, und der Gruppe der Mädchen zugehörig sind. Auch dieser Befund zeigt sich in Studien der Allgemeinbevölkerung einheitlich: Frauen bringen beispielsweise dem Lebensziel Gesundheit eine höhere Bedeutung entgegen, achten gleichermaßen stärker auf Krankheitssymptome und sind dementsprechend weniger bereit, langfristige Gesundheitseinschränkungen zu akzeptieren (Faltermayer, 2005). Vor dem Hintergrund der Befunde zu der Hoch- bzw. Niedrigrisikogruppe stützt das Ergebnis der vorliegenden Arbeit einige Untersuchungen, die im Kontext des Leistungssports ebenfalls vergleichbare Geschlechtsunterschiede hinsichtlich bestimmter Denkweisen aus dem Phänomenbereich der Risikobereitschaft finden (Charlesworth & Young, 2006; Nixon, 1996). Allerdings ist anzumerken, dass die Forschungslage

⁶⁷ Der Effekt des Geschlechts im Hinblick auf die Höhe der physischen Risikobereitschaft ist zudem auch bei den Athleten festzustellen, denen der Sport relativ oder sehr unwichtig ist.

⁶⁸ Allerdings wird im Zuge der ‚doing gender‘ Perspektive davon ausgegangen, dass nicht das biologische, sondern das soziale Geschlecht für Unterschiede verantwortlich ist, Menschen durch ihre Sozialisation geschlechtsspezifische Denkmuster und Verhaltensweisen erlernen (West & Zimmermann, 1987).

diesbezüglich als inkonsistent zu beschreiben ist. Denn die Mehrzahl der Arbeiten über risikobezogene Überzeugungen und damit einhergehenden Verhaltensweisen geht davon aus, dass diese durch die Sozialisation in die ‚Kultur des Risikos‘ in den Leistungssport erlernt wurden und damit als geschlechtsunabhängig zu beschreiben sind (u.a. Theberge, 1997; Young & White, 1995)⁶⁹.

Aber nicht allein die Kombination ‚extreme Wichtigkeit des Sports‘ und ‚männliches Geschlecht‘ sorgt für ausgesprochen hohe Werte. Auch wenn Athleten der Sport nur eher wichtig ist, sie aber über ein ausgeprägtes negatives sportspezifisches Gesundheitsverständnis verfügen und zudem unter einem autokratischen Trainer trainieren oder ihr Trainer ihnen kaum Regeln vorgibt, sind Athleten vergleichsweise physisch risikobereit. Das scheint nicht verwunderlich, wengleich Erklärungen für diesen Befund notwendig sind. Die relativ hohe Wichtigkeit des Sports schafft zunächst die Grundlage für den Willen, sich mit typischen Werten und Verhaltensweisen des Leistungssports zu identifizieren. Liegt nun ein eher negatives sportspezifisches Gesundheitsverständnis vor, steht das für eine Überzeugung, dass man erst dann krank ist, sobald man nicht mehr trainieren kann. Damit erfährt die negative Gesundheitsdefinition eine ganz spezifische Bedeutung, denn anders als bei Nicht-Sportlern werden Beschwerden in den Gesundheitsbegriff eingeschlossen, aber ignoriert und negiert, solange sie ein Trainieren nicht verhindern. Diese Athleten zeichnen sich folglich durch eine Bedingungslosigkeit aus, so akzeptieren sie nicht nur Schmerzen, sondern auch langfristige Gesundheitseinbußen. Wenn diese bedingungslosen Sportler nun unter einem Trainer trainieren, der kaum Regeln aufstellt oder autokratisch trainiert, ist anzunehmen, dass Athleten die notwendige Kommunikation mit der Person fehlt, die maßgeblich dazu beitragen kann, dass sie den Sinn eines langfristigen und relativ sanften Leistungsaufbaus, der wesentlich dazu beiträgt, nicht vor Erreichen des Leistungshöhepunktes aufgrund von Verletzungen aus dem Sport aussteigen zu müssen, verstehen. So scheint es grundlegend, dass gerade zu diesen ausgesprochen bedingungslosen Athleten eine gute Kommunikationsbasis aufgebaut werden muss, damit diese vor ihrem eigenen extremen Leistungsstreben bewahrt werden. Denn sowohl unter einem autokratischen als auch laissez-faire Trainer ist es für diese Sportler kaum möglich, eine mündige Position zu eigenen körperlichen Beschwerden zu entwickeln, die sie befähigt zu beurteilen, ob beispielsweise eine Trai-

⁶⁹ Hierbei wird analog zu ‚doing gender‘ von ‚doing athlete‘ gesprochen, welches das ‚doing gender‘ überlagert (Schubring & Thiel, 2014).

ningspause eingelegt werden sollte. Zwar liegen bislang keine Erhebungen vor, die diesem Zusammenhang explizit nachgehen, dennoch finden sich in einigen Arbeiten zu verwandten Aspekten durchaus entsprechende Aussagen. Beispielsweise kann Risikoverhalten verschiedenen Studien zufolge durch eine gute Kommunikationskultur zwischen Trainer und Athlet eingedämmt werden (Charlesworth & Young, 2006; Schubring, 2014; Walk, 1997).

Neben determinierenden Größen der Extremgruppen werden im Folgenden wiederum auch die Effekte eingeordnet, die zwar für Gruppenbildungen, aber nicht für Hoch- oder Niedrigrisikogruppen verantwortlich sind:

Liegen mittlere Ausprägungen der subjektiven Bedeutung des Sports vor, so sind diejenigen Athleten risikobereiter, die schwer kontrollierbare Risiken und Ressourcen in geringerem Ausmaß wahrnehmen und gleichzeitig – wie schon bei der psychosozialen Risikobereitschaft – höhere Ausprägungen der Eigenschaft der sportbezogenen Resilienz („Mir kann keine Verletzung etwas anhaben, ich komme immer wieder zurück.“) aufweisen. Folglich akzeptieren Athleten, die dem Sport nur einen mittleren Stellenwert einräumen, langfristige Risiken deutlich eher, wenn sie davon ausgehen, dass schwer kontrollierbare Gesundheitsgefahren und -ressourcen nur in geringem Ausmaß Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand haben. Der Befund erweckt den Eindruck, dass genau diese Sportler der Überzeugung sind, dass sie ihre Gesundheit ‚im Griff‘ haben. Sind sie dazu resilient in einem sportbezogenen Sinn, weisen sie nochmals erhöhte Werte auf, denn sie glauben nicht daran, dass sie sich durch riskantes Verhalten nachhaltig schädigen bzw. riskante Praxen einen unfreiwilligen Ausstieg aus dem Sport bedingen könnten.

‚Playing Hurt‘ Bereitschaft

Wie bereits bei den beiden genannten Dimensionen der Risikobereitschaft dargestellt, ist für deren Risikogruppeneinteilung auf erster Ebene der kognitive Indikator für den Sozialisationsgrad (subjektive Bedeutung des Sports) entscheidend dafür, wie risikobereit Athleten sind. Bezüglich der psychosozialen Dimension werden die Hochrisikogruppen in Kombination mit hohen Perfektionismuszahlen, im Hinblick auf die physische Dimension mit dem männlichen Geschlecht oder einem negativen Gesundheitsverständnis kombiniert mit einem Trainer ohne bzw. mit zu strikten Regeln erreicht.

Gerade die Bedeutung des Führungsstils des Trainers für die physische Risikobereitschaft verweist darauf, wie entscheidend auch das Klima ist, in dem sich ein Athlet aufhält. So bestätigen die Ergebnisse zur ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft die wichtige Rolle des Umfeldes. Dementsprechend werden die höchsten Werte hier erreicht, wenn die Athleten Angst haben, bei der Äußerung von Schmerzen nicht für ein Spiel bzw. einen Wettkampf nominiert zu werden. Dieses Ergebnis entspricht damit verschiedenen Erklärungsansätzen zum Phänomen ‚Playing Hurt‘ (u.a. Nixon, 2004; Pike & Maguire, 2003; Richartz, 2001; Thiel et al., 2010).

Aber auch wenn eine nur gemäßigt negative Umfeldreaktion erwartet wird, werden hohe ‚Playing Hurt‘ Bereitschaftswerte dann erreicht, wenn das Sporttreiben für den Athleten selbst wichtig oder sehr wichtig ist. Damit ist die subjektive Bedeutung des Leistungssports auch in Bezug auf diese Dimension als ein Verstärker für die Bereitschaft, unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen, zu verstehen. Unter der Voraussetzung, dass vom Umfeld implizit Druck ausgeübt wird.

Die niedrigsten Werte werden dagegen dann angegeben, wenn die Erwartungserwartung von Seiten des Umfelds auf die Kommunikation von Schmerzen als überhaupt nicht negativ eingeschätzt wird und die Athleten davon ausgehen, dass sie ihre Gesundheit durch positive Einflüsse in mittlerem Maße kontrollieren können. Ein niedriges Ausmaß hinsichtlich wahrgenommener kontrollierbarer Ressourcen erweist sich dagegen als die ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft befeuernd. So scheinen Athleten, die wenig Möglichkeiten sehen, ihre Gesundheit zu verbessern, zu resignieren, Scheuklappen anzulegen, und als praktikablen Ausweg, die sportliche Leistung zu verbessern oder wiederherzustellen, das Fortführen der sportlichen Betätigung unter Schmerzen zu sehen. Dass die Athleten, die in hohem Maße davon ausgehen, dass sie ihre Gesundheit durch Ressourcen verbessern können, ebenfalls leicht höhere ‚Playing Hurt‘ Bereitschaften aufweisen, liegt möglicherweise an einer subjektiven Überschätzung eigener Einflussmöglichkeiten. Damit einher geht vermutlich eine besondere Form einer Ausgleichs- und Belastungstheorie, dass die Gefahr durch das Bagatellisieren der Schmerzen durch beispielsweise eine verbesserte Erholung aufgewogen werden können.

Allerdings ist unter diesen Athleten zudem eine Niedrigrisikogruppe zu finden: Haben Nachwuchsleistungssportler keine Angst vor einem Wettkampfausschluss, wenn sie Schmerzen äußern, und empfinden sie ihre Gesundheit als durch verschiedene Ressourcen kontrollierbar und gehören gleichzeitig mittleren Kaderstufen auf Bundes-

ebene an (B-Kader bzw. C-Kader), erreichen sie auch extrem niedrige ‚Playing Hurt‘ Bereitschaftswerte. Dieser Befund erscheint zunächst irritierend, ist mit Blick auf die Kaderstrukturen jedoch nachvollziehbar. So bilden die DC-Kaderstufen in vielen Sportarten die Jugendnationalmannschaften. Um für die Nationalmannschaft der nächsten Altersstufe nominiert zu werden, für die oftmals weniger Plätze zur Verfügung stehen, müssen sich Athleten durch eine bessere Leistung als ihre Mitstreiter auszeichnen. Möglicherweise liegt bei diesen Athleten eine höhere Bereitschaft, unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen vor, da sie davon ausgehen, dass ihnen ‚Playing Hurt‘ einen entscheidenden Vorteil gegenüber gleichaltrigen Konkurrenten verschafft und sie die damit verbundenen Risiken durch die positiven Wirkungen der Gesundheitsressourcen ausgleichen können. Die höheren Werte der A-Kaderathleten mögen damit zusammenhängen, dass deren Kaderstatus besonders fragil ist. Dass Athleten bereits im Nachwuchsbereich für den A-Kader nominiert werden, ist in den meisten Sportarten eher selten, so dass diese Athleten möglicherweise in besonderem Maße davon ausgehen, ihre Leistung nur dann weiter verbessern oder bestätigen zu können, wenn sie ‚Playing Hurt‘ praktizieren. Schreiben diese Sportler nun dem Sporttreiben trotz Schmerzen weniger Risiken zu, da sie davon ausgehen, die Gefahren durch eine gezielte Kontrolle bestimmter positiver Gesundheitseinflüsse ausgleichen zu können, könnte das Trainieren und Wettkämpfen unter Schmerzen eine zulässige (und notwendige) Verhaltensweise darstellen, um die eigene Leistung zu verbessern.

Weitere Einflüsse, die sich als bedeutsam erweisen, wenngleich sie nicht zu Extremgruppen führen, sind bereits im Zusammenhang mit den beiden dargestellten Dimensionen der Risikobereitschaft ausgeführt worden.

So zeigt sich vergleichbar zu der physischen Risikobereitschaft, dass sich ein sport-spezifisches negatives Gesundheitsverständnis als Verstärker der ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft auswirken kann. Dieser Zusammenhang ist nachvollziehbar, denn er geht mit einem sportspezifischen negativen Gesundheitsverständnis, was sich durch ein Ignorieren von Beschwerden auszeichnet, einher, solange diese ein Training nicht verhindern.

Der die Risikobereitschaftswerte befeuernde Einfluss des Perfektionsimusstrebens wurde ebenfalls bereits erläutert. Auffällig scheint im Zusammenhang mit dieser Skala jedoch, dass bereits sehr geringe Ausprägungen zu Variationen führen⁷⁰.

Die drei Dimensionen der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass alle auf der ersten Hierarchieebene von Größen abhängen, die dem Sozialisationsgrad zuzuordnen sind. Die langfristig physische und aktuelle psychosoziale Risikobereitschaft variiert dabei hauptsächlich nach einem individuellen Faktor („Subjektive Bedeutung des Leistungssports“). Ob sich ein Athlet ausschließlich auf den Sport fokussiert, damit zwangsläufig alternative Lebensbereiche versäumt und altersentsprechende Erfahrungen verpasst sowie bereit ist, langfristige körperliche Schäden in Kauf zu nehmen, hängt dementsprechend in der Hauptsache von der nur schwer zu beeinflussenden Überzeugung ab, wie wichtig der Sport ist.

Die Bereitschaft zum ‚Playing Hurt‘ wird dagegen hauptsächlich durch die Angst, bei der Äußerung von Schmerzen nicht für einen Wettkampf nominiert zu werden, bestimmt. Damit spielen bei der kurzfristigen Bereitschaft, physische Beeinträchtigungen zu akzeptieren, das Umfeld bzw. Umfeldbedingungen die zentrale Rolle, wengleich auf untergeordneten Hierarchieebenen auch hier auf individuelle Überzeugungen und Persönlichkeitsdispositionen moderierend bzw. verstärkend wirken können. Folglich sind Einflussgrößen des Sozialisationsgrads zumindest als hinreichende, aber nicht notwendige Bedingungen für extrem hohe Ausprägungen der Risikobereitschaft zu verstehen. Zusätzlich verstärkende oder moderierende Größen finden sich in Einflüssen auf der personellen Ebene.

Die folgende Abbildung 37 zeigt, welche der getesteten Variablen für Gruppenunterschiede in mindestens einer der drei Entscheidungsbäume verantwortlich sind (farbig hinterlegt). Die Zuordnung, bei welcher Dimension der Risikobereitschaft sich die jeweilige Größe als bedeutsam erweist, ist über die Kürzel a), b) bzw. c) ersichtlich. Die entsprechenden Wirkrichtungen sind durch + bzw. – gekennzeichnet.

⁷⁰ Leider liegen für die angewendete Perfektionismus-Skala (Paul & Thiel, 2005) keine Normwerte für (Nachwuchs-)Athleten vor, so dass eine abschließende Bewertung fehl schlägt.

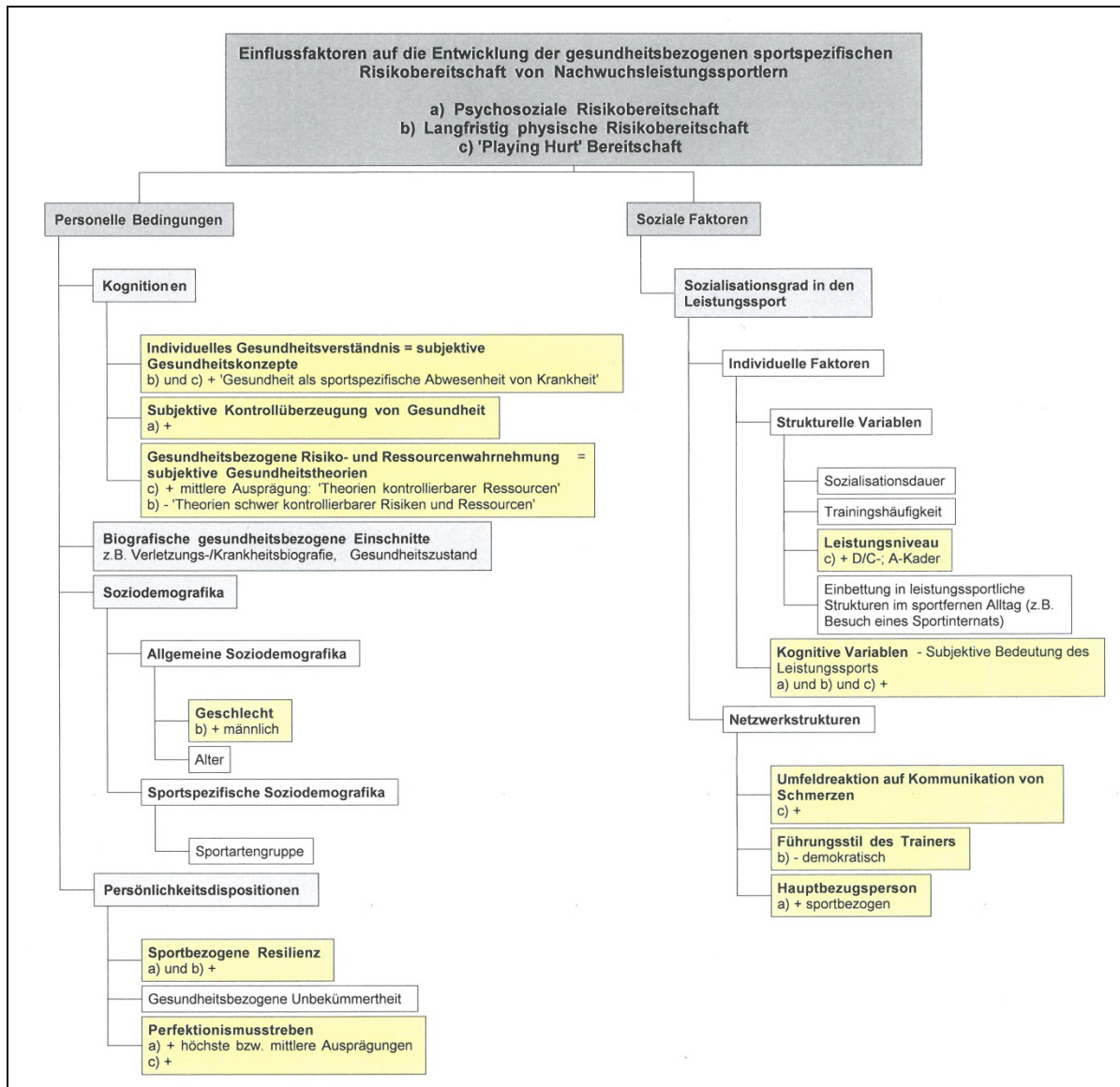


Abbildung 37: Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der gesundheitsbezogenen sportspezifischen Risikobereitschaft von Nachwuchsleistungssportlern.

5.2 Burnoutsymptomatik bei Leistungssportlern

Hinsichtlich der Analyse der Burnoutsymptomatik bei jugendlichen Leistungssportlern stehen drei Fragen im Mittelpunkt, um bisherige blinde Flecken im Zusammenhang mit der diesbezüglichen Forschungslage zu beseitigen:

- (1) Welches Ausmaß der drei Symptome ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘, ‚Vermindertes Leistungsstreben‘, ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ sind bei Nachwuchsleistungssportlern festzustellen?

- (2) Lassen sich verschiedene Gruppen identifizieren, die ein unterschiedliches Ausmaß an subjektiver Belastung aufweisen?
- (3) Inwieweit zeigen sich im Hinblick auf die Gruppen (Interaktions-)Effekte von personellen (Sportartengruppe, Trainingsintensität, Alter, verschiedene Persönlichkeitsdispositionen) sowie sozialen (z.B. Sozialisationsgrad in den Leistungssport) Faktoren?

(1) Ausmaß der Burnoutsymptomatik

Im Gegensatz zu den Ergebnissen des Gesundheitsbewusstseins von Nachwuchsleistungssportlern sind Vergleiche hinsichtlich des subjektiven Belastungszustands aufgrund der relativ gut elaborierten internationalen Forschungslage möglich.

Ein erster Blick auf die Skalenmittelwerte der befragten Nachwuchsleistungssportler mit Normwerten von Athleten (Raedeke & Smith, 2001) sowie alternativen Studien über verschiedene Populationen von Leistungssportlern zeigt, dass die Burnoutsymptome bei den in dieser Studie untersuchten jungen Athleten als entsprechend oder etwas niedriger zu beschreiben sind. Lediglich die PE-Skala betreffend finden sich bei Krippel and Ziemainz (2010) relativ niedrigere Werte, was nicht überraschend erscheint, wurden doch in dieser Studie Sportler befragt, die wöchentlich im Schnitt 3.22 Stunden trainieren. Das wöchentliche Trainingspensum der in der vorliegenden Analyse befragten Nachwuchsathleten liegt im Schnitt bei 13.71 Stunden, womit zwangsläufig eine höhere physische und emotionale Belastung einhergeht.

Die Mittelwertsbetrachtung zusammenfassend ist festzustellen, dass die Burnoutsymptome nicht nur bei dieser, sondern auch bei einer Vielzahl der bereits veröffentlichten Untersuchungen im Mittel als eher gering ausgeprägt zu bewerten sind (u.a. Curran et al., 2011; Gustafsson & Skoog, 2012; Hill et al., 2010). So bedeutet ein Mittelwert von 2 eine seltene Auftrittswahrscheinlichkeit. Ein Überblick über die Mittelwerte, die in Studien mit unterschiedlichen Populationen aus dem Leistungssport berechnet wurden, findet sich im Anhang (vgl. Tabelle 41).

(2) und (3) Kontrastgruppenanalyse zur Identifikation von Extremgruppen und entsprechenden Determinanten

Zunächst ist festzuhalten, dass die Mittelwerte der Extremgruppe verdeutlichen, dass trotz der relativ niedrigen Durchschnittswerte der Gesamtgruppe durchaus eine beträchtliche Anzahl an Athleten identifiziert werden, die besorgniserregend hohe Werte bezüglich eines oder mehrerer Symptome aufweisen.

Grundsätzlich zeigt ein Blick auf die Anzahl der Athleten, die entsprechend der in Kapitel 2.2.2 dargestellten Kategorisierungen als ‚high burners‘ eingestuft werden müssen, dass bezüglich der VL-Skala 2% (n=40) der untersuchten Sportler dieser Kategorie zuzuordnen sind (Referenzwert: 3.0⁷¹). Die PE-Skala betreffend zeigen 11% (n=175) besorgniserregende Werte (Referenzwert: 3.0⁷²). Zwischen 3% (n=65) (Referenzwert: 3.0⁷³), 10% (n=166) (Referenzwert: 2.7⁷⁴) und 15% (n=249) (Referenzwert: 2.5⁷⁵) der Nachwuchsathleten weisen hinsichtlich der ZB-Skala stark erhöhte Werte auf.

Wie in der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen ausführlich aufgezeigt, widerspricht eine Unterteilung in ‚high bzw. low burners‘ ohne Berücksichtigung bedingender Interaktionseffekte von personellen und umfeldbezogenen Größen der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Burnout in der Allgemeinbevölkerung. Diese geht davon aus, dass ein Anstieg in der Ausprägung der Symptome selten durch einzelne Faktoren bedingt wird, sondern erst mit einem Aufeinandertreffen ungünstiger Bedingungen auf der personellen und der Umfeldebene zu beobachten ist (Maslach & Leiter, 2000). Basierend hierauf nutzt die vorliegende Analyse ein Verfahren, das Interaktionen erlaubt und gleichzeitig Hoch- und Niedrigrisikogruppen identifiziert. Die Ergebnisse der drei Symptome der vorliegenden Studie zeigen deutlich, dass dieses Phänomen auch im Leistungssport zu beobachten ist.

Zudem fällt auf, dass sowohl die höchsten als auch die niedrigsten Ausprägungen der drei Dimensionen durch jeweils andere Variablen determiniert werden. Diese werden im Folgenden diskutiert.

⁷¹ basierend auf den Klassifikationen von Raedeke (1997) sowie Hodge et al. (2008) und Curran et al. (2011)

⁷² basierend auf den Klassifikationen von Raedeke (1997) sowie Hodge et al. (2008) und Curran et al. (2011)

⁷³ basierend auf der Klassifikation von Raedeke (1997)

⁷⁴ basierend auf der Klassifikation von Curran et al. (2011)

⁷⁵ basierend auf der Klassifikation von Hodge et al. (2008)

Burnout-Subskala: ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ (VL-Skala)

Diese Symptomatik betrachtend finden sich bei den Athleten die niedrigsten Werte, die auf der psychosozialen Ebene die höchste Risikobereitschaft zeigen, sich demnach ausgesprochen stark auf ihre Sportart konzentrieren (und aufgrund dessen zwangsläufig sportferne Bereiche vernachlässigen). Der Befund entspricht im Grunde verschiedenen Studien, die einen negativen Zusammenhang zwischen motivationsbasierten Variablen (z.B. ‚enjoyment of sports‘, selbstbestimmte Motivation für sportliches Engagement, harmonische Leidenschaft) und dieser Skala aufzeigen (Curran et al., 2011; Gustafsson et al., 2011; Krippel & Ziemainz, 2010).

Aber auch die jungen Sportler, die sehr, aber nicht extrem risikobereit auf der psychosozialen Ebene sind, erreichen dann sehr niedrige Werte, wenn sie von ihrem Umfeld bei der Kommunikation von Schmerzen keinerlei Vorwürfe erwarten und sich zudem relativ wenig durch sportferne Anforderungen belastet fühlen. Zwar ist bislang der Effekt des Klimas, in dem sich ein Athlet aufhält, in der Form im Kontext von Burnout im Sport noch nicht untersucht worden, allerdings wird er nachvollziehbar, ist doch der Einfluss eines leistungsorientierten Umfeldes (Lemyre et al., 2008) sowie (in Bezug auf die Skala ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘) die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung (Cresswell & Eklund, 2004) bereits bekannt. Auch der verstärkende Effekt der wahrgenommenen außersportlichen Belastung zeichnen bereits einige Arbeiten nach – wenngleich nur in Bezug auf die beiden anderen Symptome (Gustafsson & Skoog, 2012; Ziemainz et al., 2004).

Ein Blick auf die Hochrisikogruppen identifiziert neben dem umgekehrten ersten beschriebenen Effekt (Athleten mit der niedrigsten psychosozialen Risikobereitschaft) wiederum eine Kombination von umfeld- und personenbezogenen Variablen als Ursache für hohe Werte. So geben auch die Nachwuchleistungssportler mit den zweitniedrigsten psychosozialen Risikobereitschaftswerten dann ein vergleichbar starkes Gefühl an, dass sich der Aufwand, den sie in ihr Sporttreiben stecken, nicht lohnt, wenn sie unter einem autokratischen Trainer trainieren oder wenn ihr Trainer sehr wenige Regeln aufstellt und sie gleichzeitig regelmäßig weniger als sechs Stunden schlafen. Zwar wurde die Bedeutung des Führungsstils des Trainers im Zusammenhang mit dem Leistungssport noch nicht geprüft, allerdings ist dieser Einfluss aus dem Forschungsstand zum Burnout im Kontext des Arbeitsplatzes bekannt (für einen Überblick: Burisch, 2014). So liegt analog dazu im Kontext des Sports die Vermutung nahe, dass eine offene Kommunikation zwischen dem Trainer als wichtigste Bezugs-

person innerhalb des Sports und seinen Athleten dem Sportler ermöglicht, seine mental belastenden Gedanken zum einen angstfrei äußern und diese zum anderen durch einen fruchtbaren Austausch ordnen und bearbeiten zu können. Auch dass die Schlafdauer mit der fehlenden Begeisterung für den Sport zusammenhängt, konnte bereits in einer Studie nachgezeichnet werden (Krippel & Ziemainz, 2010). Allerdings ist in diesem Zusammenhang grundsätzlich die Frage zu stellen, ob Schlafschwierigkeiten weniger als Ursache denn vielmehr als weiteres Symptom eines erhöhten Belastungszustands zu bewerten sind.

Eine dritte Gruppe, die relativ hohe Werte auf dieser Skala erreicht, ist überraschenderweise unter den Athleten zu finden, die auf der psychosozialen Ebene ziemlich risikobereit sind, gleichzeitig aber eine eher negative Reaktion auf die Kommunikation von Schmerzen erwarten und zudem aus den Sportartengruppen Antigravitation, Ausdauer mit hohem Kraftaufwand, Technische, Gewichtsklassenabhängige oder Ästhetische Sportarten stammen. Die Begründung der Unterschiede, die durch die Sportartengruppen ausgelöst werden, scheint allerdings nur schwer möglich.

