



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Einfluss von Fußballsport auf den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern. Eine quantitative Studie“

verfasst von / submitted by

Cora Dax BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

Studienrichtung lt. Studienblatt / Soziologie
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Betreut von / Supervisor: Ao. Prof. Dr. Franz Kolland

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbstständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die verwendete Literatur, sei es ausgedruckten oder ungedruckten Quellen, beziehungsweise aus dem Internet habe ich gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert und mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht.

Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Abstract	III
Abstract	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
1.1. Problemdarstellung der Arbeit	2
1.2. Forschungsfrage	5
2. Aktueller Forschungsstand	7
2.1. Teamsport	11
2.1.1. Aktuelle Daten zu Sportvereinen und Mitgliederzahlen	17
2.2. Gesundheit – begriffliche Annäherung	20
2.2.1. Physische Gesundheit	23
2.2.2. Psychische Gesundheit	24
2.2.3. Gesundheit und Sozialisation	26
3. Theoretischer Teil	29
3.1. Soziale Inklusion als soziale Netzwerkbildung	29
3.2. Geschlechteraspekt	35
4. Empirischer Teil	40
4.1. Feldzugang und Sampling	43
4.2. Fragebogen	46
4.3. Vorgang der Datenerhebung	50
5. Ergebnisdarstellung	55
5.1. Häufigkeitsauszählungen	60
5.2. Hypothesen und Beantwortung der Fragestellung	70
6. Zusammenfassung	89
7. Ausblick	93
8. Literaturverzeichnis	95
9. Anhang	101

Abstract

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Einfluss von Teamsport auf den Gesundheitszustand. Die Möglichkeit des positiven Einflusses von Sport auf die Gesundheit gilt zwar allgemein als bestätigt, doch bisher gibt es kaum Untersuchungen, die diesen Zusammenhang im Teamsportbereich näher untersucht haben. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Analyse von Fußballerinnen und Fußballern im Wiener Amateurbereich.

Das Sample der Studie bestand aus fußballspielenden Frauen und Männern ab 15 Jahren, welche in Vereinen in Wien aktiv sind. Als Erhebungsinstrument wurde ein Online-Fragebogen, der sich mit der Ausübung des Fußballsportes und der individuellen Gesundheit befasst, verwendet. Gesundheit wurde dabei nach vier Teilespekten untersucht (physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Umwelt). Insgesamt konnten die Ergebnisse von 239 Teilnehmer und Teilnehmerinnen in die Analyse der Studie einbezogen werden. Das Ausmaß der Neigung zum Teamsport wurde über den Grad des Teamzusammenhaltes innerhalb eines Teams gemessen.

Die theoretische Einbettung der Arbeit liegt in der sozialen Netzwerkbildung als soziale Integration und einem Geschlechteransatz. Mit der Datenauswertung konnten alle die verwendeten Hypothesen überprüft und bis auf eine alle bestätigt werden. Es wurde nachgewiesen, dass Teamsport sich auf alle unterschiedlichen Gesundheitsbereiche positiv auswirkt. Der Gesundheitszustand weist für die unterschiedlichen Aspekte einen geringen Unterschied zwischen Männern und Frauen auf. Mit steigender Trainingshäufigkeit steigt der Gesundheitszustand der Fußballerinnen und Fußballer. Hinsichtlich der Fragestellung der Studie konnte mittels linearer Regressionsanalyse nachgewiesen werden, dass Fußballsport auf den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern einen positiven Einfluss ausübt. Nach dieser empirischen Erhebung hat der Teamsport für männliche Fußballer stärkere gesundheitliche Auswirkungen als für Fußballerinnen.

Abstract

This master thesis deals with the influence of team sports on the state of individual health. In general, past research has confirmed the possibility of sport having a positive impact on health. However, so far there are hardly any studies available that looked more closely into the connection within team sports. Health is measured through its four components, i.e. physical well-being, psychical well-being, social interactions, environment. The focus of this thesis is on female and male non-professional soccer players in Vienna.

The sample of the study consisted of women and men with a minimum age of 15 who are active in football clubs in Vienna. An online questionnaire dealing with their practice of playing football and their individual health was used as survey instrument. A total of 239 participants duly completed the questionnaire for the study.

