

Elke Opper

Der Sportverein als Setting für Gesundheitsförderung

1. Einleitung

Für die Entwicklung der Gesundheitsförderung war die Formulierung des Setting-Ansatzes ein wichtiger Schritt. Das Konzept des Settings mit der Thematik »Gesundheitsförderung« wird in Deutschland besonders seit der Ottawa Charta 1986 diskutiert. Dabei wird ein Setting »einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfaßt und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können« (Grossmann/Scala 1999, S. 100).

Im Setting-Ansatz geht es demnach darum, Gesundheit dort zu fördern, wo die Menschen in ihrem Alltag leben, wo sie lernen, wo sie arbeiten und wo sie ihre freie Zeit verbringen. Die gesundheitsfördernden Maßnahmen setzen dabei an sozialen Systemen an und nicht an Individuen. Es geht nicht wie in dem traditionellen Konzept der Gesundheitserziehung um Aufklärungskampagnen, um das Aufstellen von Verhaltensregeln durch Experten und um Gesundheitsappelle an Einzelpersonen, sondern es geht um die Schaffung »gesunder Sozialräume« und »um die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip« (Sacher 1998, S. 59).

Schaffung
»gesunder«
Sozialräume

Als Setting werden in erster Linie Krankenhäuser, Schulen, Betriebe und Kommunen bezeichnet. Freiwillige Vereinigungen wie z.B. Sportverbände und -vereine wurden im Zusammenhang mit dem Setting-Ansatz bisher wenig thematisiert.

Der »Sportverein als Setting« ist als eine soziale Organisation zu verstehen, in der die dort »wesentlichen Werte und Normen ihren Ausdruck finden« (Stark 1989, S. 130 -131), d.h. Gemeinschaft, soziale Unterstützung sowie Sport und Bewegung für eine möglichst breite Zielgruppe. So konstatiert Hartmann (1995, S. 34), dass der Verein für viele Menschen ein wichtiger Bezugspunkt und zuweilen sogar ein Lebensmittelpunkt außerhalb der Erwerbstätigkeit darstellen kann, was eine wichtige Voraussetzung zur Entfaltung von Gesundheit darstellt. Dass der Sportverein im Setting-Ansatz bisher kaum Berücksichti-

gung findet, kann u.a. auch damit erklärt werden, dass die Sportwissenschaft im Konzept der Gesundheitswissenschaften und im Gesundheitssystem bisher nur eine unbedeutende Rolle spielt.

Wandel des
Krankheits-
panoramas

Dabei könnte das Gesundheitssystem seine gesellschaftlichen Aufgaben besser erbringen, wenn es stärker spezifische Leistungen des Sportsystems in Anspruch nehmen würde (vgl. dazu *Rittner 1997, Rütten 1998*). Vor allem der Wandel des Krankheitspanoramas hin zu chronisch-degenerativen Krankheiten, die zum Teil durch Bewegungsmangel mitverursacht werden, sprechen für eine stärkere gesundheitspolitische Inanspruchnahme des Sports und damit auch für eine stärkere Kopplung des Sport- mit dem Gesundheitssystems.

Ein Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, aus sport- und gesundheitswissenschaftlicher Sichtweise aufzuzeigen, wie Gesundheit bzw. Gesundheitssport in dem Sozial- und Lebensraum »Sportverein« verankert ist und welche Perspektiven sich den Sportorganisationen bieten, Gesundheit als Organisationsprinzip zu etablieren.

Die positiven Auswirkungen von gesundheitsportlicher Aktivität auf die Gesundheit, was eine Voraussetzung für den »Sportverein als Setting zur Gesundheitsförderung« darstellt, sind inzwischen vielfach belegt und werden in diesem Beitrag nicht weiter thematisiert (vgl. dazu u.a. *Bös/Woll* und *Rittner/Breuer* in diesem Band sowie *Brehm/Bös/Opper/Saam 2002, Opper 1998a* und *Woll 1996*).

2: Sportorganisation in Deutschland – ein Überblick

Der Dachverband des organisierten Sports, der Deutsche Sportbund (DSB), ist die größte freiwillige Personenvereinigung Deutschlands mit insgesamt 91 Mitgliedsorganisationen.

Die Mitgliedschaften sind von der Gründung im Jahr 1950 bis heute kontinuierlich gewachsen: von 3,2 Millionen Mitgliedschaften der ersten Bestandserhebung im Jahr 1951 hat sich die Zahl bis heute auf rund 27 Millionen Mitgliedschaften erhöht. Damit hat sich die Zahl der Mitgliedschaften in 50 Jahren etwa verachtfacht – heute ist rund ein Drittel der deutschen Bevölkerung im Sportsystem organisiert.

Die Mitglieder treiben in insgesamt 87.000 Turn- und Sportvereinen in Deutschland Sport und werden dabei von rund 2,6 Millionen überwiegend ehrenamtlich tätigen Übungsleitern, Trainern und Mitarbeitern angeleitet (* <http://www.dsb.de>, die

im Folgenden verwendete männliche Form schließt Übungsleiterinnen, Trainerinnen, Mitarbeiterinnen etc. mit ein).

Es gibt keinen anderen Freizeitbereich, der eine so expansive Entwicklung und Öffnung erlebt hat wie der Sport. Noch in den sechziger Jahren stand als Synonym für den Sport der Wettkampfsport, der in erster Linie von jungen Männern der sozial oberen Schichten betrieben wurde. Mit gezielten Programmen und Aktionen versuchte der Deutsche Sportbund eine Öffnung der Sportvereine für breite Bevölkerungsschichten zu erreichen. Im Jahr 1972 verabschiedete der DSB-Bundestag z.B. sein Programm »Sport für alle« und hat Werbeaktionen wie »Trimm Dich durch Sport« (1970-1974), »Spiel mit – da spielt sich was ab« (1979 – 1982), »Trimming 130 – Bewegung ist die beste Medizin« (1983 – 1987), »Im Verein ist Sport am schönsten« (1987 – 1994), »Richtig fit« (seit 1997) und »Sport tut Deutschland gut« (seit April 2002) initiiert. Mit diesen Aktionen erreichte der Deutsche Sportbund neben dem Zuwachs der Mitgliederzahlen insbesondere auch eine Öffnung für verschiedene Zielgruppen, dazu gehören Frauen und Männer ebenso wie Kinder, Erwachsene und Senioren, Personen unterschiedlicher nationaler Herkunft und sozialer Schichtzugehörigkeit.

Sport »für alle«

Lamprecht und Stamm (1995) weisen jedoch darauf hin, dass nach wie vor eher Angehörige der mittleren und oberen Schichten sportlich aktiv sind. Hier stehen die Vereine vor der Herausforderung, zukünftig noch stärker Personen der sozial unteren Schicht in das Vereinsleben zu integrieren. Dies stellt ja auch eine bedeutende Forderung des Setting-Ansatzes dar.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass sich der Vereinssport von seiner klaren Orientierung am Wettkampf- und Leistungssport der sechziger Jahre gelöst hat und bis heute zu einem Massenphänomen geworden ist (vgl. *Lamprecht/Stamm* 1995, S. 265).