Burnout-Subskala: ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ (ZB-Skala)

Die Ausprägungen auf der Skala ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ hängen im Gegensatz zu der bereits diskutierten VL-Dimension auf der ersten Hierarchiestufe nicht von einer Persönlichkeitsdisposition, sondern von der erwarteten Reaktion des Umfeldes ab. So spielt im Hinblick auf die Einschätzung, ob Athleten in ihrer Sportart das erreichen, was sie erreichen sollen und wollen, zunächst die Erwartung, wie das Umfeld auf Schmerzen reagiert, eine entscheidende Rolle. Dieser bezüglich der VL-Skala bereits erklärte Zusammenhang führt dann zu extremen Ausprägungen, wenn Mädchen von einer neutralen oder eher negativen antizipierten Reaktion ausgehen, wengleich die Werte von Jungen unter dieser Voraussetzung auch als relativ hoch bezeichnet werden müssen. Dieser Befund überrascht in keinster Weise, da bei Mädchen in der Jugendphase nicht selten geringe Selbstbewusstseinsausprägungen beobachtet werden. So sind sie oftmals emotional labiler und reagieren dementsprechend sensibler auf impliziten oder expliziten Druck (Rohrmann, 2003). Gerade im Sport sind Mädchen besonderen Herausforderungen ausgesetzt, die das alterstypische Anzweifeln alles Bestehenden intensivieren. So müssen sich Mädchen allgemein mit körperlichen Veränderungen auseinandersetzen, ihren sich veränderten Körper annehmen, was auch bei Nicht-Sportlerinnen zu einer niedrigen Körperzufrie-

denheit und in Verbindung mit dem hohen Stellenwert des Körpers in der Pubertät zu emotionaler Instabilität führt (Bearman et al., 2006; Heßling & Bode, 2006). Insbesondere im Kontext des Leistungssports erfahren Mädchen aber altersentsprechende körperliche Veränderungen (z.B. Fetzunahme, Wassereinlagerungen, schlechteres Last-Kraft-Verhältnis) nicht selten als Körperkrisen (Schubring, 2014), da damit oftmals (vorrübergehende) Einbußen der sportlichen Leistungsfähigkeit einhergehen (Malina, 2002).

Neben dieser Hochrisikogruppe lassen sich aber noch weitere Gruppen von Athleten finden, die ebenfalls verhältnismäßig hohe Werte aufweisen. Diese Gruppen betrachtend fällt auf, dass auch im Zusammenhang mit der ZB-Skala vorliegende negative Umfeldbedingungen nicht als determinierend im Hinblick auf die Ausprägung dieser Dimension von Burnout zu sehen sind. So geben Athleten auch ohne eine negative Erwartungshaltung auf die Kommunikation von Schmerzen dann verhältnismäßig hohe Werte an, wenn sie relativ wenig Bereitschaft zeigen, sich exklusiv auf den Sport zu konzentrieren. Diese Kombination erweist sich in ähnlicher Form bereits im Zusammenhang mit der VL-Skala als bedeutsam, was den Schluss zulässt, dass es für Athleten, die vergleichsweise wenig Eigeninitiative für die Sportbegeisterung mitbringen, umso entscheidender ist, günstige Umweltbedingungen vorzufinden, die ein positives Klima vermitteln, in dem sie keine Vorwürfe erfahren, sondern als mündige Athleten wahrgenommen werden.

Daneben erreichen die Athleten allerdings auch dann relativ hohe Werte, wenn sie gar keinen impliziten Druck des Umfeldes wahrnehmen, Schmerzen nicht zu kommunizieren, sie aber eher oder gar nicht mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden sind. Folglich schützt ein gutes Klima hinsichtlich der Kommunikation von Schmerzen dann nicht vor Zweifeln an dem eigenen sportlichen Engagement, wenn Athleten sich als ‚unfit‘ wahrnehmen. Diese Abhängigkeit von der eigenen Verletzungs- bzw. Krankheitsbiografie wird bereits in einzelnen Studien identifiziert (Cresswell & Eklund, 2006; Main & Landers, 2012).

Vice versa ist für die Athleten, die keine Angst vor der Kommunikation ihrer Schmerzen haben, eine Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand aber keine zwingende Bedingung für extrem niedrige Werte auf dieser Skala. So zweifeln auch die Athleten, die eher mit ihrer Gesundheit zufrieden sind, dann sehr wenig, wenn sie eine eher geringe Bereitschaft zum ‚Playing Hurt‘ aufweisen. Diese jungen Sportler zweifeln womöglich deswegen in geringerem Maße an der Bedeutung des Sports,

weil sie (bislang) nur wenige Erfahrungen mit negativen Begleiterscheinungen des Leistungssports, wie trotz Schmerzen weiterhin zu trainieren und wettkämpfen, gemacht haben.

Die niedrigste Ausprägung hinsichtlich dieser Dimension von Burnout zeigt sich allerdings bei Athleten, die keine negativen Reaktionen ihres Umfeldes erwarten und mit ihrem Gesundheitszustand eher oder sehr zufrieden sind und zusätzlich relativ wenig sportferne Belastungen wahrnehmen. Folglich scheint diese Kombination vor der Ausprägung des ZB-Symptoms zu schützen. Neben den bereits erläuterten Effekten der Gesundheits- und Krankheitsbiografie und des Umfeldklimas wird der Einfluss von wahrgenommenem Stress in Analysen aus dem Sportkontext ebenfalls bereits nachgezeichnet (Gustafsson & Skoog, 2012).

Burnout-Subskala: ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘ (PE-Skala)

Das Ergebnis die dritte Dimension von Burnout betreffend hängt entsprechend verschiedener Befunde (Gustafsson & Skoog, 2012; Ziemainz et al., 2004) auch in der vorliegenden Arbeit in erster Linie von dem Ausmaß ab, das Athleten durch außersportlichen Stress wahrnehmen. Dabei fällt auf, dass bereits Werte leicht oberhalb der mittleren Antwortkategorie (weder Belastung noch Nicht-Belastung) zu vergleichsweise hohen Ausprägungen führen.

Insbesondere, wenn Athleten aus den Sportarten Ausdauer, Ausdauer mit hohem Krafteinsatz, Technisch, Ästhetisch, Gewichtsklassenabhängig stammen, sind hohe Werte zu verzeichnen. Diese Bedingung ist möglicherweise damit zu erklären, dass diese Athleten im Vergleich zu den anderen deutlich höhere durchschnittliche Wochentrainingszeiten ($M=14.07$ vs. $M=12.03$ Stunden übrige Sportarten) angeben, was analog zu verschiedenen Studien positiv mit der PE-Skala korreliert (Krippel & Ziemainz, 2010; Ziemainz et al., 2004). Dieser Zusammenhang erweist sich im Hinblick auf die in dieser Erhebung getestete unabhängige Variable ‚Trainingsstunden in Kategorien‘ zwar nicht als signifikant, wird aber durch einen Blick auf die niedrigste Kategorie dieser Variable (0–10 Stunden) umso verständlicher. Im Mittel sind nur 20% der Athleten aus den oben genannten Sportarten dieser Kategorie zugehörig, während 49% der Sportler aus Ball-, Antigravitations- oder Kraftsportarten nur bis 10 Stunden wöchentlich trainieren.

Der positive Zusammenhang zwischen Trainingsbelastung und PE-Ausprägung findet sich in signifikanter Form bei Athleten, die ihre Belastung durch sportferne Belan-

ge als eher weniger bis ein wenig angeben. Folglich führen sportferne Anforderungen relativ schnell zu einem Gefühl der Überlastung im Kontext des Sports, möglicherweise, da Athleten das Gefühl entwickeln, sich nicht vollständig dem Sporttreiben widmen zu können. Die Bedeutung des wahrgenommenen Stresses für die Ausprägung von PE zeigt sich ebenfalls in verschiedenen Arbeiten (Gustafsson & Skoog, 2012; Ziemainz et al., 2004).

Besonders niedrige Werte erreichen Nachwuchsathleten dann, wenn sie kaum außersportliche Belastungen spüren und gleichzeitig wiederum relativ wenig trainieren. Diese Sportler fühlen sich am wenigsten erschöpft, offen bleibt allerdings, ob ihre wahrgenommene Nicht-Belastung durch außersportliche Belange durch zielführende Coping-Strategien entsteht oder ob sie objektiv weniger Anforderungen abseits des Sports zu bewältigen haben.

Aber auch Belastungen, die aus dem Sport kommen, können hohe PE-Ausprägungen hervorrufen, wenngleich sich hieraus keine Extremgruppen entwickeln. Relativ hohe Werte zeigen Athleten auch dann, wenn sie – trotz einer kaum wahrnehmbaren sportfernen Belastung – erwarten, dass das Umfeld auf die Kommunikation von Schmerz möglicherweise mit Vorwürfen reagiert (denn der cut-off liegt hier sogar bei der Antwortkategorie ‚eher nicht‘) und gleichzeitig das Schlafpensum regelmäßig unter sechs Stunden liegt. Die Bedeutung verschiedener Aspekte des Klimas im sportlichen Umfeld ist in diesem Kapitel bereits im Zusammenhang mit der VL- und ZB-Skala diskutiert worden, Korrelationen zwischen Burnout (allerdings mit der VL-Skala) sind auch empirisch bestätigt (Krippel & Ziemainz, 2010). Erneut ist hinsichtlich dieses Befunds allerdings zu hinterfragen, ob Schlafprobleme als Symptom oder Ursache von Erschöpfung zu bewerten sind.

Auffällig ist zudem, dass auch diejenigen heranwachsenden Athleten, die mit keinerlei Druck von Seiten des Umfeldes rechnen, dann höhere Werte erreichen, wenn ihre Hauptbezugsperson aus dem Sport kommt. Folglich ist anzunehmen, dass eine Beschäftigung mit sportfernen Themen (die zwangsläufig durch den Kontakt mit Personen behandelt werden, die nicht aus dem Sport stammen) für manche Athleten physischer und emotionaler Erschöpfung entgegenwirken, was bislang in der Forschung in dem Zusammenhang noch nicht thematisiert wurde.

Abschließend zeigt sich ein Effekt, der zwar wiederum keine Extremgruppen bedingt, jedoch für eine nicht zu verachtende Anzahl an Athleten (n=180) zu beobachten ist,

und aus diesem Grund eingeordnet werden muss. Die PE-Werte für die im Vergleich zu den anderen Athleten in mittlerem Maße belasteten Sportler steigen auch zwangsläufig mit der Dauer an, die sie im Leistungssportsystem verbringen. Dieser Effekt ist in bisherigen Arbeiten nicht thematisiert. Studien decken zwar zunehmende Erschöpfungswerte über die Saison auf (Cresswell & Eklund, 2006; Main & Landers, 2012), saisonübergreifende Betrachtungen fehlen allerdings bislang.

In der Abbildung 38 ist das Ergebnis der empirischen Analyse der getesteten Variablen zusammenfassend dargestellt. Gelb hinterlegt sind die Größen, die sich auf mindestens eine der Dimensionen (a), b) bzw. c)) als empirisch relevant erwiesen haben. Die entsprechenden Wirkrichtungen sind durch + bzw. – gekennzeichnet.

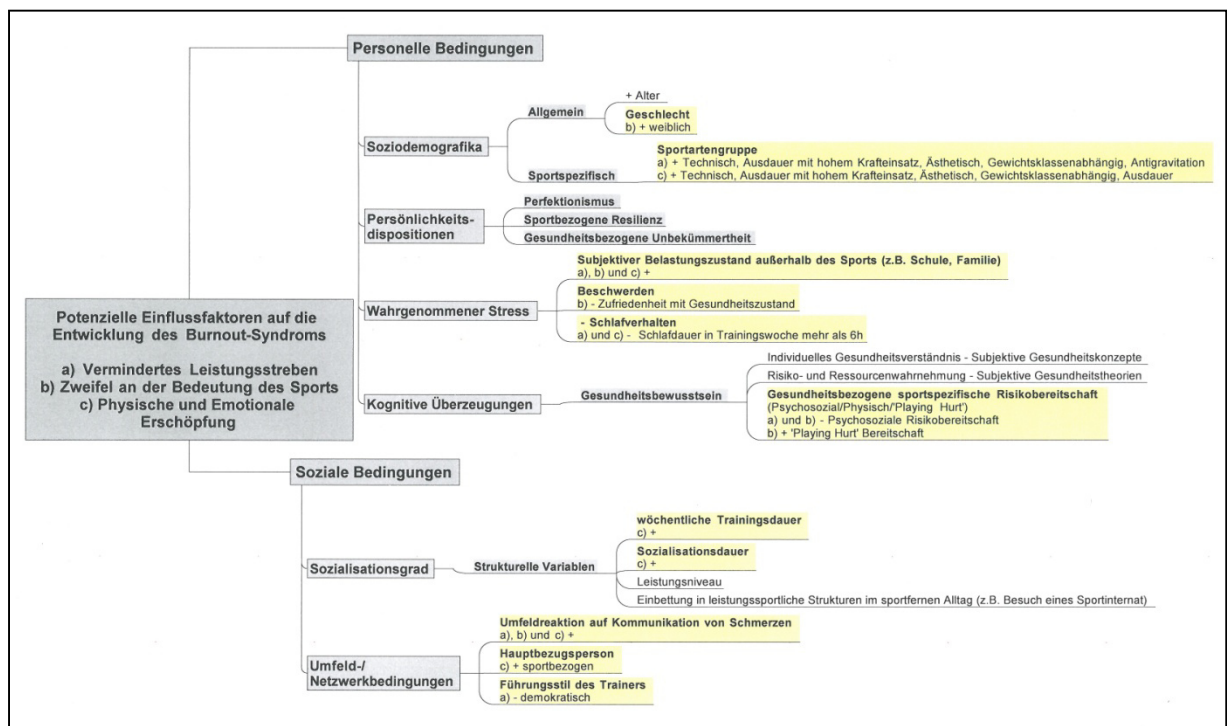


Abbildung 38: Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Veränderung der Burnoutsymptomatik von Nachwuchsleistungssportlern.

Zusammenfassend fällt im Hinblick auf die drei Burnoutsymptome auf, dass die Extremgruppen der Symptome durch unterschiedliche Bedingungen zustande kommen. So spielt im Hinblick auf VL Aspekte des Gesundheitsbewusstseins der Athleten (psychosoziale Risikobereitschaft) die grundlegende Rolle, während bei der ZB- sowie PE-Skala Umfeldbedingungen (auf die Kommunikation von Schmerz bzw. sport-

ferne Belastung) entscheidend für die Kontrastgruppenbildung auf der ersten Hierarchiestufe sind.

Allerdings muss nochmals deutlich hervorgehoben werden, dass die Bedingungen der ersten Hierarchiestufe bei keinem der Symptome als deterministisch hinsichtlich der Ausprägung von Burnout zu verstehen sind. Vielmehr können ungünstige Umweltbedingungen durch günstige personelle Bedingungen ‚aufgewogen‘ werden und umgekehrt. Damit entsprechen die Befunde theoretischen Erklärungsmodellen aus dem Bereich der Burnoutforschung bei der Allgemeinbevölkerung, die eine Burnoutentstehung in der Regel immer auf die Kombination personeller und umfeldbezogener Größen zurückführt.

Bisherige Untersuchungen über Burnout im Leistungssport werden dieser Annahme nicht gerecht. Sie versuchen zwar teilweise, indirekte Effekte bzw. Interaktionen (etwa mittels Pfadanalysen) nachzuzeichnen, allerdings beschränkten sich Untersuchungen in der Regel auf einzelne Parameter, hauptsächlich aus dem Bereich der Persönlichkeitsdispositionen (z.B. Motivation, Leidenschaft, Perfektionismus, Optimismus) oder dem Bereich umfeldbedingter Größen (z.B. Wahrnehmung sozialer Unterstützung, wahrgenommener Stress). Eine Analyse einer möglichst großen Anzahl der bislang als signifikant identifizierten Einflussgrößen fehlt aber gänzlich.

Basierend auf den in diesem Kapitel diskutierten Befunden werden im folgenden Fazit und Ausblick Handlungsempfehlungen für das die Nachwuchsleistungssportler umgebenden Umfeld aufgezeigt sowie Möglichkeiten für zukünftige Forschungsfragen vorgestellt. Zudem sind methodische Überlegungen hinsichtlich gewählter Modelle und des Studiendesigns anzustellen.

6 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit der Ausgangsproblematik, wie auf junge und talentierte Athleten Einfluss genommen werden kann, damit diese auf höchstem Niveau sportlich leistungsfähig sind und gleichzeitig die vielfältigen Anforderungen, die sich aus Sport, Schule und Entwicklungsphase ergeben, möglichst erfolgreich lösen können. Durch die Bearbeitung dieses Problems sollten Ansatzpunkte identifiziert werden, die extremes Risikoverhalten und daraus resultierende Überlastungszustände von Nachwuchsleistungssportlern potenziell eindämmen. Basierend hierauf wird es möglich, der Gefahr eines verfrühten Ausstiegs aus dem Leistungssport aufgrund von langwierigen und nachhaltigen Schädigungen auf physischer und/oder psychosozialer Ebene gezielt zu begegnen.

Theoretische Überlegungen, die im Anschluss an die Problemstellung erfolgten, führten zu zwei zentralen Fragestellungen:

- (1) Wie ist das Gesundheitsbewusstsein von Nachwuchsleistungssportlern gestaltet und welche Einflüsse sind als determinierend zu bewerten?
- (2) Wie lässt sich der subjektive Belastungszustand von Nachwuchsleistungssportlern beschreiben und welche Bedingungen führen dazu, dass sich junge Athleten besonders stark belastet bzw. wenig belastet fühlen?

Die Bearbeitung der Ausgangsproblematik erfolgte dementsprechend über die Auseinandersetzung mit zwei Teilbereichen: Dem Gesundheitsbewusstsein heranwachsender Leistungssportler und ihrem subjektiven Belastungszustand, der über das Burnoutsyndrom beschrieben wurde.

Lieferte die Ergebnisdarstellung und vor allem die Diskussion bereits eine fundierte Auseinandersetzung mit den gewonnenen empirischen Befunden zu den beiden zentralen Fragestellungen, sind in diesem abschließenden Kapitel aus den aufgedeckten Erkenntnissen Konsequenzen abzuleiten. Diese erstrecken sich auf zwei Aspekte:

Erstens gilt es inhaltliche Schlussfolgerungen, daraus resultierenden Forschungsfragen für Folgeuntersuchungen sowie Handlungsempfehlungen für das die jungen Athleten umgebende Umfeld herauszuarbeiten (Kapitel 6.1). Zweitens ist zudem aber auch die methodische Vorgehensweise der verschiedenen Teiluntersuchungen kritisch zu beleuchten und diese hinsichtlich zukünftiger Analysen zu reflektieren (Kapitel 6.2).

6.1 Inhaltliche Schlussfolgerungen, resultierende Forschungsfragen für Folgeuntersuchungen und Handlungsempfehlungen

Gesundheitsbewusstsein – Inhaltliche Ausgestaltung

Subjektive Gesundheitskonzepte

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass sich Nachwuchsleistungssportler vornehmlich dann gesund fühlen, wenn sie sportlich leistungsfähig sind. Ihr Gesundheitsverständnis ist daher – entsprechend dem erwachsener Athleten – als funktional zu bezeichnen. Allerdings sind ihnen auch Bezüge auf Aspekte des sportfernen Befindens und Aktionspotenzials nicht unwichtig, im Vergleich zu erwachsenen Sportlern legen sie darauf sogar deutlich mehr Wert. Unbeantwortet bleibt jedoch, mit welchen Inhalten die Einzelitems dieser sportfernen Skala gefüllt werden, die Phänomene, wie ‚Wohlbefinden‘, ‚keine Sorgen haben‘ oder ‚vollkommene Zufriedenheit‘, umfasst. Dieses Ergebnis der Arbeit liefert damit die Grundlage für eine spannende Frage, die es in Folgeuntersuchungen zu beantworten gilt: Was fassen junge und talentierte Athleten im Detail unter der Definition ‚Gesundheit als Befinden‘?.

Bezugnehmend auf diese Frage ist auf Basis des momentanen Forschungsstands nicht auszuschließen, dass heranwachsende Athleten diesem Faktor nur dann zustimmen, wenn sie sportliche Leistung zeigen (können). Dagegen spricht allerdings der Befund, dass einer negativen Gesundheitsdefinition, die eben gerade eine deutliche Sportspezifität aufweist, sehr viel weniger zugestimmt wird („Man ist erst dann krank, wenn man nicht mehr trainieren kann.“; „Man kann nur entweder gesund oder krank/verletzt sein, dazwischen gibt es nichts.“). Dieses Ergebnis das negative Gesundheitsverständnis betreffend deutet vielmehr darauf hin, dass junge Athleten bislang nicht vergleichbar tief wie erwachsene Sportler in das Leistungssportsystem und die damit einhergehenden Logiken (wie z.B. das Ignorieren von Schmerzen) sozialisiert wurden. Infolgedessen ließe dieser Befund vermuten, dass junge Athleten unter ‚Gesundheit als Befinden‘ keine oder nur wenig sportbezogene Bezüge herstellen.

Subjektive Gesundheitstheorien

Wie die Befunde zum Gesundheitsverständnis verdeutlichen, besteht eine zentrale Erkenntnis der Arbeit darin, dass sich die Aufmerksamkeit junger Athleten in gesundheitsbezogenen Fragen in erster Linie auf ihre sportliche Leistungserbringung richtet,

Gesundheit folglich ausgesprochen funktional definiert wird. Aber auch hinsichtlich subjektiver Gesundheitstheorien, also der Wahrnehmung der die eigene Gesundheit beeinflussenden Größen, zeigt sich die Funktionalitätsbestimmung von Gesundheit. So bewerten die untersuchten Nachwuchsleistungssportler kontrollierbare Einflüsse auf die eigene Gesundheit im Vergleich zu Faktoren, die sie nur schwer beeinflussen können oder die sich ihrer Kontrolle gänzlich entziehen, als deutlich entscheidender. Sie fokussieren sich folglich auf die Größen, mit denen sie selbst ihren Gesundheitszustand aktiv verändern können.

Dass sich Nachwuchsathleten durch eine ausgeprägte Wahrnehmung verschiedener Beeinflussungsmöglichkeiten der eigenen Gesundheit auszeichnen, ist neben der deutlichen Zustimmung zu kontrollierbaren Gesundheitsrisiken und -ressourcen insbesondere auch anhand der ausgesprochen hohen Werten die gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung betreffend abzulesen. Diese fällt im Vergleich zu erwachsenen Athleten deutlich höher aus. Eine mögliche Erklärung hierfür ist in den begrenzten gesundheitsbezogenen Erfahrungen der jungen Leistungssportler zu finden, die diese zu der Annahme verleiten, dass ihre eigene Gesundheit beherrschbar sei. Entsprechend erwachsener Athleten liegt jedoch die Tendenz vor, dass kontrollierbare Risiken als bedeutsamer eingeschätzt werden als kontrollierbare Ressourcen.

Dieses Ergebnis ist deshalb hochrelevant, da es einen Ansatzpunkt für den täglichen Umgang mit Nachwuchsleistungssportlern liefert. So verweist es darauf, dass der Gesundheitszustand heranwachsender Athleten durch eine gesteigerte Wertschätzung möglicher positiver Einflüsse eine zusätzliche Stärkung erfahren könnte. In Anbetracht der Tatsache, dass diese Athleten aufgrund ihres Alters lediglich über einen begrenzten Erfahrungsschatz hinsichtlich Gesundheitsressourcen verfügen, fällt den betreuenden Personen zwingend die Aufgabe zu, den Nachwuchsleistungssportlern neben Informationen darüber, wie Risiken vermieden werden können, auch gezielt Strategien und Möglichkeiten vorzustellen, wie die eigene Gesundheit (und damit mittel- und langfristig) die Leistungsfähigkeit aktiv gestärkt werden kann.

Als problematisch könnte sich in diesem Zusammenhang jedoch erweisen, dass das Thema ‚Gesunderhaltung‘ bei Traineraus- und -fortbildungen bislang in der Regel ausschließlich über Strategien der Risikovermeidung behandelt wird. Die Abwendung von einer Sichtweise, die auf einem Risikofaktorenmodell basiert, hin zu einer bio-psycho-sozialen Perspektive, die auf einer positiven Definition von Gesundheit basiert, wäre hier jedoch unerlässlich.

Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

Verweise auf die bereits angesprochene Funktionalitätsüberzeugung der eigenen Gesundheit finden sich überdies im Hinblick auf die gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft. So sind Athleten beispielweise in mittlerem Maße bereit, unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen. Sie akzeptieren demnach Schmerzen, um trotzdem sportliche Leistung zeigen zu können. Obwohl sie ein Sporttreiben unter Schmerzen billigen, lehnen sie es gleichzeitig ab, langfristige physische Schäden in Kauf zu nehmen. Dieses Ergebnis legt den entscheidenden Grundstein für eine zukünftige Fragestellung, die klären kann, inwiefern Nachwuchssportler Schmerzen normalisieren und bagatellisieren, obwohl ihnen das Risiko langfristiger Schäden durch gewohnheitsmäßiges ‚Playing Hurt‘ bekannt ist. Anzunehmen ist allerdings, dass sie das Risiko nicht bewusst eingehen, sondern durch die Sozialisation in die ‚Kultur des Risikos‘ gelernt haben, dass ein ‚richtiger‘ Athlet Schmerzen relativ bedingungslos auszuhalten hat. Problematisch ist dies deshalb, weil daraus ein massives Ignorieren und Ausblenden von Schmerzen entstehen kann. Wird diese Praxis im Jugendalter habitualisiert, geht damit jedoch eine besondere körperliche Vulnerabilität einher, massive Folgeverletzungen zu erleiden.

Allerdings ist diesbezüglich anzumerken, dass zu bestimmten Zeitpunkten ‚Playing Hurt‘ unausweichlich bleiben wird. Trainer müssen in bestimmten Momenten eine Wettkampfteilnahme trotz Schmerzen gestatten oder es dem Athleten sogar nahelegen. So gelten beispielsweise am Leistungshöhepunkt andere Regeln als bei einem Vorbereitungs- oder Trainingswettkampf. Mit Blick auf Möglichkeiten, junge Athleten bestmöglich vor körperlicher Überlastung zu schützen, lässt sich daraus jedoch schlussfolgern, dass das Umfeld Nachwuchssportler durch eine ehrliche und offene Kommunikationskultur vermitteln muss, warum ein Aushalten von Schmerzen zu welchen Momenten gewünscht und sinnvoll ist, aber auch welche langfristigen gesundheitlichen Risiken mit gewohnheitsmäßigem ‚Playing Hurt‘ einhergehen können.

Zudem ist auf Grundlage dieses Befundes zu überlegen, auf welchem Weg Folgeuntersuchungen der Frage nachgehen können, ob junge Athleten tatsächlich keine Verbindung zwischen ‚Playing Hurt‘ und langfristigen körperlichen Schäden herstellen. Denkbar wäre eine Analyse, die aufdeckt, inwiefern Antworten auf die ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft und die langfristig physische Risikobereitschaft zusammenhängen. Möglichkeiten bieten hier eine qualitativ orientierte Kontrastgruppenberechnung

(Clusteranalyse) über die Risikobereitschaft oder eine weitere quantitative Baumanalyse über die langfristig physische Risikobereitschaft, bei der die ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft als unabhängige Variable berücksichtigt wird.

Neben der körperlichen Ebene ist im Hinblick auf das Persönlichkeitsmerkmal ‚Risikobereitschaft‘ zudem auch die psychosoziale Dimension zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist als zentraler Befund hervorzuheben, dass sich junge Athleten trotz ihres funktionalen Gesundheitsverständnisses nicht ausschließlich auf den Leistungssport fokussieren und dadurch alternative Lebensbereiche und alterstypische Erfahrungen ausschließen. So offenbaren die Zustimmungswerte zu den einzelnen Items, dass heranwachsende Athleten auf der einen Seite zwar stark leistungsorientiert sind und funktional denken, indem sie z.B. auf Partybesuche zugunsten des sportlichen Erfolgs verzichten. Auf der anderen Seite, gelingt es ihnen jedoch nicht, alterstypische Interessensbereiche außer Acht zu lassen. Beispielsweise ist es ihnen nicht egal, wenn ihr Körper aufgrund der sportlichen Betätigung nicht mehr dem gängigen Schönheitsideal entspricht. Gerade dieses Erkenntnis ist von ausgesprochen hoher Bedeutung und darf im Hinblick auf zukünftige Forschungsfragen nicht unberücksichtigt bleiben. So wurde aus der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbewusstsein geschlossen, dass das Körperbewusstsein der Nachwuchsleistungssportler nicht gesondert analysiert werden muss, da das Bewusstsein über den Körper aufgrund seines außerordentlich hohen Stellenwerts für die Leistungserbringung bereits implizit in den übrigen Dimensionen untersucht wird (vgl. Kapitel 2.1.2.4). Jedoch weist nun die ermittelte Ablehnung auf die Akzeptanz des Sportkörpers zu Lasten des Schönheitsideals darauf hin, dass dieser für die jungen Athleten mehr darstellt, als das Mittel zum Zweck der sportlichen Leistungserbringung.