In the process of data analysis and evaluation, all six hypotheses could be analyzed and either confirmed or rejected. It has been shown that team sports have a positive effect on all different health aspects. The health status shows a difference between men and women. It can be confirmed that people who practices more often football than others feel healthier. The final conclusion answering the research question is that team sports have a positive impact on health, both for male and female football players. According to this analysis health effects are higher for male players.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Spielstätten der aktuellen Vereine im Frauenfußball in Wien	19
Abbildung 2: Abbruch-Analyse	53
Abbildung 3: Altersgruppen der Fußballerinnen und Fußballer	56
Abbildung 4: Bildungsabschluss der Fußballerinnen und Fußballer	58
Abbildung 5: Häufigkeit der Ausübung von Fußball nach Geschlecht	61
Abbildung 6: Häufigkeit der Sportausübung pro Woche	62
Abbildung 7: Teilbereiche der Kohäsion	64
Abbildung 8: Mittelwerte der Teamkohäsion	65
Abbildung 9: Physisches Wohlbefinden	66
Abbildung 10: Psychisches Wohlbefinden	67
Abbildung 11: soziale Beziehungen	68
Abbildung 12: Umwelt	69
Abbildung 13: Gesamtgesundheitszustand	70
Abbildung 14: Unterschiede zwischen den Gesundheitsbereichen	71
Abbildung 15: Mittelwerte der Gesundheitsbereiche	72
Abbildung 16: Index gemeinsam Sporttreiben	75
Abbildung 17: Index sozialer Zusammenhalt	77
Abbildung 18: Gesundheit nach Geschlecht	80
Abbildung 19: Teamkohäsion nach Gesamtgesundheit	85
Abbildung 20: Teamkohäsion nach selbsteingeschätzter Gesundheit	85
Abbildung 21: Erklärungsgehalt der Regressionsanalyse der Fragestellung	87

Abkürzungsverzeichnis

ÄGU	Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt
ASKÖ	Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich
ASVÖ	Allgemeiner Sportverband Österreich
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
BSO	Bundes-Sportorganisation
DSG	Diözesansportgemeinschaft
EU	Europäische Union
EU-Silc	European Union Statistics on Income and Living Conditions
FA	Football Association
FF	Forschungsfrage
FIFA	<i>Fédération Internationale de Football Association</i>
H	Hypothese
HBSC-Studie	Health Behaviour in school-aged children
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
MAKO-02	Fragebogen zur Mannschaftskohäsion
MoMo	Motrik Modul
ÖFB	Österreichischer Fußball-Bund
UEFA	Union of European Football Association
WB	Wohlbefinden
WFV	Wiener Fußball-Verband
WHO	World Health Organisation
WHOQOL-BRIEF	World Health Organisation Qaulity of Life (Kurzversion)
WM	Weltmeisterschaft
ZSHG	Zusammenhang

1. Einleitung

Die Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Einfluss, den Teamsport auf den Gesundheitszustand von Sportlerinnen und Sportlern ausüben kann. Bisher wurde die Wirkung den Sport auf den Gesundheitszustand haben kann, zwar häufig untersucht, jedoch selten im Kontext des Teamsports. Diese Arbeit konzentriert sich auf den Bereich des Fußballsports in Wien. Die Fragestellung richtet sich deshalb darauf, ob Fußballsport einen positiven Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand hat. Das Hauptziel der Arbeit ist es, herauszufinden, ob sich vor allem die psychische Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern durch die gemeinsame Sportausübung verbessert. Auch ein allfälliger Unterschied zwischen Fußballerinnen und Fußballern hinsichtlich ihrer Gesundheit soll herausgefunden werden.

Die empirische Studie wird im Bereich des Fußballsports in Wien durchgeführt. Es wird der Zusammenhang zwischen der Beteiligung an diesem Teamsport und dem Gesundheitszustand von Spielerinnen und Spielern von Frauen- und Männerteams untersucht. Diese Studie soll einerseits geschlechtsspezifische Ergebnisse ermöglichen, andererseits auch generelle Muster der Sport-Gesundheitsbeziehungen untersuchen. Aus Gründen der Durchführbarkeit und der begrenzten Bearbeitungszeit kann sich die Arbeit nur auf die Sportart Fußball beziehen. Die Aspekte der Fragestellung werden mittels eines online-Fragebogens erhoben, um eine ausreichend große Fallanzahl für eine quantitative und somit aussagekräftige Studie zu ermöglichen. Methodisch ist es notwendig einen Fragebogen, der alle Aspekte der Fragestellung beinhaltet, aus bereits bestehenden Teilen von Fragebögen zusammenzustellen. Der Fragebogen wird sich vor allem mit der Intensität der Ausübung des Teamsportes, dem Ausmaß der Teamkohäsion und dem subjektiven und psychischen Gesundheitszustand der einzelnen Spieler und Spielerinnen beschäftigen. Soziologisch lässt sich diese Arbeit in den Bereich der Gesundheits- und Sportsoziologie einordnen.

