

Inhalt

Einleitung.....	3
1 Zum aktuellen Stand gesundheitssportlicher Forschung und Praxis	4
1.1 Erläuterung einiger zentraler Begriffe innerhalb des Gesundheitssports	8
1.1.1 Gesundheit	8
1.1.2 Sport und sportliche Aktivität.....	12
1.1.3 Körperliche Aktivität und Lebensstilaktivitäten	15
1.1.4 Gesundheitssport und Prävention.....	15
1.2 Das Modell der sechs Kernziele von Gesundheitssport.....	20
1.2.1 Kernziel 1: Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen.....	20
1.2.2 Kernziel 2: Verminderung von Risikofaktoren	31
1.2.3 Kernziel 3: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen.....	32
1.2.4 Kernziel 4: Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden.....	40
1.2.5 Kernziel 5: Bindung an gesundheitssportliches Verhalten.....	41
1.2.6 Kernziel 6: Schaffung und Optimierung unterstützender Settings bzw. gesundheitsförderlicher Verhältnisse	45
1.3 Zielgruppen gesundheitssportlicher Angebote.....	49
2 Reiten als Gesundheitssport - Möglichkeiten und Grenzen.....	50
2.1 Erläuterung zweier zentraler Begriffe im Zusammenhang mit der Nutzung von Pferden im Gesundheitssport.....	50
2.1.1 Reiten	50
2.1.2 Bodenarbeit	52
2.2 Zur Problematik des Begriffs „Reiten“ in gesundheitssportlichem oder therapeutischem Zusammenhang.....	54
2.3 Abgrenzung des Reitens als Gesundheitssport von anderen (reiterlichen) Nutzungsformen des Pferdes.....	55
2.3.1 Das leistungssportliche Reiten und Voltigieren	56
2.3.2 Das Breitensportliche Reiten.....	57

2.3.3 Therapeutische Formen des Reitens	58
2.3.3.1 Hippotherapie.....	59
2.3.3.2 Ergotherapeutische Behandlung mit dem Pferd	61
2.3.3.3 Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten	61
2.3.3.4 Reiten als Sport für Menschen mit Behinderung.....	63
2.3.3.5 Reittherapie.....	64
2.3.3.6 Hippopädagogik, Cavallopädagogik, Equotherapie	65
2.3.4 Reiten als Gesundheitssport.....	68
2.4 Reiten als Gesundheitssport und das Modell der sechs Kernziele von Gesundheitssport.....	69
2.4.1 Reiten und Kernziel 1: Stärkung physischer Ressourcen.....	69
2.4.2 Reiten und Kernziel 2: Prävention von Risikofaktoren.....	83
2.4.3 Reiten und Kernziel 3: Stärkung psychosozialer Ressourcen	84
2.4.4 Reiten und Kernziel 4: Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden.....	95
2.4.5 Reiten und Kernziel 5: Bindung an gesundheitssportliches Verhalten.....	98
2.4.6 Reiten und Kernziel 6: gesundheitsförderliche Verhältnisse.....	102
2.5 Zielgruppen im Reiten als Gesundheitssport	107
2.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen zur Eignung von Reiten als Gesundheitssport.....	107
Literatur	112
Anhang.....	121
Kurzfassung.....	121
Lebenslauf.....	123

Einleitung

Anlässlich des Erwerbs der Zusatzqualifikation „Ausbilder im Reiten als Gesundheitssport“ bei der Deutschen Reiterlichen Vereinigung FN, entstand der Wunsch, die tatsächliche Eignung des Reitens als gesundheitssportliche Maßnahme wissenschaftlich zu beleuchten. Da das Reiten als Gesundheitssport (RGS) eine noch sehr junge Sparte der Reiterei darstellt, existieren kaum wissenschaftliche Untersuchungen und Erkenntnisse zu tatsächlichen Wirkungen solcher Angebote. Die vorliegende Arbeit muss daher vorwiegend Forschungsergebnisse und Erfahrungswerte aus den verschiedenen Bereichen des Therapeutischen Reitens heranziehen, um eine Eignung des Reitens als Maßnahme zur Förderung der Gesundheit diskutieren zu können. Da zum einen im Reiten allgemein nur wenig fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse existieren, zum anderen diese Erkenntnisse teilweise im Rahmen dieser Arbeit nicht zugänglich waren, musste auch auf nichtwissenschaftliche Literatur zurückgegriffen werden. Daher sollte diese Arbeit in erster Linie als Anregung zur weiteren, vor allem auch empirischen Erforschung der Wirkungen und der Berechtigung des Reitens als Gesundheitssport verstanden werden.

Als Bezugsrahmen innerhalb der Gesundheitsförderung durch Bewegung wurde weiters aus pragmatischen Gründen das Konzept der sechs Kernziele von Gesundheitssport gewählt, obgleich dieses Konzept weder das einzige, noch das am besten bewährte ist. Hochstrukturierte und standardisierte Angebote haben sich mittlerweile häufig als zu hochschwellig erwiesen, um die am meisten von gesundheitlichen Risiken bedrohten Bevölkerungsschichten anzusprechen (vgl. Rütten & Abu-Omar, 2006). Vorteil solcher standardisierter Programme ist jedoch die Anerkennung durch das institutionalisierte Gesundheitswesen und damit, unter gewissen Bedingungen, auch eine Finanzierungsbeteiligung durch die Träger des Gesundheitswesens, wie z. B. Krankenkassen. Dies spielt bei eher kostenintensiven Angeboten wie dem Reiten eine wesentliche Rolle, um es gerade auch wirtschaftlich und bildungsbezogenen Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen.

Nach einem kurzen Abriss des aktuellen Stands gesundheitssportlicher Forschung und der Erläuterung einiger zentraler Begriffe, wird das Modell der sechs Kernziele von Gesundheitssport als derzeit aktuelles Konzept zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Interventionen im Sport vorgestellt. Dieses Modell der Qualitäten von Gesundheitssport wird in Deutschland von allen an der Gesundheitsförderung durch Sport beteiligten Institutionen als maßgebend akzeptiert (vgl. Sudermann & Opper, 2006; Tiemann & Wanek, 2006). Auch in Österreich orientiert sich die Initiative „Fit für Österreich“ zumindest an den Qualitätskriterien von Gesundheitssport, die die Kernziele ebenfalls beinhalten (Fit für Österreich, 2008). Anschließend werden die Zielgruppen gesundheitssportlicher Maßnahmen definiert und vorgestellt.

Es folgt eine Erläuterung zur Problematik des Begriffs „Reiten“ in gesundheitssportlichem oder therapeutischem Zusammenhang. Daran anschließend werden diverse therapeutische Nutzungsformen des Pferdes im Zusammenhang mit einer eher engen Definition von „Reiten“ und in Abgrenzung zum Reiten als Gesundheitssport dargestellt. Schließlich wird die Kompatibilität der sechs Kernziele von Gesundheitssport mit dem Reiten, bzw. Pferdesport anhand entsprechender Fachliteratur untersucht und den Fragen nachgegangen, inwieweit Reiten sich im Sinne dieser Kernziele überhaupt als Gesundheitssport eignen könnte.

1 Zum aktuellen Stand gesundheitssportlicher Forschung und Praxis

1986 wurde mit der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1986) eine neue Strategie der weltweiten Gesundheitsförderung durch Stärkung der Gesundheitsressourcen formuliert (Brehm, Janke, Sygusch & Wagner, 2006). Unter Gesundheitsressourcen sind in diesem Zusammenhang alle von einer Person subjektiv und objektiv wahrgenommenen Potenziale zu verstehen, die ihr zur Bewältigung von Anforderungen, Belastungen und Konflikten dienen und ihr bei der selbständigen Herstellung des physischen und psychosozialen Wohlbefindens helfen (Brehm & Bös, 2006). Man wandte sich damit ab von einem negativen Gesundheitskonzept, das Gesundheit nur als Abwesenheit von Krankheit und Prävention primär als eine medizinisch orientierte Abwehr und Behandlung von Krankheit verstand (vgl. auch WHO, 2002). Nach diesem Paradigmenwechsel zu einem positiven Gesundheitsverständnis sollte vermehrt die Unterstützung von Interventionen im Bereich der individuellen Kompetenzen zur Erhaltung und Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands und im Bereich der Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Verhältnissen ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden (Brehm & Bös, 2006). Weiß et al. (2000) konnten mit einer Studie auch den sozio-ökonomischen Nutzen von mehr Investitionen im Bereich der (Gesundheits-) Sportförderung und Prävention für den Staat Österreich nachweisen. Eine Verbesserung der allgemeinen Sportbeteiligung würde trotz der damit verbundenen Mehrkosten durch Sportunfälle ein Einsparungspotenzial von ca. 3,65 Milliarden ATS ergeben. Diese Einsparungen würden erzielt durch verringerten „beruflichen Produktionsausfall durch Tod“ und geringere „Behandlungskosten“, die ursächlich mit Bewegungsmangel in Verbindung gebracht werden. Be-

wegungsmangel und seine langfristigen Folgen sind daher auch von volkswirtschaftlicher Bedeutung (Berg & König, 2005).

In den Industrienationen gilt der Risikofaktor Bewegungsmangel mittlerweile als größeres Gefahrenpotenzial für die Gesundheit, als z.B. Rauchen oder Übergewicht (Schlicht & Brand, 2007). In einem Bericht der WHO anlässlich des Weltgesundheitsstages am 7. April 2002 heisst es:

“In countries around the world between 60% and 85% of adults are simply not active enough to benefit their health. Sedentary lifestyles increase all causes of mortality, double the risk of cardiovascular diseases, diabetes, and obesity, and substantially increase the risks of colon cancer, high blood pressure, osteoporosis, depression and anxiety” (WHO, 2005, 16. März).

Das Problem mangelnder körperlicher Aktivität betrifft nicht nur die industrialisierten Länder, sondern ebenso auch Entwicklungsländer. Es handelt sich also um ein weltweites Problem unserer Zeit. Infolge zunehmender Technisierung im Arbeitsalltag, aber auch im Verkehr, im Haushalt und in der Freizeit ist eine körperliche Belastung in einem Rahmen, der für gesunderhaltende Wirkungen erforderlich wäre, schlichtweg nicht mehr notwendig (Berg & König, 2005; Lagerstrøm & Lidtke, 2004; Nowacki, 1985; WHO, 2002; Knoll, Banzer & Bös, 2006). Diese „sitzende Lebensweise“ führt zu einer unerwünschten Anpassung des menschlichen Körpers an die Nicht-Beanspruchung, im Sinne einer reduzierten Funktionsfähigkeit ganzer Organsysteme. Als Hauptrisikofaktor erscheint in diesem Zusammenhang die Entstehung einer sogenannten Insulinresistenz. Dabei gelingt es dem Organismus immer weniger, die Informationen des Hormons Insulin innerhalb der Zellstrukturen angemessen zu verwerten (vgl. Brehm & Bös, 2006). In weiterer Folge kann es zur Ausbildung eines metabolischen Syndroms¹ kommen, das wiederum schwerwiegende Erkrankungen wie z.B. Schlaganfall, Diabetes Typ II oder Herzinfarkt nach sich ziehen kann. Aber auch Beschwerden, Erkrankungen und funktionelle Einschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates, auf der Ebene koordinativer Fähigkeiten und auf psychischem bzw. psychosomatischem Gebiet zählen zu den potenziellen Folgen von Bewegungsmangel (vgl. Samitz & Baron, 2002; Pahmeier, Tiemann & Brehm, 2006). Die Palette an Erkrankungen und Beschwerden, die mit einem Mangel an körperlicher Beanspruchung in Verbindung gebracht werden, ist also recht groß. Des besseren Überblicks wegen werden sie hier noch einmal aufgelistet, auch wenn dabei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann:

1 Metabolisches Syndrom: „Die Kombination von Übergewicht mit männlicher Fettverteilung (androide Adipositas), Fettstoffwechselstörung (Hypertriglyzeridämie und/oder Hypercholesterinämie vom LDL- und VLDL-Typ), Bluthochdruck (essentielle, non-renale Hypertonie) und (Prä-)Diabetes (Impaired Glucose Tolerance) in individuell wechselnder Zusammenstellung.“ (Brehm et al, 2006)

- Stoffwechselbereich:
 - * Diabetes mellitus Typ II
 - * Fettstoffwechselstörungen
 - * Adipositas
 - * Maligne Tumorerkrankungen
- Bereich Herz-Kreislauf:
 - * Bluthochdruck
 - * Arteriosklerosen
 - * Herzinfarkt
 - * Zerebralsklerosen, Schlaganfall
- Bereich des Bewegungsapparates:
 - * Unspezifische Rückenschmerzen
 - * Osteoporose
 - * Funktionelle Beeinträchtigungen der Beweglichkeit
- Psychischer Bereich:
 - * Depressive Verstimmungen und Depression
 - * Angststörungen
- Weitere multiple Beschwerden, die im Zusammenhang mit mangelnder körperlicher Beanspruchung diskutiert werden. In Anbetracht der Vielfalt an Beschwerden in diesem Bereich, können hier nur einige Beispiele angeführt werden:
 - * Kopfschmerzen
 - * Gliederschmerzen
 - * Bauch- und Magenschmerzen
 - * Herz-Kreislaufprobleme, sowie Rückenschmerzen ohne klinischen Befund
 - * Schlafstörungen
 - * Erschöpfung, Mattigkeit
 - * Nervosität, Gereiztheit usw.

(In Anlehnung an WHO, 2002; Samitz & Baron, 2002; Pahmeier et al., 2006).

Konzepte zur Verbesserung des Aktivitätsniveaus der Bevölkerung über eine Steigerung der Lebensstilaktivitäten erwiesen sich als schwierig hinsichtlich ihrer quantitativen und qualitativen Erfassung. Auch konnten Zusammenhänge zwischen den Lebensstilaktivitäten und gesundheitlichen Wirkungen nicht ohne weiteres nachgewiesen werden (Brehm & Bös, 2006). Als Indikator der gesundheitsförderlichen Wirkung körperlicher Aktivitäten wurde zunächst vor allem der Energieverbrauch herangezogen. Ein Verbrauch von 2000-3000 kcal/Woche wird von Brehm et al (2006) als optimaler Richtwert angenommen. Bei einem Verbrauch unter diesem Wert, würden davon nur noch „langfristig Bewegungsabstinenten“ bei ihrem Wiedereinstieg in eine (gesundheits-) sportliche Aktivität profitieren. Bei einem Energieaufwand über ca. 3000 kcal/Woche, wurden in manchen Studien sogar negative Folgen, wie z.B. erhöhte Mortalitätsraten nachgewiesen (Brehm et al., 2006). Problematisch erscheint, dass Brehm et al. (2006) das Ausgangsniveau nicht angeben, zu dem die oben genannten Kalorien zusätzlich verbrannt werden sollen. Auch Berg und König (2006) geben als grundlegenden Energieverbrauch „übliche Alltagsaktivitäten“ an, was keine exaktere Angabe darstellt. Schlicht und Brand (2007) nennen als Minimalverbrauch 1000-1200 kcal pro Woche und geben als Basis den Grundumsatz² an. Auch der Grundumsatz ist kein exakter und konstanter Wert, erscheint jedoch in diesem Zusammenhang am angemessensten. Zur geschilderten Problematik der Ermittlung der energetischen Ausgangsumsätze sei hier auch noch auf einen Beitrag von Berg und König (2005) verwiesen, die verschiedene Möglichkeiten der Bestimmung dieses Wertes einschließlich der damit verbundenen Vor- und Nachteile beschreiben.

Wenn gleich also der Energieverbrauch einen wichtigen Indikator darstellt, so ist er doch keineswegs als alleiniges Kriterium der gesundheitsfördernden Wirkungen der jeweiligen Aktivität geeignet. Auch stellt sich die Ermittlung der Intensität von Lebensstilaktivitäten als besonders schwierig dar. Gerade die Intensität von Belastungen spielt jedoch für den positiven Effekt auf die Gesundheit (u. a.) eine entscheidende Rolle (vgl. Schlicht & Brand, 2007). Es ist aus gesundheitlicher Sicht nicht gleichgültig, ob die empfohlenen ca. 1000 kcal/Woche in mehreren Trainingseinheiten von moderater Intensität oder in nur wenigen Einheiten, dafür aber mit hoher Intensität der Belastung verbraucht werden.

2 „Die geringste Energiemenge, die dies [die Aufrechterhaltung der charakteristischen Ordnung und physiologischen Grundfunktionen des lebenden Organismus] bei völliger Ruhe und Entspannung (gleich nach dem Aufwachen), mindestens 12 Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme und bei der für den unbedeckten Menschen indifferenten Umgebungstemperatur von 20-28 °C ermöglicht, wird als Grundumsatz (GU bzw. basal metabolic rate, BMR) bezeichnet“ (Elmadfa, 1998).

Hinzu kommt, dass nicht jede Art körperlicher Aktivität und auch nicht jede Form von Sport, automatisch gesund ist, auch wenn sie den Energieverbrauch erhöht (vgl. Brehm, Bös, Oppen & Saam, 2002). Wird ein komplexes Verständnis des Gesundheitsbegriffs vorausgesetzt, so muss auch ein Sportprogramm, das den Anspruch erhebt, die Gesundheit zu fördern, diesen vielfältigen Aspekten gerecht werden. Die für gesundheitsförderliche Ziele am besten geeignete Belastung bzw. Beanspruchung lässt sich daher im Rahmen systematisch zusammengestellter Gesundheitssportprogramme sehr viel besser gezielt steuern und evaluieren, als mittels einer Erhöhung der Alltagsaktivitäten. Aus einer eher präventiv-medizinischen Perspektive erscheinen strukturierte gesundheitssportliche Maßnahmen und Angebote daher am besten geeignet, dem Risikofaktor Bewegungsmangel in spezifischer Weise entgegen zu wirken (Brehm & Bös, 2006). Damit ordnet sich der Gesundheitssport als ein wesentliches Element unter anderen, wie z. B. gesunde Ernährung oder Umweltschutz, in die Bestrebungen der WHO zur umfassenden Förderung von Gesundheit ein (vgl. WHO, 2002).

1.1 Erläuterung einiger zentraler Begriffe innerhalb des Gesundheitssports

Zur Klärung der begrifflichen Voraussetzungen und damit zur Schaffung eines besseren Verständnisses, werden die zentralen Begriffe in dieser Arbeit definiert, bzw. auf die Problematik einer eindeutigen Definition der verwendeten Bezeichnungen hingewiesen. Da es sich bei jedem dieser Begriffe um ein sehr komplexes Phänomen handelt, muss eine gewisse Auswahl an Definitionen getroffen werden. Die erschöpfende Behandlung dieser Begriffsproblematik würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Zugleich sollen diese Begriffsklärungen gewissermaßen den theoretischen Hintergrund zu den Überlegungen darstellen, ob Reiten sich grundsätzlich als Gesundheitssport eignen kann oder eher nicht.

1.1.1 Gesundheit

Gerade der Begriff der Gesundheit gab und gibt nach wie vor Anlass zu endlosen Diskussionen. Immer wieder wurden Paradigmenwechsel vollzogen. Becker (2006) z.B. unterscheidet im Wesentlichen drei Arten von Gesundheitsmodellen, die jeweils eigene Zugänge zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit, sowie der Erforschung und auch der Gestaltung von Interventionsmaßnahmen bedingen³:

3 Auf Beckers viertes Modell soll hier nicht weiter eingegangen werden, da es im Wesentlichen eine Weiterentwicklung des Salutogenese-Modells darstellt.

1. Risikofaktorenmodelle,
2. Salutogenesemodelle und
3. Laienmodelle der subjektiven Vorstellung von Gesundheit

Risikofaktorenmodelle nähern sich dem Phänomen Gesundheit sozusagen von der negativen Seite. Indem sie aufgrund empirischer Untersuchungen davon ausgehen, dass Krankheit durch das Auftreten gewisser Risikofaktoren begünstigt wird. Diese Risikofaktoren bestehen in bestimmten Verhaltensweisen, Lebensumständen und Lebensverhältnissen (vgl. Becker, 2006; Bürklein, 2007). Risikofaktorenmodelle definieren Gesundheit damit indirekt als Abwesenheit von Umständen, die Krankheit hervorrufen können. Die Förderung von gesund erhaltenden Faktoren, Widerstandsquellen bzw. Ressourcen, wird dabei also nicht berücksichtigt.

Das *Salutogenesemodell* hingegen konzentriert sich genau auf diese Potenziale, die bewirken, dass der eine Mensch unter bestimmten Bedingungen gesund bleibt, während ein anderer unter ähnlichen Bedingungen erkrankt. Begründer des salutogenetischen Ansatzes ist der Medizinsoziologe Antonovsky. Er prägte die Vorstellung, dass der Mensch sich in einem permanenten Prozess des Abwägens oder Balancierens von Anforderungen und Ressourcen befindet. Abhängig von ihren gesammelten Lebenserfahrungen gelingt es einer Person einmal besser, einmal weniger gut, die passenden Widerstandsquellen in angemessenem Umfang zur Bewältigung von Anforderungen zu mobilisieren (Becker, 2006). Es können mehrere Arten von Widerstandsquellen unterschieden werden (Bürklein, 2007):

- körperliche Widerstandsquellen,
- psychische, „innere“ (kognitive und einstellungsbezogene) Widerstandsquellen,
- physikalische, „äußere“ Widerstandsquellen
- und soziale Widerstandsquellen.

Auch Bös und Brehm (2006) haben, aufbauend auf den Vorstellungen eines prozesshaften Ausgleichs zwischen Anforderungen/Belastungen und Widerstandsquellen/Ressourcen, ein Konzept von Gesundheitssport entwickelt, das verschiedene Arten von Widerstandsquellen, die durch gesundheitsförderliche sportliche Maßnahmen erhalten und erweitert werden können, unterscheidet. Auf dieses Modell der Qualitäten von Gesundheitssport wird zu späterem Zeitpunkt genauer eingegangen (siehe Kap. 1.2).

Laienmodelle der subjektiven Vorstellung von Gesundheit beziehen sich auf die Vorstellungen und Überzeugungen die Jedermann und Jedefrau von Gesundheit haben. Auch

hier unterscheidet Becker (2006) verschiedene Typen von Modellvorstellungen: u. a. die Sichtweise, dass Gesundheit durch äußere Einflüsse wie Risikofaktoren beeinträchtigt werden kann, dass Gesundheit durch das Vorhandensein von Ressourcen gestärkt wird oder dass Gesundheit und Krankheit schicksalhaft gegeben sind.

Alle diese Modellvorstellungen von Gesundheit prägen auch die Überzeugungen des Individuums bzw. einer Gesellschaft, bezüglich der Möglichkeiten einer Einflussnahme auf die eigene bzw. öffentliche allgemeine Gesundheit und sind deshalb im Rahmen gesundheitsförderlicher Interventionen mitentscheidend für die Art und Weise des Vorgehens dabei sowie deren Erfolg.

Die Definition von Gesundheit der WHO, die 1986 im Zusammenhang mit der Ottawa-Charta verfasst wurde, vereint weitgehend alle oben genannten Aspekte, so dass sie im Zusammenhang mit dem Reiten als Gesundheitssport als am besten geeignet erscheint.

„[Gesundheit ist] das Ausmaß, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, einerseits ihre Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen, andererseits aber auch ihre Umwelt meistern oder verändern zu können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit ist ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen der Menschen ebenso betont wie deren körperliche Leistungsfähigkeit.“ (WHO, 1984 in Naidoo & Wills, 2003, S. 23).

Diese Definition verfolgt eine positive Vorstellung von Gesundheit und spricht sowohl die individuelle als auch die soziale Verantwortung für deren Erhalt an. Außerdem wird hier Gesundheit nicht als ein in der Zukunft festgelegtes Ziel aufgefasst, sondern als Prozess des alltäglichen Lebens. D. h., dass der Mensch sich ständig um einen Gleichgewichtszustand zwischen mehr und weniger Gesundheit, bzw. Krankheit bemüht, je nach dem, wie es ihm gelingt, sein Leben mit seinen Anforderungen, äußeren Bedingungen und individuellen Wünschen und Vorstellungen zu bewältigen. Diese Aussage der Definition kann dem salutogenetischen Ansatz zugeordnet werden.

Gesundheit als reine Abwesenheit von Krankheit zu definieren, würde die Menschen hilflos ihrem Schicksal und der Medizin überlassen, welcher zumindest ein gewisser Einfluss auf die Bekämpfung von Krankheit zugesprochen wird. Dennoch können gewisse Risikofaktoren für die Gesundheit im Lebensalltag nicht einfach ignoriert werden. Obwohl diese Risikofaktoren in der Definition der WHO nicht erwähnt werden, sollten sie im Zusammenhang mit dem Gesundheitssport Beachtung finden, da gesundheitssportliche Maßnahmen einen positiven Einfluss auf einige dieser Risikofaktoren ausüben können. Dazu zählt ganz wesentlich das Risiko körperlicher Inaktivität, welches von der WHO in ihrem Jahresbericht 2002 in den Industrieländern bereits als höher eingestuft wird, als z. B. Rauchen oder Übergewicht (Schlicht & Brand, 2007).

Naidoo und Wills (2003) zeigen differenziert auf, wie die Vorstellung von Gesundheit und somit auch der Zustand der Gesundheit selbst von sehr vielen verschiedenen Faktoren abhängen, wie z.B. den Erbanlagen, dem Geschlecht, Alter, der sozialen Stellung, der Schichtzugehörigkeit, von allgemeinen sozioökonomischen Bedingungen, der physisch-ökologischen Umwelt und dem ethnisch-kulturellen Ursprung. Hier spielen subjektive Theorien bzw. Modelle von Gesundheit eine wichtige Rolle. Einige der oben genannten Einflüsse können wenig bis gar nicht, andere wieder sehr deutlich vom Individuum und/oder der Menschengemeinschaft verändert werden.

Erbanlagen und Geschlecht gehören zu jenen Faktoren die, wird von den Möglichkeiten der Gentechnik und Geschlechtsumwandlung abgesehen, weder vom Einzelnen, noch von der Gesellschaft ohne weiteres beeinflusst werden können. Eine gewisse körperliche Konstitution oder sogar eine Neigung zu bzw. bestimmte Krankheiten selbst werden von den Eltern an ihre Kinder weitergegeben. Beeinflussbar an dieser Vorbestimmung des ererbten Gesundheitszustands ist lediglich der Umgang damit. Auch das Geschlecht bringt spezifische Neigungen zum Umgang mit Krankheit und Gesundheit mit sich, die jedoch auch mit soziokulturellen Bedingungen verknüpft sind. Im Zusammenhang mit dem Erwerb der Geschlechtsidentität besteht zumindest potenziell die Chance des Eingreifens und Mitgestaltens durch Individuum und Gesellschaft.

Die subjektive Beurteilung der Gesundheit ist u. a. auch vom Alter abhängig. So sehen jüngere Menschen ihre Gesundheit eher in Verbindung mit Begriffen wie „Fitness“, „Leistungsfähigkeit“, „Energie“, und „Stärke“, ältere Menschen dagegen mit denen der „Ganzheit“, „Integrität“ oder auch der „Fähigkeit zur Alltagsbewältigung“ (Naidoo & Wills, 2003).

Soziale Stellung und Schichtzugehörigkeit prägen die Sichtweise von Gesundheit, indem sie eng mit Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, mit gesellschaftlichem Einfluss und genauso mit sozioökonomischen Verhältnissen verbunden sind. Hierhin spielt eine große Anzahl von Bedingungen, die vom einzelnen Menschen und von der Gesellschaft nur teilweise, langfristig, indirekt und meist mit großem Aufwand verbunden, beeinflusst werden können, wie z. B. Wohnverhältnisse, berufliche Tätigkeiten und deren Umfeld, Einkommen, Zufriedenheit mit eigenen sozialen Rollen, soziale Vernetzung. Aber auch das Wissen, um Maßnahmen und Möglichkeiten der Gesunderhaltung, der Zugang zu Institutionen und Angeboten der Gesundheitsförderung, der jeweilige Lebensstil spielen hier eine maßgebliche Rolle.

Physische, ökologische Umweltbedingungen, wie Klima, ein städtisches oder ländliches Umfeld, sowie die ethnisch-kulturelle Herkunft und Lebensgemeinschaft entscheiden ebenfalls über die Art und Weise, wie die eigene Gesundheit zu erhalten versucht wird.

Beengte Lebensumstände beispielsweise wie die von großstädtischen Slums bergen größere gesundheitliche Risiken, als ein Leben in ländlicher Umgebung, mit viel Raum und guten hygienischen Bedingungen. Ebenfalls kann z. B. die Zugehörigkeit zu einer weniger gut in die Gesellschaft integrierten Minderheit eine gewisse gesundheitliche Benachteiligung darstellen (vgl. Naidoo & Wills, 2003).

Es wird also deutlich, dass die gewählte Definition des Gesundheitsbegriffs Möglichkeiten der Stärkung von Ressourcen und damit eine Einflußnahme auf die Gesundheit auf mehreren Ebenen zulässt. Diese Ebenen sind nach Brehm, Janke, Sygusch und Wagner (2006):

- die Ebene von Gesundheitswirkungen,
- die Ebene des Gesundheitsverhaltens und
- die Ebene gesunder Verhältnisse.

Da die Einteilung der Interventionsmöglichkeiten auf den drei Ebenen Teil des Konzepts der „Qualitäten von Gesundheitssport“ ist, wird später im Rahmen der Besprechung dieses Modells näher darauf eingegangen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird also von einem Gesundheitsverständnis ausgegangen, daß vielfältige Einflussmöglichkeiten auf die eigene und allgemeine Gesundheit berücksichtigt. Im Sinne der Gesundheitsförderung sollen diese vor allem über eine Stärkung der Ressourcen, im Sinne präventiver Maßnahmen jedoch auch durch eine Reduktion und Vermeidung von Risikofaktoren umgesetzt werden.

1.1.2 Sport und sportliche Aktivität

Die Definition des Begriffs „Sport“ ist ähnlich schwierig, wie die des Gesundheitsbegriffs. Es existieren schier unendlich viele Deutungen, die jeweils unterschiedliche Aspekte des Phänomens „Sport“ hervorheben. Eine Definition von Sport müsste nach Heinemann (1990) folgende zentrale Aspekte bzw. Kriterien oder „konstitutive Variablen“ enthalten, die bei allen Erscheinungsformen des praktischen Sports vorzufinden sind:

- den Aspekt der körperlichen Bewegung,
- das Leistungsprinzip,
- den Aspekt der Regelung der sportlichen Aktivitäten durch soziale Normen und
- den Aspekt der Unproduktivität der Tätigkeiten (S. 34-36).

Heinemanns konstitutive Variablen zur Erfassung des Phänomens „Sport“ können zwar nicht als Definition im eigentlichen Sinn verstanden werden, aus pragmatischen Gründen werden sie dennoch als „Definition“ von Sport bezeichnet.

Volkamer (1948) definiert Sport ähnlich wie Heinemann (1990). Seine Formulierung lässt jedoch eher eine Erweiterung auch in Richtung gesundheitssportlicher Aktivitäten zu:

„Sport besteht in der Schaffung von willkürlichen Hindernissen, Problemen oder Konflikten, die vorwiegend mit körperlichen Mitteln gelöst werden, wobei die Beteiligten sich darüber verständigen, welche Lösungswege erlaubt oder nicht erlaubt sein sollen. Die Handlungen führen in ihrem Ergebnis nicht unmittelbar zu materiellen Veränderungen.“ (Volkamer, M., 1984, S.196)

Für Volkamer steht die Bezeichnung der Willkür an zentraler Stelle seiner Definition, da sie ganz wesentlich über den sportlichen Charakter einer (Bewegungs-) Handlung entscheidet. Obwohl das Moment der Willkür von außen nicht gesehen werden kann, da es nur in der Intention des sich Bewegenden selbst liegt, entscheidet es, ob ein Hindernis, ein Problem oder Konflikt als willkürlich angenommen wird oder nicht und somit die folgende Bewegungshandlung zur Überwindung bzw. Lösung der Situation eine sportliche ist oder nicht.

Beide Definitionen, die Heinemanns und die Volkamers enthalten den Aspekt der körperlichen Bewegung, wobei Volkamer (1984) auch andere Mittel zur Lösung des Problems nicht ausschließt, was auch Denksport, Schach oder Angeln die Möglichkeit offen hält, als „Sport“ bezeichnet zu werden. Im Sinne Heinemanns (1990) können solche Aktivitäten nicht zu den sportlichen Tätigkeiten gerechnet werden.

Während Heinemann (1990) das Leistungsprinzip als konstituierend für Sport sieht, spielt dieses bei Volkamer (1984) keine Rolle. Damit fallen nach Volkamers Definition auch nicht wettkampforientierte, freizeitsportliche, erlebnisorientierte oder gesundheitsorientierte Bewegungsaktivitäten unter die Bezeichnung „Sport“. Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen wird auf den sehr komplexen Begriff der „Leistung“ nicht genauer eingegangen. Dazu sei auf Heinemann (1990) verwiesen, der differenziert auf die unterschiedlichen Bezugsrahmen des Begriffs „Leistung“ eingeht (S. 34ff).

Ein weiterer zentraler Aspekt bei Volkamer (1984) und Heinemann (1990) ist die Absprache über Ziele und die erlaubten Lösungsmittel und -wege des (Bewegungs-) Problems. Bei einem willkürlich formulierten Ziel bzw. Problem, Konflikt etc., ist es unabdingbar, auch die Mittel und Wege zu dessen Erreichung festzulegen, da zwar meist viele Lösungen möglich wären (z. B. bei der schnellstmöglichen Überwindung einer Strecke von hundert Metern), diese aber nicht unmittelbar miteinander verglichen werden könnten, allgemein nachvollziehbar und verständlich wären. Darunter kann auch eine gewisse Abgehobenheit des Sports von den Regeln und den Gesetzen des alltäglichen Lebens verstanden werden. Es geht eben nicht um von außen gegebene Aufgaben, sondern um willkürlich festgelegte Ziele, die nur unter ebenso willkürlich festzulegenden Regeln erreicht werden dürfen.

Was Heinemann (1990) als die „Unproduktivität“ von Sport bezeichnet, beschreibt Volkamer (1984) als Handlungsergebnisse, „die nicht unmittelbar zu materiellen Veränderungen führen“. Gemeint ist hier von beiden, dass die Ergebnisse sportlicher Handlungen über den Sport hinaus für die Alltagswirklichkeit keine direkte Bedeutung haben. Es geht um das sportliche Tun nur um seiner selbst willen. D. h., der Sinn der Handlung erschließt sich, aus Alltagssicht, nicht aus deren Ergebnis. Mit „Alltagsaugen“ betrachtet macht es keinerlei Sinn, vierhundert Meter, noch dazu mit Hürden, so schnell wie möglich zu überwinden, um am Ende wieder dort anzukommen, von wo man losgelaufen ist. Berufssport und Gesundheitssport stellen unter diesem Aspekt ein definitorisches Problem dar: mit der sportlichen Tätigkeit werden Ziele außerhalb des Sports angestrebt: nämlich die Bestreitung des Lebensunterhaltes und die Verbesserung oder Wiedererlangung der Gesundheit. Dieses Problem wird im Zusammenhang mit der Definition von Gesundheitssport genauer erläutert.

Im Alltag wird der Begriff „Sport“ mittlerweile sehr vieldeutig verwendet (vgl. Fuchs, 2003). Für die einen dient er immer noch als Bezeichnung des Wettkampf- und Leistungssports im Sinne Heinemanns (1990), der hauptsächlich von jüngeren und talentierten Menschen unter größerem Trainingsaufwand betrieben werden kann. Dieser Sportbegriff ist nicht geeignet, möglichst viele Menschen zu mehr (körperlicher) Aktivität zu animieren (vgl. Schlicht & Brand, 2007). Andererseits impliziert die gleiche Bezeichnung, „Sport“, für viele ein körperliches Aktivsein ohne Wettkampfgedanken im Sinne eines geregelten Leistungsvergleichs und in speziellen Sportstätten. Bei dieser Auffassung des Sportbegriffs besteht häufig auch eine enge Assoziation mit dem Gesundheitsbegriff. Auf diesen Zusammenhang wird jedoch bei der Besprechung des Begriffs „Gesundheitssport“ noch genauer eingegangen.

Für ein nicht primär wettkampfbezogenes Verständnis, sondern eine eher weite Auffassung von Sport, verwenden Schlicht und Brand (2007) die Bezeichnung „sportliche Aktivität“. Sportliche Aktivitäten können demnach bewegungsbezogene Aktivitäten als Ausgleich zur Berufstätigkeit, zur Verbesserung des Aussehens oder des Naturerlebens sein, um nur einige Beispiele zu nennen.

In der vorliegenden Arbeit soll aus pragmatischen Gründen der Begriff „Sport“ im Sinne von Fuchs (2003) verwendet werden: „Der Leistungsgedanke hat seine uneingeschränkte Definitionsmacht verloren. Der Sport kann jetzt auch einen anderen ‚Sinn‘ haben; er kann in Gestalt des Ausgleichs-, Erlebnis- oder Gesundheitssports auftreten und bleibt dennoch Sport.“ Es wird also ein weiter Sportbegriff bevorzugt. Handelt es sich um wettkampf- oder leistungsbezogenen Sport, so wird dies ausdrücklich gekennzeichnet.

1.1.3 Körperliche Aktivität und Lebensstilaktivitäten

Der Begriff der „körperlichen Aktivität“ kann als Oberbegriff in einem hierarchischen System der körperaktivitätsbezogenen Begriffe gesehen werden (Schlicht & Brand, 2007). Unter ihm werden die Begriffe „sportliche Aktivität“ und „körperliche Aktivität“ (im Sinne von „Lebensstilaktivitäten“) zusammengefasst. Unter den Begriff der „sportlichen Aktivitäten“ könnten Formen der sportlichen Ausübung wie z. B. Leistungssport, Freizeitsport, Erlebnissport, Gesundheitssport etc. eingeordnet werden. Unter dem Begriff der „körperlichen Aktivität“ fänden sich dann im Sinne von Samitz und Baron (2002) nach ihrem Zweck eingestufte Aktivitäten, wie: berufsbezogene oder freizeitbezogene körperliche Aktivitäten oder Haushaltsaktivitäten, die auch als Lebensstilaktivitäten bezeichnet werden. Allerdings treten dabei dann Überschneidungen im Bereich der freizeitbezogenen Aktivitäten mit den sportlichen Aktivitäten auf.

1.1.4 Gesundheitssport und Prävention

Wie bereits angedeutet, fällt eine Definition des Begriffs „Gesundheitssport“ nicht leicht, nachdem sich schon die Definition der Begriffe „Gesundheit“ und „Sport“ als problematisch erwies. Ausgehend von einer Definition von Kindermann et al (1993) sollen die Schwierigkeiten einer Deutung erörtert werden.

„Gesundheitssport ist eine aktive, regelmäßige und systematische körperliche Belastung mit der Absicht, Gesundheit in all ihren Aspekten, d.h. somatisch wie psychosozial, zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen. Gesundheitssport umfaßt den Präventivsport, die Bewegungs- und Sporttherapie sowie den Rehabilitationssport. Da Sport auch mit gesundheitsbezogenen Risiken verbunden sein kann, müssen die Inhalte dosiert und in Anlehnung an die individuellen Voraussetzungen ausgewählt werden.“ (Kindermann, W. et al, 1993, S. 198)

Kindermann et al. (1993) ersetzen hier den Begriff „Gesundheitssport“ durch den Ausdruck „aktive, regelmäßige und systematische körperliche Belastung“ mit dem Ziel, die Gesundheit auf allen Ebenen zu stärken. Brehm und Bös (2006) sprechen dabei von drei Ebenen, auf denen Gesundheitsförderung aufbauen müsse:

1. Auf der Ebene der Gesundheitswirkungen. Gemeint ist, dass geeignete Maßnahmen zur Stärkung körperlicher und psychosozialer Ressourcen, sowie eine Verringerung und Bewältigung schon bestehender Beschwerden und Missbefindenszustände anzustreben sei.
2. Auf der Ebene des Gesundheitsverhaltens geht es um die Vermittlung von Kompetenzen, die das Individuum befähigen sollen, selbständig und eigenverantwortlich für seine Gesundheit Sorge zu tragen.
3. Auf der Ebene der Verhältnisse, die ein gesundes Leben ermöglichen sollen. Diese Ebene betrifft weniger das Individuum, als vielmehr Institutionen z. B. in der Politik.

Durch eine Förderung auf diesen Ebenen soll ein umfassendes Wohlbefinden im Sinne der Gesundheitsdefinition der WHO (1986) erreicht werden. Kindermann et al. (1993) weisen in ihren Erläuterungen zum Gesundheitssport zwar auf die Problematik der beiden Ausgangsbegriffe „Sport“ und „Gesundheit“ hin, die Begründungen zur Verwendung der Bezeichnung basieren jedoch vornehmlich auf deren Verwendung in der alltäglichen Praxis des organisierten (Gesundheits-) Sports. So wird u. a. argumentiert, „Gesundheitsförderung gehört schon seit jeher zu den wichtigsten Zielsetzungen des Sports...“ (Kindermann et al, 1993). Außerdem wird auf entsprechende Initiativen und Stellungnahmen des Deutschen Olympischen Sportbundes und seiner Mitgliedsorganisationen hingewiesen. Die gesundheitliche Bedeutung von Sport wird zudem begründet mit dem Argument, Sporttreiben eigne sich am besten, den gesundheitlichen Risikofaktor „Bewegungsmangel“ zu beseitigen und zur Stressreduktion beizutragen. Wie schon erwähnt, gilt Bewegungsmangel, bzw. körperliche Inaktivität mittlerweile als einer der markantesten Risikofaktoren besonders der Industrienationen (Schlicht & Brand, 2007; Wagner, Woll, Singer & Bös, 2006). Es liegt daher aus präventiver Sicht nahe Gesundheitssport als Mittel zu wählen, um diesem Mangel an Beanspruchung des Körpers entgegenzuwirken, da gesundheitssportliche Aktivitäten besser systematisch geplant, durchgeführt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden können, als allgemeine, wenig strukturierte sportliche Aktivitäten (vgl. auch Brehm & Bös, 2006).

Als weiteres Argument für ihr Verständnis von Gesundheitssport führen Kindermann et al. (1993) den zunehmenden Anteil an älteren Menschen innerhalb der Gesamtbevölkerung an, der eine Umstrukturierung der sportlichen Angebote und damit verbunden auch des verwendeten Begriffs von Sport notwendig mache.

Im alltäglichen Sprachgebrauch wird der Begriff „Sport“ häufig fast schon synonym mit „Gesundheitsförderung“ verwendet. Diesem Trend ist entgegen zu halten, dass Sport, der nicht weiter differenziert wird, zwar gesund sein kann, aber nicht gesund sein muss. Brehm, Bös, Opper und Saam (2002) führen folgende Beispiele an: eine Tennisspielerin, die am Wochenende Turniere bestreitet, kann darin einen wertvollen Ausgleich zu ihrem Beruf sehen. Ihr Selbstvertrauen wird gestärkt, ihre Grundgestimmtheit dadurch positiv gestärkt und sie hält sich durch ihr Training körperlich fit. Diese Sportausübung kann also gesundheitsförderliche Effekte erzielen. Würde sie z. B. nicht trainieren und dennoch Wettkämpfe bestreiten, könnte das ein erhöhtes Verletzungsrisiko darstellen, und diese Art der Sportpraxis wäre der Gesundheit der Spielerin eher abträglich, besonders, wenn sie sich schwerwiegendere Verletzungen mit Folgeschäden zuzöge. Auch kann eine Sportaktivität, genauer das Milieu eines Vereins einen Anreiz für Tabak- und Alkoholkonsum darstellen (Sygusch, Wagner, Opper & Worth, 2006).

Es kann also durchaus vorkommen, daß eine Person Sport ohne gesundheitliche Ambitionen betreibt, und dennoch positive Wirkungen auf ihre Gesundheit dabei entstehen. Eine andere Person betreibt zwar Sport unter gesundheitlicher Motivation, erleidet dabei aber Verletzungen oder einen Überlastungsschaden, der sich mit dem gesundheitsförderlichen Antrieb nicht vereinbaren läßt (vgl. Fuchs, 2003). Daher kommt es vor allem auf eine entsprechende Gestaltung der sportlichen Belastungen an, um von Gesundheitssport im engeren Sinne sprechen zu können. Um noch einmal Kindermann et al. (1993) zu zitieren: „Da Sport auch mit gesundheitsbezogenen Risiken verbunden sein kann, müssen die Inhalte dosiert und in Anlehnung an die individuellen Voraussetzungen ausgewählt werden“.

Die Autorengruppe um Kindermann (1993) schlägt weiters eine Einteilung von Gesundheitssport als Überbegriff für drei Einsatzbereiche vor:

1. Den Bereich der Prävention. Hier geht es um die Festigung von Gesundheit und die Vermeidung von Risikofaktoren für gesunde Aktive.
2. Bewegungs- und Sporttherapie. Diese befassen sich mit bereits gesundheitlich beeinträchtigten Teilnehmern, um aufgrund medizinischer Verordnung einen Zustand der Gesundheit wieder her zu stellen.
3. Rehabilitationssport. Sein vornehmliches Ziel ist die Wiedereingliederung schwerwiegend Erkrankter in ein möglichst eigenständiges Leben innerhalb der Gesellschaft.

Legt man diese Einteilung zugrunde, beschränkt sich Reiten als Gesundheitssport ausschließlich auf den ersten Einsatzbereich: die Prävention. Die Bereiche der Bewegungs- und Sporttherapie, sowie der Bereich der medizinischen Rehabilitation werden von entsprechend qualifizierten Therapeuten betreut.

Prävention stammt vom Lateinischen „*praevenire*“, was soviel bedeutet, wie „zuvorkommen“ (Stowasser, Petschenig & Skutsch, 1991). Prävention möchte in diesem Zusammenhang also dem Auftreten von Erkrankungen oder Behinderungen, bzw. bereits bestehenden gesundheitlichen Risikofaktoren möglichst frühzeitig entgegenwirken. Damit soll dem Individuum bzw. ganzen Bevölkerungsgruppen ein selbständiges, aktives Leben bis ins hohe Alter ermöglicht werden (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004; Bürklein, 2007). Hurrelmann et al. (2004) und Bürklein (2007) unterscheiden dabei Primär-, Sekundär- und Tertiär-Prävention.

Die *Primärprävention* findet ihren Einsatz zu einem Zeitpunkt, zu dem noch keinerlei Krankheitsanzeichen vorhanden sind, setzt also beim gesunden Individuum an. Diese Form der Prävention kann als die ursprünglichste aller Vorbeugemaßnahmen aufgefasst werden. Hier findet Gesundheitssport eines seiner Hauptbetätigungsfelder.

Die *Sekundärprävention* setzt an, wenn bereits Risikofaktoren eine folgende Erkrankung wahrscheinlich werden lassen. Betroffene Personen können durchaus noch symptomlos und ohne Beschwerden ihre alltäglichen Anforderungen meistern, bei gesteigerten Anforderungen über dieses gewohnte Ausmaß hinaus, können jedoch erste gesundheitliche Einschränkungen bemerkbar werden. Beispielhaft kann hier eine Gesundheitsuntersuchung mit Belastungs-EKG angeführt werden. Die untersuchte Person fühlt sich beschwerdefrei, während der Belastung treten dann z. B. Atembeschwerden oder Unregelmäßigkeiten des Herzschlags auf. Auch hier können gesundheitssportliche Maßnahmen wirkungsvoll eingesetzt werden, um die Verschlechterung dieser ersten Einschränkungen zu verhindern oder sie sogar zu beseitigen.