Sport als Massenphänomen

Neben den traditionellen Vereinssportarten wie den Ballspielen, Gerätturnen, Leichtathletik, Schwimmen etc. haben beispielweise Tennis, Segeln und Golf einen Boom erlebt und dazu haben sich neue Sportformen und Erlebnissport wie Surfen und Snowboard etabliert. Weiterhin haben sich vielfältige Sport- und Bewegungsformen, wie beispielsweise Tai Chi, Aerobic und Aikido entwickelt und seit Mitte der achtziger Jahre ist die Nachfrage nach Fitness- und Gesundheitssport-Angeboten in den Sportvereinen rapide angestiegen. Teilweise haben die größeren Vereine sogar eigene Fitnessstudios bzw. Gesundheitszentren eingerichtet. *Breuer* (1999b) spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer Zeit des Umbruchs des Sportsystems von der leistungs- zur gesundheitssportlichen Orientierung.

Nun stellt sich die Frage, ob die Sportorganisationen und damit insbesondere die Vereine, in der Lage sind, den Interessen der divergierenden neuen Mitgliedergruppen sowie den Nachfragen nach vielfältigen zielgruppengerechten Gesundheits-sport-Angeboten gerecht werden können?

3. Gesundheitsmotiv und Gesundheitssport-Angebote im Verein

Gesundheit und *sportliche Aktivität* haben in den vergangenen Jahren in den westlichen Industrieländern stark an Bedeutung gewonnen. Der Bedeutungszuwachs des Gesundheitsmotivs im Sport wurde von kommerziellen Anbietern, Krankenkassen, Volkshochschulen und mit einiger Verzögerung auch von den Sportverbänden und -vereinen Mitte der achtziger Jahre erkannt und zum Teil in konkrete Angebote umgesetzt.

Nur der kleinste Teil der Vereinsmitglieder treibt heute noch Leistungs- und Wettkampfsport. Die Mehrzahl der Sporttreibenden trifft sich in den Vereinen, um sich gemeinsam zu bewegen, um einen Ausgleich zur bewegungsarmen Arbeit zu erzielen, um die Fitness zu steigern und um etwas für die Gesundheit zu tun.

Fitness
und
Gesundheit

In vielen Vereinen gehört eine breite Palette an Gesundheits-sport-Angeboten inzwischen zum Standard. Eine genaue Zahl, in wie vielen Vereinen bundesweit Gesundheitssport angeboten wird und wie hoch die Zahl der Angebote ist, liegt bisher allerdings nicht vor (vgl. *Bös/Brehm/Opper/Saam* 1999).

Die Ergebnisse repräsentativer Bevölkerungsumfragen bestätigen immer wieder, dass das Gesundheits- und Fitnessmotiv unabhängig von Alters- und Geschlechtstfaktoren einen hohen Stellenwert für das Sportengagement der Menschen aufweist. *Rittner/Breuer* (1998, S. 265) haben mit ihren Neusser Studien die Dominanz des Gesundheits- und Fitnessmotivs ebenso nachgewiesen wie *Bös/Woll* (1991) und *Woll* (1996).

Bei der Befragung der Vereine im Kreis Neuss haben *Breuer* und *Rittner* festgestellt, dass 41,9% aller Sportvereine spezielle Gesundheitsangebote für Senioren, Personen mit besonderen Gesundheitsproblemen und/oder Behinderungen anbieten. Dabei erweisen sich besonders die Großvereine mit über 1000 Mitgliedern als wichtige Dienstleister im Gesundheitsbereich, da 88,2% Gesundheitssport anbieten. Aber auch die Mittel- (50,7%) und Kleinvereine (34,8%) sind zu beachten, zumal einige Kleinvereine ausschließlich Gesundheitssport anbieten.

Nach den Perspektiven gefragt, wollen 8,9% der Vereine ihre Gesundheitssport-Angebote ausbauen und lediglich 2,6% wollen ihr Wettkampfsportangebot erweitern. Auch hier sind es besonders die Großvereine (35,3%), die zukünftig noch mehr Gesundheitssport anbieten wollen, aber auch die Mittel- (11%) und Kleinvereine (5,5%) planen eine Erweiterung ihres Angebots (vgl. *Breuer 1999c*). Diese Zahlen sind zwar nur für den Kreis Neuss gültig, aber auch die Ergebnisse der Finanz- und Strukturanalyse der Sportvereine (FISAS-Studie 1996) weisen auf eine Stärkung und Erweiterung der Gesundheitssport-Angebote hin. Die FISAS-Studien, die schon seit über 20 Jahren durchgeführt werden, geben Aufschluss über Strukturveränderungen in den Sportorganisationen und Vereinen. Bei einer Befragung der Vereinsvorsitzenden und Geschäftsführer hat sich gezeigt, dass bei einer Betrachtung der nicht wettkampfbezogenen Angebote in den Sportvereinen am häufigsten Angebote mit Fitness/Wellness oder präventivem Gesundheitsaspekt durchgeführt werden (vgl. *Emrich/Pitsch/Papathanassiou 2001*, S. 210). Diese Ausführungen verdeutlichen, dass das Konzept der Gesundheitsförderung immer mehr als eigenständiger Bereich in das Sportsystem integriert wird.

Ausbau der Angebote

4. Der Verein als Setting zur Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung haben im Sportsystem traditionell nur eine nachrangige Bedeutung, da Wettkampf- und Leistungssport finanziell und strukturell Vorrang hatten und auch immer noch haben. In den letzten zehn Jahren standen die Vertreter von Gesundheitsförderung im Sportverein daher vor der Aufgabe, zunächst einmal innerhalb des Sportsystems mehr Akzeptanz für ihre Position zu finden, Ressourcen zu erhalten, Arbeitsstrukturen aufzubauen und nicht zuletzt Übungsleiter zu qualifizieren (vgl. *Schulke 1998*, S. 151).

Die Gesundheitsförderung möglichst vieler Menschen ist nicht das originäre Ziel des organisierten Sports, aber es ist nicht mehr zu übersehen, dass immer mehr Menschen Gesundheitssport-Angebote im Verein nachfragen (vgl. dazu auch Kap. 3). Durch diese steigende Nachfrage entwickelt sich allmählich ein »eigenständiges Gesundheitssystem im Sportsystem« (*Breuer 1999b*). Gesundheitssport ist neben Leistungs- und Wettkampfsport zu einer wichtigen Säule des organisierten Sports geworden, denn die Sportvereine bieten ein geeignetes Bedingungsgefüge und Interaktionsfeld, um auf qualifizierte

Gesundheits-sport

und wirkungsvolle Weise Gesundheitsförderung zu betreiben (vgl. *Hartmann* 1996, S. 30, *Opper* 1998b). Gründe dafür sind, u.a.:

- Die 87.000 Sportvereine haben in Deutschland eine nahezu flächendeckende Infrastruktur und sind wohnortnah, d.h. sie sind von den meisten Menschen gut erreichbar.
- Sportvereine weisen sich durch semiprofessionelle und teilweise auch professionelle Strukturen sowie eine fachlich und sozial hohe Kompetenz der Akteure (Übungsleiter, Trainer) aus (vgl. *Schulke* 1998, S. 152).
- Die Mitgliedsbeiträge sind preisgünstig und ermöglichen daher breiten Bevölkerungsschichten die Teilnahme am Gesundheitssport – für Familien, Kinder, Arbeitslose, sozial Schwächere etc. gibt es zudem vergünstigte Mitgliedsbeiträge.
- Der Vereinssport hat eine hohe Bedeutung für die soziale Unterstützung von gesundheitlich gefährdeten Menschen, die dort zum Sporttreiben motiviert werden und eine soziale Bindung an den Verein aufbauen können (vgl. *Schulke* 1998, S. 149).
- Ein weiterer Grund für die hohe Bedeutsamkeit von Gesundheitsförderung im Sportverein ist die demographische Entwicklung und die dadurch bedingte Zunahme älterer Menschen. Der Anteil der über Sechzigjährigen wird nach Schätzungen in Deutschland von momentan etwa 20% auf 35% im Jahre 2035 steigen. Hierbei bietet insbesondere der Sportverein gute Möglichkeiten, die Gesundheit älterer Menschen durch spezielle Angebote für diese Zielgruppe zu fördern.
- Der Deutsche Sportbund und seine Mitgliedsorganisationen unterstützen die Bestrebungen, Gesundheitssport in den Vereinen zu fördern. Mit der Verabschiedung der »Gesundheitspolitischen Konzeption« im Dezember 1995 haben sie das Thema »Sport und Gesundheit« zu einer zentralen Zukunftsaufgabe der Verbände und Vereine erklärt. Auf der Grundlage der Forderung aus der Ottawa Charta, möglichst alle Menschen zu befähigen, ihr Gesundheitspotenzial so gut wie möglich auszuschöpfen, wurde die Verpflichtung eingegangen, mittelfristig eine entsprechende Qualität der Angebote und der Ausbildung zu sichern.

