Bundesinstitut für Sportwissenschaft

Deutsche Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne
Institut für Sportökonomie und Sportmanagement

Deutscher Olympischer SportBund

Sportentwicklungsbericht 2007/2008
–
Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland

Gesundheitssport im Sportverein

Univ.-Prof. Dr. Christoph Breuer & Dr. Pamela Wicker

Köln, Juni 2008

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung 1

2 Gesundheitssport im Sportverein 2

2.1 Fragestellungen 2
2.2 Vereine mit Gesundheitssportangeboten 3
2.3 Exkurs: Wer bietet Gesundheitssport an? 8
2.4 Angebote im Gesundheitssportbereich 9
2.5 Kooperationen 15

3 Chancen und Risiken von Gesundheitssportangeboten 19

3.1 Vereinsprobleme 19
3.2 Vereinsfinanzen 22
3.3 Exkurs: Was beeinflusst die Höhe der Mitgliedsbeiträge? 23

4 Methode 28

4.1 Hintergrund 28
4.2 Stichprobe und Rücklauf 28
4.3 Längsschnitt und Indexbildung 29
4.4 Datenauswertung 29

5 Literatur 30

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die Darstellung der weiblichen Form verzichtet. Die Verwendung der männlichen Form impliziert jedoch stets die gleichzeitige Berücksichtigung der weiblichen Form.

1 Zusammenfassung

Sportvereine werden in Deutschland auch deshalb öffentlich gefördert, weil von Ihnen wichtige Beiträge zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erwartet werden. Insgesamt bieten gut 30 % der Sportvereine in Deutschland Programme mit expliziten Zielsetzungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation an und leisten somit einen essentiellen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Allerdings zeigen sich zum Teil erhebliche länderspezifische Unterschiede. So reicht die Spanne des Anteils an Vereinen mit expliziten Gesundheitsangeboten von 12,9 % (Mecklenburg-Vorpommern) bis 41,2 % (Rheinland-Pfalz).

Knapp 42 % der Sportvereine gehen Kooperationen unterschiedlichster Art mit Krankenkassen ein, wobei knapp 8 % bei der Angebotserstellung zusammenarbeiten. Gut 46 % der Vereine kooperieren mit Kindergärten/Kindertagesstätten, wobei gut 8 % gemeinsame Angebote mit ihnen erstellen. Knapp 30 % der Vereine kooperieren mit dem Gesundheitsamt, wobei sich die Kooperation nicht vornehmlich auf die Erstellung von Angeboten zu beziehen scheint. Erfreulich ist dabei, dass der Anteil an kooperierenden Vereinen in den letzten beiden Jahren in allen drei Bereichen signifikant angestiegen ist und auch signifikant mehr Vereine bei der Angebotserstellung mit Kindergärten/Kindertagesstätten und Krankenkassen zusammenarbeiten.

Für das Vereinsmanagement gilt, dass die Einführung von Gesundheitssportangeboten im Sportverein Probleme der Bindung und Gewinnung von Mitgliedern reduzieren hilft und neue Einnahmequellen generieren kann. Zugleich ist jedoch zu konstatieren, dass Ausgaben für Trainer und Übungsleiter ansteigen und auch der Konkurrenzdruck durch kommerzielle Anbieter wächst.

2 Gesundheitssport im Sportverein

2.1 Fragestellungen

Sportvereine werden in Deutschland auch deshalb öffentlich gefördert, weil von ihnen wichtige Beiträge zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erwartet werden. Prinzipiell verfügt der organisierte Sport in Deutschland mit seinen aktuell über 91.000 Sportvereinen über eine flächendeckende institutionelle Infrastruktur, die auch gezielt für Zwecke der Gesundheitsversorgung und –förderung genutzt werden kann. Damit stellt er nicht nur das erfolgreichste Freizeit- und Laiensystem der Nachkriegsgeschichte dar, sondern auch eines der weitverbreitetsten Netzwerke, das im Rahmen der Gesundheitsförderung eine zunehmend größere Rolle spielen könnte (Breuer, 1999). Insofern ist von Bedeutung, inwieweit die Sportvereine tatsächlich diese Potenziale ausschöpfen und einen aktiven Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten *(Argumentationswissen*).

Im Hinblick auf Fragen des Vereinsmanagements ist ferner interessant, inwiefern nicht nur aus gesellschaftlicher, sondern auch aus organisationaler Sicht die Einrichtung von Gesundheitssportangeboten[1] in Sportvereinen eine lohnende Investition darstellt *(Handlungswissen).* Es stellt sich somit die Frage, welche Chancen, aber auch welche Risiken sich für Sportvereine ergeben, wenn sie sich im Bereich des Gesundheitssports engagieren. Denkbar wäre etwa, dass sich über sportbezogene Gesundheitsangebote auf der einen Seite neue Zielgruppen für die Sportvereine gewinnen lassen. Dadurch könnten sich etwaige Probleme der Gewinnung bzw. Bindung von Mitgliedern reduzieren lassen. Auch könnten sich zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten über Mitgliedsbeiträge oder Kursgebühren ergeben. Auf der anderen Seite könnten sich mit der Einführung von Gesundheitssportangeboten neue Herausforderungen für das Vereinsmanagement einstellen. So könnte die traditionelle Sportinfrastruktur nur bedingt zu den Anforderungen an Gesundheitssportangebote passen. Zudem könnten Konfliktpotenziale in der Verteilung infrastruktureller Ressourcen (z.B. Sportanlagen) zwischen Wettkampf- und Gesundheitssportlern entstehen (Anders, 2005). Des Weiteren ist zu prüfen, inwiefern Gesundheitssportangebote nicht nur auf der Einnahmen-, sondern auch auf der Ausgabeseite zu Konsequenzen führen können. So könnten qualifizierte Übungsleiter und Trainer im Gesundheitssport zu höheren Personalkosten führen.

[1] Die DOSB-Qualitätssiegel „Sport pro Fitness" und „Sport pro Gesundheit" waren nicht explizit Gegenstand der Untersuchung.

2.2 Vereine mit Gesundheitssportangeboten

Insgesamt bieten gut 30 % bzw. insgesamt rund 27.300 der Sportvereine in Deutschland Programme mit expliziten Zielsetzungen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation an und leisten somit einen essentiellen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Der Großteil dieser Vereine bietet hierbei Angebote im Bereich der allgemeinen Gesundheitsförderung und Primärprävention an. Hierunter fallen z.B. Angebote im Bereich Sturzprophylaxe, Psychomotorik, Herz-Kreislauf-Training, Gymnastik, Walking sowie Sport für Diabetiker. 4,6 % der Vereine haben Sportangebote im Programm, welche auf die Rehabilitation (bzw. Tertiärprävention) bei oder nach konkreten Krankheiten (z.B. Schlaganfall, Osteoporose, Krebs, Morbus Bechterew, arteriovenöse Krankheit) abzielen. Dazu gehören überdies orthopädische Sportangebote, Herz-/Koronarsport sowie therapeutische bzw. heilpädagogische Sportangebote. Gut 2 % der Vereine weisen explizite Angebote für Menschen mit Behinderung oder chronischer Krankheit auf. Hierzu gehören insbesondere auch Sportangebote für Blinde, Gehörlose, Versehrte, psychisch Kranke sowie Rollstuhlsport (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Sportvereine mit expliziten Beiträgen zur Gesundheitsversorgung (Bundeswerte).

	Anteil an Vereinen (in %)
Gesundheitsförderung und Primärprävention	28,4
Rehabilitation/Tertiärprävention	4,6
Behinderung/chronische Krankheit	2,2
Summe über Kategorien mit explizitem Gesundheitsbezug	30,2

Bei den Beiträgen zur Gesundheitsversorgung zeigen sich zum Teil erhebliche länderspezifische Unterschiede. So reicht die Spanne des Anteils an Vereinen mit expliziten Gesundheitssportangeboten von 12,9 % (Mecklenburg-Vorpommern) bis 41,2 % (Rheinland-Pfalz). In den meisten Bundesländern liegt dieser Anteil jedoch zwischen 25 und 30 % (vgl. Abb. 1).

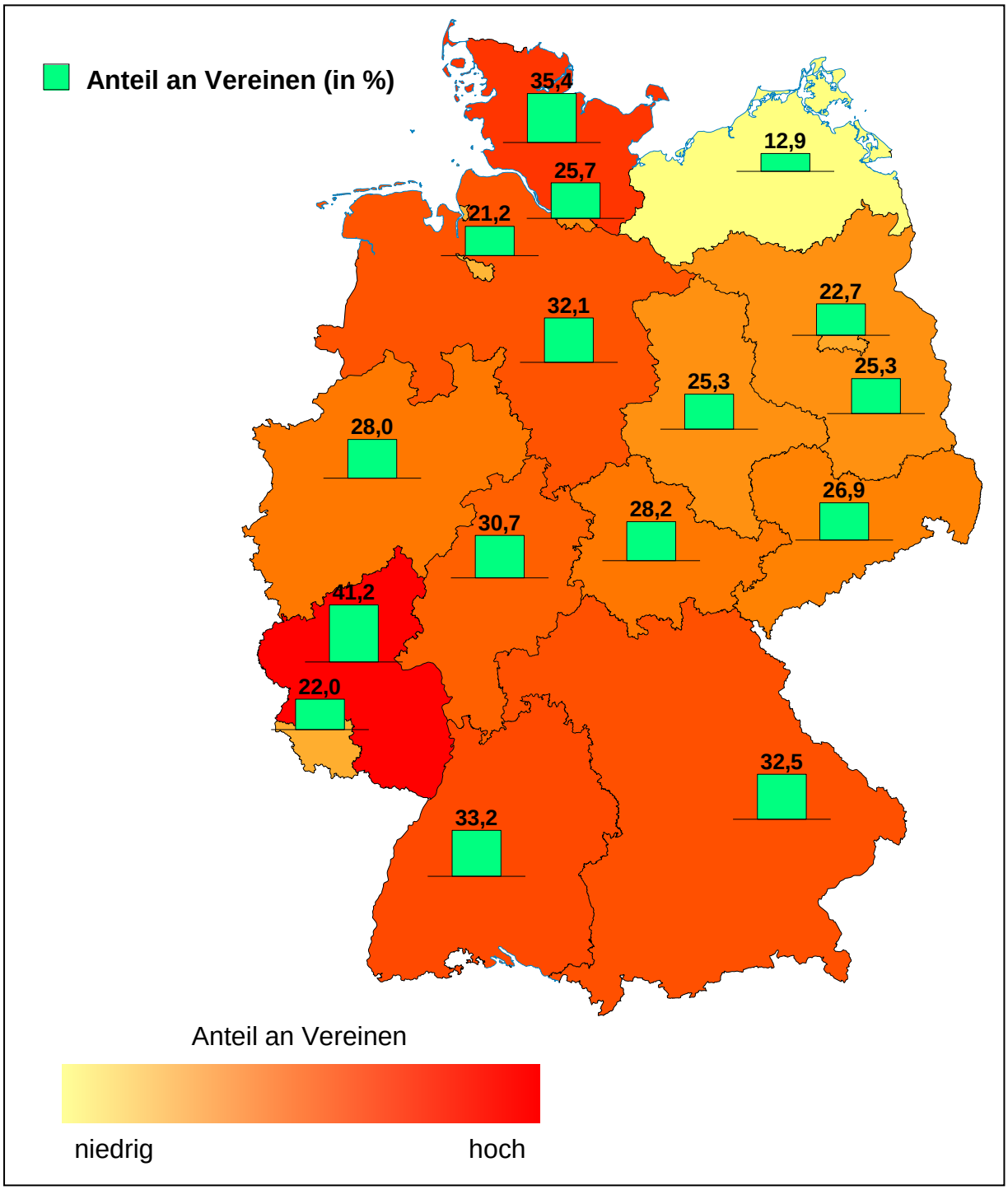

Abbildung 1: Sportvereine mit expliziten Beiträgen zur Gesundheitsversorgung nach Bundesland (Anteil an Vereinen in %).

Ähnlich groß ist die Spannweite des Anteils an Vereinen mit Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Sie reicht von 9,4 % (Mecklenburg-Vorpommern) bis 40,6 % (Rheinland-Pfalz). In den meisten Bundesländern liegt dieser Anteil zwischen 20 und 30 % (vgl. Abb. 2).