In der *Tertiärprävention* geht es darum, bereits aufgetretene Erkrankungen in ihrem Fortschreiten zu verlangsamen, weitere Zusatzerkrankungen zu verhindern und/oder die Lebensqualität betroffener Personen zu verbessern. Für den Bereich des Gesundheitssports könnte dies z. B. bedeuten, dass ein Mensch nach Abschluss der medizinischen und physiotherapeutischen Behandlung eines Bandscheibenvorfalles (Prolaps) an einem Gesundheitssportprogramm teilnimmt, um die Funktionsfähigkeit seiner Wirbelsäule und der relevanten Muskulatur soweit zu stabilisieren, dass es ihm möglich ist, seinen Alltag wieder beschwerdefrei zu bewältigen und weiteren Vorfällen vorzubeugen. Im Bereich der Tertiärprävention gibt es jedoch Überschneidungen mit dem medizinisch-therapeutischen Behandlungsfeld und der Rehabilitation (Hurrelmann et al., 2004). Daher spielt der Bereich dieses Präventionstyps innerhalb des Gesundheitssports nur eine untergeordnete Rolle.

Zu unterscheiden ist auch zwischen „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“. Während Prävention bereits die potentielle Erkrankung des Menschen ins Auge faßt und dieser zuvorkommen möchte, versteht sich Gesundheitsförderung als ganzheitlich ausgerichtete Maßnahme zur Erhaltung, Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheit, bei einem komplexen Verständnis dieses Begriffs, im Sinne der WHO (1986). Prävention stammt damit aus dem Bereich der Medizin, während Gesundheitsförderung eher sozial- und erziehungswissenschaftlichen Bereichen zugeordnet werden kann (vgl. Röthig & Pohl, 1989).

Zusammenfassend lässt sich zur Problematik einer Definition des Begriffs „Gesundheitssports“ also folgendes sagen:

- Gesundheitssport kann in seinem Wesen nicht durch das Leistungsprinzip, die Notwendigkeit zur Vereinbarung sozialer Regeln und Normen und auch nicht durch Unproduktivität, im Sinne von Zwecklosigkeit aus der Alltagssicht, bestimmt werden (vgl. Heinemann, 1990).

- Der Begriff des „Gesundheitssports“ ist aus der Praxis nicht mehr wegzudenken (vgl. Kindermann et al., 1993).
- „Gesundheitssport“ in der Definition von Kindermann et al (1993) beschreibt sehr gut das praktische Feld der Bewegungs-Aktivitäten zur umfassenden Förderung der Gesundheit (vgl. Fuchs, 2003). Dennoch ist er aus dieser Sicht vor allem dem medizinischen und damit einem auf die Abwendung und Vorbeugung von Krankheit ausgerichteten Forschungsbereich verhaftet. Ein Gesundheitssport aus der Sicht der Gesundheitsförderung, im Sinne der Stärkung der Gesundheit, würde einem tatsächlich auch umgesetzten Paradigmenwechsel wahrscheinlich besser entsprechen.

Auch im Zusammenhang mit diesem Begriff wird eine eher pragmatische Lösung des Definitionsproblems gewählt, indem Gesundheitssport nach der Auffassung von Kindermann et al (1993) verstanden wird. Gleichzeitig jedoch soll der Aspekt des Sporttreibens um seiner selbst willen nicht vergessen werden, da die Freude an der Bewegung selbst, indirekt auch der Erhaltung und Verbesserung der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit dient. Würde Gesundheitssport aus reiner Verpflichtung zur Verbesserung der Gesundheit betrieben, könnte das gerade diesen Zweck sogar verfehlen.

Der Leistungsaspekt soll so verstanden werden, dass ein spielerisches Wetteifern und Bemühen, die gesteckten (gesundheitlichen) Ziele auch zu erreichen, dem Gesundheitsaspekt zumindest nicht widersprechen muss. Die Absprache von Regeln ist auch für nicht wettkampftypische Bewegungsspiele notwendig. Solche Spiele haben auch im Rahmen von Gesundheitssport-Aktivitäten einen wichtigen Stellenwert. Eine Einigung über Regeln und Normen ist somit für den Gesundheitssport zwar nicht begrifflich konstituierend, praktisch jedoch genauso erforderlich, wie für den Wettkampfsport auch.

Damit ist das große begriffliche Problem des Sports/Gesundheitssports zwar nicht gelöst, es kann jedoch im Rahmen dieser Arbeit weiter von Gesundheits-„Sport“ gesprochen werden, ohne dass unauflösbare Widersprüche auftreten (vgl. Fuchs, 2003).

1.2 Das Modell der sechs Kernziele von Gesundheitssport

Die detaillierte Beschreibung des Modells der Qualitäten von Gesundheitssport, die Sport erst zu Gesundheitssport machen, soll hier die Voraussetzungen dafür schaffen, um später prüfen zu können, inwieweit Reiten diese Kriterien erfüllen kann. Dazu erscheint ein genaueres Eingehen auch auf die einzelnen Kernziele erforderlich.

Ganz im Sinne des „New Public Health“- Ansatzes, der durch die Ottawa Charta der Vereinten Nationen 1986 proklamiert wird, zielt das Modell der Qualitäten von Gesundheitssport auf die Förderung von Gesundheit durch Stärkung der Gesundheitsressourcen, Vermeidung von Risikofaktoren und den Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen ab (Brehm & Bös, 2006). Im Zentrum steht dabei die Gesundheitsförderung durch Bewegung, um dem weltweit derzeit stärksten Risikofaktor „körperliche Inaktivität“ entgegenzuwirken (vgl. Schlicht & Brand, 2007). Brehm und Bös unterscheiden dabei drei große Ebenen, auf denen Förderungen stattfinden sollen:

1. Auf der Ebene der Gesundheitswirkungen. Durch hochspezifische gesundheitssportliche Maßnahmen sollen physische und psychosoziale Gesundheitsressourcen gestärkt, Risikofaktoren gemindert oder vermieden und bereits bestehende Missbefindenzustände und Beschwerden bewältigt werden.
2. Auf der Ebene des Gesundheitsverhaltens. Hier wird die Befähigung des Individuums zur Kontrolle der eigenen Gesundheit durch geeignete Verhaltensweisen angesprochen:
3. Auf der Ebene gesunder Verhältnisse. Hiermit werden die äußeren Bedingungen, die (Lebens-) Umwelt der Menschen angesprochen, infrastrukturelle Verbesserungsmaßnahmen, Umweltschutz und eine Palette an gesundheitsförderlichen Angeboten.

Auf der Grundlage dieser drei Ebenen der Gesundheitsförderung, beschreiben Brehm und Bös, bzw. Brehm et al. (2006) sechs konkrete Ziele zur Verbesserung der Gesundheit des Individuums und der Bevölkerung.

1.2.1 Kernziel 1: Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen

Kernziel 1 ist auf die Verbesserung der allgemeinen körperlichen Fitness, der physischen Leistungsfähigkeit ausgerichtet. Sowohl das Herz-Kreislauf-System, der Halte- und Bewegungsapparat, als auch das Zentralnervensystem sollen in ihrer Funktionsfähigkeit gefördert werden über ein Training von Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordinations- und Entspannungsfähigkeit. Obwohl noch nicht zuverlässig und eindeutig geklärt werden

konnte, welche genauen Trainingsdosen für einen größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen erforderlich sind, gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass selbst Menschen höherer Altersstufen noch funktionelle Anpassungserscheinungen mit Wirkung auf die Gesundheit durch körperliches Training zeigen (vgl. u. a. Wood, Reyes, Welsch, Favaloro-Sabatier, Sabatier, Lee, Johnson & Hooper, 2001; Kallinen, Sipilä, Alen, & Suominen, 2002; Delecluse, Colman, Roelants, Verschueren, Derave, Ceux, Eijnde, Seghers, Pardaens, Bru-magne, Goris, Buekers, Spaepen, Swinnen & Stijnen, 2004). Dies ist gerade im Hinblick auf eine alternde Gesellschaft (vgl. American College of Sports Medicine, 1998; Delecluse et al., 2004; Statistik Austria, 2007) von größtem auch volkswirtschaftlichem Interesse. „Aus Sicht der Epidemiologen könnten 80% der Gesamtkosten [des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland] über präventive Maßnahmen durch Umstellung des gesundheitlichen Fehlverhaltens langfristig eingespart werden“ (Berg & König, 2006).

Wesentlich mitentscheidend, ob eine Umstellung des Lebensstils im Hinblick auf eine Steigerung der körperlichen Aktivität gelingt, ist unter anderem auch die Einstiegsphase in einen bewegteren Alltag (Berg & König, 2006):

„Dazu bedarf es nicht nur medizinisch, sondern auch pädagogisch und psychologisch geschulter Ärzte sowie kompetenter Sporttherapeuten [und Trainer; *Anmerkung der Autorin*], die in der Lage sind, auch Unsportliche und primär Nicht-Sport-Begeisterte in ihrer Lebensweise und Mentalität zu verstehen und zu motivieren, anstatt sie mit unrealistischen Zielvorstellungen abzuschrecken.“

Die von Knoll, Bös und Banzer (2006) formulierte Empfehlung kann daher in der Praxis oft zunächst nur als langfristiges Ziel betrachtet werden. Brehm et al. (2006) geben als Richtlinie für ein einmal wöchentliches Einstiegstraining, das jedoch alle, im Folgenden noch zu erläuternden, Komponenten eines umfassenden Gesundheitstrainings enthält und nicht bloß die Ausdauer, einen Umfang von 90 Minuten an. Dieser Umfang soll dann allmählich zumindest verdoppelt und auf zwei, besser drei Einheiten pro Woche verteilt werden.

Ausdauer

Auf eine ausführliche Definition von „Ausdauer“ wird an dieser Stelle verzichtet. Zur differenzierten Einteilung verschiedener Ausdauerformen nach unterschiedlichen Kriterien wie z. B. der Energiebereitstellung, Belastungsdauer oder Ausführungsform siehe u. a. Zintl (2001), Neumann und Hottenrott (2002), Weineck (2002). Im Zusammenhang mit gesundheitssportlichen Aktivitäten bezieht sich die Bezeichnung der „Ausdauer“ fast ausnahmslos auf die allgemeine, aerobe, dynamische (Langzeit-) Ausdauerleistungsfähigkeit (Bös & Banzer, 2006). Von „allgemeiner“ Ausdauer wird gesprochen, wenn mehr als ein Siebtel bis ein Sechstel der gesamten Skelettmuskulatur beteiligt sind (Weineck 2002). Bei der aeroben Energiegewinnung wird Adenosintriphosphat (ATP) hauptsächlich unter Verwendung von Sauerstoff aus Kohlenhydraten und Fettsäuren resynthetisiert. Daher

spielt die maximale Sauerstoffaufnahmekapazität zur Diagnose der Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Lungen-Systems auch im Gesundheitssport eine gewisse Rolle, nicht nur im Leistungssport (Bös & Banzer, 2006). Ein moderates Ausdauertraining im Bereich der aeroben Schwelle (zwischen 1-3mmol/l Laktat⁴) trägt in besonderer Weise zu einer Verringerung metabolischer Risikofaktoren bei, die in enger Verbindung mit dem metabolischen Syndrom stehen (Berg & König, 2006). Das dynamische Ausdauertraining bezieht sich auf die Arbeitsweise des Körpers in Bewegung, im Vergleich zur Haltearbeit, bei der es zu keinen Winkelveränderungen in den Gelenken oder Längenveränderung der Muskulatur kommt (Weineck, 2002). Da bei der Definition der Ausdauer nach der zeitlichen Dauer die Zuordnungen einzelner Autoren erheblich auseinandergehen, wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Einteilung nach Neumann und Hottenrott (2002) gewählt, da hier die Langzeitausdauer bei einer Dauerleistung über 10 Minuten beginnt. Für den gesundheitssportlichen Bereich spielen die Langzeitausdauer I und II (LZA I und II) die größte Rolle. Sie sind für einen Bereich über 10 Minuten bis zu 90 Minuten definiert. Bei einer entsprechend geringen bis mittleren Intensität der Belastung erreicht die Verstoffwechslung von Fetten im arbeitenden Muskelgewebe ab ca. 30 Minuten Belastung ihr Optimum. Diese Nutzung von Lipiden ist für die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Stoffwechselprofils im Sinne einer Prävention oder Eindämmung des metabolischen Syndroms u. a. durch eine entsprechende aerobe Enzymkapazität der Zellen von entscheidender Bedeutung (Berg & König, 2006; Bös & Banzer, 2006).

Das Training der aeroben Ausdauerleistungsfähigkeit in oben beschriebener Weise dient, neben den positiven Effekten auf die Stoffwechsellage, auch der Ökonomisierung der Herz-Kreislauf-Tätigkeit. Diese manifestiert sich in geringeren Werten der Ruheherzfrequenz und der Trainingsherzfrequenz bei gleicher Belastung. Mit fortschreitendem Lebensalter kann die Abnahme der Funktionsfähigkeit der Organe des kardio-pulmonalen Systems einschließlich der Blutgefäße durch einen entsprechenden Trainingszustand verringert bzw. verlangsamt werden (Oschütz & Bělinová, 2003; Weisser, 2003).

Im Allgemeinen verbessert ein entsprechendes Ausdauertraining die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegenüber Ermüdung und auch die Erholungsfähigkeit nach körperlichen Anstrengungen (vgl. Weineck, 2002). Zur Verbesserung der aeroben Ausdauerleistungsfähigkeit sollten (in Abhängigkeit von individuellen Voraussetzungen und Möglichkeiten) größere zeitliche Umfänge (über 30min) bei geringer Intensität (bis max. 2mmol/l Laktat)

4 Die Empfehlung bestimmter Laktatwerte ist abhängig vom zugrunde gelegten Laktatschwellen-Konzept. Die am häufigsten verwendeten Konzepte sind das 2- und 4mmol/l Schwellen-Konzept und das Konzept der individuellen anaeroben Laktatschwelle (Neumann & Hottenrott, 2002).

trainiert werden (vgl. Neumann & Hottenrott, 2002). Knoll, Banzer und Bös (2006) empfehlen tägliche, zumindest aber drei- bis fünfmal wöchentliche Trainingseinheiten von 30-60 Minuten zusätzlich (!) zu einem körperlich aktiven Lebensstil. M. E. sind Empfehlungen bezüglich der Trainingsherzfrequenz auf der Basis pauschaler Formeln (z. B. 180 minus Lebensalter) wenig empfehlenswert, da die individuell optimale Trainingsherzfrequenz für ein aerobes Training immer wieder stark von diesen errechneten Werten abweichen kann. Selbst geringe systematische Abweichungen oberhalb dieser Frequenz können langfristig zu einer Überbeanspruchung, bzw. einem Training in einem Stoffwechselbereich, der für gesundheitssportliche Zwecke nicht geeignet ist führen oder unterhalb dieser Frequenz eine volle Ausschöpfung der erwünschten Effekte verhindern (mündliche Auskunft von Dr. Dagmar Rabensteiner). Eine sportmedizinische Leistungsdiagnostik erscheint unter diesen Gesichtspunkten also nicht nur für Leistungssportler sinnvoll. Ein wichtiges Argument für diese exaktere Bestimmung der individuellen Trainingsherzfrequenz ist auch das der zeitlichen Ökonomie: innerhalb des zur Verfügung stehenden, meist eher begrenzten zeitlichen Rahmens für ein Training, können so optimale Effekte erreicht werden. Auch Formeln, die die maximale Herzfrequenz enthalten, erscheinen besonders im Zusammenhang mit dem Training älterer Menschen problematisch, da eine Ausbelastung dieses Klientels zur Ermittlung der maximalen Herzfrequenz aus gesundheitlicher Sicht oft nicht vertretbar ist (Haber, 2001). Berechnungen, die also auf der Kenntnis der oberen Belastungsgrenze beruhen, werden dann häufig doch bloß geschätzt und sind entsprechend unexakt, oder es werden hohe gesundheitliche Risiken in Kauf genommen, um tatsächlich eine maximale Herzfrequenz messen zu können. In einigen Studien wird die Art und Weise der Ermittlung der maximalen Herzfrequenz gar nicht angegeben (z.B. Delecluse et al., 2004; Izquierdo, Ibañez, Häkkinen, Kraemer, Larrión & Gorostiaga, 2004)

In einigen Längsschnittstudien konnte gezeigt werden, dass auch oder gerade ein sogenanntes „intermittierendes Training“ oder „Pausentraining“, bei dem Belastung und Erholung einander in kürzeren zeitlichen Reprisen abwechseln, sehr gute gesundheitliche Effekte auf das Herz-Kreislauf-System erzielen kann. Diese Form des Ausdauertrainings erweist sich auch in physiologischer und psychisch-emotionaler Hinsicht als günstiger Modus für den Einstieg in eine gesundheitssportliche Aktivität (Knoll, Banzer & Bös, 2006).

Im Allgemeinen erscheint es unwesentlich, in welcher Sportart das Ausdauertraining absolviert wird. Brehm et al. (2002) nennen unterschiedliche Möglichkeiten des Ausdauertrainings, wie Radfahren, Walking, Laufen, Skilanglauf, Aerobic oder das Training an sogenannten „Cardiogeräten“ aller Art. Im konkreten Einzelfall sind jedoch viele Aspekte bei der Auswahl der geeigneten Ausführungsform relevant, wie persönliche Vorlieben, allfälli-

ge schon bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen wie z. B. Gelenksbeschwerden, Übergewicht oder Beeinträchtigungen innerhalb des Herz-Kreislauf-Systems usw., aber auch infrastrukturelle Gegebenheiten oder das vorhandene zeitliche Budget betreffende Erfordernisse, um nur einige dieser Kriterien zu nennen.

Kraft

In den 1980er und 90er Jahren noch wurde das Training der Ausdauerleistungsfähigkeit und damit des Herz-Kreislauf-Systems als *das* Gesundheitstraining schlechthin betrachtet, was, in anbetracht der Häufigkeit kardiovaskulärer Erkrankungen innerhalb der Bevölkerung, auch berechtigt erschien (vgl. Knoll, Banzer & Bös, 2006). Mittlerweile rückte jedoch die (Skelett-) Muskulatur ins Zentrum des Interesses der gesundheitssportlichen Forschung (Berg & König, 2006; Boeckh-Behrens & Buskies, 2006). Dies liegt nicht etwa an einer Abnahme der Erkrankungen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems, sondern vielmehr an einer neuen Sicht auf ursächliche Zusammenhänge von Risikofaktorensyndromen mit Krankheitsbildern und lässt sich unter anderem über folgende Sachverhalte erklären:

- Zum einen nimmt die Bedeutung der Muskelmasse in Verbindung mit dem Grundumsatz hinsichtlich einer steigenden Anzahl Übergewichtiger innerhalb der Bevölkerung zu (vgl. Zapf, 2006).
- Im metabolischen Bereich der Insulinsensitivität der Zellen spielt die Muskulatur, bzw. das Krafttraining eine bedeutsame Rolle (ACSM, 1998).
- Die Bedeutung des Zustands der Muskulatur trifft auch auf die Vorbeugung und Behandlung von Rückenschmerzen zu (Boeckh-Behrens & Buskies, 2006).
- In Bezug auf das steigende Alter unserer Gesellschaft und damit auf den notwendigen möglichst langen Erhalt einer weitgehend selbständigen Lebensführung, wird die Prophylaxe von Stürzen immer wichtiger (ACSM, 1998; Fiatarone Singh, 2002).
- Und auch im Rahmen des Alterungsprozesses besitzt Krafttraining eine wichtige Funktion zur Prävention von Osteoporose (Samitz & Baron, 2002; Knoll, Banzer & Bös, 2006), Muskelmasseverlusten und Kraftverlusten (Fiatarone Singh, 2002), die ebenfalls Voraussetzungen für die Selbständigkeit im Alter darstellen.

Im Gesundheitstraining kommt in erster Linie das Training der Kraftausdauer zum Einsatz. Kraftausdauer ist die Ermüdungswiderstandsfähigkeit des Organismus bei länger andauernden Kraftleistungen (Letzelter, 1978). Erzielt wird damit eine bessere Leistungsfähigkeit des Bewegungs-, Halte- und Stützapparates. Diese Leistungsfähigkeit findet ihren Ausdruck in der Form einer gesünderen Körperhaltung, einer besseren Reaktionsfähigkeit

in Sturzsituationen und in einer besseren Knochendichte und Beanspruchbarkeit des Sehnen- und Bänderapparates (Boeckh-Behrens & Buskies, 2006). Allerdings ist noch nicht gesichert, welche (Kraft-) Reizintensitäten zur Prävention von Osteoporose tatsächlich notwendig sind (vgl. Samitz & Baron, 2002). Knoll, Banzer und Bös (2006) weisen darauf hin, dass wahrscheinlich eher hohe Reizhäufigkeiten und –intensitäten für den Einfluss auf die Knochensubstanz notwendig sind.

Boeckh-Behrens und Buskies (2006) empfehlen besonders nach längerer Trainingsabstinenz und für Neueinsteiger, vor dem eigentlichen Training der Kraft (-ausdauer), die Durchführung eines sogenannten Anpassungs- und Gewöhnungstrainings. Dabei wird mit sehr geringer Intensität und eher hohen Wiederholungszahlen trainiert. Diese Art des Trainings dient dem Erlernen korrekter Bewegungsausführungen, der Vorbeugung von Muskelkater und damit von Überbeanspruchung, sowie der Verbesserung der intermuskulären Koordination, d.h. dem Zusammenspiel mehrerer Muskeln und Muskelgruppen.

Für das anschließende Kraftausdauertraining empfehlen die Autoren 1 bis 3 Sätze von 15-20 Wiederholungen bei einem subjektiv mittel bis schweren Anstrengungsempfinden. Sie betonen, dass eine vollständige Ausbelastung bis zum jeweiligen Wiederholungsmaximum für das Erreichen gesundheitsförderlicher Ziele nicht notwendig sei (Boeckh-Behrens & Buskies, 2006). Auch für den Muskelaufbau im Rahmen gesundheitsförderlichen Krafttrainings, bei dem nur noch 6-15 Wiederholungen in ebenfalls 1 bis 3 Sätzen trainiert werden, sei das Erreichen der muskulären Erschöpfung nicht erforderlich und das subjektive Anstrengungsempfinden solle wie beim Kraftausdauertraining dosiert werden. Das Empfinden des Anstrengungsgrades bezieht sich auf die jeweils letzten Wiederholungen eines Satzes.

Im Gesundheitsbereich kann vielfach mit dem eigenen Körpergewicht als Gewichtsbelastung gearbeitet werden. In manchen Fällen dient der Einsatz von Kraftmaschinen jedoch auch der Verringerung dieser Gewichtsbelastung. Z. B. kann es für eine untrainierte und ungeübte (übergewichtige) Person mit unspezifischen Knieschmerzen bereits eine zu große Belastung darstellen, mit dem eigenen Körpergewicht freie Kniebeugen durchzuführen. In diesem Fall ermöglicht beispielsweise eine Beinpresse ein Training der Beinstrecker mit deutlich geringerem Trainingsgewicht.

Beweglichkeit

Auf die Problematik im wissenschaftlichen Diskurs um die motorische Grundeigenschaft, „Beweglichkeit“, synonym auch als „Flexibilität“, „Gelenkigkeit“ oder „Dehnfähigkeit“ bezeichnet, kann hier nicht in vollem Umfang eingegangen werden. Auch ist die Erhebung der wissenschaftlichen Befundlage noch keineswegs abgeschlossen (Wydra, 2006). Im

Rahmen der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der „Beweglichkeit“ im Sinne von Thienes (2000) als Oberbegriff für „Dehnfähigkeit“ und „Gelenkigkeit“ und synonym zum Begriff „Flexibilität“ verwendet. Thienes bezeichnet die messbare Größe der Bewegungsamplitude als Ausdruck für die Beweglichkeit. Unter Dehnfähigkeit wird die Flexibilität von Muskeln, Gelenkkapsel, Sehnen und Bändern, also der kontraktilen und bindegewebigen Strukturen verstanden. Der Begriff der Gelenkigkeit bezieht sich, wie der Name schon sagt, auf die knöchernen Verbindungen, also die baulich und funktionell bedingte Flexibilität in den Gelenken.

Viele der in der Praxis des Trainingsalltags verwendeten Beschreibungen von Muskelzuständen sind kaum operationalisierbar, wie „locker“, „verhärtet“, „entspannt“, „schlapp“, „elastisch“ usw. Lediglich vier Eigenschaften bzw. Zustände können im Zusammenhang mit der Beweglichkeit auch gemessen werden: der Bewegungsumfang von Gelenken, die Dehnungsspannung, das Kraftverhalten von Muskeln und die elektrischen Ströme innerhalb des Muskels in Ruhe oder unter Dehnung mittels EMG (Wydra, 2006).

Ziele des Beweglichkeitstrainings sind, auf der Ebene der Muskulatur, die Verbesserung der Dehnfähigkeit der Muskeln und damit die Vergrößerung der Bewegungsamplitude; auf der Ebene der Gelenkstrukturen geht es um die Mobilisation des Gelenkes selbst (Thienes, 2000). Alle übergeordneten Effekte von Dehn- und Mobilisierungsübungen sind eher umstritten. So kann die Reduktion von Verletzungen durch Beweglichkeitstraining auch aufgrund der problematischen Definition von „Verletzung“ nicht ohne weiteres nachgewiesen werden (Wydra, 2006). Die Ergebnisse sind dementsprechend widersprüchlich. Auch Muskelkater, wenn man ihn als Verletzung der muskulären Strukturen im Mikrobereich annimmt (vgl. Thienes, 2000; Weineck, 2002), kann durch Dehnen nicht verhindert werden (Wiemeyer, 2002). Thienes (2000) spricht sogar von gegenteiligen Effekten insbesondere auf das Schmerzempfinden vor allem durch intensives statisches Dehnen nach Trainingsbelastungen.

Im Zusammenhang mit der Behandlung muskulärer Dysbalancen stellt Wydra (2006) fest, dass zum einen das Konzept dieses muskulären Ungleichgewichts theoretisch noch zu wenig gesichert wurde, zum anderen, dass neuromuskulär bedingte Spannungserhöhungen einzelner Muskeln als Schutzreaktion des Organismus vor Überlastungen einzelner Gelenksysteme auftreten können. Wird hier durch intensives Dehnen eine Spannungsreduktion herbeigeführt, kann damit auch die funktionell sinnvolle Stabilisierung verloren gehen und das betroffene Gelenk einem erhöhten Verletzungsrisiko ausgesetzt werden. Übermäßige Spannungen, die in derlei Zusammenhängen auftreten, würden von selbst wieder normalisiert, wenn die Störung innerhalb des Gelenksystems behoben wäre. Thie-

nes (2000) empfiehlt daher, Beweglichkeitstraining nur dann einzusetzen, wenn eindeutig eine Muskelverkürzung als Ursache des Spannungszustandes vorliegt.

Ein wichtiger Zusammenhang scheint zwischen der Beweglichkeit und der technischen Ausführung von Bewegungen zu bestehen. Insbesondere bei schnellen Bewegungen mit großem Bewegungsumfang kann ein gewisses Verletzungsrisiko bei unzureichender Dehnfähigkeit auftreten. Ebenso kann eine eingeschränkte Beweglichkeit zu unnötigen und auch fehlbelastenden Ausweich- und Kompensationsbewegungen beitragen. Zuletzt könnte die Beweglichkeit eine Rolle bezüglich der Bewegungsökonomie spielen, indem mangelhafte Flexibilität im Bereich der Endstellung von Gelenkwinkeln zu erhöhtem Kraftaufwand nötig ist (Thienes, 2000).

Da schnellkräftige Fähigkeiten im Reiten keine wesentliche Rolle spielen, wird auf die Wechselwirkungen zwischen Dehnen und Schnellkraftleistungen hier nicht eingegangen.

Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die Beweglichkeit, auch aufgrund mangelhafter Beanspruchung ab. Das Training dieser motorischen Grundeigenschaft stellt daher einen wichtigen Bestandteil gesundheitssportlicher Aktivität dar, auch um eine möglichst lange selbständige und unabhängige Lebensführung zu gewährleisten (vgl. Wydra, 2006).

Im Zusammenhang mit den angestrebten Effekten, aber auch den individuellen Voraussetzungen und Erfahrungen der Person scheint die Art und Weise, in der gedehnt wird, eine wichtige Rolle zu spielen. Wydra unterscheidet im Wesentlichen fünf verschiedene Techniken des Dehnens:

- „die dynamische Dehnung (DS)
- die permanente oder statische Dehnung (SS)
- die Dehnung nach einer vorausgegangenen Muskelkontraktion (Contract-Release-Dehnung – CR)
- die Dehnung bei gleichzeitiger Antagonisten-Kontraktion (AC)
- die Kombination aus CR-Dehnung und AC-Dehnung (CR-AC)“ (Wydra, 2006),

wobei jedoch sehr viel mehr individuelle Varianten praktiziert werden. Der Autor empfiehlt für den Bereich des Gesundheitssports einen „Methodenpluralismus“. Damit ist gemeint, dass, besonders unter pädagogischen Gesichtspunkten, die aktuell effektivste und von den Teilnehmenden am besten ausführbare Variante gewählt werden sollte. Dynamische Dehnformen galten lange Zeit hindurch als verletzungsgefährdend, stellten sich in neueren Studien jedoch als unbedenklich und sogar mittelfristig hoch wirksam dar (Wydra, 2006). Allerdings erscheinen statische Dehnverfahren für Anfänger/innen und Ungeübte leichter durchführbar, da sie den Aufbau eines differenzierten Empfindens für die zu dehnende Muskulatur besser ermöglichen. Der Übergang zu dynamischen Technikvarianten lässt sich über sanftes Wippen mit minimalem Bewegungsaus Schlag fließend gestalten.

Auch Thienes (2000) betont die Bedeutung des subjektiven Empfindens für die Intensitätssteuerung von Beweglichkeitsbeanspruchungen. Für das gesundheitssportliche Beweglichkeitstraining kann daher die Herausbildung eines differenzierten Muskelempfindens und der Erhalt einer für alltägliche Anforderungen wie z. B. Schuhe binden, sich den Rücken waschen und dergleichen, aber auch freizeit- und gesundheitssportliche Aktivitäten, erforderlichen Beweglichkeit, als vorrangiges Ziel betrachtet werden.

Koordination

Wie bei vielen anderen Bezeichnungen im Zusammenhang mit Sport und Bewegung, handelt es sich auch hier wiederum um einen höchst komplexen Begriff, der nicht ohne weiteres eindeutig definiert werden kann. Pfeifer (2006) unterscheidet eine engere, physiologisch geprägte Definition von Koordination, von einer weiteren, die sich auf „... Handlungen des Menschen und seine Interaktionen mit der Umwelt ...“ bezieht. Die physiologisch orientierte Auffassung bezieht sich auf das Zusammenspiel mehrerer Muskeln miteinander (intermuskuläre Koordination), sowie die Abstimmungsprozesse innerhalb eines Muskels, wie Rekrutierung, Frequenzierung oder Koaktivierung (intramuskuläre Koordination). In weiterem Sinne werden unter der Bezeichnung „Koordination“ verschiedene Fähigkeiten zusammengefasst, wie z.B. Gleichgewichts-, Reaktions-, Rhythmus-, Differenzierungs-, Orientierungs-, Kombinations-, Umstellungs-, Antizipations- und kinästhetische Fähigkeiten (vgl. Meinel & Schnabel, 1998; Pfeifer, 2006).

Frey (1977) beschreibt die koordinativen Fähigkeiten wie folgt: „Sie befähigen den Sportler, motorische Aktionen in vorhersehbaren (Stereotyp) und unvorhersehbaren (Anpassung) Situationen sicher und ökonomisch zu beherrschen und sportliche Bewegungen relativ schnell zu erlernen.“ Hierbei handelt es sich zwar um eine ältere und sehr allgemein gehaltene (also weite) Definition von Koordination, dennoch weist sie sehr gut auf die Rolle dieser Fähigkeiten bei der Steuerung und Regelung von Bewegungen, also das möglichst situationsgerechte Agieren und Reagieren, hin (vgl. auch Pfeifer, 2006; Meyners, 2003). Auch wird die Annahme von sogenannten Bewegungsprogrammen („Stereotyp“) sowie die Fähigkeit zur aktuellen Reaktion auf neuartige Situationen („Anpassung“) angesprochen. Pfeifer (2006) weist darauf hin, dass der Nachweis für die Existenz allgemeiner, also situationsunabhängiger Grundfähigkeiten, wie z. B. der Differenzierungsfähigkeit noch nicht erbracht werden konnte.

Koordinative Fähigkeiten im engeren und weiteren Sinne haben dennoch großen Einfluss auf die Qualität von Bewegungen. Sie können, wie auch die Krafftfähigkeiten, helfen, Verletzungsrisiken zu verringern und können Bewegungen ökonomisieren (vgl. Pfeifer, 2006). Beispielsweise hat eine gute Koordination (engere Auffassung) im Bereich der Wirbelsäu-

le protektive Effekte gegenüber Fehlbelastungen oder traumatischen Ereignissen wie Hexenschuss oder Bandscheibenvorfall. Pfeifer (2006) sieht aber auch Verbindungen zwischen der Psyche und einer guten Koordination in engerem und weiterem Sinn. So spielt die Art und Weise, wie ein Mensch sich und seine Bewegungsmöglichkeiten und –fähigkeiten, also auch seine Geschicktheit oder Gewandtheit (vgl. Weineck, 2002) erlebt und beurteilt, eine entscheidende Rolle bei der Gestaltung eines bewegungsreichen oder –ärmeren Lebensstils (Pfeifer, 2006).

Auch wenn die Übungsformen zur Verbesserung koordinativer Fähigkeiten unbegrenzt sind, so scheinen Übungsthemen im Bereich der Balance- (Gleichgewichtsfähigkeit) und Wahrnehmungsschulung (u. a. Differenzierungs-, Kopplungsfähigkeit), speziell im Sinne einer Verbesserung der Integration verschiedener Sinneseindrücke von Bedeutung zu sein, da sie als Grundlage für eine adäquate Handlungsfähigkeit in komplexeren Situationen betrachtet werden können (vgl. Ayres, 1998; Pfeifer, 2006).

Koordination steht außerdem in engster wechselseitiger Verbindung mit den anderen motorischen Grundeigenschaften. Koordinative Fähigkeiten beeinflussen die Qualität der Aneignung der anderen Fähigkeiten bzw. von Fertigkeiten (vgl. Meyners, 2003), umgekehrt bedient sich Koordination immer, in Abhängigkeit der aktuellen Anforderungen, zu deren Realisation der Eigenschaften Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit (vgl. Weineck, 2002).

Auch koordinative Fähigkeiten unterliegen gewissen Alterungsprozessen. Das günstigste Lernalter für koordinative Leistungen ist das Kindes- und frühe Jugendalter (vgl. ebda.). Das bedeutet, dass in diesem Lebensabschnitt besonders auf vielfältige Lern- und Übungsangebote geachtet werden sollte. Im höheren Lebensalter spielen Gleichgewichtsfähigkeiten, besonders im Zusammenhang mit der Stand- und Gangsicherheit, und daher mit der eigenständigen Lebensführung, eine herausragende Rolle und sollten in gesundheitssportlichen Interventionen entsprechend berücksichtigt werden.

Entspannungsfähigkeit

Der Abschnitt zur Gesundheitsressource Entspannungsfähigkeit beruht im Wesentlichen auf einem Beitrag von Fessler (2006). Daher werden Literaturquellen nur angegeben, wenn sie sich nicht auf Fessler beziehen.

Die Entspannungsfähigkeit setzt sich zusammen aus körperlichen und seelisch-mentalenen Komponenten. Damit steht diese Widerstandsquelle an einer Schnittstelle zwischen physischen und psychosozialen Gesundheitsressourcen (Brehm et al., 2006). Eine gute Entspannungsfähigkeit dient unter anderem der besseren Bewältigung alltäglicher Lebensanforderungen, einer Vorbeugung muskulärer Verspannungen und psychischer Anspannung.

gen und kann auch dazu beitragen, dass gesundheitssportliche Trainingsreize effektiver verarbeitet werden können. Eine besondere Rolle spielt die Entspannung als Gesundheitsressource bei der Vorbeugung und Linderung von Stress (Siegrist & von dem Knesebeck, 2004).

Fessler unterscheidet zwischen Entspannungsformen und Entspannungstechniken. Als Entspannungsformen bezeichnet er all jene Maßnahmen, die Individuen im alltäglichen Leben ergreifen, um sich zu erholen, um kurzzeitig und eher oberflächlich aus der Anspannung der gewohnten Anforderungen auszusteigen, wie Fernsehen, Spaziergehen, Joggen, ein Bier trinken usw. Unter Entspannungstechniken versteht er systematische Verfahren, die erlernt und geübt werden müssen, dafür jedoch zu tiefergehenden Entspannungszuständen, relativ unabhängig auch von ungünstigen Umgebungsbedingungen führen. Der Zustand der Entspanntheit in diesem tieferen Sinne, liegt unterhalb des Erregungsgrades des normalen Wachzustandes und ist verbunden mit körperlichen Merkmalen wie z. B. einer reduzierten Muskelspannung und niedrigeren Atem- und Herzfrequenzwerten, sowie seelischen Befindenzuständen des Wohlfühlens, der Ruhe und Ausgeglichenheit.

Für das Entspannungstraining in gesundheitssportlichem Zusammenhang erscheinen besonders körper- und bewegungsbezogene Verfahren am geeignetsten, da sie relativ rasch erlernt und leichter auch selbständig, ohne Fremdanleitung, praktiziert werden können, als z.B. meditative Techniken. Zudem werden Verfahren bevorzugt, die sich gut von ihrem teilweise philosophisch-religiösen Ursprung lösen und zu eher funktionalen Zwecken verwenden lassen. Unter solchen Gesichtspunkten haben sich besonders das Autogene Training, Yoga und Progressive Relaxation bewährt, da sie folgende Kriterien erfüllen:

„Sie sind bewegungsbasiert.

Sie sind weit verbreitet.

Sie lassen sich leicht in Bewegungskontexte einbinden.

Wirkungsannahmen zu diesen Techniken halten einer empirischen Überprüfung stand.

Sie sind im primärpräventiven Handlungsfeld gut anwendbar und haben sich in Settings wie Schule und Sportvereinen bewährt, da sie vergleichsweise leicht lehrbar (Lehrer & Übungsleiter) und lernbar sind“ (Fessler, 2006).

Dennoch muss auch Entspannung trainiert werden. Die Herangehensweise unterscheidet sich jedoch von Trainingsformen anderer physischer Gesundheitsressourcen, da Entspannung nicht erzwungen werden kann. Große Anstrengungen widersprechen dem Ziel, sich zu entspannen. Daher gelingt es nur durch regelmäßiges Üben zuverlässige Entspannung auch unter ungünstigen Bedingungen herbei zu führen. Am besten gelingt dies,

wenn beim Trainieren eine möglichst unvoreingenommene Haltung des Ausprobierens eingenommen wird.

Als absolute Minimalbeanspruchung im Rahmen eines gesundheitssportlichen Trainings, empfehlen Brehm et al. (2006) eine Förderung aller Fähigkeiten innerhalb einer Einheit (vgl. auch American College for Sports Medicine, 1998), mindestens einmal wöchentlich von insgesamt ca. 90 Minuten Dauer, bei einem Mindestverbrauch von 600kcal. Davon ausgehend sei jedoch mittel- und langfristig eine Steigerung anzustreben, bei der dieser Verbrauch, in zwei bis drei Einheiten pro Woche, zumindest verdoppelt werden kann.

1.2.2 Kernziel 2: Verminderung von Risikofaktoren

Die hier angesprochenen Risikofaktoren stehen in Zusammenhang mit der Anpassung des menschlichen Organismus an einen bewegungsarmen Lebensstil (Brehm & Bös, 2006). Diese kann u. a. einhergehen mit degenerativen Erscheinungen am Halte- und Bewegungsapparat (Muskelabbau, muskulären Dysbalancen, Fehlhaltungen, Rückenschmerzen, Osteoporose usw.) (Pahmeier et al., 2006; Bittmann & Badtke, 2006), aber auch an Organen und Organsystemen, wie dem Herz-Kreislauf-System (Gefäßveränderungen, Bluthochdruck etc.) (Graf & Rost, 2006) und dem Stoffwechsel-System (Übergewicht, Metabolisches Syndrom) (Zapf, 2006), sowie auch im psychischen und psychosomatischen Bereich (Allmer, 2006; Pahmeier et al., 2006). Durch jeweils spezifisch gestaltete gesundheitssportliche Maßnahmen, kann diesen vor allem durch Bewegungsmangel bedingten Risikofaktoren wirkungsvoll begegnet werden. Dabei verläuft das Verhältnis von zunehmender Aktivität und Verringerung der Risikofaktoren allerdings nicht linear, sondern kurvenförmig (Brehm & Bös, 2006; Brehm et al., 2006). Bei einem Verbrauch bis zu 2000kcal pro Woche nehmen die gesundheitlichen Risiken rasch ab. Dann wird die Kurve allmählich flacher, bis zu einem Verbrauch von 3000-4000kcal pro Woche. Dort erreicht sie ein Plateau. Die Autoren verweisen weiters auf einige Studien, in denen oberhalb des Verbrauchs von etwa 3000kcal pro Woche wieder zunehmende Morbiditäts- und Mortalitätsraten festgestellt wurden. Daraus lässt sich also schließen, dass eine Steigerung der Aktivität bis zu einem Verbrauch von mehr als 3000-4000kcal pro Woche, nicht mehr die gewünschten gesundheitsförderlichen Wirkungen hervorruft.

Problematisch dabei erscheint allerdings, dass Brehm et al. (2006) den Grundverbrauch, auf dem diese Empfehlungen basieren, und zu dem die angegebenen Energiemengen zusätzlich verbraucht werden sollen, nicht offen legen. Der Grad, bzw. das Maß der (In-)Aktivität ist somit nicht eindeutig erklärt.

Die Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination und Entspannungsfähigkeit trägt gleichzeitig zur Reduktion der Risikofakto-

ren bei (Brehm et al., 2006). Dies bedeutet allerdings nicht, dass eine Stärkung der physischen Ressourcen zur Verringerung aller Risikofaktoren ausreicht. Übergewicht z. B. kann allein durch zusätzliche körperliche Aktivität nicht genügend reduziert werden. Obwohl auch übergewichtige Personen von gesundheitssportlichem Training hinsichtlich einiger anderer Risikofaktoren, v. a. in den Bereichen Stoffwechsel und Herz-Kreislauf-System, profitieren, muss zusätzlich eine grundlegende Ernährungsumstellung vorgenommen werden (vgl. auch Zapf, 2006). Auch im Zusammenhang mit Rückenschmerzen muss neben der regelmäßigen Teilnahme an spezifischen gesundheitssportlichen Aktivitäten der Lebensalltag verändert werden, um langfristig Verbesserungen erzielen zu können (Bittmann & Badtke, 2006).

1.2.3 Kernziel 3: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen

Obwohl die Forschungslage auf diesem Gebiet noch sehr unvollständig ist, konnten auch auf psychischer und sozialer Ebene einige Ressourcen für die Förderung und den Erhalt der Gesundheit definiert werden, die durch Gesundheitssport positiv beeinflussbar sind (Brehm & Bös, 2006; Brehm et al., 2006; Allmer, 2006). Auch diese psychosozialen Potentiale dienen der Bewältigung alltäglicher Lebensanforderungen (Stoll, 2001). Die im Rahmen von Gesundheitssport relevanten, weil beeinflussbaren Ressourcen können wie folgt zugeordnet werden:

- Psychisch-emotionale Ressource
 - * Stimmung
- Psychisch-kognitive Ressourcen
 - * Handlungs- und Effektwissen
 - * Konsequenzerwartungen
 - * Kompetenzerwartungen
 - * Positives Körperkonzept
- Soziale Ressourcen
 - * Einbindung und soziale Unterstützung

(vgl. Brehm et al., 2002; Brehm und Bös, 2006; Brehm et al., 2006).

Stimmung und Stimmungsmanagement

Unter der Bezeichnung „Stimmung“ oder „Grundgestimmtheit“ werden alle akuten oder längerfristigen emotionalen Verfassungen wie Launen, Gefühle, Aktiviertheitszustände zusammengefasst (Brehm et al., 2002). Sie alle stehen in enger Verbindung mit der seeli-

schen Gesundheit, aber auch mit wichtigen physiologischen Regulationsmechanismen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems, dem Hormonhaushalt, dem autonomen Nervensystem und der Krankheitsabwehr (Brehm, 2006). Die Stimmung hat damit großen Einfluss auf das alltägliche Wohlbefinden, darüber hinaus aber auch auf den Erhalt der Gesundheit insgesamt. Chronischer psychosozialer Stress z. B. kann langfristig zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen und Depression führen (Siegrist & von dem Knesebeck, 2004). Außerdem sind Stimmungen von entscheidender Bedeutung für Motivation und Verhalten des Menschen (Brehm, 2006).

Brehm (2006) unterscheidet zwischen sogenannten „großen“ und „kleinen“ Emotionen. Zu den großen, gerichteten und meist deutlich bewussten Gefühlen, zählt Brehm z. B. Schreck, Überraschung, Freude und Liebe. Mit kleinen Emotionen sind gerade jene psychischen Zustände gemeint, die eher im Hintergrund unseres Bewusstseins stehen, also nicht so leicht benannt werden können und eher ungerichtet sind, wie gute Laune, Ärger, Depressivität, Ruhe. Diese Zustände, die gewissermaßen die „Farbe“ ausmachen, in der sich uns die Welt gerade darstellt, nennt Brehm „Stimmungen“.

Stimmungsmanagement versucht über zwei grundlegende Strategien Einfluss auf die Gestimmtheit zu nehmen. Durch die erste Strategie werden positive Stimmungen verstärkt, negative abgeschwächt. Brehm (2006) bezeichnet diese Vorgehensweise als „Wiederherstellungsstrategie“. Unter dem Begriff der „Ablenkungsstrategie“ versteht Brehm ein mehr oder weniger gezieltes Durchleben eines Spannungsbogens: der Grad der Erregtheit wird zuerst gesteigert, um schließlich wieder abzufallen und in einem Zustand relativer Ausgeglichenheit zu enden. Der Autor ordnet die Strategie der Wiederherstellung tendenziell eher dem Gesundheitssport, die der Ablenkung eher dem Wettkampfsport zu.

Für die Gestaltung eines erfolgreichen Stimmungsmanagements im Rahmen gesundheitssportlicher Angebote empfehlen Brehm et al. (2002) die Einhaltung von acht Regeln:

1. Vermieden werden sollten hohe konditionelle und koordinative Anforderungen. Ein „sanftes“ Training mit einem subjektiven Anstrengungsempfinden von 11-13 auf der BORG-Skala sei am besten geeignet, positive Stimmungen zu erzeugen oder zu verstärken.
2. An- und Entspannungsphasen sollten in ausgewogenem Verhältnis zueinander stehen.
3. Sequenzen rhythmisierter Bewegung sollten eingebaut werden.
4. Es sollten Gelegenheiten geschaffen werden, die Flow-Erlebnisse ermöglichen, z. B. durch Phasen der Konzentration auf den eigenen Körper und dessen Bewegungen.