Zeitlicher Aufwand

Ein Kritikpunkt hinsichtlich des Vereins als Setting für Gesundheitsförderung bezieht sich auf die zeitliche Dimension, nämlich dass die Menschen teilweise nur eine Stunde wöchentlich im Verein verbringen. Dem ist jedoch entgegen zu halten, dass Handlungskompetenz nicht allein durch den zeitlichen Umfang, sondern vielmehr auch durch die hohe Bedeutung, die das

Sporttreiben im Verein für die Menschen hat, erreicht werden kann. Der Gang in den Verein zum Gesundheitssport sowie die damit verbundenen zusätzlichen Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen stellen für viele Teilnehmer einen Höhepunkt der Woche dar.

5. Veränderung der Vereinsstruktur durch Gesundheitsförderung

Wie oben beschrieben bieten Sportverbände und Vereine nach dem Setting-Ansatz gute Bedingungen, um dort langfristig Gesundheitsförderung anzusiedeln. Allerdings soll nicht unerwähnt bleiben, dass nicht alle Vereine gleichermaßen die Bedingungen dafür mitbringen, ihre innere Struktur zu verändern und Gesundheitssport anzubieten. *Heinemann* und *Schubert* (1994, S. 361) weisen darauf hin, dass die Übernahme nicht selbst reflektierter, sondern von außen bestimmter sozial- und gesundheitspolitischer Ziele den Charakter der Vereine in ihrem Kern getroffen haben und noch nicht absehbare negative Effekte haben könnten. *Franke* (1995, S. 440) findet dazu ein passendes Bild: »(...) der moderne Vereinsbetrieb plant bildlich gesprochen den Umbau seines Hauses ›Gesundheitssport‹ mit vielen neuen Zimmern, hat es aber bisher weitgehend versäumt, die Statik seiner Fundamente zu berechnen und die bisherigen Bewohner zu fragen, ob sie sich in diesem neuen Haus noch heimisch fühlen«.

Änderung der Vereinsstruktur

Bei der Einrichtung gesundheitsorientierter Kurse wurden z.B. die einen traditionellen Verein konstituierenden Merkmale wie freiwillige Mitgliedschaft, demokratische Entscheidungsstruktur, Orientierung an den Interessen der Mitglieder, Unabhängigkeit von Dritten und von Finanzgebern sowie ehrenamtliche Mitarbeit (vgl. *Heinemann/Schubert* 1994) nicht in allen Organisationen genügend bedacht. Hinzu kommt, dass in der Einführungsphase von Gesundheitssport einer Vielzahl von Angeboten ein medizinisch-funktionales Gesundheitsverständnis zugrunde lag. Dies hatte zur Folge, dass die Angebote kaum noch von Laien bzw. ehrenamtlich Tätigen zu leisten waren. Der Bedarf an neuen Fachkräften hatte sich erhöht, was zu einer enormen Steigerung der Honorierung geführt hat, die von den Vereinen ohne Sponsoren nicht zu tragen war, ohne beispielsweise die Mitgliedsbeiträge massiv zu erhöhen. *Cachay* (1988, S. 219) warnt davor, dass die Vereine dabei in eine Professionalisierungsspirale geraten und sich von der Gesinnungsgemeinschaft weg zum präventions-

Professionalisierungsspirale

orientierten Sport-Dienstleistungsunternehmen entwickeln. Inzwischen haben verschiedene Autoren (vgl. u.a. *Bös/Brehm* 1995; *Bös/Brehm/Opper/Saam* 1999; *Hartmann* 1995; *Lames/Kolb* 1999; *Opper* 1998a; *Schulke* 1989) darauf hingewiesen, dass ein funktional-medizinisches Gesundheitsverständnis für den Gesundheitssport im Verein nicht sinnvoll ist, da dabei besondere vereinstypische Merkmale wie soziale Unterstützung und Geselligkeit, Leitung durch ehrenamtlich tätige Übungsleiter usw. nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Vielmehr sollte ein integratives salutogenetisches Verständnis von Gesundheit, wie es in den Sport- und Gesundheitswissenschaften inzwischen thematisiert wird, die Basis für eine langfristige Gesundheitsförderung durch Sport im Verband und Verein sein. Es gilt zu überlegen, für welche Verbände und Vereine es Sinn macht, Gesundheitsförderung anzubieten und welche Vereine damit zur Zeit überfordert sind und dadurch ggf. ihre intern verfügbaren Ressourcen verlieren. Zu erwähnen ist auch, dass einige Verbände, wie beispielsweise die größeren Landes-sportbünde und Fachverbände wie der Deutsche Turner-Bund und der Deutsche Schwimm-Verband, sich intensiver mit der Thematik Gesundheitssport auseinandersetzen und daher auch wesentlich mehr Erfahrung mit notwendigen Angebotsstrukturen und Übungsleiterqualifikationen aufweisen als andere Verbände.

Eine Möglichkeit wäre hier, sogenannte Vereinsverbünde zu schließen oder Netzwerke zu initiieren, was insbesondere kleinere Vereine unterstützen würde. Mit der Einrichtung sogenannter Qualitätszirkel für Übungsleiter im Gesundheitssport seit dem Jahr 2000 beschreitet der Deutsche Turner-Bund mit Unterstützung des Deutschen Sportbundes erste Schritte hin zu einer Netzwerkbildung im Gesundheitssport (vgl. dazu Kap. 7, vgl. *Hartmann/Opper/Sudermann* 2002).

Netzwerke

6. Ziele von Gesundheitsförderung im Setting-Verein

6.1 Ziele von Gesundheitssport

Die Sportorganisationen verstehen Gesundheitssport unter dem Leitziel »Sport für alle« als eine Aufgabe, die sich in einer Vielzahl von Sportarten umsetzen lässt. Ein wichtiges Ziel von Gesundheitssport ist es, ein dauerhaftes Bedürfnis nach Sport und Bewegung sowie gesunder Lebensführung zu vermitteln. Ein bedeutendes Merkmal dabei ist die flächendeckende Ausbreitung von

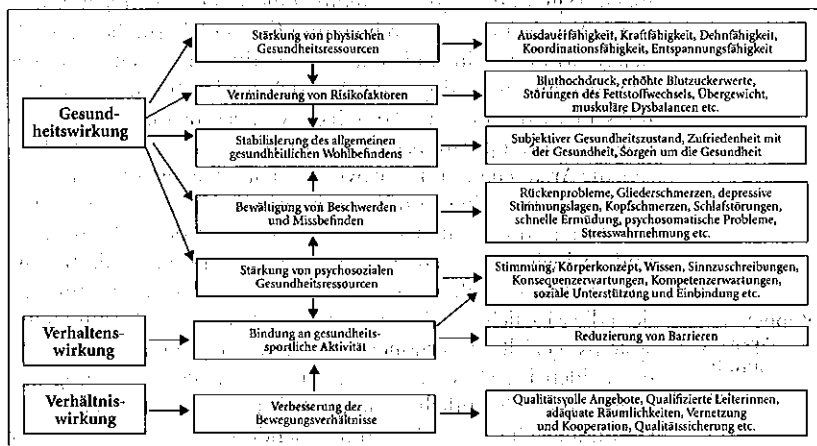
gesundheitssportorientierten Angeboten, die von breiten Bevölkerungsgruppen genutzt werden können (vgl. Opper 1998b).

