

# 1. EINLEITUNG

„Der größte Irrtum der Ärzte besteht darin, den Körper heilen zu wollen, ohne an den Geist zu denken. Doch Körper und Geist sind eins und sollen nicht getrennt behandelt werden.“

(Plato 427-347 v. Chr.)

Der vorangestellte Satz hat auch heute wenig an Aktualität verloren. Im Gegenteil, mehr denn je wird die Einbeziehung psychischer Aspekte in vielen Kliniken und Arztpraxen als unwissenschaftlich abgelehnt. Es geht nur um die Diagnose und die Bekämpfung der Krankheit auf körperlicher Ebene. Erkenntnisse der wissenschaftlichen Forschung in der Psychoneuroimmunologie und von Psychosomatikern werden häufig ignoriert.

Unter dem Begriff Krebs werden viele unterschiedliche Krankheitsbilder bösartiger Neubildungen zusammengefasst. Entsprechend vielfältig sind auch die Probleme, die durch Krankheit und Behandlungsmethoden entstehen können. Gemeinsam ist allen bösartigen Neubildungen die Bedrohung der körperlichen, seelischen und sozialen Existenz. Aus eigenen Gesprächen mit Krebsbetroffenen ist bekannt, dass sich diese oft allein gelassen fühlen von Ärzten und Krankenkassen. Häufig werden auch heute noch Patienten<sup>1</sup> aus der Klinik entlassen, ohne Hinweise auf die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von Nachsorgemaßnahmen, wie Kur, Krankengymnastik oder auch psychosoziale Angebote. Diese Patienten sind allein gelassen mit ihren körperlichen, psychischen und sozialen Problemen. Oft muss um jede Verordnung gekämpft werden. Vielfach wissen aber die Patienten nicht einmal, was ihnen zusteht. Im körperlichen Bereich bedeutet dies, dass es zu Leistungseinbußen und Haltungsfehlern kommt, die vermeidbar wären. Auch im psychischen Bereich konnten durch verschiedene Untersuchungen Beeinträchtigungen bei Krebspatienten nachgewiesen werden. Durch eine solch lebensbedrohliche Erkrankung wie Krebs drohen Ressourcenverluste in den verschiedensten Lebensbereichen. Wird solchen Verlusten nicht Einhalt geboten, drohen Verlustspiralen bzw. ein *Circulus vitiosus*, wie von Hobfoll (Hobfoll & Buchwald, 2004) bzw. Dimeo (2001) beschrieben.

In vielen Städten und Gemeinden wurden seit den 1980er Jahren Krebsnachsorgesportgruppen aufgebaut. Dennoch sind solche Angebote, im Gegensatz zu Herzsportgruppen, Ärzten oft unbekannt (vgl. Schüle, 2001). Mit ein Grund hierfür scheint die wenig befriedigende Forschungssituation zu sein. Im Gegensatz zu anderen Patientengruppen, wie z.B. Herzinfarktpatienten, liegen hier weitaus weniger Forschungsarbeiten vor. Eine große Anzahl von Studien gibt es zum Thema Prävention von Krebserkrankungen durch sportliche Aktivität bzw. Bewegung, etwas weniger beschäftigen sich mit dem Einfluss von (Ausdauer-)Sport auf physische Parameter. Daneben gibt es noch einige Arbeiten, die sich mit der Thematik der Krankheitsverarbeitung befassen. Zu Auswirkungen sportlicher Aktivität im Rahmen von Krebsnachsorgesportgruppen auf psychosoziale Ressourcen finden sich kaum qualifizierte Arbeiten. Dass Krebsnachsorgesportgruppen für betroffene Patienten hier eine wichtige Funktion haben können, wird kaum bestritten, wurde aber eben auch

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit für die Bezeichnung von „Personengruppen“ die maskuline Form verwendet. Die Bezeichnung schließt männliche und weibliche Personen ein. Ausnahmen bilden ausschließlich aus weiblichen Mitgliedern bestehende Gruppen.

nicht wissenschaftlich belegt. Schaut man sich das immer noch gültige Ausbildungscurriculum für den „Sport in der Krebsnachsorge“ den „Kölner Konsens“ (Deutsche Sporthochschule Köln, 1991), der für die Übungsleiterausbildung in den verschiedenen Bundesländern Grundlage ist, an, findet man wenig Hinweise für eine spezielle Förderung psychosozialer Ressourcen durch den Übungsleiter. So bleibt es vorwiegend dem Ausbildungsstandart der Lizenzgeber bzw. dem Übungsleiter selbst überlassen sich hier geeignetes Wissen und Maßnahmen anzueignen. Für verschiedene Bereiche des Gesundheitssports wurden Qualitätsstandards formuliert, die auch Ausdruck finden im Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“. So soll Gesundheitssport beitragen zum Aufbau von Bindung, zur Stärkung von physischen und psychosozialen Gesundheitsressourcen, zur Verminderung von Risikofaktoren, Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden und zur Verbesserung des allgemeinen Befindens (vgl. Brehm, 2000). Die Broschüre „Psychosoziale Ressourcen. Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport“ von Brehm et al. (2002), deren Herausgeber der deutsche Turner-Bund ist, ist als Arbeitshilfe für Übungsleiter gedacht. Sie beschäftigt sich mit geeigneten Strategien zur Förderung verschiedener psychosozialer Ressourcen. Eine umfassende wissenschaftliche Überprüfung, ob die Anwendung dieser Strategien zu den gewünschten Effekten im Gesundheitssport führt, steht aber noch aus.