Vor dem Hintergrund, dass der Körper in sehr vielen Sportarten insbesondere für Mädchen deutliche Abweichungen zum Schönheitsideal aufweist (u.a. Kraftsportarten der Leichtathletik, Schwimmen, Gerätturnen), deckt dieses Ergebnis ein bislang gänzlich vernachlässigtes Spannungsfeld auf, das heranwachsende Athleten zu bewältigen haben: Der Frage, inwiefern junge Athleten Konflikte zwischen dem gewünschten und für die Leistungserbringung funktionalen Sportkörper und dem gesellschaftlich als schön definierten Körper spüren, aushalten und lösen müssen, ist im Hinblick auf das Verständnis der Genese von Essstörungen bei Leistungssportlern

unbedingt nachzugehen. Bislang finden sich keine Indizien auf die Berücksichtigung dieses Spannungsfeldes – weder in der theoretischen noch praxisbezogenen Diskussion. Zum anderen besteht diesbezüglich ein Erklärungsansatz für eine zunehmende Konzentration junger Athleten auf den Sport. So könnte ein Rückzug aus der sportfernen Welt und eine weitere Fokussierung auf den Leistungssport als Bewältigungsverhalten junger Sportlerinnen und Sportler zu werten sein, da deren Körper oftmals nur im Sport ‚Sinn macht‘ und positive Bewertungen erfährt, während sie in der sportfernen Welt als ‚Tier‘ und ‚Muskelprotz‘ (z.B. Kraftsportlerinnen, Schwimmerinnen) oder aber als ‚Hungerhaken‘ oder ‚Spargeltarzan‘ (z.B. Antigravitationssportlerinnen, Langstreckenläuferinnen) bezeichnet werden.

Darüber hinaus mag die nur mittlere Zustimmung zur Skala ‚Psychosoziale Risikobereitschaft‘ generell verwundern, da eine ausnahmslose Konzentration auf den Sport aus Sicht des Leistungssports gemeinhin als Bedingung für optimale Leistungserbringung betrachtet wird. Wenn sich Nachwuchssportler allerdings nicht komplett auf den Leistungssport fokussieren wollen und können, erscheint es notwendig, dass das Umfeld den Jugendlichen auch solche alterstypischen Erfahrungen ermöglicht, die es den heranwachsenden Athleten erleichtert, sich stärker auf den Sport zu konzentrieren, gerade wenn sie durch ein Leistungstief gehen oder längerfristig verletzungsbedingt ausfallen. Erreicht werden könnte dies durch eine eindeutige Kommunikation darüber, wann beispielsweise ‚normale‘ alterstypische Verhaltensweisen (z.B. ‚Partymachen‘) im Trainings- und Wettkampfplan durchaus erlaubt und in welchen Zeiträumen eine ausschließliche und bedingungslose Konzentration auf den Sport unerlässlich ist. Durch die Integration solcher auf den ersten Blick leistungsmindernder Verhaltensweisen könnte der Gefahr begegnet werden, dass Nachwuchsleistungssportler irgendwann ‚ausbrechen‘ wollen und dem Sport den Rücken kehren, um sich wie ‚normale‘ Jugendliche verhalten zu können. Ähnliche Strategien sind auch hinsichtlich des Spannungsfeldes um den Körper denkbar. So lassen die Befunde diesbezüglich vermuten, dass offene Gespräche über den Stellenwert des Körpers und abweichende Körperbilder in Sport und ‚normaler‘ Welt dazu beitragen können, dass jugendliche Athleten eine selbstbestimmte Position zum eigenen Körper einnehmen können und diesen sowohl im Kontext des Leistungssports als auch in der sportfernen Welt lernen zu akzeptieren.

Anzumerken ist allerdings, dass dieses Vorgehen ein grundlegendes Umdenken bedeuten würde: So sehen Umfeldakteure in der Regel keinen Nutzen in Verhaltens- oder Denkweisen, die die sportliche Leistung erst langfristig und dann auch nur indirekt sichern, während sie diese kurzfristig sogar senken.

Gesundheitsbewusstsein – Einflussgrößen

Die zusammenfassende Darstellung und Bewertung der Ergebnisse zum Gesundheitsbewusstsein legt offen, wie Nachwuchsleistungssportler im Mittel über Gesundheit denken. Entscheidend für die Ermittlung von Ansatzpunkten, an denen auf die jungen Athleten Einfluss genommen werden kann, sind allerdings insbesondere in den Analysen der determinierenden Größen der Teilbereiche des Gesundheitsbewusstseins zu finden.

Subjektive Gesundheitskonzepte

Als wesentlicher Befund der Analysen zu bedingenden Faktoren muss hervorgehoben werden, dass die bislang in empirischen Studien ermittelten Einflussgrößen auf subjektive Gesundheitskonzepte in der Untersuchungsgruppe der Nachwuchsleistungssportler kaum Unterschiede im Antwortverhalten aufdecken können. Da die in dieser Arbeit getesteten Determinanten auf Variablen beruhen, die sich in bisherigen Studien zu subjektiven Gesundheitskonzepten als bedeutsam erwiesen haben, ist dieses Ergebnis als ausgesprochen überraschend einzustufen. Infolgedessen ist zukünftig zum einen zu überprüfen, ob der Zusammenhang zwischen den getesteten Variablen und den Gesundheitsverständnistypen nicht als linear bezeichnet werden muss. Zum anderen wäre als mögliche Erklärung geringer Varianzaufklärungen auch denkbar, dass alternative Größen für unterschiedliche Ausprägungen der Gesundheitsverständnisse verantwortlich sind.

Zur Beantwortung der letzten Frage könnte in Folgeanalysen eine vertiefende Interviewstudie hilfreich sein, um zielgruppenspezifische Determinanten der Population heranwachsender Athleten aufzudecken. Eine weitere Möglichkeit, dem Problem der fehlenden bzw. niedrigen Varianzerklärung zu begegnen, besteht in der Anwendung eines spezifischen Verfahrens: So könnten mittels einer Clusteranalyse über die identifizierten Gesundheitsdefinitionen verschiedene Gruppen ermittelt werden, die Gesundheitsverständnistypen verkörpern. Im Anschluss daran wäre zu analysieren,

wodurch sich diese Kontrastgruppen unterscheiden. Über eine Identifikation von Clustern mit ähnlichen Ausprägungen der unterschiedlichen Gesundheitsdefinitionen könnte die Komplexität des Phänomens zutreffend abgebildet werden, da in der Regel gleichzeitig verschiedene Gesundheitsbestimmungen bei Menschen verankert sind, sich diese aber deutlich in den jeweiligen Ausprägungen unterscheiden. Durch eine Kenntnis trennscharfer Gesundheitsverständnistypen wäre die Frage, wann sich Athleten gesund fühlen, worauf sich ihre Aufmerksamkeit in gesundheitlichen Fragen richtet, noch deutlich differenzierter zu beantworten.

Subjektive Gesundheitstheorien

Im Zusammenhang mit den determinierenden Faktoren subjektiver Gesundheitstheorien sind eindeutig Abhängigkeiten von individuellen Überzeugungen, wie dem Gesundheitsverständnis, der gesundheitsbezogenen Unbekümmertheit oder der subjektiven Kontrollüberzeugung sowie von biografischen gesundheitsbezogenen Einschnitten, abzulesen. Zwar entsprechen diese Befunde im Allgemeinen dem Forschungsstand über alternative Untersuchungsgruppen, allerdings verweisen die Analysen dieser Arbeit zudem auch auf Unterschiede zwischen den Sportartengruppen. Dieser ausgesprochen spannende Befund verweist jedoch deutlich auf die Notwendigkeit detaillierterer Analysen, die bestimmte Sportartengruppen differenzierter untersuchen. In diesem Zusammenhang bieten sich vertiefende Interviewstudien an, die der abweichenden Bewertung wahrgenommener Gesundheitsressourcen und -risiken in unterschiedlichen Sportarten präziser nachgehen.

Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

Die Klassifikationsanalysen über die Dimensionen der Risikobereitschaft liefern spannende Verweise auf mögliche Ansatzpunkte für die tägliche Arbeit mit den heranwachsenden Athleten. Sie decken auf, welche Größen Gruppen unterschiedlichen Ausmaßes an Risikobereitschaft bedingen bzw. durch welche Faktoren sich die einzelnen Dimensionen der Risikobereitschaft verändern.

Die stärkste Determinante hinsichtlich der Bereitschaft, unter Schmerzen zu trainieren und zu wettkämpfen („Angst vor Wettkampfausschluss bei der Kommunikation von Schmerzen“), lenkt die Aufmerksamkeit auf die außerordentliche Bedeutung, Athleten zu vermitteln, warum ein Ausschluss von einem Wettkampf/Spiel aufgrund von Schmerzen zu bestimmten Zeitpunkten im Trainings-/Wettkampfplan sinnvoll und

unausweichlich ist. So unterstreicht dieser Befund vorliegende Studien (Borggrefe, Thiel, & Cachay, 2006), die betonen, dass im Zusammenhang mit sozial kompetentem Trainerhandeln insbesondere der Dimension ‚Kommunikation‘ besondere Bedeutung zukommt. Dabei wird gegenseitige Verständigung dann gesichert, wenn der Trainer seine Entscheidungen für die Athleten nachvollziehbar erklärt und junge Sportler lernen, den Sinn einer langfristigen Leistungsentwicklung, ohne das Risiko, Folgeverletzungen zu erleiden, verstehen.

Eine weitere Facette einer verantwortungsvollen Kommunikation zwischen Trainer und Athlet bezieht sich – wie schon weiter oben angeführt – auf die Notwendigkeit, Nachwuchsleistungssportlern deutlich zu vermitteln, zu welchen Momenten im Saisonverlauf trotz Schmerzen weitertrainiert oder ein Wettkampf bestritten werden darf oder sogar sollte, und wann dies von keinem Vertreter des Sportsystems gewollt ist. Auf diesem Weg wird die Grundlage dafür gelegt, dass heranwachsende Athleten einen verantwortungsvollen Umgang mit Schmerzen erlernen und ‚Playing Hurt‘ nicht zur Gewohnheit werden lassen.

Zusätzlich zu der offenen Kommunikationskultur als eine Möglichkeit, die Sorgen der Athleten zu mindern, verweist der ausgesprochen hohe Stellenwert der entsprechenden Variable (‚Angst vor Wettkampfausschluss bei der Kommunikation von Schmerzen‘) im Zusammenhang mit der ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft und die diesbezügliche mangelhafte Forschungslage auf die Möglichkeit, diese Größe selbst auf ihre Bedingungen hin zu analysieren. Auf diesem Weg könnte ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn im Hinblick auf die Frage ermöglicht werden, wodurch diese Angst determiniert wird.

Darüber hinaus legen die Befunde nahe, die vielfältigen Bedingungen zu berücksichtigen, die in Abhängigkeit der Ausprägung der Angst vor Wettkampfausschluss verstärkend oder moderierend wirken können (‚subjektive Bedeutung des Sports‘, ‚Ausmaß wahrgenommener Gesundheitsressourcen‘, ‚sportbezogenes negatives Gesundheitsverständnis‘, ‚Perfektionismusstreben‘, ‚Kaderstufe‘).

Infolgedessen ist herauszustellen, dass es nicht DEN Athleten gibt, vielmehr finden sich zum einen Sportler, die zu einer Sorge um die eigene Gesundheit ‚gezwungen‘ werden müssen, und zum anderen Athleten, die deutlich mehr Eigenverantwortung tragen können. Dementsprechend ist die Berücksichtigung der individuellen Persön-

lichkeitsstruktur und Lebenssituation grundlegende Voraussetzung für einen gewissenhaften Umgang mit Beschwerden im Nachwuchsleistungssport.

Die Ergebnisse der die Hochrisikogruppen bedingenden Größen zur langfristig physischen und psychosozialen Risikobereitschaft weisen in der Hauptsache auf einen Faktor hin, der sich nur schwer beeinflussen lässt, ist er doch grundlegend für eine erfolgreiche sportliche Karriere: Die subjektive Bedeutung des Sports. Dieses Item, das Athleten nach der Sinnhaftigkeit ihres Lebens ohne Sport fragt, führt bei hoher Ausprägung auch zu einer hohen Risikobereitschaft. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit einer nachhaltigen Schädigung. Dies wiederum kann einen verfrühten Ausstieg aus dem Leistungssport bedingen. Gleichzeitig wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass eine ausgesprochen hohe Bedeutung des Sports bzw. eine bedingungslose Identifikation mit der Rolle als Leistungssportler eine unerlässliche Charaktereigenschaft eines Talents darstellt (Joch, 2001).

Daraus lässt sich mit Blick auf Handlungsempfehlungen folgern, dass das die Sportler umgebende Umfeld die Herausforderung zu meistern hat, Athleten zu vermitteln, dass es für eine erfolgreiche sportliche Karriere sehr wohl entscheidend ist, sich auf den Sport und dessen Logiken einzulassen. Zugleich gilt es aber auch, Athleten zu erkennen, die dem Leistungssport eine ungesund hohe Bedeutung beimessen und damit Gefahr laufen, körperliche oder psychosoziale Schädigungen zu erleiden. Es ist demnach grundlegend, die jungen Sportler dazu anzuleiten, zu verinnerlichen, dass das eigene Leben nicht nur dann als sinnvoll erachtet werden sollte, wenn sie ihren Leistungssport möglichst erfolgreich ausüben können. Die Bewältigung dieses enormen Spannungsfelds führt dazu, dass junge Athleten einerseits die Notwendigkeit einer gewissenhaften Konzentration auf den Leistungssport verstehen, konsequent trainieren und für den sportlichen Erfolg leben, sich aber nicht ‚kaputt trainieren‘ oder ihre psychosoziale Reifung versäumen. Wenngleich diese Forderung beinahe unerfüllbar scheint, finden sich doch ‚best-practice‘-Beispiele verschiedener so genannter ‚mündiger Athleten‘, die diese Herausforderung erfolgreich bewältigen⁷⁶.

⁷⁶ Ein prominentes Beispiel ist die ehemalige Weltklassenschwimmerin Britta Steffen, die bis zum heutigen Zeitpunkt zwei Weltrekorde hält. Vor dem Erreichen ihrer beiden Olympiasiege erklärte sie dem Reporter Gerd Schneider in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung im Jahr 2006 ihr Erfolgsrezept, das ihr den Spaß und den Erfolg im Leistungssport zurückgebracht hat: „Für mich war es wichtig, dass ich mich von meinen Leistungen im Sport abkopple. Früher war es immer so, dass ich nur dann selbstbewusst war, wenn ich schnell geschwommen bin. Durch die Arbeit mit der Psychologin habe ich es geschafft zu empfinden, dass ich mehr bin als nur der Sport. Und mehr als die Definition der anderen von mir, wenn ich nicht gut geschwommen bin. Ich habe mich sozusagen eine Stufe erhöht im Menschsein, so dass ich sage: Ich bin die Sportlerin, und ich bin Britta Steffen, die ein ganz normales Leben führt.“

Basierend auf diesen Schlussfolgerungen ist wiederum zu betonen, dass ein sozial kompetentes Trainerhandeln und insbesondere eine ehrliche und offene Interaktion zwischen Trainer und Athlet einen wesentlichen Beitrag zu einem verantwortungsvollen Umgang mit physischen und psychosozialen Anforderungen im Nachwuchsleistungssport leisten können. Jungen Sportlern wird es auf diesem Weg ermöglicht, ein so genanntes ‚Wertdifferenzierungsvermögen‘ zu entwickeln, um Wertmaßstäbe situationsbezogen einzuschätzen und anzuwenden. Dies gilt in besonderer Weise, wenn Werterfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen, wie dem Leistungssport und sportfernen Alltag, zu meistern sind, die nur schwer miteinander vereinbar sind (Hänsel, 2011).

Ein zentrales Ergebnis der Arbeit besteht im Zusammenhang mit der physischen Risikobereitschaft darüber hinaus in dem Befund, dass die verstärkende Wirkung des männlichen Geschlechts auf beinahe allen Ausprägungsstufen (aber vor allem bei einem extrem hohen Stellenwert des Sports) festzustellen ist. Dieses Ergebnis stellt die allgemeine Annahme der ‚Kultur des Risikos‘ in Frage, die von einer Angleichung der Geschlechterkonzepte bzw. typischer geschlechtsspezifischer Denkmuster ausgeht. Demzufolge überlagert das ‚doing athlete‘ geschlechtsspezifische Muster. Der Widerspruch, den die Befunde der vorliegenden Arbeit hierzu aufzeigen, wirft allerdings die Frage auf, warum sich in dieser Altersstufe das biologische Geschlecht als so bedeutsam erweist. Um diese Frage zu beantworten, bieten sich Folgeuntersuchungen an, die sowohl das soziale als auch das biologische Geschlecht auf ihre Einflussstärke untersuchen. Auf diesem Weg wird es möglich, Aussagen sowohl das ‚doing gender‘, als auch das ‚doing athlete‘ betreffend abzuleiten.

Die Befunde zeigen außerdem deutlich, dass Sportler besonders risikobereit auf der physischen Ebene sind, wenn sie dazu neigen, Schmerzen auszublenden (negative sportbezogene Gesundheitsdefinition) und dann gleichzeitig unter einem autokratischen oder laissez-faire Trainer trainieren.

Basierend auf diesem Ergebnis ist es für heranwachsende Athleten ausgesprochen wichtig zu begreifen, dass das Sportsystem nicht zu jedem Moment von den Sportlern erwartet, dass sie Schmerzen ignorieren. Vielmehr ist die Entwicklung einer Fähigkeit grundlegend, die es den Nachwuchsleistungssportlern ermöglicht, vorliegende Schmerzen differenziert zu benennen und zu deuten. Der Trainer hat hier eine

zentrale Rolle: Pfllegt ein Trainer eine offene Kommunikationskultur, indem er das Gespräch mit seinen Athleten sucht und Beschwerden mit seinen Sportlern bespricht, sinkt damit das Risiko, dass es für Athleten zur Gewohnheit wird, Schmerzen zu ignorieren.

Anders als die langfristig physische wird die psychosoziale Risikobereitschaft neben hohen Ausprägungen der subjektiven Bedeutung hauptsächlich durch das Perfektionismusstreben der Athleten verstärkt.

Infolgedessen gilt es für Umfeldakteure besonders achtsam zu sein, um die Athleten zu erkennen, denen der Sport extrem wichtig ist und die gleichzeitig danach streben, alles richtig und perfekt machen zu wollen. Gelingt es den betreuenden Personen, so auf sehr perfektionistische Athleten einzuwirken, dass diese ihr Selbstkonzept nicht allein auf ihrem sportlichen Erfolg aufbauen, sinkt damit die Gefahr einer Vernachlässigung jugendtypischer Entwicklungsaufgaben durch die ausschließliche Fokussierung auf den Leistungssport. Die Berücksichtigung individueller Persönlichkeitsmerkmale der einzelnen Athleten scheint folglich auch bezüglich der psychosozialen Risikobereitschaft unumgänglich.

Die Befunde zum Gesundheitsbewusstsein weisen zusammenfassend zudem auf eine zukünftige Fragestellung hin, die basierend auf den Befunden dieser Arbeit weiterführende Erkenntnisse hervorbringen kann: So wurde im Zusammenhang mit den Einflussgrößen die subjektiven Gesundheitskonzepte betreffend bereits vorgeschlagen, Determinanten so genannter Gesundheitsverständnis-Cluster zu berechnen. Diesen Gedanken fortführend könnte eine Bestimmung von Gesundheitsbewusstseins-Clustern und der jeweiligen Einflussgrößen möglicherweise noch umfassendere Einblicke in die Motive und Ursachen gesundheitsbezogenen Verhaltens im Leistungssport ermöglichen. Diese müssten in einem ersten Schritt auf Grundlage unterschiedlicher Ausprägungen der Gesundheitsdefinitionen, der subjektiven Gesundheitstheorien und der Dimensionen der gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft identifiziert werden. Damit würde darüber hinaus die Grundlage dafür gelegt, Zusammenhänge zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen zu überprüfen. Denn letztlich zeigt sich die praktische Bedeutung des Gesundheitsbewusstseins erst durch seinen Zusammenhang mit entsprechendem Verhalten.

Burnoutsymptomatik – Inhaltliche Ausgestaltung und Einflussgrößen

Das Ergebnis, das bezüglich der Burnoutsymptomatik besonders hervorzuheben ist, bezieht sich auf die Diskussion über die Entstehungsmechanismen von Burnout bei der Allgemeinbevölkerung: So bestätigen die Analysen mittels hierarchischer Kontrastgruppenanalyse eindeutig die Annahme, dass erst eine Interaktion von bestimmten personellen und umfeldbezogenen Größen zu einem massiven Anstieg bzw. einer Senkung der Burnoutsymptome führt. Dieser Befund leistet einen entscheidenden Beitrag zu einem differenzierten Verständnis von Burnout im Leistungssportkontext, denn bisherige Studien über Athleten vernachlässigen komplexe Entstehungsmodelle beinahe gänzlich und konzentrieren sich vielmehr weitestgehend auf monokausale Erklärungsansätze durch personelle (z.B. Motivation, Perfektionismus) oder Umfeldbedingungen (z.B. Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung).

Aus diesem wertvollen Befund der vorliegenden Arbeit ist zu schlussfolgern, dass weniger von determinierenden Einflüssen, denn von Risikokonstellationen oder Risikotypen gesprochen werden sollte. So erweisen sich viele der in verschiedenen Studien zu Burnout im Leistungssport als signifikant getesteten Einzelvariablen zwar auch in der vorliegenden Analyse als bedeutsam, allerdings insbesondere in bestimmten Konstellationen (z.B. psychosoziale Risikobereitschaft und Umfeldreaktion auf Kommunikation von Schmerzen und wahrgenommener Stress außerhalb des Sports).

Mit dem Ziel einer übersichtlichen Einordnung der aus den Untersuchungen hervorgehender Ergebnisse, werden die drei Burnout-Subskalen im Folgenden gesondert betrachtet:

Burnout-Subskala: ‚Physische und Emotionale Erschöpfung‘ (PE)

im Hinblick auf Präventionsmöglichkeiten ist betreffend der Befunde zur PE-Skala festzuhalten, dass PE dann befeuert wird, wenn sich zu hohem außersportlichen Stress noch extrem hohe Trainingsumfänge gesellen. Daneben erweisen sich auch Athleten, die wenig Stress außerhalb des Sports erleben, aber auf ein Umfeld treffen, das auf die Kommunikation von Schmerzen mit Vorwürfen reagiert und die gleichzeitig nur wenig Schlaf finden, als besonders erschöpft.

Diese Ergebnisse verweisen auf zwei wichtige Größen: Erstens wird deutlich, dass dem Aspekt der physischen und mentalen Regeneration eine zentrale Rolle zukommt. Die Steuerung der Regenerationsmaßnahmen obliegt in erster Linie dem die

Sportler umgebenden Umfeld. Gelingt es, Athleten Räume anzubieten, damit diese sowohl physisch als auch mental regenerieren können, wird eine Senkung von PE möglich. Denn gezielte mentale und physische Regenerationsprogramme sind gerade im Jugendalter unumgänglich. Bisher sind solche Programme und Angebote allerdings oftmals nicht Bestandteil der Trainingsplanung. Auch steht die psychologische Betreuung an den Stützpunkten in der Regel nur den B- und A-Kader Athleten zur Verfügung. Erst falls freie Kapazitäten verfügbar sind, können diese auch von Sportlern aus niedrigeren Kaderstufen genutzt werden. Die Nachwuchsathleten gehören aber vornehmlich diesen niedrigeren Kaderstufen an. Folglich erfahren genau die Athleten, die besondere Belastungssituationen durch Schule, Sport und Jugendphase meistern müssen, vergleichsweise wenig professionelle Hilfe bei deren mentalen Bewältigung.

Zweitens betonen die Ergebnisse aber auch, dass Erschöpfungszustände durch ein Umfeld abgemildert werden können, das die Äußerung von Schmerzen ohne negative Reaktionen zulässt. Die Kenntnis und Berücksichtigung der außerordentlich hohen Bedeutung einer explizit oder implizit ablehnenden Atmosphäre ist infolgedessen insbesondere für die Menschen wichtig, die regelmäßig mit Athleten arbeiten. Bisher ist allerdings anzunehmen, dass Bezugspersonen dieses Zusammenhang weder bewusst ist, noch dass er in der sportpraktischen Ausbildung Aufmerksamkeit erfährt.

Burnout-Subskala: ‚Zweifel an der Bedeutung des Sports‘ (ZB)

In Bezug auf diese Subskala fällt auf, dass sich hier Parallelen zu den Ergebnissen die Risikobereitschaft betreffend zeigen. So erweist sich ein offenes und unterstützendes Umfeld (Umfeldreaktion auf Kommunikation von Schmerzen), das die Person und Persönlichkeit des einzelnen Athleten berücksichtigt, auch hier als ausgesprochen moderierend: So decken die Befunde auf, dass insbesondere pubertierende Mädchen mit impliziten oder expliziten Drucksituationen häufig nur sehr schwer umgehen können.

Neben den Mädchen, denen demnach besondere Beachtung entgegengebracht werden sollte, empfiehlt es sich für die Athleten bedeutsamen Personen auch darauf zu achten, dass sie junge Sportler besonders dann auffangen, wenn diese mit ihrem Gesundheitszustand unzufrieden sind. Dies ist z.B. dann zu erwarten, wenn sie (längerfristig) verletzt oder krank sind.

Die angesprochenen Zusammenhänge weisen nicht nur auf ein unterstützendes Umfeld hin, sondern auch – wie bereits bezüglich PE dargestellt – auf die Notwendigkeit, eine professionelle mentale Begleitung für die jungen Athleten zu installieren, die sie in den Krisensituationen auffängt. So verfügt ein Trainer in der Regel nur eingeschränkt über Möglichkeiten, einen kranken oder verletzten Athleten auch mental aufzufangen und stabil zu halten oder mit Mädchen über ihre alterstypischen emotionalen Belastungen zu sprechen. Zwar agieren Trainer in entsprechenden Situationen oftmals über erfahrungsbasierte Techniken, aber nicht selten geraten sie hier an ihre Grenzen und greifen auf das Prinzip Hoffnung zurück, dass der (körperliche und/oder mentale) Heilungsprozess schnell und erfolgreich verläuft bzw. in Bezug auf die Mädchen die Pubertät ‚schnell vorbeigeht‘.

Auch legen die Ergebnisse nahe, Nachwuchssportlern zu vermitteln, dass sie ‚Playing Hurt‘ als Ausnahme begreifen und nicht gewohnheitsmäßig praktizieren. Denn durch eine ausgeprägte Bereitschaft zum Trainieren und Wettkämpfen unter Schmerzen entstehen den Befunden zufolge zwangsläufig Zweifel an der Bedeutung des Sports, die von heranwachsenden Athleten nur schwer ohne Unterstützung bewältigt werden können.

Ein eher überraschender Befund zeigt sich darüber hinaus in der moderierenden Wirkung einer hohen psychosozialen Risikobereitschaft. So scheint eine ziemlich ausschließliche Konzentration auf den Leistungssport zumindest kurzfristig nicht zu psychosozialen Folgeproblemen oder Überlastungsphänomenen zu führen, wie sie in der sportwissenschaftlichen Forschung im Zusammenhang mit langfristigen Folgen oftmals vermutet werden (u.a. Bette & Schimank, 2006; Malina, 2010; Richartz, 2000). Zumindest im Jugendalter in Bezug auf psychosoziale Überlastungsphänomene erweist sich diese Persönlichkeitsdisposition demnach als protektiver Faktor.

Im Zusammenhang mit zukünftiger Forschung könnte aufbauend auf diesem Befund eine Folgeuntersuchung interessante Ergebnisse hervorbringen, die die Frage in den Mittelpunkt rückt, ob und wenn ja, zu welchen Zeitpunkten, der positive Effekt der ausschließlichen Fokussierung auf den Sport rückläufig ist und sich negative Konsequenzen durch fehlende Möglichkeiten jugendtypischen Verhaltens die sportliche Leistung mindernd auswirken.

Burnout-Subskala: ‚Vermindertes Leistungsstreben‘ (VL)

Gerade der letztgenannte Einfluss, der die Ausschließlichkeit des Leistungssports bei gleichzeitiger Vernachlässigung sportferner Lebenswelten ausdrückt, wirkt sich in erster Linie auch schützend darauf aus, ob Athleten Symptome eines verminderten Leistungsstrebens zeigen. Dieser Effekt verkörpert ein komplexes Spannungsfeld, welches das Umfeld der Athleten zu meistern hat. So lässt sich aus entwicklungspsychologischer Perspektive schlussfolgern, dass Bezugspersonen auf der einen Seite unbedingt Wert darauf legen sollten, dass sich Nachwuchsleistungssportler nicht nur auf den Sport konzentrieren, da sie sonst Gefahr laufen, aufgrund von fehlenden jugendtypischen Erfahrungen und einer ungenügenden mentalen Regeneration irgendwann ‚auszubrechen‘. Auf der anderen Seite zeigt sich neben der Notwendigkeit einer Fokussierung auf den Sport, um bestmögliche Leistung zu erreichen, zusätzlich auch die protektive Wirkung einer hohen psychosozialen Risikobereitschaft gegenüber Symptomen wie einem verminderten Leistungsstreben (sowie dem Zweifeln an der Bedeutung des Sports).