Im einführenden Kapitel wird das Thema und die Fragestellung dieser Arbeit vorgestellt. Darauf folgt die Problemdarstellung der Arbeit, in der auch die soziologische Relevanz näher beleuchtet wird. Da in der aktuellen Gesellschaft das Gesundheitsbewusstsein immer stärkere Beachtung findet, ist diese Arbeit in der Gesundheitssoziologie von Bedeutung. Im zweiten Kapitel wird auf den Forschungsstand, besonders im Hinblick auf die wesentlichen Teilaufgaben der Fragestellung, eingegangen, um auf bereits erforschte Grundlagen einzugehen. Das dritte Kapitel bildet die theoretische Einbettung durch Verwendung der sozialen Netzwerkbildung als soziale Inklusion und der expliziten Berücksichtigung des

Geschlechterspektes. Nachfolgend wird im vierten Kapitel im empirischen Teil, ausgehend von den Hypothesen, das Sampling, der Feldzugang, die theoretische Begründung des Fragebogens und der Vorgang der Datenerhebung beschrieben. Darauf folgen die Ergebnisdarstellung, die Überprüfung der Hypothesen und die Beantwortung der Fragestellung. Anschließend wird die Zusammenfassung der empirischen Studie dargestellt. Den Abschluss der Arbeit bildet ein Ausblick mit Schlussfolgerungen für weitere Forschung und Empfehlungen zur stärkeren Berücksichtigung des Gesundheitsaspektes in Teamsportarten.

1.1. Problemdarstellung der Arbeit

Für diese Arbeit werden Teamsportlerinnen und Teamsportler als Zielgruppe herangezogen. Sie wurden aus dem Amateurbereich des Wiener Fußballsportes ausgewählt. Im Folgenden soll die Problemstellung des Teamsportes und die sich daraus ergebende Relevanz dargestellt werden.

Dass Sport einen Einfluss auf den Gesundheitszustand ausüben, ist vielfach bekannt und empirisch belegt (z.B. Weiß und Russo 2005; Gülich und Krüger 2013; Becker 2014). Jedoch der Einfluss, den Teamsport auf die Gesundheit bewirken kann, ist vor allem im Hinblick auf einzelne Aspekte des Gesundheitszustandes untersucht. Diese Untersuchungen haben sich vorwiegend mit dem Bereich der mentalen Gesundheit auseinandergesetzt. Die amerikanische Studie von Susan Gore et al. (2001) hat den Einfluss von Teamsport auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen untersucht. Ein zentrales Ergebnis ist, dass ein signifikanter Zusammenhang dieser beiden Faktoren für beide Geschlechter nachweisbar war (vgl. Gore et al. 2001, S.119). Eine im Jahr 2019 durchgeführte Studie aus Amerika (Pluhar et al.) hat sich mit den unterschiedlichen Auswirkungen von Teamsport und Individualsport von Kindern und Jugendlichen auf ihren mentalen Gesundheitszustand fokussiert. Herausgefunden wurde, dass Personen, die Teamsport betreiben, seltener von Depressionen und Angstzuständen betroffen sind (vgl. Pluhar et al. 2019, S.490). Auch die Motive des Sporttreibens wurden dabei untersucht, es hat sich gezeigt, dass Sportlerinnen und Sportler aus dem Individualsportbereich aus ziel-orientierten Gründen und Personen aus dem Teamsport aus Gründen des „Spaß-habens“ diese Sportarten ausüben (vgl. Pluhar et al. 2019, S.494). Adam Benkwitz und Laura Healy (2019) haben einen anderen Forschungszugang gewählt, indem sie psychisch erkrankte Menschen mit Sportprojekten in Verbindung gebracht haben. Durch die Teilnahme an Teamsport, in diesem Fall Fußball, konnte eine positive Veränderung des