Die oben genannten Ziele des Gesundheitssports stehen im Einklang mit einer salutogenetischen Denkweise, die auch hierzulande immer mehr Anhänger findet. Allerdings kommt es häufig vor, dass Salutogenese nur als Schlagwort verwendet wird, ohne auf inhaltliche Kriterien zu achten. Dieser Arbeit soll die „salutogene“ Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit zugrunde liegen. Es werden bedeutsame personale Ressourcen betrachtet, welche sich als gesundheitsprotektiv und durch Verhaltensweisen und Interventionen als veränderbar erwiesen haben. Dass sportliche Aktivität eine Verbesserung psychosozialer Gesundheitsressourcen bewirken kann, konnte bereits durch verschiedene Untersuchungen bestätigt werden. Im Theoriekapitel werden diese näher erläutert. Es gibt aber auch immer wieder Studien, mit denen keine Verbesserungen aufgezeigt werden können. Es stellt sich nun die Frage, ob es bestimmte Maßnahmen gibt, die sich eignen, Ressourcen zu fördern, während andere weniger zur Stärkung von Ressourcen beitragen. Welche Rolle kommt hierbei dem Übungsleiter und seinen Verhaltensweisen, Zielen und seiner Persönlichkeit zu? Auf diese Fragen soll die vorliegende Arbeit eine erste Antwort aufzeigen. Des Weiteren wird überprüft, ob es, wie in verschiedenen Arbeiten dargestellt werden konnte, Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und den untersuchten Ressourcen gibt. So finden sich z.B. positive Effekte allgemeiner Selbstwirksamkeit auf Variablen der physischen und psychischen Gesundheit, auf Funktionsfähigkeit und Anpassung an die Erkrankung bei Krebspatienten (vgl. Kapitel 2.2.6.3). Auch der Zusammenhang zwischen bereichsspezifischen Ressourcen und globalen Ressourcen soll mit Hilfe der vorliegenden Arbeiten überprüft werden. Lassen sich allgemeine Ressourcen mit Hilfe erhobener Variablen, wie Gesundheit, Wohlbefinden und anderen allgemeinen Ressourcen vorhersagen? Welche Rolle spielen dabei die entsprechenden bereichsspezifischen Ressourcen? Mit der vorliegenden Arbeit wird damit in vielen Bereichen Neuland betreten. So gibt es so gut wie keine Untersuchung aus dem Gesundheitssport, geschweige denn dem

Sport in der Krebsnachsorge, bei der Übungsleiter und Teilnehmer gemeinsam befragt werden. Einige Arbeiten untersuchen den Einfluss des Übungsleiterverhaltens auf Drop-out und Bindung (z.B. Wagner, 2000). Dieses wird aber von den Teilnehmern bewertet. Andere Arbeiten beschäftigen sich mit dem Einfluss der Übungsleiterpersönlichkeit auf Leistung und Zufriedenheit vor allem im Leistungssport. Es konnten aber keine Arbeiten gefunden werden, die den Einfluss von Übungsleiterstrategien auf die Ressourcenausprägung von Teilnehmern untersuchen. Im Krebsnachsorgesport gibt es zudem sehr wenig Arbeiten, die sich überhaupt mit dem Einfluss sportlicher Aktivität auf psychosoziale Ressourcen beschäftigen. Auch eine gemeinsame Erhebung globaler und bereichsspezifischer Ressourcen findet man relativ selten. Wenn, dann werden diese hinsichtlich ihrer prädiktiven Vorhersagekraft auf emotionale bzw. Leistungsparameter verglichen. Die Beziehung untereinander wurde bisher nur im Zuge von Validitätsüberprüfungen betrachtet. Die meisten Angebote für Krebsnachsorgesportgruppen in Deutschland gelten Mammakarzinompatientinnen, andere Angebote gibt es kaum (vgl. Delbrück, 2003). Teilweise konnte aus Gesprächen mit Übungsleitern erfahren werden, dass das Sportangebot auch für andere Krebsbetroffene offen ist. Es gibt aber auch Gruppen, in denen die Teilnehmerinnen mit Mammakarzinomerkrankung unter sich bleiben wollen. Da es in dieser Arbeit um die gemeinsame Betrachtung der Teilnehmer einer Gruppe ging, wurden, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden, Teilnehmer mit anderen Krebserkrankungen nicht ausgeschlossen. Des Weiteren findet sich in den Kontrollgruppen (klinische Krebsnachsorgesportgruppen, Patienten) eine etwas andere Verteilung der Diagnosegruppen. Viele Probleme und Beeinträchtigungen (physisch und psychisch), die durch die Krankheit Krebs entstehen können, gelten, wie im Theoriekapitel 2.1 gezeigt werden kann, neben spezifischen Beeinträchtigungen für einzelne Krebsarten, übergreifend für alle Krebsbetroffenen. Wissenschaftliche Studien mit Mammakarzinompatientinnen, die für die Thematik dieser Arbeit relevant sind, gibt es relativ wenige. Deshalb werden diese durch Ergebnisse aus Studien mit anderen Krebsbetroffenen und auch anderen Patientengruppen ergänzt (s.o.). Aus den eben genannten Gründen wurde als übergreifendes Krankheitsbild die Krebserkrankung für diese Arbeit gewählt. Wird im Folgenden über Teilnehmer von (ambulanten) Krebsnachsorgesportgruppen gesprochen, sollte man aber immer im Auge behalten, dass der überwiegende Teil davon Mammakarzinompatientinnen sind.