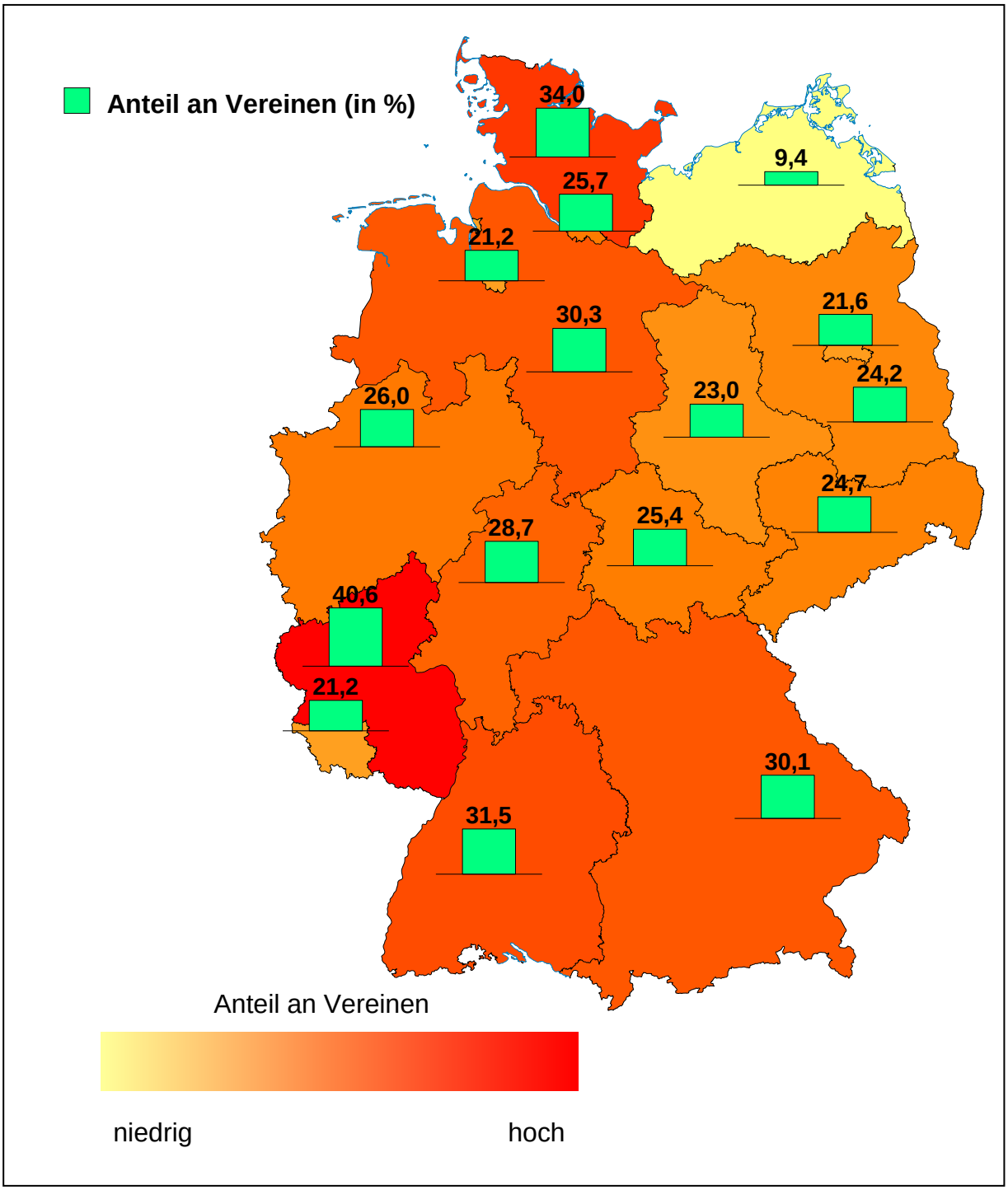

Abbildung 2: Anteil an Vereinen mit Sportangeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention nach Bundesland (in %).

Im Hinblick auf den Anteil an Vereinen mit Sportangeboten im Bereich Rehabilitation/Tertiärprävention zeigen sich ebenfalls länderspezifische Unterschiede. Die Spanne des Anteils an Vereinen mit derartigen Angeboten reicht von 3,0 % (Sachsen) bis 9,6 % (Schleswig-Holstein). In den meisten Bundesländern liegt dieser Anteil zwischen 4 und 5 % (vgl. Abb. 3).

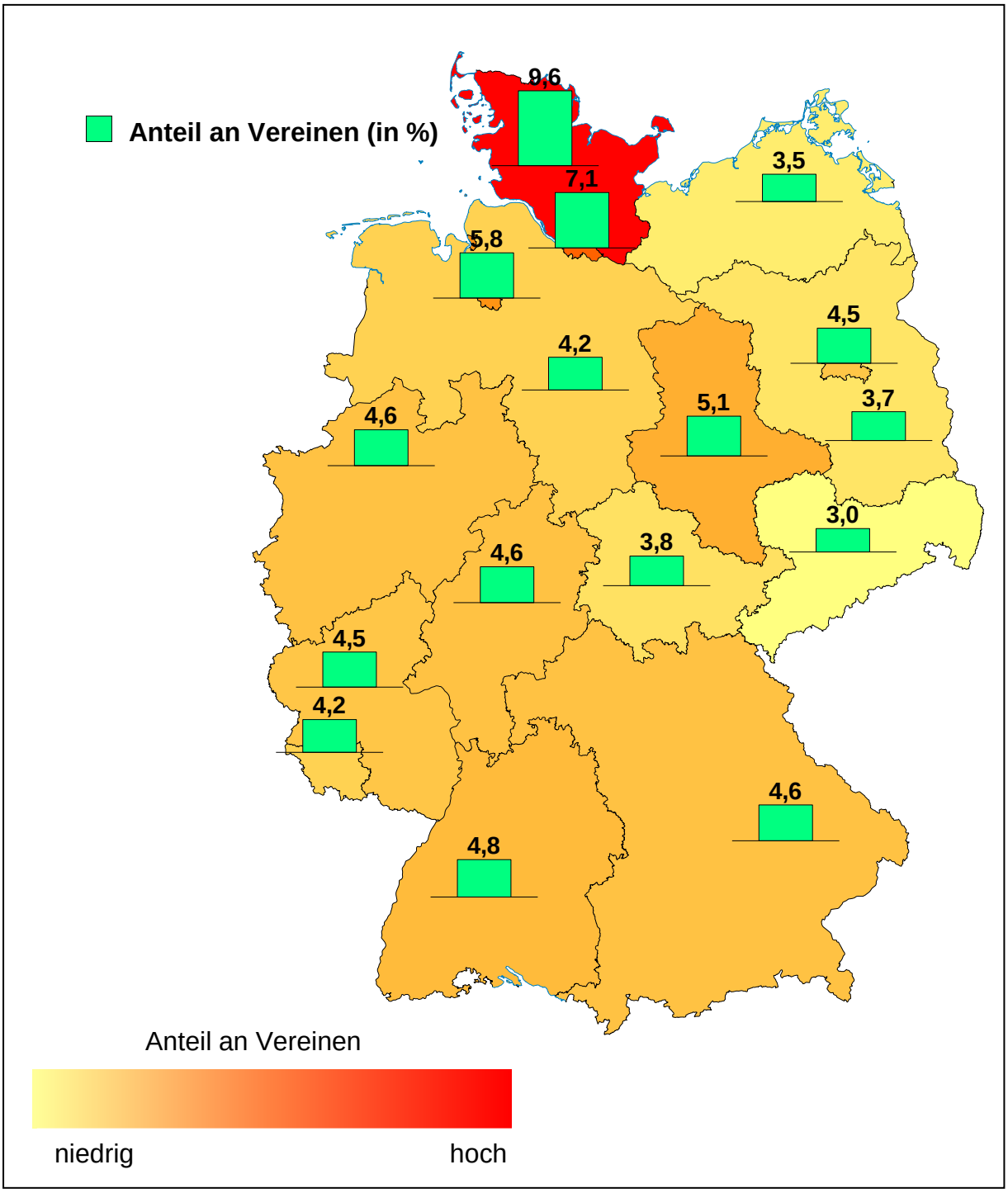

Abbildung 3: Anteil an Vereinen mit Sportangeboten im Bereich Rehabilitation/Tertiärprävention nach Bundesland (in %).

Im Folgenden wird eine länderspezifische Betrachtung im Hinblick auf den Anteil an Vereinen vorgenommen, der Angebote im Bereich Behinderung/chronische Krankheit aufweist. Der Anteil an Vereinen mit entsprechenden Angeboten reicht von 1,1 % (Sachsen-Anhalt) bis 3,9 % (Niedersachsen). In den meisten Bundesländern liegt dieser Anteil zwischen 1 und 2 % (vgl. Abb. 4).

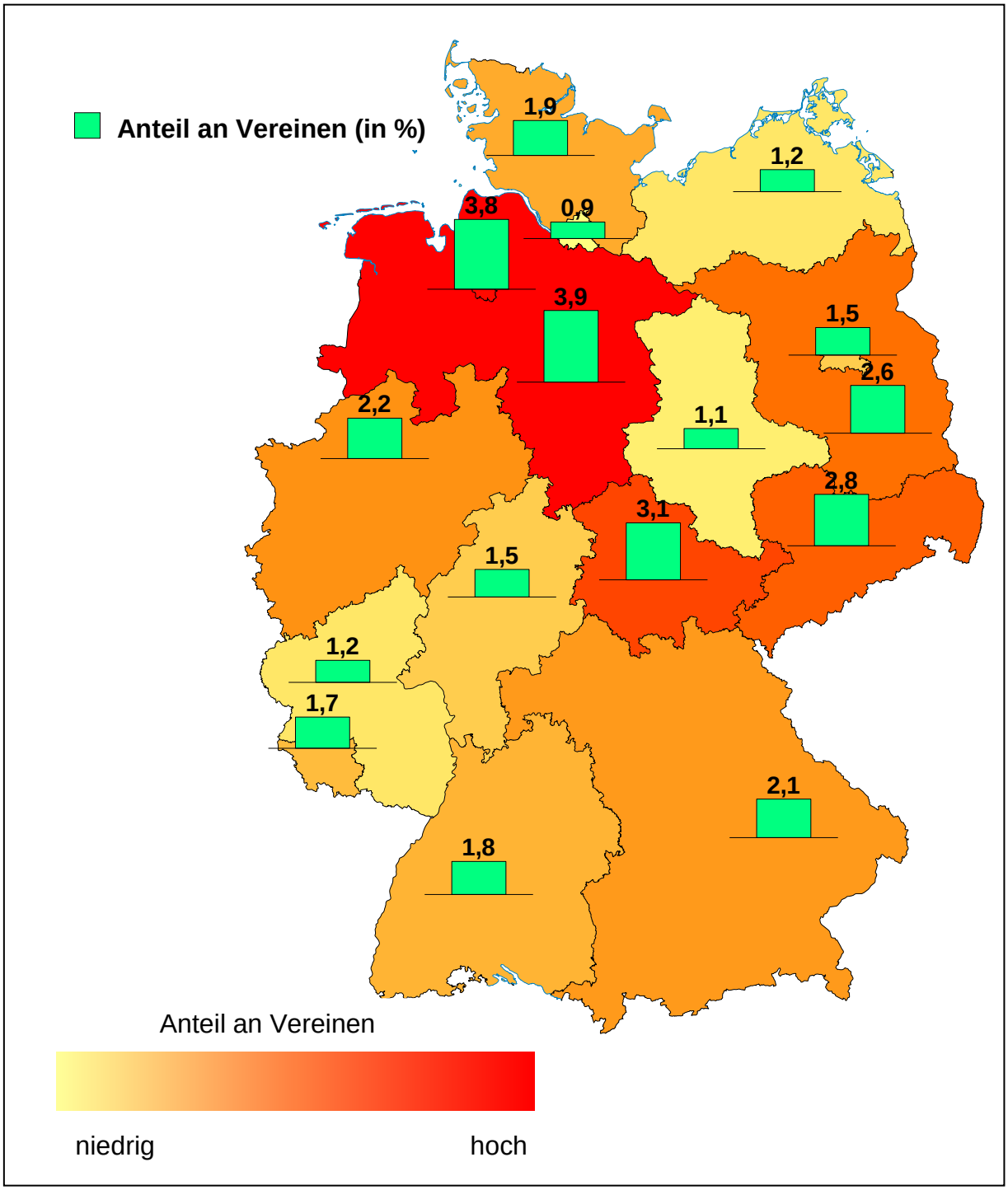

Abbildung 4: Anteil an Vereinen mit Sportangeboten für Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen nach Bundesland (in %).

2.3 Exkurs: Wer bietet Gesundheitssport an?

Fragt man danach, welche Vereine Gesundheitssportangebote machen, so lassen sich mit Hilfe des Data Minings insbesondere drei Unterscheidungskriterien erkennen. Mithilfe des Data Minings (zur Methode vgl. Abschn. 4.4) lassen sich die wichtigsten Merkmale von Gesundheitssportvereinen identifizieren. Im Gegensatz zu einer herkömmlichen Unterteilung z.B. nach Vereinsgröße werden die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale herausgefunden.

Das bedeutendste Unterscheidungskriterium, ob ein Verein mindestens ein Angebot im Gesundheitssportbereich aufweist oder nicht, liegt in der Struktur des Sportvereins (Ein-/Mehrspartenverein), gefolgt von der Vereinsgröße. Das drittstärkste Kriterium stellt die Nutzung kommunaler Sportanlagen dar (vgl. Abb. 5). Die anderen aufgeführten Kriterien tragen nicht wesentlich zur Unterscheidung bzw. Erklärung bei, da ihre Bedeutsamkeit zu gering ist. Den Befunden zufolge spielen auch weitere modellierte Faktoren keine Rolle im Hinblick auf die Unterscheidung zwischen „Gesundheitssportvereinen" und anderen Vereinen.