5. Zu Beginn der Einheit sollte die Stimmungslage bewusst gemacht werden.
6. Über das Erreichen kurzfristiger Ziele sollte Freude und Befriedigung am aktuellen Tun ermöglicht werden, um die Motivation zu stärken. Langfristige Ziele sollten eher in den Hintergrund treten.
7. Spannungsbögen sollten mittels kleiner Spiele oder Partner- und Gruppenaufgaben inszeniert werden.
8. Die leitende Person sollte bemüht sein, ein positives Gruppenklima zu gestalten und selbst positive Emotionen auszustrahlen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundregeln konnte ein positiver Einfluss durch Gesundheitssport kurz- und langfristig auf die Stimmungslage von Menschen nachgewiesen werden. Taylor et al. (2004) beispielsweise konnten in einer Review-Studie zeigen, dass durch sportliche Aktivitäten depressive Verstimmungen bei älteren Menschen ab 50 Jahren gelindert wurden.

Handlungs- und Effektwissen

Nur mit einem ausreichenden Maß an Wissen über gesundheitliche Wirkungen (Effektwissen) und Realisationsmöglichkeiten von gesundheitsförderlichem Training (Handlungswissen) können Menschen befähigt werden, die Erhaltung und Verbesserung ihres individuellen Wohlbefindens und ihrer Gesundheit mit zu gewährleisten (Brehm & Bös, 2006; Tiemann, 2006).

Handlungswissen bezieht sich also z. B. auf Kenntnisse zur individuell angemessenen Belastungssteuerung im Training der physischen Gesundheitsressourcen, aber auch auf allgemeine Inhalte der Trainingslehre und einer gesünderen Lebensführung. *Effektwissen* umfasst alle Kenntnisse, die die Wirkungen von gesundheitssportlichem Training und gesunder Lebensführung betreffen. Dazu zählen z. B. Kenntnisse über die Zusammenhänge von Ausdauertraining mit der protektiven Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System, der stoffwechselrelevanten Wirkungen von Krafttraining oder der positiven Effekte von gesundheitssportlicher Aktivität auf die Stimmung. Sowohl Handlungs-, als auch Effektwissen sind von wesentlicher Bedeutung, Inaktive von der Notwendigkeit des Aktivwerdens zu überzeugen, aber auch für die langfristige Bindung an gesundheitssportliche Tätigkeiten (Tiemann, 2006; vgl. auch Schlicht & Brand, 2007).

Tiemann (2006) formuliert sechs methodische Hinweise zur Einbringung von Informationen über die Umsetzung und Wirkung spezifischer Maßnahmen innerhalb gesundheitssportlicher Angebote:

1. Um diese Wissensinhalte erleb- und erfahrbar zu machen, sollten sie immer mit praktischen Erfahrungen verknüpft werden. Die Vermittlung sollte also innerhalb der Trainingseinheiten vor oder nach, falls sinnvoll auch während der inhaltlich entsprechenden Tätigkeiten stattfinden. Nur dann ist eine tief greifende Verinnerlichung dieses Wissens auch nachhaltig möglich.
2. Falls eine gleichzeitige Vermittlung von Wissensinhalten während des aktuellen Übens nicht angebracht erscheint, weil sie z. B. die Aufmerksamkeit der Trainierenden von der Tätigkeit abziehen würde, sollte die leitende Person dennoch im Anschluss an die Wissensvermittlung, während der Umsetzung der besprochenen Themen, gezielt die Aufmerksamkeit der Trainierenden auf diese Inhalte lenken. Wurden beispielsweise verschiedene mögliche Empfindungen zur Intensitätssteuerung gesundheitsförderlichen Dehnens erläutert, sollte während des Dehnens selbst noch einmal auf die bewusste Wahrnehmung solcher sensorischer Ereignisse hingewiesen werden.
3. Auch Brehm et al. (2002) empfehlen die Vermittlung unmittelbar handlungsrelevanter Inhalte zeitlich vor der Erweiterung der Kenntnisse zu Wirkungen gesundheitssportlicher Aktivitäten. Begründet wird diese Vorgehensweise damit, dass so rascher eine selbständige Durchführung eines gesundheitsförderlichen Trainings gewährleistet werden kann.
4. Die Sprache, das bereits vorhandene Wissen oder auch Wünsche und Vorstellungen der Teilnehmenden sollten unbedingt berücksichtigt werden, um bei der Informationsvermittlung daran anknüpfen zu können. Das bedeutet, so banal das vielleicht auch auf den ersten Blick erscheinen mag, dass die Teilnehmenden, möglichst vor der Übermittlung von gesundheitssportlich relevanten Informationen, Gelegenheit bekommen müssen, ihre Anliegen zu äußern.
5. Neben der verbalen Mitteilung sollten auch andere Möglichkeiten der Wissensvermittlung genutzt werden, wie z. B. Folien oder Poster, Hand-outs oder auch anatomische Modelle (z. B. zur Veranschaulichung der Strukturen der Wirbelsäule). Auch einfache und übersichtliche Übungssammlungen für die Teilnehmer/innen können zum selbständigen Üben anregen.
6. Die Dauer dieser Wissensvermittlungssequenzen sollte 10 Minuten pro Einheit nicht übersteigen, um nicht die Zeit für die körperliche Aktivität zu verkürzen, und um die Aufnahmefähigkeit der Teilnehmenden nicht zu überfordern. Nur so können relevante Informationen auch nachhaltig aufgenommen und verinnerlicht werden.

Nur durch eine möglichst gezielte und auf das Wesentliche beschränkte Wissensvermittlung in der Kombination mit konkreten Erfahrungen können tiefer gehende Überzeugungen hinsichtlich des Nutzens gesundheitssportlicher Aktivitäten für die eigene Gesundheit bei den Teilnehmenden erreicht werden (Brehm et al, 2006).

Konsequenzerwartungen

Über Konsequenzerwartungen, d. h. Sinnzuschreibungen, rechtfertigen und begründen Menschen die Art und Weise ihres Handelns und geben diesem eine Bedeutung. Sie haben auch einen wesentlichen Einfluss auf die Motivation von Handlungen (Brehm & Pahmeier, 2006). Erwartungen gegenüber positiven, aber auch negativen Effekten gesundheitssportlicher Aktivität, bestimmen darüber hinaus mit, ob eine Person in gesundheitssportlicher Hinsicht aktiv wird und wie stark sie sich an solche Tätigkeiten bindet, diese also langfristig und regelmäßig ausübt (Brehm & Bös, 2006).

Brehm und Pahmeier (2006) weisen jedoch darauf hin, dass nicht alle positiven Sinnzuschreibungen an gesundheitssportliche Aktivitäten gleich stark und zuverlässig einen Einstieg in eine gesundheitssportliche Tätigkeit und deren Beibehaltung erklären. So erwiesen sich Sinnzuschreibungen, die in Verbindung mit eher globalen, langfristigen Zielen solcher Aktivitäten standen, als tendenziell handlungsrechtfertigend, solche, die mit eher kurzfristig erreichbaren Zielen verbunden waren als eher handlungsleitend. Konsequenzerwartungen wie „durch Sport die Gesundheit verbessern“, dienen also eher als Begründung, mit der eine (gesundheits-) sportliche Tätigkeit für geeignet erklärt wird, die Gesundheit auch wirklich zu verbessern, aber weniger dafür, tatsächlich aktiv zu werden und auch dabei zu bleiben. Hierfür zeigten sich kurzfristige Nutzenserwartungen, wie ein unmittelbar während oder nach der (gesundheits-) sportlichen Aktivität gesteigertes Wohlbefinden als bedeutsamer. Die Herausbildung einer angemessenen Erwartungshaltung im Sinne wahrgenommener kurzfristiger Nutzen von Gesundheitssport, kann also die Realisierung gesundheitssportlicher Aktivitäten auch langfristig deutlich unterstützen. Damit ergibt sich auch eine enge Verbindung der Konsequenzerwartungen mit dem Handlungs- und Effektwissen (Brehm & Pahmeier, 2006). Handlungs- und Effektwissen beeinflussen die Entwicklung angemessener Konsequenzerwartungen, wirken sich also indirekt auf das Verhalten und somit auf die Gesundheit aus.

Kompetenzerwartungen

Synonym zu „Kompetenzerwartungen“ wird von Brehm und Pahmeier (2006) auch der Begriff der „Selbstwirksamkeit“ verwendet. Die Bezeichnungen beziehen sich auf die Erwartungshaltung und Einstellungen einer Person gegenüber ihren eigenen Fähigkeiten, Anforderungen und Anstrengungen bewältigen oder nicht bewältigen zu können.

Daher erscheint das Ermöglichen erfolgreicher Selbstwirksamkeits-Erfahrungen als besonders wichtig für die Nachhaltigkeit, bzw. Beibehaltung von gesundheitssportlichen Maßnahmen, besonders innerhalb der ersten Monate, in denen die neue Verhaltensweise ausprobiert wird. Ist einmal eine zuverlässige, langfristige Bindung an gesundheitssportliche Aktivitäten hergestellt, so scheint die Selbstwirksamkeit dieses Bindungsverhalten nicht mehr erklären zu können (Brehm & Pahmeier, 2006). Zuversichtliche Einstellungen zu den eigenen Bewältigungsfähigkeiten spielen eine entscheidende Rolle für das Überwinden von Zugangsbarrieren zu gesundheitssportlichem Verhalten, wie z. B. die Sorge, keine Zeit zu haben oder die gestellten Anforderungen nicht zu bewältigen (Brehm et al., 2006).

Brehm und Pahmeier (2006) unterscheiden vier Wege, Rückmeldungen für die eigene Selbstwirksamkeit zu beziehen:

1. Rückmeldungen aus eigenen Handlungen besitzen die stärkste Überzeugungskraft. Erlebt eine Person zu wiederholten Malen, dass es ihr gelingt, auch unter erschwerten Umständen eine wünschenswerte Aktivität erfolgreich praktizieren zu können, steigert das die Wahrscheinlichkeit, diese Verhaltensweise auch in Zukunft beizubehalten. Übungsleiter/innen können helfen, diese Selbstwirksamkeitsüberzeugungen zu stärken, z. B. indem sie die Person gezielt auf erbrachte Leistungen hinweisen oder auch innerhalb der Trainingsgruppe eine gegenseitige Anerkennung von Leistungen dezent anregen.
2. Auch das Erfolgreichsein Anderer, die vom Individuum als Modell betrachtet werden können, kann eine zuversichtliche Einstellung zu eigenen Bewältigungskompetenzen unterstützen. Günstig ist dabei eine größtmögliche Ähnlichkeit mit dem Modell, also eine gute Vergleichbarkeit der eigenen Person mit dem Modell z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, Leistungsniveau usw. Umgangssprachlich könnte man sagen: „Wenn der/die das schafft, schaffe ich das auch!“
3. Die Überzeugung selbst etwas bewirken zu können wird auch durch verbale Rückmeldungen Anderer beeinflusst. So können u. a. ermutigende, bestätigende, aber auch einfach registrierende Anmerkungen anderer Teilnehmer/innen oder des/der Übungsleiters/in zu den Leistungen einer Person, diese in ihrer Selbstwirksamkeitsannahme bestärken. Hierbei spielt die Gestaltung gesundheitssportlicher Aktivitäten eine wichtige Rolle, durch die den Teilnehmern/innen vermittelt werden kann: Ihr seid selbst in der Lage etwas zu leisten, euch zu motivieren, Schwierigkeiten zu überwinden.

4. Die Interpretation z. B. von körperlichen Erscheinungen wie Schwitzen, verstärktes Atmen oder auch muskulärer Beanspruchungszeichen, ist ebenfalls ein wichtiger Einflussfaktor auf die wahrgenommene Selbstwirksamkeit. Diese Ereignisse können als unangenehm oder aber auch als Zeichen dafür interpretiert werden, dass der Körper sich auf physiologische Weise den Belastungen anpasst. In dieser Deutung sind Schwitzen und Schnaufen durchaus positiv zu bewertende Zeichen für eine entsprechende Reaktionsfähigkeit des Organismus auf Belastungen.

Positives Körperkonzept (in Anlehnung an Wagner & Alfermann, 2006)

Unter dem Begriff des Körperkonzepts werden alle auf den eigenen Körper bezogenen Bewertungen, aber auch beschreibende Inhalte im Zusammenhang mit der individuellen Physis einer Person zusammengefasst (Wagner & Alfermann, 2006). Das Körperkonzept wiederum ist Teil des allgemeinen Selbstkonzepts, des Bildes also, das sich jeder Mensch von sich selbst macht. Das Selbstkonzept kann als hierarchisches, mehrstufiges Modell aufgefasst werden, welches durch die Gesamtheit aller Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens, besonders durch soziale Interaktionen mit seiner Umwelt sammelt, gebildet und ständig verändert wird. Dabei wird die höchste und allgemeinste, bzw. umfassendste Ebene dieses Konstrukts (das Selbstkonzept) ab dem Erwachsenenalter als relativ stabil angenommen. Tiefer liegende Bereiche mit konkreteren und spezifischeren Inhalten (z. B. das körperliche, bzw. physische, das soziale und emotionale Selbstkonzept), gelten als eher beeinflussbar und veränderlich.

Das körperliche Selbstkonzept kann weiter unterteilt werden in die „allgemeine Sportlichkeit“ und die „physische Attraktivität“. Als Facetten der allgemeinen Sportlichkeit werden die motorischen Grundeigenschaften, Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit, Beweglichkeit und Koordination angeführt. Zur körperlichen Attraktivität gehört im Wesentlichen das Aussehen. M. E. könnten jedoch auch hier weitere, ebenfalls im Rahmen sportlicher Aktivitäten relevante Facetten definiert werden, wie z. B. die Bewegungsästhetik. Die allgemeine Sportlichkeit und die körperliche Attraktivität werden als voneinander unabhängige Komponenten des körperlichen Selbstverständnisses aufgefasst.

Durch (Gesundheits-) Sport können Einstellungen zum eigenen Körper über eine Verbesserung der physischen Selbstwirksamkeit, damit gestärkten sportlichen Kompetenzen und einer gesteigerten physischen Akzeptanz, bzw. einem höheren physischen Selbstwertgefühl, wirkungsvoll positiv beeinflusst werden. Nachgewiesene Effekte auf das Selbstkonzept zeigten sich allerdings bei Kindern und Jugendlichen stärker, als bei Erwachsenen. Es konnte ebenfalls nachgewiesen werden, dass die bedeutsamsten Wirkungen auf die Beurteilung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit und Attraktivität vor allem durch

Kraft- und Ausdauertraining initiiert wurden. Und, auch für Effekte auf das Selbstkonzept ist ein kontinuierliches Training über einen längeren Zeitraum, mind. aber drei Monate erforderlich.

Einbindung und soziale Unterstützung (in Anlehnung an Ungerer-Röhrich, Sygusch & Bachmann, 2006)

Einbindung meint das Wohlfühlen der Person innerhalb einer Gruppe. Die Person fühlt sich akzeptiert, gemocht und angenommen von den anderen Mitgliedern der Gruppe. Dabei kommt es jedoch mehr auf die Qualität einzelner Beziehungen, als auf die Anzahl an Kontakten an. Ungerer-Röhrich, Sygusch und Bachmann beschreiben vier, bzw. fünf Phasen des Zusammenwachsens von Gruppen:

1. Forming. In dieser Phase lernen sich die neuen Mitglieder einer Gruppe kennen und versuchen, allmählich ihre Stellung in der Gemeinschaft zu definieren. Vorrangige Ziele der Gruppe werden geklärt. Zu diesem Zeitpunkt werden besonders Kennenlern-Spiele zur Unterstützung des Gruppenprozesses empfohlen.
2. Storming. Diese Phase des Gruppenbildungsprozesses ist gekennzeichnet durch Auseinandersetzungen zur Festigung des individuellen Platzes innerhalb der Gruppe. Auch wird um Durchsetzung individueller Interessen oder die Anpassung an die Gruppe gerungen. Mit einem breiten Spektrum an Übungen kann die Gruppenleitung in dieser Phase für jedes Mitglied etwas Passendes bieten.
3. Norming. Allmählich kehrt Ruhe in die Rollenverteilung der Gruppe ein, jedes Mitglied hat seinen Platz gefunden, gemeinsame Ziele werden festgelegt und ihre Erreichung steht ab nun im Vordergrund des Gruppengeschehens. In dieser Phase sollte die Leitung Sorge tragen, dass kein Mitglied ins Abseits gerät, sondern alle Mitglieder ihren Bedürfnissen gemäß in die Gruppe eingegliedert sind.
4. Performing. Der Arbeitsprozess ist in vollem Gang, alle arbeiten auf die gemeinsamen Ziele hin. Die Bedürfnisse der einzelnen Mitglieder decken sich weitgehend mit denen der Gruppe.
5. Falls es sich, wie häufig bei Gesundheitssportprogrammen, um eine zeitlich befristete Gemeinschaftsaktivität handelt, sollten rechtzeitig Perspektiven für eine Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten für jedes einzelne Gruppenmitglied entwickelt werden.

Soziale Unterstützung bezieht sich auf ein von zwei Seiten zu definierendes Phänomen: von der einen Seite wird Hilfe angeboten, die jedoch nur als solche verstanden werden kann, wenn auch die annehmende Seite sie als solche empfindet. Voraussetzung für eine

gelungene soziale Unterstützung, ist daher die Fähigkeit zur Rollen- und Perspektivenübernahme, sowie zum Einfühlen in das emotionale Empfinden einer anderen Person. Diese Fähigkeiten sind sowohl erforderlich um Unterstützung geben, als auch um solche für sich mobilisieren zu können. Ungerer-Röhrich, Sygusch und Bachmann (2006) sind der Meinung, dass auch in Erwachsenen-Gesundheitssportgruppen diese Fähigkeiten durch gezielte Gestaltung von Aktivitäten herausgefordert werden müssen, da sie ansonsten nicht in ausreichendem Maß eingesetzt würden.

Soziale Unterstützung und die erfolgreiche Einbindung in die Gesundheitssport-Gruppe stellen wichtige Kriterien für eine Beibehaltung gesundheitssportlichen Verhaltens dar. Außerdem sprechen Brehm et al. (2006) ihnen positive Wirkungen auf die subjektive Lebensqualität, sowie die Bewältigung bereits bestehender gesundheitlicher Beschwerden, Missbefindenzustände und Alltagsbelastungen zu. Ungerer-Röhrich, Sygusch und Bachmann (2006) schränken diese positiven Effekte für Menschen mit hohen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen allerdings ein. Diese Personengruppe fühlt sich durch zu viel Unterstützung in ihrem Selbstwert tendenziell beeinträchtigt. Dagegen profitieren Menschen mit primär geringem Selbstwertempfinden in Bezug auf ihre Lebensqualität sehr wohl von der Unterstützung, die sie durch andere erfahren.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die eben beschriebenen psychosozialen Gesundheitsressourcen bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Angebote unbedingt berücksichtigt werden sollten, da sie einen nachweislichen Einfluss auf die Gesundheit haben (vgl. Brehm & Bös, 2006; Brehm et al., 2006; Allmer, 2006).

1.2.4 Kernziel 4: Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden

Obwohl noch nicht ausreichend durch Längsschnittstudien bestätigt, konnte der Einfluss gesundheitssportlicher Aktivitäten auf den Umgang mit und die bessere Bewältigung von schon bestehenden körperlichen und psychosomatischen Beschwerden und Missbefindenzuständen durch einige Untersuchungen belegt werden. Diese Verbesserung der Situation von Menschen mit gewissen gesundheitlichen Einschränkungen geschieht auf zwei Ebenen (Brehm & Bös, 2006):

1. Auf der körperlichen Ebene, bzw. durch eine spezifisch problembezogene Intervention: Durch individuell angemessene Aktivitäten können v. a. sekundäre Beschwerden wie Verspannungen, Rücken- und Kopfschmerzen, aber auch primäre Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, wie z. B. Bluthochdruck durch entsprechendes Ausdauertraining oder Schmerzen nach Bandscheibenvorfällen, im Anschluss an die medizinische Behandlung, durch Kraft- und besonders Koordinationstraining, gelindert und somit besser bewältigt werden. Teilweise kann also sogar eine direkte Be-

grenzung oder Behebung des gesundheitlichen Problems gelingen, teilweise können Beeinträchtigungen über eine allgemeine Stärkung des Gesundheitszustandes indirekt mit beeinflusst werden (Brehm et al., 2006; Brehm & Bös, 2006).

2. Auf der gefühlsbezogenen Ebene: Durch die Teilnahme an gemeinschaftlichen gesundheitssportlichen Aktivitäten kann das eigene Empfinden und die Bewertung bestehender gesundheitlicher Einschränkungen und Beschwerden gebessert werden. Die eigene Situation wird positiver beurteilt, auch wenn die ursächlichen Beeinträchtigungen nicht behoben werden können. Infolge dieser positiveren Bewertung der eigenen Befindlichkeit, können u. U. Selbstheilungskräfte besser aktiviert werden (Brehm et al, 2006).

Im Rahmen der Stressbehandlung beispielsweise haben sich besonders Entspannungstechniken zur Reduktion der gesundheitsgefährdenden Belastungszustände, aber auch aerobe und sogar anaerobe Trainingsformen als wirksam erwiesen. Dabei wird vor allem von der ablenkenden Wirkung vom Stressauslöser, also einer eher emotionsbezogenen Bewältigung, gesundheitssportlicher Aktivitäten ausgegangen. Bei der noch wenig erforschten problemorientierten Bewältigung scheint eine spezifische Ausrichtung der Aktivität auf die Stressbewältigung erforderlich zu sein (vgl. Allmer, 2006).

Gesundheitssport kann also auf der problembezogenen und emotionsbezogenen Ebene sehr gut zur besseren Bewältigung von Beschwerden und Missbefindenszuständen eingesetzt werden.

1.2.5 Kernziel 5: Bindung an gesundheitssportliches Verhalten

„Bindung ist eine notwendige Voraussetzung für eine Stärkung der physischen sowie auch der psychosozialen Ressourcen (Kernziele 1 und 2). Ein adäquates Training der körperlichen Fähigkeiten nimmt lange Zeiträume in Anspruch und der Erhalt eines gesundheitlich günstigen Fitness-Status erfordert eine regelmäßige Fortführung des Trainings. Ähnliches gilt für den Aufbau und den Erhalt einer positiven Grundgestimmtheit sowie positiver Einstellungen zum Körper. Da eine Prävention von Risikofaktoren (Kernziel 2) sowie eine problemzentrierte Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden (Kernziel 4) unmittelbar mit dem Prozess der Ressourcenstärkung verbunden ist, ist auch zur Sicherung dieser Ziele eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivitäten Voraussetzung“ (Brehm et al., 2006, S. 28)

Damit wird deutlich, dass die Kernziele 1, 2 und 4, bzw. Teilaspekte von Kernziel 3, nur durch eine langfristige und regelmäßige Teilnahme an gesundheitssportlichen Aktivitäten erreicht werden können. Eine zuverlässige Bindung gilt dann als hergestellt, wenn das Verhalten ähnlich wie Essen, Trinken und die Befriedigung anderer menschlicher Grundbedürfnisse zu einer Lebens-Selbstverständlichkeit geworden ist. Bindung drückt sich am besten darin aus, dass ein Mensch, wo immer er sich befindet, bestrebt ist, sich (gesundheits-) sportlich zu betätigen. Dieses Kriterium der Bindung ist unabhängig von der Mit-

gliedschaft in einem Verein oder der regelmäßigen Teilnahme an einer bestimmten sportlichen Aktivität (Fuchs, 2006).

Tatsächlich erscheint es jedoch als recht schwer, diesen Grad an Bindung bei einer zunehmend körperlich inaktiven Bevölkerung zu erreichen (vgl. auch Taylor et al., 2004). Besonders im ersten Halbjahr von Gesundheitssport-Programmen sowie zu Programmende kommt es häufig zu zahlreichen Ausstiegen (Brehm & Bös, 2006; Brehm et al., 2006). Generell wurden in Deutschland Ausstiege von 20% bis 60% der Teilnehmer aus Gesundheitssportprogrammen registriert (Pahmeier, 2006). Für ein verbessertes Verständnis des Bindungsverhaltens wird deshalb in der gesundheitssportlichen Forschung zunehmend mehr Augenmerk auch auf Modelle zur Verhaltensänderung gelegt. Mit Hilfe solcher aus psychotherapeutischem Kontext entlehnter und für gesundheitssportliche Anliegen adaptierter Modelle soll festgestellt werden, zu welchem Zeitpunkt kritische Phasen im Prozess zwischen der ersten gedanklichen Auseinandersetzung mit und der regelmäßigen Teilnahme an einer gesundheitssportlichen Aktivität entstehen können. Auf der Basis dieser Erkenntnisse kann dann zum richtigen Zeitpunkt und mit geeigneten Mitteln unterstützend eingegriffen werden, um die Entwicklung und Zuverlässigkeit von Bindung wirksam zu unterstützen (Brehm et al., 2006).

Brehm et al. (2006), bzw. Pahmeier (2006) verwenden für den Bereich des Gesundheitssports ein vierphasiges Modell nach Prochaska und DiClemente (1992). Danach durchlaufen Individuen, bis es zur langfristigen und relativ stabilen Verhaltensänderung kommt, vier Phasen, in denen jeweils spezifische Faktoren zum Wirken kommen.

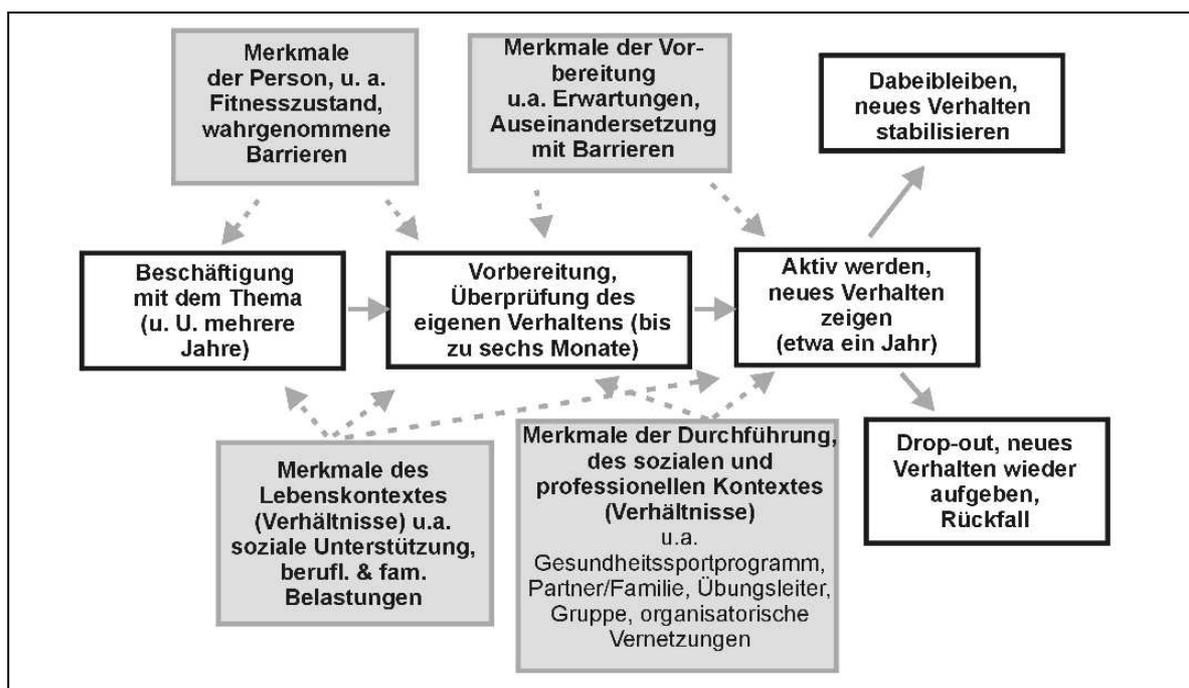


Abb. 1: Verlauf einer Verhaltensänderung (Phasenmodell Bindung) (Pahmeier, 2006, S.224)

Anlass, sich mit Gesundheitssport zu befassen und einen Einstieg in eine entsprechende Aktivität in Erwägung zu ziehen, sind häufig ärztliche Empfehlungen, auftretende Beschwerden oder auch Unzufriedenheit mit der eigenen Körperlichkeit, dem Aussehen oder Fitnesszustand (Brehm et al., 2006). Während jeder Phase können verschiedene Barrieren auftreten, die vom Individuum als Hindernisse oder Hinderungsgründe wahrgenommen werden, eine gesundheitssportliche Aktivität aufzunehmen oder weiter zu verfolgen. Pahmeier (2006) unterscheidet im Wesentlichen fünf Typen von Barrieren, die anlässlich verschiedener Befragungen der amerikanischen Bevölkerung, ausgemacht werden konnten: physische, emotionale, motivationale, zeitbezogene und möglichkeitsbezogene Barrieren. Physische Gründe können z. B. eine schlechte gesundheitliche Verfassung sein, wobei diese zwar häufig einen ersten Anlass für die Motivation zu einem Einstieg in ein Gesundheitssportprogramm darstellt, nach einiger Zeit aber ebenso als Grund für einen Ausstieg herangezogen wird (Brehm et al., 2002), besonders wenn zu allgemeine, schwer umsetzbare und stark produktorientierte Ziele formuliert und dann tatsächlich nicht erreicht wurden (vgl. Pahmeier, 2006). Ein solches Ziel kann sein: „die Gesundheit verbessern“. Werden hier nicht konkretere Etappenziele zusätzlich formuliert, wie z. B.: „zehn Minuten laufen zu können ohne sehr schnaufen zu müssen“, bietet das angestrebte Ergebnis wenig umsetzbare Anhaltspunkte. Emotionale Hinderungsgründe für einen Einstieg in eine gesundheitssportliche Aktivität werden besonders von Frauen angegeben, wie z. B. geringe Erwartungen an die eigene Leistungsfähigkeit, Selbstwirksamkeit (vgl. Brehm et al., 2006). Motivationale Barrieren nehmen vor allem ältere Menschen wahr, zeitbezogene werden von beiden Geschlechtern und am häufigsten generell angeführt. Als möglichkeitsbezogene Hindernisse werden z. B. ein begrenzter finanzieller Rahmen oder ein Mangel an Angeboten in erreichbarer Entfernung vom Wohnort genannt (Pahmeier, 2006).

Neben den Phasen des Nachdenkens, des Vorbereitens und des Ausprobierens, erscheint die Phase der Entscheidung über eine Beibehaltung der Verhaltensweise bzw. einen Ausstieg aus der Aktivität von besonderer Bedeutung. Meist entscheidet sich die Person nach dem Absolvieren eines Einstiegsprogramms für oder gegen den Wechsel in ein Dauerangebot, also für die Beibehaltung oder Beendigung der neuen Verhaltensweise. Wie bereits angedeutet, spielt hier die gesundheitliche, bzw. fitnessbezogene Verfassung und Einstellung der Person eine wichtige Rolle. Je besser der eigene Zustand wahrgenommen wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Person die gesundheitssportliche Aktivität beibehalten wird. Auch berufliche, partnerschaftliche und familiäre Belastungen, und zwar sowohl in körperlicher, als auch psychischer Hinsicht, haben einen Einfluss, ob die Entscheidung zugunsten einer Fortsetzung oder eines Abbruchs der ge-

sundheitssportlichen Aktivität getroffen wird (ebda.). Weiters ist die soziale Unterstützung z. B. durch den/die Lebenspartner/in von großer Bedeutung dafür, ob eine Bindung über die Phase des Ausprobierens hinaus erfolgt oder nicht (Brehm et al., 2006). Eine wichtige Funktion der Übungsleiter/innen innerhalb dieses Geschehens wird auch in deren Fachkompetenz, der individuellen Korrektur und Kontrolle der Teilnehmer/innen, sowie darin gesehen, für ein angenehmes emotionales Gruppenklima zu sorgen. Es wird von ihnen auch erwartet, als Vorbild für motiviertes und gelungenes gesundheitssportliches Verhalten zu fungieren (Pahmeier, 2006).

Im Rahmen der Planung gesundheitssportlicher Angebote sollten vier Prinzipien berücksichtigt werden, um eine gute und zuverlässige Bindung zu erreichen (Fuchs, 2006):

1. Eine klare Formulierung von Programmzielen auf mehreren Ebenen; Globalziele, strategische Ziele und taktische Ziele. D. h., allgemeine und nur langfristig erreichbare Ziele sollten in Form differenzierterer und mittel- bis kurzfristiger Etappenziele umsetzbar gemacht werden.
2. Gesundheitssportliche Maßnahmen sollten auf fünf miteinander vernetzten Ebenen gestaltet werden: auf individueller (z. B. Verbesserung der persönlichen Gesundheit) und interpersonaler Ebene (z. B. innerhalb der Familie), sowie auf der Ebene von Organisationen (Schulen, Betrieben), der Gemeinde (Sportentwicklungsplan) und auf politischer Ebene (Gesetze zur Gesundheitsförderung).
3. Angebote sollten spezifisch für klar umgrenzte Zielgruppen gestaltet werden, in Hinsicht auf Alter, Geschlecht, aber speziell auch auf die Art allfälliger schon bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder vorhandener Risikofaktoren bzw. auf erfahrungsbezogene Merkmale.
4. Bei der Konzeption gesundheitssportlicher Angebote sollte auf möglichst niedrige Zugangsschwellen geachtet werden. Hier unterscheidet Fuchs (2006) zwei Strategien:
 - * Die Erleichterung des Zugangs. Damit sind vielfältige Aspekte wie ein geringer finanzieller Aufwand, die günstige Lage des Übungsortes hinsichtlich geografischer Lage und Erreichbarkeit, günstige terminliche Organisation für die jeweilige Zielgruppe, aber auch die Erreichbarkeit von Ansprechpersonen oder der Zielgruppe angemessene Leistungsanforderungen gemeint.
 - * Propagierung von Lebensstilaktivitäten. Hierunter sind Aufklärung und Empfehlungen bezüglich der quantitativen und qualitativen Verbesserung körperlicher Aktivitäten im Alltag zu verstehen. Besonders für Personen, die sich nicht für (gesundheits-)

sportliche Aktivitäten begeistern lassen, kann es eine echte Alternative darstellen, ihr alltägliches Bewegungsausmaß durch Alltagsaktivitäten zu steigern. Darunter sind z. B. das Stiegensteigen anstelle einer Lift- oder Rolltreppenbenutzung, der mit dem Rad überwundene Weg zur Arbeit oder Gartenarbeiten zu verstehen. Auf die Problematik der Erfassung solcher Aktivitäten wurde bereits hingewiesen (s. Kap. 1.1.3).

Zusammenfassend können wahrgenommene Barrieren, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und soziale Unterstützung als drei der wichtigsten Faktoren im Zusammenhang mit einer erfolgreichen Bindung oder dem Abbruch gesundheitssportlicher Aktivitäten betrachtet werden (Pahmeier, 2006). Darüber hinaus kann eine entsprechende Gestaltung gesundheitssportlicher Angebote hinsichtlich der Ziele eines Programms, der Vernetzung der Maßnahmen, der zielgruppenspezifischen Gestaltung und der Zugangsmöglichkeiten ebenfalls einen entscheidenden Beitrag zu einer erfolgreichen Bindung der Teilnehmer/innen leisten.

1.2.6 Kernziel 6: Schaffung und Optimierung unterstützender Settings bzw. gesundheitsförderlicher Verhältnisse

Kernziel 6 zielt auf die organisatorischen, infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen für eine Umsetzung aller anderen Kernziele ab. Außerdem geht es hierbei um die Sicherung der Qualität gesundheitssportlicher Angebote (Brehm et al., 2006).

Ausgehend von der Deklaration der WHO (1986), die einen Paradigmenwechsel zur Förderung eines umfassenden Wohlbefindens anstelle der Behandlung und Vermeidung von Krankheit einleitete, wurden gesundheitssportliche Maßnahmen als zentrales Mittel zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung erkannt, speziell vor dem Hintergrund immer zahlreicher auftretender Bewegungsmangelerkrankungen (Rütten & Abu-Omar, 2006). Da die Zugehörigkeit zu einer niedrigeren sozialen Schicht mit größeren gesundheitlichen Risiken verbunden ist, sollten gesundheitssportliche Angebote gerade für diese Bevölkerungsgruppen einen gleichberechtigten Zugang ermöglichen (vgl. ebda.; Tiemann & Wanek, 2006; Fuchs, 2006; Schlicht & Brand, 2007).

Kanning & Schlicht (2006) weisen außerdem auf ein Ungleichgewicht zugunsten verhaltensbezogener Interventionen gegenüber Maßnahmen hin, die auf die Entwicklung gesunder Verhältnisse ausgerichtet sind. Die Effektivität gesunder Verhaltensweisen wird jedoch durch ungesunde Lebensverhältnisse stark eingeschränkt (Rütten & Abu-Omar, 2006). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, besonders auf der Ebene der Lebensbedingungen der Bevölkerung gesündere Verhältnisse zu schaffen.

Ende der 1980er Jahre wurden daher Prävention und Gesundheitsförderung u. a. von der Bundesrepublik Deutschland in das Sozialgesetzbuch aufgenommen. Damit wurde die aktive Förderung der Gesundheit in die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung integriert (Tiemann & Wanek, 2006). Aber auch andere politische Bereiche neben der Gesundheitspolitik erkennen in zunehmendem Maße die Bedeutung des Gesundheitssports für ihre Ressorts. Die Sportpolitik entdeckte den Gesundheitssport bereits als großes potentiell Segment Mitte der 1980er Jahre (Brehm et al., 2006; Sudermann & Opper, 2006), obwohl „...die öffentliche Gesundheitspflege kein konstitutives Element des modernen Sports ist“, dessen Grundprinzip auf Sieg und Niederlage beruht (Rütten & Abu-Omar, 2006). Daher engagieren sich die großen Dachverbände des Sports in Deutschland (Deutscher Olympischer Sportbund, DOSB und Deutscher Turnerbund, DTB) intensiv auch im Sinne einer immer besseren Qualitätssicherung und Professionalität innerhalb des Gesundheitssports. Auf bildungspolitischer Ebene kann über entsprechende Curricula für den Unterricht an Schulen langfristig Einfluss auf das Bewegungsverhalten der Bevölkerung genommen werden. Der Transport- und Städtebaupolitik, sowie auch der Umweltpolitik kommt ein gewisses Maß an Verantwortung bezüglich der Gestaltung bewegungsfreundlicher Strukturen zu (ebda.).

Anbieter/innen gesundheitssportlicher Aktivitäten sind u. a. Sportvereine, Krankenkassen, kommerzielle Sportanbieter wie z. B. Fitnessstudios, Volkshochschulen (vgl. Rütten & Abu-Omar, 2006; Brehm et al. 2006; Sudermann & Opper, 2006). Aber auch von Schulen, Betrieben oder anderen Institutionen werden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit, bzw. vor allem zur Vermeidung von Risikofaktoren und Krankheit durch Sport und körperliche Aktivität durchgeführt. Der Setting-Ansatz soll dabei u. a. die Niederschwelligkeit der Angebote, bzw. eine aktive Beteiligung aller Betroffenen am Gestaltungsprozess gesünderer Strukturen garantieren (vgl. Tiemann & Wanek, 2006; Kanning & Schlicht, 2006). Die Niederschwelligkeit von Angeboten bezieht sich auf zwei Aspekte: die Erleichterung des Zugangs, im Sinne einer guten Erreichbarkeit für alle, einer für die jeweilige Zielgruppe günstigen terminlichen Angebotspalette, realen Bezahlbarkeit, angemessener Leistungsanforderungen, der vorurteilsfreien Aufnahme aller Personen in die Gruppe und das Durchsetzen einer Anwesenheitspflicht (Fuchs, 2006).

Eine Förderung gesundheitssportlicher Maßnahmen durch die Leistungsträger des Gesundheitswesens wird nur zuerkannt bei nachweisbarer Qualitätssicherung im Sinne von Struktur-, Prozess- und Effektivität (Opper, Brehm, Bös & Saam, 2006). Strukturqualität beinhaltet eine entsprechende Eignung organisatorischer und struktureller Leistungen für die Zwecke des Gesundheitssports. Sie steht in engem Zusammenhang mit der Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter/innen. Prozessqualität bezieht sich auf die Beschaffen-

heit aller Abläufe während der Leistungserbringung durch die jeweiligen Anbieter/innen. Zuletzt wird auch die Ergebnisqualität beurteilt, im Sinne eines Erfolgsnachweises der Wirksamkeit gesundheitssportlicher Maßnahmen. Es ist also zu überprüfen, inwieweit die jeweilige Aktivität die vorher gesteckten gesundheitsrelevanten Ziele erreichen konnte (vgl. Sudermann & Opper, 2006).

Als konzeptuelle Basis von Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitssport dienen in Deutschland, seit etwa 1998 einheitlich anerkannt von allen Veranstaltern/innen gesundheitssportlicher Angebote, die sechs Kernziele von Gesundheitssport einschließlich der drei Ebenen auf denen Maßnahmen ansetzen sollten (Brehm et al., 2006; Sudermann & Opper, 2006). Vor diesem Hintergrund wurden von den deutschen Dachverbänden des Sports Qualitätssiegel entwickelt, die eine permanente Qualitätssicherung und -weiterentwicklung gegenüber den Teilnehmern/innen und den Kostenträgern/innen gesundheitssportlicher Angebote vertreten sollen (vgl. Lang, 2007; Sudermann & Opper, 2006). Zur Einschätzung und Bewertung gesundheitssportlicher Angebote gelten laut Opper et al. (2006) derzeit folgende Kriterien, die sich im Wesentlichen mit denen der Qualitätssiegel decken (kursiv, Sudermann & Opper, 2006):

- *„Zielsetzungen, die sowohl konzeptionell begründet als auch umsetzbar und erreichbar sind.“* Gemeint sind hier Rahmenkonzepte und standardisierte, evidenzgesicherte Programme, die die anderen fünf Kernziele von Gesundheitssport beinhalten. Diese Ziele sollen durch geeignete Inhalte und Methoden möglichst innerhalb jeder Einheit zielstrebig verfolgt werden (vgl. Lang, 2007; Brehm et al., 2006). Eine bewusste Abgrenzung gegenüber leistungssportlichen Zielen wird von der österreichischen Initiative „Fit für Österreich“ gefordert (Fit für Österreich, 2008)
- *„Definierte Zielgruppen, die klar umrissen sind.“* Nur bei eher homogenen Bedürfnissen können entsprechend exakte Ziele und entsprechende Trainingsinhalte bestimmt werden. Daher sollten sich die Teilnehmer/innen in ihren Voraussetzungen möglichst ähnlich sein, z. B. hinsichtlich des Alters, Geschlechts, auch des Lebensumfeldes und der Bewegungsbiografie, aber besonders auch bereits bestehender gesundheitlicher Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Rauchen) oder Beschwerden (z. B. Rückenschmerzen, Bluthochdruck) (vgl. Lang, 2007; Brehm et al., 2006).
- *„Ziel und zielgruppenspezifisch strukturierte Interventionen und deren Dokumentation in Form von Übungsleitermanualen.“* Hier wird eine möglichst einheitliche, standardisierte und auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte Sammlung von Inhalten und methodischen Hinweisen angesprochen, die sich an den spezifischen Voraussetzungen der jeweiligen Teilnehmer/innen orientieren und strikt an den fünf anderen Kernzielen von

Gesundheitssport ausgerichtet sind. Damit bezieht sich dieses Kriterium auch auf geeignete Inhalte von Sequenzen zur Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen, sowie Informationen zu einer aktiveren Lebensgestaltung insgesamt (vgl. Sudermann & Opper, 2006; Brehm et al., 2006).

- *„Maßnahmen zur Sicherung der Qualität, insbesondere auch der Effekte der Programme (Evidenzbasierung).“* Hierbei handelt es sich um Nachweise der Wirksamkeit der einzelnen Programme möglichst in Form wissenschaftlicher Untersuchungen. Auch standardisierte Gesundheits- und Fitnesschecks stellen einen wichtigen Baustein der regelmäßigen Qualitätsüberprüfung dar. Und auch die permanente Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität, z. B. durch die Einrichtung von Qualitätszirkeln wird hier gefordert (vgl. Sudermann & Opper, 2006; Brehm et al., 2006).
- *„Qualifizierte Übungsleiter, die in der Lage sind, im Rahmen von Gesundheitssportprogrammen flexibel und situationsbezogen zu arbeiten.“* Dieses Kriterium richtet sich an die Güte der Ausbildung und das Maß an Professionalität und Erfahrung im gesundheitssportlichen Bereich von Übungsleitern/innen. Sie sollen in der Lage sein, innerhalb der Umsetzung von bewährten und geprüften Programmen individuell auf die Teilnehmer/innen und auch auf die Gruppe als Ganzes einzugehen (vgl. Lang, 2007; Sudermann & Opper, 2006; Brehm et al., 2006). Entsprechende Ausbildungen (auf der ersten und zweiten Lizenzstufe) werden vom DOSB, DTB und von den BAfL (Bundesanstalten für Leibeserziehung) angeboten.
- *„Adäquate Implementierung in Settings, mit interner und externer Vernetzung sowie Kommunikation der Programme.“* Hier wird auf die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen, wie z. B. Politiker, Ämter, Gesundheitsdienste, Krankenkassen, Ärzte, Medien, aber auch die Anbieter gesundheitssportlicher Aktivitäten hingewiesen, die zu gesundheitssportlichen Aktivitäten informieren, beraten und Kontakte herstellen sollen. Am besten bewährt zur Steigerung der Akzeptanz und der Teilnehmer/innenzahlen hat sich die persönliche Kommunikation (vgl. Opper et al., 2006). Auch zur Verbesserung der Implementierung und Vernetzung geeigneter Angebote hat sich die Einrichtung von Qualitätszirkeln bewährt (vgl. Lang, 2007).

Eine entsprechende österreichische Initiative zu den deutschen Bestrebungen auf dem gesundheitssportlichen Sektor gibt es in Form der Qualitätssiegelangebote „Fit für Österreich“ (Fit für Österreich, 2008; leider erhielt die Verfasserin auf ihre Anfrage nach dem Konzept der Initiative bei der zentralen Organisation keine Antwort). Diese Initiative wurde als gemeinschaftliches Projekt des Bundeskanzleramtes mit der Bundessportorganisation

(BSO) und den drei Dachverbänden des organisierten Sports (ASKÖ, UNION und ASVÖ) ins Leben gerufen.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass besonders auf der Ebene der gesunden Verhältnisse noch ein großes Verbesserungspotenzial besteht. Das bedeutet vor allem ein Engagement von Institutionen und weniger des einzelnen Individuums.

1.3 Zielgruppen gesundheitssportlicher Angebote

Brehm et al. (2006) unterteilen die Adressaten gesundheitssportlicher Aktivitäten in zwei große Zielgruppen:

1. Gesunde Menschen mit Bewegungsmangel und
2. Menschen, die bereits unter Problemen im Bereich des Halte- und Bewegungsapparats, des Herz-Kreislauf-Systems und/oder des Stoffwechselsystems leiden. Ausgeschlossen werden: behandlungsbedürftige Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, akuter Bandscheibenvorfall, höhergradige Osteoporose, Rheuma etc.), sofern nicht vom Arzt die Erlaubnis für die Betroffenen besteht, an geeigneten Programmen teilzunehmen.