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit folgt im Wesentlichen der traditionellen Dreiteilung wissenschaftlicher Arbeiten, mit Theorie-, Methoden- und Ergebnisteil. **Kapitel 2** beschäftigt sich mit den theoretischen Vorüberlegungen, wobei zuerst die Krebserkrankung mit ihren Besonderheiten betrachtet wird. Es wird hier versucht die Vielschichtigkeit onkologischer Erkrankungen, mit möglichen auftretenden Problemen im körperlichen, sozialen und seelischen Bereich, darzustellen. In Teil 2 des zweiten Kapitels geht es um Ressourcen, deren Definition und Klassifizierung. Es werden die für die einzelnen Theorien wesentlichen Gesundheitsmodelle, vor allem das zugrunde gelegte Modell der Salutogenese, erläutert. Wichtige Ressourcen, Wirkungsweisen und Wechselwirkungen dieser werden beschrieben. Die nächsten Teile des zweiten Kapitels beschäftigen sich mit sportlicher Aktivität in der Krebsnachsorge, den Auswirkungen sportlicher Aktivität allgemein, möglichen Bindungsfaktoren und der Rolle des Übungsleiters. Da es, wie bereits erläutert, häufig

zum Sport in der Krebsnachsorge weniger Untersuchungen, vor allem für den Bereich der psychosozialen Ressourcen gibt, wird meist auf Untersuchungen aus dem Gesundheits- oder Breitensport zurückgegriffen. Auch für Wirkungen, Wirkungsweisen und Wechselwirkungen von Ressourcen werden Ergebnisse von „Normalpopulationen“ oder Patienten mit anderen Krankheitsbildern referiert. Es werden aber, wo vorhanden, immer Ergebnisse von Studien mit Krebsbetroffenen einbezogen. Zur Rolle des Übungsleiters gibt es überhaupt keine Studien aus dem Krebsnachsorgesport, so dass hier vor allem auf Studien aus dem Bereich des Leistungs- bzw. Schulsports, teilweise auch des Breitensports zurückgegriffen wird. In **Kapitel 3** werden allgemeine Annahmen für die eigene Untersuchung formuliert. **Kapitel 4** beschreibt die Untersuchungsmethoden. In einem speziellen Teil werden Faktorenanalyse und Testgütekriterien der selbst entwickelten Fragebögen dargestellt. Im **5. Kapitel** finden sich zuerst einige Angaben zur deskriptiven Statistik der einzelnen Gruppen, dann erfolgt die Untersuchung der Annahmen. Es werden gesundheitliche Bedeutung von Ressourcen, Bedeutung der Häufigkeit sportlicher Aktivität und des Diagnosealters untersucht. Danach werden Ressourcenvariablen und Gesundheit von Untersuchungs- und Kontrollgruppen verglichen. Dem folgt die Überprüfung von Übungsleiterstrategien zur Ressourcenförderung und entsprechender Gruppenunterschiede bei den Teilnehmern von Krebsnachsorgesportgruppen. Der Einfluss von Ressourcen des Übungsleiters und einer möglichen Selbstbetroffenheit desselben auf die Ausprägung von Ressourcen der Teilnehmer wird im Anschluss untersucht. Um die Studie abzurunden, erfolgt eine Analyse des Vorhersagebeitrages sportspezifischer Ressourcen auf die entsprechenden globalen Ressourcen. In der anschließenden post-hoc Datenanalyse sollen die Einflussvariablen „Förderung psychosozialer Ressourcen“ durch den Übungsleiter und „Eigene Ressourcen“ des Übungsleiters gemeinsam hinsichtlich der Effekte auf die Selbstwirksamkeitserwartung überprüft werden. In **Kapitel 6** werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Licht der vorhandenen und in den Theoriekapiteln erläuterten Forschungsergebnisse diskutiert. Dieses Kapitel beinhaltet auch eine Diskussion der Untersuchungsmethodik. Mit **Kapitel 7** wird die Arbeit abgeschlossen. Es werden noch einmal die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und eingeordnet. Außerdem wird auf die mögliche Bedeutung für die Übungsleiter hingewiesen.