Beim Gesundheitssport im Verein geht es zum einen um die Einführung neuer Angebote mit explizit gesundheitsorientierter Ausrichtung unter Anleitung entsprechend qualifizierter Übungsleiter und zum anderen auch um eine stärkere Gesundheitsorientierung in bestehenden Sportarten-Angeboten (vgl. *Deutscher Sportbund* 1996). Dabei ist Gesundheitssport »definiert als aktive und zweckbestimmte bewegungs- und sport spezifische Handlung und Maßnahme im Sinne regelmäßiger und systematischer Trainings- und Übungsprogramme, um die Gesundheit in all ihren Aspekten, d.h. somatisch wie psychosozial, zu fördern und zu erhalten (Präventivsport)« (Schwenkmezger **Präventivsport** 1993, S. 209).

Diese verhaltensorientierte Zielsetzung ist in den Sportvereinen relativ leicht umzusetzen, da die sportmotorische Aktivität – in diesem Fall unter Berücksichtigung spezifischer Bewegungsformen bzw. Förderung von Gesundheit – den Kern der Tätigkeit in den Trainings- und Übungsstunden darstellt. Um den gesamten Sportverein jedoch als einen Ort der Gesundheitsförderung anzusehen, ist eine Kopplung des verhaltens- mit einem verhältnisorientierten Ansatz notwendig.

Hierzu haben *Brehm/Bös/Opper/Saam* (vgl. Abb. 1) ein Überblicksmodell vorgelegt, bei dem explizit auch die Verhältnisse in den Sportvereinen thematisiert werden.

Abb. 1: Modell der Qualitäten von Gesundheitssport (*Brehm/Bös/Opper/Saam* 2002, S. 25)



Wie bei den anderen Settings auch, ist Gesundheitsförderung im Sportverein am Salutogenese-Modell ausgerichtet, d.h. es geht nicht allein um das Vermeiden und die Reduktion von Risikofaktoren, sondern es geht auch um die Entwicklung sogenannter Gesundheitsressourcen und darum, geeignete Verhältnisse und Rahmenbedingungen zu schaffen, die Gesundheitsförderung erst ermöglichen.

6.2 Gesundheit als Organisationsprinzip im Sportverein

Gesundheitsförderung im Sportverein bedeutet demnach, dass neben der Einrichtung von Gesundheitssport-Angeboten das Thema Gesundheit im gesamten Verein diskutiert wird. Es wird ein Entwicklungsprozess mit dem langfristigen Ziel in Gang gesetzt, »einen gesunden Verein« zu schaffen, der die Gesundheit seiner Mitglieder fördert. Möglichkeiten, den gesamten Verein anzusprechen, bieten beispielsweise Vereins-Gesundheitstage, abteilungsübergreifende Schnupperangebote oder der »gesunde Imbiss« im Vereinsheim. Das Ziel eines »gesunden Vereins« geht damit weit über die Einrichtung einzelner gesundheitsförderlicher Angebote hinaus, es ist vielmehr eine Vernetzung der unterschiedlichen Angebote innerhalb des Vereins und auch mit anderen Vereinen, die Gesundheitssport anbieten, erforderlich. Für viele Vereine ist diese Zielsetzung noch Zukunftsmusik, doch erste Schritte auf dem Weg dahin hat beispielsweise der Deutsche Turner-Bund mit dem Aufbau seines Qualitätsmanagementsystems im Gesundheitssport bereits gemacht (vgl. Kap. 7, vgl. *Hartmann, Opper, Sudermann, 2002*).

Die Vernetzung von Vereinen und Übungsleitern, die Gesundheitssport im Verein anbieten, ist im Setting-Ansatz ein wichtiger Schritt, denn ein Setting entwickelt sich erst im Zusammenwirken mit seiner Umgebung und durch die Vernetzung mit anderen Settings. Auch Kooperationspartner, wie beispielsweise Krankenkassen, die Ärzteschaft und sportwissenschaftliche Institute sollten in die Vernetzung eingebunden werden, um bei der Entwicklung von Programmen zur Gesundheitsförderung deren Ressourcen und Fachwissen nutzen zu können. Weiterhin bietet die Beteiligung an kommunalen Netzwerken der Gesundheitsförderung zudem die Möglichkeit, die Kopplung des Sport- und Gesundheitssystems gezielt zu erhöhen, da diese momentan noch sehr bescheiden ist. Dies trifft insbesondere auf die Vernetzung mit Akteuren der öffentlichen Gesundheit und auf den öffentlichen Gesundheitsdienst zu. Der zunehmende Bewegungsmangel mit all seinen Folgeproblemen findet in der öffentlichen Gesundheits-

Vereins-Gesundheitstage

Kopplung von Sport- und Gesundheitssystem

förderung und beispielsweise auch in Gesundheitsberichten bisher so gut wie keine Berücksichtigung. *Breuer* (1999b, S. 120) weist zu Recht darauf hin, dass eine stärkere Kooperation zwischen Sport- und Gesundheitssystem angestrebt werden sollte: »Führt man sich noch mal die veränderte Gesundheitsnachfrage im Sport, die Nutzung und Instrumentalisierung dieses Mediums für Zwecke der individuellen Gesundheitsförderung, was einem Wandel des symbiotischen Mechanismus sportlicher Aktivität gleichkommt, sowie die Attraktivität dieses Mediums im Vergleich zu anderen Gesundheitsverhaltensweisen vor Augen, so ist es nicht nur legitim, diese Aspekte stärker institutionell zu nutzen, sondern eine stärkere Kopplung mit dem Gesundheitssystem empfiehlt sich geradezu.«

Konzepte zur Umsetzung von Gesundheitsförderung im Sportverein liegen bisher erst in Ansätzen vor, Patentrezepte gibt es keine: Im Folgenden werden daher einige ausgewählte Konzepte der Sportorganisationen und ein aktuelles Forschungsprojekt kurz skizziert.

7. Forschungsprojekte und Konzepte zur Gesundheitsförderung im Sportverein

Die Sportorganisationen und -vereine haben in den letzten 15 Jahren Möglichkeiten erprobt, wie Gesundheitsförderung im Verein umgesetzt werden kann. Einige Verbände haben eigene Konzeptionen entwickelt, andere haben sich bei der Entwicklung von Konzepten und Programmen die Unterstützung der Sportwissenschaft sowie anderer externer Beratungssysteme zu Nutze gemacht. Tabelle 1 dokumentiert Konzepte von Gesundheitssport im organisierten Sport seit 1985 und stellt einen Überblick ausgewählter Forschungsprojekte mit dem Bezug zu Gesundheitssport im Sportverein dar.