Um dieses Spannungsfeld zu meistern, bietet es sich für das Umfeld an, sehr viel stärker auch unterstützende Maßnahmen anzuleiten, die dazu führen, dass gerade die heranwachsenden Athleten nicht aufhören, für ihren Sport zu ‚brennen‘. Geeignet erscheinen hier solche Aktivitäten, die unter dem Mantel des Sports und mit der Trainingsgruppe/dem Kader stattfinden, sich aber durch sport(art)ferne Inhalte auszeichnen. Konkret sind hier etwa Outdooraktivitäten zu nennen, die die heranwachsenden Sportler an ihre (hauptsächlich) mentalen Grenzen führen und ihnen gleichzeitig oder gerade deswegen besonderen Spaß vermitteln können. Auch bieten sich nicht leistungsbezogene Events an, die für Nachwuchsathleten wertvolle Erfahrungen mit der Trainingsgruppe abseits des Leistungssports bereithalten und ihnen Gelegenheiten zum Austausch außerhalb des normalen Leistungskontexts geben (z.B. gemeinsamer Besuch eines Freizeitparks).

Neben diesem Spannungsfeld verweisen die Ergebnisse erneut auf die Bedeutung eines unterstützenden Umfeldes (Signifikanz der Variablen: ‚Führungsstil des Trainers‘, Umfeldreaktion auf Kommunikation von Schmerzen‘). Bestandteil der bereits angesprochenen offenen und vorwurfsfreien Kommunikation über Schmerzen ist folglich auch, dass der Trainer das Gespräch mit seinen Athleten sucht, Nachwuchs-

leistungssportler in Bezug auf ihr körperliches und mentales Befinden als mündig behandelt und sie in Entscheidungsprozesse die Gesundheit betreffend einbezieht.

Darüber hinaus zeigen auch die Analysen der VL-Skala die moderierende Wirkung eines geringen Ausmaßes an wahrgenommener Belastung aus dem sportfernen Bereich. Erneut findet sich hier ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer professionellen mentalen Begleitung, die Nachwuchsleistungssportlern dabei hilft, sportferne Herausforderungen einordnen, bearbeiten und letztlich meistern zu können.

Übergeordnete Handlungsempfehlungen

Im Hinblick auf die Ausgangsproblematik dieser Arbeit, wie jugendliche Athleten davor geschützt werden können, sich im Leistungssport so massiv zu überlasten, dass Folgeschäden und damit ein verfrühter Ausstieg aus dem Leistungssport wahrscheinlich werden, sind auf Basis der Ergebnisse dieser Arbeit sowohl zum Gesundheitsbewusstsein als auch zur Burnoutsymptomatik drei Bereiche hervorzuheben, an denen das die Athleten umgebende Umfeld gezielt eingreifen kann:

- 1) Zunächst benötigen Athleten ein Umfeld, das sie als Sportler aber auch als Personen ernst nimmt, das die Kommunikation von Beschwerden zulässt und gemeinsam mit den Athleten nach Möglichkeiten sucht, diesen entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang verweisen die Ergebnisse explizit darauf, dass ‚Playing Hurt‘ nicht zur Gewohnheit werden darf. Dagegen beinhaltet die Strategie, jungen Sportlern zu vermitteln, in welchen Momenten der Saison Schmerzen nicht ignoriert werden dürfen und wann Ausnahmen gelten können, eine Chance, dass Nachwuchsleistungssportler einen verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit erlernen können.

Die emotionale Bedeutung des Umfeldes bei der Prävention von Überlastungsphänomenen bei heranwachsenden Leistungssportlern findet insbesondere in der sportpraktischen Diskussion bislang nur am Rande Berücksichtigung. Veränderungen in den Köpfen der Bezugspersonen anzustoßen, ist allerdings äußerst schwer. Denn Denk- und Handlungsweisen der ‚Kultur des Risikos‘ sind fest verankert, überdauernd und werden zu weiten Teilen unbewusst verinnerlicht und gelebt. Zudem ist es für entsprechende Bezugspersonen in der Regel sehr viel einfacher und in gewisser

Weise auch funktional, nicht über vorliegende Beschwerden von Athleten Bescheid zu wissen, denn Schmerzen sind im Kontext der sportlichen Leistungserbringung dysfunktional.

Da jugendlichen Sportlern jedoch geeignete Bewältigungsmuster insbesondere für mentale negative Begleiterscheinungen fehlen, z.B. wie mit Ängsten, Unsicherheitsgefühlen oder Stimmungsschwankungen umgegangen werden kann, sind gezielte Maßnahmen nötig, die den betreuenden Personen über eine Wissensvermittlung die langfristig destruktive Wirkung eines Umfeldes aufzeigt, das Nachwuchsleistungssportler dazu bringt, Schmerzen nicht zu äußern.

- 2) Neben Veränderungen bestimmter Umfeldbedingungen ist zudem anzuraten, dass im Wochentrainingsplan gerade der heranwachsenden Athleten eine unabhängige und professionelle mentale Begleitung installiert wird, um erstens Raum zu schaffen, die im vorigen Punkt bereits angesprochenen körperlichen und psychosozialen Beschwerden zu bearbeiten, die sich zwangsläufig aus den vielfältigen Herausforderungen ergeben. Zweitens ermöglicht eine mentale Betreuung aber auch, Athleten besondere Zusammenhänge zwischen bestimmten Verhaltensweisen und deren gesundheits- und leistungsbezogenen Auswirkungen unabhängig zu vermitteln.

Denkbar wären hier neben individuellen Terminen auch Maßnahmen, die die ganze Trainingsgruppe umfassen, denn über einen Austausch mit anderen Athleten kann erreicht werden, dass Nachwuchsleistungssportler auch mentale Beschwerden nicht als Versagen begreifen und mitunter über verschiedene Erfahrungsberichte lernen, wie sie diese bearbeiten können.

- 3) Als dritte Stellschraube bieten sich neben Maßnahmen, die der Verbesserung der sportlichen Leistungsfähigkeit dienen, insbesondere im Zusammenhang mit dem skizzierten Spannungsfeld um die psychosoziale Risikobereitschaft auch gruppenspezifische Prozesse an, die bewirken, dass Athleten beständig für ihren Sport brennen, gleichzeitig aber auch alterstypische Erfahrungen erleben können.

6.2 Methodische Schlussfolgerungen

6.2.1 Modellbetrachtungen

Gesundheitsbewusstsein

Zunächst ist rückblickend herauszustellen, dass sich die Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbewusstsein als ein geeignetes und wertvolles theoretisches Konzept erweist, Motive sowie Ursachen des gesundheitsbezogenen Verhaltens von Nachwuchsleistungssportlern detaillierter verstehen zu können.

Dennoch sind im Hinblick auf dessen Anwendung in zukünftigen Forschungsarbeiten innerhalb und außerhalb des Sportsettings einige Überlegungen anzustellen: Zunächst legt die Forschungslage offen, dass das Modell des Gesundheitsbewusstseins vor dieser Studie in seiner Ganzheit empirisch in keiner quantitativen und nur in einer qualitativen Untersuchung Anwendung findet (Kapitel 1.4). Daher ist als zentrale Leistung dieser Arbeit hervorzuheben, dass dessen quantitative Operationalisierung und Anwendung erstmalig erfolgt. Allerdings bringt der fehlende empirische Einsatz des Modells in der Vergangenheit gleichsam einige methodische Probleme zum Vorschein (vgl. Kapitel 2.1), denn bislang wurde es weder empirisch geprüft noch (theoretisch) weiterentwickelt. So zeigt sich in der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Konstrukt ‚Gesundheitsbewusstsein‘, dass die Kategorien ‚subjektive Gesundheitskonzepte‘ und ‚subjektive Gesundheitstheorien‘ im Allgemeinen nicht trennscharf sind, denn es werden beiden Dimensionen Aspekte der Kontrollierbarkeit von Gesundheit zugerechnet (vgl. Kapitel 2.1.1). Im Zusammenhang mit subjektiven Gesundheitskonzepten tauchen diese in Form der dynamischen Verlaufsmodele von Gesundheit und bestimmten Gesundheitskonzepten (z.B. ‚Gesundheit als Lebensweise‘) auf, während sie hinsichtlich subjektiver Gesundheitstheorien in impliziten Kontrollierbarkeitsannahmen in den Einflussprozessen (Risiko-, Ressourcen-, Ausgleichs- und Belastungs-, Schicksalstheorien) und -bereichen (Lebensweise, Konstitution/Disposition, Umwelt, Schicksal) zum Ausdruck kommen. Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden empirischen Untersuchung dieselben Items, die auf die Kontrollierbarkeit und Unkontrollierbarkeit von Gesundheit verweisen, in die Berechnungen beider Teilbereiche aufgenommen. Da sich bei beiden Faktorenanalysen (subjektive Gesundheitskonzepte und subjektive Gesundheitstheorien) eindeutig jeweils zwei identische trennscharfe latente Konstrukte herauskristallisieren, die sich auf die Kontrollierbarkeit bzw. Unkontrollierbarkeit von Gesundheit

beziehen und jeweils dieselben Items beinhalten (vgl. Kapitel 4.1.1 und 4.1.2), stellt sich die Frage, zu welchem Teilbereich des Gesundheitsbewusstseins die Kontrollierbarkeitsbezüge zugerechnet werden sollten. Die Ergebnisse dieser Arbeit legen nahe, dass aus inhaltlichen Gesichtspunkten zu raten ist, jegliche Verweise auf die gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung aus den subjektiven Gesundheitskonzepten zu entfernen und den subjektiven Gesundheitstheorien zuzuordnen. Dadurch erfahren subjektive Gesundheitskonzepte inhaltlich nicht nur einen engeren, dafür aber fassbareren Rahmen, der ausschließlich definitorische Vorstellungen zu Gesundheit beinhaltet. Auch werden auf diesem Weg bisherige Unschärfen des Modells beseitigt und damit ein Beitrag zur Theorienbildung bzw. zur Weiterentwicklung des Modells geleistet.

Ausgehend hiervon ist eine logische Folge dann aber auch die Zuweisung der dynamischen Komponenten der subjektiven Gesundheitskonzepte zu dem Teilbereich ‚subjektive Gesundheitstheorien‘, denn deren theoretische Konzeption enthält ebenfalls implizit Bezüge zur gesundheitsbezogenen Kontrollierbarkeit.

Dieser Empfehlung liegt die Überlegung zugrunde, dass eine aussagekräftige Rekonstruktion der dynamischen Verlaufsmodelle erst durch ein Verständnis der entsprechenden Gesundheitstheorien inklusive der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung möglich wird. Damit trägt diese dann eindeutige Zuordnung erheblich dazu bei, das Modell des Gesundheitsbewusstseins zu schärfen.

Darüber hinaus deckt die theoretische Auseinandersetzung mit der Dimension des Gesundheitsbewusstseins, die mit dem Begriff ‚Subjektive Bedeutung von Gesundheit‘ umschrieben wird, auf, dass diese Facette wenig aussagekräftig ist (vgl. Kapitel 2.1.1.3). So ist bekannt, dass Menschen Gesundheit grundsätzlich als ausgesprochen wertvoll einschätzen und demzufolge durch die Analyse dieser Dimension kaum Antwortunterschiede aufgedeckt und kein nennenswerter Informationsgewinn generiert werden. Basierend hierauf steht eine diesbezügliche Aussage auch in nur geringem Zusammenhang zu gesundheitsbezogenem Verhalten.

Um diesem Problem Abhilfe zu leisten, bietet sich in zukünftigen Untersuchungen (vergleichbar zu der vorliegenden Untersuchung) die Analyse des Stellenwerts von Gesundheit über ein Konstrukt an, das die Bedeutung von Gesundheit über das gegensätzliche Merkmal, der so genannten gesundheitsbezogenen Risikobereitschaft, abfragt.

Die gesundheitsbezogene Risikobereitschaft verkörpert eine Kosten-Nutzen-Abwägung im Sinne eines Rational-Choice-Modells und ermöglicht es, eindeutige Personenunterschiede aufzudecken. Als Folge der Berücksichtigung des Konstrukts der Risikobereitschaft ist dann jedoch zusätzlich anzumerken, dass diese inhaltlich im Grunde den Ausgleichs- und Belastungstheorien aus der Dimension der subjektiven Gesundheitstheorien entspricht. Angesichts dessen sind die Ausgleichs- und Belastungstheorien aus der Dimension ‚subjektive Gesundheitstheorien‘ herauszunehmen, um trennscharfe Einzelbereiche des Konstrukts ‚Gesundheitsbewusstsein‘ zu erreichen.

Mit Blick auf zukünftige Anwendungen des Modells des Gesundheitsbewusstseins speziell in sportbezogenen Analysen ist aufgrund der empirischen Befunde zu körperbezogenen Überzeugungen (vgl. Kapitel 4.1.3 bzw. 5.1.3) zumindest hinsichtlich jugendlicher Athleten zu folgern, dass das ‚Körperbewusstsein‘ in jedem Fall gesondert zu berücksichtigen ist – obwohl die theoretische Auseinandersetzung und der Forschungsstand über das Körperbewusstsein bei erwachsenen Athleten (vgl. Kapitel 2.1.2.4) deutlich darauf hinweist, dass das Körperbewusstsein bei Athleten bereits in den übrigen Dimensionen aufgeht. Jugendliche Sportler denken den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zufolge jedoch in diesem Punkt nicht so funktional, wie das von erwachsenen Athleten bekannt ist.

Die folgende Abbildung fasst die dargestellten methodischen Überlegungen und Schlussfolgerungen zu der Konzeption des Modells des ‚Gesundheitsbewusstseins‘ zusammen (Abbildung 39).

Dabei ist davon auszugehen, dass die konzeptionellen Weiterentwicklungen nicht ausschließlich für den Phänomenbereich des Sports Gültigkeit besitzen, sondern ebenfalls auf die Untersuchung alternativer Populationen der Allgemeinbevölkerung übertragbar sind. Infolgedessen leistet hier die vorliegende sportwissenschaftliche Forschung auch einen wertvollen Beitrag für weitere Erkenntnisse über das Gesundheitsbewusstsein der Allgemeinbevölkerung, bedient sich zwar eines theoretischen Modells aus einer Mutterwissenschaft, entwickelt dieses jedoch weiter.

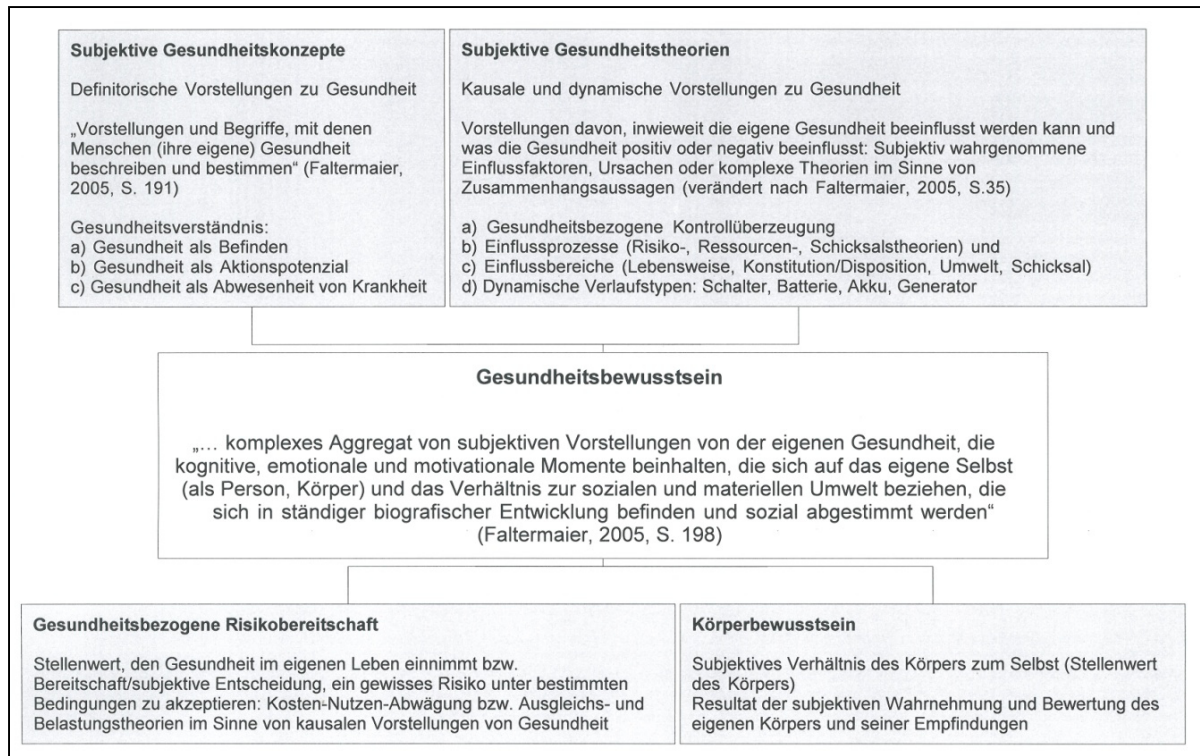


Abbildung 39: Klassifikationsschema des Konstrukts ‚Gesundheitsbewusstsein‘ in Anlehnung an Faltermaier (1994, 2005) – angepasst auf Basis der empirischen Befunden der vorliegenden Untersuchung

Burnoutsymptomatik

Eine Bewertung der Erfassung des subjektiven Belastungszustands über das Burnoutsyndrom erweist sich in dieser Untersuchung als ausgesprochen sinnvoll, verkörpert es doch zum einen wesentliche Kennzeichen von Überlastung innerhalb des Leistungssports. Zum anderen ermöglicht die Anwendung des normierten Fragebogens ‚ABQ‘ Vergleiche zu internationalen Untersuchungen über verschiedene Populationen von Leistungssportlern. Damit lassen sich die gewonnenen Daten folgerichtig einordnen und bewerten. Allerdings spielt die Kontextabhängigkeit bei Überlastungen eine wesentliche Rolle. Bisher liegen jedoch keinerlei Referenzwerte hinsichtlich Leistungs- bzw. Spitzensportlern aus Deutschland vor, denn der ABQ kam in nur einer Population von hauptsächlich erwachsenen Breitensportlern zur Anwendung (Ziemainz et al., 2004). Aufgrund dessen könnten die in dieser Arbeit gewonnenen Ergebnisse für zukünftige Studien über heranwachsende Leistungssportler in Deutschland dazu dienen, die dann gewonnenen Werte präziser einzuordnen.

6.2.2 Stichprobe

Im Zusammenhang mit der gewählten Stichprobe ist zu betonen, dass die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit durch die Analyse einer ausgesprochen umfangreichen Untersuchungsgruppe von jungen Bundeskaderathleten zweifellos als repräsentativ zu bezeichnen sind.

Damit ist es möglich, einen entscheidenden Beitrag dazu zu leisten, sowohl Motive und Ursachen gesundheitsbezogenen Verhaltens von Nachwuchsleistungssportlern verstehen zu können, als auch einen Überblick über Ausmaß und Entstehungsmechanismen des subjektiven Belastungszustands zu gewinnen. So fehlten in der Vergangenheit zum einen quantifizierbare und damit repräsentative Erkenntnisse über das Gesundheitsbewusstsein (jugendlicher) Athleten. Zum anderen lagen bezüglich des Burnoutsyndroms zumindest für den deutschsprachigen Raum keinerlei Daten vor.

In zukünftigen Studien sind dennoch auch im Hinblick auf die gewählte Stichprobe Überlegungen zu treffen, die es ermöglichen, die in dieser Untersuchung festgestellten Erkenntnisse vertiefend zu analysieren.

So wären durch eine geringere Anzahl an Sportarten, dafür aber eine breitere Leistungsstreuung zusätzliche Informationen zu gewinnen. Denkbar sind hier signifikante Unterschiede aufgrund der besonderen Sozialisation in die jeweiligen Sportarten, die sich erst durch höhere Fallzahlen als bedeutsam erweisen könnten. Denn mit der Priorität der vorliegenden Arbeit, repräsentative Daten von Nachwuchsathleten der Bundeskaderebene zu generieren, gehen zum Teil zwangsläufig relativ kleine Zellenbesetzungen in den einzelnen Sportarten einher. Wenn z.B. der Leistungshöhepunkt in der Regel erst in einer deutlich höheren Altersklasse erreicht wird, befinden sich in der in dieser Arbeit untersuchten Altersgruppe zwangsläufig nur wenige Athleten auf Bundeskaderebene. Die Zuordnung zu möglichst homogenen Sportartengruppen, die in dieser Arbeit getroffen wurde, um Ungleichheiten zwischen Anforderungsprofilen verschiedener Sportarten bzw. Disziplinen aufzudecken, bedeutet immer einen Verlust von Information und kann nie trennscharf sein, da sich Sportarten in ausgesprochen vielen Teilaspekten unterscheiden⁷⁷.

⁷⁷ Zum Beispiel lässt sich die Sportart Rudern den gewichtsklassenabhängigen oder aber den Ausdauersportarten mit hohem Kräfteinsatz zuteilen.

6.2.3 Erhebungsinstrumente

Gesundheitsbewusstsein

Angesichts der angewendeten Skalen gilt es nochmals zu unterstreichen, dass fehlende quantitative Erhebungsinstrumente des Gesundheitsbewusstseins in einem ersten Schritt nach einer Entwicklung von standardisierten Itembatterien verlangten. Diesen grundlegenden Beitrag liefert die vorliegende Arbeit abgesehen von einem inhaltlichen Erkenntnisgewinn.

Obwohl die mit entwickelten Skalen einhergehende erforderliche testtheoretische Überprüfung eine Qualitätssicherung der gewonnenen Daten gewährleistet, zeigen die Ergebnisse der Analysen auch möglichen Raum für Weiterentwicklungen der angewandten Instrumente auf, um den Erkenntnisgewinn in fortführenden Untersuchungen im Phänomenbereich des (Leistungs)Sports zu optimieren.

Subjektive Gesundheitskonzepte

Zunächst ist auf Grundlage der relativ hohen Zustimmung zu den Items zum sportfernen Gesundheitsverständnis zu überlegen, ob dieses noch detaillierter erhoben werden sollte. So könnten weitere Items integriert werden, die Verweise auf die sportferne Handlungs-/Leistungsfähigkeit (etwa im schulischen oder allgemein jugendtypischen Kontext) abprüfen. Dies gilt auch für die Definition ‚Gesundheit als Kraft/Stärke/Harmonie‘, die dann noch spezifischere Informationen über das Denken junger Athleten über die eigene Gesundheit bereithalten könnte. Zudem sollten die Items Informationen liefern, die Rückschlüsse darüber zulassen, inwiefern Athleten sich nur dann wohlfühlen, wenn sie sportlich leistungsfähig sind oder ob ‚Wohlbefinden‘ tatsächlich abgekoppelt von dem Leistungsgedanken ist und nicht von der Definition ‚Gesundheit als sportspezifisches Aktionspotenzial‘ überlagert wird.

Subjektive Gesundheitstheorien

Im Zusammenhang mit den subjektiven Gesundheitstheorien könnte ebenfalls eine Ausweitung auf weitere Aspekte (z.B. Einflüsse, die der eigenen Disposition oder Konstitution oder umweltbezogenen Größen entstammen oder aber zusätzliche sportspezifische Größen, wie Kinesiotaping oder Nahrungsergänzungs-, Schmerzmittelgebrauch) für ein umfassenderes Bild sorgen.

Zusätzlich wären hinsichtlich der Problematik, dass Ressourcen (Zustimmung zu: „Gesunde Ernährung stärkt meine Gesundheit.“) invertiert formuliert immer auch Risiken (Zustimmung zu der Aussage: „Ungesunde Ernährung schwächt meine Gesundheit.“) darstellen, ebenfalls Überlegungen anzustellen. So könnten Antwortkategorien zu aussagekräftigeren Ergebnissen führen, bei denen Athleten die antizipierte Wirkung einer Größe angeben (z.B. „Gib bitte auf einer Skala von eins bis fünf an, inwiefern du davon ausgehst, dass sich deine Ernährung auf deine Gesundheit auswirken kann.“). Auf dieser Basis könnte für jeden Einflussfaktor ermittelt werden, inwiefern eine gesundheitsförderliche oder gesundheitsschädigende Wirkung antizipiert wird. Damit wird nicht a priori festgelegt, welcher Einfluss als Risiko und welcher als Ressource deklariert ist. Darauf aufbauend wird es möglich, die Frage präziser zu beantworten, ob Athleten Risiken oder Ressourcen eine größere Auswirkung auf ihre Gesundheit zuschreiben.

Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

Auch mit Blick auf die gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft könnte in zukünftigen Studien der Bereich der psychosozialen Dimension um Items erweitert werden, die neben ‚Partymachen‘ und dem Abgleich des eigenen Körpers mit dem gängigen Schönheitsideal weitere jugendtypische Phänomene abprüfen. Es wären beispielsweise Fragen zu der Bereitschaft denkbar, eine Beziehung außerhalb der Sportwelt anzustreben oder Kontakte mit sportfernen Personen aufrecht zu erhalten (z.B. „Mir ist es egal, wenn ich kaum Kontakt zu Leuten habe, die nicht aus dem Sport kommen.“). Auch die Einstellung zu ‚normalem‘ jugendtypischem Verhalten (z.B. „Es ist völlig in Ordnung, ab und an Alkohol über die Maßen zu trinken.“) könnte wertvolle Zusatzinformationen liefern.

Darüber hinaus zeigt die Diskussion über die psychosoziale Risikobereitschaft, dass diese deutliche Parallelen zum Begriff der ‚Athletenidentität‘ (Brewer et al., 1993; Galloway, 2007) aufweist. Diese umfasst die Bereitschaft, wie stark sich ein Leistungssportler mit seinem Dasein als Athlet identifiziert und in welchem Ausmaß ein so genanntes „role engulfment“ (Adler & Adler, 1991, S. 219 ff) stattgefunden hat, ein Verschmelzen jeglicher sozialen Rollen auf die des Leistungssportlers. Perspektivisch könnte in diesem Zusammenhang ergänzend zu der angewandten (bzw. um oben vorgeschlagenen erweiterten) Jugendspezifik, die so genannte ‚Athletic Identity

Measurement Scale' (AIMS) (Brewer et al., 1993) getestet werden, da die Athletenidentität hier bereits testtheoretisch überprüft und normiert ist.

Zudem stellt sich vor dem Hintergrund des im Zusammenhang mit der Risikobereitschaft signifikantem Items der ‚subjektiven Bedeutung des Sports‘ die Frage, ob diese nicht noch detaillierter und umfassender erhoben werden sollte. So bestünde in der Verwendung der testtheoretisch überprüften Skala ‚Sport Motivation Scale‘ (Pelletier et al., 1995) oder der ‚Enjoyment of Sports‘-Skala von (Raedeke & Smith, 2001) eine Möglichkeit ein spezifischeres Verständnis der inhaltlichen Ausgestaltung der subjektiven Bedeutung des Sports zu erreichen.

Burnoutsymptomatik

Ein großer Vorteil, der in der Anwendung des normierten und testtheoretisch überprüften Fragebogens ‚Athlete Burnout Questionnaire‘ (ABQ) liegt, ist die Möglichkeit, quantifizierbare Vergleiche zu bisherigen Befunden über das Burnout-Phänomen im Leistungssport anzustellen.

Dennoch gilt es, auch die Analyse der Burnoutsymptomatik insbesondere im Hinblick auf die getesteten unabhängigen Variablen methodisch zu reflektieren: Zunächst fällt auf, dass der Einfluss der in vergangenen Untersuchungen als bedeutsam identifizierten Persönlichkeitsdisposition ‚Motivation‘ in der vorliegenden Analyse nicht abgeprüft wird. In Anbetracht dessen, dass zahlreiche der Einzelitems vor allem der VL- und ZB-Subskalen vermeintlich hoch mit Einzelaspekten von der in diesem Zusammenhang häufig getesteten ‚Sport Motivation Scale‘ korrelieren, besteht auf diesem Weg die Gefahr, dass nur Scheinzusammenhänge aufgedeckt werden (vgl. Anhang). Im Hinblick auf zukünftige Untersuchungen ist jedoch zu überlegen, ob Skalen oder Einzelitems eingeschlossen werden könnten, die das Konstrukt ‚Motivation‘ unabhängig zu den abhängigen Variablen ZB- bzw. VL-Skala testen, damit die vielfach als bedeutsam ermittelte Persönlichkeitsdisposition ‚Motivation‘ eine Berücksichtigung findet.

Zudem wurde in der vorliegenden Analyse zur Burnoutsymptomatik im Leistungssport die Bedeutung (vermeidender oder problemlösender) Bewältigungsstrategien nicht untersucht. Die Entscheidung basierte auf der Überlegung, dass nur eine Analyse der Vergangenheit diesbezüglich bedeutsame Einflüsse ermittelt (vgl. Anhang).

Aus einer sachlogischen Erwägung heraus scheint der Zusammenhang zwischen Bewältigungsstrategien und Burnoutsymptomatik jedoch schlüssig, so dass in Folgeuntersuchungen Auswirkungen entsprechender Bewältigungsstrategien untersucht werden sollten. Damit könnte die Varianzaufklärung der Analysen über Entstehungsmechanismen von Burnout möglicherweise zusätzlich verbessert werden. In diesem Zusammenhang könnte die ‚MCOPE‘-Skala (‚Modified-COPE‘-Skala) (Crocker & Graham, 1995) oder die Skala ‚Ways of Coping for Sport‘ (WOCS) (Madden, Kirkby, & McDonald, 1989) weitere Informationen zu Entstehungsmechanismen von Burnout im Kontext des Leistungssports liefern.