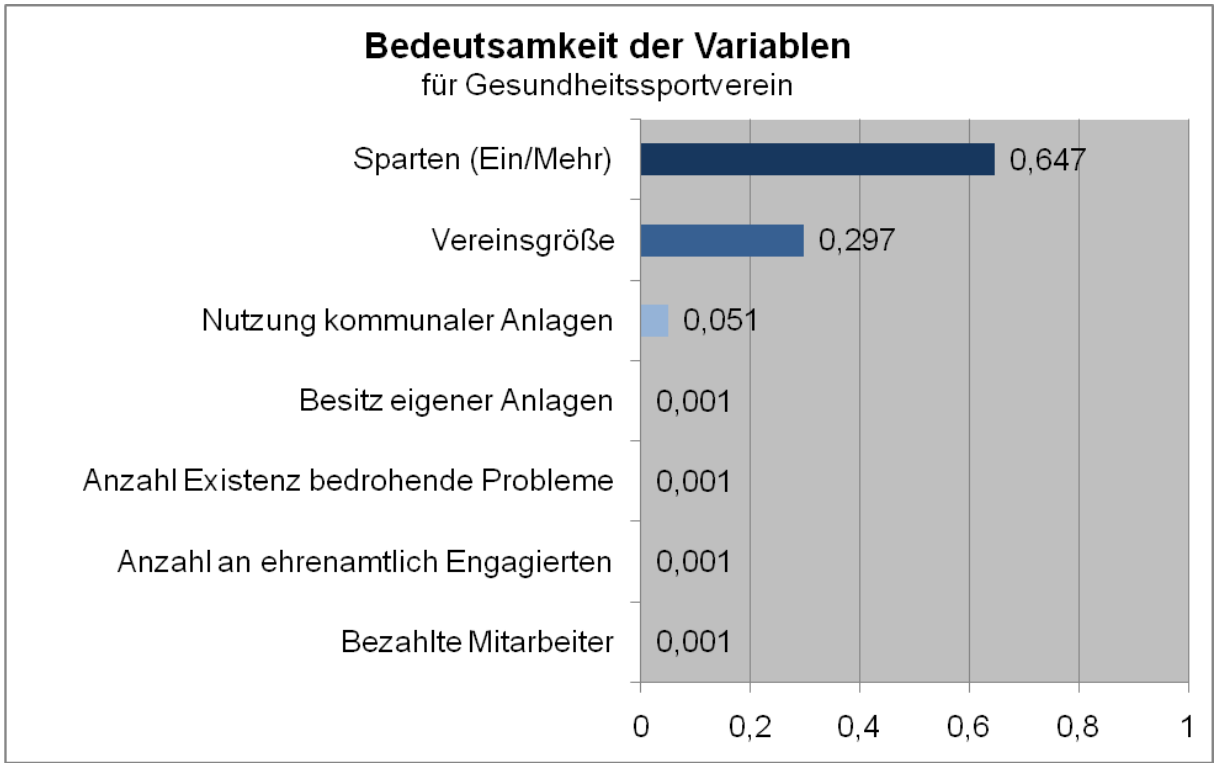

Abbildung 5: Mit Data Mining erstelltes Modell für die Variable Gesundheitssportverein.

Die Analyse offenbart zudem, dass es sich bei Gesundheitssportvereinen zu 97,1 % um Mehrspartenvereine handelt, welche durchschnittlich über 8 verschiedene Sportarten im Angebot haben. Demgegenüber handelt es sich bei der Mehrheit der anderen Vereine um Einspartenvereine. Bezüglich des zweitstärksten Unterscheidungskri-

teriums zeigt sich, dass Gesundheitssportvereine mit im Mittel 740 Mitgliedern mehr als doppelt so groß sind wie Vereine ohne ein Gesundheitssportangebot. Somit bieten verstärkt mittelgroße Vereine Angebote im Gesundheitssportbereich an. Bei dem drittstärksten Differenzierungskriterium, der Nutzung kommunaler Anlagen, ist festzustellen, dass Gesundheitssportvereine in höherem Maße kommunale Sportanlagen nutzen als andere Vereine. 85,7 % aller Gesundheitssportvereine und lediglich 51,0 % der anderen Vereine nutzen kommunale Sportanlagen (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Übersicht über die Hauptunterscheidungskriterien zwischen Gesundheitssportvereinen und anderen Vereinen.

Unterscheidungskriterien		Gesundheitssportvereine	Andere Vereine
1	Sparten (Anteil an Mehrspartenvereinen in %)	97,1	39,4
	Anzahl an Sportarten (Mittelwert)	8,36	2,15
2	Vereinsgröße nach Mitgliedern (Mittelwert)	740	358
3	Nutzung kommunaler Anlagen (Anteil an Vereinen in %)	85,7	51,0

Insofern scheint die Bereitstellung öffentlicher Sportanlagen von zentraler Bedeutung, wenn Sportvereine Beiträge zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten sollen.

2.4 Angebote im Gesundheitssportbereich

Neben dem Anteil an Vereinen mit expliziten Beiträgen zur Gesundheitsversorgung stellt der Anteil von Gesundheitssportangeboten an allen Angeboten ein weiteres wichtiges Kriterium zur Beurteilung der Beiträge der Sportvereine zur Gesundheitsversorgung dar. 14 % aller Angebote der Sportvereine in Deutschland besitzen einen expliziten Gesundheitsbezug. Der Großteil dieser Angebote verfolgt Zielstellungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention (vgl. Tab. 3).[2]

[2] Neben diesen Gesundheitssportangeboten auf Vereinsebene bestehen im organisierten Sport zusätzliche Angebote von Verbänden. So finden sich im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zusätzlich zu den hier ausgewiesenen Angeboten zahlreiche Kursangebote der Bildungswerke der Landessportbünde. Im Bereich Behinderung/chronische Krankheit liegen zusätzlich zu den hier ausgewiesenen Zahlen Verbandsangebote des Deutschen Behinderten-Sportverbands, des Deutschen Gehörlosen-Sportverbands sowie von Special Olympics Deutschland e.V.

Tabelle 3: Sportangebote mit explizitem Gesundheitsbezug (Bundeswerte).

	Anteil an Angeboten (in %)
Gesundheitsförderung und Primärprävention	12,0
Rehabilitation/Tertiärprävention	1,4
Behinderung/chronische Krankheit	0,6
Summe über Kategorien mit explizitem Gesundheitsbezug	14,0

Bei einer genauen Betrachtung zeigt sich, dass 56,7 % der Gesundheitssportvereine lediglich ein Angebot mit explizitem Gesundheitsbezug aufweisen. Gut ein Fünftel dieser Vereine (21,7 %) verfügt über zwei und 10,5 % der Vereine verfügen über drei Angebote in diesem Bereich. Im Mittel weisen Gesundheitssportvereine durchschnittlich knapp zwei Angebote mit explizitem Gesundheitsbezug auf und der Anteil der Gesundheitssportangebote an allen Sportangeboten liegt im Mittel bei knapp 30 %. Im Gesundheitssportverein wird im Mittel knapp ein Gesundheitssportangebot auch für Nichtmitglieder angeboten (vgl. Tab. 4). Knapp die Hälfte der Gesundheitssportangebote (48,7 %) wird als Kurs auch für Nichtmitglieder angeboten.

Tabelle 4: Gesundheitssportangebote in denjenigen Vereinen, die mindestens ein Gesundheitssportangebot haben (Gesundheitssportvereine).

	D
Anzahl an Gesundheitssportangeboten pro Gesundheitssportverein (Mittelwert)	1,86
…davon auch als Kursangebot für Nichtmitglieder (Mittelwert)	0,95
Anteil von Gesundheitssportangeboten an allen Sportangeboten (Mittelwert in %)	29,3

Eine Betrachtung der Angebote mit explizitem Gesundheitsbezug nach Bundesländern zeigt, dass der Anteil dieser Angebote an allen Sportangeboten unterschiedlich hoch ausfällt (vgl. Abb. 6). Die Spanne des Anteils reicht von 7,5 % (Mecklenburg-Vorpommern) bis 18,5 % (Rheinland-Pfalz).

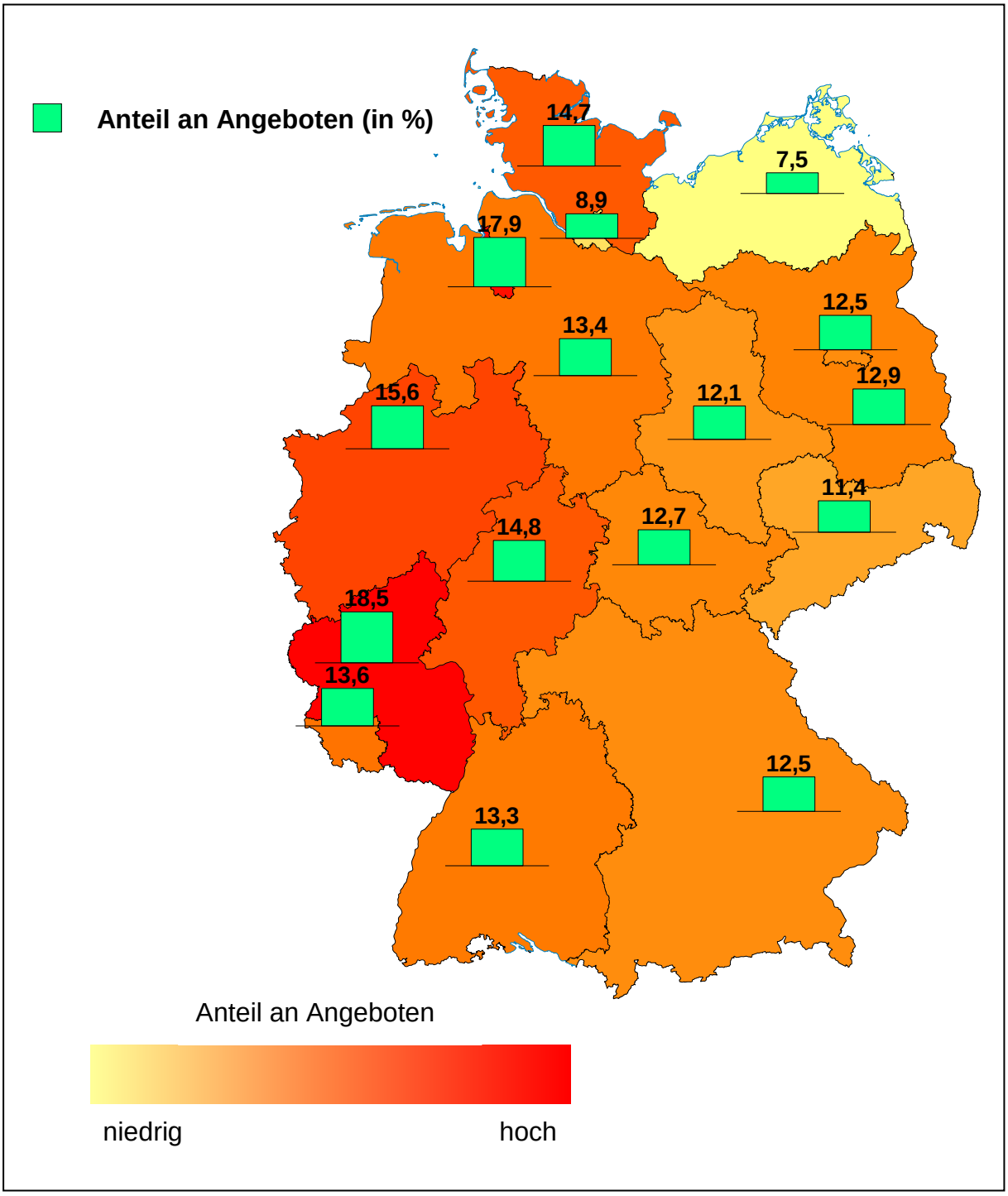

Abbildung 6: Sportangebote mit explizitem Gesundheitsbezug nach Bundesland (Anteil an Angeboten in %).

Im Hinblick auf den Anteil an Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention zeigt die länderspezifische Betrachtung, dass der Anteil an Angeboten von 5,8 % (Mecklenburg-Vorpommern) bis 16,9 % (Rheinland-Pfalz) reicht (vgl. Abb. 7). Besonders in der Mitte sowie im Westen scheinen somit Angebote im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention stärker verbreitet.

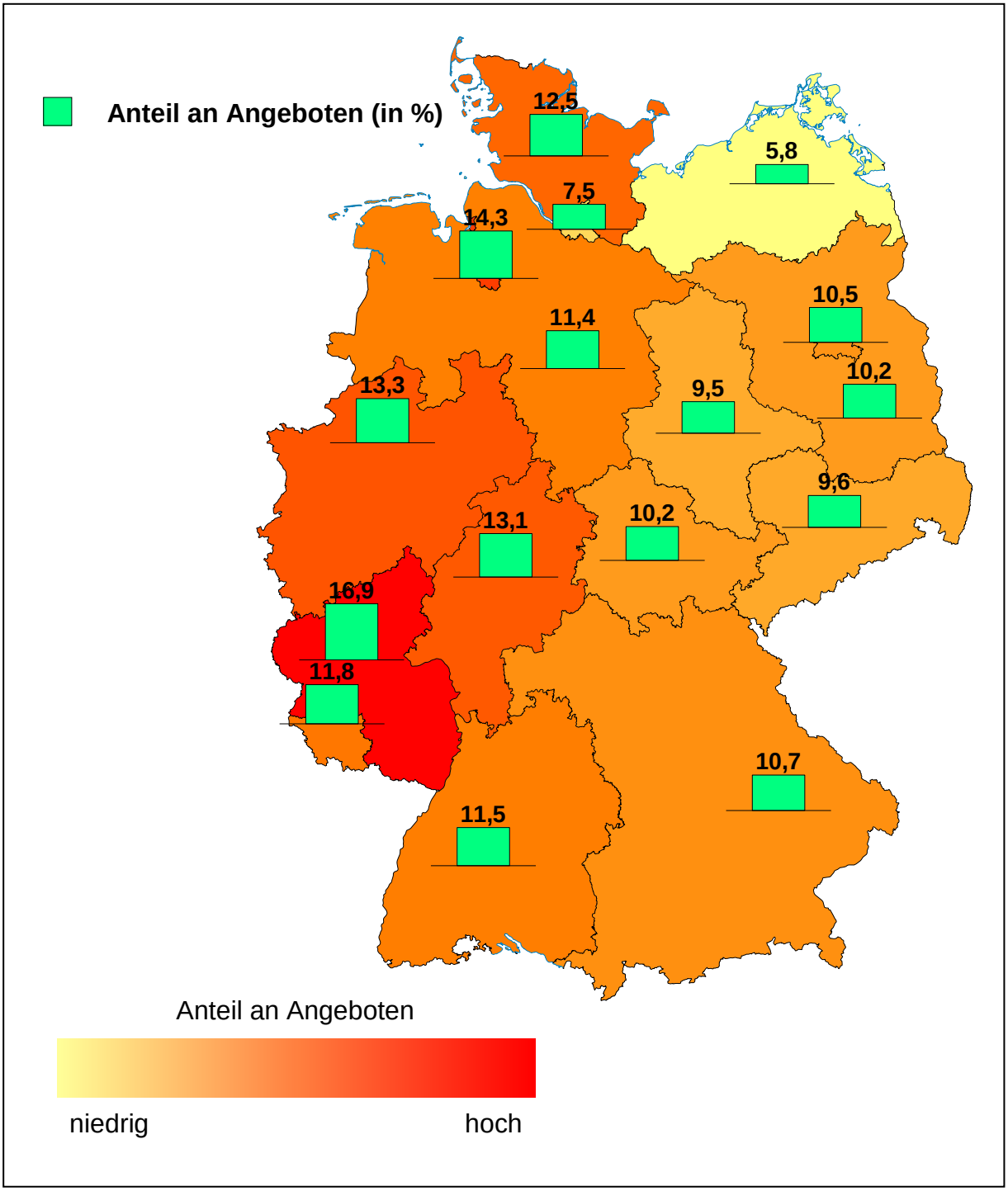

Abbildung 7: Anteil an Angeboten in den Bereichen Gesundheitsförderung und Primärprävention nach Bundesland (in %).