Tab. 1: Konzepte und Forschungsprojekte zur »Gesundheitsförderung im Sportverein«

Zeitraum	Konzepte und Forschungsprojekte
Ab 1985	● Konzeption »Sport und Gesundheit« in den Landessportbünden und verschiedenen Fachverbänden (u.a. Deutscher Turner-Bund, Deutscher Schwimm-Verband)
1988	● Repräsentative Befragung im Auftrag des Deutschen Sportbundes zum Thema »Sport-Gesundheit-Lebensstile«
1989	● Handreichungen durch den Deutschen Sportbund »Vorsorgeuntersuchungen für Sporttreibende« und »Die sportmedizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung«
1990	● Entwicklung von Sonderausbildungen in den Landessportbünden und einigen Spitzenverbänden zu verschiedenen Zielgruppen im Bereich Sekundärprävention (z.B. Koronarsport, Diabetes, Sport in der Krebsnachsorge)
1990-1994	● Forschungsprojekt »Sport in Hessen – unter besonderer Berücksichtigung der Prävention« (Landessportbund Hessen, alle Institute für Sportwissenschaft in Hessen, Hessisches Ministerium für Wissenschaft und Kunst)
1991-1994	● Forschungsprojekt »Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung« (Gesundheitsministerium, Institut für Sportwissenschaften der Universitäten Bielefeld und Bayreuth, Krankenkassen (AOK Bielefeld, Herford) und Ärzte)
1992-1995	● Forschungsprojekt »Entwicklung gesundheitsorientierter Bewegungsangebote in Turn- und Sportvereinen« (Niedersächsischer Turnerbund (NTB), Institut für Sportwissenschaft der Universität Osnabrück)
1994	● Entwicklung des PLUSPUNKTES GESUNDHEIT. DTB (Gesundheitssportprogramme mit Gütesiegel), durch den Deutschen Turner-Bund, Kooperation mit Krankenkassen
1993-1996 Projekt	● G.U.T. Gesund und Trainiert (Württembergischer Landessportbund (WLSB), Fachverbände, Institute für Sportwissenschaft der Universitäten Heidelberg, Tübingen und Stuttgart, Krankenkassen, seit 1997 Dauerangebot)
1994	● Herausgabe des »Leitfadens Sport und Gesundheit für Fachverbände und Landessportbünde« durch den Deutschen Sportbund ● Verabschiedung der Rahmenrichtlinien des Deutschen Sportbundes für den Ausbildungsgang »Sport in der Prävention und Rehabilitation«
1994-1995	● Forschungsprojekt »Gesund & Bewegt« (Landessportverband Schleswig-Holstein, Institut für Sportwissenschaft der Universität Kiel, Techniker Krankenkasse Schleswig-Holstein)
1994-1995	● Forschungsprojekt »Ganzheitliche Gesundheitsförderung im Sportverein« und Entwicklung eines Ausbildungskonzepts für den Gesundheitssport (Landessportbund Hessen, Institut für Sportwissenschaft Frankfurt)
1995	● Verabschiedung der »Gesundheitspolitischen Konzeption« des Deutschen Sportbundes
Ab 1995	● Entwicklung von Gesundheitssportprogrammen mit Qualitätssiegel, z.B. »Gesund und trainiert« (Württembergischer Landessportbund), Qualitätssiegel Gesundheit (Landessportbund Berlin), Qualitätssiegel »Fit und gesund im Wasser« (Deutscher Schwimm-Verband)
1995-1996	● Determinanten der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in gesundheitsorientierten Sportprogrammen (vgl. Wagner 2000, Institut für Sportwissenschaft und Hochschulsportzentrum der Technischen Universität Darmstadt)

1996	<ul style="list-style-type: none"> ● Verabschiedung von »Qualitätskriterien zur Durchführung gesundheitsorientierter Sportangebote im Verein« durch den Bundesvorstand Breitensport des Deutschen Sportbundes ● Herausgabe der WIAD-Studie »Sport und Gesundheit« – Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands im Auftrag des Deutschen Sportbundes
1997	<ul style="list-style-type: none"> ● Verabschiedung der DSB-Leitlinien »Gesundheitsprogramme im Sportverein« vom Dezember 1997 ● Verabschiedung der Rahmenrichtlinien des Deutschen Sportbundes zur Aufteilung der Ausbildungsgänge in »Übungsleiter Sport in der Prävention« und den Übungsleiter »Sport in der Rehabilitation«
1998	<ul style="list-style-type: none"> ● Expertise »Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein« im Auftrag des Deutschen Sportbundes (vgl. Brehmi/Bös, Oppel/Salam 1999, 2002)
1999	<ul style="list-style-type: none"> ● Politische Vertretung der Sportorganisationen durch den Deutschen Sportbund bei der Neuformulierung des Paragraphen 20 SGBV mit dem Ergebnis einer gesetzlichen Berücksichtigung des organisierten Sports
2000–2002	<ul style="list-style-type: none"> ● Forschungsprojekt »Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein« des Deutschen Turner-Bundes in Kooperation mit dem Institut für Sportwissenschaft der TU Darmstadt und mit Unterstützung des Deutschen Sportbundes
2000	<ul style="list-style-type: none"> ● Entwicklung und Verabschiedung eines bundeseinheitlichen Qualitätssiegels »SPORT PRO GESUNDHEIT« gemeinsam mit der Bundesärztekammer in Abstimmung mit dem Deutschen Turner-Bund, dem Deutschen Schwimm-Verband und den Landessportbünden
2000	<ul style="list-style-type: none"> ● Verabschiedung gemeinsamer Qualitätskriterien für alle mit einem Qualitätssiegel ausgezeichneten Gesundheitssport-Angebote
2001	<ul style="list-style-type: none"> ● Der Deutsche Turner-Bund richtet bundesweit 20 Modell-Qualitätszirkel für Pluspunkt-Übungsleiter ein – Evaluation der Modellzirkel durch das Institut für Sportwissenschaft der Technischen Universität Darmstadt

7.1 Konzepte der Sportorganisationen zum Gesundheitssport

Verbandspolitische Entscheidungen der Sportorganisationen, wie beispielweise die Verabschiedung der »Gesundheitspolitischen Konzeption« des Deutschen Sportbundes im Jahr 1995, die Festlegung von Qualitätskriterien durch den Bundesvorstand Breitensport des DSB im Januar 1996, die DSB-Leitlinien »Gesundheitsprogramme im Sportverein vom Dezember 1997, die Konzeption des Qualitätssiegels »PLUSPUNKT GESUNDHEIT. DTB«, des Deutschen Turner-Bundes im Jahr 1994 und die Verabschiedung des bundeseinheitlichen Qualitätssiegels »SPORT PRO GESUNDHEIT« im Jahr 2000 sind als richtungweisend für die Entwicklung des Gesundheitssports im Verein zu betrachten. Die Leitlinien unterstreichen die Zielsetzung, qualitativ hochwertige gesundheitsorientierte Sportprogramme flächendeckend in Deutschland über die Verbände und Vereine anzubieten sowie die Notwendigkeit eines einheitlichen Profils

Leitlinien

gesundheitsorientierter Sportprogramme. Um diese Forderungen zu realisieren, wird u.a. eine differenzierte Bewertung vorhandener Angebote sowie eine schrittweise Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung gefordert (vgl. *Bös/Brehm/Opper/Saam* 1999, S. 34).