Zuletzt könnte es im Zusammenhang mit einer Überprüfung der Bedeutung des Perfektionismusstrebens ratsam sein, anstelle der in dieser Analyse verwendeten Perfektionismusskala von Paul and Thiel (2005) eine sportspezifische Version zu entwerfen und zu verwenden, die die Persönlichkeitsdisposition auf den Sport überträgt. Damit wäre zudem eine optimierte Vergleichbarkeit zu bereits durchgeführten Studien möglich. Beispielsweise bietet sich eine Verwendung der ‚Sport Multidimensional Perfectionism Scale‘ (Gotwals & Dunn, 2009; Hall, Kerr, & Matthews, 1998) an, die auf der ‚Multidimensional Perfectionism Scale‘ von Frost et al. (1990) basiert.

6.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist herauszustellen, dass die vorliegende Arbeit einen wertvollen Erkenntnisgewinn für mehrere Zielgruppen bereitstellt:

Erstens ist auf Basis der repräsentativen inhaltlichen Erkenntnisse der außerordentlich wertvolle Beitrag für die Sportpraxis in Form differenzierter Handlungsempfehlungen zu betonen. Diese liefern Ansatzpunkte, um das sportspezifische Risikoverhalten einzudämmen und schlagen konkrete Möglichkeiten vor, um Überlastungen entgegenzuwirken.

Zweitens profitiert auch die Sportwissenschaft von den Analysen der vorliegenden Arbeit: Zunächst liefern die Entwicklung und testtheoretische Überprüfung der verwendeten Skalen zum Gesundheitsbewusstsein notwendige und bislang fehlende Erhebungsinstrumente, die quantifizierbare Ergebnisse ermöglichen. Daneben lassen sich aus den inhaltlichen Befunden sowohl spannende und bisher vernachlässigte Informationen über das gesundheitsbezogene Denken und den subjektiven Belas-

tungszustand von Nachwuchsleistungssportlern, als auch Ideen für Folgeuntersuchungen ableiten, die aufbauend auf den Ergebnissen dieser Arbeit vertiefende Erkenntnisse bereithalten. Zuletzt weist die Analyse der Burnoutsymptomatik insbesondere auch darauf hin, dass im Kontext des Leistungssports ähnliche Entstehungsmechanismen anzunehmen sind, wie sie bereits für die Allgemeinbevölkerung beschrieben wurden („Person-Job-Mismatch“). Bislang findet sich dieser Sachverhalt in der sportwissenschaftlichen Diskussion nur sehr vereinzelt, vielmehr dominieren monokausale Erklärungsmodelle.

Drittens ist auch der Beitrag hervorzuheben, den die vorliegende Arbeit im Hinblick auf die Weiterentwicklung und Optimierung des gesundheitswissenschaftlichen Modells des ‚Gesundheitsbewusstseins‘ leistet. So ermöglicht die theoretische Auseinandersetzung mit den Komponenten des Gesundheitsbewusstseins in Verbindung mit der Reflexion über die empirischen Befunde zu den einzelnen Dimensionen eine wertvolle und notwendige Schärfung des Modells und im Zusammenhang mit zukünftigen Erhebungen damit auch aussagekräftigere Daten.

7 Literaturverzeichnis

- Adler, P.A. & Adler, P. (1991). *Backboards & blackboards: College athletes and role engulfment*. New York: Columbia University Press.
- Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 32*(4), 665-683.
- Al-Haliq, M., Altahayneh, Z.L. & Oudat, M.E. (2014). Levels of Burnout among Sports Referees in Jordan. *Journal of Physical Education and Sport, 14*(1), 47-51.
- Alaranta, A., Alaranta, H., Patja, K., Palmu, P., Prättälä, R., Martelin, T. & Helenius, I. (2006). Snuff use and smoking in Finnish Olympic athletes. *International Journal of Sports Medicine, 27*(7), 581-586.
- Albert, A. (2010). *Bindung und Dropout im Nachwuchsleistungssport – Eine empirische Studie an D-Kaderathleten in Baden-Württemberg*. Dissertation, Universität Kassel, Kassel.
- Aldous, J. (1978). *Family careers: developmental change in families*. New York: Wiley.
- Andresen, B. (2003). *Hamburger Persönlichkeitsinventar (HPI)*. Manual und Test. Göttingen: Hogrefe.
- Anshel, M.H. & Russell, K.G. (1997). Examining athletes' attitudes toward using anabolic steroids and their knowledge of the possible effects. *Journal of Drug Education, 27*(2), 121-145.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arce, C., De Francisco, C., Andrade, E., Arce, I. & Raedeke, T. (2010). Adaptación española del Athlete Burnout Questionnaire (ABQ) para la medida del burnout en futbolistas. *Piscothema, 22*(2), 250-255.
- Arch, E. (1993). Risk taking: A motivational basis for sex differences. *Psychological Reports, 73*, 3-11.
- Aronson, E., Pines, A.M. & Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Aydogan, A. (2007). *Methoden zur Gewichtsabnahme und ihre Einflüsse auf die Leistungen in der Sportart Ringen*. Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Heidelberg.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer.

- Ball, J. (2004). *Untersuchung und Erfassung von kindlichen Krankheitskonzepten im Grundschulalter*. Dissertation, Philipps-Universität-Marburg, Marburg.
- Ball, J. & Lohaus, A. (2010). Kindliche Krankheitskonzepte. Ein Überblick zur Forschungslage. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 18(1), 3-12.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Bearman, S.K., Martinez, E., Stice, E. & Presnell, K. (2006). The Skinny on Body Dissatisfaction: A Longitudinal Study of Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217-229.
- Beauducel, A., Strobel, A. & Brocke, B. (2003). Psychometrische Eigenschaften und Normen einer deutschsprachigen Fassung der Sensation Seeking Skalen, Form V. *Diagnostica*, 49, 61-72.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4).
- Belz-Merk, M. (1995). *Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit: die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsverhalten*. Frankfurt/Main: Lang.
- Bender, C. (2011). *Körperunzufriedenheit und körperbezogene Informationsverarbeitung bei Kindern*. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg Freiburg im Breisgau.
- Bengel, J., Bucherer, G., Strittmatter, R. & Buggle, F. (1995). Die Entwicklung von subjektiven Gesundheitskonzepten – Ein Überblick über die Forschungslage bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3(4), 241-254.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter – Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung 43). Köln: BZgA.
- Berg, T. & Lucius-Hoene, G. (2000). Gesundheitsvorstellungen im biographischen Kontext. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8, 168-179.
- Berger, U., Schilke, C. & Strauß, B. (2005). Gewichtssorgen und Diätverhalten bei Kindern in der 3. und 4. Klasse. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 331-338.
- Bette, K.-H. (2005). *Körperspuren: zur Semantik und Paradoxie moderner Körperlichkeit*. Transcript.
- Bette, K.-H. & Schimank, U. (2006). *Die Dopingfalle: Soziologische Betrachtungen*. Bielefeld: transcript.

- Bette, K.-H., Schimank, U., Wahlig, D. & Weber, U. (2002). Biographische Dynamiken im Leistungssport. Möglichkeiten der Dopingprävention im Jugendalter. Köln: Sport und Buch Strauß.
- Bielefeld, J. (1986). Körpererfahrung – Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Blake, C. (2015). Wie mediale Körperdarstellungen die Körperzufriedenheit beeinflussen – Eine theoretische Rekonstruktion der Wirkungsursachen. Berlin: Springer.
- Blaxter, M. (1990). Health and Lifestyles. London: Routledge.
- Boholm, Å. (1998). Comparative studies of risk perception: A review of twenty years of research. *Journal of Risk Research*, 1, 135-163.
- Borggrefe, C., Thiel, A. & Cachay, K. (2006). Sozialkompetenz von Trainerinnen und Trainern im Spitzensport. Köln: Sportverlag Strauß.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin; Heidelberg: Springer.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Lehrbuch mit Online-Materialien. Berlin; Heidelberg: Springer.
- Botta, R.A. (2003). For your health? The relationship between magazine reading and adolescents' body image and eating disturbances. *Sex Roles*, 48, 389-399.
- Bourdieu, P. (1999). Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bower, B. & Martin, M. (1999). African American female basketball players: an examination of alcohol and drug behaviors. *Journal of American College Health*, 48(3), 129-133.
- Braun, H., Koehler, K., Geyer, H., Kleiner, J., Mester, J. & Schänzer, W. (2009). Dietary supplement use among elite young German athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 19(1), 97-109.
- Brettschneider, W.D. (1999). Risks and Opportunities: Adolescents in Top-Level Sport Growing Up with the Pressures of School and Training. *European Physical Education Review*, 5(2), 121-133
- Brewer, B.W., Van Raalte, J.L. & Linder, D.E. (1993). Athletic identity: Hercules' muscles or Achilles' heel? *International Journal of Sport Psychology*, 24, 237-254.
- Brill, P.L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health*, 6(4), 12-24.
- Buchholz, A., Mack, H., McVey, G., Feder, S. & Barrowman, N. (2008). BodySense: an evaluation of a positive body image intervention on sport climate for female athletes. *Eating Disorders*, 16(4), 308-321.

- Bühl, A. (2010). SPSS 18 (ehemals PASW): Einführung in die moderne Datenanalyse. München: Pearson Studium.
- Bühl, A. (2012). SPSS 20 – Einführung in die moderne Datenanalyse 13. München: Pearson Studium.
- Bühner, M. (2006). Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München: Pearson Studium.
- Bühner, M. (2011). Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München: Pearson Studium.
- Burisch, M. (2010). Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. Berlin: Springer.
- Burisch, M. (2014). Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung – Zahlreiche Fallbeispiele – Hilfen zur Selbsthilfe. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Burnett, S., Bault, N., Coricelli, G. & Blakemore, S.J. (2010). Adolescents' heightened risk-seeking in a probabilistic gambling task. *Cognitive Development*, 25(2), 183-196.
- Burrows, L. & Wright, J. (2004). The good life: New Zealand children's perspectives of health and self. *Sport, Education and Society*, 9(2), 193-205.
- Bußmann, G. (1995). Dropout-Problematik in der Frauenleichtathletik: Eine Ursachenanalyse bei C-Kader-Athletinnen. Köln: Sport und Buch Strauß.
- Bußmann, G. (1997). Wie verhindern wir Dropouts? *Leistungssport*, 27(6), 49-51.
- Buunk, B.P. & Schaufeli, W.B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. In W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Hrsg.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (S. 237-250). Washington: Taylor & Francis.
- Byrnes, J.P., Miller, D.C. & Schafer, W.D. (1999). Gender differences in risk taking: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 125, 367-383.
- Caccese, T.M. & Mayerberg, C.K. (1984). Gender differences in perceived burnout of college coaches. *Journal of Sport Psychology*, 6, 279-288.
- Cachay, K., Borggrefe, C. & Thiel, A. (2007). „Ich muss etwas vermitteln, ich muss überzeugen!“ Sozialkompetenz von Trainerinnen und Trainern im Spitzensport. *Leistungssport*, 37(1), 5-10.
- Calfee, R. & Fadale, P. (2006). Popular ergogenic drugs and supplements in young athletes. *Pediatrics*, 117(3), 577-589.
- Camp, N. & Slattery, M. (2002). Classification tree analysis: A statistical tool to investigate risk factor interactions with an example for colon cancer (United States). *Cancer Causes Control*, 13, 813-823.

- Carroll, J. & White, W. (1982). Theory building: Integrating individual and environmental factors with an ecological framework. In W.S. Paine (Hrsg.), *Job Stress and Burnout* (S. 41-59). Beverly Hills, CA: Sage.
- Cattell, H.E.P. & Mead, A.D. (2008). The Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF). In G. Boyle, G. Matthews & D. Saklofske (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment: Volume 2 – Personality Measurement and Testing* (S. 135-160). London: SAGE Publications Ltd.
- Chapman, N., Emerson, S., Gough, J., Mepani, B. & Road, N. (2000). Views of Health Report 1: report based on consultations with groups of children and young people in London, commissioned by the London Development Teams of Save the Children. London: Save the Children.
- Charlesworth, H. & Young, K. (2006). Injured female athletes. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport – Social and Ethical Analysis* (S. 89-107). Oxon: Routledge.
- Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger.
- Clark, L. & Tiggemann, M. (2006). Appearance culture in 9 to 12 year old girls: Media and peer influences on body dissatisfaction. *Social Development*, 15, 628-643.
- Clark, W., Janal, M., Hoben, E. & Carroll, J. (2001). How separate are the sensory, emotional, and motivational dimensions of pain? A multidimensional scaling analysis. *Somatosensory and Motor Research*, 18(1), 31-39.
- Clasing, D., Herpertz-Dahlmann, B. & Marx, K. (1997). Die eßgestörte Athletin. *Deutsches Ärzteblatt*, 94(30), A-1998-2002.
- Coakley, J. (1991). "Reconceptualizing 'Burnout' among Adolescent Athletes: From a Personal Trouble to a Social Issue." Presidential address at the annual conference of the North American Society of Sociology of Sport. Milwaukee, WI.
- Cohn, L., Macfarlane, S., Yanez, C. & Imai, W. (1995). Risk-perception: differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14(3), 217-222.
- Collinson, J.A. (2005). Emotions, Interaction and the Injured Sporting Body. *International Review for the Sociology of Sport* 40(2), 221-240.
- Costello, A. & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10, 173-178.
- Crano, W.D. & Brewer, M.B. (2002). Principles and Methods of Social Research. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cresswell, S. & Eklund, R. (2004). The athlete burnout syndrome: possible early signs. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(4), 481-487.

- Cresswell, S. & Eklund, R. (2005). Motivation and Burnout among top amateur rugby players. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 37(3), 496-477.
- Cresswell, S. & Eklund, R. (2006). Changes in athlete burnout over a thirty-week "rugby year". *Journal of Science and Medicine in Sport*, 9, 125-134.
- Crocker, P.R.E. & Graham, T.R. (1995). Coping by competitive athletes with performance stress: gender differences and relationships with affect. *The Sport Psychologist*, 9, 325-338.
- Curran, T., Appelton, P., Hill, A. & Hall, H. (2011). Passion and burnout in elite junior soccer players: The mediating role of self-determined motivation. *Journal of Psychology of Sport and Exercise*, 12(6), 655-661.
- Currie, A., Potts, S.G., Donovan, W. & Blackwood, D. (1999). Illness behaviour in elite middle and long distance runners. *British Journal of Sports Medicine*, 33(1), 19-21.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A. & Currie, D. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Curry, T.J. (1993). A Little Pain Never Hurt Anyone: Athletic Career Socialization and the Normalization of Sports Injury. *Symbolic Interaction*, 16, 273-290.
- Curry, T.J. & Strauss, R.H. (1994). A Little Pain Never Hurt Anybody: A Photo-Essay on the Normalization of Sport Injuries. *Sociology of Sport Journal*, 11(2), 195-208.
- Curtis, S. (1992). Promoting health through development analysis of adolescent risk behaviour. *Journal of School Health*, 62(9), 417-420.
- Cusumano, D.L. & Thompson, J.K. (2001). Media influence and body image in 8-11-year-old boys and girls: a preliminary report on the multidimensional media influence scale. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 37-44.
- D'Agostino, R.B., Belanger, A. & D'Agostino, J. (1990). A Suggestion for Using Powerful and Informative Tests of Normality. *The American Statistician*, 44, 316-321.
- Dascombe, B.J., Karunaratna, M., Cartoon, J., Fergie, B. & Goodman, C. (2010). Nutritional supplementation habits and perceptions of elite athletes within a state-based sporting institute. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 13(2), 274-280.
- Daszkowski, A. (2003). Das Körperbild bei Frauen und Männern: evolutionstheoretische und kulturelle Faktoren. Marburg: Tectum.
- Department of Health (2004). Choosing Health: Making Healthy Choices Easier. London: HMSO.

- Deutsche Sporthilfe (2014). Die zwei Gesichter einer Karriere als Spitzensportler. Zugriff am 05. November 2015 unter https://www.sporthilfe.de/Die_zwei_Gesichter_einer_Karriere_als_Spitzensportler___Benjamin_Starke.dsh
- Dickhut, H.-H. (2000). Einführung in die Sport- und Leistungsmedizin. Schorndorf: Hofmann.
- Diehl, K., Thiel, A., Zipfel, S., Mayer, J. & Schneider, S. (2012). Substance use among elite adolescent athletes: findings from the GOAL Study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*.
- Diekmann, A. & Voss, T. (2004). Die Theorie rationalen Handelns. Stand und Perspektiven. In A. Diekmann & T. Voss (Hrsg.), *Rational Choice Theorie. Probleme und Perspektiven* (S. 13-29). München: Oldenbourg.
- Dlugosch, G.E. (1994). Modelle in der Gesundheitspsychologie. In P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 101-117). Stuttgart: Enke.
- Dohmen, T.J., Falk, A., Huffman, D., Sunde, U., Schupp, J. & Wagner, G.G. (2009). Individual risk attitudes: measurement, determinants and behavioral consequences.
- Donnelly, P. (2004). Sport and risk culture. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 29-58). Oxford: Elsevier.
- DOSB (2006). Nachwuchsleistungssportkonzept 2012 – Leitlinien zur Weiterentwicklung des Nachwuchsleistungssports. Frankfurt am Main: DOSB.
- DOSB (2015). "Eliteschule des Sports": Daten, Zahlen, Fakten. Zugriff am 12. November 2015 unter <https://www.dosb.de/de/eliteschule-des-sports/hintergrund/>
- Durkheim, E. (1976 [1895]). Die Regeln der soziologischen Methode. Neuwied: Luchterhand.
- EBS Universität für Wirtschaft und Recht. (2013). »Kollege Spitzensportler« Chancen für Wirtschaft und Athleten *ISBS Research Series Issue 6*: Institute for Sports, Business & Society (ISBS)
- Edelmann, W. (1995). Lernpsychologie. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Services Press.
- Eisenberg, M.E., Neumark-Sztainer, D. & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(8), 733-738.
- Eiser, C. & Kopel, S.J. (1997). Children's Perceptions of Health and Illness. In K.J. Petrie & J.A. Weinman (Hrsg.), *Perceptions Of Health And Illness: Current*

Research And Applications (S. 47-76). Netherlands: Harwood Academic Publishers.

- Eklund, R.C. & Cresswell, S.L. (2007). Athlete burnout. In G. Tennenbaum & R. Eklund (Hrsg.), *Handbook of sport psychology* (3. ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Elbe, A.-M., Beckmann, J. & Szymanski, B. (2003). Das Dropout Phänomen an Eliteschulen des Sports – ein Problem der Selbstregulation? *Leistungssport*, 33(3), 46-49.
- Ellert, U., Neuhauser, H. & Roth-Isigkeit, A. (2007). Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 711–717.
- Erdman, K.A., Fung, T.S., Doyle-Baker, P.K., Verhoef, M.J. & Reimer, R.A. (2007). Dietary supplementation of high-performance Canadian athletes by age and gender. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 17(6), 458-464.
- Erlacher, D., Ehrlenspiel, F., Adegbesan, O.A. & El-Din, H.G. (2011). Sleep habits in German athletes before important competitions or games. *Journal of Sports Sciences*, 29(8), 859-866.
- Faltermaier, T. (1994). Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz.
- Faltermaier, T. (1998). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit: Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 70-86). Weinheim: Juventa.
- Faltermaier, T. (2005). Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie. Band 21. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, T. & Bengel, J. (2000). Subjektive Konzepte und Vorstellungen von Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8(4), 133-136.
- Faltermaier, T. & Kühnlein, I. (2000). Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8(4), 137-154.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998a). Gesundheit im Alltag: Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim; München: Juventa-Verlag.
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998b). Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6(4), 309-326.

- Fend, H. (2003). Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Ein Lehrbuch für pädagogische und psychologische Berufe. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ferrari, C.H. & Ferreria de Medeiros, J.M. (2002). Dental trauma and level of information: mouthguard use in different contact sports. *Dental Traumatology*, 18(3), 144-147.
- Fischer, H.J. (1983). A psychoanalytic view of burnout. In B.A. Farber (Hrsg.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions* (S. 40-45). New York: Pergamon.
- Flick, U. (1997). Gesundheitsvorstellungen im Alltag. Forschungsansätze und ihre Bedeutung für Psychologie und Gesundheitswissenschaft. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie* (S. 191- 200). Bern: Huber.
- Flick, U. (1998a). The social construction of individual and public health: contributions of social representations theory to a social science of health. *Social Science Information*, 37, 639-662.
- Flick, U. (1998b). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 7-28). Weinheim, München: Juventa.
- Flick, U. (2000). Qualitative inquires into social representations of health. *Journal of Health Psychology*, 5, 315-324.
- Flick, U., Hoose, B. & Sitta, P. (1998). Gesundheit und Krankheit gleich Saúde & Doença? Gesundheitsvorstellungen bei Frauen in Deutschland und Portugal. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 141-159). Weinheim: Juventa.
- Flick, U. & Niewiarra, S. (1994). Alltag, Lebensweisen und Gesundheit *Bericht 94-95*. Berlin: Technische Universität Berlin: Institut für Psychologie.
- Flick, U., Walter, U., Fischer, C., Neuber, A. & Schwartz, F.W. (2004). Gesundheit als Leitidee? Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Bern: Huber.
- Frances, A. (2013). DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 201(6), 530-531.
- Frank, U. (2000). Subjektive Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsförderlicher Lebensstil von Herzinfarktpatienten und -patientinnen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8, 155-167.
- Frank, U., Belz-Merk, M., Bengel, J. & Strittmatter, R. (1998). Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 57-69). Weinheim: Juventa.

- Franke, A. (2010). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Franke, E. (1998). Bedeutung und ethische Konsequenzen sportlicher Höchstleistungen im Kindes- und Jugendalter. In R. Daus, E. Emrich & C. Igel (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche im Leistungssport* (S. 50-68). Schorndorf: Hofmann Verlag.
- Franzkowiak, P. (2013). Risikoverhalten und Gesundheitsbewußtsein bei Jugendlichen: Der Stellenwert von Rauchen und Alkoholkonsum im Alltag von 15- bis 20jährigen. Springer Berlin Heidelberg.
- Fraser-Thomas, J., Cote, J. & Deakin, J. (2008). Understanding dropout and prolonged engagement in adolescent competitive sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 645–662.
- Freudenberger, H. & Richelson, G. (1980). Burn-out. The High Cost of High Achievement. Garden City, N.Y: Anchor Press.
- Frey, J.H. (1991). Social risk and the meaning of sport. *Sociology of Sport Journal*, 8(2), 136-145.
- Friedrich, W. (2008). Gewichtmachen und Diäten im Sport *Optimale Sporternährung. Grundlagen für Leistung und Fitness im Sport.* (S. 111-116): Spitta.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Fuchs, V. (1982). Time Preference and Health: An Exploratory Study. In V. Fuchs (Hrsg.), *Economic Aspects of Health* (S. 93-120). Chicago: University of Chicago Press.
- Galloway, C. (2007). Put Me In Coach: A Closer Look at Athletic Identity. *Journal of Student Affairs*, 16, 43-49.
- Gardner, M. & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635.
- Gardner, R.M., Sorter, R. & Friedman, B.N. (1997). Developmental changes in children's body image. *Journal of Social Behavior & Personality*, 12, 1019-1036.
- Garner, D.M. (1997). The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 30, 30-44.
- Gembris-Nübel, R. (2004). *Gesundheit und Behinderung – eine empirische Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe*. Dissertation, Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Gervais, M.-C. & Jovchelovitch, S. (1998). Health and identity: the case of the Chinese community in England. *Social Science Information*, 37(4), 709-729.

- Giskes, K., Patterson, C., Turrell, G. & Newman, B. (2005). Health and nutrition beliefs and perceptions of Brisbane adolescents. *Nutrition & Dietetics*, 62(2-3), 69-75.
- Gleeson, M. (2007). Immune function in sport and exercise. *Journal of Applied Physiology*, 103(2), 693-699.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. & Stevenson, J. (1986). *Stress in Organization*. New York: Praeger.
- Gotwals, J.K. (2011). Perfectionism and Burnout within Intercollegiate Sport: A Person-Orientated Approach. *The Sports Psychologist*, 25, 489-510.
- Gotwals, J.K. & Dunn, J.G.H. (2009). A multi-method multi-analytic approach to establishing internal construct validity evidence: The Sport Multidimensional Perfectionism Scale 2. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 13, 71-92.
- Gould, D., Tuffey, S., Udry, E. & Loehr, J. (1996). Burnout in competitive junior tennis players: II. A qualitative analysis. *The Sports Psychologist*, 10, 341-366.
- Greening, L., Stoppelbein, L., Chandler, C.C. & Elkin, T.D. (2005). Predictors of Children's and Adolescents' Risk Perception. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(5), 425-435.
- Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*. Routledge.
- Grunwald, M. (2008). *Human Haptic Perception. Basics and Applications*. Basel: Birkhäuser Verlag.
- Grupe, O. (1998). Hochleistungssport für Kinder aus pädagogischer Sicht. In R. Daus, E. Emrich & C. Igel (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche im Leistungssport* (S. 32-46). Schorndorf: Hofmann Verlag.
- Gugutzer, R. (2004). *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: Transcript.
- Gustafsson, H. (2007). *Burnout in competitive and elite athletes*. Dissertation, Örebro University, Örebro.
- Gustafsson, H., Hassmén, P. & Hassmén, N. (2011). Are athletes burning out with passion? *European Journal of Sport Science*, 11(6), 387-395.
- Gustafsson, H., Kenttä, G., Hassmén, N. & Lunqvist, C. (2007a). Prevalence of burnout in competitive adolescent athletes. *The Sports Psychologist*, 21(1), 21-37.
- Gustafsson, H., Kenttä, G., Hassmén, N., Lunqvist, C. & Durand-Bush, N. (2007b). The process of burnout: A multiple case study of three elite endurance athletes. *International Journal of Sports Psychology*, 38(4), 388-416.

- Gustafsson, H. & Skoog, T. (2012). The mediational role of perceived stress in the relation between optimism and burnout in competitive athletes. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(2), 183-199.
- Hall, H.K., Kerr, A.W. & Matthews, J. (1998). Precompetitive anxiety in sport: The contribution of achievement goals and perfectionism. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 20(2), 194-217.
- Hänsel, F. (2011). Kritische Ereignisse im Leistungssport. In F. Hänsel (Hrsg.), *25 Jahre Darmstädter Sport-Forum. Sport zwischen Theorie und Praxis* (S. 127-158). Aachen: Shaker.
- Hapke, U., Maske, U., Busch, M., Schlack, R. & Scheidt-Nave, C. (2012). *Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out. Wie belastet sind wir?* Präsentation: DEGS-Symposium.
- Harrison, W.D. (1983). A social competence model of burnout. In B. Farber (Hrsg.), *Stress and burnout in the human service professions* (S. 29-39). New York: Pergamon.
- Havighurst, R.J. (1956). Research on the developmental-task concept. *The School Review*, 64, 215-223.
- HBSC-Team Deutschland. (2011). *Studie: Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Körperbild und Diätverhalten von Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- Heaven, P.C.L. (1996). *Adolescent Health: The Role of Individual Differences*. London: Routledge.
- Helson, R. & Crutchfield, R.S. (1970). Creative types in mathematics. *Journal of Personality*, 38(2), 177-197.
- Hergovich, A. (2002). *Psychologie der Schönheit: physische Attraktivität aus wissenschaftlicher Perspektive*. WUV-Univ.-Verlag.
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness*. London: Academic Press.
- Heßling, A. & Bode, H. (2006). *Körperbewusstsein von Jugendlichen*. (Körper. Forum Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 1/2006). Köln: BZgA.
- Hewitt, P.L. & Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psycho-pathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hilbert, A., Rief, W. & Braehler, E. (2008). Stigmatizing Attitudes Toward Obesity in a Representative Population-based Sample. *Obesity*, 16(7), 1529-1534.
- Hill, A., Hall, H. & Appelon, P. (2010). Perfectionism and athlete burnout in junior elite athletes: the mediating role of coping tendencies. *Journal of Anxiety, Stress & Coping*, 23(4), 415-430.

- Hill, A., Hall, H., Appleton, P. & Kozub, S. (2008). Perfectionism and burnout in junior elite soccer players – the mediating influence of unconditional self-acceptance. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 630–644.
- Himmel, W. (2001). Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitsbezogene Lebensqualität - Gibt es einen Zusammenhang? *Sozial- und Präventivmedizin*, 46(2), 87-95.
- Hirtz, P., Hotz, A. & Ludwig, G. (2003). *Bewegungsgefühl*. Schorndorf: Hofmann.
- Hitzblech, T. (2005). *Gesund durch den Ruhestand. Subjektive Gesundheitsvorstellungen und ihre Bedeutung für das individuelle Gesundheitshandeln in der nachberuflichen Lebensphase*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hodge, K., Lonsdale, C. & Johan, Y.Y. (2008). Burnout in elite rugby: Relationships with basic psychological needs fulfilment. *Journal of Sports Science*, 26(8), 835-844.
- Hoffmann, A. (2008). Die Bedeutung von Trainern und anderen Sozialisationsagenten für jugendliche Sportler. *Sport und Gesellschaft*, 5(1), 3-26.
- Holle, B. (2009). *Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Hughes, R. & Coakley, J. (1991). Positive deviance among athletes – the implications of overconformity to the sport ethic. *Sociology of Sport Journal*, 8(4), 307-325.
- Hurrelmann, K. (2007). *Lebensphase Jugend: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim, München: Juventa.
- Jackson, L.A. (2002). Physical attractiveness: A sociocultural perspective. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Hrsg.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (S. 13-21). New York: The Guilford Press.
- Jaeger, B., Ruggiero, G.M., Edlund, B., Gomez-Perretta, C., Lang, F., Mohammadkhani, P., . . . Lamprecht, F. (2002). Body dissatisfaction and its interrelations with other risk factors for bulimia nervosa in 12 countries. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 54-61.
- Jenewein, M. (2010). *Psychiatrische Pflege und Burnout. Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und reduzierte Leistungsfähigkeit in Verbindung mit individuellen und organisationalen Faktoren unter Berücksichtigung der Arbeitszufriedenheit*. Dissertation, Universität Konstanz.
- Joch, W. (2001). *Das sportliche Talent: Talenterkennung – Talentförderung – Talentperspektiven*. Aachen: Meyer & Meyer.