Bezüglich des Anteils an Angeboten im Bereich Rehabilitation/Tertiärprävention von allen Sportangeboten wird ersichtlich, dass die Spanne von 0,9 % (Sachsen) bis 2,8 % (Bremen) reicht. In den meisten Bundesländern liegt dieser Anteil zwischen 1 und 2 % (vgl. Abb. 8).

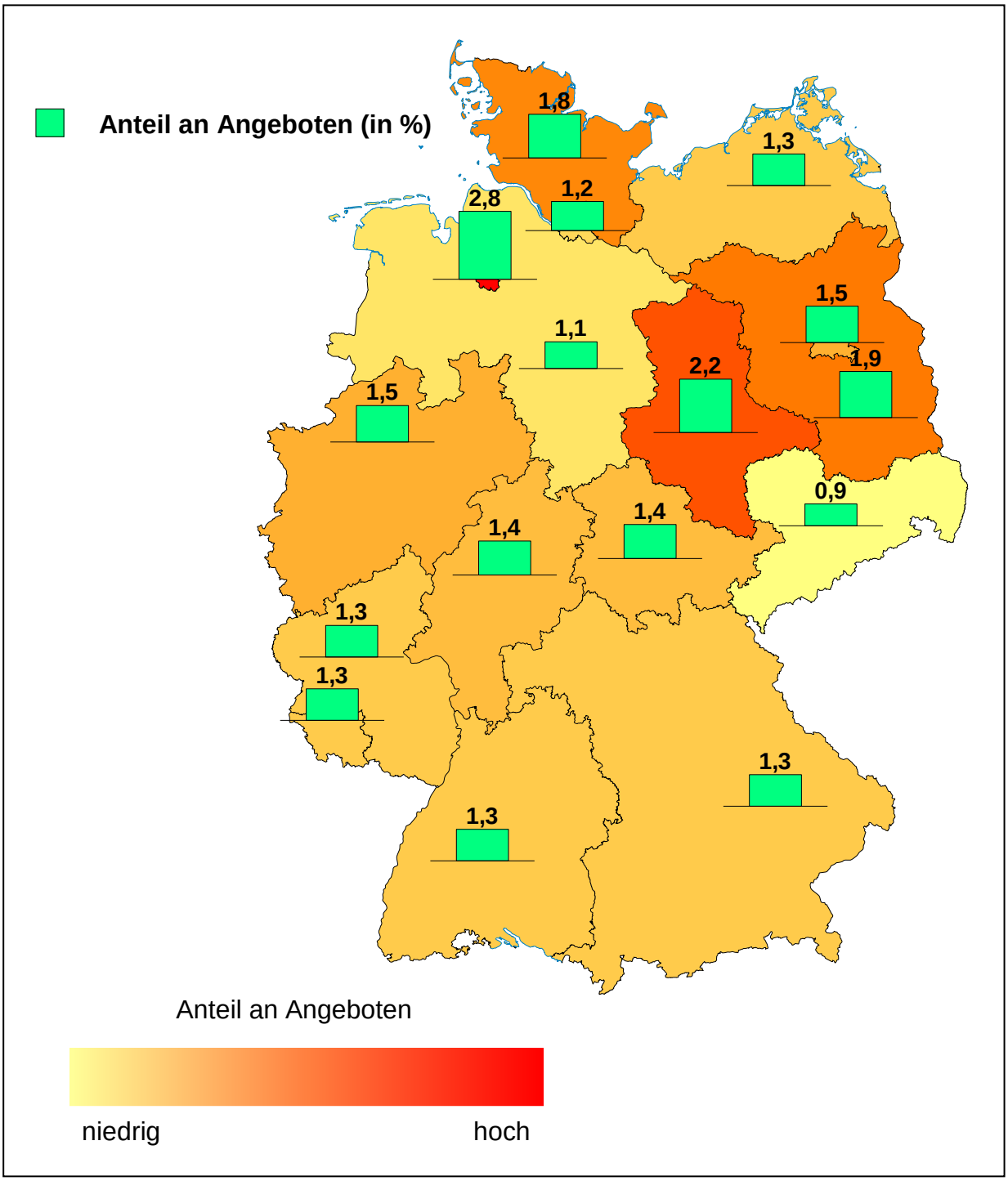

Abbildung 8: Anteil an Angeboten im Bereich Rehabilitation/Tertiärprävention nach Bundesland (in %).

Der Anteil an Sportangeboten für Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen ist insgesamt verhältnismäßig niedrig, jedoch zeigen sich auch hier länderspezifische Unterschiede (vgl. Abb. 9). Der Anteil an Angeboten in diesem Bereich von allen Sportangeboten der Vereine liegt zwischen 0,2 % (Hamburg) und 1,1 % (Thüringen).

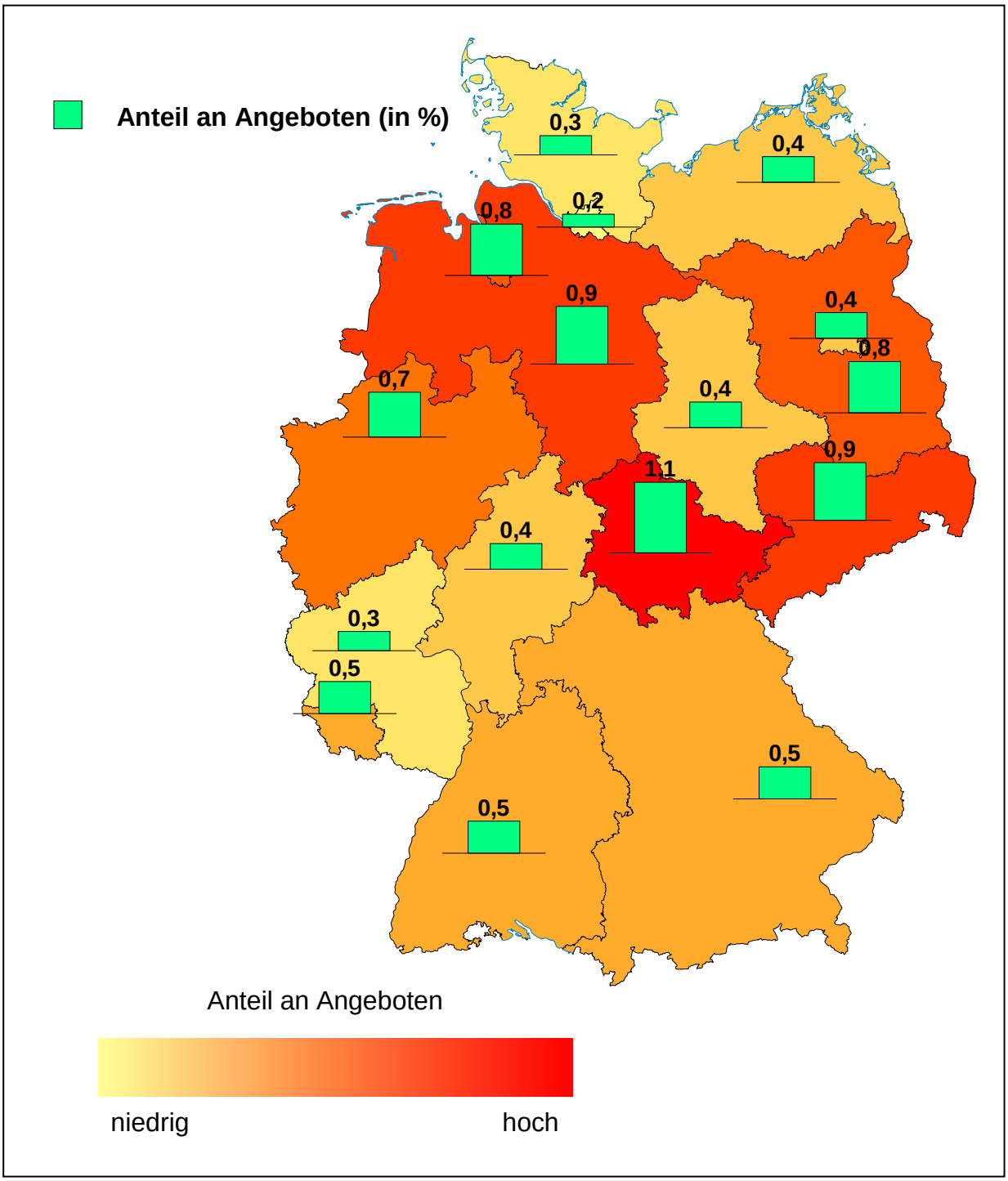

Abbildung 9: Anteil an Sportangeboten für Menschen mit Behinderungen/chronischen Erkrankungen nach Bundesland (in %).

2.5 Kooperationen

Ein drittes Prüfkriterium zur Beurteilung der Beiträge der Sportvereine zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung stellen Kooperationen mit einschlägigen Akteuren der Gesundheitsversorgung dar (Krankenkassen, Gesundheitsamt). So können komplexe, multifaktoriell verursachte Gesellschaftsprobleme wie Umweltzerstörung, Jugendgewalt, Rechtsextremismus oder eben auch die Gesundheitsförderung häufig nur intersektoral adäquat bearbeitet werden (Breuer, 2005, S. 156f.).
Da hinsichtlich der Gesundheitsförderung im Vorschulalter auch der Institution Kindergarten/Kindertagesstätte eine zunehmende Bedeutung zukommt, werden Kooperationen mit Kindergarten/Kindertagesstätten hier näher betrachtet.
Fast die Hälfte aller Sportvereine kooperiert in irgendeiner Form mit Kindergärten/Kindertagesstätten, wobei gut 8 % der Vereine bei der Erstellung von Angeboten zusammenarbeiten. Knapp 42 % der Sportvereine gehen Kooperationen mit Krankenkassen ein, wobei knapp 8 % bei der Angebotserstellung zusammenarbeiten. Knapp 30 % der Vereine kooperieren mit dem Gesundheitsamt, wobei sich die Kooperation nicht vornehmlich auf die Erstellung von Angeboten zu beziehen scheint. Die Indizes zeigen, dass der Anteil an kooperierenden Vereinen in den letzten beiden Jahren in allen drei Bereichen signifikant angestiegen ist und auch signifikant mehr Vereine bei der Angebotserstellung mit Kindergärten/Kindertagesstätten und Krankenkassen zusammenarbeiten (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5: Kooperierende Sportvereine und deren Entwicklung (Mehrfachnennungen möglich).

Kooperation mit	Anteil an kooperierenden Vereinen (in %)	Index (2005=0)	Zusammenarbeit bei Angebotserstellung (Anteil an Vereinen in %)	Index (2005=0)
Kindergarten/ Kindertagesstätte	46,7	+46,1***	8,2	+25,9*
Krankenkasse	41,7	+63,5***	7,8	+43,7*
Gesundheitsamt	28,9	+105,7***	0,4	

Im Folgenden wird eine differenzierte Betrachtung der Kooperationen nach Bundesland vorgenommen. Hinsichtlich des Anteils an Vereinen, der mit Kindergärten/Kindertagesstätten kooperiert, ist festzustellen, dass dieser in allen Bundesländern außer Berlin mindestens 40 % beträgt. In vielen Bundesländern kooperiert bereits über die Hälfte der Sportvereine mit Kindergärten/Kindertagesstätten. Die Spanne des Anteils an kooperierenden Vereinen reicht von 32,1 % (Berlin) bis 55,4 % (Mecklenburg-Vorpommern und Bremen).

Eine engere Form der Kooperation stellt die gemeinsame Angebotserstellung dar. Diese Form der Kooperation wird in den Bundesländern unterschiedlich aufgegriffen. Die Spanne des Anteils an Vereinen, die bei der Angebotserstellung mit Kindergärten/Kindertagesstätten kooperieren, reicht von 3,7 % (Berlin) bis 23,1 % (Mecklenburg-Vorpommern; vgl. Abb. 10).