Qualitätssicherung

Bei der Qualitätssicherung und Verbreitung von gesundheitsorientiertem Sport im Verein ist neben dem Deutschen Sportbund und einigen größeren Landessportbünden exemplarisch der Deutsche Turner-Bund zu nennen, der mit zahlreichen Aktionen sowie Übungsleiteraus- und -fortbildungen versucht hat, diese Angebote in den Vereinen zu etablieren. Der Deutsche Turner-Bund, mit über 4,6 Millionen Mitgliedern der zweitgrößte Fachverband des Sports, hat seit den neunziger Jahren die Verbreitung von Gesundheitssport als einen Schwerpunkt seiner Verbandsarbeit erklärt. Zur Unterstreichung seiner Schwerpunktsetzung hat sich der Verband 1992 umbenannt in »DTB – Verband für Leistungs-, Freizeit- und Gesundheitssport«. Dabei waren der systematische Aufbau entsprechender Organisationsstrukturen, beispielsweise die Einrichtung eines eigenen Referats für Gesundheitssport, die Berufung von Gesundheitssportbeauftragten in den Landesturnverbänden, die Entwicklung eines mehrstufigen Qualifizierungssystems, die Initiierung verbandsspezifischer Kampagnen, die Durchführung von Kongressen mit dem thematischen Schwerpunkt »Gesundheitssport«, die Einführung des Qualitätssiegels »PLUS-PUNKT GESUNDHEIT. DTB« und die Zusammenarbeit mit der Sportwissenschaft wichtige Schritte.

7.2 Forschungsprojekte zum Gesundheitssport

Tabelle 1 zeigt im Überblick ausgewählte Forschungsprojekte zur Thematik »Gesundheitssport«, die in den letzten Jahren bundesweit von Instituten für Sportwissenschaft im Auftrag und in Kooperation mit Sportorganisationen durchgeführt wurden. Bei den ersten Studien, z.B. beim Projekt »Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung« ging es in erster Linie darum, Auswirkungen von sportlicher Aktivität unterschiedlicher Zielgruppen auf die Gesundheit festzustellen. Bei den aktuellen Projekten liegt der Schwerpunkt eher darauf, auch strukturelle Daten zu Organisationsformen und Programmen zu erfassen, um in der Konsequenz »Gesundheit als Organisationsprinzip« in die Vereinsstruktur zu verankern.

So dienten dem Deutschen Sportbund beispielsweise die Ergebnisse der Expertise »Gesundheitsorientierte Sportprogramme

Gesundheit als Organisationsprinzip

im Verein« als Grundlage zur Formulierung von Qualitätskriterien für Gesundheitssportprogramme im Sportverein (vgl. *Bös/Brehm/Opper/Saam* 1999, S. 38). Die Zielsetzung dabei ist, mittel- und langfristig die Qualität von Gesundheitssport im Verein zu sichern und zu verbessern. Dabei geht es nicht nur um die Ausführung von Gesundheitssport in der Turnhalle, sondern auch um strukturelle Bedingungen, wie z.B. Netzwerkbildung, Öffentlichkeitsarbeit, wissenschaftliche Begleitung und Evaluierung der Angebote.

Diese Zielsetzung verfolgt auch die Studie »Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein«, die derzeit noch im Forschungsprozess ist (vgl. Tab. 2; vgl. *Hartmann, Opper, Stein & Sudermann*, 2002). Die Studie wurde vom Deutschen Turner-Bund initiiert und wird mit Unterstützung des DSB derzeit vom Institut für Sportwissenschaft (TU Darmstadt) durchgeführt.

Tab. 2: Ziele des Forschungsprojektes »Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein«

- Analyse und Aktualisierung von Wissensbeständen zum Qualitätsmanagement im Gesundheitssport
- Schaffung von Grundlagen für eine aktive Qualitätssicherung von Gesundheitssport-Angeboten im Verein – Verbesserung der Steuerungsmöglichkeiten des Verbands
- Konzeption und redaktionelle Betreuung des Magazins PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Verband und Übungsleitern
- Qualitätssicherung durch regelmäßige Evaluation und Dokumentation aller PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB-Angebote
- Entwicklung eines Dokumentationssystems für alle zertifizierten Gesundheitssport-Angebote (PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB; SPORT PRO GESUNDHEIT)
- Erhebung eines Personal-, Tätigkeits- und Qualifikationsprofils aller Übungsleiter mit PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB-Angeboten Entwicklung eines Qualitätszirkelmodells und Evaluation der Erprobungen – dauerhafte Implementierung von bundesweiten Qualitätszirkeln für Pluspunkt-Übungsleiter

Ein Hauptziel der Studie ist die Erfassung von Daten zu Übungsleitern im Gesundheitssport, da hier die Befundlage defizitär ist. Zudem geht es in erster Linie um die systematische Entwicklung einer Datenbank und die regelmäßige Dokumentation aller Gesundheitssport-Angebote von Übungsleitern; deren Angebote mit einem Qualitätssiegel ausgezeichnet sind. Für den organisierten Sport werden mit einem derartigen Datenpool die gesundheitsförderlichen Angebote für alle Bevölkerungsschichten erstmals dokumentiert und systematisch evaluiert.

Der Datenpool soll kontinuierlich ergänzt werden, denn er dient als Grundlage, um zum einen die Steuerungsmöglichkei-

ten des Verbandes hinsichtlich Gesundheitssport zu verbessern und frühzeitig Veränderungen in der Angebots-, Übungsleiter- und Teilnehmerstruktur zu erkennen. Zum anderen ist das Sportverhalten der Bevölkerung ein wichtiger Indikator der Gesundheit einer Gesellschaft. Aus diesem Grund sollten die Daten zum Gesundheitssport zukünftig im Sinne einer Sportverhaltensberichterstattung (vgl. dazu auch *Breuer 1999a*) zum festen Bestandteil von Gesundheitsberichten der Gesundheitsministerien werden. Somit würde der Stellenwert von Gesundheitssport als ein Teilaspekt zur Gesundheitsförderung der Bevölkerung (z.B. neben Ernährungsverhalten, Hygienemaßnahmen etc.) auch im Ansehen der politischen Entscheidungsträger deutlich steigen.

Für die Sportverbände dient die Datendokumentation dazu, z.B. gezielt Aus- und Fortbildungsmaßnahmen sowie Qualitätszirkel für Übungsleiter im Gesundheitssport zu initiieren und regionale Gesundheitsförderungs-Netzwerke mit weiteren Institutionen aufzubauen. Alle zertifizierten Gesundheitssport-Angebote können damit auch für alle Interessenten transparent dargestellt werden, z.B. im Internet.

Im Rahmen der Studie (vgl. *Hartmann, Opper, Sudermann 2002*) wurden alle Pluspunkt-Übungsleiter ($n = 2836$) im September 2000 zu einem zu persönlichen Merkmalen (Personal-, Tätigkeits- und Qualifikationsprofil) und zum anderen zu ihren Angeboten schriftlich befragt. 1598 Übungsleiter (56,3%) haben den ausgefüllten Übungsleiterbogen zurückgeschickt. Darüber hinaus haben die Übungsleiter insgesamt 1946 mit dem »PLUS-PUNKT GESUNDHEIT.DTB« ausgezeichnete Angebote auf einem *Dokumentationsbogen* beschrieben. Dabei ging es u.a. um Fragen zu den vom Deutschen Sportbund festgelegten Qualitätskriterien von Gesundheitssport, z.B. um die Zielsetzung und Organisation der Angebote, um die Zielgruppe der Angebote, um die Dokumentation und Evaluation der Angebote sowie um mögliche Vernetzung mit anderen Institutionen, wie beispielsweise Krankenkassen, wissenschaftliche Einrichtungen, Schulen, Ärzten etc. Auf der Grundlage dieser Daten hat der Deutsche Turner-Bund ab 2001 bundesweit regionale Qualitätszirkel für Pluspunkt-Übungsleiter eingerichtet – ein erster Schritt hin zum Aufbau eines Netzwerkes von Übungsleitern im Gesundheitssport. Bis Mitte 2002 werden insgesamt 20 Modellzirkel durchgeführt und evaluiert (vgl. *Hartmann/Opper 2000*). Die Ergebnisse des Projektes sind bei *Hartmann, Opper und Sudermann (2002)* nachzulesen.