- John, O.P. & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and theoretical Perspectives. In L. Pervin & O.P. John (Hrsg.), *Handbook of personality: Theory and research* (S. 102-138). New York: Guilford Press.
- Joraschky, P. (2009). *Körper, Bild und Psychotherapie – Zur Multimodalität in der stationären Psychotherapie*. Präsentation: Symposium „Die große Koalition in der Psychotherapie? Psychodynamische Therapie und Verhaltenstherapie“ 20.–21. Februar 2009, Blieskastel.
- Kahn, R. (1978). Job Burnout: Prevention and Remedies. *Public Welfare*, 36(2), 61-63.
- Kallus, K.W. & Kellmann, M. (2000). Burnout in Athletes and Coaches. In Y. Hanin (Hrsg.), *Emotions in Sport* (S. 209-230). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Kantsperger, S. (2010). Die Förderung von Nachwuchsleistungssportlern im Schulbereich. In T. Wörz & J. Lecheler (Hrsg.), *Die Psyche des Leistungssportlers. Die komplexe Herausforderung, ein Talent zu begleiten*. (S. 81-84). Lengerich Pabst.
- Kellmann, M. & Kallus, K. (2000). Der Erholungs-Belastungs-Fragebogen für Sportler. Manual. Frankfurt Swets.
- Kent, M., Davis, M.C. & Reich, J.W. (2013). *The Resilience Handbook: Approaches to Stress and Trauma*. New York: Routledge.
- Klein, G. (2001). Der Körper als Erfindung. In G. Randow & C. von Baeyer (Hrsg.), *Wie viel Körper braucht der Mensch?* (S. 54-62). Hamburg: edition Körper-Stiftung.
- Klein, G. (2010). Soziologie des Körpers *Handbuch spezielle Soziologien* (S. 457-473). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Klein, J., Grosse, F.K., Blum, K. & von dem Knesebeck, O. (2010). Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *International Journal for Quality in Health Care*, 22, 525–530.
- Klossika, I., Schmahl, C. & Bohus, M. (2007). Wenn der Schmerz nicht mehr weh tut. Was ereignet sich im Körper, wenn Menschen selbst schwerste Verletzungen nicht spüren? . *Forschungsmagazin Ruperto Carola 2/2007* Zugriff am 19. Dezember 2013 unter <https://www.uni-heidelberg.de/presse/ruca/ruca07-2/schmerz.html>
- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2005). Einführung in die Gesundheitspsychologie. München Basel: Ernst Reinhardt.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kolip, P. (1998). Aspekte gesundheitsbezogener Kognitionen: Ergebnisse einer quantitativen Befragung 12 bis 16-jähriger Jugendlicher. In U. Flick (Hrsg.),

Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit (S. 45-55). Weinheim, München: Juventa.

- Kolip, P. (2000). Subjektive Gesundheitsdefinitionen im Jugendalter: Geschlechtsunterschiede und Zusammenhänge zum gesundheitsrelevanten Verhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8(4), 180-189.
- Konopka, P. (2006). Sporternährung. Leistungsförderung durch vollwertige und bedarfsangepasste Ernährung. München: BLV.
- Korczak, D., Kister, C. & Huber, B. (2010) Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)*. Köln.
- Krause, K. (2002). Zusammenhänge von Selbstwirksamkeit, sozialer Unterstützung und Enjoyment mit Burnout. Ein Projektbericht. Erlangen: Eigendruck.
- Krippel, M. & Ziemainz, H. (2010). Burnout as a psychological disorder in competitive athletics. *Advances in Psychological Research*, 69, 177-192.
- Kuhlmann, E. & Kolip, P. (1998). „... Lust und Freude am Leben“. Gesundheitsvorstellungen von Professorinnen und Professoren. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 105-118). Weinheim, München: Juventa.
- Lauderdale, M.L. (1982). Burnout: Strategies for Personal and Organizational Life. Speculations on evolving paradigms. Austin, Tex, San Diego, California: Learning Concepts. Distributed by University Associates.
- Laure, P., Lecerf, T., Friser, A. & Binsinger, C. (2004). Drugs, Recreational Drug Use and Attitudes Towards Doping of High School Athletes. *International Journal of Sports Medicine*, 25(2), 133-138.
- Lautenbacher, S. (2007). Der »kleine« Unterschied beim Schmerz. In S. Lautenbacher, O. Güntürkün & M. Hausmann (Hrsg.), *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann* (S. 199-208). Heidelberg: Springer.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213–260). Bern: Huber.
- Lehr, D. (2007). *Affektive Störungen bei Lehrerinnen und Lehrern – Untersuchungen zur Diagnostik von Depressivität, zu berufsbezogenen Risikofaktoren und zur Bewältigung beruflicher Belastungen*. Dissertation, Philipps-Universität Marburg, Marburg/Lahn.

- Lemyre, P.N., Hall, H.K. & Roberts, G.C. (2008). A social-cognitive approach to burnout in elite athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18, 221-234.
- Lemyre, P.N., Roberts, G.C. & Stray-Gundersen, J. (2007). Motivation, overtraining, and burnout: Can self-determination predict overtraining and burnout in elite athletes? *Journal of Sport and Exercise Science*, 7(2), 115-126.
- Lemyre, P.N., Treasure, D. & Roberts, G. (2006). Influence of Variability in Motivation and Affect on Elite Athlete Burnout Susceptibility. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 28(1), 32-48.
- Leppin, A. (2007). Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten* (S. 99-109). Heidelberg: Springer.
- Lettke, F., Eirnbter, W.H., Hahn, A., Hennes, C. & Jacob, R. (1999). Krankheit und Gesellschaft. Zur Bedeutung von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorstellungen für die Prävention. Konstanz: UVK.
- Levine, M.P. & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Hrsg.), *Body image: A handbook of theory, research and practice* (S. 74-82). New York: Guilford.
- Limbourg, M. (1998). *Die Bedeutung von Familie und Freunden für Sicherheit und Gefahr im Kindes- und Jugendalter*. Präsentation: XVIII Internationales Symposium „Die Vermittlung von Sicherheit und Risiko in Familie und Schule“, Köln.
- Lindtner, C. (2012). *Das Gesundheitsbewusstsein und seine Förderung bei weiblichen Jugendlichen*. Masterarbeit, Karl-Franzens Universität, Graz.
- Lohaus, A. & Ball, J. (2006). Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. Göttingen: Hogrefe.
- Loland, S., Skirstad, B. & Waddington, I. (2006). Pain and Injury in Sport – Social and Ethical Analysis. Oxon: Routledge.
- Lonsdale, C., Hodge, K. & Rose, E. (2009). Athlete burnout in elite sport: A self-determination perspective. *Journal of Sports Science*, 27(8), 785-795.
- Lowes, J. & Tiggemann, M. (2003). Body dissatisfaction, dieting awareness, and the impact of parental influence in young children. *British Journal of Health Psychology*, 9, 135-147.
- Macintyre, S., McKay, L. & Ellaway, A. (2006). Lay concepts of the relative importance of different influences on health: are there major socio-demographic variations? *Health Education Research*, 21, 731-739.
- Madden, C.C., Kirkby, R.J. & McDonald, D. (1989). Coping styles of competitive middle distance runners. *International Journal of Sport Psychology*, 20, 287-296.

- Mahmud, N. & Crittenden, N. (2007). A comparative study of body image of Australian and Pakistani young females. *British Journal of Psychology*, 98, 187-198.
- Main, L.C. & Landers, G.J. (2012). Overtraining or burnout: a training and psycho-behavioural case study. *International journal of sports science and coaching*, 7(1), 23-31.
- Malcolm, D. & Sheard, K. (2002). "Pain in the assets": The effects of commercialization and professionalization on the management of injury in English rugby union. *Sociology of Sport Journal*, 19(2), 149-169.
- Malcolm, N.L. (2006). "Shaking It Off" and "Toughing It Out": Socialization to Pain and Injury in Girls' Softball. *Journal of Contemporary Ethnography* 35(5), 495-525.
- Malina, R. (2010). Early Sport Specialization: Roots, Effectiveness, Risks. *Current Sports Medicine Reports*, 9(6), 364-371.
- Malina, R.M. (2002). The young athlete: Biological growth and maturation in a biocultural context. In F.L. Smoll & R.E. Smith (Hrsg.), *Children and youth in sport. A biopsychosocial perspective* (S. 261-292). Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C. & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). Burnout in health professionals: A social psychological analysis. In G. Sanders & J. Suls (Hrsg.), *Social Psychology of Health and Illness* (S. 227-251). Hillsdale: Erlbaum.
- Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2000). Burnout. In E. Fink (Hrsg.), *Encyclopedia of stress* (S. 358-362). New York: Academic Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslow, A.H. (1977). *Motivation und Persönlichkeit* Olten, Freiburg i.Br.: Walter.
- Mattes, P. (1998). Gesundheit und Krankheit im internationalen Vergleich. Einstellungen in Großbritannien und der Bundesrepublik. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 160-170). Weinheim: Juventa.

- Mayer, J. (2010). Verletzungsmanagement im Spitzensport. Eine systemtheoretisch-konstruktivistische Analyse mit Fallstudien aus den Sportarten Leichtathletik und Handball. Hamburg: Czwalina.
- McGrath, P. (1994). Psychological aspects of pain perception. *Archives of Oral Biology*, 39(Suppl), 55S–62S.
- Mead, G.H. (1969). Philosophie der Sozialität: Aufsätze zur Erkenntnisanthropologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Messner, M.A. (1992). Power at Play: Sports and the Problem of Masculinity. Boston: Beacon Press.
- Miller, M., Berry, D., Garipey, G. & Tittler, J. (2006). Attitudes of High School Ice Hockey Players Toward Mouthguard Usage. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 4(4).
- Millstein, S.G. (1993). A View of health from the adolescent's perspective. In S.G. Millstein, A. Petersen & E.O. Nightingale (Hrsg.), *Promoting the health of adolescents* (S. 97–118). New York: Oxford University Press.
- Millstein, S.G. & Irwin, C.E. (1987). Concepts of health and illness: Different constructs or variations on a theme? *Health Psychology*, 6(6), 515-524.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007). Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Heidelberg: Springer.
- Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- Mottram, D., Chester, N., Atkinson, G. & Goode, D. (2008). Athletes' knowledge and views on OTC medication. *International Journal of Sports Medicine*, 29(10), 851-855.
- Mummendey, H. (1999). Die Fragebogenmethode. Göttingen: Hogrefe.
- Myant, K. & Williams, J. (2005). Children's Concepts of Health and Illness: Understanding of Contagious Illnesses, Non-Contagious Illnesses and Injuries. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 805-819.
- Natapoff, N. (1978). Children's views of health. A developmental study. *American Journal of Public Health*, 68, 995-1000.
- Nemeth, R., von Baeyer, C. & Rocha, E. (2005). Young gymnasts' understanding of sport-related pain: a contribution to prevention of injury. *Child Care Health and Development*, 31(5), 615-625.
- Nieper, A. (2004). Nutritional supplement practices in UK junior national track and field athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 645-649.

- Nilges, P., Köster, B. & Schmidt, C.O. (2007). Schmerzakzeptanz – Konzept und Überprüfung einer deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionnaire. *Der Schmerz*, 21(1), 57-67.
- Nixon, H.L. (1992). A Social Network Analysis of Influences on Athletes to Play with Pain and Injury. *Journal of Sport & Social Issues*, 16(2), 127-135.
- Nixon, H.L. (1994). Social Pressure, Social Support and Help Seeking for Pain and Injuries in College Sport Networks. *Journal of Sport & Social Issues*, 18(4), 340-355.
- Nixon, H.L. (1996). Explaining Pain and Injury Attitudes and Experiences in Sport in Terms of Gender, Race, and Sports Status Factors. *Journal of Sport & Social Issues*, 20(1), 33-44.
- Nixon, H.L. (2004). Cultural, structural and status dimensions of pain and injury experiences in sport. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 81- 98). Oxford: Elsevier.
- Nordlohne, E. & Kolip, P. (1994). Gesundheits- und Krankheitskonzepte 14- bis 17jähriger Jugendlicher: Ergebnisse einer repräsentativen Jugendbefragung. In P. Kolip (Hrsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung* (S. 121-138). Weinheim, München: Juventa.
- Normandeau, S., Wins, I., Jutras, S. & Hanigan, D. (1998). A description of 5- to 12-year old children's conception of health within the context of their daily life. *Psychology & Health*, 13(5).
- Ochse, R. (1990). *Before the gates of excellence: Determinants of creative genius*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Oerter, R. (Ed.). (2008). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim; Basel: Beltz.
- Paul, T. & Thiel, A. (2005). EDI-2, Eating Disorder Inventory-2. Göttingen: Hogrefe.
- Pelletier, L., Fortier, M., Vallerand, R., Tuson, K., Brière, N. & Blais, M. (1995). Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: the sport motivation scale (SMS). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 35-54.
- Peretti-Watel, P., Guagliardo, V., Verger, P., Mignon, P., Pruvost, J. & Obadia, Y. (2004). Attitudes Toward Doping and Recreational Drug Use Among French Elite Student-Athletes. *Sociology of Sport Journal*, 21(1), 1-17.
- Perko, M., Bartee, R.T., Dunn, M., Wang, M. & Eddy, J.M. (2000). Giving new meaning to the term "taking one for the team". Influences on the use/non-use of dietary supplements among adolescent athletes. *American Journal of Health Studies*, 16(2), 99-106.
- Petróczi, A., Naughton, D., Pearce, G., Bailey, R., Bloodworth, A. & McNamee, M. (2008). Nutritional supplement use by elite young UK athletes: fallacies of

- advice regarding efficacy. *Journal of the International Society of Sports Nutr*, 5-22.
- Phares, V., Steinberg, A.R. & Thompson, J.K. (2004). Gender Differences in Peer and Parental Influences: Body Image Disturbance, Self-Worth, and Psychological Functioning in Preadolescent Children. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 421-429.
- Pietrowsky, R. (2008). Hunger und Sättigung. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 124-129): Springer Berlin Heidelberg.
- Pike, E.C.J. & Maguire, J.A. (2003). Injury in women's sport: classifying key elements of 'risk encounters'. *Sociology of Sport Journal*, 20, 232-251.
- Piko, B.F. & Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research*, 21(5), 643-653.
- Pines, A.M. & Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.
- Pogatzki-Zahn, E. (2012). Schmerz und Geschlecht. Zugriff am 09. Dezember 2013 unter <http://www.dgss.org/patienteninformationen/besonderheiten-bei-schmerz/schmerz-und-geschlecht/>
- Pöllot, K. (2002). Zusammenhänge zwischen dem Erholung-Belastungsfragebogen und dem Athleten Burnout Fragebogen – Ein Projektbericht. Erlangen.
- Primack, B.A., Fertman, C.I., Rice, K.R., Adachi-Mejia, A.M. & Fine, M.J. (2010). Waterpipe and cigarette smoking among college athletes in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 45-51.
- Prohl, R. & Emrich, E. (2009). Eliteschulen des Sports als Bildungsorganisationen einer Zivilgesellschaft. *Sportwissenschaft*, 39(3), 197-209.
- Puhl, R. & Heuer, C. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019-1028.
- Radley, A. & Billig, M. (1996). Accounts of health and illness: Dilemmas and representations. *Sociology of Health & Illness*, 18(2), 220-240.
- Raedeke, T.D. (1997). Is athlete burnout more than just stress? A sport commitment perspective. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 19(4), 396-417.
- Raedeke, T.D. & Smith, A. (2001). Development and Preliminary Validation of an Athlete Burnout Measure. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 23, 281-306.
- Raedeke, T.D. & Smith, A. (2004). Coping Resources and Athlete Burnout: An Examination of Stress Mediated and Moderation Hypotheses. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26(4).

- Raedeke, T.D. & Smith, A.L. (2009). *The Athlete Burnout Questionnaire Manual*. Fitness Information Technology.
- Rainey, D.W. & Hardy, L. (1999). Sources of stress, burnout and intention to terminate among rugby union referees. *Journal of Sports Sciences*, 17(10), 797-806.
- Raithel, J. (2003). Risikobezogenes Verhalten und Geschlechtsrollenorientierung im Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 11(1), 21-28.
- Raithel, J. (2011). *Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reboussin, B.A., Rejeski, W.J., Martin, K.A., Callahan, K., Dunn, A.L., King, A.C. & Sallis, J.F. (2000). Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle- and older aged adults: The activity counseling trial (ACT). *Psychology & Health*, 15(2), 239-254.
- Reinecker, H. (2003). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie: Modelle psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Renn, O. (1992). Concepts of Risk: A Classification. In S. Krinsky (Hrsg.), *Social theories of risk* (S. 53-79). Westport: Praeger.
- Renz, U. (2007). *Schönheit: eine Wissenschaft für sich*. Berliner Taschenbuch-Verlag.
- Richartz, A. (2000). *Lebenswege von Leistungssportlern: Anforderungen und Bewältigungsprozesse der Adoleszenz; eine qualitative Längsschnittstudie*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Richartz, A. (2001). "Alles halb so schlimm!" wie junge Athletinnen und Athleten Schmerzen und Verletzungen bewältigen. *Leistungssport*, 31(4), 47-52.
- Richartz, A. & Brettschneider, W.D. (1996). *Weltmeister werden und die Schule schaffen: zur Doppelbelastung von Schule und Leistungstraining*. Hofmann.
- Robert Koch-Institut (RKI) & Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). (2012). Erste Ergebnisse der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland". 14.06.2012. Zugriff am 06. Februar 2015 unter http://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2012/08_2012.html
- Roderick, M. (2006). The Sociology of Pain and Injury in Sport: Main Perspectives and Problems. In S. Loland, B. Skirstad & I. Waddington (Hrsg.), *Pain and Injury in Sport. Social and Ethical Analysis* (S. 17-33). London, New York: Routledge.
- Roderick, M., Waddington, I. & Parker, G. (2000). Playing hurt: Managing injuries in English professional football. *International Review for the Sociology of Sport*, 35(2), 165-180.

- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J.T. Cacioppo & R.E. Petty (Hrsg.), *Social Psychophysiology. A sourcebook* (S. 151-176). New York: Guilford Press.
- Rohrmann, B. (1990). Psychologische Risikoforschung. In D. Frey (Hrsg.), *Bericht über den 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Kiel 1990* (S. 393-412). Göttingen.
- Rohrmann, B. (2005). *Risk Attitude Scales: Concepts, Questionnaires, Utilizations* Project Report. University of Melbourne/Australia.
- Rohrmann, T. (2003). Harte Jungs – zarte Mädchen? *UGB-Forum*, 2, 62-65.
- Rosenkranz, S. (2007). Subjektive Gesundheitskonzepte von Jugendlichen – zur Argumentationsfigur „Gesundheit – Sport – Fitness“ im Sportverständnis Jugendlicher. GRIN Verlag.
- Rösing, I. (2003). Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt? Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. Heidelberg: Asanger.
- Safai, P. (2003). Healing the body in the "culture of risk": Examining the negotiation of treatment between sport medicine clinicians and injured athletes in canadian intercollegiate sport. *Sociology of Sport Journal*, 20(2), 127-146.
- Schaarschmidt, U. (2004). Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim, Basel: Deutscher Studien Verlag.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study research and practice: A critical analysis. London: Taylor&Francis.
- Schiersch, I. (2002). Zusammenhänge von psychosomatischen Beschwerden und Teilnahmemotivation mit Burnout – Ein Projektprojekt. Erlangen.
- Schliermann, R., Hagenah, J. & Hörmann, G. (2002). Habituelle Stressbewältigung und Burnout von Fußballtrainern. *Psychologie und Sport*, 9, 71-79.
- Schmidt, L.R. & Fröhling, H. (1998). Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 33-44). Weinheim: Juventa.
- Schmidt, L.R. & Fröhling, H. (2000). Lay concepts of health and illness from a developmental perspective. *Psychology and Health*, 15, 229-238.
- Schmitt, H. (2013). Sportorthopädie und -traumatologie im Kindes- und Jugendalter: Empfehlungen zur Sporttauglichkeitsprüfung und zur Sportausübung bei Verletzungen und Erkrankungen. Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schmitt, S. (2011). *Subjektive Gesundheitskonzepte und Gesundheitsförderung im Alter. Eine Analyse gesundheitsbezogener Bedürfnisse von Bewohnern/innen*

stationärer Altenpflegeeinrichtungen und ihre Relevanz für pflegerische Interventionen. Dissertation, Universität Bremen, Bremen.

- Schneider, A. (2012). *Das Körperbewusstsein bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklung, altersabhängige Ausprägung und Einfluss auf gesundheitsfördernde und gesundheitspräventive Maßnahmen.* Biologische Fakultät. Albert-Ludwigs-Universität. Freiburg im Breisgau.
- Schubring, A. (2014). *Wachstum als Herausforderung – Soziologische Analysen des Wachstumsmanagements jugendlicher Spitzenathleten und Nachwuchstrainer.* Dissertation, Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen.
- Schubring, A. & Thiel, A. (2011). Wachstum als Krisenpotenzial im Nachwuchsleistungssport - Genese und Konstruktion von Wachstumsproblemen jugendlicher Nachwuchsathleten aus soziologischer Perspektive. *Sport und Gesellschaft*, 8(3), 255-282.
- Schubring, A. & Thiel, A. (2014). Coping With Growth in Adolescent Elite Sport. *Sociology of Sport Journal*, 31(3), 301-326.
- Schück, H. (2005). Die „drop-out-Quote“ und das „drop-in-Problem“: Globalisierung im Spitzensport fordert neue Bausteine in der Talentförderung. *Olympisches Feuer*, 2, 14-17.
- Schulze, C. & Welters, L. (1998). Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 88-104). Weinheim: Juventa.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 9-24). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1992). Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors: Theoretical Approaches and a New Model. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1993). *Angst, Stress und Handlungsregulation.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie.* Göttingen, Bern: Hogrefe.
- Seiler, R. (2011). Psychische Anforderungen im Nachwuchsleistungssport - Ursachen, Risiken und Handlungsmöglichkeiten. Prävention und Rehabilitation. *Prävention und Rehabilitation*, 23(1), 7-12.
- Shakhlina, L. (2008). Die Folgen falscher Ernährung bei Sportlerinnen. *Leistungssport*, 1, 31-35.

- Siegel, I. (2010). Does body weight dissatisfaction change with age? A cross-sectional analysis of American women. *The New School Psychology Bulletin*, 7, 42-50.
- Simmons, R.G. & Blyth, D.A. (1987). *Moving into adolescence: the impact of pubertal change and school context*. New York: Aldine de Gruyter.
- Slater, G., Tan, B. & Teh, K. (2003). Dietary supplementation practices of Singaporean athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 13(3), 320-332.
- Smith, A.L., Gustafsson, H. & Hassmén, P. (2010). Peer motivational climate and burnout perceptions of adolescent athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 11(6), 453-460.
- Smith, R.E. (1986). Toward a Cognitive-Affective Model of Athletic Burnout. *Journal of Sport Psychology*, 8, 36-50.
- Smolak, L. (2002). Body image development in children. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Hrsg.), *Body image: A handbook of theory, research, and practice* (S. 65-73). New York: Guilford.
- Sokolowska, K. & Pohorille, A. (2000). Models of risk and choice: challenge or danger. *Acta Psychologica*, 104, 339-369.
- SPSS (o.J.). PASW decision trees 18. Zugriff am 13. November 2015 unter http://www.sussex.ac.uk/its/pdfs/SPSS18_Decision_Trees.pdf
- Stacey, M. (1988). *The Sociology of Health and Healing: A Textbook*. Routledge.
- Steinberg, L. (2007). Risk-taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 55-59.
- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38, 669-678.
- Stoeber, J. & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319.
- Stoeber, J., Stoll, O., Salmi, O. & Tiikkaja, J. (2009). Perfectionism and achievement goals in young Finnish ice-hockey players aspiring to make the Under-16 national team. *Journal of Sports Sciences*, 27(1), 85-94.
- Story, M., French, S.A., Resnick, M.D. & Blum, R.W. (1995). Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 173-179.
- Sudi, K., Ottl, K., Payerl, D., Baumgartl, P., Tauschmann, K. & Muller, W. (2004). Anorexia athletica. *Nutrition*, 20(7-8), 657-661.
- Sulprizio, M. (2011). Mental gestärkt. Psychische Gesundheit im Leistungssport. *Medicalsportsnetwork*, 6.

- Sundgot-Borgen, J. & Torstveit, M.K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sport*, 20(2), 112-121.
- Swami, V., Frederick, D.A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., . . . al., e. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(3), 309-325.
- Swami, V. & Furnham, A. (2008). *The psychology of physical attraction*. New York: Routledge.
- Sygyusch, R. (2000). Sportliche Aktivität und subjektive Gesundheitskonzepte von Jugendlichen. Eine Studie zum Erleben von Körper und Gesundheit bei jugendlichen Sportlern. Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Taylor, A.H., Daniel, J.V., Leith, L. & Burke, R. (1990). Perceived stress, psychological burnout and paths to turnover intentions among sport officials. *Journal of Applied Sport Psychology*, 2, 84-97.
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Wanne, O. & Raitatakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: A 21-year tracking study. *American Journal of Preventative Medicine*, 28(3), 267-273.
- Tesarz, J., Schuster, A.K.-G., Hartmann, M., Gerhardt, A. & Eich, W. Pain perception in athletes compared to normally active controls: A systematic review with meta-analysis. *Pain*, 153(6).
- Teubert, H., Cachay, K., Borggreffe, C. & Thiel, A. (2006). Spitzensport und Schule – Möglichkeiten und Grenzen struktureller Kopplung in der Nachwuchsförderung. Schorndorf: Hofmann.
- Theberge, N. (1997). "It's Part of the Game" Physicality and the Production of Gender in Women's Hockey. *Gender & Society*, 11(1), 69-87.
- Theberge, N. (2008). Just a Normal Bad Part of What I Do: Elite Athletes' Accounts of the Relationship Between Sport Participation and Health. *Sociology of Sport Journal*, 25(2), 206-222.
- Thiel, A., Alizadeh, M., Giel, K.E. & Zipfel, S. (2008). Stigmatisierung von adipösen Kindern und Jugendlichen durch ihre Altersgenossen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPmP)*, 58(12), 462-270.
- Thiel, A., Diehl, K., Giel, K.E., Schnell, A., Schubring, A.M., Mayer, J., . . . Sven, S. (2011). The German Young Olympic Athletes' Lifestyle and Health Management Study (GOAL Study): design of a mixed-method study. *BMC Public Health*, 11, 410.
- Thiel, A., Mayer, J. & Digel, H. (2010). *Gesundheit im Spitzensport. Eine sozialwissenschaftliche Analyse*. Schorndorf: Hofmann.
- Thiel, A., Mayer, J. & Seiberth, K. (2013). *Sportsoziologie. Ein Lehrbuch in 13 Lektionen*. Aachen: Meyer & Meyer.

- Thompson, J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J.K. & van den Berg, P. (2004). Measuring Body Image Attitudes among Adolescents and Adults. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Hrsg.), *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (S. 142-154). New York: Guilford Press.
- Thompson, S.H., Corwin, S.J. & Sargent, R.G. (1997). Ideal body size beliefs and weight concerns of fourthgrade children. *International Journal of Eating Disorders, 21*, 279-284.
- Torstveit, M.K. & Sundgot-Borgen, J. (2005). The female athlete triad exists in both elite athletes and controls. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 37*(9), 1449-1459.
- Tremblay, I. & Sullivan, M. (2010). Attachment and pain outcomes in adolescents: the mediating role of pain catastrophizing and anxiety. *Journal of Pain, 11*(2), 160-171.
- Trepel, M. (2004). *Neuroanatomie: Struktur und Funktion*. München/Jena: Urban & Fischer, 3. Aufl.
- Tricker, R. (2000). Painkilling drugs in collegiate athletics: Knowledge, attitudes, and use of student athletes. *Journal of Drug Education, 30*(3), 313-324.
- Trimpop, R. & Zimolong, B. (1995). Risk acceptance. In U. Reulecke, B. Rosemann & B. Zimolong (Hrsg.), *Bochumer Berichte zur Angewandten Psychologie Nr.12* (S. 1-16). Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- UK Sport (oA). *Eating Disorders in Sport - A guideline framework for practitioners working with high performance athletes*. Zugriff unter <http://www.uk sport.gov.uk/publications/eating-disorders-in-sport>
- Urban, D. & Mayerl, J. (2006). *Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Van Dick, R. & Wagner, U. (2001). Der AVEM im Lehrerberuf: Eine Validierungsstudie. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 22*, 267-278.
- von Lengerke, T., Mielck, A. & Group, K.S. (2012). Body weight dissatisfaction by socioeconomic status among obese, preobese and normal weight women and men: results of the cross-sectional KORA Augsburg S4 population survey. *BMC Public Health 12*(1), 342.
- Wagner, G., Schröder, U. & Peil, J.M. (2003). Gewichtsmanipulation und Gewichtsmanagement – Die richtige Ernährung bei Sportarten mit Gewichtsklassen. *54*(5), 157-158.
- Walk, S.R. (1997). „Peers in pain“: the experiences of student athletic trainers. *Sociology of Sport Journal, 14*, 22–56.