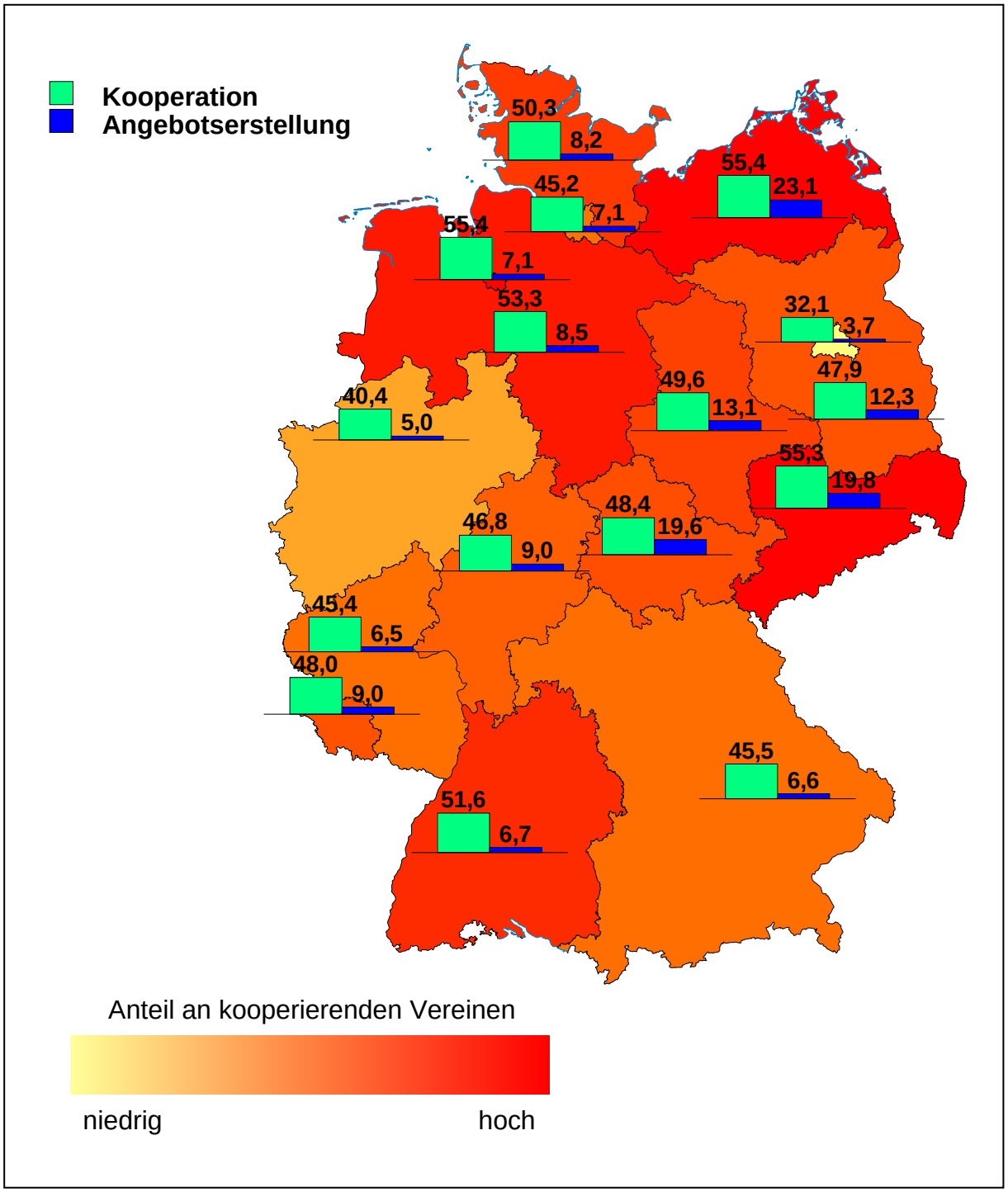

Abbildung 10: Anteil an Vereinen, die mit Kindergärten/Kindertagesstätten kooperieren, nach Bundesland (in %).

Der Anteil an Vereinen, der mit Krankenkassen zusammenarbeitet, ist in nahezu allen Bundesländern geringer als der Anteil an Vereinen, der mit Kindergärten/Kindertagesstätten zusammenarbeitet. Das Spektrum der kooperierenden Vereine reicht hier von 33,0 % (Saarland) bis 55,4 % (Bremen; vgl. Abb. 11).

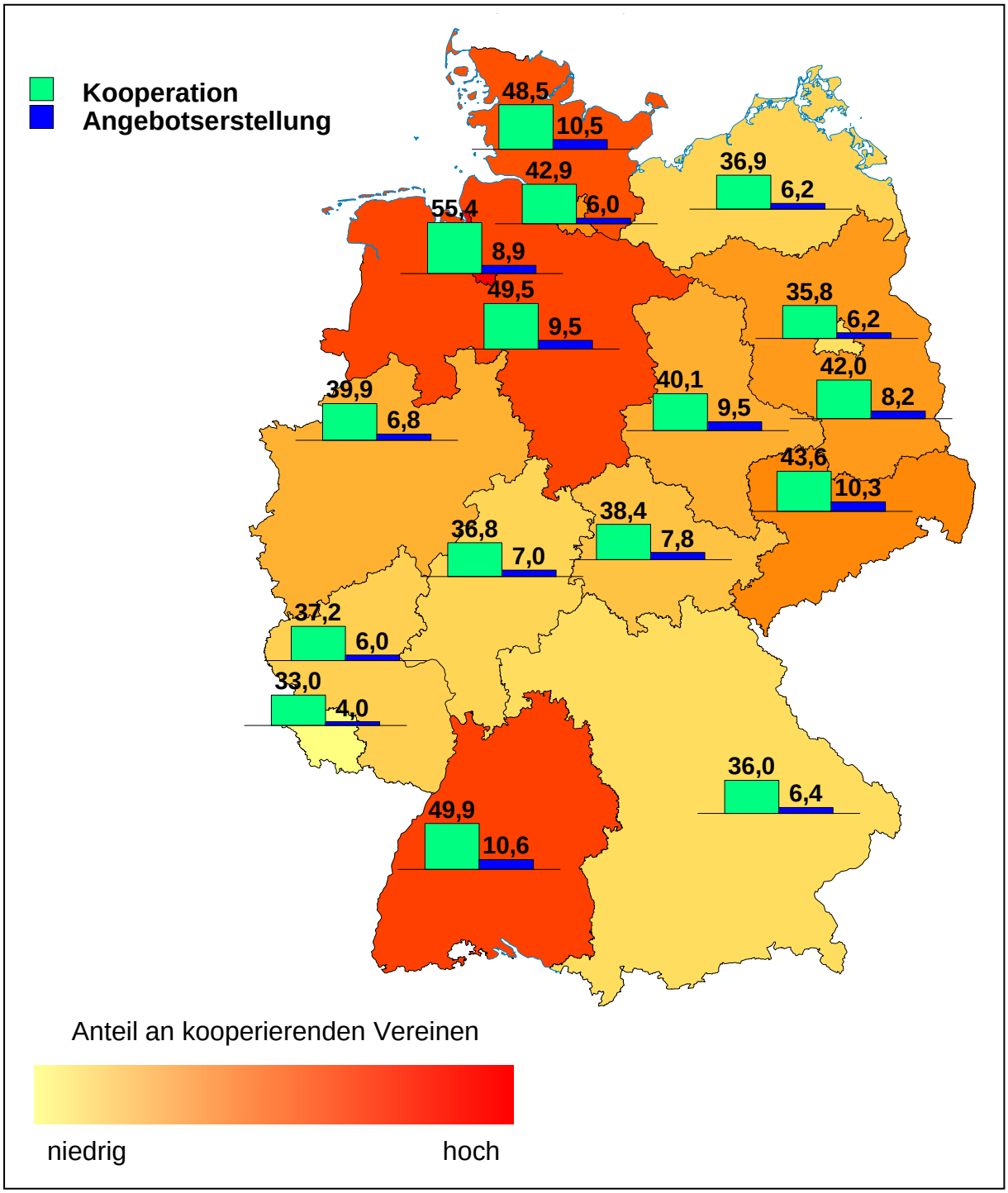

Abbildung 11: Anteil an Vereinen, die mit Krankenkassen kooperieren, nach Bundesland (in %).

Auch die Zusammenarbeit bei der Angebotserstellung ist je nach Bundesland unterschiedlich stark ausgeprägt, wobei der Anteil an Vereinen in den meisten Bundeslän-

dern zwischen 6 und 10 % liegt. Die Spanne des Anteils an Vereinen, welcher bei der Angebotserstellung mit Krankenkassen kooperiert, reicht von 4,0 % (Saarland) bis 10,5 % (Schleswig-Holstein; vgl. Abb. 11). Verhältnismäßig wenige Vereine arbeiten im Jahr 2007 mit dem Gesundheitsamt zusammen (vgl. Abb. 12). Dies dürfte jedoch maßgeblich auf eine nach wie vor dominant traditionelle Ausrichtung der kommunalen Gesundheitsämter in Deutschland zurückzuführen sein.

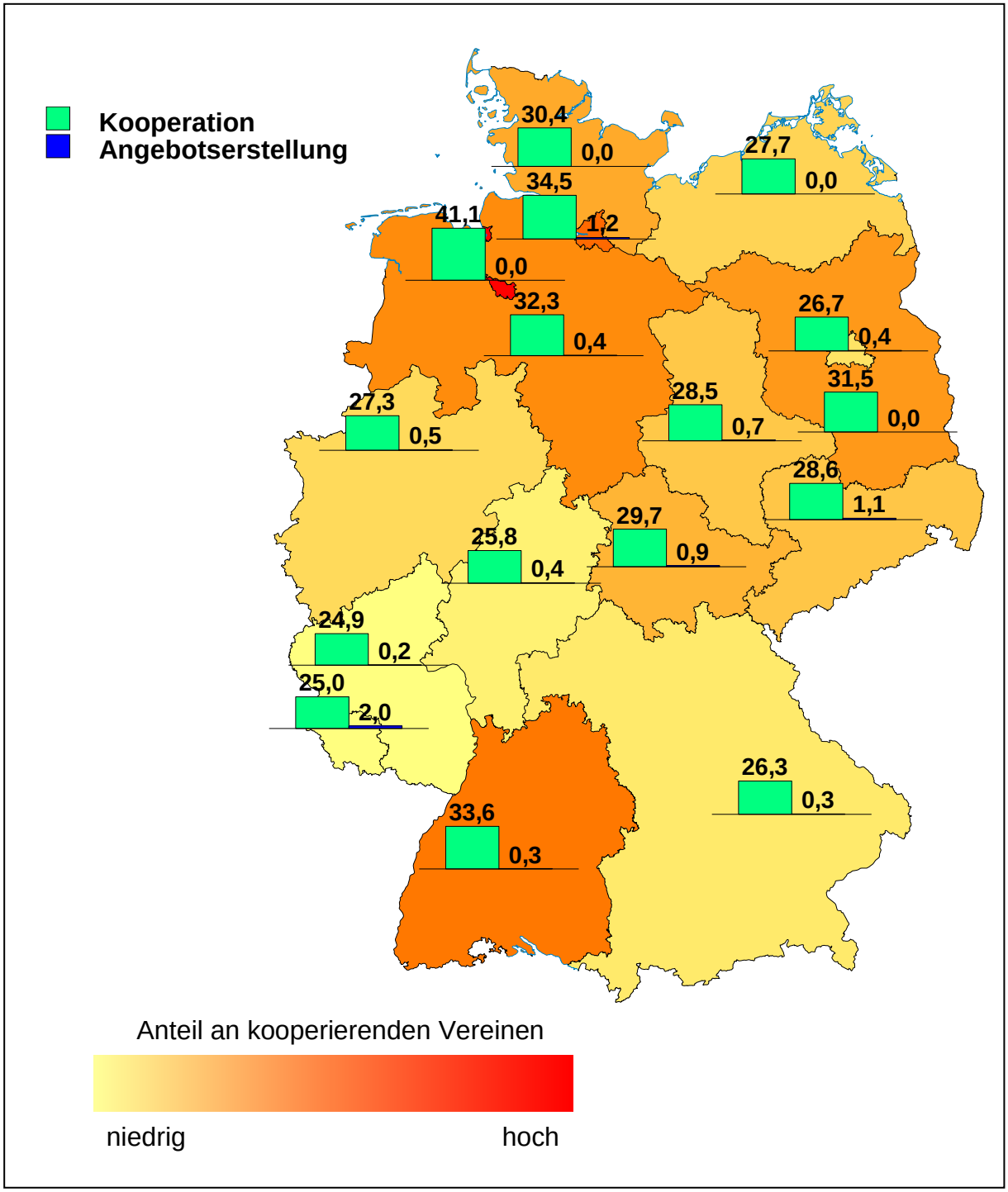

Abbildung 12: Anteil an Vereinen, die mit dem Gesundheitsamt kooperieren, nach Bundesland (in %).

Eine länderspezifische Differenzierung zeigt, dass der Anteil an kooperierenden Vereinen zwischen 24,9 % (Rheinland-Pfalz) und 41,1 % (Bremen) liegt. Eine Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt im Bereich der Angebotserstellung kommt in einigen Bundesländern gar nicht vor. Dagegen kooperieren 2,0 % der Vereine im Saarland auf diese Weise mit dem Gesundheitsamt und stellen somit den höchsten Anteil an kooperierenden Vereinen im Ländervergleich dar (vgl. Abb. 12).

3 Chancen und Risiken von Gesundheitssportangeboten

3.1 Vereinsprobleme

Vergleicht man die Problemlagen im Jahr 2007 von Sportvereinen, die mindestens ein explizites Gesundheitssportangebot offerieren, mit jenen von Vereinen, die sich im Gesundheitssport nicht engagieren, so zeigt sich, dass sich der Problemdruck in manchen Bereichen signifikant unterscheidet (vgl. Abb. 13).