Wird Gesundheitssport jedoch auch im Sinne einer Gesundheitsförderung und nicht bloß Vorbeugung von Krankheit aufgefasst, können zu Zielgruppe 1 auch Personen gerechnet werden, bei denen noch keinerlei Risikofaktoren zum Wirken gekommen sind (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2004). Geht man davon aus, dass Sport nicht an sich gesund sein muss, auch wenn er es sein kann, so sollten auch für Gesunde, die ihren Zustand des Gesundseins erhalten möchten, entsprechende Angebote konzipiert und angeboten werden.

Weitere Differenzierungen der Teilnehmer/innen an gesundheitssportlichen Aktivitäten können aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen, des Alters, des Geschlechts oder auch bereits bestehender gesundheitlicher Einschränkungen erforderlich sein. (Siehe auch Kap. 1.2.6.)

2 Reiten als Gesundheitssport - Möglichkeiten und Grenzen

Zunächst werden die Begriffe „Reiten“ und „Bodenarbeit“ definiert und erklärt. Anschließend wird die Problematik des Begriffs „Reiten“ in therapeutischem und gesundheitssportlichem Zusammenhang erläutert und eine Alternativbezeichnung vorgeschlagen. Der Einfachheit halber wird jedoch auch weiterhin die besser etablierte Form verwendet: „Reiten als Gesundheitssport“. Es folgt die inhaltliche Abgrenzung reiterlicher und therapeutischer Nutzungsformen des Pferdes vom Reiten als Gesundheitssport. Anschließend wird Reiten in das Modell der sechs Kernziele von Gesundheitssport integriert und diskutiert, inwieweit Reiten die Qualitätskriterien von Gesundheitssport erfüllen kann oder ergänzungspflichtig ist. Zuletzt wird das Ergebnis dieser Überlegungen zusammengefasst und daraus geschlossen, dass Reiten sich unter gewissen Umständen durchaus als Gesundheitssport im Sinne dieses eher präventiv orientierten Konzepts eignet.

2.1 Erläuterung zweier zentraler Begriffe im Zusammenhang mit der Nutzung von Pferden im Gesundheitssport

2.1.1 Reiten

Auch Reiten ist eine vielgestaltige Erscheinung und deshalb nicht ohne weiteres eindeutig zu definieren. Zwei Definitionen von „Reiten“ sollen helfen, sich dem Verständnis von dieser Tätigkeit anzunähern. Es handelt sich dabei um Realdefinitionen (vgl. Heinemann, 1990), die den Gegenstand – hier das „Reiten“ – aus seinem Alltagsverständnis beschreiben und festlegen.

„Auf eine extrem kurze Formel gebracht, heißt Reiten auf dem Pferde sitzen, sich vom Pferde tragen zu lassen, sich so dank der Kraft und Schnelligkeit des Pferdes in Feld und Wald (zeitweise wohl auch in einer Reitbahn) fortbewegen und dabei das Sagen haben.“ (Hübener, 2000)

Hübener (2000) richtet seinen Fokus damit auf die *Fortbewegung* mittels der Kraft und der Schnelligkeit des Pferdes, wobei der Mensch auf dem Tier sitzt, im Unterschied z. B. zum Fahren, wenn er sich von ihm ziehen lässt. Von besonderer Bedeutung ist auch der letzte Teil der Definition: „... dabei das Sagen haben“. Damit wird der Aspekt einer direkten Interaktion hervorgehoben, indem der/die Reiter/in dem Tier anordnet, was zu tun und zu lassen ist. Davon zu unterscheiden wäre u. a. das Voltigieren, einige Formen bzw. Modi des Therapeutischen Reitens, des Reitens als Gesundheitssport und auch das Üben an

der Longe⁵, da hier nicht der/die Reiter/in selbst das Pferd lenkt, sondern eine weitere Person.

Mit dem Versuch einer eigenen Definition von Reiten, soll die Vielschichtigkeit dieser Tätigkeit hervorgehoben werden.

„Reiten ist ein höchst komplexer Prozess aus sensomotorischen, affektiven, kommunikativen, kognitiven und technisch-motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in untrennbarem Zusammenspiel wirken, wenn ein Mensch auf einem Pferd sitzt und dieses lenkt“ (Nobbe, 2006)

Wie schon in der Definition von Hübener (2000) werden auch hier alle Formen des „Auf-einem-Pferd-Sitzens“ bei denen das Tier nicht selbst gelenkt wird, ausgegrenzt (vgl. auch Bareiss, 1996). Zugleich umschließt die Definition jedoch alle möglichen Reitstile und Disziplinen, wie z. B. das klassisch-englische Dressurreiten, das Springreiten, Westernreiten oder das Gangpferdereiten, um nur einige davon zu nennen.

Ganz besonders soll diese Definition jedoch auf das prozesshafte Zusammenspiel unterschiedlichster Faktoren hinweisen, ohne die Reiten, im hier vertretenen Sinn, nicht stattfinden kann. Unabhängig davon, ob diese Abläufe vom Reiter/von der Reiterin bewusst wahrgenommen werden oder nicht, wirken sie auf die Interaktion zwischen ihm/ihr und dem Pferd, bzw. machen diese Interaktion überhaupt erst aus.

Sensomotorik, Wahrnehmung und Bewegung, spielt für die Kommunikation zwischen Mensch und Pferd eine zentrale Rolle. Da Pferde die menschliche verbale Sprache weder verstehen, noch lernen können, muss der Mensch sich die Kommunikationsweisen des Pferdes aneignen, damit es zu einer Verständigung kommen kann. Diese bestehen vor allem in körpersprachlichen Signalen (vgl. Bareiss, 1996; Brandenberger, 2003). Wenn eine Person also auf einem Pferd sitzt, sendet sie, beabsichtigt oder nicht, u. a. durch ihre Muskelspannung, durch Gewichtsverlagerungen und Bewegungen Signale an das Pferd, auf die dieses seinem Charakter, seinen gesammelten Erfahrungen und seiner aktuellen Situation gemäß reagiert (vgl. Mehlem, 2005). Aber auch umgekehrt nimmt die reitende Person Körperspannungen, Blickrichtungen, Bewegungen usw. des Pferdes wahr, und leitet daraus ihre Schlüsse zur Einschätzung der Situation ab.

Aber auch emotionale, affektive Faktoren sind in der Beziehung zwischen Mensch und Pferd von Bedeutung. Indem sich Gefühle wie Angst, Freude, Ärger, Verunsicherung etc.

5 Die Longe ist eine meist sechs bis zehn Meter lange Leine, an der das Pferd im Kreis geführt wird. Vorteile des Longierens sind u. a., dass die Longeführende Person das Tier relativ gut kontrollieren und so der reitenden Person z. B. ermöglichen kann, sich ganz auf ihren Sitz auf dem Pferderücken zu konzentrieren, ohne das Tier dabei in Richtung und Tempo bestimmen zu müssen.

auch in der Körperhaltung und im Bewegungsverhalten sowohl von Menschen (Albrecht, 2003), als auch von Pferden ausdrücken, finden sie Eingang in den Verständigungsablauf zwischen ihnen.

Da die meisten reitenden Menschen heute nicht mehr mit Pferden aufwachsen und deren Verhaltensweisen ständig beobachten können und einzuschätzen lernen, ist es notwendig, dass sich angehende Reiter/innen damit bewusst auseinandersetzen (Hess, 1998). Ein gezielter Wissenserwerb (kognitive Fertigkeiten) ist unumgänglich, wenn beim Reiten unnötige Risiken vermieden werden sollen (vgl. Heipertz-Hengst, 2003). Da Pferde eher große Tiere sind (im Vergleich mit anderen Haustieren), in ihren Herdenstrukturen menschlichem Gemeinschaftsverhalten zwar durchaus ähnlich, grundsätzlich meist friedlich und interessiert, aber eben auch Fluchttiere und im Notfall durchaus wehrhaft sind (Zeitler-Feicht, 2001; Mehlem, 2005), ist es notwendig, ihr Verhalten „lesen“ und deuten zu lernen, um gefährliche Missverständnisse und Fehlinterpretationen zu minimieren.

Ebenso muss ein gewisses „Handwerkszeug“ an Kommunikationsmitteln bzw. -techniken, in der Fachsprache als „Hilfen“ bezeichnet, erworben werden (vgl. u. a. Diacont, 1998; Miesner, Putz, Plewa, Meyners & Frömmling, 2000; Schwaiger, 2001; Krämer & Schumacher, 2002). Diese in den diversen Reitlehren fixierten Hilfen, bestehen in bestimmten körperlichen und stimmlichen Signalen, die auf den Grundverständigungsweisen der Pferde untereinander basieren. Bestimmte Zeichen für bestimmte Bewegungen müssen von den Reitern/innen und den Pferden im Laufe ihrer jeweiligen Ausbildung jedoch erst erlernt werden.

Die vorgenommene Definition will also aufmerksam machen auf die vielen unterschiedlichen Faktoren, die für das Reiten, aber auch für jede andere Form der Mensch-Pferd-Interaktion, von Bedeutung sind. Da sie in jedem Fall zur Wirkung kommen, auch wenn dies unter Umständen nicht bewusst wahrgenommen wird, sollten sie im Unterricht unbedingt berücksichtigt werden. Bei Missachtung auch nur einzelner dieser Faktoren, kann es zu Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit von Mensch und Tier oder sogar zu schweren Unfällen kommen.

2.1.2 Bodenarbeit

Rostock und Feldmann (1986) definieren Bodenarbeit sehr allgemein: „Unter Bodenarbeit versteht man die Arbeit mit dem Pferd, bei der es nicht geritten wird“. In dieser Definition ist der Begriff der „Arbeit“ das entscheidende Kriterium, das die Bodenarbeit von allgemeinen Tätigkeiten mit dem und um das Pferd, wie Putzen, Beschlagen, zur Weide bringen usw. unterscheidet. Es handelt sich also bei der Bodenarbeit um eine Tätigkeit mit

bestimmten Zielen, zu beabsichtigten Zwecken und in relativ systematischer Art und Weise.

Schon seit vielen Hundert Jahren ist der Begriff der „Arbeit an der Hand“ oder „Handarbeit“ aus der klassischen Reitlehre bekannt. Hierbei handelt es sich um eine Art Vorübung für schwere, versammelnde Lektionen, bei der das Pferd meist eher kurz ausgebunden, von einer neben ihm gehenden Person geführt wird. Ziel dieser Handarbeit ist es, das Pferd zu vermehrtem Untertreten der Hinterbeine unter seinen Körperschwerpunkt zu veranlassen, es zu versammeln, um Lektionen wie Piaffe, Passage oder, auf oberstem Ausbildungsniveau, Levade und andere Schulen über der Erde vorzubereiten oder zu verbessern (vgl. u. a. Podhajsky, 1965; Seunig, 2001; Albrecht, 1995). Diese Form der Arbeit vom Boden aus wird besonders in der Spanischen Reitschule Wien kultiviert (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, 1965).

Auch die Arbeit am „Langzügel“ oder am „langen Zügel“, bei der die dirigierende Person mehr oder weniger knapp hinter dem Pferd hergeht, wird auf hohem Niveau in der Spanischen Reitschule Wien gepflegt. Das Pferd muss dabei lediglich auf Zügelhilfen und leichte Berührungen mit der Gerte alle Schulgänge derart versammelt gehen, dass es dem Menschen hinter ihm möglich ist, ihm zu folgen ohne laufen zu müssen (Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, 1965).

In der Hippotherapie findet der Langzügel seinen Einsatz, um die reitende Person möglichst wenig in ihrem Bewegungsdialog mit dem schrittgehenden Pferd zu beeinträchtigen und gleichzeitig das Pferd sicher zu kontrollieren. In der Therapie wird das Pferd jedoch nicht versammelt (Häuser, 2003).

Weiters existieren mittlerweile zahlreiche Schulen, die ihre eigene Form der Bodenarbeit propagieren. Am bekanntesten und am erfolgreichsten vermarktet sind aktuell unter all diesen Formen:

1. Die Bodenarbeit nach der TEAM-Methode, begründet von der Amerikanerin Linda Tellington-Jones in den 1970er Jahren (Tellington-Jones, 2008). Aufbauend auf den Erkenntnissen von Moshe Feldenkrais entwickelte Tellington-Jones ein Ausbildungssystem bestehend aus einer systematischen Methode von Körperarbeit zur Zell- und Gehirnaktivierung und verschiedenen Übungen auch mit Hilfe spezieller Bodenhindernisse, die das Pferd zu einem verbesserten Wahrnehmungsvermögen und differenzierten Aufgabenverständnis führen sollen (Brunns & Tellington-Jones, 1985). Es scheint über dies, als würde auch der Mensch während dieser Arbeit mit dem Pferd zu mehr Achtsamkeit, Konzentration und Sorgfalt im Umgang mit seinem Pferd animiert.

2. Bodenarbeit nach dem amerikanischen Westerntrainer Pat Parelli. Parelli entwickelte ein mehrstufiges Ausbildungs- und Übungssystem, das vielleicht am besten verglichen werden kann z. B. mit Fingerübungen und Etüden für Musiker. Dabei üben in erster Linie die Menschen, sich dem Pferd gegenüber klar, einfach und unmissverständlich auszudrücken und sich ihm gegenüber, unter Rücksichtnahme auf seine Bedürfnisse und Möglichkeiten, durchzusetzen. Die Bodenarbeit steht dabei nicht nur am Beginn der Ausbildung des Menschen, sondern auch am Beginn jeder Arbeitseinheit mit dem Tier. Dabei geht es darum, dass beide der teilnehmenden Lebewesen sich über den emotionalen Zustand, sowie die körperliche und aufmerksamkeitsbezogene Verfassung des jeweils anderen informieren und ihr Verhältnis zueinander klären können. Dem Menschen dient diese Vorbereitung, um erkennen zu können, wie souverän er sein Tier kontrolliert. Das Pferd hat dabei die Gelegenheit, seinen Menschen auf dessen Führungsqualitäten hin zu überprüfen. Die Übungen basieren auf der Kommunikationsweise von Pferden untereinander und ermöglichen dem Menschen, sein Pferd in alle Richtungen hin weichen zu lassen, bzw. ihm Nähe anzubieten (Parelli, 1995).

Anhand dieser kleinen Auswahl an Beispielen wird bereits ersichtlich, wie viele verschiedene Ansätze, zu unterschiedlichen Zwecken sich unter dem Begriff der Bodenarbeit vereinen. Im Zusammenhang mit dem Reiten als Gesundheitssport können einige Formen genutzt werden, um z. B. die eigene Körperwahrnehmung, die Ausdauerfähigkeit zu verbessern oder auch die Selbstwirksamkeit zu erfahren.

2.2 Zur Problematik des Begriffs „Reiten“ in gesundheitssportlichem oder therapeutischem Zusammenhang

„Reiten ist ein höchst komplexer Prozess aus sensomotorischen, affektiven, kommunikativen, kognitiven und technisch-motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in untrennbarem Zusammenspiel wirken, wenn ein Mensch auf einem Pferd sitzt und dieses lenkt“ (Nobbe, 2006)

Wird Reiten in diesem Sinne definiert als ein vielschichtiger Prozess, in dem das Pferd von der auf ihm sitzenden Person auch gelenkt und kontrolliert wird, so ergeben sich daraus für den Bereich des Therapeutischen Reitens, sowie auch das Reiten als Gesundheitssport, gewisse definitorische Probleme. Sowohl bei der Hippotherapie, als auch beim Heilpädagogischen Voltigieren und Reiten, bzw. in der Reittherapie wird das Pferd häufig nicht (in der Hippotherapie nie) von der auf seinem Rücken sitzenden Person auch selbst/selbständig kontrolliert. Die Kontrolle über das Tier liegt bei einer dritten (Fach-) Person, die es an der Longe, am Reit- oder Langzügel oder auch als Handpferd führt (vgl. Strauss, 2008).

Auch beim Reiten als Gesundheitssport ist es häufig erforderlich, das Pferd von einem/r Helfer/in führen oder longieren zu lassen. Auf diese Weise können z. B. die Reitenden sich ganz auf sich selbst konzentrieren oder auch Anfänger und Wiedereinsteiger, bzw. ängstliche Reiter am Reiten als Gesundheitssport teilnehmen.

Zudem kommen vermehrt Varianten der Bodenarbeit (im weitesten Sinne) mit dem Pferd in der Therapie und hoffentlich auch im Reiten als Gesundheitssport zum Einsatz (vgl. Ritz, 2006; Mehlem, 2006; Jurklies, 1998a). Es stellt sich also die Frage, ob „Reiten“ weiterhin Teil der Spartenbezeichnung sein kann, wenn man es im Sinne von Nobbe (2006) versteht. Da jedoch eine wesentliche Faszination des ganzen Einsatzfeldes von Pferden von der Möglichkeit, sich von ihnen tragen zu lassen ausgeht (vgl. Groth, 2005), und da es bisher keine von einer breiteren Öffentlichkeit anerkannte Definition von Reiten in diesem strengeren Sinne gibt, kann der Begriff Reiten wohl auch weiterhin noch in diesen Grenzbereichen verwendet werden. Ein Hinweis auf eine Trendwende in der Verwendung des Begriffs Reiten besonders in therapeutischen Zusammenhängen, ist die Wahl an Bezeichnungen für neuere Konzepte besonders im Großbereich des Heilpädagogischen Voltigierens und Reitens. Hier werden für Konzepte, bei denen das Reiten im engeren Sinn eine eher untergeordnete Rolle spielt, bzw. vermehrt Bodenarbeitsformen zum Einsatz kommen, Namen gewählt, in denen das Reiten nicht mehr enthalten ist, wie z. B.: Cavallopädagogik (Loose, 2007), Hippopädagogik (Deppisch, 1990a), Equotherapie (Hauser, mündliche Auskunft, 2008).

Für den gesundheitssportlichen Einsatz des Pferdes könnte die Bezeichnung „Gesundheitssport mit Pferden“ einen treffenderen Ausdruck darstellen.

2.3 Abgrenzung des Reitens als Gesundheitssport von anderen (reiterlichen) Nutzungsformen des Pferdes

In diesem Kapitel wird zunächst diskutiert, inwieweit sich die jeweilige Spartenbezeichnung mit der Definition von Reiten nach Nobbe (2006) vereinbaren lässt. Dabei sind die Inhalte und Methoden der jeweiligen Sparte ausschlaggebend, ob es sich um „Reiten“ im engeren Sinn handelt oder nicht. Darüber hinaus werden verschiedene Formen der Nutzung von Pferden im Leistungs- und Breitensport und in der Therapie als Vergleichsgrundlage zum Reiten als Gesundheitssport beschrieben. Es wird auch angesprochen, welche Elemente der einzelnen Sparten für das Reiten als Gesundheitssport von Bedeutung sein könnten.

2.3.1 Das leistungssportliche Reiten und Voltigieren

Reiten als Wettkampfsport ausgeübt, verträgt sich ohne weiteres mit der oben bereits genannten Definition des Begriffs „Reiten“.

Beim leistungssportlichen Reiten lenkt die reitende Person ihr Pferd selbstständig, es sei denn, es handelt sich z. B. um Sitzschulung an der Longe, bei der der/die Longenführer/in das Pferd lenkt und kontrolliert. Hier wirken die einzelnen Faktoren in diesem vielschichtigen Prozess nicht nur zwischen der Person auf dem Pferd und dem Tier, sondern in einer Art Wirkungsdreieck, in das auch die longeführende Person miteinbezogen ist. Da hierbei der/die Reiter/in das Pferd nicht selbst lenkt, kann diese Form des „Auf-einem-Pferd-Sitzens“ nicht im eigentlichen Sinn als „Reiten“ bezeichnet werden. Es dient aber der Vorbereitung oder der Vertiefung einzelner Aspekte des freien Reitens.

Beim leistungssportlichen Reiten stehen die Leistungssteigerung und der Leistungsvergleich mit anderen Reitern/innen im Vordergrund. Die Hauptdisziplinen in denen diese Vergleiche ausgetragen werden sind das Dressur-, das Spring- und das Vielseitigkeitsreiten (zu Dressur und Springen kommt bei letzterer Sparte noch ein Geländeparcours hinzu) oder das Distanzreiten bzw. Disziplinen des Westernreitens wie Reining, Trail, Pleasure, Horsemanship und diverse Kuhdisziplinen. Auch Wettkämpfe für Islandpferde und andere so genannte Gangpferde können dem leistungssportlichen Reiten zugerechnet werden. Ebenso ist der Jugendvierkampf, bei dem neben Dressur- und Springreiten auch Laufen und Schwimmen als Teildisziplinen absolviert werden, im Bundesfachverband für Reiten und Fahren in Österreich (Federation Equestre Nationale d'Autriche, FENA) vertreten. Neben diesen Hauptsparten gibt es noch einige zahlenmäßig weniger stark vertretene Disziplinen z. B. für spezielle Pferderassen (Haflinger, Noriker, Araber) oder „jüngere“ Wettkampfsportarten wie Horseball, Orientierungsreiten oder das Reiten im Damensattel. Für Bewerbe in allen Sparten gibt es Regelwerke und Richtlinien auf nationaler und (teilweise) internationaler Ebene, nach denen die Reiter/innen sich miteinander messen (FENA, 2008; Mechtler, 2008). Auch beim Galopprennen sitzt der Mensch auf dem Pferd und lenkt dieses. Allerdings ist der Pferderennsport über eigene nationale und internationale Institutionen organisiert, die nicht mit der FENA in Verbindung stehen. Da es keine Parallelen zwischen dem Rennreiten und dem Reiten als Gesundheitssport gibt, wird hier nicht weiter auf den Rennsport eingegangen.

Auch das Voltigieren findet auf dem Pferd statt. Die Voltigierenden turnen dabei auf seinem Rücken, Hals und seiner Kruppe. Beim Voltigieren kommt es ebenfalls zu einem Bewegungsdialog (Schulz, 1998) zwischen Voltigierern/innen und Pferd, der jedoch nur auf ein harmonisches gemeinsames Bewegen, nicht aber auf die Lenkung des Pferdes durch

die Sportler/innen gerichtet ist. In Tempo und Richtung wird das Pferd von der longeführenden Person kontrolliert. Voltigieren kann daher als Pferdesport, nicht aber als Reitsport bezeichnet werden.

Im Jahr 2007 zählte der Bundesfachverband für Reiten und Fahren in Österreich zu den zehn mitgliederstärksten Verbänden. Er lag mit 47.862 Mitgliedern an achter Stelle dieser Rangreihung hinter Fußball, Tennis, Skilauf, Eisstocksport, Golf, Turnen und Schwimmen und vor Radsport und Schießen. Von diesen 47.862 Mitgliedern des Bundesfachverbandes sind jedoch nur 9.648 Lizenznehmer (Mechtler, 2008). Das bedeutet, dass nur ein Bruchteil der Verbandsmitglieder wettkampfsportlich aktiv ist, da die Lizenz Voraussetzung für eine Turnierteilnahme ab einem bestimmten sportlichen Leistungsniveau ist. Lizenzfreie Bewerbe werden eher dem Breitensportlichen Reiten zugeordnet, das im folgenden Kapitel besprochen wird. Diese Zahlenverhältnisse zwischen leistungs- und breiten-, bzw. feizeitsportlichem Reiten bestätigt auch eine Studie der Deutschen Reiterlichen Vereinigung, FN, (IPSOS, 2001).

Leistungssportliches Reiten kann, wie andere Sportarten auch, gesundheitsförderliche, aber auch gesundheitsbeeinträchtigende Effekte haben. Die Gesundheit ist bei dieser Ausübungsweise des Reitens jedenfalls nicht das primäre Ziel, sondern der Leistungsvergleich und die Leistungssteigerung stehen im Mittelpunkt des Interesses. Gesundheitliche Nachteile werden dafür u. U. in Kauf genommen (vgl. Brehm, Bös, Opper & Saam, 2002).

Für das gesundheitssportliche Reiten hat die von den Hauptverbänden vertretene Reitlehre jedoch uneingeschränkte Gültigkeit (vgl. Heipertz-Hengst, 2003 und 2006).

2.3.2 Das Breitensportliche Reiten

Mechtler (2008) verzeichnet in seiner Studie zur Marktsegmentierung des Pferdesports in Österreich einen deutlichen Anstieg von nicht wettkampforientierten Pferdesportausübenden zwischen den Jahren 1984 und 2007 von anfangs 1.346 auf 38.214. Allerdings lässt sich nicht genau feststellen, wie sich die Lizenznehmer auf die unterschiedlichen Wettkampfsparten verteilen. Es ist jedoch anzunehmen, dass die englisch-klassischen Sparten Dressur und Springen, den angebotenen Bewerben nach zu schließen, zahlenmäßig am stärksten vertreten sind.

Das Freizeit- oder Breitensportliche Reiten betont den Spaß und die Freude am Umgang mit dem Pferd, das Naturerleben und den Erholungsaspekt, sowie gemeinschaftliche Erlebnisse mit Gleichgesinnten (vgl. IPSOS, 2001; FN, 2008; FENA, 2008; Mechtler, 2008). Mechtler charakterisiert Freizeitreiter/innen außerdem als diejenigen, die nicht an Turnieren teilnehmen, deren Reitausübung nicht an bestimmte Trainingsstätten gebunden ist und bei denen auch die Beziehung zum Tier im Vordergrund steht.

Obwohl zahlreiche Freizeit- und Breitensportler den Erhalt oder die Verbesserung ihrer Gesundheit als ein Motiv ihrer Sportausübung angeben (Mechtler, 2008; Peiskammer & Josef, 2008), wird die Aktivität nicht primär nach gesundheitsförderlichen Kriterien gestaltet (vgl. Brehm & Bös, 2006). Das bedeutet, dass die Förderung ihrer Gesundheit für viele Freizeit- und Breitensportler zwar einen wichtigen Antreiber ihrer sportlichen Aktivität darstellt, dass bei der Umsetzung z. B. die Kernziele von Gesundheitssport aber nicht beachtet werden. Gewisse Aspekte des breitensportlichen oder Freizeit-Reitens können also durchaus positive Wirkungen auf die Gesundheit haben (z. B. regelmäßige körperliche Aktivität von mäßiger Intensität oder Erleben sozialer Integration), andere wiederum nicht (z. B. Alkoholkonsum in geselliger Runde, Unfälle durch mangelnde Sachkenntnis im Umgang mit dem Pferd).

Verschiedene breitensportliche Angebote oder Aktivitäten mit dem Pferd, bei denen nicht nur das Pferd, sondern auch der/die Reiter/in im Zentrum des Interesses stehen, könnten sich durchaus als Dauerangebote im Anschluss an ein erfolgreich absolviertes gesundheitssportliches Reitprogramm eignen. Über die genaue Beschaffenheit solcher Dauerangebote konnten bisher keine Literaturhinweise gefunden werden.

2.3.3 Therapeutische Formen des Reitens

Unter dem Begriff „Therapeutisches Reiten“ werden vom Deutschen und vom Österreichischen Kuratorium für Therapeutisches Reiten im Wesentlichen drei verschiedene Sparten zusammengefasst: die „Hippotherapie“, das „Heilpädagogische Reiten und Voltigieren“ und das „Reiten für Menschen mit Behinderung“ (Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V., DKThR, 2008) bzw. „Behindertenreiten“ (Österreichisches Kuratorium für Therapeutisches Reiten, oktr, 2008). Die beiden Kuratorien gelten als Dachverbände für das Therapeutische Reiten der beiden Länder Österreich und Deutschland und arbeiten eng mit den jeweiligen Dachverbänden des Pferdesports (FN und FENA) zusammen.

In der Schweiz, die in Bezug auf Ausbildung, Durchführung und Zusammenarbeit auch für die beiden anderen Länder von Bedeutung ist, gibt es keinen gemeinsamen Dachverband für alle Sparten des Therapeutischen Reitens. Das Heilpädagogische Reiten und Voltigieren wird hier von zwei verschiedenen Gruppen organisiert: der Schweizerischen Vereinigung für Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren (SV-HPR, 2008) und der Schweizer Gruppe für Therapeutisches Reiten (SG-TR, 2008). Der Zweig der Hippotherapie wird in der Schweiz durch den Verein Schweizer Gruppe Hippotherapie-K vertreten (SG-HTK, 2008).

Leider gibt es immer noch keine einheitliche Verwendung der Begriffe des therapeutischen Reitens, geschweige denn eindeutige inhaltliche Zuordnungen. Neben den drei

genannten Bezeichnungen „Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren, HPV/R“, „Hippotherapie“ und dem „Reiten als Sport für Behinderte“ kursieren Begriffe wie „Reittherapie“, „Hippopädagogik“, „Equotherapie“ oder „Cavallopädagogik“ usw. Im Zusammenhang dieser Arbeit soll dennoch von drei, bzw. vier Hauptbezeichnungen unter dem Oberbegriff des „Therapeutischen Reitens“ ausgegangen werden.

2.3.3.1 Hippotherapie

Unter der Bezeichnung „Hippotherapie“ wird mittlerweile von den zuständigen Organisationen aller drei Länder (Deutschland, Österreich und Schweiz) einheitlich die physiotherapeutisch-medizinische Behandlung von Kindern und Erwachsenen mit Bewegungsstörungen auf neurophysiologischer Ebene durch die artspezifische Bewegung des Pferdes vor allem in der Gangart Schritt verstanden (vgl. Gäng, 2003; Klüwer, 2005; Riesser, 1996; Strauss, 2008). Bis in die 1970er und -80er Jahre hinein existierte jedoch eine Vielfalt an Bezeichnungen für diese therapeutische Sparte, wie „Reittherapie“, „Heiltherapeutisches Reiten“, „Reiten als Therapie“ usw. Die Idee, Reiten als therapeutische Maßnahme v. a. bei Störungen des Gehvermögens einzusetzen, soll schon von Lazarettärzten Ende des zweiten Weltkrieges in der Gangschulung von Beinamputierten umgesetzt worden sein. Besonders in Skandinavien wurde das Pferd als therapeutisches Medium in der Behandlung cerebral geschädigter Kinder Anfang der 1950er Jahre eingesetzt. Die Prägung des Begriffs „Hippotherapie“ wird einem Baseler Arzt, Dr. med. H. R. Kaeser zugeschrieben. Kaeser soll die Bezeichnung dieser Therapieform erstmals 1966 in einem Bericht über die Behandlung einer an Multipler Sklerose erkrankten Patientin verwendet haben. „Hippotherapie“ vereint die griechischen Bezeichnungen für „Pferd“ („hippos“) und „Behandlung“ (therapeia“) (Riesser, 1996).

Dabei wird deutlich, dass es bei der Hippotherapie nicht um Reiten im Sinne oben genannter Definition geht. Hippotherapie ist keine „Reit“-Therapie (vgl. ebda.). In der Hippotherapie wird das Pferd stets von einer dritten Person, dem/der Pferdeführer/in geführt, während der/die Therapeut/in sich dem/der Patient/ in widmet. Die behandelten Personen treten zwar in einen intensiven Bewegungskontakt mit dem Pferd, wobei sie sich den Rückenbewegungen des Tieres anzupassen versuchen, jedoch keinen aktiven Einfluss darauf nehmen. Lenkung und Kontrolle des Therapiepferdes obliegt ausschließlich dem/der Pferdeführer/in. Die Ausrüstung des Pferdes variiert vielfach in Zusammenhang mit den individuellen Erfahrungen der Therapeuten/innen, aber auch den individuellen Bedürfnissen der Patienten/innen. Meist werden unterschiedliche Gurte mit festen oder weichen Griffen verwendet (Strauss, 2008), gelegentlich jedoch auch herkömmliche oder spezielle Sättel (Künzle, 2000). Hippotherapie kann nach ihrem erfolgreichen Abschluss den Übergang zum Reiten als Sport für Menschen mit Behinderung, also selbständiges Lenken des

Pferdes unter (leistungs-) sportlichen Schwerpunkten, oder auch zu einem Angebot innerhalb des HPV/R ermöglichen (Strauss, 2008).

Hippotherapeutische Übungsbehandlungen finden fast ausschließlich auf Schritt gehenden Pferden statt. Dabei reicht die Verarbeitung der Schwingungsimpulse des Pferdes von 90-110 Schritten pro Minute (Riesser, 1996; Strauss, 2008) meist aus, um adäquate Gleichgewichts- und andere Anpassungsreize zu setzen. Unter Anleitung des/der Therapeuten/in wird währenddessen an der Aufrichtung und Lockerung des/der Patienten/in gearbeitet. In der Regel wird deshalb bei der Hippotherapie auf gymnastische Übungen auf dem Pferd gänzlich verzichtet (Ölsböck, 1996). Um besonders die Anforderungen an das Gleichgewicht zu steigern, werden jedoch gezielt Hufschlagfiguren (Kreise, Schlangenlinien, Wendungen) und Tempowechsel, bzw. Halten und wieder Losgehen eingesetzt (Weber, 1996; Strauss, 2008).

Auch in der Hippotherapie werden über die eher funktionellen Wirkungen der Pferdebewegung hinaus die Effekte auf das emotionale und soziale Erleben der Patienten/innen und die hohe Motivation durch das Tier immer deutlicher erkannt, geschätzt und gezielt genutzt. So können auch „mattenmüde“ (therapiemüde von Übungsbehandlungen auf der Gymnastikmatte) Patienten/innen mit Hilfe des Pferdes wieder zu mehr Eigenaktivität und Mitarbeit in ihrem Behandlungsprozess ermutigt werden. Auch stärkt das Sitzen auf dem Pferd, das von den Patienten/innen als „Reiten“ empfunden wird, Selbstsicherheit, Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein. Man geht nicht „zur Therapie“, man geht „in den Stall“, „zum Pferd“ oder „zum Reiten“ (Strauss, 2008; u. a.). Hippotherapie wird ausschließlich in Form von Einzelbehandlungen durchgeführt.

Die physiotherapeutische Behandlung mit und auf dem Pferd wird, wie die klassische Physiotherapie in einer Praxis, per Rezept vom Arzt verordnet. Sie ist unter den Therapieformen mit Pferd die mit Abstand am besten auch wissenschaftlich evaluierte Behandlungsweise. Unter anderem wird Hippotherapie daher trotz der damit verbundenen hohen Kosten häufig von den Krankenkassen zumindest teilfinanziert (vgl. DKThR, 2008). Als anerkanntes Heil – und Hilfsmittel konnte sie jedoch aufgrund einer fehlenden Multicenterstudie zum statistischen Nachweis der positiven Effekte noch nicht in den entsprechenden bundesdeutschen Katalog aufgenommen werden (vgl. ebda.).

Die Erkenntnisse und Erfahrungen der Hippotherapie stellen auch für das Reiten als Gesundheitssport, v. a. im Zusammenhang mit der Stärkung physischer Ressourcen und der Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden ein reiches Repertoire an Anregungen dar.

2.3.3.2 Ergotherapeutische Behandlung mit dem Pferd

Die Sparte der Ergotherapeutischen Behandlung mit dem Pferd ist erst seit 2005 als eigenes Behandlungsfeld entstanden (DKThR, 2008). Grundlage ist, wie schon der Name sagt, die Ergotherapie. Sie wird vom Arzt verschrieben, wenn z. B. Störungen oder Beeinträchtigungen in orthopädischem, neurologischem, psychiatrischem, rheumatologischem Sinne oder altersbedingte Einschränkungen (Gerontologie) bzw. Entwicklungsdefizite (Pädiatrie) auftreten. Auch bei funktionellen Beeinträchtigungen und Ausfällen im Zusammenhang mit schweren Erkrankungen oder nach Unfällen kann Ergotherapie verordnet werden, um die Funktionsfähigkeit des Menschen in seinem Alltag und damit seine größtmögliche Selbständigkeit wieder herzustellen oder zu verbessern (Herda, 2003; DKThR, 2008). Der Umgang mit dem Pferd ist dabei meist wichtiger als das Reiten selbst. Beim Beobachten, Ertasten, Putzen, Streicheln des Pferdes, aber auch bei der Stallarbeit bieten sich zahlreiche Ansatzmöglichkeiten für den/die Ergotherapeuten/in. Laut Herda (2003) spielt auch die Integration der einzelnen Sinne zu „sinnvollen“ ganzheitlichen Wahrnehmungen des Lebensumfeldes eine bedeutende Rolle. Das Pferd bietet auch hier eine große Auswahl an Stimulationsmöglichkeiten gerade der basalen Sinne, wie Tiefensensibilität, Tastsinn, Gleichgewichtssinn, Bewegungssinn (vgl. auch Ayres, 1998). Die Ergotherapeutische Behandlung mit dem Pferd findet zwar auch auf dem Pferderücken statt, kann jedoch nicht als Reiten im eigentlichen Sinne betrachtet werden. Für das Reiten als Gesundheitssport spielt diese Sparte vor allem im Zusammenhang mit der Wahrnehmungsschulung und dem Aufbau eines positiven Körperkonzepts eine gewisse Rolle.

2.3.3.3 Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten

Das Heilpädagogische Voltigieren und Reiten (kurz: HPV/R, bzw. HPV oder HPR) ist die Sparte der Behandlungsmaßnahmen mit dem Pferd als Co-Therapeut, mit der größten Vielfalt an Ausprägungen. Der Arbeitskreis Heilpädagogisches Voltigieren/Reiten des DKThR definiert das HPV/R bewusst allgemein, um auch eher psychotherapeutische Ansätze mit einzuschließen, wie folgt:

„Unter dem Begriff heilpädagogisches Voltigieren/ Reiten werden pädagogische, psychologische, psychotherapeutische, rehabilitative und soziointegrative Angebote mit Hilfe des Pferdes bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit verschiedenen Behinderungen oder Störungen zusammengefasst. Dabei steht nicht die reitsportliche Ausbildung, sondern die individuelle Förderung über das Medium Pferd im Vordergrund, d.h. vor allem eine günstige Beeinflussung der Motorik, der Wahrnehmung, des Lernens, des Befindens und des Verhaltens“ (Schulz, 2005a).

Mit dieser Definition wird explizit eine klare Abgrenzung des HPV/R gegenüber dem (leistungs-) sportlichen Reiten getroffen. Die Teilnehmenden an einer HPV/R-Einheit sollen in ihrer persönlichen Entwicklung ganzheitlich gefördert werden, es geht nicht um den Er-

werb rein turnerischer oder reiterlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die für das leistungssportliche Voltigieren getroffenen Aussagen gelten jedoch auch für das HPV: es ist kein Reiten in dem Sinne, dass die Voltigierenden direkten Einfluss auf die Kontrolle des Pferdes nehmen. Ein Dialog auf mehreren Ebenen ist jedoch wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzepts, auch beim HPV. So wird das Pferd als Lebewesen und eigene Persönlichkeit gezielt berücksichtigt und pädagogisch genutzt (u. a. Ringbeck, 1994; Voßberg, 1994; Kröger, 1994). Alle anderen in der Definition von Reiten (Nobbe, 2006) angesprochenen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich der Sensomotorik, Affektivität/Emotionalität, Kommunikation, Kognition und Technik bzw. Motorik werden im HPV zu zentralen Themen des heilpädagogischen Prozesses. Der Unterschied beim HPR zum HPV liegt lediglich in einer noch verstärkten, direkten Auseinandersetzung der Schüler/innen mit dem Pferd. Während also beim HPV Voltigieren die Lenkung und Kontrolle des Pferdes fast ausschließlich Sache des/der Pädagogen/in ist, so kann sie beim HPR Reiten nach einem gewissen „Einschulungsprozess“ durchaus sehr selbständig von den Teilnehmern/innen übernommen werden (vgl. Gäng, 1994; Voßberg, 1994; Eberle-Gäng, 1998; Breiter, 1998; Salizzoni, 1998).

Die sehr unterschiedlichen Angebote innerhalb des HPV/R ergeben sich aus den ebenfalls sehr verschiedenen Zielgruppen dieser Sparte. Der Einsatz des HPV/R reicht von eher sozialpädagogischen Interventionen (Voßberg, 1994), über „klassisch“ heilpädagogische Bereiche mit geistig behinderten Menschen (Eberle-Gäng, 1998), verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen einer schulpsychologischen Beratungsstelle (Ringbeck, 1998), Kindern in der vorschulischen Förderung (Schulz, 1998), über die Förderung von Kindern mit Bewegungsauffälligkeiten (Kröger, 1994; Ringbeck, 1994; Bär, 2003), Interventionen für Familien in Krisensituationen (Jurklies, 1998b; Dreisbach, 2003), für Suchtabhängige (Salizzoni, 1998) und Menschen mit Essstörungen (Strausfeld, 1998), für schwerkranke Menschen z. B. nach Unfällen mit Schädel-Hirn-Trauma (Schur-Althaus, 2003) bis zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Maßnahmen (Breiter, 1998/2003; Brandenberger, 2003; Baum, 1994). Als Problem erweist sich im Zusammenhang mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Maßnahmen, dass sie nur in Deutschland und Österreich noch dem HPV/R zugeordnet werden. In Deutschland ist eine Ausgliederung dieses Zweigs des Therapeutischen Reitens unter einem neuen, noch nicht festgelegten Namen wegen der großen Nachfrage und einer doch deutlich spezifischen Herangehensweise geplant. Die Münchner Schule für psychotherapeutisches Reiten, gegründet von Frau Dr. Dr. Michaela Scheidhacker stellt eine Alternative zum DKThR dar. In der Schweiz werden Interventionen mit eher psychotherapeutischem bzw. psychi-

atrischem Ansatz meist unter der Bezeichnung „Reittherapie“ geführt (Gäng, 2003; SG-TR, 2008).

Die angeführten Beispiele sind nur eine Auswahl an Einsatzgebieten des HPV/R, die Vielfalt an Angeboten hat sich damit noch nicht erschöpft. Dementsprechend lassen sich auch die Inhalte des HPV/R nur schwer im Detail beschreiben. Ziel ist immer eine ganzheitliche Förderung des Menschen, mit Schwerpunkt z. B. im Bewegungsbereich, auf dem Gebiet der Wahrnehmung und des Sozialverhaltens, bzw. Beziehungsaufbaus (vgl. u. a. Kröger, 1994; Ringbeck, 1998; Baum, 2005c). HPV/R wird in der Regel als Gruppenintervention durchgeführt.

Für das Reiten als Gesundheitssport können besonders für die Kernziele drei bis sechs (Stärkung psychosozialer Ressourcen, Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden, Bindung an gesundheitssportliches Verhalten und gesundheitsförderliche Verhältnisse) wichtige Anregungen aus dem HPV/R gewonnen werden.

2.3.3.4 Reiten als Sport für Menschen mit Behinderung

Das Reiten als Sport für Menschen mit Behinderung stellt die dritte der älteren und wohl etablierten Formen des Therapeutischen Reitens dar. M. E. ist die Zuordnung unter den Begriff des Therapeutischen Reitens und damit die Zuständigkeit der Dachverbände des Therapeutischen Reitens in Deutschland und Österreich zwar in Hinblick auf die größere Erfahrung mit den besonderen Bedürfnissen dieser Klientel argumentierbar; der gleichberechtigten Integration der behinderten Sportler/innen würde die direkte Vertretung durch die pferdesportlichen Verbände jedoch besser gerecht werden. Zudem handelt es sich beim Reiten als Sport für Menschen mit Behinderung nicht um eine Therapie mit einem bestimmten Behandlungsziel, sondern um die sportliche Ausübung des Reitens lediglich unter Berücksichtigung der spezifischen Behinderungsform. Auch erfordert die Zusatzqualifikation „Lehrwart/in für Behindertenreiten“ (Österreich) oder „Ausbilder/in im Reiten als Sport für Behinderte“ (Deutschland) keinerlei therapeutische oder (heil-) pädagogische Berufsausbildung (vgl. DKThR, 2008; OKTR, 2008), wie dies bei den anderen Sparten des Therapeutischen Reitens der Fall ist (vgl. Gäng, 1998 und 2003).

Zielgruppe des Reitens als Sport für Menschen mit Behinderung sind all jene, für die die Ausrüstung, aber auch die Inhalte der konventionellen Reitlehren aufgrund körperlicher, geistiger oder die Sinne betreffender Beeinträchtigungen angepasst und verändert werden müssen, um ihnen eine gleichberechtigte Ausübung des sportlichen Reitens zu ermöglichen (vgl. DKThR, 2008). Die Definition des Reitens von Nobbe (2006) trifft auf diese Personengruppe vollständig zu, da die selbständige Lenkung und Kontrolle des Pferdes zumindest Ziel dieser Reitsparte ist. Alle Formen des „Reitens“ bei denen das Pferd

von einer zweiten Person, zusätzlich zum/zur Reiter/in geführt oder longiert wird, können als Vorübungen für das freie Reiten betrachtet werden.

Für das Reiten als Gesundheitssport spielt das Reiten für Menschen mit Behinderung eher eine untergeordnete Rolle. Umgekehrt könnte jedoch das Reiten als Gesundheitssport als *eindeutig nichttherapeutisches* Angebot, unter gewissen Voraussetzungen, eine sinnvolle Alternative zum (leistungs-) sportlichen oder therapeutischen Reiten darstellen. Diese Voraussetzungen bestünden u. a. in der Notwendigkeit einer zusätzlichen Fortbildung für die Ausbilder/innen im Reiten als Gesundheitssport hinsichtlich der besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe.

2.3.3.5 Reittherapie

Der Begriff der „Reittherapie“ wird aktuell v. a. geprägt von der Schweizer Diplom-Sozialpädagogin, Heilpädagogin und Ausbilderin von Reitpädagogen/innen und Reittherapeuten/innen SG-TR Marianne Gäng. Gäng gilt auch als eine der Begründerinnen des HPV/R in der Schweiz. In ihrem gleichnamigen Werk zur Reittherapie nimmt sie die Differenzierung und Abgrenzung der Reittherapie vom HPV/R vor (Gäng, 2003). Im Wesentlichen werden die beiden Formen therapeutischen Reitens über die Begriffe (Heil-) „Pädagogik“ bzw. „Therapie“ voneinander unterschieden. So geht es bei der Reittherapie eher um psychologische, psychotherapeutische Behandlungsthemen, während im HPV/R vorrangig pädagogische bzw. heilpädagogische Inhalte bearbeitet werden. Entsprechend wird bei Ausübenden der Reittherapie „ein therapeutische Beruf, der die selbstständige (!) Planung, Durchführung und Dokumentation einer Behandlung, Begleitung und/oder Bewältigung von körperlicher und/oder seelischer Erkrankung umfasst“ (Gäng, 2003, S. 17) vorausgesetzt.