8. Förderung von Gesundheitssport durch die Krankenkassen

Im Jahr 1989 wurde die Förderung von Gesundheit mit dem Gesundheitsreformgesetz als Kassenleistung eingeführt und mit dem Paragraphen 20 SGB V gesetzlich verankert. Somit bestand die Möglichkeit, dass präventive Gesundheitssport-Angebote in den Vereinen von den Krankenkassen finanziell unterstützt wurden. Einzelne Sportverbände und Vereine haben die Fördermöglichkeiten für ihre Mitglieder auch genutzt, d.h. den Kursteilnehmern wurden die Gebühren für das Angebot ersetzt. Zu dieser Zeit fehlten allerdings noch klare Organisationsstrukturen und Konzepte für Gesundheitssport im Verein, d.h. es gab damals noch keine Kriterien, welche Angebote förderungswürdig sind und welche nicht.

Gesundheits-
reformen

Im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes kam es dann im Jahr 1996 zu einer Neufassung des Paragraphen 20 SGB V – diese ließ den Leistungsträgern des Gesundheitswesens nur noch wenig Spielraum zur Förderung von Gesundheitssport im Verein. Die Nachfrage danach ist dadurch allerdings nicht geringer geworden.

Die erneuten Änderungen des Paragraphen 20, Abs. 1 SGB V, bieten den Sportorganisationen wieder die Möglichkeit zur Kooperation mit den Leistungsträgern des Gesundheitswesens, allerdings haben sich die Ausgangsbedingungen verändert: Maßnahmen in der Gesundheitsförderung setzen nun, ähnlich den Maßnahmen im medizinischen Bereich, Qualitätssicherungen sowohl im Hinblick auf die Prozess- als auch im Hinblick auf die Effektivität voraus.

Der Gesetzgeber macht die Primärprävention als Sollvorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen mit stark verpflichtendem Charakter. Die Mittel von 2,62 Euro für jeden Versicherten pro Jahr lassen jedoch nur einen begrenzten Handlungsspielraum zu.

In einem 41seitigen Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen, der im Juni 2001 verabschiedet wurde, haben die Krankenkassen verbindliche Handlungsfelder und Kriterien für die Primärprävention festgelegt.

Um eine möglichst hohe Qualität bei der Durchführung der Gesundheitssport-Angebote zu erzielen, werden unter dem Kriterium »Anbieterqualifikation« Berufsgruppen mit einer staatlich anerkannten Ausbildung, wie z.B. Diplom-Sportlehrer, Sportpädagogen, Sport- oder Gymnastiklehrer und Krankengymnasten oder Physiotherapeuten anerkannt. Diesem Kreis

Anbieter-
qualifikationen

sind die Angebote gleichgestellt, die mit dem Qualitätssiegel »Sport pro Gesundheit« ausgezeichnet sind und somit von Übungsleitern »Sport in der Prävention« auf der zweiten Lizenzstufe durchgeführt werden. Die Förderung der Gesundheits-sport-Angebote mit Qualitätssiegel wird von den Krankenkassen auf die Bereiche »Bewegung zur Förderung des Herz-Kreislauf-Systems« und »Bewegung zur Förderung des Muskel-Skelettsystems« beschränkt. Die Dauer und Höhe der Förderung der Kursteilnehmer liegt im Ermessensspielraum der Krankenkassen.

Insgesamt sollen die Präventionsangebote (z.B. Bewegung, Ernährung, Stressreduktion, Sucht) gemäß des Setting-Ansatzes dort angeboten werden, wo viele Menschen einen Teil ihrer freien Zeit verbringen und hierzu zählt eben auch der Sportverein.

9. Ausblick

Die Turn- und Sportvereine – und damit die wichtigsten Träger des organisierten Sports in Deutschland – sind in den letzten 15 Jahren zu einem bedeutenden Laienhilfssystem in der Gesundheitsförderung herangewachsen. Insgesamt betrachtet bieten Sportvereine günstige Voraussetzungen für einen »gesunden Sozial- und Lebensraum« und damit für ein Setting zur Gesundheitsförderung.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen können insbesondere auch durch die flächendeckende Verteilung der Sportvereine für einen breiten Adressatenkreis effektiv umgesetzt werden.

Allerdings braucht die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Sportverein Zeit, Engagement und Ausdauer. Von heute auf morgen ist die »Gesundheitsförderung im Sportverein« und der »gesunde Sportverein« nicht zu verwirklichen. Die bereits vorliegenden Konzepte müssen aktualisiert und auf ihre Anwendung in der Praxis, d.h. in möglichst vielen Sportvereinen oder in Verbänden von Vereinen, überprüft werden. Eine Aufgabe dabei wird es sein, die vorhandenen Strukturen zu nutzen und auszubauen und das fachliche und soziale Potenzial im Vereinssport für die Gesundheitsförderung auszuschöpfen.

Ein wichtiger Schritt, um eine bessere Kopplung mit dem Gesundheitssystem zu erreichen, ist die Teilnahme an kommunalen Netzwerken der Gesundheitsförderung. Dabei geht es für das Sportsystem darum, seine Möglichkeiten von Gesundheitsförderung im Sportverein im Rahmen der gesundheitspoliti-

schen Netzwerke darzulegen – auch um sich somit neue Ressourcen zu erschließen.

Die Kommunikation des Themas Gesundheitsförderung von den Sportorganisationen an die Basis, d.h. zu den Vereinen und dort zu den Übungsleitern, wird durch die Qualitätszirkelarbeit und damit durch die Vernetzung von Übungsleitern im Gesundheitssport zukünftig verbessert werden. Auch die Dokumentation aller Gesundheitssport-Angebote (vgl. *Hartmann, Opper, Sudermann* 2002, *Opper* 2002), ermöglicht bessere Perspektiven, die Verantwortlichen in den Vereinen, aber auch die politisch Verantwortlichen und eine breite Öffentlichkeit auf den Gesundheitssport im Verein aufmerksam zu machen.

Dem Verein als *sozialem Lebensort* wird durch die Herausforderung »Gesundheitsförderung« die Chance zu einer Neubestimmung des eigenen Profils gegeben. Allerdings ist es dabei für den Verein wichtig, dass eine Balance zwischen den eigenen Zielen und Möglichkeiten sowie den Ansprüchen und der Nachfrage von außen bestehen bleibt. So sollten beispielsweise nach wie vor ehrenamtliche Übungsleiter einen Großteil der Angebote übernehmen können, aber der Verein sollte sich bei bestimmten Kursen auch nicht vor Fachpersonal oder vor hauptamtlichen Kräften verschließen. Gleichmaßen ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Vereine alle Angebote unterbreiten können. Vielmehr sind sogenannte Gesundheitssport-Verbünde anzustreben, so dass zukünftig flächendeckend »Gesundheitsförderung im Setting Sportverein« für breite Bevölkerungsschichten angeboten werden kann.