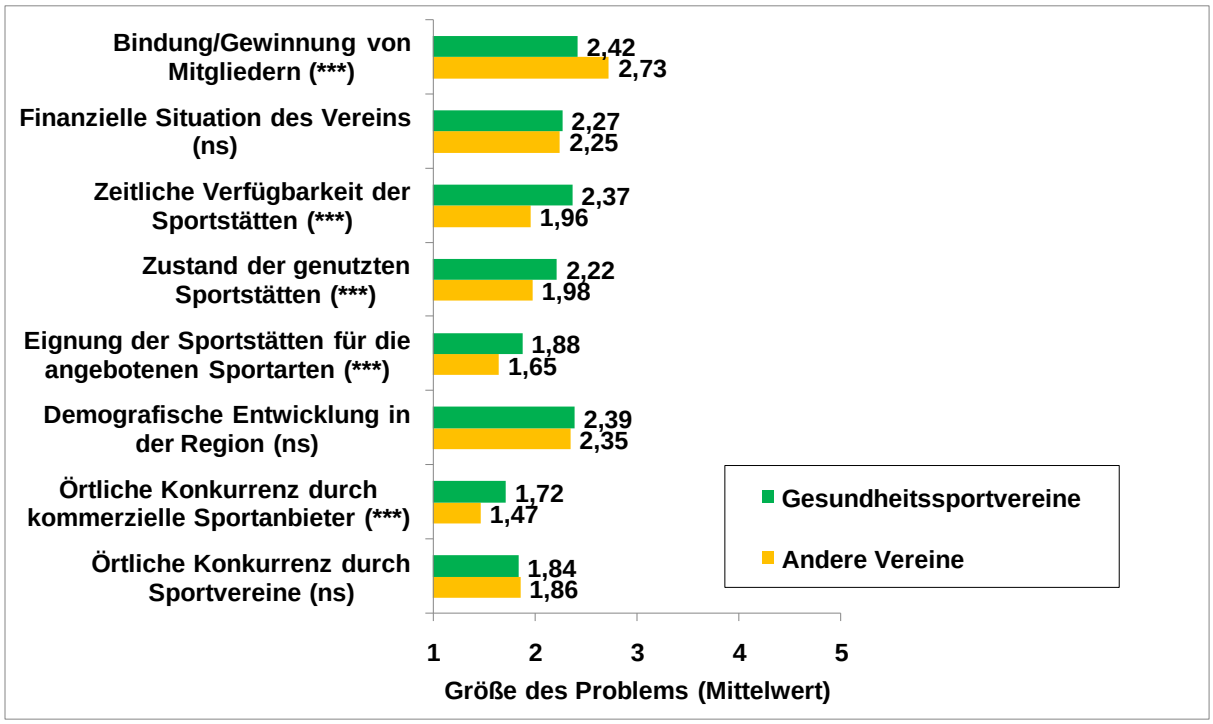

Abbildung 13: Vergleich zwischen Gesundheitssportvereinen und anderen Vereinen im Hinblick auf Vereinsprobleme (1=kein Problem, 5=ein sehr großes Problem; Bundeswerte).

Bezüglich des Problems der Bindung/Gewinnung von Mitgliedern haben Gesundheitssportvereine ein signifikant geringeres Problem. Somit scheinen Angebote im Gesundheitsbereich die Bindung und Gewinnung von Mitgliedern zu begünstigen. Im Gegensatz dazu fallen die Probleme hinsichtlich der Sportanlagensituation signifikant

größer aus. Sowohl der Zustand als auch die zeitliche Verfügbarkeit der Sportstätten sowie die Eignung der vorhandenen Sportstätten für die angebotenen Sportarten stellen ein signifikant größeres Problem für Gesundheitssportvereine dar. Dies könnte am Gesundheitssportangebot liegen, aber auch damit zusammenhängen, dass Gesundheitssportvereine überproportional häufig öffentliche Anlagen nutzen und die sich in einem schlechteren Zustand befinden. Hinsichtlich der Wahrnehmung der finanziellen Situation des Vereins sowie der demografischen Entwicklung in der Region zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Größe der Probleme. Folglich scheint eine Investition in Gesundheitssportangebote sich nicht auf die finanzielle Situation des Vereins auszuwirken. Angebote im Gesundheitsbereich werden nicht nur von Sportvereinen, sondern auch von kommerziellen Sportanbietern offeriert, und Sportvereine stehen folglich in Konkurrenz zu diesen Anbietern. Im Hinblick auf die Wahrnehmung der örtlichen Konkurrenz durch kommerzielle Sportanbieter zeigt sich, dass Gesundheitssportvereine das Problem der örtlichen Konkurrenz als signifikant größer ansehen. Hingegen sind bei der Konkurrenz durch andere Sportvereine keine signifikanten Unterschiede festzustellen (vgl. Abb. 13).

Um mehr Aufschluss über Ursache-Wirkungs-Beziehungen im Bereich der Mitglieder- und Konkurrenzprobleme zu erhalten, wird in einem zweiten Schritt eine Kontrollgruppenuntersuchung durchgeführt. Es wird geprüft, ob sich Sportvereine in ihrer Problementwicklung in Abhängigkeit von der Ein- bzw. Fortführung von Gesundheitssportangeboten unterscheiden. Hierzu wurden vier Gruppen gebildet (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6: Übersicht über die vier möglichen Konstellationen bezüglich der Entwicklung des Gesundheitssportangebots (Bundeswerte).

Gruppe	Gesundheitssport-angebot		Beschreibung	Anteil an Vereinen (in %)
	2005	2007		
1	-	-	Kein Gesundheitssportangebot in beiden Jahren	66,2
2	-	x	Gesundheitssportangebot 2007 eingeführt	26,8
3	x	-	Gesundheitssportangebot 2007 abgesetzt	0,6
4	x	x	Gesundheitssportangebot in beiden Jahren	6,4

Zunächst ist festzustellen, dass die überwiegende Mehrheit der Vereine in beiden Jahren keine Angebote im Gesundheitsbereich anbietet. Gut ein Viertel der Vereine haben 2007 mindestens ein Angebot in diesem Bereich eingeführt, lediglich 0,6 % der Vereine haben ein derartiges Angebot wieder abgesetzt. Insgesamt verfügen 6,4 % der Vereine in beiden Jahren über Angebote im Gesundheitssport. Aus dieser

Entwicklung lässt sich ablesen, dass sich im Zeitverlauf viele Sportvereine entschieden haben, ihr Angebotsspektrum um diesen Bereich zu erweitern. Hingegen wurde der einmal eingeführte Gesundheitssportbereich selten abgeschafft. Aufgrund zu geringer Fallzahlen kann für die Gruppe 3 keine Analyse durchgeführt werden.
Im Hinblick auf das Problem der Bindung/Gewinnung von Mitgliedern ist festzustellen, dass sich der Problemdruck bei allen Gruppen im Zeitverlauf nicht signifikant verändert hat. Dennoch ist der spezifische Problemdruck bei den Gruppen 2 und 4 nicht nur am geringsten, sondern auch leicht rückläufig (auf nicht signifikantem Niveau). Bei denjenigen Vereinen, die in beiden Jahren über kein Angebot im Gesundheitssportbereich verfügen, ist der durchschnittliche Problemdruck dagegen am größten und im Laufe der Zeit leicht, wenn auch wiederum nicht signifikant, angestiegen (vgl. Abb. 14). Folglich scheint die Einführung von Gesundheitssportangeboten die Bindung und Gewinnung von Mitgliedern moderat zu begünstigen, auch wenn der harte statistische Nachweis noch fehlt.

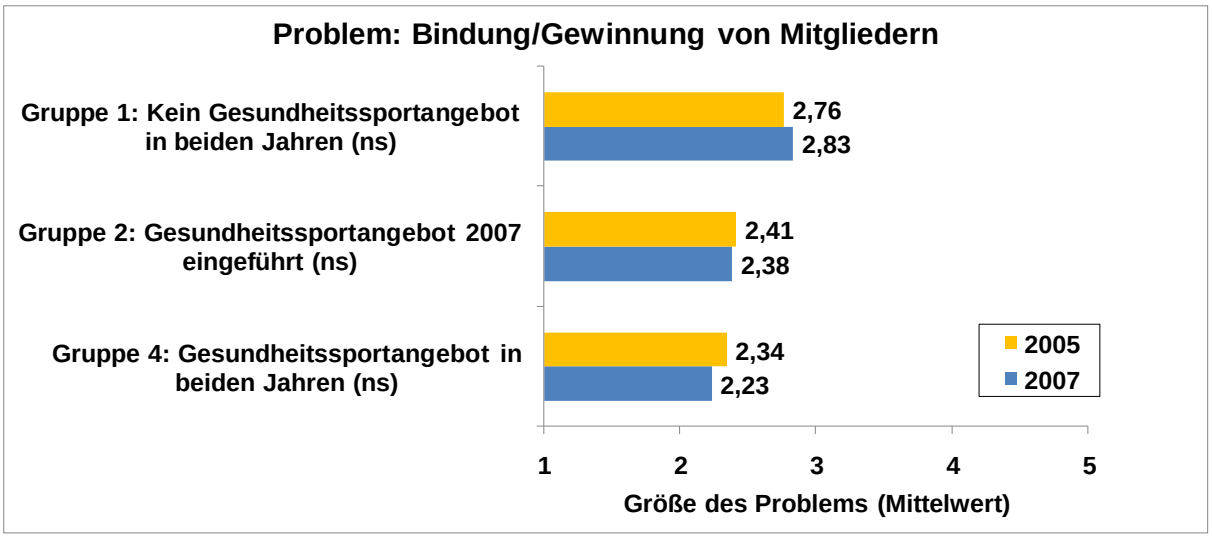

Abbildung 14: Entwicklung des Problems „Bindung/Gewinnung von Mitgliedern" nach Gruppen (1=kein Problem, 5=ein sehr großes Problem; Bundeswerte).

Gesundheitssportvereine stehen wie bereits erwähnt in Konkurrenz zu kommerziellen Sportanbietern. Im Zeitverlauf zeigt sich, dass diejenigen Vereine, welche in beiden Jahren mindestens ein Angebot im Gesundheitssportbereich aufweisen (Gruppe 4), dieses Problem im Jahr 2007 als signifikant größer wahrnehmen. Hingegen liegt bei den anderen beiden Gruppen (1,2) keine signifikante Veränderung vor (vgl. Abb. 15).

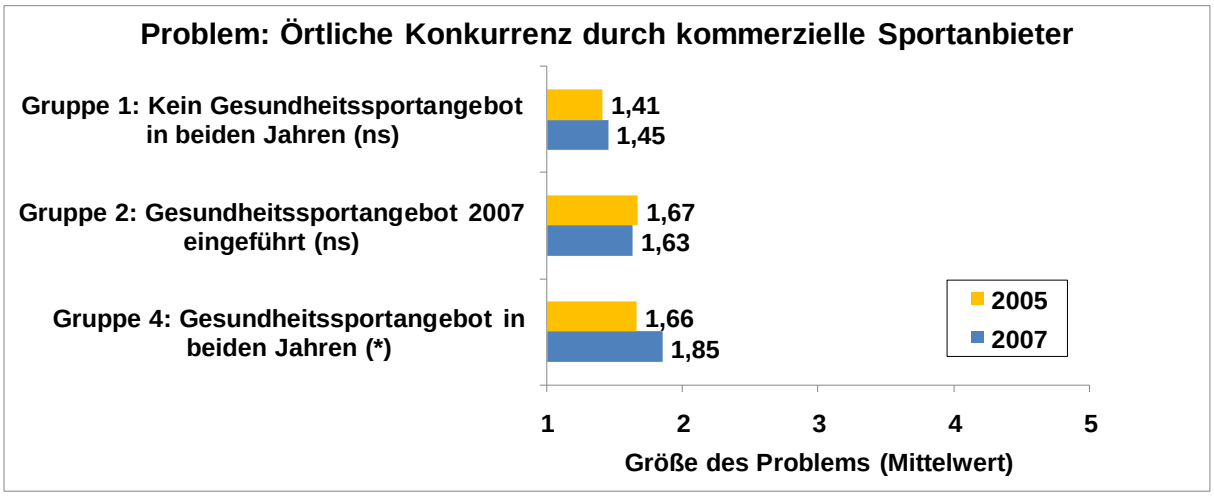

Abbildung 15: Entwicklung des Problems „Örtliche Konkurrenz durch kommerzielle Sportanbieter" nach Gruppen (1=kein Problem, 5=ein sehr großes Problem; Bundeswerte).

3.2 Vereinsfinanzen

Als Prüfsteine zur Identifikation finanzieller Chancen und Risiken des Gesundheitssportengagements deutscher Sportvereine werden die Kategorien „Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen", „Einnahmen aus Kursgebühren" und „Ausgaben für Übungsleiter, Trainer etc." herangezogen. Um eine bessere Vergleichbarkeit der Vereine zu gewährleisten und Verzerrungen durch die Vereinsgröße zu vermeiden, werden die entsprechenden Pro-Kopf-Werte herangezogen.

Tabelle 7: Vergleich zwischen Gesundheitssportvereinen und anderen Vereinen im Hinblick auf Aspekte der Vereinsfinanzen.

Vereinsfinanzen: Pro-Kopf (Mittelwert in €)	Gesundheitssportvereine	Andere Vereine
Einnahmen aus		
…Mitgliedsbeiträgen (***)	49,48	65,81
…Kursgebühren (*)	3,16	2,03
Ausgaben für		
…Trainer, Übungsleiter etc. (ns)	25,07	47,74

Die Pro-Kopf-Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen unterscheiden sich signifikant zwischen Gesundheitssportvereinen und anderen Vereinen, wobei die Einnahmen der anderen Vereine in diesem Bereich durchschnittlich € 16,- höher sind (vgl. Tab. 7). Folglich scheinen Gesundheitssportvereine verstärkt den günstigeren Beitragssegmenten anzugehören.