Im Vordergrund der therapeutischen Intervention bei der Reittherapie steht die intensive Auseinandersetzung der Klienten/innen mit dem Pferd. Auf der Basis dieser Beziehung werden alle weiteren Behandlungsthemen entwickelt, wie z. B. auch der Aufbau einer tragfähigen und gesunden Beziehung zum/zur Therapeuten/in. Typische Ziele bei der Reittherapie können u. a. sein:

- Verbesserung der Wahrnehmung (z. B. Eigenwahrnehmung in körperlicher und emotionaler Hinsicht, Wahrnehmung von Gefühlen, Stimmungen, körperlichen Zuständen des Pferdes)
- Förderung von Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Selbstbestimmung
- Förderung der Beziehungsfähigkeit

- Bewältigung von krankheitsbedingten Beschwerden
- Aufbau von Zuversicht
- Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Angstbewältigung

u. v. m. (vgl. Baumann, 2003; Meul, 2003; Gehrig, 2003; Blume, 2003; Mehlem, 2005). Reittherapie wird meist eher in Einzelbehandlungen durchgeführt. Das selbständige Reiten, also die eigenständige Kontrolle über das Pferd kann in der Reittherapie ein wichtiges zentrales Teilziel sein, es können aber auch, je nach Behandlungsthema und den Möglichkeiten des Klientels, das Erleben und der Kontakt zum Tier vom Boden aus im Vordergrund stehen. D. h., Reittherapie kann nicht immer im Sinne der Definition von Nobbe (2006) als „Reiten“ betrachtet werden. Vielmehr wäre eine Bezeichnung, die die Bedeutung der Pferd-Mensch-Beziehung in den Vordergrund rückt geeigneter für diese (noch nicht überall als eigenständig anerkannte) Sparte des Therapeutischen Reitens.

Einige Themen der Reittherapie wie z. B. die Bewältigung bestehender Beschwerden oder die Verbesserung der Entspannungsfähigkeit können auch für das Reiten als Gesundheitssport genutzt werden, selbstverständlich ohne dabei therapeutische Ansprüche zu verfolgen.

2.3.3.6 Hippopädagogik, Cavallopädagogik, Equotherapie

Neben den oben beschriebenen etablierten und bekannten Therapieformen mit Pferden, die in größeren Verbänden organisiert sind und größtenteils mit den Dachverbänden des Pferdesports der Länder Deutschland, Österreich und Schweiz zusammenarbeiten, gibt es eine zunehmende Anzahl an weiteren Therapieansätzen und Alternativen. Die folgenden drei Behandlungs- bzw. pädagogischen Methoden sollen als Beispiele für alle anderen Bestrebungen gelten, über die drei Hauptformen hinaus neue Zugänge zur Nutzung des Pferdes in Therapie und Pädagogik anzubieten. Laut mündlicher Auskunft von Frau Gundula Hauser, Präsidentin der internationalen Föderation für Therapeutisches Reiten (FRDI), gibt es in Deutschland rund fünfzig solcher Alternativen zum DKThR.

Hippopädagogik

Hippopädagogik ist Motopädagogik mit und auf dem Pferd. Ziel der Hippopädagogik ist der Erwerb von Handlungskompetenz v. a. im Umgang mit dem Pferd. Über Ich-, Sach- und Sozialkompetenz soll dieses Ziel des selbständigen und verantwortungsbewussten Umgehens mit sich selbst, dem Partner Pferd, aber auch mit den Mitmenschen erworben

und entwickelt werden. Kiphard (1980) entwickelte die Motopädagogik (Psychomotorik), als Erziehungs- und therapeutische Methode. Auf der Basis dieses Ansatzes soll der Mensch in seiner gesamten Persönlichkeit gefördert werden, die hier als Dreieinheit aus Körper, Seele und Geist aufgefasst wird. Über meist eher offene Bewegungsangebote werden den Kindern, als Hauptzielgruppe der Hippopädagogik, Erfahrungen mit dem eigenen Körper („Körpererfahrung“), mit der dinglichen Umwelt („Materialerfahrung“) und miteinander („Sozialerfahrung“) ermöglicht. Aufgaben werden meist so formuliert, dass sie individuelle Lösungen zulassen, ja sogar zu provozieren versuchen (Deppisch, 1990a). Das Pferd wird als Bewegungsvermittler und Motivator eingesetzt, das Anlass zu unendlich vielen Wahrnehmungs- und Handlungsprozessen gibt. Die Hippopädagogin/der Hippopädagoge setzt mit ihren Vorschlägen bei den Fähigkeiten der Kinder an, nicht bei deren Beeinträchtigungen, Funktionsstörungen oder Problemen und versucht so, die Person in ihrer Gesamtheit zu unterstützen und in ihrer Entwicklung zu stärken und zu fördern.

Ähnlich wie beim HPR kann das selbständige Lenken des Pferdes eine Rolle im pädagogisch-therapeutischen Prozess spielen, muss es aber nicht. Die vielfältigen Faktoren, die in der Definition von Nobbe (2006) aufgeführt werden, kommen jedoch auch beim geführten Sitzen auf dem Pferd oder an der Longe zur Wirkung. Dabei erweitert sich allerdings der Bezugsrahmen um die Person, die das Pferd dann kontrolliert. Die Bezeichnung Hippopädagogik („hippos“, griech., „Pferd“) lässt also sehr viel Freiraum für die Art des Einsatzes von Pferden, indem sie nur die Erziehung durch das Pferd anspricht.

Die Hippopädagogik setzt in ihren Fördermaßnahmen zahlreiche unterschiedlichste Spielgeräte und Alltagsgegenstände („Materialien“) ein, wie Bälle, Stäbe, Bänder, Tücher, Symbolkarten, auf denen beispielsweise Übungen auf dem Pferd zu sehen sind und vieles mehr (Deppisch, 1990b). Trotz der Verwendung dieser Materialien soll jedoch das Pferd als Persönlichkeit und in seinem aktuellen Befinden immer in den pädagogisch-therapeutischen Prozess miteinbezogen werden, bzw. im Zentrum dieses Prozesses stehen und nicht bloß als lebendes und sich bewegendes erzieherisches oder therapeutisches Medium betrachtet werden (Deppisch, 1990a).

Die in Form einzelner Bausteine bzw. Kurse zu absolvierende Ausbildung wurde 1998 von Diplom-Motologin Juliane Deppisch konzipiert und angeboten (Netzwerk Hippopädagogik, 2008). Das Ausbildungsangebot richtet sich an Personen mit sowohl pädagogischen (z. B. Sozial- und Heilpädagogen/innen, Sonderschullehrer/innen), als auch therapeutischen Berufen (Physiotherapeuten/innen, Psychologen/innen usw.).

Laut e-mail-Auskunft von Frau Deppisch gibt es vor allem in Deutschland, aber auch in Österreich, Luxemburg, Kanada, Norwegen und Australien 75 Hippopädagogen/innen mit

Lizenz. Die Qualitätssicherung basiert auf einer beim deutschen Patentamt eingetragenen Marke und wird gewährleistet durch die regelmäßige Erneuerung dieser Nutzungslizenz. Hippopädagogik wird fallweise mitfinanziert z. B. von Sozial- und Jugendämtern oder auch von der Krankenkasse. Meist müssen die Kosten jedoch von den Eltern selbst getragen werden.

Für das Reiten als Gesundheitssport können Elemente der Hippopädagogik bzw. Ansätze der motopädagogischen Vorgehensweise sehr gut genutzt werden. Z. B. können durch eine offene Formulierung von Aufgaben leichter individuelle Erfolgserlebnisse vermittelt werden, als bei streng definierten Bewegungsvorgaben. Auch der Einsatz des (Spiel-) Materials kann wertvolle Anregungen liefern.

Cavallopädagogik und Cavallo-Therapie

Die Cavallo-Pädagogik und –Therapie vereint, laut Aussage ihrer Begründerin Loose (2007) Elemente der Bobath-Therapie, der Wahrnehmungsförderung und erzieherische Aspekte. Es handelt sich also um eine Mischung unterschiedlicher Ansätze, die ebenfalls den Menschen in seiner gesamten Persönlichkeit ansprechen und fördern soll.

Ein deutlicher Schwerpunkt liegt auf dem Fachgebiet der Sensorischen Integration (SI) nach Ayres (1998). Über motopädagogische (sensomotorische, psychomotorische und soziomotorische) Inhalte, die durch erlebnispädagogische und physiotherapeutische Elemente ergänzt werden, sollen vom Säugling bis zum erwachsenen und älteren Menschen alle jene gefördert werden, die vor allem unter Schwierigkeiten und Defiziten im Bereich der Wahrnehmung und der Koordination zu leiden haben. Aber auch sozial-integrative Probleme werden behandelt (Loose, 2007).

Insgesamt erscheint die Cavallopädagogik als ein wenig strukturiertes und geordnetes Konzept, das jedoch bemüht ist, sowohl medizinische, als auch pädagogische Inhalte in Fördermaßnahmen mit dem Pferd zu vereinen.

Wie auch die Hippopädagogik lässt der Begriff der Cavallo-Pädagogik bzw. Cavallo-Therapie („cavallo“, italienisch, „Pferd“) die Art des Einsatzes von Pferden völlig offen. Es kann dabei also geritten werden, im Sinne der selbständigen Lenkung des Pferdes, es kann aber auch das geführte oder longierte Pferd, bzw. Bodenarbeit zum Einsatz kommen.

Beide Konzepte, das der Hippopädagogik und das der Cavallo-Pädagogik versuchen, den Menschen als ganzheitliches Wesen zu betrachten und in dieser Ganzheitlichkeit zu fördern. Daraus können für das Reiten als Gesundheitssport wertvolle Anregungen besonders in Bezug auf die Methodik, das „Wie“ der Gestaltung von Trainingseinheiten gewonnen werden.

Equotherapie

Equotherapie ist eine österreichische Alternative zum HPV/R, wie es durch das oktr vertreten wird. Bei dieser Form des heilpädagogischen sozialtherapeutischen Einsatzes von Pferden spielt die Boden- und besonders die Freiarbeit eine wichtige, persönlichkeitsfördernde Rolle (mündliche Auskunft der Präsidentin des Vereins e.motion für Equotherapie). Equotherapie kann damit auch den Therapien mit Einsatz des Pferdes zugerechnet werden, es kann dabei auch selbständig geritten werden, dies ist jedoch nicht das primäre Mittel oder Ziel dieser Richtung.

2.3.4 Reiten als Gesundheitssport

Das Konzept der FN trägt die Bezeichnung „Reiten als Gesundheitssport“ (Heipertz-Hengst, 2003). Gleichwohl handelt es sich nach der Definition von Nobbe (2006) nicht immer um Reiten allein, da auch der Umgang mit dem Pferd sowie Elemente von Bodenarbeit im weitesten Sinne miteinbezogen werden. Ein Projekt im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Leipzig, bei dem Nordic Walking, Reiten und Funktionsgymnastik kombiniert wurden, wird als „Gesundheitssport auch auf dem Pferd“ (Hiesemann, 2007) bezeichnet. Diese Bezeichnung trifft die Art und Weise, in der das Pferd bei diesem Programm zum Einsatz kommt, recht gut. Nachdem das Konzept von Heipertz-Hengst (2003, 2005 und 2006) ebenfalls ergänzende Aktivitäten vorsieht und nicht vordergründig auf ein selbständiges Reiten der Teilnehmer/innen abzielt, würde z. B. die Bezeichnung „Gesundheitssport mit dem Pferd“ die Maßnahme treffender beschreiben. Dennoch wird im Verlauf der vorliegenden Arbeit weiterhin die Bezeichnung „Reiten als Gesundheitssport“ verwendet, da das Konzept, auf das sich die Arbeit bezieht, ebenfalls diesen Titel trägt.

Reiten als Gesundheitssport bzw. Gesundheitssport mit dem Pferd umfasst also, ausgerichtet an den sechs Kernzielen von Gesundheitssport im Sinne einer ganzheitlichen Förderung von Gesundheit sowohl Sequenzen auf dem Pferd, als auch andere gesundheits-sportliche Aktivitäten wie Funktionsgymnastik zum Auf- und Abwärmen vor und nach dem Reiten, Ausdauer- und Entspannungstraining und auch Wissensvermittlung (genauerer siehe Kap. 2.4). Bei den Einheiten auf dem Pferd kann es sich um Reiten im engeren Sinne mit einer selbständigen Kontrolle des Pferdes durch den/die Reiter/in handeln, die Pferde können aber auch von Helfern/innen geführt oder longiert werden, bzw. könnte auch Bodenarbeit eingesetzt werden. Der wissenschaftliche Nachweis der tatsächlichen Effektivität gesundheitssportlicher Reitprogramme bzw. von Programmen mit Pferden steht allerdings noch aus.

Reiten als Gesundheitssport ist insofern vom Therapeutischen Reiten abzugrenzen, als es sich dabei um eine Maßnahme der Gesundheitsförderung und Prävention handelt und

nicht um eine therapeutische Intervention. Ausbilder im Reiten als Gesundheitssport müssen keine einschlägigen Grundberufe erlernt haben, es genügen reiterliche Qualifikationen auf mindestens der ersten Lizenzstufe, die durch den Übungsleiter Prävention nach DOSB-Richtlinien auf der zweiten Lizenzstufe ergänzt werden (vgl. Heipertz-Hengst, 2006). Zur Zielgruppe im Reiten als Gesundheitssport siehe Kap. 2.4.6.

2.4 Reiten als Gesundheitssport und das Modell der sechs Kernziele von Gesundheitssport

Nachdem das Konzept der sechs Kernziele von Gesundheitssport vorgestellt, die Zielgruppe der Teilnehmer an gesundheitssportlichen Angeboten definiert und die Kriterien einer Qualitätssicherung und Evaluierung von Gesundheitssportmaßnahmen erläutert wurden, stellen sich folgende Fragen:

Kann auch Reiten als gesundheitssportliche Aktivität betrieben werden? Können die Qualitätsanforderungen gesundheitssportlicher Maßnahmen im Reiten erfüllt werden?

In Österreich konnten bisher keine qualitätsgesicherten Angebote für Reiten als Gesundheitssport gefunden werden, auch eine entsprechende Zusatzqualifikation für Reitausbilder existiert bislang nicht. In Deutschland wurden 1997/98 erste Pilotlehrgänge für eine neue Ergänzungsqualifikation, aufbauend auf der ersten Trainerstufe (Reiten; FN) und der zweiten Lizenzstufe (Übungsleiter/in Prävention; DOSB), für den Bereich Reiten als Gesundheitssport durchgeführt (vgl. Heipertz-Hengst, 2006; Deutsche Reiterliche Vereinigung, 2008). Seither gibt es ca. 400 geprüfte Ausbilder im Reiten als Gesundheitssport in allen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland, sowie einige wenige auch in Österreich (Deutsche Reiterliche Vereinigung, 2008).

Auf der Grundlage des oben beschriebenen Konzepts von Gesundheitssport und des Konzepts der FN zum Reiten als Gesundheitssport sowie von Literatur zum Therapeutischen Reiten soll geprüft werden, inwieweit Reiten sich tatsächlich als Gesundheitssport eignen könnte. Möglichkeiten und Grenzen dieser sportlichen Betätigung im Hinblick auf ihre gesundheitsförderliche Eignung werden aufgezeigt.

2.4.1 Reiten und Kernziel 1: Stärkung physischer Ressourcen

Da das Forschungsfeld „Reiten“, mit Ausnahme des Therapeutischen Reitens und dabei besonders der Hippotherapie, allgemein noch wenig wissenschaftlich fundiert erschlossen ist, sind evidenzgeprüfte Aussagen zu den einzelnen motorischen Grundeigenschaften nur bedingt möglich. Es können daher oft nur Vermutungen darüber angestellt werden, inwieweit Ausdauer, Kraft und koordinative Fähigkeiten, bzw. auch die Entspannungsfähigkeit durch Reiten alleine trainierbar sind bzw. ist. Als Grund für die äußerst dürftige

Forschungslage werden mangelnde finanzielle Mittel und technische Schwierigkeiten angeführt. Immerhin 67% der Befragten der österreichischen Studie „Sozialfaktor Pferd“ gehen von einer wissenschaftlichen Absicherung der Wirkungen von Reiten generell aus (Peiskammer & Josef, 2008). Das Bild, welches der wissenschaftliche Status von Reiten im weitesten Sinne in der Öffentlichkeit hat, entspricht also leider nicht dem tatsächlichen Stand der Forschung (vgl. auch Schulz, 2005). Genaueres zu den wissenschaftlichen Erkenntnissen folgt im Zusammenhang mit den einzelnen physischen Ressourcen.

Ausdauer

Die Forderung nach einem vorwiegend allgemeinen, aeroben, dynamischen Ausdauertraining über einen längeren Zeitraum von 10 bis 90 Minuten (LZA I und II), lässt sich im Reiten kaum erfüllen. Dies ist auf mehrere Ursachen zurückzuführen. In Bezug auf die Masse an Muskulatur, die an der Ausdauerleistung beteiligt sein sollte, um von einer allgemeinen Ausdauer sprechen zu können, nämlich mindestens ein Siebtel bis ein Sechstel der gesamten Skelettmuskulatur (Weineck, 2002), kann vermutlich nur beim Leichtreiten⁶ oder im leichten Sitz⁷ von einer allgemeinen Ausdauer gesprochen werden. Bei diesen beiden Sitzformen sind jeweils die Beine, bzw. ist die Beinmuskulatur beider Beine, die zusammen etwa ein Drittel der Skelettmuskulatur ausmacht (ebda.), maßgeblich an der Bewegungs- bzw. Haltearbeit beteiligt. Forschungsergebnisse liegen hierzu bisher nicht vor. Beim Aussitzen⁸ passt die reitende Person mit Hilfe der Gesäß- und Rumpfmuskulatur ihr Becken den Bewegungen des Pferderückens an (vgl. von Dietze, 2003; Meyners, 2005). Beim korrekten, geschmeidigen und ausbalancierten Grundsitz mit angemessener Muskelspannung sollten die Beinadduktoren nur wenig Haltearbeit leisten (Schusdziarra, 1986). Es ist jedoch fraglich, welche Masse an Muskulatur bei diesem Vorgang tatsächlich

6 Beim Leichtreiten (österr.) oder Leichttraben (deutsch) erhebt sich der/die Reiter/in während des Vorschwingens eines diagonalen Beinpaars des Pferdes in der Trabfußfolge mit dem Gesäß aus dem Sattel und setzt sich beim Vorschwingen des anderen diagonalen Beinpaars geschmeidig wieder hin. So kann die reitende Person sich leichter an die vertikalen Bewegungen des Pferderückens während der Schwebephase anpassen (vgl. Deutsche Reiterliche Vereinigung e.V., 1994).

7 Im leichten Sitz wird das Gewicht der Person vom Gesäß weg und auf die Fußballen, bzw. Knie und Oberschenkel am Sattel verlagert. Der/die Reiter/in steht also in den Bügeln. Dabei wird der Rumpf durch Beugen in den Hüftgelenken nach vorne verlagert. Dadurch können größere Bewegungen des Pferderückens über die gebeugten Gelenke der Beine besser abgefedert werden, als es über die Gelenke der aufrechten Wirbelsäule möglich wäre (vgl. ebda; von Dietze, 2003).

8 Beim Aussitzen, bzw. im so genannten Grund- oder Dressursitz bleibt der/die Reiter/in bei jedem Trabtritt mit dem Gesäß im Sattel sitzen und schwingt aus dem Becken und unteren Rücken heraus in der Pferdebewegung mit (vgl. ebda.)

und mit welcher Intensität beteiligt ist. Zum anderen stellt sich das Problem der dynamischen Arbeitsweise. So kommt es beim Aussitzen zu nicht nennenswerten Veränderungen der Gelenkwinkel der Beine und der Hüfte, weshalb hier nicht von Bewegungen mit einer größeren Bewegungsamplitude wie etwa beim Laufen ausgegangen werden kann. Auch im leichten Sitz verändern sich Fuß-, Knie- und Hüftgelenkwinkel nicht wesentlich, daher ist es fraglich, ob hier von einer dynamischen Arbeitsweise ausgegangen werden kann, oder ob nicht vielmehr eine Art Mischform zwischen statischer und dynamischer Muskelarbeit vorliegt. Sinn und Zweck der minimalen Gelenkbewegungen im Aussitzen ist das Eingehen in die Pferdebewegung, um ein sicheres dynamisches Gleichgewicht zu gewährleisten und das Pferd in seiner Beweglichkeit möglichst wenig zu beeinträchtigen. Lediglich beim Leichtreiten kommt es zu Bewegungen mit größerer Bewegungsamplitude durch das Aufstehen und Niedersetzen bei jedem zweiten Trabtritt des Pferdes.

Über die Arbeitsweise der Muskulatur hinsichtlich der Energiebereitstellung liegen m. W. keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor. Heipertz-Hengst (2003) spricht zwar von einer vorwiegend aeroben Langzeitbelastung, belegt diese Behauptung jedoch nicht näher mit wissenschaftlichen Untersuchungen. Ein Training der allgemeinen dynamischen und vermutlich eher aeroben Ausdauer lässt sich daher wahrscheinlich am ehesten im Leichttraben realisieren. Als eher vager Hinweis darauf können die von Heipertz-Hengst (2003) ermittelten Herzfrequenzwerte für das Leichttraben herangezogen werden (s. Tab 1).

Tab. 1 Durchschnittswerte für die Herzfrequenz bei Reitern/innen

Belastungsart	Herzfrequenz Schläge/Minute
Ruhe	40-70
Vorstart	70-100
Schritt	80-110
Leichttraben	120-140
Trab – aussitzend	150-170
Galopp – aussitzend	160-180
Galopp – leichter Sitz	160-190
Springen	160-200<

(Quelle: Heipertz-Hengst, 2003, S. 125)

Beim Laufen entspricht der Herzfrequenzbereich zwischen 105 und 150 Schlägen pro Minute einem aeroben Grundlagentraining (vgl. Neumann & Hottenrott, 2002). Entsprechende Laktatuntersuchungen beispielsweise für das Reiten stehen noch aus.

Heipertz-Hengst (2003) gibt in dem von ihr herausgegebenen Handbuch für die Ausbildung im Reiten als Gesundheitssport bezüglich der Ausdauerleistungsfähigkeit in verschiedenen Gangarten des Pferdes und bei unterschiedlichen Sitztechniken der reitenden Person durchschnittliche Herzfrequenzwerte an (s. Tab. 1, S. 69).

Diese Werte sollen einen groben Überblick über die Beanspruchung des Herz-Kreislauf-Systems während des Reitens geben. Die angegebenen Werte hängen zum einen von der jeweiligen Gangart des Pferdes, zum anderen aber auch von der gewählten Sitzform des Reiters/der Reiterin ab. Und schließlich spielt auch die emotionale Verfassung der Reiter/innen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Angst und Stress können im Umgang mit Pferden und erst recht, wenn der Mensch auf dem Rücken dieser Tiere sitzt und ihnen quasi ausgeliefert ist, durchaus auftreten. Gerade Anfänger/innen sind oft nicht in der Lage die Reaktionen des Tieres entsprechend zu interpretieren oder seine Bewegungen richtig abzuschätzen, bzw. sie befürchten Kontrollverluste oder einen Sturz vom Pferderücken u. ä. Aber auch Fortgeschrittene können Angst- und Stresszustände erleben z. B. durch bereits erlebte und erinnerte Gefahren, wie Stürze, Kontrollverluste über das Tier oder Überforderung (vgl. Willrich, 2004; Rash, 1998). All diese Gefühle finden ihren körperlichen Ausdruck u. a. auch in einer Veränderung, bzw. Steigerung der Herzfrequenz und des Blutdrucks (vgl. Tack, 1998; Rash, 1998; Hackfort, 2003; Klein, 2001). Daher müssen diese Faktoren bei einer Belastungssteuerung, die auf der Herzfrequenz basiert, unbedingt berücksichtigt werden.

Zudem ist die Höhe der Herzfrequenzwerte für ein aerobes Ausdauertraining individuell sehr unterschiedlich und liegt zwischen 105 und 150 Schlägen pro Minute (vgl. Neumann & Hottenrott, 2002). Für eine Großzahl der Reiter/innen wird es somit für ein effektives aerobes Ausdauertraining nicht ausreichend sein, nur im Schritt zu reiten. Da die Wahl der Gangart jedoch von sehr vielen Faktoren, wie der Leistungsfähigkeit und aktuellen Belastbarkeit des Pferdes sowie äußeren Umständen (Untergrund, Raum, andere Pferde etc.) abhängt, erscheint es praktisch schwer umsetzbar, nach Pulsvorgabe für den/die Reiter/in über eine bestimmte zeitliche Dauer beispielsweise leichtzutrabem. Dennoch, bei sehr niedrigem Ausgangsniveau der aeroben Ausdauerleistungsfähigkeit könnten auch durch Reiten in rascheren Gangarten bei geeigneter Sitzform über mind. 10 Minuten, bzw. in Form eines intermittierenden Trainings (häufige Wechsel zwischen kürzeren Belastungs- und Erholungsphasen; vgl. Knoll et al., 2006), Verbesserungen der Herz-Kreislauf-Funktionen erzielt werden. Die Berücksichtigung der Belastbarkeit des Pferdes

darf dabei allerdings nicht vergessen werden! Außerdem ist ein sicherer Sitz des Reiters/der Reiterin dabei Voraussetzung, weshalb diese Form des Ausdauertrainings für Neueinsteiger nicht durchführbar ist.

Der leichte Sitz in verschiedenen Ausprägungsgraden, besonders in Form des Entlastungssitzes⁹ bei aufgestützten Händen eignet sich aufgrund seiner auch für Anfänger relativ einfachen Durchführbarkeit recht gut für längeres Traben. Allerdings stellt er eine eher intensive lokale Belastung der Rückenstrecker und der Kniestrecker bzw. der Wadenmuskulatur dar. Diese Muskeln müssen bei deutlicher Beugung der Hüft-, Knie- und Fußgelenke die durch die Schwebephase im Trab entstehende deutliche Auf- und Abwärtsbewegung abfedern (vgl. Krämer & Schumacher, 2002).

In diesem Zusammenhang wäre auch zu berücksichtigen, dass noch weniger gut ausgeprägte technische Fertigkeiten einen höheren Energieaufwand erfordern, als dies bei guter Technikbeherrschung der Fall ist (vgl. Weineck, 2002). Das bedeutet, dass z. B. Leichttraben, als relativ anspruchsvolle Technik (vgl. von Dietze, 2003), für Personen, die gerade erst mit dem Reiten begonnen haben, eine größere Beanspruchung darstellen könnte, als für Personen, die das Leichtreiten bereits sicher beherrschen. Bei besser Trainierten und fortgeschrittenen Reitern/innen wird ein ausschließlich reiterliches Training der aeroben Ausdauer daher nicht ausreichend sein und durch gezieltes Alternativtraining ergänzt werden müssen, um gesundheitsrelevante Beanspruchungen herbeizuführen (vgl. Kap. 1.2.1).

Neben diversen Ausdauersportarten wie Radfahren, Schwimmen, Wandern, Walken, Nordic Walken, Inline Skating, bietet sich hier auch das Gehen oder Laufen mit dem geführten Pferd an (vgl. Heipertz-Hengst, 2002 und 2003). Allerdings ist es praktisch nicht immer möglich, dies exakt nach Herzfrequenzvorgabe zu gestalten, da das Pferd unter Umständen das geforderte Tempo nicht einhalten kann oder will, weil es seinem eigenen individuellen Grundtempo nicht entspricht. Ein Ausdauertraining mit Pferd zu Fuß lässt

9 Auf eine genauere Erörterung der Begriffsproblematik im Zusammenhang mit dem so genannten „Leichten Sitz“ bzw. „Entlastungssitz“ kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden. Erwähnenswert erscheint jedoch, dass die Bezeichnung „Entlasten“ aus der Sicht des Pferdes irreführend ist. Der/die Reiter/in wird durch das Erheben des Gesäßes aus dem Sattel und damit der Umverteilung der Last vom Gesäß auf Steigbügel, Knie und Oberschenkel, um kein Gramm leichter (vgl. Krämer & Schumacher, 2002). Auch eine Gewichtsverlagerung nach vorne erscheint, bei korrekt angebrachtem Steigbügel am Sattel, fraglich. Der eigentliche Nutzen des Leichten Sitzes ergibt sich aus der Anpassungsfähigkeit an vor allem vertikale Bewegungsimpulse: Über die Zickzackfaltung der Beingelenke (Hüfte, Knie, Fußgelenk) kann die Person bei schräg eingestelltem Becken vertikale Stöße des Pferderückens leichter und sanfter abfedern, als über die Gelenke der Wirbelsäule bei senkrechter Beckenhaltung.

sich daher am besten in Form eines Fahrtspiels¹⁰ oder eines intermittierenden Trainings (s. Kap. 1.2.1 unter Ausdauer) umsetzen. Genaue Erkenntnisse zur Wirkung eines solchen „tierbegleiteten“ Ausdauertrainings stehen allerdings noch aus. Auch Formen der Bodenarbeit (s. Kap. 2.1.2) könnten bei gänzlich Untrainierten gewisse positive Effekte auf die Ausdauerleistungsfähigkeit bewirken. Aber auch hier gibt es bisher keine Untersuchungen.

Kraft

Wird Kraft in folgendem Sinne verstanden als „...die Fähigkeit des Nerven-Muskel-Systems, durch Muskeltätigkeit Widerstände zu überwinden, ihnen entgegenzuwirken oder sie zu halten“ und werden dabei nur Krafteinsätze von mindestens 30% der isometrischen Maximalkraft berücksichtigt (Apolin, 2004), so stellt sich die Frage, ob und wo solcher Kraftaufwand im Reiten geleistet werden muss. Da keinerlei wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesem Thema gefunden werden konnten, sollen die folgenden Überlegungen als Anregungen zu entsprechender Forschung aufgefasst werden.

Bezüglich der Art und Intensität der auf einen/eine Reiter/in wirkenden Kraftreize, konnten keine Daten gefunden werden. Es wird jedoch angenommen, dass die Reizintensitäten eher niedrig sind und damit allenfalls im Bereich eines Kraftausdauertrainings liegen (vgl. Heipertz-Hengst & Heipertz, 2003; Chmiel, 1992). Infolge der ständig sich verändernden Gleichgewichtssituation, muss besonders im Rumpfbereich permanente Stabilisierungsarbeit geleistet werden. Dies wird von drei Autorinnen als „Rumpftraining“ oder „Training der Rumpfmuskulatur“ (Tauffkirchen, 1996; Strauss, 2008) bezeichnet, bzw. „Kräftigung der Rückenmuskulatur“ (Weber, 1996). Strauss (2008, S. 6) formuliert hierzu jedoch sehr treffend: „Einsatz von Kraft ist nur erforderlich, um rasch wieder Balance und Gleichgewicht zu finden und zu erhalten“. Die teilweise auch kraftbezogenen Wirkungen des Reitens liegen also eher in neuromotorischen und neurophysiologischen Bereichen. Sie werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit daher dem koordinativen Training zugeordnet.

Einzig beim Aufsteigen auf das Pferd benötigt der/die Reiter/in intensivere Krafftigkeiten, um das gesamte eigene Körpergewicht mit Hilfe des Fußes im Steigbügel und den Händen am Sattel, so hoch anzuheben, dass das andere Bein über den Pferderücken geschwungen werden kann. Hier stellt die Kraft jedoch mehr eine Voraussetzung zur erfolgreichen Bewältigung der Bewegungsaufgabe, als umgekehrt, das Aufsteigen eine

10 Bei der Fahrtspielmethode, die auch eine Dauermethode ist, wird die Intensität der Ausdauerbelastung nach dem subjektiven Empfinden oder auch durch Geländegegebenheiten variiert. Es kann jedoch sinnvoll sein, eine Obergrenze durch die Pulsuhr festzulegen, um zu hohe Belastungen zu vermeiden (Neumann & Hottenrott, 2002).

Trainingsmöglichkeit für Krafftfähigkeiten dar. Schon um die Wirbelsäule des Pferdes zu schonen, die beim Aufsteigen gerade von weniger Geübten, großen seitlichen Belastungen ausgesetzt ist (Tschaikowski, 2003; Spycher, 2003), wird das Aufsteigen mit Aufstiegshilfe (Leiterchen, Treppe, Schemel usw.) zunehmend häufiger praktiziert (vgl. Krämer & Schumacher, 2002; Pael, 2005). Ein Trainieren des Aufsteigens für die Verbesserung der Krafftfähigkeiten von Reitern/innen, kann daher, im Interesse des Pferdes, nur an einem Holzpferd durchgeführt werden.

Inwieweit die durch Reiten gesetzten geringen Kraftreize auf die Muskulatur die Insulinsensitivität der Zellen verbessern, bzw. dem metabolischen Syndrom vorbeugen können, müsste ebenfalls genauer untersucht werden.

Eine gesundheitsrelevante Beanspruchung der Krafftfähigkeiten zur Beeinflussung der Muskelmasse, Knochendichte oder der Krafftfähigkeiten hinsichtlich der Erhaltung der alltäglichen Funktionsfähigkeit des alternden Menschen scheint das Reiten selbst nicht zu gewährleisten. Für eine Verbesserung der Körperhaltung erscheinen die beim Reiten gegebenen Kraftreize allerdings sehr gut geeignet (vgl. Strauss, 2008; Heipertz-Hengst, 2003; Künzle, 2000) (Genaueres hierzu siehe unter Koordination). Daher sollte ergänzendes Kraftausdauertraining im Reiten als Gesundheitssport berücksichtigt werden.

Beweglichkeit

Die Beweglichkeit spielt beim Reiten eine ganz entscheidende Rolle. Zwar beinhaltet Reiten keine Bewegungen mit großem Bewegungsumfang, wie z. B. Tennisspielen, Laufen oder Schwimmen. Lediglich beim Vorgang des Aufsteigens auf den Pferderücken, sind Bewegungen mit größerem Bewegungsaus Schlag erforderlich (vgl. von Dietze, 2003). Dennoch ist die Beweglichkeit in praktisch allen Gelenken des Körpers wichtig, damit sich die Reitenden den Bewegungen des Pferdes geschmeidig anpassen können. Besondere Geschmeidigkeit von Gelenken und Muskeln ist jedoch im Bereich der Beine und des Beckens bzw. des unteren Rückens erforderlich. Hier werden durchwegs so genannte mittlere Gelenksstellungen benötigt, damit die Bewegungen des jeweiligen Körperabschnitts in jede anatomisch mögliche Richtung erfolgen können (vgl. ebda.). Von Dietze (2003) bezeichnet dies als „Bewegungsspiel um die Mittelstellung“ (S. 25). Nur aus dieser „Nullstellung“ der Gelenke kann der/die Reiter/in in der Pferdebewegung „mitschwingen“.

Eine gewisse Dehnfähigkeit besonders der Beinklemmermuskeln (Mm. Adductores), der Hüftbeuger (M. iliopsoas) und der Wade (M. gastrocnemius und M. soleus) ist erforderlich, um mit senkrecht gestelltem Becken im Spreitzsitz bei waagrechter Fußhaltung entspannt sitzen zu können (vgl. Schusdzarra, 1986). In der Hippotherapie wird der Spreitzsitz auf dem Pferd zusammen mit der Wärmewirkung des möglichst blanken Pferdeleibs, also bei

ungesatteltem Pferd, genutzt, um Spasmen der Adduktoren zu lindern (vgl. Ölsböck, 1996; Tauffkirchen, 1996; Weber, 1996; Strauss, 2008). Das Ziel dabei ist, einen befundgerechten Sitz zu erreichen, d. h., den krankheits- oder behinderungsbedingt bestmöglichen Zustand (vgl. Strauss, 2008). Für den dressurgerechten Sitz (Grundsitz), also ein gewisses Ideal des funktionsgerechten Sitzes auf dem Pferd für eine feine und differenzierte Einwirkung über Gewicht- und Schenkelhilfen, ist eine ausreichende Dehnbarkeit bereits Voraussetzung (vgl. Weber, 1996). Im Rahmen gesundheitssportlicher Aktivitäten kann Verkürzungen aufgrund eines erhöhten Muskeltonus der genannten Muskeln auch durch zusätzliches Dehnen begegnet werden (vgl. Thienes, 2000; Wydra, 2006), um eine normale Beweglichkeit in den Hüftgelenken wieder herzustellen. Reiten im Spreizsitz allein, reicht dafür wahrscheinlich nicht aus. Entsprechende Befunde liegen jedoch leider (noch) nicht vor.

Beweglichkeit der Gelenke in Nullstellungen und eine gewisse Dehnbarkeit, wenn auch nicht unbedingt über den vollen möglichen Bewegungsumfang, bzw. ein rhythmisches An- und Entspannen der Muskulatur im Takt der Pferdebewegungen, werden in der Fachsprache als „Losgelassenheit“ bezeichnet (vgl. von Dietze, 2003; Meyners, 2003). Losgelassenheit unterstützt die Stoffwechselprozesse innerhalb der Gelenkstrukturen durch Anregung der Produktion von Gelenksflüssigkeit (vgl. Thienes, 2000). Daher ist Reiten auch für Menschen mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und arthrotischen Gelenksveränderungen gut geeignet (Heipertz-Hengst, 2006; Künzle, 2000).

Zusammenfassend lässt sich also feststellen: Reiten kann bezüglich der Beweglichkeit sehr gut zu gesundheitssportlichen Zwecken herangezogen werden, da es eine aufrechte, losgelassene, d.h. angemessen lockere (bezüglich der Gelenke) und elastisch gespannte (in Bezug auf die Muskulatur) Körperhaltung zugleich fördert (vgl. von Dietze, 2003; Heipertz-Hengst & Heipertz, 2003; Tauffkirchen, 1996). Im Falle eingeschränkter Beweglichkeit durch muskuläre Verkürzungen muss es durch entsprechendes Dehnen und gezielte Mobilisierung (siehe Kap. 1.2.1 unter Beweglichkeit) ergänzt werden.

Koordination

Eine sehr gute Wirksamkeit auf die Gesundheit kann Reiten im Bereich der Koordination zugesprochen werden (Heipertz-Hengst, 2003). Im Vordergrund stehen hier jene koordinativen Fähigkeiten, die auch mit der Körperhaltung unter statischen und dynamischen Bedingungen in Zusammenhang gebracht werden, wie Gleichgewichtsfähigkeiten, kinästhetische Fähigkeiten, bzw. muskuläre Differenzierungsfähigkeit, Reaktionsfähigkeit, Rhythmisierungsfähigkeit (vgl. Meyners, 2003). Hinweise darauf finden sich in vielfältiger Weise und großem Umfang in der Literatur zur Hippotherapie (z. B. Strauss, 2008; Tauff-

kirchen, 1996; Riesser, 1996; Künzle, 2000). Kräfte, die dabei auf den Körper wirken sind u. a. folgende:

- Beschleunigungskräfte, die in horizontaler und vertikaler Richtung auftreten und eng mit der jeweils gangarttypischen Bewegungsstruktur des Pferdes verbunden sind. Z. B. wirken diese Kräfte durch Veränderungen des Gangtempos des Pferdes, aber auch in einzelnen Phasen der jeweiligen Gangart selbst mit ihrem jeweils charakteristischen Takt (vgl. Strauss, 2008; Heipertz-Hengst, 2003; Ölsböck, 1996).
- Zentrifugalkräfte wirken z. B. in Wendungen (Strauss, 2008; Ölsböck, 1996).
- Rotationskräfte bzw. Torsionskräfte (Riesser, 1996) resultieren z. B. aus der Vorwärtsbewegung des Pferdes im Schritt, mit ihrer seitlichen Kippbewegung des Pferderückens entsprechend der Stand- und Spielbeinphase des jeweiligen Hinterbeins. Dadurch kommt es zu Torsionen des Rumpfes im Bereich der Lendenwirbelsäule um die Körperlängsachse oder auch innen- und außenrotatorische Bewegungen in den Hüftgelenken (ebda.).
- Bremskräfte ergeben sich z. B. durch Anhalten, aber ebenfalls wie die Beschleunigungskräfte auch aus der Bewegungsstruktur der einzelnen Gangphasen in der jeweiligen Gangart des Pferdes (vgl. Heipertz-Hengst, 2003).
- Dreidimensionale Schwingungsimpulse wirken auf die reitende Person in jeder Gangart, mit spezifischer Betonung der jeweiligen Wirkrichtung (vgl. Rommel, Peterson & Rommel, 1996). D. h., dass z. B. im Schritt die Vertikalkomponente der Bewegung des Pferderückens aufgrund des permanenten Bodenkontaktes von mindestens zwei Hufen eher gering ist. Durch die Schrittbewegungen des Pferdes werden ca. 110 Schwingungsimpulse pro Minute auf die reitende Person übertragen (vgl. Strauss, 2008; Riesser, 1996). Im Trab und Galopp erhöht sich die vertikale Impulswirkung infolge der dabei auftretenden Schwebephase deutlich (vgl. Krämer & Schumacher, 2002). Ebenso wirken sich individuelle Bewegungseigenheiten der Pferde auf die Intensität einzelner Bewegungskomponenten aus. So wirft beispielsweise ein Pferd mit kraftvollem Abdruck vom Boden und langen Tritten im Trab den/die Reiter/in mehr, als eines mit eher flachen, kurzen Trabritten. Bei der Auswahl des Pferdes sollten auch diese Aspekte berücksichtigt werden (vgl. u. a. von Dietze, 2003; Strauss, 2008; Klüwer, 2005).
- Und selbstverständlich auch die Schwerkraft (Heipertz-Hengst, 2003).

Vor dem Hintergrund epidemieartig sich ausbreitender Rückenschmerzen ungeklärter Ursache innerhalb der Bevölkerung (vgl. Bittmann & Badtke, 2006; Pflingsten, 2005; Lüh-

mann, 2005; Hildebrandt, 2005), macht ein fokussiertes Eingehen auf die Problematik der Haltung in unmittelbarem körperlichem und in übertragenem Sinn der „inneren“ Haltung, innerhalb des Reitens als Gesundheitssport durchaus Sinn (vgl. Künzle, 2000; Baum, 2005c; Albrecht, 2003). Zum einen begünstigt die Stellung des Beckens durch den gespreizten Sitz auf dem Pferd eine aktive Aufrichtung der Wirbelsäule (vgl. Künzle, 2000; Heipertz-Hengst, 2003; Strauss, 2008). Dabei spielt die schräg abwärtsfallende Position der Oberschenkel eine entscheidende Rolle für die Vertikalisierung des Beckens, wenn man das Sitzen im Grundsitz auf dem Pferd mit dem Sitzen auf einem Stuhl vergleicht (Künzle, 2000). Zum anderen wirken durch die rhythmische dynamische Bewegung des Pferderückens permanente destabilisierende Reize auf den Körper der reitenden Person, die diese aktiv bzw. reaktiv auszugleichen versucht, um ihre aufrechte Haltung zu bewahren und nicht durchgeschüttelt zu werden. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke und der Lendenwirbelsäule wird dabei gefördert, stellt gleichzeitig aber auch eine Voraussetzung für ein geschmeidiges Mitgehen mit der Pferdebewegung dar (u. a. Tauffkirchen, 1996).

In der Hippotherapie wird die Bezeichnung „reaktiver Sitz“ gewählt zur Abgrenzung gegenüber den Begriffen „passiver“, bzw. „aktiver Sitz“. Der passive Sitz wird vor allem in reitfachlichem Zusammenhang mit eher negativer Konnotation verwendet und bedeutet, dass die reitende Person sich lediglich vom Pferd tragen lässt, ohne „aktiv“, auf dieses einzuwirken. Damit im Zusammenhang der Hippotherapie nicht der Anschein entsteht, es würde beim Sitzen auf dem Pferd „nichts getan“, also auch keine therapeutischen Wirkungen erzielt, wurde für die Hippotherapie der Begriff des „reaktiven Sitzes“ geprägt (vgl. Weber, 1996). Diese Bezeichnung zielt auf die aktiven Bemühungen der Patienten/innen ab, sich den Bewegungen des Pferdes anzupassen und eine aufrechte Haltung zu erarbeiten. Der aktive Sitz ist dagegen gekennzeichnet durch die gezielte Einwirkung des Reiters/der Reiterin auf das Pferd, um es in seiner Haltung und Bewegung mittels der reiterlichen Hilfen zu beeinflussen (u. a. Strauss, 2008).

Im Zusammenhang mit dem (breiten-) sportlichen Reiten wird von Diacont (2007) zwischen „Wahrnehmungssitz“ und „Aktionssitz“ unterschieden. Im Wahrnehmungssitz konzentriert sich der/die Reiter/in auf die Bewegungen und alle sonstigen Äußerungen des Pferdes, aber auch auf seinen eigenen Körper in dieser Bewegung. Er/sie versucht, sich mit möglichst minimalem Kraftaufwand in der dynamischen Gleichgewichtssituation auszubalancieren und so exakt wie möglich, dem Rhythmus seines/ihres Pferdes anzupassen, um den passenden Moment zu erspüren, in dem er/sie, in der richtigen Dosierung, seine/ihre Hilfen setzen kann, also um dem Pferd Anweisungen zu erteilen. In diesem Moment des aktiven Einwirkens auf das Tier, erhöht sich zumindest lokal die Muskelspannung (z. B. im

Beinbeuger bei einer Schenkelhilfe), wodurch der Wahrnehmungssitz zum Aktionssitz wird (ebda).

Für das Reiten als Gesundheitssport erscheint der Wahrnehmungssitz als der am besten geeignete, da er zum einen darauf abzielt sich selbst in der Bewegung des Pferdes differenziert wahrzunehmen, zum anderen, weil hierbei zumindest versucht wird, ein Optimum an Körperspannung, Balance und Anpassung an den Bewegungsrhythmus zu erreichen, um situationsgerecht agieren zu können (ebda.). Die Bezeichnung Wahrnehmungs- oder Aktionssitz bezieht sich also nur auf den Grad der Einflussnahme auf das Pferd, nicht auf eine technische Ausführungsform. Die wahrnehmende Position lässt sich daher sowohl im Grundsitz, als auch in allen anderen Sitzformen (Leichter Sitz, Leichtreiten) realisieren. Da der Wahrnehmungssitz die beste Voraussetzung für den Einsatz von reiterlichen Hilfen darstellt, können reitende Gesundheitssportler/innen jederzeit problemlos in breiten- sowie auch leistungssportlich ausgerichtete Angebote wechseln.

Im Grunde entspricht der Wahrnehmungssitz dem reaktiven Sitz der Hippotherapie. In Nicht-therapeutischem Zusammenhang sollte dennoch besser von Wahrnehmungssitz gesprochen werden, um keine Unklarheiten bezüglich der Kompetenzen von Ausbildern im Reiten als Gesundheitssport gegenüber den Hippotherapeuten zu provozieren.

Die Anreize, die die dynamische Gleichgewichtssituation und die rhythmischen Pferdebewegungen zur Haltungsschulung bieten, sind durch keine andere Bewegungssituation zu ersetzen (u. a. Riesser, 1996; Hoeck, 1981, nach Weber, 1996). Dysbalancen, Schiefheiten, Verspannungen und Verkürzungen werden auf dem sich bewegenden Pferd oft deutlicher wahrgenommen oder auch an den Bewegungen des Pferdes sichtbar. Dadurch wird der bewusste „Zugriff“ auf diese Körperzonen ermöglicht (vgl. Brandenberger, 2003). Manche dieser Haltungsprobleme können jedoch nur durch entsprechende gymnastische Übungen, ergänzend zum Reiten, verringert oder behoben werden (vgl. Meyners, 2003 und 2005).