- Wallston, K.A. & Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health: The construct of health locus of control. In G. Sanders & J. Suls (Hrsg.), *Social Psychology of Health and Illness* (S. 65-95). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum & Associates.
- Wanjek, B., Rosendahl, J., Strauss, B. & Gabriel, H.H. (2007). Doping, drugs and drug abuse among adolescents in the State of Thuringia (Germany): prevalence, knowledge and attitudes. *International Journal of Sports Medicine*, 28(4), 346-353.
- Weber, R. (2009). Protection of Children in Competitive Sport – Some Critical Questions for London 2012. *International Review for the Sociology of Sport*, 44(1), 55-69.
- Wegner, R., Kostova, P., Poschadel, B. & Baur, X. (2007). Weniger Stunden, mehr Arbeit. *Hamburger Ärzteblatt*, 11, 515-518.
- Weiber, R. & Mühlhaus, D. (2010). Strukturgleichungsmodellierung: Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Weichold, K. & Silbereisen, R.K. (2008). Pubertät und psychosoziale Anpassung. In R.K. Silbereisen & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Enzyklopädie Psychologie, Band 5 Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 3-53). Göttingen: Hogrefe.
- Weineck, J. (2010). Sportbiologie. Balingen: Spitta.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
- Wermke, C. (2012). Karriere nach dem Spitzensport – Der Job ist das Ziel. Zugriff am 06. November 2015 unter <http://www.karriere.de/karriere/ein-job-ist-das-ziel-167257/>
- Werner, C. (2014). Explorative Faktorenanalyse: Einführung und Analyse mit R. Zugriff unter http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/methoden/team/christinawerner/faktorenanalyse/explorative_faktorenanalyse_mit_r_cswerner.pdf
- West, C. & Zimmermann, D. (1987). gender and society. *Gender & Society*, 1(2), 125-151.
- Whalen, C.K., Henker, B., O'Neil, R., Hollingshead, J., Holman, A. & Moore, B. (1994). Optimism in children's judgments of health and environmental risks. *Health Psychology*, 13(4), 319-325.
- Wickman, M.E., Anderson, N.L. & Greenberg, C.S. (2008). The adolescent perception of invincibility and its influence on teen acceptance of health promotion strategies. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(6), 460-468.
- Williamson, S. & Delin, C. (2001). Young children's figural selections: accuracy of reporting and body size dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 80-84.

- Wörz, T. & Lecheler, J. (2010). Die Psyche des Leistungssportlers. Die komplexe Herausforderung, ein Talent zu begleiten. Lengerich: Pabst.
- Young, K. (1993). Violence, risk and liability in male sports culture. *Sociology of Sport Journal*, 10(4), 373-396.
- Young, K. (2004a). Sports-related Pain and Injury: Sociological Notes. In K. Young (Hrsg.), *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury* (S. 1-28). Oxford: Elsevier.
- Young, K. (Ed.). (2004b). *Sporting bodies, damaged selves: sociological studies of sports-related injury*. Oxford: Elsevier.
- Young, K., McTeer, W. & White, P. (1994). Body Talk: Male Athletes Reflect on Sport, Injury and Pain. *Sociology of Sport Journal*, 11, 175-194.
- Young, K. & White, P. (1995). Sport, Physical Danger and Injury: The Experiences of Elite Women Athletes. *Journal of Sport and Social Issues*, 19, 45-61.
- Zenz, M., Jurna, I. & Ahrens, S. (2001). Lehrbuch der Schmerztherapie: Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung. Wiss. Verlag-Ges.
- Ziegler, P.J., Nelson, J.A. & Jonnalagadda, S.S. (2003). Use of Dietary Supplements By Elite Figure Skates. *International Journal of Sport Nutrition & Exercise Metabolism*, 13(3), 266-276.
- Ziemainz, H., Abu-Omar, K., Raedeke, T. & Krause, K. (2004). Burnout im Sport. Zur Prävalenz von Burnout aus bedingungsbezogener Perspektive. *Leistungssport*, 34(6), 12-17.
- Zimmer, R. (1999). Handbuch der Psychomotorik. Freiburg im Breisgau: Herder.
- Zimmer, R. (2003). Körpererleben und Identität *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung – Sexualerziehung im Kindergarten* (Vol. 4): BZgA.
- Zinnecker, J. & Silbereisen, R.K. (1996). Kindheit in Deutschland: aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern. Juventa.
- Zuckerman, M. (2007). Sensation seeking and risky behavior. Washington, D.C.: American Psychological Association.

8 Anhang

Tabelle 1: Sportarteneinteilung (Kreuztabelle: Sportart x Sportartengruppe)

		Sportartengruppen								Gesamt
		Technisch	Ausdauer	Ästhetisch	Gewichtsklassen- abhängig	Ball	Kraft	Anti- gravitation	Ausdauer mit ho- hem Krafteinsatz	
Sportart	Badminton	0	0	0	0	22	0	0	0	22
	Basketball	0	0	0	0	64	0	0	0	64
	Beachvolleyball	0	0	0	0	9	0	0	0	9
	Biathlon	0	12	0	0	0	0	0	0	12
	Bogenschießen	12	0	0	0	0	0	0	0	12
	Boxen	0	0	0	3	0	0	0	0	3
	Curling	4	0	0	0	0	0	0	0	4
	Dressur (Reiten)	5	0	0	0	0	0	0	0	5
	Eishockey	0	0	0	0	61	0	0	0	61
	Eislaufen	0	0	14	0	0	0	0	0	14
	Eisschnelllauf	0	0	0	0	0	0	0	44	44
	Fechten	22	0	0	0	0	0	0	0	22
	Fußball	0	0	0	0	42	0	0	0	42

Gewichtheben	0	0	0	19	0	0	0	0	19
Handball	0	0	0	0	61	0	0	0	61
Hockey	0	0	0	0	65	0	0	0	65
Judo	0	0	0	29	0	0	0	0	29
Kanurennsport	0	0	0	0	0	0	0	19	19
Kanuslalom	13	0	0	0	0	0	0	0	13
Kunst- und Turmspringen	15	0	0	0	0	0	0	0	15
Kunstturnen	0	0	17	0	0	0	0	0	17
Langlauf (Ski)	0	19	0	0	0	0	0	0	19
Leichtathletik ⁷⁸	0	32	0	0	0	71	27	0	130
Moderner Fünfkampf	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Radsport (Gesamt)	0	81	0	0	0	0	0	0	81
Nordische Kombination	0	8	0	0	0	0	0	0	8
Springreiten	8	0	0	0	0	0	0	0	8

⁷⁸ Die Zuteilung der verschiedenen Disziplinen der Leichtathletik erfolgt wie folgt:
 Kraftsportarten: Speer-, Diskus-, Hammer-, Kugelstoßen, Kurzstrecke (Sprint), Hürdenlauf, Mehrkampf
 Antigravitation: Hoch-, Weit-, Stabhoch-, Dreisprung
 Ausdauer: Mittel- und Langstrecke, Hindernislauf, Gehen

Rennrodeln	14	0	0	0	0	0	0	0	14
Ringen Freistil	0	0	0	28	0	0	0	0	28
Rudern	0	0	0	27	0	0	0	0	27
Rhythmische Sportgymnastik	0	0	3	0	0	0	0	0	3
Schießen	10	0	0	0	0	0	0	0	10
Schwimmen	0	61	0	0	0	0	0	0	61
Shorttrack	0	0	0	0	0	0	0	16	16
Skeleton	7	0	0	0	0	0	0	0	7
Ski Alpin	15	0	0	0	0	0	0	0	15
Ski Freestyle	3	0	0	0	0	0	0	0	3
Skispringen	0	0	0	0	0	0	14	0	14
Snowboard	6	0	0	0	0	0	0	0	6
Synchronschwimmen	0	0	8	0	0	0	0	0	8
Taekwondo	0	0	0	19	0	0	0	0	19
Tennis	0	0	0	0	7	0	0	0	7
Tischtennis	0	0	0	0	18	0	0	0	18
Trampolin	0	0	4	0	0	0	0	0	4
Triathlon	0	9	0	0	0	0	0	0	9

Vielseitigkeit (Reiten)	6	0	0	0	0	0	0	0	6
Volleyball	0	0	0	0	46	0	0	0	46
Wasserball	0	0	0	0	12	0	0	0	12
Gesamt	143	222	46	125	407	71	41	79	1134

Tabelle 2: Itemanalyse – Rohwerte und Itemschwierigkeit: Subjektive Gesundheitskonzepte (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

	N		M	Varianz	SD	Schiefe	Stndfehler der Schiefe	Kurtosis	Stndfehler der Kurtosis	Min	Max	Item- schwierigkeit M/5
	Gültig	Fehlend										
Faktor 1: ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘												
Man ist nur dann gesund, wenn man keine Sorgen hat.	1132	6	2,85	1,29	1,14	,065	,073	-,804	,145	1	5	0,57
Man ist nur dann gesund, wenn man mit sich und der Welt vollkommen zufrieden ist.	1132	6	3,32	1,32	1,15	-,262	,073	-,755	,145	1	5	0,66
Man ist nur dann gesund, wenn man sich wohlfühlt.	1130	8	3,62	1,14	1,07	-,614	,073	-,237	,145	1	5	0,72
Man ist nur dann gesund, wenn man sich um Freunde Familie küm- mern kann.	1133	5	2,84	1,15	1,07	-,015	,073	-,629	,145	1	5	0,57
Faktor 2: ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘												
Man ist nur dann gesund, wenn man körperlich voll funktionsfähig ist.	1134	4	4,02	,92	,96	-,996	,073	,538	,145	1	5	0,80
Man ist nur dann gesund, wenn man im Training	1130	8	3,62	1,19	1,09	-,643	,073	-,321	,145	1	5	0,72

und Wettkampf nicht beeinträchtigt ist.												
Man ist nur dann gesund, wenn alle med. Werte im Normbereich liegen.	1130	8	3,55	1,07	1,03	-,486	,073	-,402	,145	1	5	0,71
Faktor 3: ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘												
Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	1129	9	3,87	,92	,96	-,913	,073	,724	,145	1	5	0,77
Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	1133	5	3,71	1,08	1,04	-,583	,073	-,358	,145	1	5	0,74
Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.	1132	6	3,58	1,03	1,01	-,590	,073	-,091	,145	1	5	0,72
Faktor 4: ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘												
Man kann nur entweder gesund oder krank/verletzt sein, dazwischen gibt es nichts.	1135	3	2,52	1,45	1,20	,493	,073	-,655	,145	1	5	0,50
Man bleibt immer gleich gesund, solange keine Krankheit oder Verletzungen auftreten.	1134	4	3,13	1,29	1,14	,009	,073	-,858	,145	1	5	0,63
Man ist erst dann krank, wenn man nicht mehr trainieren kann.	1129	9	2,48	1,35	1,16	,511	,073	-,674	,145	1	5	0,50

Faktor 5: ‚Gesundheit als unkontrollierbares Phänomen‘												
Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben.	1135	3	2,46	1,24	1,11	,386	,073	-,632	,145	1	5	0,49
Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab.	1129	9	2,46	1,11	1,05	,375	,073	-,519	,145	1	5	0,49
Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	1128	10	3,20	,85	,92	-,389	,073	-,107	,146	1	5	0,64

Tabelle 3 und 4: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitskonzepte – Faktor 1: ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,839	,839	4

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Man ist nur dann gesund, wenn man mit sich und der Welt vollkommen zufrieden ist.	9,29	7,573	,684	,500	,792
Man ist nur dann gesund, wenn man keine Sorgen hat.	9,77	7,330	,748	,567	,761
Man ist nur dann gesund, wenn man sich wohlfühlt.	9,00	8,106	,654	,430	,805
Man ist nur dann gesund, wenn man sich um Freunde Familie kümmern kann.	9,78	8,318	,605	,386	,825

Tabelle 5 und 6: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitskonzepte – Faktor 2: ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,687	,691	3

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Man ist nur dann gesund, wenn man im Training und Wettkampf nicht beeinträchtigt ist.	7,57	2,848	,497	,281	,602
Man ist nur dann gesund, wenn man körperlich voll funktionsfähig ist.	7,17	3,010	,582	,342	,499
Man ist nur dann gesund, wenn alle med. Werte im Normbereich liegen.	7,64	3,186	,436	,203	,677

Tabelle 7, 8 und 9: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitskonzepte – Faktor 3: ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,518	,522	3

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	7,45	2,596	,282	,092	,501
Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	7,29	2,465	,409	,169	,295
Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.	7,58	2,565	,312	,118	,451

Inter-Item-Korrelationsmatrix

	Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.
Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	1,000	,292	,173
Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	,292	1,000	,335
Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.	,173	,335	1,000

Tabelle 10, 11 und 12: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitskonzepte – Faktor 4: ‚Gesundheit als sport-spezifische Abwesenheit von Krankheit‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,476	,475	3

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Man bleibt immer gleich gesund, solange keine Krankheit oder Verletzungen auftreten.	5,00	3,283	,339	,132	,303
Man kann nur entweder gesund oder krank/verletzt sein, dazwischen gibt es nichts.	5,61	3,073	,341	,134	,293
Man ist erst dann krank, wenn man nicht mehr trainieren kann.	5,65	3,661	,214	,046	,513

Inter-Item-Korrelationsmatrix

	Man bleibt immer gleich gesund, solange keine Krankheit oder Verletzungen auftreten	Man kann nur entweder gesund oder krank/verletzt sein, dazwischen gibt es nichts	Man ist erst dann krank, wenn man nicht mehr trainieren kann
Man bleibt immer gleich gesund, solange keine Krankheit oder Verletzungen auftreten.	1,000	,346	,172
Man kann nur entweder gesund oder krank/verletzt sein, dazwischen gibt es nichts.	,346	1,000	,178
Man ist erst dann krank, wenn man nicht mehr trainieren kann.	,172	,178	1,000

Tabelle 13, 14 und 15: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitskonzepte – Faktor 5: ‚Gesundheit als nicht kontrollierbares Phänomen‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,431	,433	3

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab.	5,65	2,511	,259	,067	,338
Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	4,91	2,829	,259	,067	,342
Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben.	5,65	2,323	,267	,072	,324

Inter-Item-Korrelationsmatrix

	Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab.	Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben.
Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab.	1,000	,195	,207
Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	,195	1,000	,207
Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben.	,207	,207	1,000

Tabelle 16: Itemanalyse – Rohwerte und Itemschwierigkeit: Subjektive Gesundheitstheorien (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

	N		M	Varianz	SD	Schiefe	Stndfehler der Schiefe	Kurtosis	Stndfehler der Kurtosis	Min	Max	Item- schwierigkeit M/5
	Gültig	Fehlend										
Faktor 1: ‚Theorien der kontrollierbaren Risiken‘												
Wenn ich mich falsch ernähre, kann das meiner Gesundheit schaden.	1132	6	3,95	,69	,83	-,749	,073	,630	,145	1	5	0,79
Wenn ich auf meinen Körper höre, werde ich schneller krank oder verletze mich leichter.	1131	7	3,96	,76	,87	-,870	,073	,952	,145	1	5	0,79
Wenn ich regelmäßige Erholungsphasen nicht einhalte, schade ich meiner Gesundheit.	1134	4	3,70	1,04	1,02	-,744	,073	-,060	,145	1	5	0,74
Faktor 2: ‚Theorien der kontrollierbaren Ressourcen‘												
Wenn ich zusätzlich Maßnahmen durchführe, die meine Leistung nicht direkt steigern, verletze ich mich nicht so schnell.	1130	8	3,53	,93	,97	-,404	,073	-,157	,145	1	5	0,71
Wenn ich bei einer Erkältung Medikamente ein-	1129	9	3,49	,94	,97	-,440	,073	-,197	,145	1	5	0,70

setze, werde ich schneller wieder gesund.												
Wenn ich bestmöglich erhole, bleibe ich länger gesund.	1131	7	3,64	,83	,91	-,616	,073	,267	,145	1	5	0,73
Wenn ich mich auf meine Ärzte und Therapeuten verlasse, kann ich auf Dauer meine Gesundheit stabil halten.	1131	7	3,66	,73	,86	-,573	,073	,417	,145	1	5	0,73
Faktor 3: ‚Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung‘												
Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	1129	9	3,87	,92	,96	-,913	,073	0,724	,145	1	5	0,77
Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	1133	5	3,71	1,08	1,04	-,583	,073	-,358	,145	1	5	0,74
Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.	1132	6	3,58	1,03	1,01	-,590	,073	-,091	,145	1	5	0,72
Faktor 4: ‚Theorien der schwer kontrollierbaren Ressourcen und Risiken‘												
Wenn im Team gute Stimmung herrscht, verbessert sich meine Gesundheit.	1132	6	3,24	1,09	1,05	-,292	,073	-,367	,145	1	5	0,65
Wenn ich von meinen Freunden und meiner Familie Unterstützung	1129	9	3,81	,79	,89	-,598	,073	,320	,145	1	5	0,76

bekomme, werde ich schneller wieder gesund.												
Wenn ich unter hohem Leistungsdruck stehe, schade ich meiner Gesundheit.	1133	5	2,77	1,08	1,04	,131	,073	-,679	,145	1	5	0,55
Faktor 5: ‚Schicksalstheorien‘												
Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben.	1135	3	2,46	1,24	1,11	,386	0,73	-,632	,145	1	5	0,49
Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab.	1129	9	2,46	1,11	1,05	,375	0,73	-,519	,145	1	5	0,49
Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	1128	10	3,20	,85	,92	-,389	0,73	-,107	,146	1	5	0,64
Zu eliminierende Items:												
Wenn ich Verletzungen nicht ausreichend auskuriere, schade ich meiner Gesundheit.	1131	7	4,31	,62	,79	-1,322	,073	2,242	,145	1	5	0,86
Wenn ich mich bei Schmerzen niemandem anvertraue, schade ich meiner Gesundheit.	1134	4	4,06	,87	,93	-1,109	,073	1,130	,145	1	5	0,81

Wenn ich bei anhaltenden Schmerzen nicht zum Arzt gehe, schade ich meiner Gesundheit auf Dauer.	1130	8	4,30	,67	,82	-1,344	,073	2,108	,145	1	5	0,86
Globaleinschätzung - wahrgenommene Auswirkung des leistungssportlichen Engagements												
Der Leistungssport wirkt sich äußerst positiv auf meine Gesundheit aus.	1132	6	3,71	,84	,92	-,509	,073	,014	,145	1	5	0,74

Tabelle 17 und 18: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitstheorien – Faktor 1: ‚Theorien der kontrollierbaren Risiken‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,598	,608	3

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Wenn ich regelmäßige Erholungsphasen nicht einhalte, schade ich meiner Gesundheit.	7,92	2,109	,336	,123	,623
Wenn ich mich falsch ernähre, kann das meiner Gesundheit schaden.	7,65	2,397	,407	,212	,502
Wenn ich nicht auf meinen Körper höre, werde ich schneller krank oder verletze mich leichter.	7,65	2,119	,495	,263	,370

Tabelle 19, 20 und 21: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitstheorien – Faktor 2: ‚Theorien der kontrollierbaren Ressourcen‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,599	,604	4

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Wenn ich bei einer Erkältung Medikamente einsetze, werde ich schneller wieder gesund.	10,83	4,199	,278	,079	,608 ⁷⁹
Wenn ich zusätzlich Maßnahmen durchführe, die meine Leistung nicht direkt steigern, verletze ich mich nicht so schnell.	10,79	3,919	,368	,161	,538
Wenn ich mich bestmöglich erhole, bleibe ich länger gesund.	10,68	3,731	,482	,265	,449

⁷⁹ Zwar würde durch Eliminierung dieses Items alpha leicht ansteigen, allerdings legen die Inter-Item-Korrelationen nahe, das Item in der Skala zu belassen.

Wenn ich mich auf meine Ärzte und Therapeuten verlasse, kann ich auf Dauer meine Gesundheit stabil halten.	10,67	4,098	,407	,198	,510
--	-------	-------	------	------	------

Inter-Item-Korrelationsmatrix

	Wenn ich bei einer Erkältung Medikamente einsetze, werde ich schneller wieder gesund.	Wenn ich zusätzlich Maßnahmen durchführe, die meine Leistung nicht direkt steigern, verletze ich mich nicht so schnell.	Wenn ich mich bestmöglich erhole, bleibe ich länger gesund.	Wenn ich mich auf meine Ärzte und Therapeuten verlasse, kann ich auf Dauer meine Gesundheit stabil halten.
Wenn ich bei einer Erkältung Medikamente einsetze, werde ich schneller wieder gesund.	1,000	,187	,211	,228
Wenn ich zusätzlich Maßnahmen durchführe, die meine Leistung nicht direkt steigern, verletze ich mich nicht so schnell.	,187	1,000	,381	,231
Wenn ich mich bestmöglich erhole, bleibe ich länger gesund.	,211	,381	1,000	,416
Wenn ich mich auf meine Ärzte und Therapeuten verlasse, kann ich auf Dauer meine Gesundheit stabil halten.	,228	,231	,416	1,000

Tabelle 22, 22 und 24: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitstheorien – Faktor 3: ‚Theorien der schwer kontrollierbaren Ressourcen und Risiken‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,499	,505	3

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Wenn ich unter hohem Leistungsdruck stehe, schade ich meiner Gesundheit.	7,05	2,570	,240	,058	,530 ⁸⁰
Wenn ich von meinen Freunden und meiner Familie Unterstützung bekomme, werde ich schneller wieder gesund.	6,02	2,613	,361	,148	,337

⁸⁰ Zwar würde durch Eliminierung dieses Items alpha leicht ansteigen, allerdings legen die Inter-Item-Korrelationen nahe, das Item in der Skala zu belassen.

Wenn im Team gute Stimmung herrscht, verbessert sich meine Gesundheit.	6,58	2,225	,359	,152	,321
--	------	-------	------	------	------

Inter-Item-Korrelationsmatrix

	Wenn ich unter hohem Leistungsdruck stehe, schade ich meiner Gesundheit.	Wenn ich von meinen Freunden und meiner Familie Unterstützung bekomme, werde ich schneller wieder gesund.	Wenn im Team gute Stimmung herrscht, verbessert sich meine Gesundheit.
Wenn ich unter hohem Leistungsdruck stehe, schade ich meiner Gesundheit.	1,000	,194	,203
Wenn ich von meinen Freunden und meiner Familie Unterstützung bekomme, werde ich schneller wieder gesund.	,194	1,000	,365
Wenn im Team gute Stimmung herrscht, verbessert sich meine Gesundheit.	,203	,365	1,000

Tabelle 25, 26 und 27: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitstheorien – Faktor 4: ‚Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,518	,522	3

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	7,45	2,596	,282	,092	,501
Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	7,29	2,465	,409	,169	,295
Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.	7,58	2,565	,312	,118	,451

Inter-Item-Korrelationsmatrix

	Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.
Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.	1,000	,292	,173
Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.	,292	1,000	,335
Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.	,173	,335	1,000

Tabelle 29, 30 und 31: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Subjektive Gesundheitstheorien – Faktor 5: ‚Schicksalstheorien‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,431	,433	3

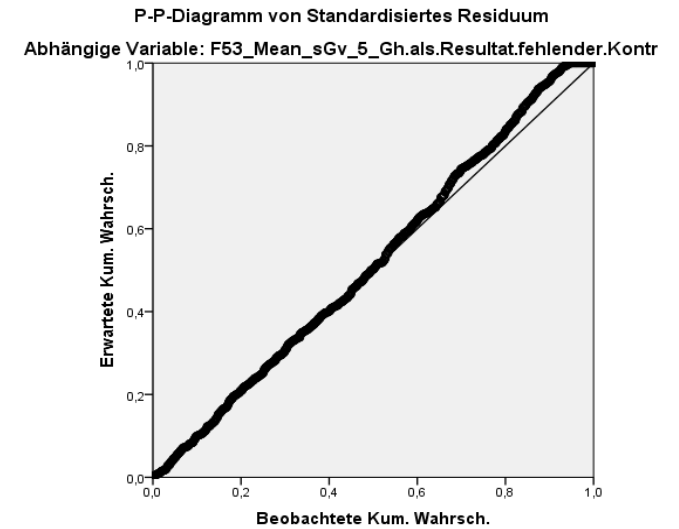
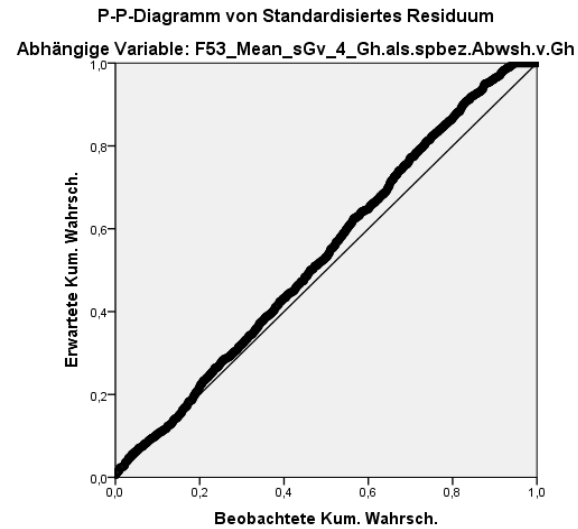
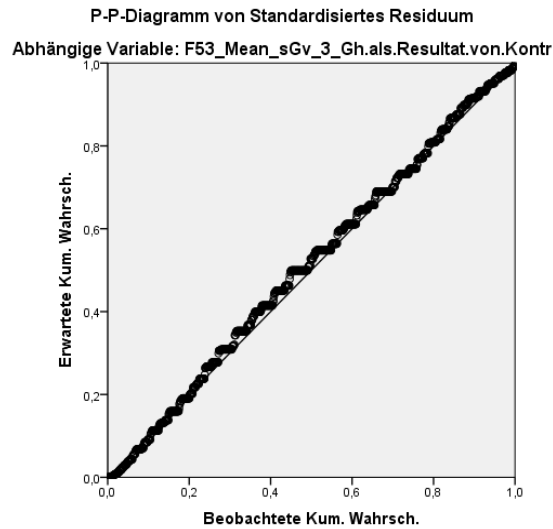
Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab.	5,65	2,511	,259	,067	,338
Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	4,91	2,829	,259	,067	,342
Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben.	5,65	2,323	,267	,072	,324

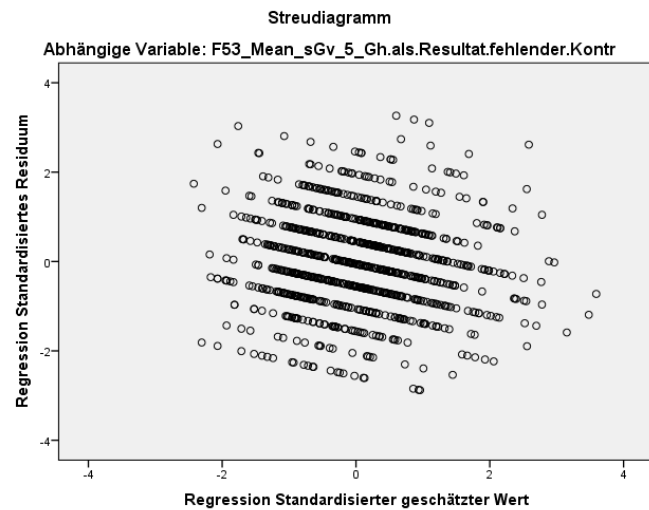
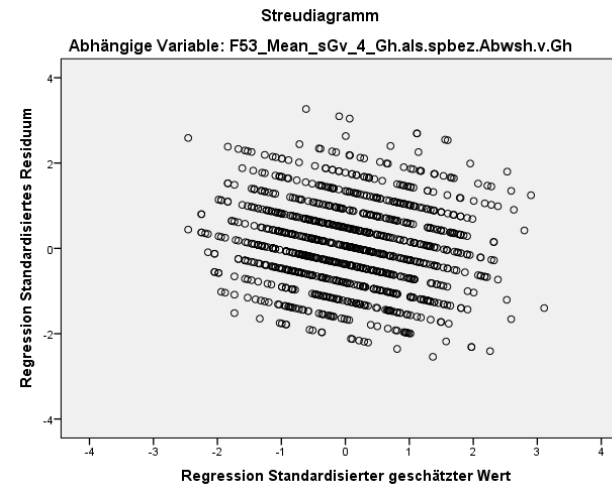
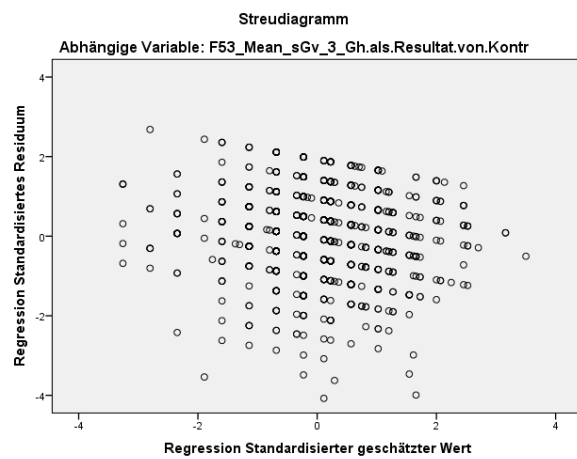
Inter-Item-Korrelationsmatrix

	Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab	Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab	Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben
Mit der Gesundheit geht es im Alter automatisch bergab.	1,000	,195	,207
Ob man gesund bleibt, hängt von der eigenen Veranlagung ab.	,195	1,000	,207
Um als Sportler gesund zu bleiben und sich möglichst selten zu verletzen, muss man einfach Glück haben.	,207	,207	1,000

Abbildung 1 bis 3: Subjektive Gesundheitskonzepte – Prüfung Modellprämissen Regressionsanalyse⁸¹: Linearitätsannahme zwischen abhängiger und unabhängigen Variable



⁸¹ nur Faktoren mit $R_{\text{kor}} > .05$: Faktor 3: ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘, Faktor 4: ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘, ‚Faktor 5: ‚Gesundheit als nicht kontrollierbares Phänomen‘

Abbildung 4 bis 6: Subjektive Gesundheitskonzepte – Prüfung Modellprämissen Regressionsanalyse⁸²: Prüfung auf Homoskedastizität

⁸² nur Faktoren mit $R_{\text{kor}} > .05$: Faktor 3: ‚Gesundheit als kontrollierbares Phänomen‘, Faktor 4: ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘, ‚Faktor 5: ‚Gesundheit als nicht kontrollierbares Phänomen‘

Abbildung 7 bis 11: Subjektive Gesundheitstheorien – Prüfung Modellprämissen Regressionsanalyse: Linearitätsannahme zwischen abhängiger und unabhängigen Variable

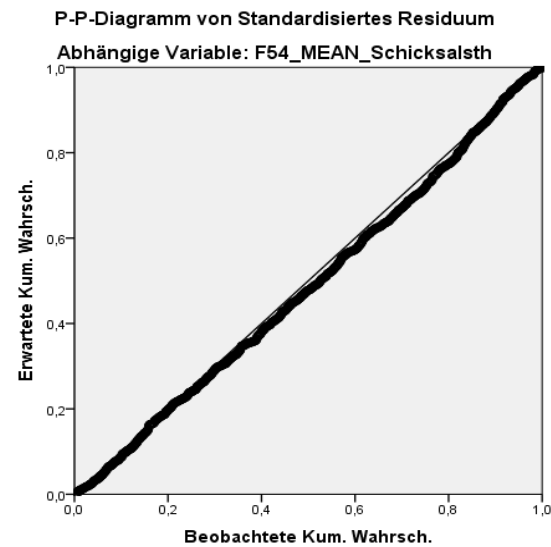
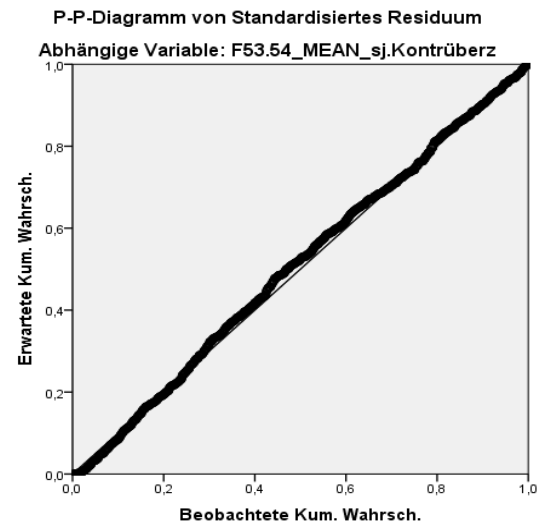
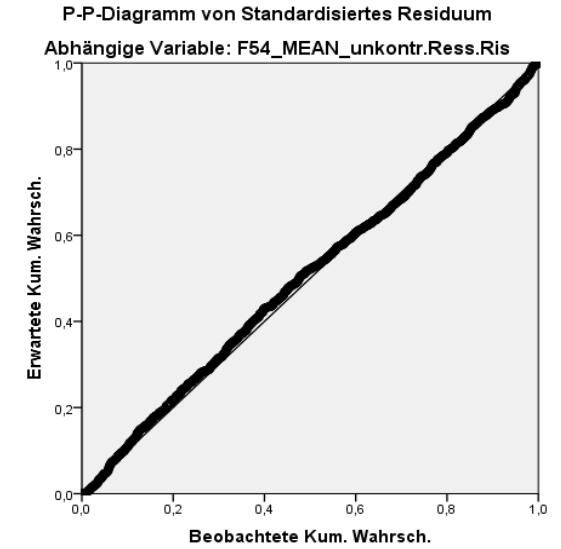
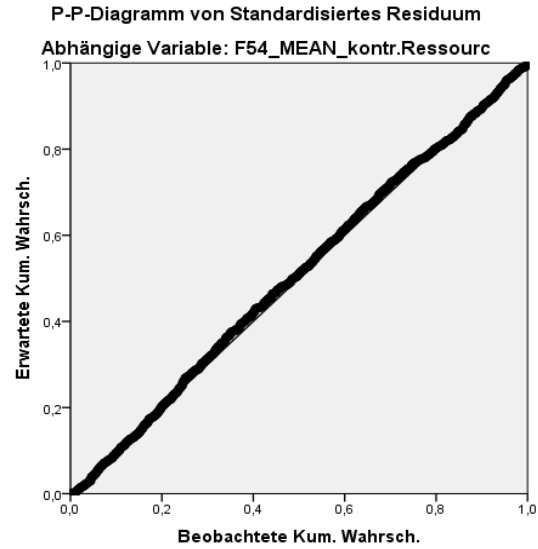
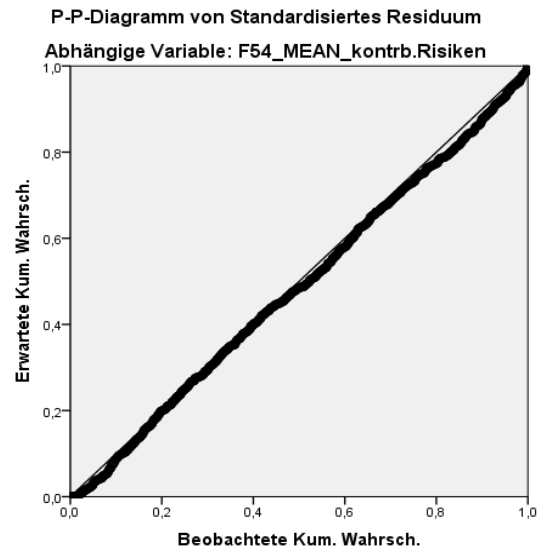


Abbildung 12 bis 16: Subjektive Gesundheitstheorien – Prüfung Modellprämissen Regressionsanalyse: Prüfung auf Homoeskastizität

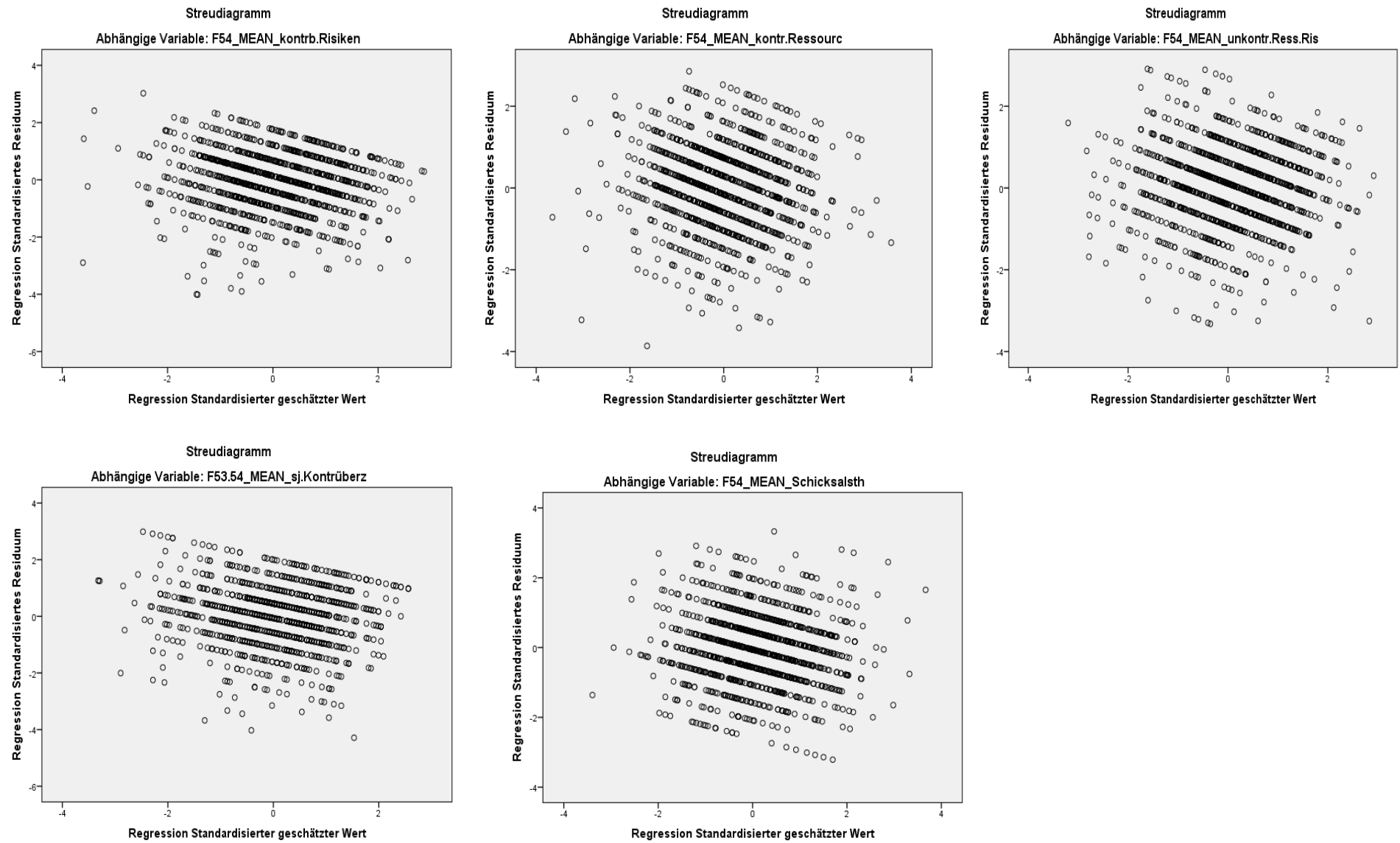


Tabelle 32: Itemanalyse - Rohwerte und Itemschwierigkeit: Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft

	N		M	SD	Varianz	Schiefe	Stndfehler der Schiefe	Kurtosis	Stndfehler der Kurtosis	Min	Max	Item- schwierigkeit (M/5)
	Gültig	Fehlend										
Faktor 1: ‚Langfristig Physische Risikobereitschaft ,												
Wenn ich Olympiasieger werden könnte, ist es mir egal, später im Rollstuhl zu sitzen.	1134	4	1,60	,93	,86	1,698	,073	2,579	,145	1	5	0,32
Lieber nehme ich eine Lebensverkürzung von 30 Jahren in Kauf und werde dafür Weltmeister, als dass ich mit mittelmäßigen Leistungen 90 Jahre alt werde.	1133	5	2,12	1,23	1,52	,831	,073	-,393	,145	1	5	0,42
Für den sportlichen Erfolg bin ich bereit, chronische Schmerzen auf mich zu nehmen.	1128	10	2,16	1,12	1,25	,704	,073	-,374	,146	1	5	0,43
Mir sind Nebenwirkungen von Medikamenten vollkommen egal, solange sie mich nicht bei Training und Wettkampf behindern.	1134	4	1,68	,95	,91	1,439	,073	1,483	,145	1	5	0,34
Faktor 2: ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft'												

Ich gehe erst dann zum Arzt, wenn ich vor Schmerzen nicht mehr trainieren kann.	1130	8	3,10	1,38	1,92	-,147	,073	-1,322	,145	1	5	0,62
Ich verheimliche Schmerzen, um unbedingt an einem Wettkampf teilnehmen zu können.	1134	4	2,43	1,22	1,49	,404	,073	-,982	,145	1	5	0,49
Ich kann sehr starke Schmerzen im Wettkampf/Spiel extrem gut ignorieren und verdrängen.	1133	5	3,23	1,09	1,19	-,297	,073	-,647	,145	1	5	0,65
Faktor 3: ‚Psychosoziale Risikobereitschaft‘												
Für den sportlichen Erfolg verzichte ich gerne auf Partys.	1133	5	3,78	1,12	1,26	-,717	,073	-,309	,145	1	5	0,76
Ich denke in jeder freien Minute ans Training oder an Wettkämpfe.	1132	6	2,37	1,13	1,28	,470	,073	-,705	,145	1	5	0,47
Wenn meine sportliche Leistung besser wird, ist es mir egal, wenn mein Körper nicht mehr dem gängigen Schönheitsideal entspricht.	1135	3	2,82	1,06	1,13	,049	,073	-,614	,145	1	5	0,56

Tabelle 33 und 34: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft – Faktor 1: ‚Langfristig Physische Risikobereitschaft‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,765	,769	4

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Lieber nehme ich eine Lebensverkürzung von 30 Jahren in Kauf und werde dafür Weltmeister, als dass ich mit mittelmäßigen Leistungen 90 Jahre alt werde.	5,44	5,735	,571	,350	,712
Für den sportlichen Erfolg bin ich bereit, chronische Schmerzen auf mich zu nehmen.	5,40	5,948	,628	,397	,673
Wenn ich Olympiasieger werden könnte, ist es mir egal, später im Rollstuhl zu sitzen	5,95	6,801	,614	,378	,690

383

Mir sind Nebenwirkungen von Medikamenten vollkommen egal, solange sie mich nicht bei Training und Wettkampf behindern.

5,87

7,303

,472

,239

,755

Tabelle 35, 36 und 37: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft – Faktor 2: ‚Playing Hurt‘ Bereitschaft (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,508	,504	3

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Ich verheimliche Schmerzen, um unbedingt an einem Wettkampf teilnehmen zu können.	6,33	3,575	,410	,173	,258
Ich gehe erst dann zum Arzt, wenn ich vor Schmerzen nicht mehr trainieren kann.	5,66	3,304	,347	,148	,370

Ich kann sehr starke Schmerzen im Wettkampf/Spiel extrem gut ignorieren und verdrängen.	5,53	4,702	,226	,057	,547 ⁸³
---	------	-------	------	------	--------------------

Inter-Item-Korrelationsmatrix

	Ich verheimliche Schmerzen, um unbedingt an einem Wettkampf teilnehmen zu können.	Ich gehe erst dann zum Arzt, wenn ich vor Schmerzen nicht mehr trainieren kann.	Ich kann sehr starke Schmerzen im Wettkampf/Spiel extrem gut ignorieren und verdrängen.
Ich verheimliche Schmerzen, um unbedingt an einem Wettkampf teilnehmen zu können.	1,000	,379	,228
Ich gehe erst dann zum Arzt, wenn ich vor Schmerzen nicht mehr trainieren kann.	,379	1,000	,153
Ich kann sehr starke Schmerzen im Wettkampf/Spiel extrem gut ignorieren und verdrängen.	,228	,153	1,000

⁸³ Zwar würde durch Eliminierung dieses Items alpha leicht ansteigen, allerdings legen die Inter-Item-Korrelationen nahe, das Item in der Skala zu belassen.

Tabelle 38 und 39: Itemanalyse – Trennschärfe, Reliabilität: Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft – Faktor 3: ‚Psychosoziale Risikobereitschaft‘ (gelb/grün markiert sind unzulässige/zulässige Werte)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,556	,556	3

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Ich denke in jeder freien Minute ans Training oder an Wettkämpfe.	6,60	3,067	,373	,144	,446
Für den sportlichen Erfolg verzichte ich gerne auf Partys.	5,19	3,011	,401	,162	,400
Wenn meine sportliche Leistung besser wird, ist es mir egal, wenn mein Körper nicht mehr dem gängigen Schönheitsideal entspricht.	6,14	3,413	,328	,109	,513

Tabelle 40: Die folgende Tabelle zeigt die Operationalisierung der in bisherigen Studien als signifikant ermittelten unabhängigen Variablen

Unabhängige Variablen	Verwendungsgrund
Personelle Faktoren	
Kognitive Überzeugungen	
Individuelles Gesundheitsverständnis – subjektive Gesundheitskonzepte ‚Gesundheit als sportspezifische Abwesenheit von Krankheit‘ ‚Gesundheit als sportrelevante Funktionsfähigkeit‘ ‚Gesundheit als sportunabhängiges Befinden und Aktionspotenzial‘	Zusätzlich aufgenommen
Subjektive Kontrollüberzeugung von Gesundheit (Score aus folgenden Items): „Ob man gesund bleibt, hängt vom eigenen Verhalten ab.“ „Man kann seinen Gesundheitszustand jederzeit verbessern.“ „Um gesund zu bleiben, muss man über Gesundheit und Krankheit Bescheid wissen.“	Zusätzlich aufgenommen
Risiko- und Ressourcenwahrnehmung – subjektive Gesundheitstheorien ‚Theorien der kontrollierbaren Risiken‘ ‚Theorien der kontrollierbaren Ressourcen‘ ‚Theorien der schwer kontrollierbaren Risiken und Ressourcen‘ ‚Schicksalstheorien‘	Zusätzlich aufgenommen
Gesundheitsbezogene sportspezifische Risikobereitschaft ‚Psychosoziale Risikobereitschaft‘ ‚Langfristig physische Risikobereitschaft‘ ‚„Playing Hurt“ Bereitschaft‘	Verkörpert ‚Leidenschaft‘
Wahrgenommener Stress	
Verletzungs-/Krankheitsbiografie Ausfalltage letzte Saison bei Wettkampf/Training	Verkörpert ‚Verletzungsbio­grafie‘

<p>Beschwerden</p> <p>Objektiver Gesundheitszustand Aktuelle Sportpause</p> <p>Subjektiver Gesundheitszustand „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“</p> <p>Zufriedenheit mit Gesundheitszustand „Ich bin mit meinem Gesundheitszustand...“</p>	<p>Verkörpert ,Beschwerden‘</p>
<p>Subjektiver Belastungszustand außerhalb des Sports⁸⁴ „Wie sehr haben dich Freunde, Familie, Schule in den letzten drei Monaten belastet?“</p>	<p>Verkörpert ,wahrgenommener Stress (z.B. Arbeitsbelastung)‘</p>
<p>Schlafverhalten „Wie häufig schläfst du in einer normalen Trainingswoche weniger als 6 Stunden pro Nacht?“ „Wie häufig schläfst du vor Wettkämpfen weniger als 6 Stunden pro Nacht?“</p>	<p>Verkörpert ,Schlafdauer‘</p>
<p>Soziodemografika</p>	
<p>Allgemeine Soziodemografika</p>	
<p>Alter</p>	<p>Verkörpert ,Alter‘</p>
<p>Geschlecht</p>	<p>Zusätzlich aufgenommen</p>
<p>Sportspezifische Soziodemografika</p>	
<p>Sportartengruppen⁸⁵</p>	<p>Verkörpert ,Sportart‘</p>

⁸⁴ Subjektive Belastungen aus dem unmittelbaren Kontext des Sports wurden ausgeschlossen, da von einer zu großen Nähe zwischen unabhängiger und abhängiger Variablen auszugehen ist.

⁸⁵ Die Zuteilung einzelner Sportarten bzw. Disziplinen zu der entsprechenden Sportartengruppe sind dem Anhang (Tabelle 1) zu entnehmen.

Persönlichkeitsdispositionen	
Sportbezogene Resilienz „Mir kann keine Verletzung etwas anhaben, ich komme immer wieder zurück.“	Optimismus
Gesundheitsbezogene Unbekümmertheit Summenscore aus: „Ich mache mir keine Gedanken um das Leben nach meiner sportlichen Karriere.“ „Ich mache mir um meine Gesundheit gar keine Sorgen.“	Verkörpert 'intrusive thoughts'
(Ungesundes) Perfektionismustreben (Paul & Thiel, 2005)	Verkörpert Perfektionismus
Soziale Faktoren	
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Strukturelle Variablen	
Dauer der Sozialisation in das Spitzensportsystem	Zusätzlich 'Sozialisationsdauer'
Leistungsniveau der Athleten – Kaderstufe	Verkörpert 'Leistungsniveau'
Wöchentliche Trainingszeit	Verkörpert 'Tägliche Trainingsdauer'
Einbettung in leistungssportbezogene Strukturen im sportfernen Alltag Besuch eines Sportinternats	Zusätzlich aufgenommen
Grad der Sozialisation in den Leistungssport – Sportbezogene Netzwerkstrukturen	
Hauptbezugsperson	Zusätzlich aufgenommen
Führungsstil des Trainers	Zusätzlich aufgenommen
Umfeldreaktion auf Kommunikation von Schmerzen „Wenn ich äußere, dass ich Schmerzen habe, reagiert mein Umfeld mit Vorwürfen.“ „Ich habe Angst, nicht für einen Wettkampf/Spiel nominiert zu	Zusätzlich aufgenommen

werden, wenn ich sage, dass ich Schmerzen habe.“	
--	--

Im Zusammenhang mit den getesteten Items fällt auf, dass einige Variablen, die sich in der Vergangenheit als bedeutsam erwiesen haben (vgl. Kapitel 2.2.2), keine Entsprechungen finden.

So wird keine Variable um die Persönlichkeitseigenschaft ‚Motivation‘ aufgenommen. Der Grund hierfür findet sich in der Feststellung, dass zahlreiche der Einzelitems vor allem zu der VL- und ZB-Subskalen letztlich zu eng mit Aspekten des Merkmals ‚Motivation‘, insbesondere der diesbezüglich vielfach eingesetzten ‚Sports Motivation Scale‘, zusammenhängen (z.B. VL-Skala: „Ich kann mich nicht mehr so für meine Sportart interessieren, wie ich es mal getan habe.“ oder ZB-Skala: „Es erscheint mir, dass, egal was ich tue, ich nicht das leiste, was ich leisten sollte.“).

Auch Eigenschaften das Selbstkonzept betreffend überschneiden sich inhaltlich stark mit einigen Items der Burnout Subskalen: (z.B. ZB-Skala: „Ich erreiche nicht viel in meiner Sportart.“ ähnelt der Wahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit. Oder das Item der ZB-Skala: „Ich schaffe es nicht, in meiner Sportart meine Leistungsfähigkeit voll auszuschöpfen.“ deckt sich mit der subjektiven Kontrollüberzeugung über die sportliche Leistung).

Zudem werden einige der Determinanten, die sich in vergangenen Untersuchungen als signifikant erwiesen haben, deswegen in der vorliegenden Analyse nicht berücksichtigt, da sie nur von je einer Studie als bedeutsam identifiziert werden. Hierzu zählen im Zusammenhang mit personellen Faktoren im Bereich der Soziodemografika handelt es sich um Bildung. Hinsichtlich des Komplexes ‚Wahrgenommener Stress‘ wird die Variable ‚subjektive Einschätzung der Trainingsintensität‘ nicht getestet.

Soziale Faktoren betreffend wird im Bereich des ‚Sozialisationsgrads‘ die tägliche Dauer an Freizeitaktivitäten und bei den ‚Umfeld-/Netzwerkbedingungen‘ die Größe ‚leistungsorientiertes vs. könnensorientiertes Umfeld‘ sowie ‚Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung‘.

Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass dem Konstrukt der ‚basic needs satisfaction‘ nicht weiter Raum eingeräumt wird, da es aus einer Mischkategorie aus Kompetenz (Erfolg im Sport), Autonomie (Volition, Entscheidungsfreiheit und auch Zugehörigkeit/Verbundenheit mit Umfeld) besteht und diese Variablen bereits über die eingeschlossenen Determinanten abgeprüft werden.

Die Variable ‚elterliche Kritik‘ aus dem Bereich der sozialen Faktoren – Umfeld-/Netzwerkbedingungen ist eine Subskala aus dem Perfektionismus-Modell von Frost et al. (1990). Dieser Aspekt der Persönlichkeitsdisposition ‚Perfektionismusstreben‘ wird explizit über ein Item der in dieser Arbeit angewandten Skala von Paul and Thiel (2005) abgefragt und deswegen nicht gesondert eingeschlossen.

Auch werden die Größen ‚general hassles due to sport (Rugby)‘, ‚Zunahme über Saison‘, ‚Spielerposition (Startspieler)‘, ‚unterschiedliche Vereine/Teams‘ aus dem Variablenbereich ‚Wahrgenommener Stress‘ nicht berücksichtigt, da diese Faktoren aufgrund der sehr heterogenen Stichprobe bei der vorliegenden Stichprobe keine Rolle spielen, sondern bei breit angelegten Studien in derselben Sportart, bei Längsschnittstudien oder Vergleichen z.B. von verschiedenen Vereinssettings von Interesse sind.

Tabelle 41: Mittelwerte der drei Burnout-Subskalen, die in bisherigen Studien mit unterschiedlichen Populationen aus dem Leistungssport berechnet wurden.

Ergebnisse Vergleichs- studien	VL-Skala: Vermindertes Leistungsstreben	PE-Skala: Physische und Emotionale Er- schöpfung	ZB-Skala: Zweifel an der Bedeutung des Sports
Analyse der vorliegenden Arbeit	M=1.69 (SD=.64)	M=2.28 (SD=0,63)	M=2.03 (SD=0,82)
Hill et al. (2010) ⁸⁶	M=1.92 (SD=.92)	M=2.33 (SD=.92)	M=2.29 (SD=.74)
Raedeke and Smith (2001) ⁸⁷	M=2.19 (SD=.95)	M=3.06 (SD=.82)	M=2.30 (SD=.79)
Hill et al. (2008) ⁸⁸	M=1.86 (SD=.92)	M=2.28 (SD=.81)	M=2.35 (SD=.69)
Krippel and Ziemainz (2010) ⁸⁹	M=2.18 (SD=.78)	M=2.08 (SD=.83)	M=2.39 (SD=.73)

⁸⁶ N=206; 11 bis 22 Jahre/M=15 Jahre; männlich und weiblich; ‚elite athletes‘, verschiedene Sportarten; vermutlich UK

⁸⁷ N=244; 14 bis 19 Jahre/M=16 Jahre; männlich und weiblich; Schwimmer; USA

⁸⁸ N=151; 10 bis 18 Jahre/M=14 Jahre; männlich; Fußball; UK

⁸⁹ N=363; M=25 Jahre; männlich und weiblich; Kreisliga bis 1. Bundesliga; verschiedene Sportarten; Deutschland

Cresswell and Eklund (2004) ⁹⁰	M=2.16 (SD=.76)	M=2.32 (SD=.72)	M=2.43 (SD=.68)
Raedeke and Smith (2001) ⁹¹	M=2.02 (SD=.88)	M=2.62 (SD=.86)	M=2.37 (SD=.76)
Curran et al. (2011) ⁹²	M=1.63 (SD=.76)	M=2.32 (SD=.72)	M=2.43 (SD=.68)
Lemyre et al. (2008) ⁹³	M=2.01/2.32 ⁹⁴ (SD=.60/.75)	M=2.40/2.96 (SD=.79/.71)	M=2.03/2.30 (SD=.66/.70)
Gustafsson and Skoog (2012) ⁹⁵	M=2.15 (SD=.93)	M=2.24 (SD=.77)	M=2.34 (SD=.80)
Gustafsson et al. (2011) ⁹⁶	M=1.9/2.3 ⁹⁷ (SD=.77/.82)	M=2.1/2.4 (SD=.64/.79)	M=2.3/2.7 (SD=.66/.77)
Lemyre, Treasure, and Roberts (2006) ⁹⁸	M=1.92 (SD=.82)	M=2.88 (SD=.92)	M=2.50 (SD=.92)

⁹⁰ N=199; 19 bis 33 Jahre; männlich, Profis und Semiprofis, Rugby; Neuseeland

⁹¹ N=208; 17 bis 23 Jahre; männlich und weiblich; College Athleten (Division 1 und 2); verschiedene Sportarten; USA

⁹² N=149; 12 bis 21 Jahre/M=16 Jahre; männlich; ‚elite soccer player‘; UK

⁹³ N=141; 17 bis 32 Jahre/M=20 Jahre; männlich und weiblich; ‚elite athletes‘; Wintersportarten; Norwegen

⁹⁴ In Abhängigkeit des Motivationsprofils der Athleten

⁹⁵ N=217; 16 bis 19 Jahre/M=17 Jahre; männlich und weiblich; Wettkampfsportler; verschiedene Sportarten; Schweden

⁹⁶ N=258; 16 bis 20 Jahre/M=17 Jahre; männlich und weiblich; ‚national level‘; verschiedene Sportarten; Schweden

⁹⁷ In Abhängigkeit des Motivationsprofils (passion) der Athleten

⁹⁸ N=44; 18 bis 24 Jahre/M=20 Jahre; männlich und weiblich; College Athleten Division NCAA 1; Schwimmer; USA