Im Hinblick auf die Art der Angebote wurde bereits dargestellt, dass knapp die Hälfte der Gesundheitssportangebote auch als Kursangebot für Nichtmitglieder angeboten

wird. Folglich ist zu vermuten, dass sich die Einnahmen aus Kursgebühren zwischen Gesundheitssportvereinen und anderen Vereinen unterscheiden dürften. Tabelle 7 zeigt, dass sich die Pro-Kopf-Einnahmen aus Kursgebühren signifikant zwischen Gesundheitssportvereinen und anderen Vereinen unterscheiden. So liegen diese bei Gesundheitssportvereinen im Mittel gut € 1,- über denen der anderen Vereine.
Bezüglich der Pro-Kopf-Ausgaben für Trainer, Übungsleiter etc. fällt auf, dass diese in anderen Vereinen deutlich höher ausfallen als in Gesundheitssportvereinen. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (vgl. Tab. 7). Bundesweit waren die Ausgaben der Sportvereine für Trainer, Übungsleiter etc. signifikant um ca. 14 % im Mittel angestiegen. Offensichtlich wurden in vielen Bereichen höhere Ausgaben für Trainer, Übungsleiter etc. getätigt und dieser Anstieg ist nicht auf Gesundheitssportangebote zurückzuführen. Eine Ursache für die höheren Ausgaben in diesem Bereich dürfte darin liegen, dass in vielen Bereichen verstärkt qualifiziertes Personal eingestellt wird, welches auch höhere Kosten verursacht.

3.3 Exkurs: Was beeinflusst die Höhe der Mitgliedsbeiträge?

Mithilfe weiterführender Analysen (vgl. Abschn. 4.4) wird geprüft, welche Vereinsmerkmale im Hinblick auf die behandelten Vereinsfinanzen eine Rolle spielen bzw. unter welchen Voraussetzungen die entsprechenden Einnahmen oder Ausgaben hoch oder niedrig ausfallen.

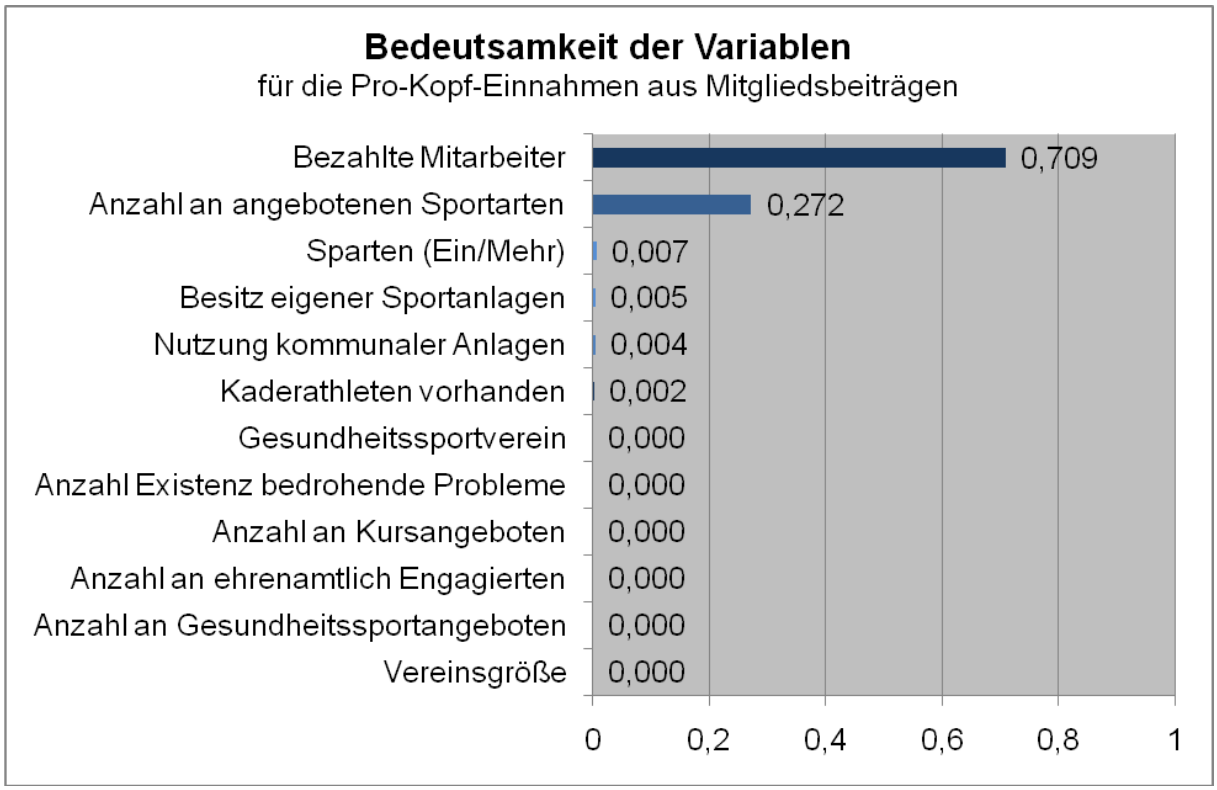

Abbildung 16: Mit Data Mining erstelltes Modell für die Pro-Kopf-Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen.

Hinsichtlich der Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen zeigt diese weiterführende Analyse, dass die Höhe der Pro-Kopf-Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen maßgeblich davon bestimmt wird, ob der Sportverein bezahlte Mitarbeiter beschäftigt oder nicht, und wie viele Sportarten angeboten werden (vgl. Abb. 16). Der aus dem Modell abgeleitete Strahl veranschaulicht, dass hohe Pro-Kopf-Einnahmen in diesem Bereich dann generiert werden, wenn bezahlte Mitarbeiter vorhanden sind und weniger als 2,5 Sportarten angeboten werden. Hierbei ist zu beachten, dass die bezahlten Mitarbeiter auch dem Bereich Führung und Verwaltung sowie dem normalen Sportbetrieb angehören können, da in diesen Bereichen die Professionalisierung bereits fortgeschrittener sein dürfte als im Gesundheitssportbereich. Verhältnismäßig geringe Pro-Kopf-Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen generieren diejenigen Vereine, die nicht über bezahlte Mitarbeiter verfügen und kommunale Sportanlagen nutzen (vgl. Abb. 17).

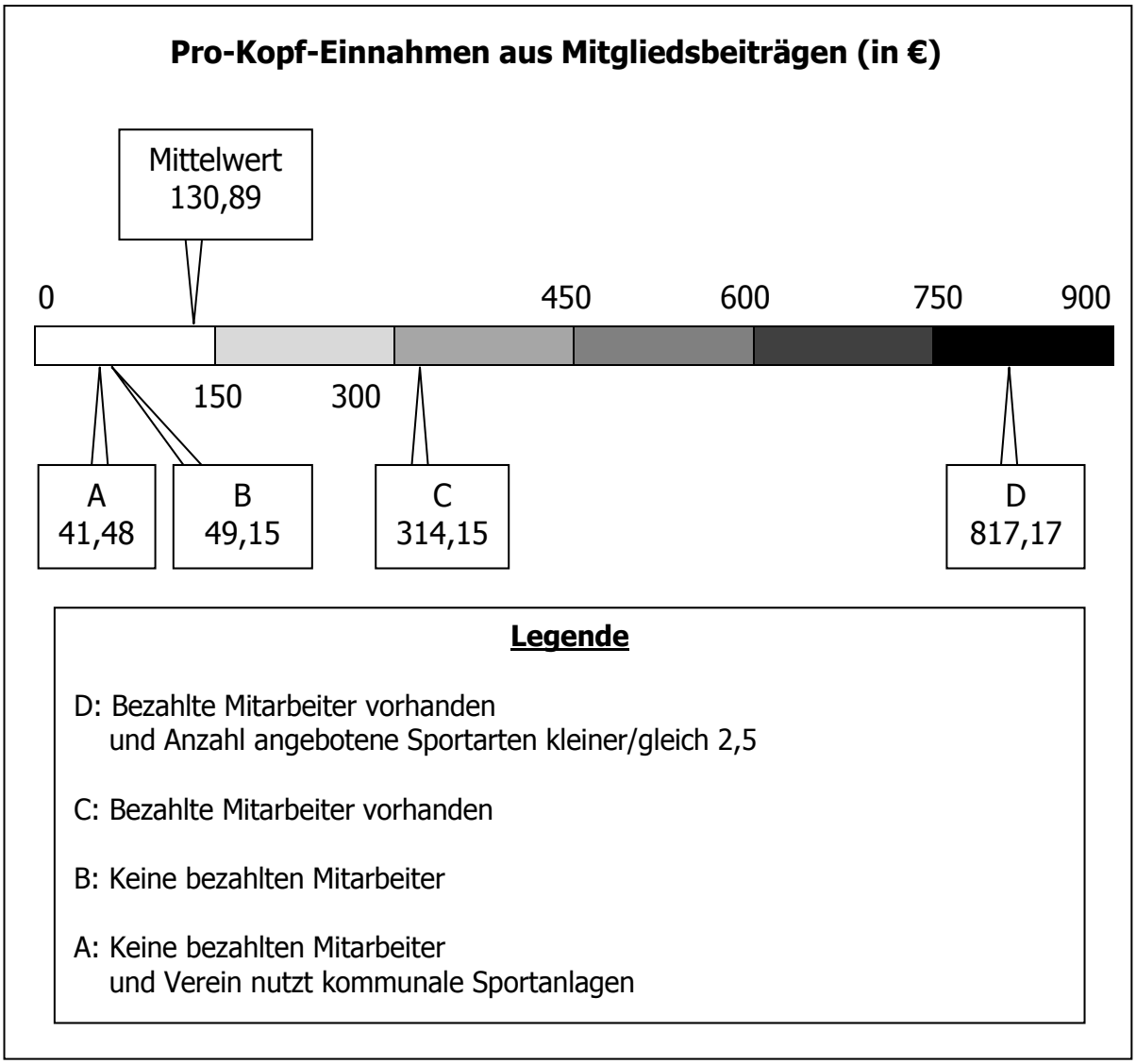

Abbildung 17: Strahl für die Variable Pro-Kopf-Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen (Bundeswerte).

Die weiterführende Strukturanalyse der Pro-Kopf-Einnahmen aus Kursgebühren zeigt, dass diese nahezu ausschließlich von der Anzahl an Kursen im Gesundheitssportbereich bestimmt werden. Die kritische Schwelle liegt hier bei 2,5 Kursangeboten im Gesundheitssportbereich. Über dieser Schwelle werden Pro-Kopf-Einnahmen aus Kursgebühren in Höhe von über € 12,- vorhergesagt, wohingegen unter dieser Schwelle lediglich entsprechende Einnahmen von gut € 1,70 generiert werden. Jedoch liegen die meisten Sportvereine unter dieser Schwelle, da wie bereits eingangs dargestellt (vgl. Abschn. 2.4) über Dreiviertel der Vereine ein oder zwei Angebote im Gesundheitssportbereich offerieren.

Die weiterführende Analyse der Pro-Kopf-Ausgaben für Übungsleiter, Trainer etc. zeigt, dass diese doch in erster Linie von der Anzahl an Gesundheitssportangeboten im Sportverein bedingt werden. An zweiter Stelle ist hierbei die Anzahl an Kursangeboten entscheidend. Hier kann es wie bereits eingangs erwähnt zu Überschneidungen kommen, da fast die Hälfte aller Angebote im Gesundheitssportbereich auch als Kursangebot für Nichtmitglieder angeboten wird (vgl. Tab. 4). An dritter Stelle bestimmt die Anzahl an angebotenen Sportarten die Höhe der Ausgaben maßgeblich. Folglich geht eine Vielfalt an Sportarten auch mit einer Vielfalt an verschiedenen Trainern oder Übungsleitern einher, die sich auf die anfallenden Kosten niederschlägt.

Vor dem Hintergrund der Befunde aus den Data Mining-Analysen werden auch im Bereich der Finanzanalyse Ursache-Wirkungs-Beziehungen mit Hilfe der Kontrollgruppenuntersuchung aufzudecken versucht (vgl. Tab. 6). Im Hinblick auf die Entwicklung der Vereinsfinanzen werden die Ausgaben für Trainer, Übungsleiter etc. und die Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen analysiert, da vermutet wird, dass Gesundheitssportangebote insbesondere in diesen Bereichen zu Buche schlagen (und noch nicht hinreichend erklärt werden können). Hierbei werden sowohl die absoluten Beträge als auch die Pro-Kopf-Werte im Zeitverlauf betrachtet.

So zeigt sich hinsichtlich der Ausgaben für Trainer, Übungsleiter und Sportlehrer, dass sich diese bei denjenigen Vereinen, welche kein Gesundheitssportangebot in beiden Jahren haben (Gruppe 1), nicht signifikant verändert haben und auch im Vergleich zu den anderen Gruppen im Mittel am niedrigsten ausfallen (vgl. Abb. 18). Bei denjenigen Vereinen, die in beiden Jahren ein Gesundheitssportangebot vorweisen können oder 2007 eines eingeführt haben (Gruppe 2, 4), ist jedoch ein signifikanter Anstieg der Ausgaben für Trainer, Übungsleiter etc. zu verzeichnen. Folglich scheinen sich Investitionen in Angebote im Gesundheitssportbereich auf die Personalkosten niederzuschlagen, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass qualifizierte Trainer oder Übungsleiter mit entsprechenden Kosten verbunden sind.