Literatur

- Bös, K./Brehm, W.: Gesundheitsförderung Erwachsener im Erwerbsalter durch sportliche Aktivierung in der Kommune und im Betrieb, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 1, 1995 (3), S. 51-73 – Bös, K./Brehm, W./Opper, E./Saam, J.: Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein – Eine Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbundes (DSB), in: *Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft* (Hrsg.) 14 (1999) 2, S. 34-38 – Brehm, W./Bös, K./Opper, E./Saam, J.: Gesundheitssportprogramme in Deutschland, Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport, Schorndorf 2002 – Bös, K./Woll, A.: Kommunale Sportentwicklung – eine empirische Untersuchung in Bad Schönborn, in: *Wieland, H./Rütten, A.: Kommunale Freizeitsportuntersuchungen*, Stuttgart 1991, S. 78-91 – Bös, K./Woll, A.: Sportwissenschaft, in: *Bundesvereinigung für Gesundheit* (Hrsg.): *Gesundheitsförderung – Strukturen und Handlungsfelder*, Neuwied/Kriftel 1999, VII S. 1-28 – Breuer, C.: Perspektiven des Präventivsports im Gesundheitssystem, Berlin 1999a – Breuer, C.: Gesundheitsnachfrage im Sport – Möglichkeiten der institutionellen Nutzung, in: *Klein, M.* (Hrsg.): *Spiel ohne Grenzen? – Bedeutung und Entwicklungstendenzen des Sports in der Gegenwartsgesellschaft*, Vorträge auf der Sektionsveranstaltung »Soziologie des Sports« des DGS-Kongresses »Grenzenlose Gesellschaft?« 1998 in Freiburg, Erfurt 1999b, S. 114-124 – Breuer, C.: Sportvereine im Umbruch zwischen leistungs- und gesundheitssportlicher Orientierung, Vortrag auf dem Internationalen Public-Health-Kongress vom 6.-8.10.1999 in Freiburg, Köln 1999c – Cachay, K.: Perspektiven der künftigen Entwicklung von Sportvereinen und Sportverbänden, in: *Digel, H.* (Hrsg.): *Sport im Verein und Verband*, Schorndorf 1988, S. 219-233 – *Deutscher Sportbund* (Hrsg.): *Qualitätskriterien zur Durchführung gesundheitsorientierter Angebote im Sportverein*, Frankfurt am

Main 1996 – *Emrich, E./Pitsch, W./Papathanassiou, V.*: Die Sportvereine. Ein Versuch auf empirischer Grundlage, Köln: 2001 – *Franke, E.*: Moderner Gesundheitssport, in: *Uhlig, T.* (Hrsg.): Gesundheitssport im Verein, Bericht über den DTB-Kongreß 10.-12.11.1994 in Schwäbisch Gmünd, Band 2, Schorndorf 1995, S. 438-453 – *Grossmann, R./Scala, K.*: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, in: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Schwabenheim a.d. Selz 1999, S. 100-101 – *Hartmann, H.*: Verein, Schule, Betrieb, Krankenkasse: Gemeinsam für Gesundheit durch Bewegung – Möglichkeiten und Grenzen des Gesundheitssports im Verein, in: *Uhlig, T.* (Hrsg.): Gesundheitssport im Verein, Bericht über den DTB-Kongreß 10.-12.11.1994 in Schwäbisch Gmünd, Band 2, Schorndorf 1995, S. 31-38 – *Hartmann, H.*: Statements, in: *Deutscher Turner-Bund* (Hrsg.): Gesundheitssport – Quo vadis, Weiterstadt-Gräfenhausen 1996, S. 28-33 – *Hartmann, H./Opfer, E.*: Quality Management of Preventive and Health-Oriented Sports Programs in Sports Clubs, in: *Heimer, S.* (Eds.): Health related Physical Activity in Adults, European Conference, Faculty of Physical Education University of Zagreb, Zagreb 2000 – *Hartmann, H./Opfer, E./Stein, T./Sudermann, A.*: Konzeption von Qualitätsmanagement im Gesundheitssport am Beispiel des Deutschen Turner-Bundes, in: *Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft* (Hrsg.): Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und der Sporttherapie, Hamburg: 2002 i.V. – *Heinemann, K./Schubert, M.*: Der Sportverein – Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung, Schorndorf 1994 – http://www.dsb.de/portraet/e_cont.html (31.07.2001) – *Lames, M./Kolb, M.*: Gesundheitsförderung im Sportverein – Konzeptionelle Grundlagen und Erfahrungen mit dem Projekt »Gesund & Bewegt«, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 7 (1999) 1, S. 31-53 – *Lamprecht M./Stamm H.*: Soziale Differenzierung und soziale Ungleichheit im Breiten- und Freizeitsport, in: *Sportwissenschaft* 25, 1995 (3), S. 265-284 – *Opfer, E.*: Sportliche Aktivität – ein Instrument zur Gesundheitsförderung für alle, Aachen 1998a – *Opfer, E.*: Sportverein und Sportverband, in: *Bös, K./Brehm, W.* (Hrsg.): Gesundheitssport, Schorndorf 1998b, S. 341-351 – *Opfer, E.*: Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein – eine empirische Untersuchung von Übungsleitern und zertifizierten Angeboten im Gesundheitssport, in: *Hirtz, P./Hannich, H.-J./Wiesmann, U./Eisfeld, K.* (Hrsg.): Community Medicine und Gesundheitsförderung. Gesund und bewegt ins Alter, Butzbach: Afra 2002 – *Hartmann, H./Opfer, E./Sudermann, A.*: Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein (Endbericht des Forschungsprojektes), Darmstadt 2002 in Vorbereitung – *Rittner, V.*: Sport und Public Health, Köln 1997 – *Rittner, V./Breuer, C.*: Sport – ein vernachlässigtes Medium in der Public-Health Diskussion, in: *Rütten, A.* (Hrsg.): Public health und Sport, Stuttgart 1998, S. 259-272 – *Rittner, V./Breuer, C.*: Bewegung, in: *Bundesvereinigung für Gesundheit* (Hrsg.): Gesundheitsförderung, Neuwied/Krifel 1999, VII S. 1-42 – *Rütten, A.*: Public Health und Sport, in: *Rütten, A.* (Hrsg.): Public Health und Sport, Stuttgart 1998 – *Sacher, A.*: Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Wirklichkeit – Zur Entwicklung der WHO-Programmatik, in: *Amann, G./Wipplinger, R.* (Hrsg.): Gesundheitsförderung – Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld, Tübingen 1998, S. 53-71 – *Schulke, H.-J.*: Sportvereine sind zwar keine Apotheken, aber auf der Gesundheitswelle sollten sie schwimmen, in: *Olympische Jugend* 34 (1989), 4, S. 4-7 – *Schulke, H.-J.*: Zur Differenzierung von Public Health und Sport – Über die Vernachlässigung der Integrationspotentiale zweier gesellschaftlicher Praxisfelder in der Gesundheitsförderung, in: *Rütten, A.* (Hrsg.): Public Health und Sport, Stuttgart 1998, S. 131-155 – *Schwenkmezger, P.*: Psychologische Aspekte des Gesundheitssports, in: *Gabler, H./Nitsch, J.R./Singer, R.*: Einführung in die Sportpsychologie, Schorndorf 1993, S. 204-221 – *Stark, W.*: Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, Freiburg 1989 – *Wagner, P.*: Aussteigen oder Dabeibleiben? Determinanten der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in gesundheitsorientierten Sportprogrammen, Darmstadt 2000 – *Woll, A.*: Gesundheitsförderung in der Gemeinde, Neu-Isenburg 1996