Im Zusammenhang mit der Körperhaltung handelt es sich also um ein eher engeres, physiologisches Verständnis von Koordination. Dabei spielt vor allem die neuromuskuläre Koordination auf intra- und intermuskulärer Ebene eine entscheidende Rolle (vgl. Pfeifer, 2006; s. auch Kap. 1.2.1). Aber auch unter einer weiteren Auffassung von Koordination bietet das Reiten oder Reiten als Gesundheitssport eine Vielzahl an Übungsmöglichkeiten. Auf Rhythmus- und Gleichgewichtsfähigkeit wurde bereits ausführlicher eingegangen (s. oben). Sie spielen beim Reiten allgemein eine hervorragende Rolle (vgl. u. a. Deutsche Reiterliche Vereinigung, 1994; Krämer & Schumacher, 2002; Meyners, 2003; von Dietze, 2003).

Aber auch Fähigkeiten wie z. B. die Orientierung im Raum, die muskuläre, bzw. kinästhetische Differenzierungsfähigkeit, Antizipations-, Reaktions-, Umstellungs- oder Kopplungsfähigkeit¹¹, um nur einige zu nennen, können beim Reiten optimal gefördert werden (vgl. Heipertz-Hengst, 2003 und 2006). Die Gelegenheiten zur Schulung dieser Fähigkeiten sind jedoch so vielfältig, dass nur einige beispielhaft hier beschrieben werden können. Meyners (2003) beschreibt die Fähigkeit zur Orientierung im Raum wie folgt:

„Räumliche Orientierungsfähigkeit meint die Fähigkeit, den Körper im Verhältnis zur Umwelt und Zeit richtig einzuschätzen und die eigenen Bewegungen bezüglich eines definierten Raumes [...] oder Objektes [...] richtig abzustimmen“ (Meyners, 2003).

Die räumliche Orientierungsfähigkeit ist daher bei der Bodenarbeit, und hier besonders bei der Freiarbeit, bei der das Pferd in einem meist runden, eingezäunten Bereich frei läuft und der Mensch versucht, sich mit ihm durch körpersprachliche Signale, die auf der Kommunikationsweise der Pferde untereinander aufbauen, zu verständigen. Ziel ist dabei meist, dass der Mensch sich dem Pferd als in dessen Augen kompetente Führungspersönlichkeit darstellt und das Tier dann auf möglichst feine Signale hin, in allen Gangarten, Tempi und Richtungen von sich weg und auf sich zu dirigieren kann (vgl. u. a. Schwaiger, 2001; Mehlem, 2005). Dabei ist die Fähigkeit, seine eigenen körperlichen Aktionen exakt auf die des Tieres in Bewegung abzustimmen bzw. vorausschauend zu planen, ausschlaggebend für eine erfolgreiche Verständigung. Räumliche Aspekte hierbei bedeuten: wo stehe ich gegenüber dem Pferd im Raum, zeitliche Aspekte: wann beginne oder beende ich eine Aktion, bzw. wie lange muss ich eine Haltung oder Bewegung beibehalten, damit das Pferd mich so interpretiert, wie ich es mir wünsche.

„Muskuläre Unterscheidungsfähigkeit meint die hohe Genauigkeit und Ökonomie der Bewegung (Feinabstimmung). Dabei geht es sowohl um Teilbewegungen als auch um die Gesamtbewegung. Grundlage bildet die Unterscheidungsfähigkeit von Kraft-, Zeit- und Raumwahrnehmungen während des Bewegungsvollzugs. Außerdem werden diesem Bereich noch feinmotorische Abstimmungen wie Fuß-, Hand- und Kopfbewegungen sowie die Muskelentspannungsfähigkeit zugeordnet“ (Meyners, 2003).

Diese koordinative Fähigkeit wird besonders beim Reiten gefordert und gefördert. Sie stellt zum einen eine Voraussetzung für einen guten, ausbalancierten und losgelassenen Sitz in der Pferdebewegung dar, und kann andererseits durch gezielte Übungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, Beweglichkeit, aber auch des angemessenen Kraftesatzes bestimmter Muskeln und Muskelketten geschult werden, um diesen angestrebten Sitz zu erreichen.

11 Genaueres zu den einzelnen koordinativen Fähigkeiten siehe bei Meinel, K. & Schnabel, G., 1998.

Koordination spielt also eine wichtige Rolle im Rahmen der Sensomotorik und hat daher große Relevanz für die motorische Handlungsfähigkeit. Da dennoch bisher keine Erkenntnisse über genaue Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge vorliegen (Pfeifer, 2006), könnte ein vielfältiges koordinatives Training, wie es das Reiten zunächst im eher beobachtenden Wahrnehmungssitz, später auch im Übergang zum Breitensportlichen Reiten mit Einwirkung auf das Pferd bietet, in gesundheitlicher Hinsicht ganz gut geeignet sein, diese Handlungsfähigkeit zu erhalten und verbessern. Eine individuell angemessene Gestaltung der koordinativen Anforderungen erscheint dabei besonders wichtig, da die erlebten koordinativen Fähigkeiten das körperliche Selbstwertgefühl des Menschen wesentlich mit beeinflussen (vgl. Wagner & Alfermann, 2006).

Entspannung

Im Zusammenhang mit der Entspannungsfähigkeit ist das Reiten eine zweiseitige Angelegenheit. Zum einen kann es leicht zu Anspannungs- und Verkrampfungssituationen infolge von Überforderung, Stress und Angst kommen (vgl. u. a. Meyners, 2003; Bentley, 1999; Rash, 1992; Tack, 1992; von Dietze, 2003), zum anderen hat gerade die rhythmische Bewegung und das Getragenwerden das Potenzial außerordentlich gut zu entspannen, bzw. zur Harmonisierung des Muskeltonus und Herstellung eines inneren Zustands der Gelöstheit (Strauss, 2008; von Rüst McCormick & McCormick, 2000). Auch das Pflegen eines Pferdes, bzw. generell Tätigkeiten im Umfeld eines Pferdestalles werden von verschiedenen Therapeuten als äußerst entspannend und positiv für die Regulation psychischer Prozesse beschrieben (von Rüst McCormick & McCormick, 2000; Burgon, 2002). Blume (2003) empfiehlt z. B. das Putzen des Pferdes ohne Putzzeug, also ohne Striegel, Bürsten etc. zur Entspannungsförderung, da es ein viel sensibleres, aufmerksameres Tun erfordert, als das mechanische Säubern des Pferdefells mit Hilfe von Werkzeugen.

Ob Reiten und der Umgang mit Pferden als mit Stress, Angst und Anspannung verbunden erlebt wird oder als entspannende, anregende und erholsame Aktivität, scheint daher sehr stark von der Gestaltung der Gesamtsituation abzuhängen (vgl. Rash, 1992; Tack, 1992; von Rüst McCormick & McCormick, 2000; Schulz, 2005a). Bei dieser Gestaltung spielen viele Faktoren eine Rolle:

- Die Auswahl des für den/die jeweilige/n Reiter/in geeigneten Pferdes hinsichtlich Temperament, Rumpfform (mehr tonnig oder eher oval) und Bewegungseigenart (vgl. u. a. Pael, 2005; von Dietze, 2003; Strauss, 2008; Jenzer, 1998; Wanzek-Blaul & Conze, 1996; Krämer & Schumacher, 2002 von Rüst McCormick & McCormick, 2000). Hierbei sind die einzelnen genannten Kriterien, die an geeignete Schul- oder

Therapiepferde, bzw. an Pferde für das Reiten als Gesundheitssport gestellt werden, relativ ähnlich. Genaueres hierzu kann bei oben genannten Autoren/innen nachgelesen werden.

- Umgebungsbedingungen (ruhige, entspannte Atmosphäre, nicht zu viele Ablenkungsmöglichkeiten für Reiter/in und Pferd).
- Die Ausrüstung des Pferdes muss auf alle Fälle Sicherheit und die Kontrollierbarkeit des Pferdes garantieren (vgl. Strauss, 2008). Darüber hinaus darf sie die Gesundheit und das Wohlbefinden des Pferdes nicht beeinträchtigen. Letztlich sollte sie auch den Bedürfnissen des jeweiligen Reiters/der jeweiligen Reiterin entsprechen oder zumindest entgegenkommen. Ein unpassender Sattel, ein drückender Gurt oder eine nicht vorhandene Möglichkeiten zum Festhalten, können eine effektive Entspannung deutlich beeinträchtigen. Im Reiten als Gesundheitssport empfiehlt Heipertz-Hengst (2006) den Einsatz von Sitzdecken mit entsprechenden Gurten, an denen sich die reitende Person festhalten kann. Aus der Hippotherapie können hierzu viele Anregungen für geeignete Lösungen gewonnen werden (vgl. Strauss, 2008).
- Das Verhalten des Ausbilders/der Ausbilderin. Aufgabenstellung, Sprache und Sprechweise des Ausbilders/der Ausbilderin, müssen der Zielgruppe angepasst sein (vgl. Tiemann, 2006). Das Vertrauen in den/die Ausbilder/in, dass er/sie alles unter Kontrolle hat, ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich die Teilnehmenden entspannen können (Willrich, 2004).

Sind diese sehr allgemeinen Voraussetzungen für eine entspannte Atmosphäre gegeben, können verschiedene Entspannungstechniken auch auf dem Pferd eingesetzt werden. Strausfeld (1998) berichtet von guten Erfahrungen beim Einsatz von Progressiver Relaxation, Autogenem Training, bestimmten Formen von Yoga und Klinischer Hypnose in der Reittherapie mit suchtkranken Frauen. Für das Reiten als Gesundheitssport bieten sich die drei bewegungsbasierten Techniken Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training und Elemente aus dem Yoga an (vgl. Fessler, 2006; siehe auch Kap. 1.2.1). Ebenso können „Reisen durch den Körper“, gezielte Atemübungen oder Aufmerksamkeitslenkungen auf die Wahrnehmungen aus der unmittelbaren Umgebung über die einzelnen Sinneskanäle unter Ausschaltung des visuellen Kanals (z. B. sich Tragenlassen mit geschlossenen Augen und dabei lauschen, riechen, spüren) auf dem Schritt gehenden Pferd zu guten Entspannungsergebnissen führen (Strausfeld, 1998). Anregungen zu entspannenden Übungen und zur Anleitung von Entspannungssequenzen für Übungsleiter/innen finden sich z. B. bei Swift (1997), Wanless (1999), Bentley (1999) und Meyners (2003 und 2005). Auch wenn viele der dort angeführten Übungen nicht primär als Entspannungs-

übungen konzipiert wurden, können sie doch bei entsprechender Ausführung zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit verwendet werden.

Ergänzend, oder wenn sich die Situation zu Pferde nicht entsprechend gestalten lässt, können auch eigene Entspannungssequenzen innerhalb einer Einheit des gesundheitssportlichen Reitens ohne Pferd eingebaut werden.

2.4.2 Reiten und Kernziel 2: Prävention von Risikofaktoren

Als Maßnahme zur Verminderung bzw. Vermeidung typischer im Zusammenhang mit Bewegungsmangel stehender Risikofaktoren kann auch die Stärkung der physischen und psychischen Gesundheitsressourcen betrachtet werden. Allerdings ist bei bereits bestehenden Beeinträchtigungen die Maßnahme im Hinblick auf die jeweilige Problematik spezifischer zu gestalten, als es bei einem allgemein gesundheitsförderlichen Angebot für Gesunde notwendig ist (vgl. Brehm & Bös, 2006). D. h., im Zusammenhang mit der Vorbeugung von Risikofaktoren, handelt es sich um Interventionen aus dem Bereich der Primärprävention. Profil III (Präventive Rückenschule zu Pferde) im Reiten als Gesundheitssport nach Heipertz-Hengst (2003 und 2006) wäre hier ein Beispiel für eine solche Maßnahme mit spezifischem Schwerpunkt. Die Unbedenklichkeitserklärung eines/r mit verschiedenen Möglichkeiten des Reitens vertrauten Arztes/in wird vorausgesetzt.

Eher ungeeignet erscheint Reiten als Gesundheitssport für stark Übergewichtige aus der Verantwortung gegenüber den Pferden. Meist ist hier nicht das Gewicht der Person alleine ausschlaggebend als Gegenanzeige für das Reiten, sondern auch die durch die Körperfülle bedingte, relative Unbeweglichkeit. Für diese Personengruppe könnten jedoch eigene Einstiegsprogramme mit Bodenarbeit anstelle von Reiten konzipiert werden. So kann ihnen der Zugang zum Pferd ermöglicht werden und das in Aussicht gestellte Reiten nach einer gewissen Gewichtsreduktion könnte einen großen Anreiz für eine grundlegende Umstellung der Ernährungs- und Aktivitätsgewohnheiten darstellen. Leider konnten zu diesem Thema keinerlei Hinweise in der Literatur gefunden werden.

Im Zusammenhang mit osteoporotischen Veränderungen bzw. manifester Osteoporose kann Reiten als Gesundheitssport kontraindiziert sein, aufgrund des deutlich höheren Frakturrisikos im Falle eines Sturzes (vgl. Heipertz, 2003). Andererseits wären die eher sanften Gelenkbelastungen besonders beim Reiten in der Gangart Schritt gut geeignet zur Mobilisierung und schonendem Training besonders der Rumpfmuskulatur (vgl. Tauffkirchen, 1996; Weber, 1996; Strauss, 2008). Die Unbedenklichkeitserklärung eines/r mit verschiedenen Formen des Reitens vertrauten Arztes/Ärztin sollte auf jeden Fall vor der Teilnahme an einem entsprechenden Programm eingeholt werden. Untersuchungen zum Vergleich von Vor- und Nachteilen des Reitens als Gesundheitssport bei Osteoporose

wären hilfreich für die Befürwortung oder Ablehnung dieser Interventionsform im Zusammenhang mit der Erkrankung.

Eine sehr gute Eignung des Reitens als Gesundheitssport kann im Zusammenhang mit psychosomatischen und psychischen Einschränkungen des Wohlbefindens vermutet werden. Hinweise darauf finden sich in der umfangreichen Literatur zu reittherapeutischen Maßnahmen in psychotherapeutischen Settings (vgl. u. a. Brandenberger, 2003; Breiter, 2003; Brühwiler Senn, 2003; Strausfeld, 1998). Eine klare Abgrenzung gegenüber der psychotherapeutischen Reittherapie in Bezug auf die Kompetenzen des/der Ausbilders/in für gesundheitssportliche Angebote muss dabei jedoch unbedingt gewahrt bleiben.

Genauer zum Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden siehe Kap. 2.4.4.

Weiters bietet das Umfeld des Reitens, also die Versorgung der Pferde, Stallarbeit etc. zahlreiche Anreize zur körperlichen und psychischen Aktivierung. Obwohl die Dosis-Wirkungs-Prinzipien solcher Aktivitäten im Zusammenhang mit der Förderung der Gesundheit noch nicht ausreichend geklärt sind, wird eine Erhöhung der körperlichen Aktivität dennoch in zahlreichen Publikationen propagiert (vgl. Knoll et al., 2006). Reiten als Gesundheitssport kann in diesem Sinne zumindest zur Erhöhung des Aktivitätsgrades durch zahlreiche körperliche Aktivitäten bzw. im Sinne von Lebensstilaktivitäten beitragen (vgl. Heipertz-Hengst, 2002; Burgon, 2002).

2.4.3 Reiten und Kernziel 3: Stärkung psychosozialer Ressourcen

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel angesprochen, liegen zahlreiche sehr gute Erfahrungen in der Behandlung psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen, bzw. aus sozial- und heilpädagogischen Interventionen mit Hilfe des Pferdes vor (vgl. u. a. Voßberg, 1994, Brandenberger, 2003; Breiter, 1998; Mehlem, 2005; Groth, 2005; Ringbeck, 1994 und 1998; Gäng, 1994; Pael, 2005). Daraus lassen sich Vermutungen ableiten, dass Reiten unter gesundheitsförderlicher Perspektive ebenso gute Wirkungen auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen haben könnte.

Stimmungsmanagement

Besonders für ein erfolgreiches Stimmungsmanagement bietet Reiten als Gesundheitssport geradezu ideale Ansatzmöglichkeiten. Fasst man Stimmung als eher unterschwelliges, im Hintergrund sich abspielendes emotionales Geschehen auf, das gleichzeitig jedoch große Relevanz für Verhalten und Motivation einer Person hat (Brehm, 2006), so kann diese Gestimmtheit durch die Reaktionen des Pferdes auf den jeweiligen Menschen deutlich sichtbar gemacht werden. Pferde spiegeln besonders diejenigen Gefühle und

inneren Zustände wider, die dem Menschen oft nicht direkt bewusst und daher auch nicht ohne weiteres beeinflussbar sind (vgl. Hauser, 2003; Brandenberger, 2003; von Rüst McCormick & McCormick, 1997). Anhand der acht Regeln für ein erfolgreiches Stimmungsmanagement (Brehm et al., 2002) wird gezeigt, wie sich dieses konkret innerhalb des Reitens als Gesundheitssport umsetzen lässt:

1. Die konditionellen und koordinativen Anforderungen lassen sich sehr gut dosieren, vom geführten wahrnehmenden Sitzen auf dem Pferderücken im Schritt, bis zum freien, selbständigen Reiten sogar bis hin zur Springgymnastik als gesundheitsorientierte Maßnahme unter bestimmten Schwerpunkten für sehr routinierte Reiter/innen (vgl. Heipertz-Hengst, 2006), bzw. „zu Fuß“, in der Bodenarbeit von einfachen Führübungen im Schritt und „Spaziergehen“, bzw. Walking mit dem Pferd, bis zur Freiarbeit. Brehm et al. (2002) empfehlen ein subjektiv mittleres Anstrengungsempfinden von 11-13 auf einer zwanzigstufigen BORG-Skala. Probanden in einer Studie im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Leipzig, bei der Reiten Teil eines gesundheitsförderlichen Programms war, gaben Werte zwischen 3 und 10 auf einer zehnstufigen BORG-Skala für die subjektiv empfundene Anstrengung an (Hiesemann, 2007). Damit zeigt diese Studie lediglich, dass die selben Übungen von den Teilnehmern/innen der Studie als sehr unterschiedlich anstrengend empfunden wurden. Entsprechende Erklärungen des/r Übungsleiter/innen zum angestrebten Anstrengungsgrad innerhalb von gesundheitssportlichen Programmen und die Aufforderung, zur Rückmeldung während des Trainings könnte helfen, die geforderte Beanspruchung durch entsprechende Ausführungsvarianten zu gewährleisten.
2. Ein Wechsel zwischen belastenden (z. B. Bewegungsübungen auf dem Pferd; flottes Gehen oder Laufen mit dem Pferd zu Fuß) und erholsamen Phasen (z. B. Wahrnehmungsübungen auf dem Pferd im Schritt; Streicheln und Abtasten des Pferdes während der Bodenarbeit) lässt sich sehr gut realisieren (vgl. Jurklies, 1998a; Blume, 2003).
3. Sobald sich das Pferd in Bewegung setzt, wirken automatisch die durch seinen Gang erzeugten rhythmischen Schwingungsimpulse auf den/die Reiter/in auf seinem Rücken. Im Schritt bedeutet dies eine Frequenz von ca. 100-110 dreidimensionalen Impulsen pro Minute (vgl. Strauss, 2008, Künzle, 2000).
4. Besonders die rhythmische Bewegung des Pferdes, aber auch seine sensiblen und differenzierten Fähigkeiten in ein kommunikatives Verhältnis mit dem Menschen über Bewegung (Bewegungsdialog) und Körpersprache zu treten, stellen sehr günstige Voraussetzungen für ein Versinken in der Tätigkeit, also für Flow-Erlebnisse dar (vgl.

Schulz, 2005a). Von Rüst McCormick & McCormick (1997), berichten dazu aus der Erfahrung ihres pferdegestützten psychotherapeutischen Konzepts: „Die Kombination aus Rhythmus und Berührung ist ein natürliches Mittel, um einen tranceartigen Zustand einzuleiten“ (S. 93). „Was so düster aussah verliert seine Macht, wenn man mühelos in der Gegenwart aufgeht“ (S. 98).

5. Anhand des Pferdeverhaltens gegenüber einer bestimmten Person können gut Vergleiche zwischen der emotionalen Verfassung des/der Teilnehmers/Teilnehmerin zu Beginn und gegen Ende der Sequenz mit dem Pferd gezogen werden. Pferde spiegeln, wie bereits mehrfach angedeutet wurde, außerordentlich gut gerade die weniger bewussten und offensichtlichen Gestimmtheiten durch entsprechende Verhaltensweisen. Z. B. kann ein sensibles Pferd auf einen gestressten und angespannten Menschen mit Zappeligkeit und Flucht reagieren. Gelingt es dem/der Übungsleiter/in, durch entsprechende Übungen und Anleitung (etwa durch Atemübungen, Putzen ohne Putzgeräte, gezielte Wahrnehmungslenkung auf das Verhalten des Pferdes usw.) der gestressten Person beim Entspannen zu helfen, wird dies in der Regel sich sogleich auch auf das Pferd übertragen und beobachtbar werden (z. B.: das Pferd schnaubt ab, kann wieder ruhig stehen, wendet sich der Person zu) (vgl. Blume, 2003; von Rüst McCormick & McCormick, 1997; Mehlem, 2005). Auch in diesem Zusammenhang können also wertvolle Erfahrungen der Selbstwirksamkeit vermittelt werden.
6. Durch kleinschrittiges Vorgehen können immer wieder Erfolgserlebnisse innerhalb einer Einheit erreicht werden. Z. B. kann über mobilisierende Gelenkbewegungen das Einschwingen in die Bewegung des Pferdes verbessert bzw. ermöglicht werden. Da ein harmonisches Zusammen-Bewegen von Mensch und Pferd (zentaurische Verschmelzung) von der individuellen Bewegungseigenart jedes Pferdes, aber auch von der Tagesform und dem aktuellen Spannungszustand von Reiter/in und Pferd abhängig ist, muss ein Bewegungseinklang immer wieder neu hergestellt werden (vgl. Schulz, 2005a). Außerdem reagiert das Pferd als auch emotional sensibles Lebewesen selbst auf technisch korrekte Hilfen nie gleich. Das bedeutet, dass Ziele immer wieder situationsgerecht angepasst werden müssen und ihre Erreichung oder Nichterreichung meist leicht nachprüfbar ist (vgl. Schwaiger, 2001).
7. Im Reiten als Gesundheitssport lassen sich Spannungsbögen z. B. gut über die Erhöhung der Ganggeschwindigkeit des Pferdes oder die Erschwerung der Gleichgewichtssituation aufbauen (vgl. Strauss, 2008). Bei der Bodenarbeit kann über die Intensität der psychosozialen Auseinandersetzung mit dem Pferd die Dynamik des Prozesses variiert werden (vgl. Schwaiger, 2001). Zusätzlich können auch spielerische

Elemente, z. B. in Form eines Geschicklichkeitsparcours, des Reitens /Führens des Pferdes in Formationen oder den Einsatz von (Spiel-) Materialien eingeplant werden.

8. Im HPV/R wird von einer triangulären Beziehung zwischen Reiter/in bzw. Gruppe, Pferd und Pädagoge /in gesprochen als notwendige Voraussetzung dafür, dass die Potentiale des Pferdes auch tatsächlich genutzt werden können (Schulz, 2005a). Damit ist gemeint, dass ohne die gezielte, pädagogische Einflussnahme des/der Reitpädagogen/Reitpädagogin die angestrebten Lerneffekte nicht erreicht werden. Auch im Reiten als Gesundheitssport kann davon ausgegangen werden, dass ohne planvolles und systematisches Vorgehen des Ausbilders/der Ausbilderin nicht automatisch gesundheitsförderliche Wirkungen zu erwarten sind. Es bedarf des Ausbilders/der Ausbilderin, um zwischen Pferd und Teilnehmer/in zu vermitteln und ein positives Klima herzustellen. Das emotionale Befinden des Übungsleiters/der Übungsleiterin wirkt sich über die vielfältigen Wechselwirkungen innerhalb des Beziehungsdreiecks sowohl auf die einzelnen Teilnehmer/innen, bzw. die Gruppe als Ganzes, als auch auf das Befinden der Pferde aus (vgl. ebda). Ob allerdings die Forderung von Brehm et al. (2002) an den/die Übungsleiter/in, positive Emotionen auszustrahlen grundsätzlich überhaupt erfüllbar ist, sei dahingestellt. Allerdings wird mit dieser Forderung auf die Verantwortung des Leiters/der Leiterin bezüglich des Gruppenklimas hingewiesen. Wie dieser/diese der Forderung nachkommen kann, ist ein eigenes psychologisches Thema, auf das in diesem Rahmen nicht eingegangen werden kann.

Handlungs- und Effektwissen

Heipertz-Hengst (2005) sieht in den Bausteinen zur Gestaltung zertifizierter Gesundheitssportprogramme (Gütesiegel Sport pro Gesundheit; Zusammenarbeit zwischen Deutscher Reiterlicher Vereinigung und DOSB) zwei Theoriestunden pro Kurs (insgesamt 12 Stunden) sowie den Einbau von Sequenzen innerhalb der „Sportstunden“ (Heipertz-Hengst, 2005a) zur Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens vor. Dabei sollen Inhalte zu einer gesunden Lebensführung, Ernährung, Belastungssteuerung, Gelenkschonung, wirbelsäulengerechten Beanspruchung, Entspannungstechniken und Regenerationsmaßnahmen, aber auch zur Unfallverhütung und zum angemessenen Verhalten im Umgang mit dem Pferd und beim Reiten (Reitlehre) vermittelt werden. Diese Inhalte können eher dem Handlungswissen zugeordnet werden, das sich auf das „Was“ und „Wie“ der Gestaltung gesundheitsförderlicher Aktivitäten und Maßnahmen bezieht. Es sollte vor dem Effektwissen, das sich auf die Wirkung und Wirkungsweisen von gesundheitsförderlichen Maßnahmen bezieht, thematisiert werden, um möglichst rasch die selbständige Umsetzung von Verhaltensweisen zur Erhaltung und Verbesserung der eigenen Gesundheit zu ermöglichen (vgl. Brehm & Bös, 2006; Tiemann, 2006). Unter Inhalten, die sich eher auf das

Effektwissen beziehen, führt Heipertz-Hengst (2005) die Bedeutung von regelmäßiger Bewegung, sowie Pferde- und Reitkunde an.

Zur Methodischen Vermittlung des Handlungs- und Effektwissens sei auf die Empfehlungen von Tiemann (2006) hingewiesen (s. auch Kap. 1.2.3). Im Unterschied zu Heipertz-Hengst (2005), die eigene Theorieeinheiten im Umfang von ca. zwei Stunden pro Kurs ansetzt, ggf. bei Gastreferenten, um das jeweilige Thema von Experten vortragen zu lassen, empfiehlt Tiemann (2006) die unmittelbare Verknüpfung der Theorie mit der praktischen Erfahrung und dabei zehn Minuten Vortragszeit nicht zu überschreiten.

Konsequenzerwartungen

Eine aktuelle Befragung im Auftrag der Plattform Pferd Austria (Peiskammer & Josef, 2008) richtete sich zum einen an 24 Experten/innen aus unterschiedlichen Bereichen, die das Pferd professionell nutzen sowie an eine geschichtete Stichprobe aus der Bevölkerung (N = 1.000). Im Rahmen von Konsequenzerwartungen, die für das Reiten als Gesundheitssport von Bedeutung sein könnten, wurden folgende Annahmen geäußert:

„Der Umgang mit Pferden und Reiten bedeutet Bewegung.

Reiten fördert meist soziale Kontakte.

Man tauscht sich mit Gleichgesinnten aus und ist in laufendem Kontakt.

Durch Reiten wird die aufrechte Haltung gefördert.

Reiten stärkt die Rückenmuskulatur.

Reiten lockert Verspannungen.

Diese Effekte wirken sich im übertragenen Sinn auch auf die Psyche aus.

Zu Pferden kann man ein partnerschaftliches Verhältnis aufbauen.

Dieses kann dazu beitragen, dass sich Menschen (wieder) mehr öffnen.

Es wird eine Reihe von Fähigkeiten im Umgang mit Pferden trainiert:

Gleichgewichtssinn, Körperbewusstsein, Koordinationsvermögen, nonverbale Kommunikation, Grob- und Feinmotorik, Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit.

Reiten steigert das Selbstwertgefühl.

Neben dem Reiten selbst bringt allein der Kontakt mit Pferden Vorteile mit sich.

Auch das Betreuen und Versorgen von Pferden hat sehr positive Auswirkungen.

Mitunter ist schon allein der Kontakt mit Pferden ausreichend, um Verbesserungen der Befindlichkeiten zu erzielen.

Folglich sieht man die Vorteile des Umgangs mit Pferden vor allem im Bereich der Freude, der besonderen Freizeitgestaltung,

Steigerung der Verbundenheit mit Tieren und der Natur sowie allgemeinen gesundheitlichen Aspekten“ (Peiskammer & Josef, 2008).

Mit Ausnahme der letzten beiden Äußerungen stammen alle diese Konsequenzerwartungen aus der Experten-/Expertinnenbefragung. Das bedeutet jedoch, dass diese Erwartungen von Personen formuliert werden, die Reiten, bzw. den Umgang mit Pferden bereits

unter sehr spezifischen Zielsetzungen propagieren. Die Bevölkerung erwartet sich in erster Linie Freude, Ausgleich und eine erfüllte Freizeitbetätigung durch den Umgang mit dem Pferd, neben einem eher unspezifischen Nutzen für die Gesundheit. Freude und sinnvolle Gestaltung der Freizeit sind zwar sehr allgemeine, aber gleichzeitig auch kurzfristig erfüllbare Erwartungen an den Umgang mit dem Pferd. Sie können sich durchaus positiv auf die tatsächliche Ergreifung und langfristige Beibehaltung der Verhaltensweise, Reiten als Gesundheitssport zu betreiben, auswirken (vgl. Brehm & Pahmeier, 2006). Zur Herstellung einer zuverlässigen Bindung reicht die Erwartung eines allgemeinen, nicht näher konkretisierten gesundheitlichen Nutzens allerdings nicht aus. Daher müssten folgende, von den Befragten ebenfalls in positivem Zusammenhang mit dem Reiten gesehenen Wirkungen operationalisiert und in Form von kurzfristig erreichbaren Teilzielen abgestuft werden: „Training des Gleichgewichtssinns, Verbesserung der Körperhaltung, Ablenkung vom Alltag, Stressabbau, Beruhigung, Entspannung, Lockerung, Verbesserung der Motorik, körperliche Ertüchtigung, Behandlung von körperlichen Beeinträchtigungen, Steigerung der Körperwahrnehmung, Behandlungen von körperlichen Beschwerden“ (Peiskammer & Josef, 2008). Auf die hier angegebenen Effekte von Reiten wurde im Kapitel 1.2.1 bereits eingegangen.

Mechtler (2008) ermittelt in seiner Studie zur Marktsegmentierung des Pferdesports in Österreich bei ca. 20-25% der Befragten fitnessorientierte Motive, bei 20-25% gesellschaftsorientierte Motive für Aktivitäten mit dem Pferd. Die Stichprobe der Befragten setzt sich zum überwiegenden Teil aus Mitgliedern des Bundesfachverbandes für Reiten und Fahren Österreich zusammen (N ≈ 2600). Nicht-Mitglieder wurden nicht erfasst. Der Autor der Studie hält jedoch das Segment der Nicht-Mitglieder für bedeutend größer, als das der Mitglieder. Das bedeutet, dass auch hierunter eine große Anzahl an Pferdeinteressierten sein könnte, die Aktivitäten mit Pferd unter gesundheitlichen Motiven betreiben oder betreiben würden, wenn es entsprechende Angebote gäbe. Darauf lässt die Befragung von Peiskammer und Josef (2008) schließen: fast 80% der Befragten Personen schätzen Reiten zumindest tendenziell als gesundheitsförderlich ein.

Eine entsprechende Vermittlung realistischer Erwartungen an gesundheitsförderliche Wirkungen, bzw. eines differenzierten Effekt- und Handlungswissens wären hier also notwendig. Abgesehen von den Erkenntnissen und Erfahrungswerten aus dem Therapeutischen Reiten, die gewisse Vermutungen und Schlüsse auch für den Bereich des Reitens als Gesundheitssport nahelegen, gibt es für diese neue Sparte des Reitens fast keine wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse. Eine größer angelegte Studie zum Reiten als Gesundheitssport durch Heipertz-Hengst (2006) ist erst im Entstehen.

Kompetenzerwartungen

Die Erwartung einer Person, selbst ausreichend befähigt zu sein, gestellte Anforderungen und Anstrengungen bewältigen zu können, ist im Reiten als Gesundheitssport außerordentlich gut zu fördern. Allerdings ist eine differenzierte Betrachtungsweise dieser psychosozialen Ressource erforderlich.

Bezieht sich Selbstwirksamkeit auf die Überzeugung, Zugangsbarrieren zum Reiten (als Gesundheitssport) zu überwinden, um tatsächlich in dieser Richtung aktiv zu werden (vgl. Brehm & Pahmeier, 2006), erscheinen, nach zeitbezogenen Begründungen, vor allem finanzielle Barrieren als unüberwindlich. In einer Studie zum Sozialfaktor Pferd (Peiskammer & Josef, 2008), gaben 18% der Befragten zu hohe Kosten als Begründung gegen einen Einstieg ins Reiten an („Deshalb eignet sich Reiten nicht zum echten Breitensport“). An erster Stelle der Gründe, die gegen das Reiten angeführt werden, steht Zeitmangel, der von 24% der Befragten genannt wird. Diese zeitbezogene Barriere wird auch von Pahmeier (2006) als die am häufigsten genannte Begründung gegen ein sportliches Aktivwerden bestätigt. Weitere Barrieren wie gesundheitliche Gründe (8%) und der Mangel an Angeboten in der Nähe (7%) (Peiskammer & Josef, 2008) werden auch von Pahmeier (2006) als häufige Hindernisse für einen Einstieg in sportliche Tätigkeiten angeführt. Gleichzeitig geben jedoch 56% der Befragten an, Pferde „sehr zu schätzen“ und immerhin 39%, Reiten „eher attraktiv“ zu empfinden (Peiskammer & Josef, 2008). Auf die Problematik der Finanzierbarkeit von Aktivitäten im Reiten als Gesundheitssport wird in Kap. 2.4.6 eingegangen.

Im Zusammenhang mit der Erfahrung von Selbstwirksamkeit scheint demnach besonders der Einstieg ins Reiten als eher problematisch. Ist dieser einmal geschafft, so scheint der Grad der Bindung vor allem bei Jugendlichen im Alter von etwa 13 Jahren ein eher hoher zu sein. Mechtler (2008) gibt an, dass etwa 74% der Befragten Reiter/innen bereits im Alter zwischen sechs und dreizehn Jahren mit dem Reiten begonnen haben. Allerdings konnten keine genauen Angaben zu Ausstiegszahlen aus dem Reitsport gefunden werden. Die Zahl der Drop-outs dürfte jedoch auch im Reiten relativ hoch liegen. In der Umfrage von Pferd Austria (Peiskammer & Josef, 2008) gibt ein Viertel der Befragten an, früher schon einmal geritten zu sein, während die Anzahl an aktiven Reitern/innen sich auf lediglich 6% beläuft.

Sehr gute Effekte auf das Erfahren von Selbstwirksamkeit ermöglicht dagegen die Eigenschaft des Pferdes, unmittelbar auf das aktuelle Verhalten, bzw. die diesem Handeln zugrunde liegende innere Verfassung des Menschen zu reagieren, der sich gerade mit ihm beschäftigt. Dies geschieht über feinste Details des Körperausdrucks, aber auch über

das Aussenden von Gerüchen, bzw. Verströmen von Pheromonen, die der Mensch nicht bewusst kontrollieren und steuern kann (vgl. von Rüst McCormick & McCormick, 1997; Hauser, 2003; Klüwer, B., 2005). Auf Normen der menschlichen Kommunikation reagiert das Pferd nicht (Seide, 2003). Auch können in der Verständigung mit Tieren keine Doppelbindungssituationen entstehen, da Pferde fast ausschließlich auf der körpersprachlichen Ebene kommunizieren und nicht zusätzlich auf verbale Weise. Daher können keine Sinndiskrepanzen zwischen diesen beiden Informationsebenen entstehen (vgl. Brandenberger, 2003). Quiring (2008) berichtet aus dem pferdegestützten Training für Führungskräfte: „Ein Pferd schließt sich nur einer souveränen und authentischen Führungspersönlichkeit freiwillig und ohne Zwang an“ (s. 11). Über die „... ehrliche, unverblünte und direkte Rückmeldung zur eigenen Außenwirkung ...“ können Gestimmtheiten bewusst gemacht, analysiert und bearbeitet werden. Doch nur wesentliche und „echte“ Veränderungen, die von innen heraus entwickelt werden, sind dem Pferd gegenüber auch wirksam, „Beherrschtheit zählt nicht“ (vgl. Quiring, 2008). Unbewusste, geleugnete oder überspielte Ängste, beispielsweise, werden immer am Verhalten des Pferdes sichtbar (vgl. von Rüst McCormick & McCormick, 1997).

Es sei jedoch noch einmal darauf hingewiesen, dass es zur Interpretation und Nutzung all dieser Eigenschaften des Pferdes einer entsprechend ausgebildeten, geschulten und erfahrenen Fachperson bedarf, die als Vermittler entsprechende Erfahrungen erst ermöglicht (vgl. Schulz, 2005a). Neben diesen Erfahrungen der Selbstwirksamkeit aus eigenen Wahrnehmungen heraus, kann der/die Übungsleiter/in auch das gegenseitige Anerkennen von Leistungen innerhalb der Gruppe unterstützen und pflegen sowie das Erleben z. B. von Anstrengungszeichen der Teilnehmer/innen hin zu günstigen Interpretationen lenken (vgl. Brehm & Pahmeier, 2006; s. auch Kap. 1.2.3).

Pauel (2005) beschreibt besonders das Erlernen des Leichtreitens als besondere Gelegenheit zur Vermittlung von Selbstwirksamkeitserfahrungen. Wird diese relativ schwer zu erlernende Sitzform im Trab (s. dazu auch Kap. 2.4.1) nicht richtig ausgeführt, kommt es auch nicht zu einem harmonischen gemeinsamen Bewegen mit dem Pferd. Gelingt es dem/der Reiter/in, sich entsprechend auszubalancieren und exakt im Rhythmus der Trabbewegung sich bei jedem zweiten Trabtritt mit dem Gesäß aus dem Sattel zu erheben, so tritt augenblicklich ein Gefühl des Einklangs mit dem Pferd ein. Die Rückmeldung erfolgt automatisch aus dem Bewegungsempfinden. M. E. nach kann dies zwar im Leichtreiten besonders deutlich empfunden werden, lässt sich aber in jedem anderen Sitz und in den anderen Gangarten (Schritt, Galopp) ebenfalls entsprechend vermitteln.

Gäng (1994) sieht folgende Zusammenhänge zwischen Reiten im Erwachsenenalter und Kompetenzerwartungen:

„Längst verdrängte, aber noch vorhandene Bedürfnisse werden nachbefriedigt. Es wird möglich, Gefühle auszudrücken, dem Tier Zuneigung entgegenzubringen und Erwidern zu finden. Der Versuch wird gewagt, sich wieder etwas Außergewöhnliches zuzutrauen und dann mit Hilfe des Pferdes auch durchzuführen. Ein Wunsch wird erfüllt und nicht nur geträumt (S. 92)“.

Vielleicht kann hier an das von vielen Menschen (56% der Befragten) in der Studie der Plattform Pferd Austria (Peiskammer & Josef, 2008) geäußerte Interesse am Pferd angeknüpft werden.

Positives Körperkonzept

Pferde „... ignorieren alle Äußerlichkeiten und reagieren statt dessen auf den Wesenskern des Menschen“ (von Rüst McCormick & McCormick, 1997, S. 86). Es scheint ihnen vollkommen gleichgültig zu sein, ob ein Mensch hässlich oder schön ist (vgl. Kröger, 2005b). Was zählt, sind einzig und allein die Einstellungen der Person gegenüber dem Pferd, ihre Handlungen bzw. ihr Verhalten ihm gegenüber und ihre emotionale Befindlichkeit (vgl. u. a. von Rüst McCormick & McCormick, 1997; Schwaiger, 2001; Quirig, 2008). Pferde reagieren auch nicht auf menschliche Normen der Kommunikation (Seide, 2003) oder gesellschaftlich relevantes Verhalten, wie eine bestimmte Art und Weise sich zu kleiden, zu sprechen oder ähnliches. Dies ist eine grundsätzliche Voraussetzung dafür, dass eine Person sich in ihrem „Sosein“ angenommen und akzeptiert fühlen kann. Von Rüst McCormick & McCormick (1997) bezeichnen dies auch als „schweigende, urteilsfreie und nicht manipulative“ Haltung des Pferdes gegenüber dem Menschen.

Baum (2005c) weist außerdem darauf hin, dass z. B. die individuelle Haltung des Reiters/der Reiterin auf dem Pferd in sehr enger Verbindung mit dem Anteil seiner/ihrer Persönlichkeit steht, der für die Gestaltung von Beziehungen ganz allgemein verantwortlich ist. Das bedeutet, dass der Sitz auf dem Pferd als Kommunikation betrachtet werden kann, dass im Körper Spuren aller bisher gesammelten Beziehungserfahrungen gespeichert werden, der Körper einer Person als eine funktionale Einheit aufzufassen ist und Teilbewegungen oder Veränderungen einzelner Körperteile immer Einfluss auf die gesamte Bewegung bzw. Haltung haben und dass die physische Haltung immer sowohl von aktuellen als auch länger andauernden körperlichen als auch psychischen Befindlichkeiten und Verfassungen beeinflusst wird. Baum (2005c) ordnet bestimmten Merkmalen des Reitsitzes, bzw. einzelnen Körperabschnitten einen Zusammenhang mit gewissen innerpsychischen Handlungsaspekten zu, wie z. B. eine gewisse Beweglichkeit der Kniegelenke der „Bereitschaft, Dinge geschehen zu lassen, sich einzulassen, mitzumachen“; oder ein aufrechter Sitz der „Bereitschaft, den eigenen Lebenssinn zu erkennen“. Ein/eine Reiter/in, der/die sich selbst gerade wenig wertschätzt oder deprimiert ist, kann also nicht einfach aufgefordert werden, sich gerade hinzusetzen.

Versteht man das Körperkonzept also als Gesamtheit aller auf den Körper bezogenen Bewertungen und beschreibenden Inhalte bzw. als das Bild, das sich eine Person von ihrer Körperlichkeit selbst macht und das aus der Interaktion mit ihrer Umwelt resultiert, aber auch die Erfahrungen mit der Umwelt mitgestaltet (vgl. Wagner & Alfermann, 2006), bieten sich im Reiten als Gesundheitssport zahlreiche Möglichkeiten, darauf positiven Einfluss zu nehmen, bzw. Gelegenheiten für eine selbständige positive Aktualisierung oder Neuorientierung der Person. Reiten kann dabei über den bloß körperlichen Ansatz im Sinne eines Trainings der motorischen Grundeigenschaften weit hinausgehen, indem es eine ganzheitliche Vorgehensweise zur positiven Einflussnahme auf das Körperkonzept bietet. Der Bewegungsdialog mit dem Pferd, der die Person als Ganzes fordert und fördert, stellt hierbei das wesentliche Moment dar, gleich ob er vom Pferderücken oder zu Fuß aus eingegangen wird (vgl. Schulz, 2005a; Brandenberger, 2003).

Einbindung und soziale Unterstützung

Im HPV/R wird das Pferd primär zur Unterstützung beim Aufbau der Beziehungsfähigkeit eingesetzt. Es soll helfen, Einsicht in eigene Verhaltensweisen zu gewinnen, um daraus befriedigende und ausbalancierte Beziehungen gestalten zu können (vgl. Baum, 2005c). Auch in psychotherapeutischen Ansätzen, wird das Pferd häufig dazu verwendet, eine „Brücke“ zwischen dem/der Klienten/in und anderen Menschen zu bilden, um ihm/ihr beim Aufbau gesunder zwischenmenschlicher Beziehungen zu helfen. Das Pferd als Herdentier teilt mit dem Menschen das „... Bedürfnis nach engen Bindungen in einer fest definierten Gemeinschaft ...“ (von Rüst McCormick & McCormick, 1997). Gleichzeitig ist die Kommunikation der Pferde untereinander und zwischen Mensch und Pferd jedoch klarer, einfacher und direkter, als in zwischenmenschlichen Begegnungen, da das Pferd sich nur auf körpersprachlicher Ebene ausdrückt. Psychisch belastende Doppelbindungssituationen, wie sie durch das Auseinanderklaffen von gesprochenen und körpersprachlich übermittelten Botschaften entstehen können, sind in der Verständigung zwischen Mensch und Pferd daher nicht möglich (vgl. Brandenberger, 2003). Der Mensch muss sich dem Pferd gegenüber ebenso klar, eindeutig und konsequent über körpersprachliche Verständigungsmittel ausdrücken, wie Pferde es untereinander tun. Eine verdeckte Botschaft, wenn man etwas „sagt“, was man eigentlich gar nicht meint, ist für Pferde nicht interpretierbar.

Zudem fällt es Menschen oft leichter, Körperkontakt mit dem Pferd als mit einem anderen Menschen zuzulassen. Zuneigung zu geben und zu empfangen, körperliche und emotionale Nähe zu erleben, ohne Angst vor Grenzüberschreitungen, Instrumentalisierung und Manipulation haben zu müssen (vgl. Scheidhacker, 2005). Mehlem (2005) erklärt diese Eigenschaften und Wirkungsweisen des Pferdes auf den Menschen folgendermaßen:

„Pferde sind ‚ehrlich‘ –aber sie kränken nicht. [...] Pferde reagieren auf den Menschen entsprechend der Rangordnung, nach der sie sich auch in einer Pferdeherde die Beziehungen untereinander ordnen. [...] Es kommt durchaus vor, dass ein Pferd innerhalb eines kurzen Zeitraums sein Verhalten drastisch verändert, wenn der Mensch sich verändert. Das Pferd erlaubt dem Menschen viel mehr Entwicklungsspielraum als dieser aus zwischenmenschlichen Beziehungen kennt, in denen oft Rollen und Erwartungen festgeschrieben werden, die nur schwer zu korrigieren sind. Das Pferd reagiert eindeutig und absichtslos, im Interesse der eigenen Orientierung. Seine Ziele sind Wohlbefinden, Sicherheit und Klarheit, niemals will es belehren oder beschämen, abwerten, kränken oder konkurrieren.

Das Pferd bringt zwar seine Lebenserfahrungen und Emotionen in die Beziehung zum Menschen mit ein, ist aber, so können wir vermuten, frei von psychodynamischen Prozessen der Abwehr, Verdrängung und Projektion, durch die interpersonelle Beziehungen häufig belastet sind.“

Beziehungen mit Pferden bieten daher viele heilende oder gesunderhaltende Beziehungsmöglichkeiten. Allerdings bedarf es einer Fachperson, um dieses Potential auch nutzen zu können (Schulz, 2005a).