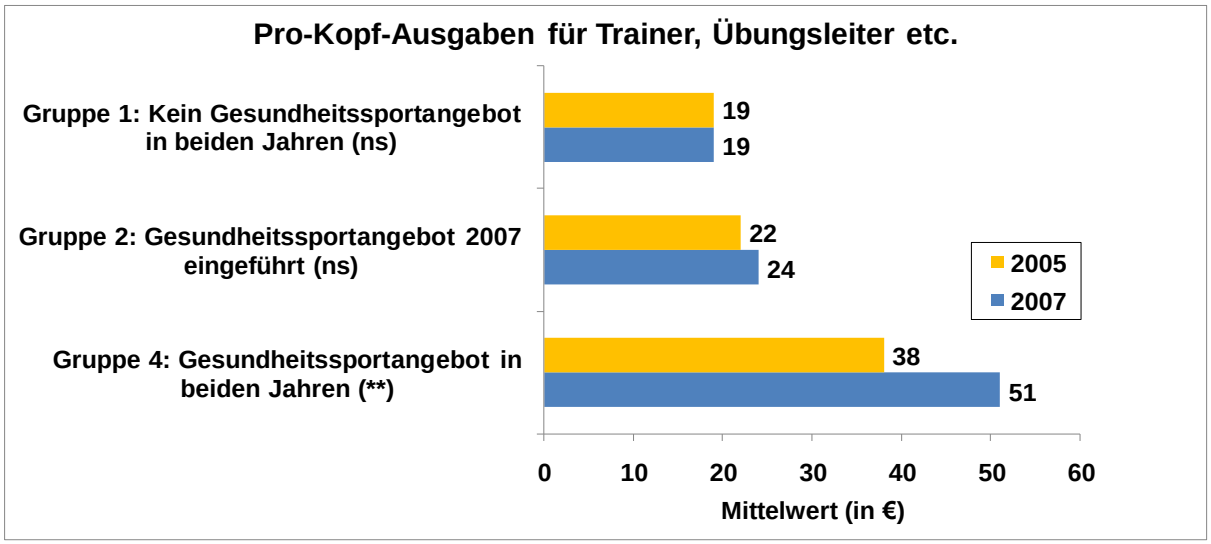

Abbildung 18: Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben für Trainer, Übungsleiter etc. nach pen (Bundeswerte).

Die mittleren Pro-Kopf-Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen sind in den letzten beiden Jahren in allen Vereinsgruppen angestiegen, wobei der Anstieg nicht signifikant ausfällt. Bezüglich der Höhe dieser Einnahmen fällt auf, dass die Vereine mit mindestens einem Gesundheitssportangebot in beiden Jahren im Mittel die höchsten Pro-Kopf-Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen generieren, gefolgt von denjenigen Vereinen, die

kein derartiges Angebot in beiden Jahren aufweisen. Die verhältnismäßig geringsten Pro-Kopf-Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen erzielen diejenigen Vereine, die 2007 ein Gesundheitssportangebot eingeführt haben (vgl. Abb. 19).

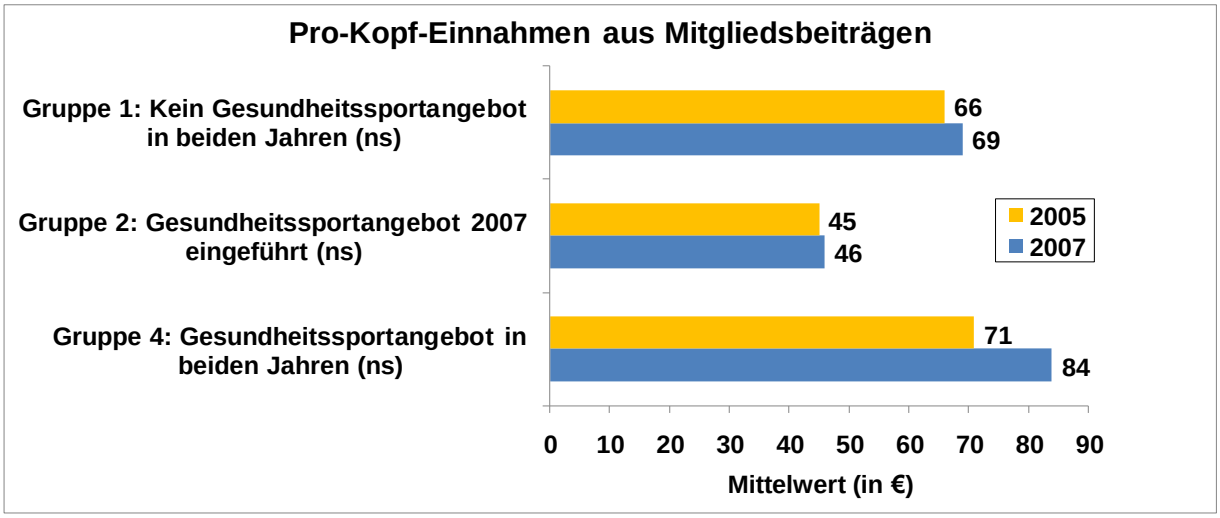

Abbildung 19: Entwicklung der Pro-Kopf-Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen nach Gruppen (Bundeswerte).

Fasst man die quer- und längsschnittlichen Befunde zusammen, so ist festzuhalten, dass die Einführung von Gesundheitssportangebote im Sportverein auf der Habenseite Probleme der Bindung und Gewinnung reduzieren hilft und neue Einnahmequellen generieren kann. Auf der Sollseite ist jedoch zu konstatieren, dass zugleich Ausgaben für Trainer und Übungsleiter ansteigen und auch der Konkurrenzdruck durch kommerzielle Anbieter wächst.

4 Methode

4.1 Hintergrund

Die Sportentwicklungsberichte – „Analysen zur Situation des Sports in Deutschland" stellen eine Weiterentwicklung der Finanz- und Strukturanalysen des deutschen Sports (FISAS) dar mit dem Ziel, die Entscheidungsträger im organisierten Sport zeitnah mit politikfeld- und managementrelevanten Informationen zu versorgen (Argumentations- und Handlungswissen). Mit Hilfe dieser Unterstützung soll die Wettbewerbsfähigkeit des organisierten Sports in Zeiten eines dynamischen sozialen Wandels gestärkt werden. Das Vorhaben wird finanziert von den 16 Landessportbünden, dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) sowie dem Bundesinstitut für Sportwissenschaft (BISp)[3]. Am 26.06.2007 wurde Univ.-Prof. Dr. Christoph Breuer vom Institut für Sportökonomie und Sportmanagement der Deutschen Sporthochschule Köln mit der Durchführung der zweiten und dritten Welle der Sportentwicklungsberichte beauftragt. Methodischer Kerngedanke der Sportentwicklungsberichte ist der Aufbau eines Paneldesigns, d.h., die gleichen Sportvereine sollen alle zwei Jahre zur ihrer Situation befragt werden. Mit den ersten beiden Wellen der Sportentwicklungsberichte (2005/06 und 2007/08) liegen somit erstmalig systematische Informationen zur Entwicklung der Sportvereine vor.

4.2 Stichprobe und Rücklauf

Als Methode kam wie bereits bei der ersten Welle eine Online-Befragung zum Einsatz. Die Erhebung der zweiten Welle wurde vom 17.09. bis 10.12.2007 durchgeführt. Als Grundlage für die Stichprobe dienten die von den Landessportbünden zur Verfügung gestellten Emailadressen der Vereine. Von den insgesamt 90.467 Sportvereinen in Deutschland wurden 45.270 Emailadressen übermittelt. Die Anzahl der übermittelten Emailadressen variierte erheblich von Bundesland zu Bundesland. Nach Abzug doppelt übermittelter Vereine bzw. Emailadressen wurden 44.367 Sportvereine per Email angeschrieben. Die Stichprobe wurde um diejenigen Vereine bereinigt, die aus verschiedenen Gründen nicht an der Befragung teilnehmen konnten. Der Großteil dieser Stichprobenausfälle (ca. 7.000) ist auf fehlerhafte Emailadressen zurückzuführen. Insgesamt konnten n=13.068 Interviews realisiert werden, was einem Rücklauf von 35,1 % entspricht (vgl. Tab. 8). Somit konnten der Stichprobenumfang der ersten Welle bundesweit verdreifacht sowie die Beteiligungsrate um den Faktor 1,7 gesteigert werden.

[3] Geschäftszeichen IIA1-080902/07-08.

Tabelle 8: Feldübersicht des Sportentwicklungsberichts 2007/08 für Deutschland.

Sportentwicklungsbericht 2007/08	N	Anteil an Stichprobe I in %	Anteil an Stichprobe II in %
Grundgesamtheit	90.467		
Stichprobe I	44.367	100,0	
Fehlerhafte Emailadressen, Person nicht im Verein tätig, Verein existiert nicht mehr/in Auflösung, Absagen	7.161		
Bereinigte Stichprobe II	37.206		100,0
Realisierte Interviews	13.068		
Beteiligung (in %)	14,4	29,4	35,1

4.3 Längsschnitt und Indexbildung

Im Hinblick auf die Konstruktion eines Längsschnittdatensatzes wurde allen Vereinen aus der zweiten Welle eine unveränderliche Vereinsnummer (id) zugewiesen und diese auf die Vereine der ersten Welle übertragen. Mithilfe dieser unveränderlichen Vereinsnummer ist es möglich, diejenigen Vereine zu identifizieren, die sich an beiden Wellen beteiligt haben. Insgesamt haben bundesweit n=1.648 Vereine an beiden Befragungen teilgenommen.

Ab der zweiten Welle können somit die Veränderungen der Gemeinwohlproduktion, aber auch der Probleme der Sportvereine in Deutschland gemessen werden, welche auf dem Längsschnitt basieren. Das Ausmaß der Veränderungen wird mithilfe von Indizes verdeutlicht, welche die prozentuale Veränderung erläutern. Der im Längsschnittdatensatz für 2005/06 ermittelte Wert stellt dabei die Basis für die Berechnung der Indizes dar und wird auf null gesetzt. Zum Beispiel bedeutet ein Index von +12, dass sich (im Längsschnitt) der besagte Wert im Vergleich zum Sportentwicklungsbericht 2005/06 um 12 % erhöht hat. Überdies wurde bei den Indizes geprüft, ob es sich um statistisch signifikante Veränderungen handelt (Signifikanztest: t-Test). Im vorliegenden Bericht werden lediglich die signifikanten Indizes dargestellt.

4.4 Datenauswertung

In den Abschnitten 3.1 und 3.2 wird der Frage nachgegangen, ob bzw. inwieweit sich gesundheitssportorientierte Sportvereine (Kriterium: mind. ein Angebot im Gesundheitssportbereich) von anderen Sportvereinen unterscheiden. Hierbei wird geprüft, ob es sich um statistisch signifikante Unterschiede handelt (Signifikanztest: ANOVA). Die Vereinsfinanzen beziehen sich auf das Jahr 2006. Auf Basis des Längsschnittdatensatzes wird zudem geprüft, ob bei den drei genannten Gruppen eine signifikante

Veränderung im Zeitverlauf von 2005 bis 2007 im Hinblick auf die Größe von Vereinsproblemen und Aspekte der Vereinsfinanzen vorliegt (Signifikanztest: t-Test). Die Höhe der Fehlerwahrscheinlichkeit, welche für die Signifikanzbestimmung maßgeblich ist, wird mit der gängigen Kennzeichnung veranschaulicht (vgl. Tab. 9).

Tabelle 9: Übersicht über die Bedeutung der Fehlerwahrscheinlichkeiten.

Kürzel	Bedeutung: Fehlerwahrscheinlichkeit der Berechnung ist
ns	… größer als 5 % (nicht signifikant)
*	… gleich/kleiner als 5 %
**	… gleich/kleiner als 1 %
***	… gleich/kleiner als 0,1 %

Die in den Abschnitten 2.3 und 3.3 vorgenommenen weiterführenden Strukturanalysen werden mit Clementine 12.0, einem Programm aus dem Bereich Data Mining vorgenommen. Mithilfe des Data Minings lassen sich die wichtigsten Strukturmerkmale von Gesundheitssportvereinen identifizieren. Im Vergleich zu einer Differenzierung z.B. nach Vereinsgröße werden die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale dargestellt (die Vereinsgröße selbst stellt nur selten das wichtigste Unterscheidungsmerkmal dar). Das eingesetzte Programm bietet vielfältige Möglichkeiten der explorativen Datenanalyse, da durch die simultane Anwendung verschiedener Verfahren und Algorithmen Strukturen und Zusammenhänge entdeckt werden können, die bei herkömmlichen Analysen eventuell unentdeckt bleiben.

5 Literatur

Anders, G. (2005). Gesundheitssport versus Wettkampfsport – ein Spannungsverhältnis: Interessenkonflikt und mögliche Lösungen. In J. Wiemeyer & R. Singer (Hrsg.), *Fitness- und Gesundheitstraining – wem nützt was?* (Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Technischen Universität Darmstadt, S. 89-100). Darmstadt: Technische Universität Darmstadt.

Breuer, C. (1999). *Perspektiven des Präventivsports im Gesundheitssystem – Möglichkeiten der Steuerung durch den organisierten Sport.* Berlin: Mensch und Buch.

Breuer, C. (2005). *Steuerbarkeit von Sportregionen* (Reihe Sportsoziologie, 4). Schorndorf: Hofmann.

Kontaktadressen

DEUTSCHER OLYMPISCHER SPORTBUND
Dipl.-Sportwiss. Christian Siegel
Geschäftsbereich Sportentwicklung
Otto-Fleck-Schneise 12
60528 Frankfurt/Main
Tel: +49-69-6700-360
Fax: +49-69-6700-1-360
Email: siegel@dosb.de

Weitere ausführliche Informationen zum Sportentwicklungsbericht sowie Download-möglichkeiten unter
www.dosb.de/de/sportentwicklung/sportentwicklung/sportentwicklungsberichte/
www.bisp.de unter der Rubrik Aktuelles: Meldung vom 12. Juni 2008

Bundesinstitut für Sportwissenschaft
Fachbereich I Forschung und Entwicklung
Dipl.-Soziologin Sabine Stell
Graurheindorferstr. 198
53117 Bonn
Tel: +49-1888-640-9020
Fax: +49-1888-10-640-9020
Email: sabine.stell@bisp.de

Deutsche Sporthochschule Köln
Institut für Sportökonomie und Sportmanagement
Univ.-Prof. Dr. Christoph Breuer
Am Sportpark Müngersdorf 6
50927 Köln
Tel: +49-221-4982-6095
Fax: +49-221-4982-8144
Email: breuer@dshs-koeln.de