Obwohl Reiten als Gesundheitssport keinerlei therapeutische Intentionen impliziert, dafür qualifiziert die Zusatzausbildung im Reiten als Gesundheitssport ausdrücklich nicht, können doch einige Ansätze und Denkweisen aus dem therapeutischen Reiten sinnvoll auch hier integriert werden. Dabei muss stets unterschieden werden zwischen einer „bloßen“ Erweiterung des Verständnisses für Ausbilder im Reiten als Gesundheitssport und der differenzierteren Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten des Pferdes zur Behandlung von Erkrankungen durch die therapeutische Fachkraft. Konkret könnte dies bedeuten, dass der/die Ausbilder/in im Reiten als Gesundheitssport z. B. in einer Trainingseinheit die Wechselwirkung zwischen Teilnehmer/in und Pferd für ein effektives Stimmungsmanagement nutzt (siehe auch weiter oben in diesem Kap.) oder auch für das Erarbeiten einer klaren körpersprachlichen Ausdrucksweise gegenüber dem Pferd im Zusammenhang mit der Verbesserung der Körperwahrnehmung der Teilnehmer/innen.

Im Sinne von Gäng (1994) sollte bei allen Angeboten in denen Pferde zum Einsatz kommen, gleich ob Therapie oder (Gesundheits-) Sport, das Wesen der Art und die Persönlichkeit des einzelnen Tieres sowie dessen aktuelle Verfassung und Bedürfnisse immer in den Prozess miteinbezogen werden. Eine Verwendung des Pferdes als bloßes „Gerät“, das besondere Bewegungen ermöglicht, nutzt die großen Potentiale dieses Lebewesens nur sehr bruchstückhaft und erscheint auch unter ethischen Gesichtspunkten als äußerst fragwürdig.

Abgesehen von der sozialen Interaktion mit den Pferden, kann die Gruppenbildung der Teilnehmer/innen am Programm bzw. Kurs nach den Empfehlungen von Ungerer-Röhrich et al. (2006; siehe auch Kap. 1.2.3) unterstützt werden. Anlässe zur Förderung der sozialen Unterstützung können z. B. durch gegenseitiges Beobachten bei der Bodenarbeit ge-

schaffen werden. Die Teilnehmer/innen versuchen etwa eine bestimmte Bewegungsaufgabe mit dem Pferd zu lösen, dabei sieht die Gruppe zu und gibt Rückmeldung. Auch durch Teilen eines Pferdes mit abwechselndem Führen (ein/e Teilnehmer/in reitet, der/die andere sitzt auf dem Pferd) können intensive Kontaktsituationen initiiert werden. Voraussetzung für ein gegenseitiges Führen von Teilnehmern/innen sind allerdings bereits ausreichend vorhandene Kompetenzen im Umgang mit dem Pferd. Aus dem Bereich der Erlebnispädagogik mit dem Pferd berichten u. a. Leibfried (2006), Ritz (2006) oder Laug (2006) von guten Erfahrungen bezüglich der Förderung sozialen Verhaltens bei Kindern.

Die Gefahr eines Übermaßes an sozialer Unterstützung, wie sie von Ungerer-Röhrich, et al. (2006) beschrieben wird (siehe Kap. 1.2.3), könnte besonders dann gegeben sein, wenn z. B. jugendliche Helfer/innen in Erwachsenenkursen eingesetzt werden. Durch eine entsprechende Einweisung der Jugendlichen und unter der Supervision des/r Übungsleiters/in können solche Situationen jedoch vermutlich weitgehend vermieden werden. Bei Teilnehmern/innen mit eher geringerem Selbstwertgefühl und größerer Unsicherheit gegenüber dem Pferd, erscheint es durchaus vorstellbar, dass pferdeerfahrene jugendliche Helfer/innen wertvolle soziale Unterstützung leisten können. Allerdings sollten die Jugendlichen ebenfalls vom Übungsleiter/von der Übungsleiterin sorgfältig in den Gruppenprozess miteinbezogen werden, um nicht zu einem Fremdkörper innerhalb des Geschehens zu werden. Ihnen kommt eine ähnlich verantwortungsvolle Rolle wie dem/der Pferdeführer/in der Hippotherapie zu (vgl. Strauss, 2008; Riesser, 1996).

Da Reitanlagen häufig außerhalb oder am Rande öffentlicher Verkehrsnetze liegen, könnte die Anregung von Fahrgemeinschaften durch den/die Übungsleiter/in ebenfalls das Zusammengehörigkeitsgefühl und die Qualität der Kontakte unter den Teilnehmern/innen fördern. Einbindung in die Gruppe, ein angenehmes Gruppenklima und die wahrgenommene soziale Unterstützung spielen auch für die zuverlässige Bindung an gesundheits-sportliche Aktivitäten eine entscheidende Rolle.

2.4.4 Reiten und Kernziel 4: Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden

Auch Menschen mit gewissen körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen können Reiten, in weitestem Sinne, also unter Einschluss therapeutischer, gesundheitsförderlicher, breiten- und leistungssportlicher Sparten, erlernen und ausüben, auch in fortgeschrittenem Lebensalter. Zahlreiche praktische Erfahrungen und Publikationen können dies belegen (vgl. z. B. Gäng, 1994; Heipertz-Hengst, 2003; Strauss, 2008; Seide, 1998).

Geht es jedoch um die gezielte Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden, müssen Maßnahmen spezifisch auf das jeweilige gesundheitliche Problem ausgerichtet sein, um den Anforderungen an einen effektiven und qualitätsgesicherten Gesundheitssport zu

genügen (vgl. Brehm et al., 2006). Einige Beispiele solcher spezifischer Ausrichtungen wurden bereits in Kap. 2.4.2 angesprochen.

Wie in Kap. 1.2.4 bereits beschrieben handelt es sich bei der Bewältigung von Beschwerden und Missbefindenszuständen um Maßnahmen auf zwei Ebenen: der problembezogenen Ebene und der emotionsbezogenen Ebene (vgl. Brehm & Bös, 2006; Brehm et al., 2006). Da z. B. Rückenschmerzen, denen keine manifeste Primärerkrankungen wie z. B. Bandscheibenvorfall, arthrotische Veränderungen der Wirbelsäule, Tumorerkrankungen usw. zugrunde liegen, zunehmend komplex verstanden werden, spielen auch psychosoziale Faktoren bei deren Behandlung eine immer wichtigere Rolle (vgl. Bittmann & Badtke, 2006; Pfingsten, 2005; Lühmann, 2005; Hildebrandt, 2005). Reiten, bzw. der Umgang mit dem Pferd, spricht den Menschen als ganzes an, nicht bloß isolierte körperliche oder intellektuelle Aspekte (vgl. Brandenberger, 2003; Strauss, 2008). Daher können im Reiten als Gesundheitssport in nahezu idealer Weise Angebote für Menschen mit einer derart unspezifischen Rückenproblematik auf beiden Bewältigungsebenen gestaltet werden. Voraussetzung ist eine ärztliche Unbedenklichkeitserklärung.

Pfingsten (2005), Lühmann (2005) und Hildebrandt (2005) sprechen von häufig mit dieser Art von Rückenschmerzen verbundenen unangemessenen Einstellungen und Beurteilungen des Schmerzzustandes, die zu einer ungünstigen Reduktion jeglicher Bewegungsaktivität und damit der Verschlechterung und Verlängerung der Symptomatik führen. Daher müssten entsprechende Programme neben einer speziell auf die Entwicklung einer gesunden individuellen Haltung ausgerichteten Reitsequenz mit Schwerpunkt auf sensomotorischem Training, und entsprechender gymnastischer Sequenzen (problembezogene Ebene) auch Anteile enthalten, in denen Wissen zur Bedeutung von Rückenschmerzen, sowie deren guter Behandlungsmöglichkeit vermittelt werden (kognitions-emotionsbezogene Ebene). Spezielle Aufmerksamkeit und psychologisches Geschick erfordert auch das Ermöglichen von schmerzfreien Bewegungserfahrungen (emotionsbezogene Ebene) (vgl. Hildebrandt, 2005). Pfingsten (2005) fasst die Inhalte effektiver Maßnahmen zur Behandlung unspezifischer Rückenschmerzen wie folgt zusammen:

„Die Patienten müssen unter kontrollierten Bedingungen am eigenen Verhalten erfahren, dass sie sich ohne Schmerzverstärkung bewegen können. Die Behandlung von Rückenschmerzen benötigt von daher intensive, körperlich aktivierende Maßnahmen, wenngleich ihre Wirkung vornehmlich durch psychologische Mechanismen zu erklären ist. [...]

Neben den primären Zielen der Verbesserung der Körperkoordination, Gelenkfunktion, Muskelkraftsteigerung hat ein sport- oder krankengymnastisches Training auch verhaltenssteuernde Effekte, da die Angst vor der Bewegung reduziert und ein gesundes Verhalten aufgebaut wird“.

Hierbei handelt es sich also nicht zwingend um eine therapeutische Intervention, weshalb eine Leitung solcher Programme durchaus auch von speziell geschulten Ausbildern im

Reiten als Gesundheitssport übernommen werden könnte. Denkbar wäre hier eine für Österreich vergleichbare Qualifikation, wie sie von der Deutschen Reiterlichen Vereinigung in Kooperation mit dem DOSB und der Berufsverwaltungsgenossenschaft angeboten wird (vgl. Heipertz-Hengst, 2006).

Eine ähnlich gute Wirksamkeit des Reitens als Gesundheitssport im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes (vgl. Heipertz-Hengst, 2003 und 2006) kann für den Bereich psychischer Beschwerden, wie Stress, Angst und Depression, aber auch der Bewältigung chronischer Erkrankungen aus den Erfahrungswerten im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren bzw. der Reittherapie mit psychotherapeutischem Schwerpunkt abgeleitet werden (vgl. u. a. Brandenberger, 2003; Strausfeld, 2003; Breiter, 2003; Baumann, 2003; Baum, 2005b und 2005c u. v. m.).

Obgleich die genauen Wirkmechanismen bisher nicht geklärt werden konnten, gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass körperliche Aktivität sowie auch Entspannungsverfahren wirksame Maßnahmen zur Stresslinderung bzw. Ablenkung von der stressauslösenden Situation darstellen. Zudem scheint das Erfahren von Selbstwirksamkeit eine wesentliche Rolle für den erfolgreichen Umgang mit Stress darzustellen (Allmer, 2006). Gerade für das Vermitteln solcher Erfahrungen der eigenen Kompetenz bietet sich der Umgang mit Pferden, bzw. das Reiten an. Allerdings ist eine entsprechende Gestaltung der Maßnahme durch den/die Ausbilder/in im Reiten als Gesundheitssport unbedingt notwendig, da ansonsten genau das Gegenteil eintreten kann: der/die Teilnehmer/in fühlt sich hilflos, ohnmächtig und frustriert dem Verhalten des Tieres gegenüber (vgl. u. a. Baum, 2005a; Salizzoni, 1998). Unter anderem über die Auswahl des für die Teilnehmenden jeweils am besten geeigneten Pferdes (in körperlicher, aber auch charakterlicher Hinsicht), das Arrangement des Umfelds (möglichst keine Zuschauer, zumindest zu Beginn, keine Schrecknisse oder Ablenkungen für die Pferde) und nicht zuletzt über angemessene Aufgabenstellungen und Inhalte (z. B. von wenig Selbständigkeit, Pferd wird von Helfern/innen geführt, zu größerer Selbständigkeit, Pferd wird von Teilnehmenden eigenständig kontrolliert; Körperwahrnehmung und Entspannung auf dem Pferd im Schritt, bzw. das Pferd bei der Freiarbeit galoppieren lassen), kann der/die Ausbilder/in den Stressgehalt bzw. die Chance der Ermöglichung von Selbstwirksamkeits-Erfahrungen relativ gut steuern. Im Rahmen der bisher geschilderten Maßnahmen, handelt es sich eher um die emotionsbezogene Bewältigung von Stressbelastungen. Zu problembezogenen Bewältigungsstrategien, liegen bislang keine eindeutigen Erkenntnisse vor (Allmer, 2006). Da Pferde sehr sensibel die Grundverfassung, bzw. Gestimmtheit von Menschen, die sich mit ihnen befassen spiegeln (Hinweise darauf finden sich in fast jeder Publikation zum psychotherapeutischen Einsatz des Pferdes), könnten sich daraus Ansatzpunkte zur Be-

wusstmachung bestimmter Gefühle, Verhaltensweisen bzw. von immer wiederkehrenden Verhaltensmustern anbieten, die dann eine Verhaltensänderung und Stressreduktion ermöglichen könnten.

Sehr gute Wirkungen in Bezug auf Angst und Depressivität konnten in psychotherapeutischen Interventionen mit Pferden erzielt werden (vgl. Mehlem, 2005; Weiger, 2005). Thema einer gesundheitssportlichen Aktivität ist zwar nicht die Behandlung von Angststörungen oder klinisch relevanten Depressionen. Auch hier ist eine klare Unterscheidung der Kompetenzen einzuhalten (vgl. Heipertz-Hengst, 2006). Dennoch kann der/die Übungsleiter/in bei entsprechender Ausbildung und Erfahrung Ängste und eine niedergedrückte Stimmungslage der Teilnehmer/innen erkennen und durch eine entsprechende Gestaltung der Einheit diese Verfassungen berücksichtigen. Unter dieser Voraussetzung kann von einer guten Wirkung vielfältiger Aktivierungen und der spiegelnden und motivierenden Eigenschaft des Pferdes auf Angst und Depression auch im Rahmen gesundheitssportlicher Maßnahmen auf der eher emotionsbezogenen Bewältigungsebene ausgegangen werden (vgl. Allmer, 2006). Der empirische Nachweis steht allerdings noch aus.

Bei vorliegenden gesundheitlichen Einschränkungen aller Art ist selbstverständlich vor der Teilnahme an einem gesundheitssportlich ausgerichteten Reitangebot immer eine ärztliche Unbedenklichkeitserklärung einzuholen. Akute, aber auch chronische Kontraindikationen müssen uneingeschränkt akzeptiert werden (vgl. Heipertz, 2003; Seide, 1998). Auch sollte die Grenze zwischen Therapie und gesundheitssportlicher Aktivität gewahrt werden, indem z. B. im individuellen Fall ein/eine Interessent/in erst nach einer erfolgreich abgeschlossenen (reit-, hippo- oder sonstigen pferdbasierten) therapeutischen Maßnahme mit Einverständnis des/der jeweiligen Therapeuten/in und des/der betreuenden Arztes/Ärztin in ein gesundheitssportliches Programm wechselt. Ausbilder/innen im Reiten als Gesundheitssport sollten sich nicht scheuen, Interessierte bei fraglicher gesundheitlicher Eignung an entsprechende für sie besser geeignete Angebote weiter zu leiten. So könnten Kompetenzkonflikte zwischen Therapeuten im Therapeutischen Reiten und Ausbildern im Reiten als Gesundheitssport schon vor ihrer Entstehung weitgehend ausgeschlossen werden.

2.4.5 Reiten und Kernziel 5: Bindung an gesundheitssportliches Verhalten

In der Befragung der Plattform Pferd Austria (Peiskammer & Josef, 2008) gaben immerhin 25% der Befragten, das würde einem Viertel der österreichischen Gesamtbevölkerung entsprechen, an, früher schon einmal geritten zu sein. Sogar mehr als die Hälfte der Bevölkerung, knapp 60% gaben an, zwar nicht selbst zu reiten, aber Pferde „sehr zu schätzen“. Das deutet auf ein relativ großes Interesse der Bevölkerung an Pferden hin. Nur 21% der Befragten machten keine Angaben über ihre Beziehung zum Pferd, bzw. nur

etwa 40% empfinden Reiten als explizit „nicht attraktiv“ (Peiskammer & Josef, 2008). Eine repräsentative Studie für Deutschland im Auftrag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung weist ähnliche Ergebnisse auf:

„Die FN-Untersuchung belegt eindeutig, dass es eine sehr große Anzahl pferdesportbegeisterter potentieller Reiter gibt, die nur einen kleinen Anstoß brauchen, um die faszinierende und facettenreiche Welt des Pferdesports kennen zu lernen“ (IPSOS, 2001, S. 114).

Die Tatsache, dass der Bundesfachverband für Reiten und Fahren hinsichtlich seiner Anzahl an Mitgliedern an achter Stelle hinter Turn- und Schwimmverband steht, spricht ebenfalls für eine gute Akzeptanz des Pferdesports innerhalb der Bevölkerung (Mechtler, 2008). Peiskammer und Josef (2008) orteten vor allem bei Frauen (ca. 50%) und bei der gemischtgeschlechtlichen Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen eine zumindest „eher große“ persönliche Attraktivität gegenüber dem Reiten. IPSOS (2001) gibt für die potentiellen Reiter/innen ein Durchschnittsalter von etwas über 29 Jahren an.

Die Alterstufe zwischen 13 und 19 Jahren scheint sowohl hinsichtlich des Ein-, als auch des Ausstiegs in den bzw. aus dem Pferdesport von großer Bedeutung zu sein (IPSOS, 2001). In diesem Alter beginnt eine Vielzahl von Interessierten mit dem Reiten. Viele, die wesentlich früher bereits damit begonnen haben, steigen in diesem Alter jedoch wieder aus. Auch im Alter zwischen 20 und 29 Jahren geben viele Reiter/innen ihren Sport wieder auf. Als Gründe für diesen Ausstieg werden zeitliche, finanzielle und familiäre Belastungen angegeben. Personen über 35 Jahre führen auch gesundheitliche Gründe als Ausstiegsmotiv an (IPSOS, 2001).

Insgesamt eignet sich Reiten hervorragend als sogenannte Lifetime-Sportart, da sowohl die Ausübungsform, als auch die Belastungsintensität sehr gut differenziert werden können (vgl. Heipertz-Hengst, 2003; IPSOS, 2001). Auch der spätere Einstieg im Erwachsenen- oder sogar Pensionsalter sind mit einem zielgruppenspezifischen Angebot ohne weiteres möglich (vgl. Gäng, 1994).

In der Studie von Pferd Austria (Peiskammer & Josef, 2008) gaben die Befragten an, dass Reiten sich zumindest eher positiv auf folgende Faktoren, die im Zusammenhang mit Gesundheit gesehen werden, auswirken könne: „Training des Gleichgewichts“, „Verbesserung der Körperhaltung“, „Ablenkung vom Alltag“, „Stressabbau, Beruhigung“, „Entspannung, Lockerung“ und „Verbesserung der Motorik“ (ca. 70-80%). Weiters erwarten etwa 50-60% der Befragten eine „eher gute Eignung“ der Behandlung körperlicher Beeinträchtigungen und Beschwerden sowie der Steigerung der Körperwahrnehmung durch Reiten. Diese Faktoren sprechen für eine relativ gute Perspektive, Reiten als Gesundheitssport in Österreich einzuführen.

In der Befragung der deutschen Bevölkerung durch IPSOS (2001) wurden leider keine explizit gesundheitsrelevanten Themen berücksichtigt. Hier gaben die Befragten als wesentliche Motive für ihre aktuelle oder mögliche zukünftige Aktivität im Pferdesport vor allem den „Umgang mit dem Pferd“, „mit dem Pferd in der Natur sein“, „Entspannung/Abschalten“, „sportliche Fitness“ und „Gemeinschaft/Geselligkeit“ an. Diese Motive lassen sich mit dem Reiten als Gesundheitssport sehr gut vereinbaren, so dass gerade ein gesundheitssportlich ausgerichtetes Angebot hier einen sinnvollen und risikoarmen Einstieg, bzw. ein langfristiges Dabeibleiben auch im Bereich Breitensport darstellen könnte.

Problematischer erscheint dagegen, dass 24% der Befragten angeben, aus Gründen des Zeitmangels nicht reiten zu können und 18%, Reiten sei ihnen zu kostspielig (Peiskammer & Josef, 2008). Dies wird von Mechtler (2008) insofern bestätigt, als auch in dieser Befragung die Reiter/innen, die das Reiten häufig ausüben, angeben, es sei mit hohen Kosten und großem zeitlichem Aufwand verbunden. Diese Gegenargumente lassen sich aus dem aktuellen Stand an Angeboten und der örtlichen Erreichbarkeit, bzw. vor dem grundsätzlichen Zeitbedarf, der durch die Versorgung des Pferdes mitbedingt ist, nur schwer entkräften.

Ein Informationsmangel dagegen lässt sich hinter dem Argument, aus gesundheitlichen Gründen nicht Reiten zu können, vermuten, da gerade dieser Sport, bei einer entsprechenden Ausrichtung des jeweiligen Angebotes, besonders für Menschen mit gewissen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sehr gut geeignet erscheint (vgl. Heipertz-Hengst, 2006; Vescovi, 1975). Grundsätzlich unterscheiden sich die hier erwähnten Barrieren jedoch, vielleicht mit Ausnahme des Kostenaufwands, nicht wesentlich, von den wahrgenommenen Hindernissen für andere regelmäßige (gesundheits-) sportliche Betätigungen (vgl. Pahmeier, 2006; siehe auch Kap. 1.2.5).

Aus dem Bereich des Therapeutischen Reitens liegen zahlreiche positive Erfahrungen mit dem hohen Aufforderungscharakter des Pferdes und des Reitens vor (vgl. Klüwer, C., 2005; Klüwer, B., 2005; Schulz, 2005b; Heipertz-Hengst, 2006). Einige Therapeuten/innen weisen auch auf die Rolle des Pferdes in der Geschichte und in der Mythologie, als Erklärung für die besondere Verbundenheit des Menschen mit diesem Tier, hin. Dabei wird das Pferd als Symbol für Kraft und Stärke, gleichzeitig aber auch für Sanftheit und Weisheit und als Wesen, das mit übersinnlichen, telepathischen und prophetischen Fähigkeiten begabt, seinen Menschen vor drohendem Unheil warnt und beschützt, dargestellt (Mehlem, 2005; von Rüst McCormick & McCormick, 1997).

Geht es also um die Phase des Einstiegs in das Reiten als Gesundheitssport, könnte die Ursache, weshalb nicht noch mehr Menschen das Reiten ausüben, in einem Mangel an Information und entsprechend niederschweligen Angeboten liegen (vgl. IPSOS, 2001). Zum Thema der Schaffung entsprechend günstigerer Verhältnisse siehe jedoch das folgende Kap. 2.4.6.

Da die meisten aktiven Reiter/innen durch reitende Freunde, Bekannte und Verwandte zum Pferdesport kommen (IPSOS, 2001; Mechtler, 2008), könnten hier Ansätze zur weiteren Bekanntmachung auch des Reitens als Gesundheitssport gefunden werden, wie z. B. Tage der offenen Tür, Schnupperangebote, Kurse oder Seminare für Mitglieder und Aktive bzw. deren Bekanntschafts- und Verwandtschaftskreis. Aber auch Angebote zum Kennenlernen, die sich z. B. an Schulen, Betriebe oder auch an soziale Institutionen richten, sind hier denkbar (vgl. Heipertz-Hengst, 2006).

Ist der Einstieg einmal geglückt, ist das Kontrollieren des Wahrnehmens und das weitere Reduzieren von Barrieren, die Ermöglichung von Selbstwirksamkeits-Erfahrungen und das Schaffen und Erhalten einer Atmosphäre, in der sich die Teilnehmer/innen eingebunden in die Gemeinschaft fühlen und gegenseitige Unterstützung ermöglicht und gefördert wird, entscheidend für eine langfristige Bindung (vgl. Pahmeier, 2006).

Die vier Prinzipien von Fuchs (2006; siehe auch Kap. 1.2.5) zur Unterstützung einer zuverlässigen Bindung könnten im Reiten als Gesundheitssport z. B. folgendermaßen umgesetzt werden:

1. Als Beispiele für langfristige Ziele können das selbständige Reiten, das Ausreiten in einer Gruppe, ein losgelassenerer Sitz bei sportlichen Reitern/innen zur Reduzierung von Rückenschmerzen oder auch „nur“ das Reiten im Trab genannt werden. Etappenziele auf dem Weg zu diesen globalen Zielen könnten z. B. sein: das Erlernen eines hinreichend ausbalancierten Sitzes in den drei Grundgangarten des Pferdes sowie grundlegender Hilfen zur Kontrolle von Gangart, Tempo und Bewegungsrichtung des Pferdes; verschiedene Übungen zur Beherrschung des eigenen Sitzes auf dem Pferd bei unterschiedlichen Geländebeziehungen auf einem Gelände, welches Pferd und Reiter/in bereits vertraut ist; das Erlernen verschiedener Wahrnehmungs- und Lockerungsübungen sowie der Aufbau neuer, günstigerer Haltungs- und Bewegungsmuster; das Sitzen auf dem Pferd und Mitgehen mit der Pferdebewegung im Schritt.
2. Das zweite Prinzip lässt sich vom Übungsleiter/von der Übungsleiterin im Reiten als Gesundheitssport im Wesentlichen nur auf der Ebene des Individuums und evtl. der Familie, durch Information zur gesünderen Lebensgestaltung umsetzen.

3. Eine zielgruppenspezifische Gestaltung von Angeboten lässt sich auch im Reiten als Gesundheitssport gut umsetzen (vgl. Heipertz-Hengst, 2006; siehe Kap. 2.4.6).
4. Im Zusammenhang mit der Niederschwelligkeit der Angebote im Reiten als Gesundheitssport liegt derzeit noch ein großes Verbesserungspotential vor. Zum einen sind die Kosten für Angebote im Reiten als Gesundheitssport deutlich höher, als bei anderen gesundheitssportlichen Programmen (siehe dazu auch Kap. 2.4.6). Zum anderen ist auch die örtliche Lage und Erreichbarkeit mit öffentlichen Nahverkehrsmitteln häufig nicht gegeben. Drittens besteht auch großer Informationsbedarf bezüglich der gesundheitsförderlichen Effekte von Reiten sowohl bei der Bevölkerung (vgl. Peiskammer & Josef, 2008), als auch bei Institutionen und Ärzteschaft. Und nicht zuletzt besteht großer Forschungsbedarf zu den tatsächlichen Wirkungen spezifisch auf die Förderung der Gesundheit ausgerichteter Reitangebote. Eine aktuelle Studie von Heipertz-Hengst steht kurz vor der Veröffentlichung.

2.4.6 Reiten und Kernziel 6: gesundheitsförderliche Verhältnisse

Leider hat Reiten noch immer ein eher elitäres Image, besonders in großstädtischer Umgebung, da hier die Kosten für die Pferdehaltung entsprechend hoch sind. In einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung zur Marktanalyse ehemaliger, aktuell aktiver und potentieller zukünftiger Pferdesportler zeigte sich hinsichtlich Bildung und Einkommen ein geringer bis deutlich überdurchschnittlicher Status im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (IPSOS, 2001). Und obwohl sich das Therapeutische Reiten in seinen unterschiedlichen Richtungen (Hippotherapie, Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren und Reiten als Sport für Menschen mit besonderen Bedürfnissen) immer besser etablieren kann, sind die gesundheitsförderlichen Potentiale von Reiten noch wenig populär. Dennoch sieht Heipertz-Hengst (2006) besonders für ländliche Gegenden mit eher schwacher Infrastruktur, Reiten als Gesundheitssport als sehr geeignetes gesundheitssportliches Angebot und große Chance für Reitvereine, neue Mitglieder zu gewinnen. Auch die Befragung im Auftrag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung legt eine Neuorientierung für Pferdesportanbieter im Segment der älteren, natursportorientierten Interessenten als Alternative zu den üblichen breiten- bzw. leistungssportlich ausgerichteten Angeboten nahe (IPSOS, 2001).

Neben dem Zeitmangel, der als häufigstes Argument in der Begründung gegen eine gesundheitssportliche Betätigung angeführt wird, nennen Befragte vor allem zu hohe Kosten als Hindernis, mit dem Reiten zu beginnen (vgl. IPSOS, 2001).

Heipertz-Hengst (2005) berechnet die Gebühren für einen Kurs von insgesamt 12 Einheiten, aufgeschlüsselt in 5 Praxisstunden mit dem Pferd, 5 Sportstunden und 2 Theorie-

stunden (evtl. gehalten von einem Gastreferenten/einer Gastreferentin) bei vier bis maximal sechs Teilnehmern/innen wie folgt:

Arbeit mit dem Pferd	€ 25.- x 5 (Übungseinheiten = UE)
Ergänzungsport	€ 10.- x 5 UE
Theorie	€ 10.- x 2 UE
Administration	€ 50.-
Teilnahmegebühr pro Person für einen Kurs: € 245.-	

Im Vergleich dazu belaufen sich die Beiträge bei Angeboten der Initiative „Fit für Österreich“ auf etwa € 65.- pro Semester, bzw. ca. € 100.- pro Jahr (Fit für Österreich, 2008). Bei Gütesiegelangeboten des DOSB („Sport pro Gesundheit“) und des DTB („Pluspunkt Gesundheit. DTB“) bestehen bereits Kooperationen mit mehreren Krankenkassen, die mit dem Gütesiegel zertifizierte Angebote als Präventionsmaßnahme anerkennen und auf Antrag bezuschussen (vgl. DOSB, 2008; DTB, 2008).

Seit dem 08. April 2008 können auch Angebote im Reiten als Gesundheitssport das Gütesiegel des DOSB, „Sport pro Gesundheit“ beantragen und sind damit ebenfalls förderungswürdig im Rahmen der Prävention (Förderverein Gesundheitssport Reiten e. V., 2008). Dennoch muss von einer tendenziell höheren finanziellen Belastung im Reiten als Gesundheitssport aufgrund der Haltungskosten der Pferde im Vergleich mit anderen gesundheitssportlichen Aktivitäten wie z. B. Lauftreffs, Rückenfitkursen oder auch Aquafitkursen ausgegangen werden. Eine Ausnahme stellen hier die so genannten Jugendfarmen dar, auf denen auch sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche Reiten erlernen und ausüben können (vgl. Leibfried, 2006; Schock & Lange, 1999). Vergleichbare Konzepte für Erwachsene existieren leider nicht. Kooperationen z. B. im Rahmen der Plattform Pferd Austria könnten hier angedacht werden.

Weiters gibt es in Deutschland einige Projekte und Konzepte, die Reiten und Voltigieren in den Schulsport integriert haben (vgl. Deutsche Reiterliche Vereinigung e. V., 1997). Auch das könnte eine Möglichkeit darstellen, sozialschwächeren Kindern und Jugendlichen den Zugang zum Pferd zu eröffnen.

Zur Anerkennung des Reitens als Gesundheitssport durch die Leistungsträger des Gesundheitswesens werden Nachweise zur Qualitätssicherung auf der Ebene der Struktur-, Prozess- und Effektqualität verlangt. Für Deutschland liegt diesbezüglich das Konzept von Heipertz-Hengst (2006), in Anlehnung an die Qualitätskriterien des DOSB für Gesundheitssportangebote, vor. Heipertz-Hengst (2003, 2005 und 2006) sieht dabei drei verschiedene schwerpunktmäßige Ausrichtungen von Angeboten vor: Profil 1 „Präventi-

on/Fitness“, entspricht einer allgemeinen Gesundheitsförderung im Sinne des DOSB. Profil 2 „Gesundheit“ und Profil 3 „Präventive Rückenschule“ sind dem Bereich der speziellen Gesundheitsvorsorge nach DOSB-Richtlinien zuzuordnen. Profil 1 richtet sich an gesunde Personen aller Alterstufen mit Bewegungsmangel. Profil 2 entspricht einem Angebot mit sekundärpräventivem Schwerpunkt und richtet sich an Erwachsene, die bereits mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden zu kämpfen haben. Profil 3 ist konzipiert für Menschen aller Alterstufen, die unter unspezifischen Rückenschmerzen leiden, bzw. nach abgeschlossener medizinischer Behandlung spezieller Wirbelsäulenerkrankungen. Alle Angebote sollen in Form eines dreiteiligen Kurssystems (Einstiegs-, Aufbau- und Stabilisationskurs) von je 12 Einheiten aufgebaut sein (Heipertz-Hengst, 2005a).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden nun die von Heipertz-Hengst konzipierten Inhalte in die Qualitätskriterien gesundheitssportlicher Angebote nach Sudermann und Opper (2006) integriert (die DOSB-Richtlinien zur Anerkennung von Gütesiegelangeboten entsprechen inhaltlich weitgehend den folgenden Qualitätskriterien, weichen aber in der Reihenfolge der einzelnen Punkte davon ab; vgl. Wedekind, Pfeifer, Engels, Kunstmann & Dietrich, 2006):

- „Zielsetzungen, die sowohl konzeptionell begründet als auch umsetzbar und erreichbar sind“ (Sudermann & Opper, 2006). Heipertz-Hengst (2006) unterscheidet im Reiten als Gesundheitssport drei theoretisch voneinander getrennte Teilbereiche, die in der Praxis jedoch ineinander greifen:
 - * Gesundheitliche Trainingsziele – Diese Ziele beziehen sich auf das Training der physischen (siehe Kap. 2.4.1) und auch teilweise der psychischen (siehe Kap. 2.4.3) Gesundheitsressourcen, das durch Reiten selbst, bzw. im Rahmen von Bodenarbeit oder ergänzendem Training absolviert wird.
 - * Reiterliche Ausbildungsziele – Hier wird von Heipertz-Hengst (2006) unterschieden zwischen Ausbildungszielen für Einsteiger/innen und für geübte Reiter/innen.

Im Einstiegskurs für Neueinsteiger/innen werden grundlegende Fertigkeiten im Umgang mit dem Pferd, sowie der Erwerb des Wahrnehmungssitzes vor allem in der Gangart Schritt und einfache Bodenarbeitselemente vermittelt. Im Aufbaukurs geht es vorrangig um die Erarbeitung verschiedener Sitzformen im Wahrnehmungssitz in der Gangart Trab. Der Stabilisationskurs führt ein in den Galopp und das selbständige Reiten. Dabei sollte es anfangs ausschließlich um die Kontrolle des Pferdes bezüglich Gangart, Tempo und Richtung, nicht jedoch um die Einflussnahme auf die Haltung des Pferdes gehen (eig. Ergänzung).

Kurse für bereits geübte Reiter/innen bauen auf den vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Teilnehmer/innen auf und verknüpfen sie unabhängig von der reit-sportlichen Disziplin und Reitweise mit gesundheitsförderlichen Aspekten des Rei-tens oder der Bodenarbeit.

- * Ziele bezüglich der Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen (siehe Kap. 2.4.3). Inhalte hierbei können sich beziehen auf eine gesundheitsorientierte Lebensfüh-rung, auf Kenntnisse zu geeigneten Auf- und Abwärmübungen für Reiter/innen, zur Unfallverhütung im Umgang mit Pferden oder auch zur Pferde- und Reitkunde.
- „Definierte Zielgruppen, die klar umrissen sind“ (Sudermann & Opper, 2006). Im Rei-ten als Gesundheitssport wären hier folgende Zielgruppen neben der Definition durch die drei Profile (siehe oben) denkbar (Heipertz-Hengst, 2006):
 - * Altersgruppenspezifisch :

Kinder (6-15 Jahre)	Jugendliche (16-25 Jahre)
Junge Erwachsene (26-35 Jahre)	Erwachsene (36-50 Jahre)
Senioren 1 (51-70 Jahre)	Senioren 2 (> 71 Jahre)
 - * Geschlechtsspezifisch
 - * Beschwerdespezifisch (z. B. Rückenschmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw.)
 - * Ausbildungsspezifisch (Neueinsteiger, Fortgeschrittene).
- „Ziel und zielgruppenspezifisch strukturierte Interventionen und deren Dokumentation in Form von Übungsleitermanualen“ (Sudermann & Opper, 2006). Übungslei-tern/innen steht für den Einstiegs- und Abschlusstest ein standardisiertes Testmanual in Form eines „Fitness-Test für Reiter, Basistest“ (Heipertz-Hengst, 2005b), sowie ein standardisierter Fragebogen und die Programmbausteine zur Verfügung. Anregungen für Übungen auf dem Pferd und im Umfeld des Reitstalles finden sich in den von Hei-pertz-Hengst herausgegebenen und verfassten Werken „FN-Handbuch Reiten als Gesundheitssport“ (Heipertz-Hengst & Heipertz, 2003) und „Fit fürs Pferd“ (Heipertz-Hengst, 2002). Es wird empfohlen, Teilnehmern/innen vor Einstieg in ein gesund-heitssportliches Reitprogramm eine Gesundheitsvorsorgeuntersuchung naheulegen, bzw. im Zweifelsfall kann auch die Vorlage einer ärztlichen Unbedenklichkeitserklä-rung verlangt werden (vgl. DOSB, 2008). Weiters werden einheitliche Organisations-strukturen für alle Angebote festgelegt, die sich auf das Anbieten einer Informations-veranstaltung, den Kursaufbau, die Kursinhalte, die Anforderungen an die Ausstat-

tung der Reitanlage und ein mögliches Motivationsabzeichen, welches reiterliche und gesundheitsrelevante Teilprüfungen enthält, beziehen (Heipertz-Hengst, 2005).

- „Maßnahmen zur Sicherung der Qualität, insbesondere auch der Effekte der Programme (Evidenzbasierung)“ (Sudermann & Opper, 2006). Eine Studie von Heipertz-Hengst in Form einer Befragung und Testung von Teilnehmern/innen an gesundheitssportlich orientierten Angeboten im Reiten ohne Gütesiegel-Zertifizierung wird nach Abschluss der hier vorliegenden Arbeit an einem Schulungswochenende für Ausbilder/innen im Reiten als Gesundheitssport vorgestellt (briefliche Information durch die Deutschen Reiterlichen Vereinigung). Mit Ausnahme dieser Studie und einer, allerdings infolge der geringen Probandenzahl (N = 9) wenig aussagekräftigen, Studie im Rahmen einer Diplomarbeit (Hiesemann, 2007), liegen derzeit keine veröffentlichten (wissenschaftlichen) Ergebnisse zur Wirksamkeit des Reitens als Gesundheitssport vor. Auch auf mehrmalige Anfrage bei der zentralen Initiatorin des Reitens als Gesundheitssport, Dr. Sportwiss. Christine Heipertz-Hengst nach der in der Beschreibung des Verbandsprogramms der Deutschen Reiterlichen Vereinigung (Heipertz-Hengst, 2006) erwähnten „Publikationsliste“ und den „wissenschaftlichen Studien“, auf die im FN-Handbuch Reiten als Gesundheitssport hingewiesen wird, erhielt die Verfasserin keine Antwort. Hauptverantwortlich für alle inhaltlichen Fachfragen zeichnet der Arbeitskreis Reiten als Gesundheitssport, dem folgende vier Mitglieder angehören: Hoffmann, D., Daute, H., Walde, S. und Heipertz-Hengst, Ch. Die Einrichtung regionaler Qualitätszirkel ist geplant.
- „Qualifizierte Übungsleiter, die in der Lage sind, im Rahmen von Gesundheitssportprogrammen flexibel und situationsbezogen zu arbeiten“ (Sudermann & Opper, 2006). Die Zusatzqualifikation zum „Ausbilder/in im Reiten als Gesundheitssport“ wurde erstmalig 1997 als Pilotprojekt durchgeführt, und ist seit 2000 Bestandteil der APO (Ausbildungsprüfungsordnung der FN). Sie enthält die DOSB-Lizenz „Übungsleiter Prävention“. Die Qualifikation entstand in Zusammenarbeit der FN mit dem DOSB und der Verwaltungsberufsgenossenschaft (VGB) (vgl. Heipertz-Hengst, 2006). Die Ausbildung besteht in einem zweiteiligen Lehrgang von:
 - * 40 LE an einer von der Deutschen Reiterlichen Vereinigung beauftragten Landes- oder Fachreitschule abschließender praktischer Lehrprobe
 - * 70 UE an einer VGB Akademie für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz mit abschließender schriftlicher und mündlicher Prüfung.

Die Übungsleiter-Lizenz muss innerhalb von vier Jahren durch ein spezielles gesundheitssportliches Fortbildungsseminar von 15 LE, zu dem auch ein schriftlicher Projektbericht vorzulegen ist, verlängert werden (Heipertz-Hengst, 2006).

- „Adäquate Implementierung in Settings, mit interner und externer Vernetzung sowie Kommunikation der Programme“ (Sudermann & Opper, 2006). Alle Angebote im Zusammenhang mit der Sparte „Reiten als Gesundheitssport“ werden über die Internetseiten der Deutschen Reiterlichen Vereinigung und des DOSB kommuniziert. Es besteht eine enge Zusammenarbeit im Rahmen der Zusatzqualifizierung von Ausbildern/innen im Reiten als Gesundheitssport mit der Verwaltungsberufsgenossenschaft. Lokale Kooperationen mit Ärzten und Gesundheitsinstitutionen werden angestrebt. Ein bundesweit agierender „Förderverein Gesundheitssport Reiten e. V.“ engagiert sich für die

„ideelle Förderung und die Verbreitung des Gesundheitssportes Reiten als eine Form der vorbeugenden Gesundheitspflege, insbesondere durch die wissenschaftliche Begleitung (Evaluation), fachliche Beratung und sportmedizinische Fortbildung der Mitglieder mittels Informationsmaterial und Veranstaltungen“ (Heipertz-Hengst, 2006).

2.5 Zielgruppen im Reiten als Gesundheitssport

Zu den Zielgruppen im Reiten als Gesundheitssport siehe Kap. 2.4.6.

2.6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen zur Eignung von Reiten als Gesundheitssport

Die Fragen, ob Reiten auch als gesundheitssportliche Aktivität betrieben werden kann und inwieweit die sechs Kernziele von Gesundheitssport dabei berücksichtigt werden können, sind nicht ganz einfach zu beantworten. Einige Aspekte des Reitens eignen sich hervorragend zur Förderung der Gesundheit in biopsychosozialem Sinn, in einigen Bereichen ist Reiten allein jedoch nicht ausreichend zur Erreichung der sechs Kernziele von Gesundheitssport. Die tendenziell eher hohen Zugangsbarrieren vor allem in finanzieller Hinsicht, aber auch bezüglich der Erreichbarkeit der Ausübungsorte sprechen sogar eher gegen eine Eignung von Reiten als Gesundheitssport für alle.

Im Bereich der Stärkung physischer Gesundheitsressourcen besteht teilweise noch großer Forschungsbedarf zur Klärung der tatsächlichen körperlichen Belastungssituation während des Reitens, bzw. während verschiedener Ausübungsvarianten des Reitens in weitestem Sinne (also auch wenn der/die Reiter/in das Pferd nicht selbst lenkt und kontrolliert).

Bezüglich des Ausdauertrainings erscheint es fraglich, inwieweit gesundheitsrelevante Belastungsnormative tatsächlich während des Reitens selbst umgesetzt werden können. Günstigere Trainingsformen der allgemeinen aeroben Langzeitausdauer in Form der Fahrtspiel- oder intermittierenden Methode lassen sich dagegen in der Bodenarbeit vermuten. Messungen stehen allerdings noch aus.

Da das Reiten für gesunde Menschen, die allenfalls unter einem Mangel an körperlicher Beanspruchung leiden, vermutlich nicht ausreichend ist, um gesundheitsförderliche Kraftzuwächse und Prozesse im Rahmen des Knochenaufbaus zu erzielen, bzw. vorhandene Krafftfähigkeiten und einen gesunden Knochendichtestatus zu erhalten, besteht hier gezielter Ergänzungsbedarf im Sinne eines Kraftausdauertrainings. Aus den Erfahrungen der Hippotherapie lässt sich jedoch sagen, dass die Kraftreize, vor allem auf die tiefe Rumpfmuskulatur, beim Reiten im korrekten Wahrnehmungssitz ausreichend sein dürften, um eine gesunde Körperhaltung zu fördern. Auch in Bezug auf die Krafftfähigkeiten sollten jedoch genauere Untersuchungen unternommen werden, um die tatsächliche Beanspruchung abzuklären.

Im Zusammenhang mit der Gelenkbeweglichkeit kann von einer relativ guten Wirkung des Reitens in Kombination mit einem gesundheitsorientierten Aufwärmen vor dem Aufsteigen und unter der Voraussetzung einer weitgehenden Losgelassenheit des Reiters/der Reiterin ausgegangen werden. Hinsichtlich der Dehnfähigkeit der Muskulatur besteht bei stärkeren Verkürzungen zusätzlicher Trainingsbedarf.

Eine hervorragende Eignung kann im Reiten bezüglich der koordinativen Fähigkeiten im Zusammenhang mit einer gesunden Körperhaltung gesehen werden. Aber auch hinsichtlich der Fähigkeiten in weiterem Sinne von Koordination, bietet das Reiten, aber auch der Umgang mit dem Pferd, bzw. besonders die Bodenarbeit eine ungeheure Vielfalt an Trainingsmöglichkeiten.

Auf dem Gebiet der Entspannung können ebenfalls zahlreiche Situationen und Tätigkeiten auf und mit dem Pferd genutzt werden. Hierbei kommt es jedoch ganz besonders auf eine entsprechende Gestaltung der Bedingungen durch den/die Ausbilder/in an, um die Voraussetzungen für ein „Loslassen“, „Einschwingen“, „Durchatmen“ der Teilnehmer/innen zu schaffen.

Das Anstreben von Kernziel 2, die Vorbeugung gegenüber und Verringerung von Risikofaktoren, hängt eng mit der Stärkung der physischen Gesundheitsressourcen zusammen. D. h., mit einigen bereits angesprochenen Ergänzungen, kann Reiten als Gesundheits-sport durchaus zur Bekämpfung mehrerer Risikofaktoren herangezogen werden. Besonders die vielfältigen körperlichen Tätigkeiten, die im Rahmen der Pferdeversorgung zu

leisten sind, können einen wesentlichen Beitrag zur Erhöhung des Aktivitätsniveaus im Sinne von Lebensstilaktivitäten beitragen und damit dem derzeit mächtigsten gesundheitlichen Risikofaktor, dem Bewegungsmangel, entgegenwirken.

Erfahrungen aus dem Heilpädagogischen und psychotherapeutisch orientierten Reiten weisen auf die besonderen Wirkungen des Umgangs mit und Reitens auf dem Pferd auf die menschliche Psyche hin. Besonders für ein effektives Stimmungsmanagement kann die Eigenschaft des Pferdes, tiefer liegende innere Zustände seines jeweiligen menschlichen Gegenübers sichtbar und damit bearbeitbar zu machen, hervorragend genutzt werden.

Der starke Aufforderungscharakter, den das Pferd als soziales und emotional sensibles Wesen auf den Menschen ausübt, bzw. die Möglichkeit, sich vom Pferd tragen zu lassen, können auch die Motivation zur Wissenserweiterung fördern. Es liegt am Geschick des/der Ausbilders/in, Informationen zum Pferd mit gesundheitlich relevanten Themen so zu verknüpfen, dass sie für die Teilnehmer/innen leicht einpräglich und verhaltenssteuernd werden.

In verschiedenen Befragungen zeigten sich die Erwartungen der Bevölkerung an das Reiten, bzw. den Umgang mit Pferden, als durchaus günstig für die Nutzung der Potentiale dieser sportlichen Aktivität zur ganzheitlichen Förderung der Gesundheit.

Mit seiner starken Verankerung im Hier und Jetzt und durch seine vorurteilslose Kommunikationsfähigkeit, bietet das Pferd herausragende Gelegenheiten zu Selbstwirksamkeitserfahrungen für den Menschen, der sich mit ihm befasst. Allerdings müssen im Rahmen der Gestaltung entsprechender Angebote mit Pferden wahrgenommene finanzielle und durch einen Mangel an Information bedingte Barrieren beseitigt werden.

Bei einer entsprechenden Gestaltung des Erfahrungsrahmens durch den/die Übungsleiter/in kann die unvoreingenommene und von gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen völlig unabhängige Haltung des Pferdes dem Menschen gegenüber wirksam zum Aufbau und der Verbesserung eines positiven Körperkonzepts genutzt werden. Die besondere Möglichkeit, sich von diesem Tier tragen und dessen Bewegung auf den eigenen Körper wirken zu lassen, kann die Selbstwahrnehmung einer Person durchaus sehr positiv beeinflussen. Diese Erfahrung eines Bewegungsdialogs ist in dieser Form mit keinem anderen Lebewesen möglich.

Ebenso kann das Pferd als Herdentier mit „seinem Bedürfnis nach engen Bindungen in einer fest definierten Gemeinschaft“ (von Rüst McCormick & McCormick, 1997), ohne dass es dabei beeinflusst wird von doppeldeutiger Kommunikation, dem Menschen helfen, auch in seine zwischenmenschlichen Beziehungen mehr Klarheit und Sachlichkeit zu

integrieren (vgl. Kröger, 2005a). Das gemeinsame Beschäftigungsthema, nämlich die Aktivitäten mit dem Pferd, bieten darüber hinaus Anlass zu verbalem Austausch unter den Teilnehmern/innen.

Da Reiten und der Umgang mit dem Pferd sehr differenziert abgestuft werden kann bezüglich der körperlichen Beanspruchungen und in vielen Varianten praktizierbar ist, eignet es sich besonders auch für Menschen, die bereits unter gewissen gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Zudem bietet es sich bestens als sogenannter Lifetime-Sport an, unabhängig, ob es von früher Jugend an bereits ausgeübt oder erst in höherem Alter begonnen wird (vgl. Heipertz-Hengst, 2003; IPSOS, 2001). Besondere Möglichkeiten bietet gesundheitssportliches Reiten als ganzheitlicher Ansatz in der primären und sekundären Prävention unspezifischer Rückenschmerzen sowie bei psychosomatischen und psychischen Beschwerden. Ein spezifisch auf die jeweiligen Beeinträchtigungen ausgerichtetes Angebot ist dabei allerdings Voraussetzung, ebenso wie die Unbedenklichkeitsbescheinigung eines/einer mit dem Reiten vertrauten Arztes/Ärztin.

Das Interesse der Bevölkerung an Pferden kann mit 25% (Peiskammer & Josef, 2008) als relativ groß bezeichnet werden. Das bedeutet, dass zumindest eine positive Grundeinstellung gegenüber dem Pferd angenommen werden kann (vgl. IPSOS, 2001). Das Ausstiegsverhalten aus dem aktiven Reitsport entspricht im Wesentlichen den Abbrüchen in anderen Sportarten, wie z. B. dem Turnen (vgl. Menze-Sonneck, 1998). Dennoch gibt es vor allem eine finanzielle Barriere, die viele Interessierte daran hindert, mit dem Reiten zu beginnen. In Bezug auf andere wahrgenommene Barrieren, wie z. B. Zeitmangel, unterscheidet sich Reiten (als Gesundheitssport) wahrscheinlich kaum von anderen Sportarten (vgl. Pahmeier, 2006). Unter Berücksichtigung einiger Prinzipien bei der Konzipierung und Umsetzung gesundheitssportlicher Angebote im Reiten, kann das Bindungsverhalten jedoch positiv beeinflusst werden (vgl. Fuchs, 2006). Einige Faktoren, die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bindung an das Reiten als Gesundheitssport darstellen, überschneiden sich mit der Schaffung und Optimierung geeigneter Verhältnisse und Strukturen auf mehreren Ebenen.

Mit der Durchführung des neuen Lehrgangs zum/Ausbilder/in im Reiten als Gesundheitssport durch die Deutsche Reiterliche Vereinigung und der Anerkennung dieser Sparte als Gütesiegelangebot durch den DOSB, sind die wichtigsten Voraussetzungen für eine Etablierung dieses gesundheitssportlichen Angebots in Deutschland bereits erfüllt. Da Reiten als Gesundheitssport noch wenig bekannt ist, kommt es nun auf eine entsprechende Bewerbung dieser gesundheitsförderlichen Maßnahme innerhalb der Bevölkerung, aber auch gegenüber Ärzten/innen und anderen gesundheitsrelevanten Institutionen sowie auf die Verankerung in verschiedenen Settings an. Weiters erscheint die wissenschaftliche

Evaluation bereits bestehender Angebote im Reiten als Gesundheitssport von großer Bedeutung, vor allem hinsichtlich der Kostenbeteiligung durch Träger des Gesundheitswesens und damit der Zugangsermöglichung zum gesundheitssportlichen Reiten auch für wirtschaftlich benachteiligte Personen.

Abschließend lässt sich also feststellen, dass Reiten, verstanden in einem weiten Sinne oder unter der Bezeichnung „Gesundheitssport mit Pferden“, unter Einbeziehung des Umgangs mit dem Pferd und ergänzt durch ein gezieltes Ausdauer-, Kraft- und Beweglichkeitstraining, sich sehr gut als Gesundheitssport eignen könnte. Allerdings müssten die Potentiale, die es bietet, von den in gesundheitlicher Sicht stärker gefährdeten Bevölkerungsgruppen auch als solche wahrgenommen werden, und es müsste der Zugang zu entsprechenden Angeboten gerade für diese Menschen ermöglicht werden. Allgemein kommt es beim Reiten, wie bei anderen Sportarten auch, vor allem auf eine entsprechende Gestaltung der jeweiligen Maßnahme in gesundheitsförderlicher Hinsicht an. D. h., Reiten an sich ist nicht automatisch gesund. Die sechs Kernziele von Gesundheitssport lassen sich insgesamt jedoch gut im Reiten umsetzen, wenn oben genannte Ergänzungen berücksichtigt werden. Die Beseitigung der finanziellen Barriere durch niederschwellige Konzepte, wie sie z. B. die Jugendfarm darstellt, erscheint zumindest nicht unmöglich.

Literatur

- Albrecht, Karin. (2003). *Körperhaltung. Haltungskorrektur und Stabilität in Training und Alltag*. Stuttgart: Karl F. Haug Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH + Co. KG.
- Albrecht, Kurt. (1995). Die Ausbildung des Dressurpferdes bis zur Hohen Schule. In P. Thein (Fachredaktion), *Handbuch Pferd. Zucht. Haltung. Ausbildung. Sport. Medizin. Recht*. München, Wien, Zürich: BLV Verlagsgesellschaft mbH. 5., überarb. und erw. Aufl.
- Allmer, H. (2006). Psychische Probleme. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 416-426). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Ayres, J. (1998). *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio: Springer. 3. Aufl.
- Bär, C. (2003). Therapeutisches Reiten mit Kindern aus der Psychomotorischen Therapie. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 126-137). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bareiss, H.-J. (1996). Therapeutische Mensch-Pferd-Interaktion (TMPI). Grundzüge eines ganzheitlichen und mehrdimensionalen Strukturmodells. *Praxis der Psychomotorik*, 21, S. 93-99.
- Baum, D. (1994). Psychisch kranke Menschen auf dem Pferd. In M. Gäng (Hrsgin.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (S. 227-264). München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt. 3. veränd. Aufl.
- Baum, D. (2005a). Durchführungsformen der heilpädagogischen Arbeit mit und auf dem Pferd. In A. Kröger (Hrsg.), *Partnerschaftlich miteinander umgehen. Erfahrungen und Anregungen für ... Lehrer, Eltern, Reiter, Voltigierer, Fachleute in Pädagogik und Therapie* (S. 75-78). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Baum, D. (2005b). Förderung der emotionalen Kompetenz im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren. In A. Kröger (Hrsg.), *Partnerschaftlich miteinander umgehen. Erfahrungen und Anregungen für ... Lehrer, Eltern, Reiter, Voltigierer, Fachleute in Pädagogik und Therapie* (S. 78-81). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Baum, D. (2005c). Einzelne Aspekte der Handlungsorientierung im HPR. In A. Kröger (Hrsg.), *Partnerschaftlich miteinander umgehen. Erfahrungen und Anregungen für ... Lehrer, Eltern, Reiter, Voltigierer, Fachleute in Pädagogik und Therapie* (S. 201-217). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Baumann, C. (2003). Reittherapie mit einem Jugendlichen mit schizophrener Psychose. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 200-208). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Blume, S. (2003). Therapeutisches Reiten und Logopädie. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 107-115). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brandenberger, G. (2003). In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 85-95). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Becker, P. (2006). Gesundheit und Gesundheitsmodelle. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 31-41). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Bentley, J. (1999). *Reiten ohne Stress und Angst*. Lüneburg: Cadmos Verlag GmbH.
- Berg, A. & König, D. (2005). Inaktivität als Risikofaktor. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 21, 104-108.
- Berg, A. & König, D. (2006). Körperliche Belastung und Adaptation. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 69-81). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Bittmann, F. & Badtke, G. (2006). Rückenprobleme, Haltung und Aktivität. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 392-415). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Boeckh-Behrens, W.-U. & Buskies, W. (2006). Krafftähigkeit. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 255-264). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Bös, K. & Banzer, W. (2002). Ausdauerfähigkeit. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 239-254). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Brehm, W. (2006). Stimmung und Stimmungsmanagement. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 321-333). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollständig neu bearb. Aufl.
- Brehm, W., Janke, A., Sygusch, R. & Wagner, P. (2006). *Gesund durch Gesundheitssport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitssportprogrammen*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Brehm, W. & Bös, K. (2006). Gesundheitssport: Ein zentrales Element der Prävention und der Gesundheitsförderung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 7-28). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollständig neu bearb. Aufl.
- Brehm, W. & Bös, K. (2006). Gesundheitssport: Ein zentrales Element der Prävention und der Gesundheitsförderung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 9-28). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.

- Brehm, W., Bös, K., Opper, E. & Saam, J. (2002). *Gesundheitssportprogramme in Deutschland*. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.
- Brehm, W. & Pahmeier, I. (2006). Konsequenz- und Kompetenzerwartungen. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 346-356). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Breiter, A. (1998). Therapeutisches Reiten in der Psychiatrie. In M. Gäng (Hrsgin.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 142-157). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Breiter, A. (2003). Therapeutisches Reiten in der Psychiatrie. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 68-95). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brühwiler Senn, R. (2003). Personenzentrierter Ansatz und körperorientierte Interventionen in der Reittherapie. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 57-67). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bürklein, M. (2007). Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmodelle. In L. Vogt & A. Neumann (Hrsg.), *Sport in der Prävention. Handbuch für Übungsleiter, Sportlehrer, Physiotherapeuten und Trainer. In Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund* (S. 5-31). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. 2. überarb. Aufl.
- Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft (1965). *Die Spanische Reitschule Wien*. Wien: Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft. 3. Aufl.
- Burgon, H. (2002). Case study of a Group of Adult Users of a Mental Health Team Receiving Riding Therapy. *Scientific Journal of Therapeutic Riding*, 8, 55-68.
- Chmiel, C. (1992). Grundlagen der Trainingslehre. In Deutsche Reiterliche Vereinigung e.V. – Bereich Sport, Abteilung Ausbildung – Hauptverband für Zucht und Prüfung deutscher Pferde, Fédération Nationale (FN) (Hrsgin) *Sportlehre. Lernen, lehren und Trainieren im Pferdesport*, (S. 128-148). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH. 2. Aufl.
- Delecluse, C., Colman, V., Roelants, M., Verschueren, S., Derave, W., Ceux, T., Eijnde, B., Seghers, J., Pardaens, K., Brumagne, S., Goris, M., Buekers, M., Spaepen, A., Swinnen, S. und Stijnen, V. (2004). Exercise programs for older men: mode and intensity to induce the highest possible health-related benefits. *Preventive Medicine*, 39, 823-833.
- Deppisch, J. (1990a). Pferde ganzheitlich erleben 1. Warum fühlen sich Kinder vom Pferd so angezogen? Bewegungserziehung und Wahrnehmungsschulung für drei- bis achtjährige Kinder. *Freizeit im Sattel*, 11, S. 360-362.
- Deppisch, J. (1990b). Pferde ganzheitlich erleben 2. Erziehung durch Bewegung. Wie sich motopädagogische Prinzipien auf den Umgang mit dem Pferd übertragen lassen. *Freizeit im Sattel*, 12, S. 486-488.
- Deutsche Reiterliche Vereinigung e.V. – Bereich Sport - Hauptverband für Zucht und Prüfung deutscher Pferde, Fédération Nationale (FN) (1994) (Hrsgin), *Richtlinien für Reiten und Fahren Band 1. Grundausbildung für Reiter und Pferd*. Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Deutsche Reiterliche Vereinigung e.V. Hauptverband für Zucht und Prüfung deutscher Pferde, Fédération Nationale (FN) - Abteilung Jugend - (1997) (Hrsgin). *FN-Handbuch Schulsport. Reiten und Voltigieren in der Schule*. Warendorf: FNverlag.
- Diacont, K. (1998). *Die Reiterhilfen für Anfänger: Sitz; Hilfegebung; Einwirkung verstehen*. München, Wien: BLV Verlagsgesellschaft mbH. 2. Aufl.
- Dietze, S. von (2003). *Balance in der Bewegung. Der Sitz des Reiters*. Warendorf: FN-Verlag der Dt. Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Dreisbach, G. (2003). Therapeutisches Reiten als ganzheitliche Förderung der Entwicklung und Integration eines Kindes in seine Pflegefamilie. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 215-231). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Eberle-Gäng, S. (1998). Aufbau einer Beziehung zum Pferd: eine Maßnahme für die Entwicklung und Erziehung von Menschen mit geistiger Behinderung. In M. Gäng (Hrsgin), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 128-141). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Elmadfa, I. & Leitzmann, C. (1998). *Ernährung des Menschen*. Stuttgart (Hohenheim): Verlag Eugen Ulmer GmbH & Co.. 3. Aufl.
- Fessler, N. (2006). Entspannungsfähigkeit. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 290-306). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. neu bearb. Aufl.
- Fiatarone Singh, M. A. (2002). Exercise Comes of Age: Rationale and Recommendations for a Geriatric Exercise Prescription. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, [57A], 5, M262-M282.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Fuchs, R. (2006). Verhaltensänderungsmodelle und Konsequenzen zur sportlichen Aktivierung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 211-221). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.

- Gäng, M. (1994). Heilpädagogisches Reiten. In M. Gäng (Hrsgin.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (S. 23-96). München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt. 3. veränd. Aufl.
- Gäng, M. (2003). Einleitung: Therapien mit dem Pferd – Therapeutisches Reiten. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 12-20). München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt.
- Gehrig, R. (2003). Reittherapie mit einer Jugendlichen im Rehabilitationszentrum. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 190-199). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Graf, Ch. & Rost, R. (2006). Herz-Kreislauf-Probleme. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheits-sport* (S. 381-391). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Groth, B. (2005). Vom Getragenwerden zum Dialog. Darstellung einer tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie unter Einbeziehung von Pferde. In Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie und Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V. (Hrsgin.), *Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis* (S. 39-51). Warendorf: FNverlag.
- Haber, P. (2001). *Leitfaden zur medizinischen Trainingsberatung. Von der Rehabilitation bis zum Leistungssport*. Wien, New York: Springer.
- Hackfort, D. (2003). Aspekte der Sportpsychologie. In C. Heipertz-Hengst & W. Heipertz (Hrsg.), *FN-Handbuch Reiten als Gesundheitssport. Basiswissen Sportmedizin für Reitausbilder* (S. 109-119). Warendorf: FN-Verlag.
- Häuser, S. (2003). Die Prinzipien der Langzügellarbeit beim Therapeutischen Reiten. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 156-169). München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt.
- Hauser, G. (2003). Systemische Ansätze in der Reittherapie. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 50-56). München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt.
- Heinemann, K. (1990). *Einführung in die Soziologie des Sports*. Schorndorf: Hofmann Verlag. 3. erweiterte und verbesserte Auflage.
- Heipertz, W. (2003). Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit. In C. Heipertz-Hengst & W. Heipertz (Hrsg.), *FN-Handbuch Reiten als Gesundheitssport. Basiswissen Sportmedizin für Reitausbilder*, (S. 81-107). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Heipertz-Hengst, C. (2002). *Fit fürs Pferd. Gesundheit. Leistung. Sicherheit. Das Trainingsbuch für Reiter*. Lüneburg: Cadmos Verlag GmbH.
- Heipertz-Hengst, C. (2003). Angewandte Reitlehre. In C. Heipertz-Hengst & W. Heipertz (Hrsg.), *FN-Handbuch Reiten als Gesundheitssport. Basiswissen Sportmedizin für Reitausbilder*, (S. 121-151). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Herda, C. (2003). Reittherapie als Ergänzung der Ergotherapie. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 116-125). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hess, C. (1998). Pädagogische Grundgedanken zum Pferdesport. In Deutsche Reiterliche Vereinigung e.V. – Bereich Sport, Abteilung Ausbildung – Hauptverband für Zucht und Prüfung deutscher Pferde, Fédération Equestre Nationale (FN) (Hrsg.), *Sportlehre. Lernen, Lehren und Trainieren im Pferdesport*, (S. 11-16). 2. Aufl.
- Hildebrandt, J. (2005). Paradigmenwechsel im Umgang mit dem Rückenschmerz – Konsequenzen für bewegungstherapeutische Interventionen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 21, 146-151.
- Hübener, E. (2000). Vom Reiten zur Reitkunst. Pferd & Freizeit. *Verbandszeitschrift des VFD*, 3.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2004). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In k. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 11-19). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- IPSOS (2001). *Marktanalyse Pferdesportler in Deutschland 2001*. Deutsche Reiterliche Vereinigung FN (Hrsg.). Izquierdo, M., Ibañez, J., Häkkinen, K., Kraemer, W. J., Larión, J. L. & Gorostiaga, E. M. (2004). Once Weekly Combined Resistance and Cardiovascular Training in Healthy Older Men. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 3, 435-443.
- Jenzer, M. (1998). Das Pferd und sein Einsatz in der heilpädagogischen Arbeit. In M. Gäng (Hrsgin.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 38-52). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Jurklics, R. (1998a). Körper- und Bodenarbeit bei der Ausbildung des Therapiepferdes und im Einsatz des Heilpädagogischen Reitens. In M. Gäng (Hrsgin.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 53-78). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Jurklics, R. (1998b). Heilpädagogisches Reiten und der Umgang mit dem Pferd als Interventionsmöglichkeit bei Familienkrisen. In M. Gäng (Hrsgin.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 119-127). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Kallinen, M, Sipilä, S, Alen, M, Suominen, H. (2002). Improving cardiovascular fitness by strength or endurance training in women aged 76-78 years. A population-based, randomized controlled trial. *Age and Ageing* 2002, 31, 247-254.

- Kanning, M. & Schlicht, W. (2006). Präventive Interventionen in verschiedenen Settings. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 167-180). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollständig neu bearb. Aufl.
- Kindermann, W., Jüngst, B.-K., Philipp, H., Rosemeyer, B., Rost, R., Schwenkmezger, P. und Zimmermann, E. (1993). Ein Vorschlag zur Definition des Begriffs Gesundheitssport. *Sportwissenschaft*, 23, 197-199.
- Kiphard, J. (1980). *Motopädagogik*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Klein, H. H. (2001). Stress und Herzinfarkt. *Herz* 2001, 5, 360-364.
- Klüwer, B. (2005). Selbsterfahrung auf dem Pferd. In Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie und Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V. (Hrsgin.), *Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis* (S. 10-19). Warendorf: FNverlag.
- Klüwer, C. (2005). Die Entwicklung des ThR international und die Stellung des Heilpädagogischen Voltigierens/Reitens innerhalb des ThR. In A. Kröger (Hrsg.), *Partnerschaftlich miteinander umgehen. Erfahrungen und Anregungen für ... Lehrer, Eltern, Reiter, Voltigierer, Fachleute in Pädagogik und Therapie* (S. 14-17). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Knoll, M., Banzer, W. & Bös, K. (2006). Aktivität und physische Gesundheit. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 82-102). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Krämer, M. & Schumacher, J. (2002). *Die Kosmos Reitlehre. Erfolgreich im Sattel von Anfang an*. Stuttgart: Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co.
- Kröger, A. (1994). Heilpädagogisches Voltigieren. In M. Gäng (Hrsgin.), *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (S. 97-122). München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt. 3. veränd. Aufl.
- Kröger, A. (2005a). Menschliche Interaktion in sachorientierter Partnerschaft – Theorie und Praxis. In A. Kröger (Hrsg.), *Partnerschaftlich miteinander umgehen. Erfahrungen und Anregungen für ... Lehrer, Eltern, Reiter, Voltigierer, Fachleute in Pädagogik und Therapie* (S. 30-51). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Kröger, A. (2005b). Die Partner im HPV/R. In A. Kröger (Hrsg.), *Partnerschaftlich miteinander umgehen. Erfahrungen und Anregungen für ... Lehrer, Eltern, Reiter, Voltigierer, Fachleute in Pädagogik und Therapie* (S. 52-69). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Künzle, U. (2000). *Hippotherapie auf den Grundlagen der Funktionellen Bewegungslehre Klein-Vogelbach. Hippotherapie-K®. Theorie, praktische Anwendung, Wirksamkeitsnachweis*. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio: Springer-Verlag.
- Lagerstrøm, D. & Liedtke, G. (2004). Friluftsliv – eine neue Dimension in der Vorbeugung und Therapie von Bewegungsmangelkrankungen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 20, 6-11.
- Lang, K. (2007). Kriterien und Planung präventiver Vereinssportangebote. In L. Vogt & A. Neumann (Hrsg.), *Sport in der Prävention. Handbuch für Übungsleiter, Sportlehrer, Physiotherapeuten und Trainer. In Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund* (S. 169-187). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. 2. überarb. Aufl.
- Laug, E. (2006). Wanderreiten. Erlebnispädagogische Aktivitäten im Kinderhof Campemoor. In M. Gäng (Hrsgin.), *Erlebnispädagogik mit dem Pferd. Erprobte Projekte aus der Praxis*. (S. 22-44). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG, Verlag, München.
- Leibfried, S. (2006). Erlebnispädagogik für alle: Pferde auf der Jugendfarm. In M. Gäng (Hrsgin.), *Erlebnispädagogik mit dem Pferd. Erprobte Projekte aus der Praxis*. (S. 13-21). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG, Verlag, München.
- Letzelter, M. (1978). *Trainingsgrundlagen. Training, Technik, Taktik*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Loose, A.-C. (2007). *Cavallo-Pädagogik und Cavallo-Therapie – Förderung hoch zu Ross. Eine Kombination von Bobath-Therapie, Wahrnehmungsförderung und Erziehung*. München, Bad Kissingen, Berlin, Düsseldorf, Heidelberg: Richard Plum Verlag.
- Lühmann, D. (2005). Prävention von Rückenschmerz – Grundlagen und mögliche Interventionsstrategien. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 21, 138-145.
- Mechtler, C. (2008). *Marktsegmentierung von Pferdesportlern in Österreich. Motive, Ausübungsgewohnheiten u.v.m. Gesamtversion*. Wien: Marktforschung und Werbeagentur.
- Mehlem, M. (2005). Angst und Pferde – Wege zur Bewältigung und Integration von Ängsten mit Hilfe der Pferde. In Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie und Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V. (Hrsgin.), *Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis* (S. 20-38). Warendorf: FNverlag.
- Meinel, K. & Schnabel, G. (1998). *Bewegungslehre – Sportmotorik. Abriß einer Theorie der sportlichen Motorik unter pädagogischem Aspekt*. Berlin: Sportverlag Berlin GmbH. 9., stark überarb. Aufl.
- Menze-Sonneck, A. (1998). *Mädchen und junge Frauen im Sportverein. Sportkarrieren und Fluktuation im Turnen*. Reihe Sportwissenschaft; Bd. 26. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

- Meul, T. (2003). Reittherapie mit einem entwicklungsverzögerten Kind drei Jahre nach der Frühgeburt. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 209-214). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Meyners, E. (2003). *Das Bewegungsgefühl des Reiters. Das innere Auge schulen. Reiterliche Probleme lösen. Mit über 300 praktischen Übungen*. Stuttgart: Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co.
- Meyners, E. (2005). *Bewegungsgefühl und Reitersitz. Reitfehler vermeiden – Sitzprobleme lösen*. Stuttgart: Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co. KG.
- Miesner, S., Putz, M., Plewa, M., Meyners, E. & Frömming, A. (2000). *Die Deutsche Reitlehre. Der Reiter*. Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung: umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Neumann, G. & Hottenrott, K. (2002). *Das große Buch vom Laufen*. Aachen: Meyer und Meyer.
- Nowacki, P. E. (1985). Training und Sport als Mittel der präventiven in der technisierten Umwelt. In I.-W. Franz, H. Mellerowicz & W. Noack (Hrsg.), *Training und Sport zur Prävention und Rehabilitation in der technisierten Umwelt. Training and Sport for Prevention and Rehabilitation in the Technicized Environment* (S. 28-41). Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer-Verlag.
- Ölsböck, L. (1996). Wertigkeit der Hippotherapie in der Behandlung cerebralparetischer und mehrfachbehinderter Kinder. In DKThR (Hrsg.), *Hippotherapie, Sonderheft 1996* (S. 44-48). Warendorf: Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.
- Opper, E., Brehm, W., Bös, K. & Saam, J. (2006). Zielgruppenspezifische Interventionen: Gesundheitssportprogramme. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 154-166). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Oschütz, H. & Blinova, K. (2003). Training im Alter. In D. Denk, D. Pache, H.-J. Schaller (Hrsg.), *Handbuch Alterssport* (147-198). Schorndorf: Verlag Hofmann.
- Pahmeier, I. (2006). Barrieren vor und Bindung an gesundheitssportliche Aktivität. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 222-235). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Pahmeier, I., Tiemann, M. & Brehm, W. (2006). Multiple Beschwerden. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 427-440). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Parelli, P. (1995). *Natural Horse-man-ship*. Wipperfurth: Ute Kierdorf Verlag.
- Pauel, C. (2005). Handlungsorientierung im heilpädagogischen Reiten. In A. Kröger (Hrsg.), *Partnerschaftlich miteinander umgehen. Erfahrungen und Anregungen für ... Lehrer, Eltern, Reiter, Voltigierer, Fachleute in Pädagogik und Therapie* (S. 156-200). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Pfeifer, K. (2006). Koordinationsfähigkeit. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 275-289). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Pfingsten, M. (2005). Bio-psychoziale Einflussfaktoren bei Rückenschmerz. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 21, 152-158.
- Podhajsky, A. (1965). *Die klassische Reitkunst. Eine Reitlehre von den Anfängen bis zur Vollendung*. München: Nymphenburger Verlagshandlung GmbH. 2. Auflage.
- Pschyrembel, W. (2001). *Klinisches Wörterbuch*. Berlin, New York: de Gruyter. 259. Auflage.
- Quiring, T. (2008). Neue Wege für Therapeuten. *Therapeutisches Reiten*, 1, 11-13.
- Rash, R.-M. (1998). Angst im Reitsport. In Deutsche Reiterliche Vereinigung e.V. – Bereich Sport, Abteilung Ausbildung – Hauptverband für Zucht und Prüfung deutscher Pferde, Fédération Nationale (FN) (Hrsgin) *Sportlehre. Lernen, lehren und Trainieren im Pferdesport*, (S. 165-171). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH. 2. Aufl.
- Riesser, H. (1996). Hippotherapie. In DKThR (Hrsg.), *Hippotherapie, Sonderheft 1996* (S. 5-11). Warendorf: Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.
- Ringbeck, B. (1994). Psychomotorische Förderung bewegungsauffälliger Kinder durch Heilpädagogisches Voltigieren. In M. Gäng, *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (S. 123-151). München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt. 3. veränd. Aufl.
- Ringbeck, B. (1998). Heilpädagogisches Voltigieren an einer schulpsychologischen Beratungsstelle. In M. Gäng (Hrsgin), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 101-118). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Ritz, B. (2006). Erlebnispädagogik und Heilpädagogisches Reiten: Parelli-Spiele. In M. Gäng (Hrsgin), *Erlebnispädagogik mit dem Pferd. Erprobte Projekte aus der Praxis*. (S. 115-136). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co. KG, Verlag, München.
- Röthig, P. & Pohl, R. (1989). Gesundheitserziehung aus sportpädagogischer Sicht – Probleme, Ansätze, Perspektiven. In W. Banzer & G. Murza (Hrsg.), *Gesundheitsförderung. Sport und Gesundheit im*

- Spannungsfeld von Prävention und Lebensqualität* (S. 41-48). Bielefeld: Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (IDIS).
- Rommel, Th., Peterson, E. & Rommel, O. (1996). Hippotherapie bei dyskinetischen Bewegungsstörungen. In DKThR (Hrsg.), *Hippotherapie, Sonderheft 1996* (S. 15-20). Warendorf: Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.
- Rostock, A.-K. & Feldmann, W. (1986). *Inlandpferde Reitlehre. Leitfaden für Haltung, Ausbildung und Reiten von Inlandpferden und anderen Freizeitpferderassen*. Bad Honnef: Gestüt Aegidienberg.
- Rüst von McCormick, A. & McCormick, M. D. (2000). *Pferde als Heiler. Was Pferde uns über Liebe, Körper und Seele lehren können*. München: Econ Taschenbuch Verlag.
- Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2006). Public Health: Aktivierung von Bevölkerungsgruppen zu gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 181-194). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Salizzoni, S. (1998). Pädagogisches Reiten in der Drogenrehabilitation. In M. Gäng (Hrsgin.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 158-165). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Samitz, G. & Baron, R. (2002). Epidemiologie der körperlichen Aktivität. Definitionen, Klassifikationen, Methoden und Konzepte. In G. Samitz & G. Mensink (Hrsg.), *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 9-31). München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- Scheidhacker, M. (2005). Auf der Suche nach der heilen(den) Mitte – Möglichkeiten und Grenzen im Psychotherapeutischen Reiten. In Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie und Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V. (Hrsgin.), *Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis* (S. 161-179). Warendorf: FNverlag.
- Schlicht, W. & Brand, R. (2007). *Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Einführung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Schock, K. & Lange, H.-J. (1999). Bund der Jugend- und Aktivspielplätze (Hrsg.), *Rahmenkonzeption für pädagogisch betreute Spielplätze*. Stuttgart: Bund der Jugend- und Aktivspielplätze. 2. überarb. Auflage.
- Schulz, M. (1998). Heilpädagogisch-psychomotorische Aspekte der vorschulischen Förderung mit Hilfe des Pferdes. In M. Gäng (Hrsgin.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 80-90). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Schulz, M. (2005a). Heilpädagogische Arbeit mit und auf dem Pferd. In A. Kröger (Hrsg.), *Partnerschaftlich miteinander umgehen. Erfahrungen und Anregungen für ... Lehrer, Eltern, Reiter, Voltigierer, Fachleute in Pädagogik und Therapie* (S. 18-29). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Schulz, M. (2005b). Prinzipien der Gestaltung. In A. Kröger (Hrsg.), *Partnerschaftlich miteinander umgehen. Erfahrungen und Anregungen für ... Lehrer, Eltern, Reiter, Voltigierer, Fachleute in Pädagogik und Therapie* (S. 90-94). Warendorf: FNverlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH.
- Schur-Althaus, M. (2003). Begleitende reittherapeutische Maßnahmen für einen Schädel-Hirn-Traumapatienten. Bericht einer privat organisierten Förderung. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 172-189). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schusdziarra, H. & V. (1986). *Reitergespräche. Der Weg zum unabhängigen Sitz*. Berlin, Hamburg: Verlag Paul Parey.
- Schwaiger, S. (2001). *Persönlichkeitstraining mit Pferden. Das Praxisbuch. Klarheit, Entschlossenheit, Gelassenheit, Verbundenheit*. Stuttgart: Franckh-Kosmos Verlags-GmbH & Co.
- Seide, B. (1998). Indikationen und Kontraindikationen beim Heilpädagogischen/Therapeutischen Reiten. In M. Gäng (Hrsgin.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 201-225). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Seide, B. (2003). Reittherapie und pferdegestützte Rehabilitation bei vorwiegend körperlich kranken Menschen. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 138-155). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Seunig, W. (2001). *Von der Koppel bis zur Kapriole*. Hildesheim, Zürich, New York: Olms Presse (Documenta Hippologica). Original veröffentlicht 1943.
- Siegrist, J. & von dem Knesbeck, O. (2004). Prävention chronischer Stressbelastung. In k. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 121-129). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Spycher, P. (2003). Treppe als Aufstiegshilfe in der Reittherapie. In M. Gäng (Hrsgin.), *Reittherapie* (S. 34-38). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Stoll, O. (2001). *Wirkt körperliche Aktivität ressourcenprotektiv?* Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stowasser, J. M., Petschenig, M., Skutsch, F. (1991). *Der kleine Stowasser. Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch*. München: R. Oldenbourg Verlag. 3., unveränd. Aufl.

- Strausfeld, P. (1998). Einsatz des Heilpädagogischen Voltigierens in einer Fachklinik für suchtkranke Frauen. In M. Gäng (Hrsg.), *Ausbildung und Praxisfelder im Heilpädagogischen Reiten und Voltigieren* (S. 166-193). München: Ernst Reinhardt Verlag. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl.
- Strauss, I. (2008). *Hippotherapie. Physiotherapie mit und auf dem Pferd*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. 4. Aufl.
- Sudermann, A. & Opper, E. (2006). Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 195-207). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Swift, S. (1997). *Reiten aus der Körpermitte. Pferd und Reiter im Gleichgewicht*. Cham: Müller Rüschlikon Verlags AG. 6. Aufl.
- Sygyusch, R., Wagner, P., Opper, E. & Worth, A. (2006). Aktivität und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 118-128). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Tack, A. (1998). Bedeutung der Sportpsychologie für den Pferdesport. In Deutsche Reiterliche Vereinigung e.V. – Bereich Sport, Abteilung Ausbildung – Hauptverband für Zucht und Prüfung deutscher Pferde, Fédération Nationale (FN) (Hrsg.) *Sportlehre. Lernen, lehren und Trainieren im Pferdesport*, (S. 150-165). Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung GmbH. 2. Aufl.
- Tauffkirchen, E. (1996). Der gute Sitz auf dem Pferd – Voraussetzung für eine wirksame Hippotherapie. In DKThR (Hrsg.), *Hippotherapie, Sonderheft 1996* (S. 49-52). Warendorf: Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V.
- Taylor, A. H., Cable, N. T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici, M. & van der Bij, A. K. (2004). Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of Sports Science*, 22, 703-725.
- Thienes, G. (2000). *Beweglichkeitstraining. Grundlagen, Methoden, Leistungssteuerung, Übungen*. München: BLV Verlagsgesellschaft mbH.
- Tiemann, M. (2006). Handlungs- und Effektwissen. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 357-368). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Tiemann, M. & Wanek, V. (2006). Rechtliche Grundlagen für Gesundheitssport in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 145-153). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Tschaikowski, W. (2003). *Besser reiten mit der Alexandertechnik. Mehr Harmonie für Reiter und Pferd*. Lüneburg: Cadmos Verlag GmbH.
- Ungerer-Röhrich, U., Sygyusch, R. & Bachmann, M. (2006). Soziale Unterstützung und Integration. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 369-378). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Vescovi, G. (1975). Zur Ideengeschichte des Reitens und der Gymnastik in der Medizin. In W. Heipertz, K. Keller, M. Reichenbach & G. Vescovi (Hrsg.), *Heilwirkungen des Reitens. Medizin und Reiten* (S. 83-91). Kirchberg/Jagst: Wettin-Verlag.
- Volkamer, M. (1984). Zur Definition des Begriffs „Sport“. *Sportwissenschaft*, 14, 195-203.
- Voßberg, J. (1994). Anbahnung und Gestaltung positiver Beziehungen mit Kleinpferden. In M. Gäng, *Heilpädagogisches Reiten und Voltigieren* (S. 152-209). München, Basel: Verlag Ernst Reinhardt. 3. veränd. Aufl.
- Wagner, P. & Alfermann, D. (2006). Allgemeines und physisches Selbstkonzept. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 334-345). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Wagner, P., Woll, A., Singer, R. & Bös, K. (2006). Körperlich-sportliche Aktivität: Definitionen, Klassifikationen und Methoden. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 58-68). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Wanless, M. (1999). *Reiten in Vollendung. Das Praxisbuch zur Wanless-Methode*. Cham: Müller Rüschlikon Verlags AG.
- Weber, A. (1996). Hippotherapie bei Multiple-Sklerose-Kranken. *Hippotherapie, Sonderheft 1996* (S. 24-43). Warendorf: Deutsche Kuratorium für Therapeutisches Reiten.
- Weiger, M. (2005). Pferde - Wegbegleiter aus der Depression. In Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie und Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V. (Hrsg.), *Psychotherapie mit dem Pferd. Beiträge aus der Praxis* (S. 94-108). Warendorf: FNverlag.
- Weineck, J. (2000). *Optimales Training. Leistungsphysiologische Trainingslehre unter besonderer Berücksichtigung des Kinder- und Jugendtrainings*. Balingen: Spitta-Verlag. 11. Auflage.
- Weisser, B. (2003). Altersbedingte Einschränkungen der Organfunktion und körperliche Aktivität. In D. Denk, D. Pache, H.-J. Schaller (Hrsg.), *Handbuch Alterssport* (113-145). Schorndorf: Verlag Hofmann.

- WHO (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Genf: World Health Report, World Health Organisation.
- Wiemeyer, J. (2002). Dehnen – eine sinnvolle Vorbereitungsmaßnahme im Sport? *Spectrum der Sportwissenschaften*, 14, 53-80.
- Willrich, G. (2004). *Angstfrei Reiten. Ein Ratgeber und Arbeitsbuch*. Warendorf: FN-Verlag der Deutschen Reiterlichen Vereinigung.
- Wood, R., Reyes, R., Welsch, M., Favalaro-Sabatier, J., Sabatier, M., Lee, M., Johnson, L. und Hooper, P. (2001). Concurrent cardiovascular and resistance training in healthy older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, 1751-1758.S
- Wydra, G. (2006). Dehnfähigkeit. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 256-274). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Zapf, J. (2006). Übergewicht als Risikofaktor und Ernährung als notwendige gesundheitsförderliche Ergänzung körperlicher Aktivierung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 441-452). Schorndorf: Verlag Karl Hofmann. 2., vollst. Neu bearb. Aufl.
- Zeitler-Feicht, M. (2001). *Handbuch Pferdeverhalten. Ursache, Therapie und Prophylaxe von Problemverhalten*. Stuttgart (Hohenheim): Eugen Ulmer GmbH & Co.
- Zintl, F. & Eisenhut, A. (2001). *Ausdauertraining. Grundlagen, Methoden, Trainingssteuerung*. München: blv Verlagsgesellschaft mbH.
- Bundesfachverband für Reiten und Fahren in Österreich, offizielle homepage. 1. Zugriff am 02. August 2008 unter <http://www.fena.at>
- Deutsche Reiterliche Vereinigung, Fédération Equestre Nationale, FN, offizielle homepage, 1. Zugriff am 31. August, 2008 unter <http://www.pferd-aktuell.de/Themenkatalog/Breitensport/Reiten-als-Gesundheitssport/-1748/Reiten-als-Gesundheitssport.htm> oder: <http://www.pferd-aktuell.de/Doc-..58482/d.htm?backNode=1748>
- Deutscher Olympischer Sportbund, DOSB Gütesiegel „Sport pro Gesundheit“ offizielle homepage. 1. Zugriff am 25. August 2008 unter <http://www.sportprogesundheit.de/>
- Deutscher Turnerbund, DTB offizielle homepage. 1. Zugriff am 25. August 2008 unter <http://www.dtb-online.de/>
- Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V., DKThR, offizielle homepage. 1. Zugriff am 03. August 2008 unter <http://www.dkthr.de>
- Fit für Österreich offizielle homepage. 1. Zugriff am 25. August 2008 unter <http://www.fitfueroesterreich.at>
- Förderverein Gesundheitssport Reiten e. V. <http://www.foerderverein-gesundheitssportreiten.de/>
- Netzwerk Hippopädagogik. Offizielle homepage der Hippopädagogen. 1. Zugriff am 05. August 2008 unter <http://www.hippopaedagogik.eu/>
- Österreichisches Kuratorium für Therapeutisches Reiten, offizielle homepage. 1. Zugriff am 03. August 2008 unter <http://www.oktr.at/>
- Peiskammer, G. & Josef, F. (2008). *Die soziale Bedeutung des Pferdes in Österreich*. 1. Zugriff am 01. August 2008 unter <http://www.pferdaustria.info>
- Schweizer Gruppe für Therapeutisches Reiten, SG-TR, offizielle homepage. 1. Zugriff am 03. August 2008 unter <http://www.sgtr.ch/>
- Schweizerische Vereinigung für Heilpädagogische Reiten und Voltigieren, SV-HPR, offizielle homepage. 1. Zugriff am 03. August 2008 unter <http://www.sv-hpr.ch/>
- Schweizer <http://www.hippotherapie-k.org>
- Statistik Austria (2007). *Österreichischer Zahlenspiegel, 2007 Jahresausgabe*. Zugriff am 16. August 2008 unter http://www.statistik.at/web_de/static/oesterreichischer_zahlenspiegel_-_jahresausgabe_028893.pdf
- Verein Schweizer Gruppe für Hippotherapie-K, offizielle homepage. 1. Zugriff am 03. August 2008 unter <http://www.hippotherapie-k.org>
- Tellington-Jones, L. (2008). Offizielle homepage. 1. Zugriff am 13. August 2008 unter <http://www.tellingtontouch.com/>
- Wedekind, S., Pfeifer, G., Engels, U., Kunstmann, W. & Dietrich, B. (2006). Deutscher Olympischer Sportbund (Hrsg.), *Qualitätsmanagement-Handbuch. SPORT PRO GESUNDHEIT*. 1. Zugriff am 2. September 2008 unter <http://www.sportprogesundheit.de/nc/spg/das-qualitaetssiegel/sport-pro-gesundheit/downloads/>
- WHO (2005, 16. März). *Myths about physical activity*. Zugriff am 14. August 2008 unter http://www.who.int/docstore/world-health-day/2002/fact_sheets7.en.shtml

- Heipertz-Hengst, C. (2005a). *Reiten als Gesundheitssport. Programmbausteine*. Unveröffentlichte Arbeitsunterlagen des RGS Arbeitskreis Projekte. Stand 2005. (Grundlage zur Gestaltung von durch den DOSB zertifizierten Gütesiegel-Angeboten).
- Heipertz-Hengst, C. (2005b). *Reiten als Gesundheitssport. IAS-Fitness-Basistest. Manual*. Stand 2005. RGS-Programmbausteine. Unveröffentlichte Lehrgangsunterlagen für den Lehrgang zum Ausbilder im Reiten als Gesundheitssport Frühjahr 2007.
- Heipertz-Hengst, C. (2006). Reiten als Gesundheitssport. Beschreibung des Verbandsprogramms der Deutschen Reiterlichen Vereinigung. *Version 5, Stand 11/2006 gemäß Sitzung FN AK RGS 22.09.06 und DOSB Qualitätsmanagement Handbuch SPORT PRO GESUNDHEIT Version 24.04./2006*. Unveröffentlichte Sitzungsunterlagen.
- Hiesemann, A. C. (2007). Zur Konzeption einer präventiv orientierten bewegungstherapeutischen Maßnahme als integratives Konzept mit Reiten, Nordic Walking und Funktionsgymnastik – eine sportwissenschaftliche Prüfstudie. *Unveröffentlichte Diplomarbeit*. Betreuung: Prof. Dr. J. Innenmoser. Leipzig: Universität Leipzig, Sportwissenschaftliche Fakultät Institut Rehabilitationssport, Sporttherapie und Behindertensport.
- Nobbe, C. (2006). *Reiten als Gesundheitssport. Wochenendkurs Sitzschulung*. Unveröffentlichte Seminararbeit am Institut für Sportwissenschaft Wien.

Anhang

Kurzfassung

Anlass der Arbeit ist die neue Zusatzqualifikation „Ausbilder im Reiten als Gesundheitssport“ der Deutschen Reiterlichen Vereinigung. Sie basiert auf dem präventiven Gesundheitsförderungsmodell der sechs Kernziele von Gesundheitssport.

Daher wurde auch für die vorliegende hermeneutische Arbeit als Bezugsrahmen das Konzept der sechs Kernziele von Gesundheitssport gewählt, obgleich dieses Konzept weder das einzige, noch das am besten bewährte ist. Hochstrukturierte und standardisierte Angebote haben sich mittlerweile häufig als zu hochschwierig erwiesen, um die am meisten von gesundheitlichen Risiken bedrohten Bevölkerungsschichten anzusprechen (vgl. Rütten & Abu-Omar, 2006). Vorteil solcher standardisierter Programme ist jedoch die Anerkennung durch das institutionalisierte Gesundheitswesen und damit, unter gewissen Bedingungen, auch eine Finanzierungsbeteiligung durch die Träger des Gesundheitswesens, wie z. B. Krankenkassen. Dies spielt bei eher kostenintensiven Angeboten wie dem Reiten eine wesentliche Rolle, um es gerade auch wirtschaftlich und bildungsbezogenen Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen.

Nach einem kurzen Abriss des aktuellen Stands gesundheitssportlicher Forschung und der Erläuterung einiger zentraler Begriffe, wird das Modell der sechs Kernziele von Gesundheitssport als derzeit aktuelles Konzept zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Interventionen im Sport vorgestellt. Dieses Modell der Qualitäten von Gesundheitssport wird in Deutschland von allen an der Gesundheitsförderung durch Sport beteiligten Institutionen als maßgebend akzeptiert (vgl. Sudermann & Opper, 2006; Tiemann & Wanek, 2006). Auch in Österreich orientiert sich die Initiative „Fit für Österreich“ zumindest an den Qualitätskriterien von Gesundheitssport, die die Kernziele ebenfalls beinhalten (Fit für Österreich, 2008). Anschließend werden die Zielgruppen gesundheitssportlicher Maßnahmen definiert und vorgestellt.

Es folgt eine Erläuterung zur Problematik des Begriffs „Reiten“ in gesundheitssportlichem oder therapeutischem Zusammenhang. Daran anschließend werden diverse therapeutische Nutzungsformen des Pferdes im Zusammenhang mit einer eher engen Definition von „Reiten“ und in Abgrenzung zum Reiten als Gesundheitssport dargestellt. Schließlich wird die Kompatibilität der sechs Kernziele von Gesundheitssport mit dem Reiten, bzw. Pferdesport anhand entsprechender Fachliteratur untersucht und den Fragen nachgegangen, inwieweit Reiten sich im Sinne dieser Kernziele überhaupt als Gesundheitssport eignen könnte.

Mit Ausnahme notwendiger Ergänzungsmaßnahmen im Bereich der Ausdauer, Kraft und Beweglichkeit kann Reiten als gut geeignet zur Förderung der Gesundheit betrachtet werden. Allerdings müssen in Bezug auf die Zugänglichkeit entsprechender Angebote noch geeignete Verhältnisse geschaffen werden.

Lebenslauf

Wien im September 2008

Name: Nobbe Christine
Geburtsdatum: 26.01.1975
Geburtsort: Hartberg/Steiermark
Schulbildung: Freie Waldorfschule Uhlandshöhe Stuttgart (Dtd.)
Schulabschluss: Abitur 1994
Berufsausbildung: Staatl. gepr. Motopädin/Mototherapeutin, 1997-2000
Studium: Sportwissenschaft/Pädagogik 2000-2008
Kind: Tochter Flora