psychischen Gesundheitszustandes der Untersuchungsgruppen festgestellt werden (vgl. Benkwitz & Healy 2019, S.1). Eine deutsche Studie hat auf die Thematik des sozialen Kapitels im Sportsetting fokussiert. Das soziale Kapital wird demnach vor allem in Sportvereinen gebildet (vgl. Schüttoff et al. 2017, S.683). Diese Arbeit soll an die Erkenntnisse dieser Studien anschließen und den Einfluss auf den Gesamtgesundheitszustand der Fußballerinnen und Fußballer untersuchen.

Die Relevanz der Arbeit bezieht sich insbesondere auf die Verknüpfung des Teamsportes (Fußballsport) mit den Wirkungen auf den individuellen Gesundheitszustand der Fußballerinnen und Fußballer. Betrachtet man das Ausmaß der sportlichen Betätigung, so lässt sich beobachten, dass ein großer Teil der sportlich-aktiven Bevölkerung in einem Sportverein aktiv ist (z.B. BSO Mitgliederstatistik 2018, Weiß und Russo 2005).

Die von Eurostat im Jahr 2014 durchgeführte Studie zum Vergleich der Lebenswelten von Männern und Frauen in Europa hat unter anderem auch die Ernährungsgewohnheiten und die sportlichen Aktivitäten untersucht. Ein markantes Ergebnis daraus ist, dass Männer deutlich mehr Sport betreiben als Frauen. 36% der europäischen Männer betreiben mehr als 150 Minuten Sport pro Woche, bei den Frauen sind es nur etwa 26%. Demgegenüber betreiben in Österreich nach dieser Erhebung Männer und Frauen nahezu gleich häufig Sport, und zwar zu etwa 50%. Im EU-Durchschnitt sind dies besonders hohe Zahlen, lediglich die skandinavischen Länder liegen noch vor Österreich (Europäische Union 2018, Kapitel 3.1). So hat die FIFA 2007 herausgefunden, dass etwa 270 Millionen Menschen weltweit mit dem Fußballsport eng verbunden sind, etwa durch ihre Funktion als Spielerinnen, Schiedsrichterinnen, Trainerinnen oder auch Funktionärinnen (vgl. Pfeffer et al. 2018, S.4).

Die Relevanz der Arbeit zeigt sich unter anderem auch darin, dass gerade durch die Weltmeisterschaft (WM) der Frauen im Jahr 2014 der Frauenfußball stark an Popularität gewonnen hat. Es gibt aber nach wie vor kaum Studien, die den Einfluss von Teamsport auf den Gesundheitszustand im Amateurbereich überprüfen. So hat die UEFA in einem 2014 veröffentlichten Bericht beschrieben, dass sich die Anzahl der Fußballerinnen in Europa von 1985 bis 2014 verfünfacht hat (vgl. UEFA 2014, S.4).

Die Statistik Austria hat im Jahr 2001 Daten zur Anzahl der Fußballspielenden erhoben. Etwa 20% der männlichen Bevölkerung (ab 6 Jahren) spielen Fußball, bei den Frauen sind es hingegen lediglich 2%. Die Sportbeteiligung beim Fußball ist sehr stark altersabhängig und ist bei Jungen bis 19 Jahren mit über 50% bzw. bei Mädchen mit ca. 8% am höchsten. Sie nimmt mit steigendem Alter (besonders rasant bei Frauen ab 20 Jahren) ab, bei Männern hingegen

spielen sogar noch in der Altersgruppe der 40-49 jährigen etwa 10% Fußball (Statistik Austria 2001, 269). Die Aufteilung auf unterschiedliche soziale Gruppen zeigt, dass der Anteil an Fußball spielenden Frauen mit Universitäts- und Hochschulabschluss sehr hoch ist (vgl. Diketmüller 2002, S.209).

Die Eurostat hat auch einige spannende Ergebnisse zur Gesundheitsthematik herausgebracht. Diese und weitere Ergebnisse sind im statistischen regionalen Jahrbuch Eurostat von 2018 veröffentlicht. Dabei wird auch der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand europaweit untersucht. In der EU-28 schätzen 2016 mehr als 65% der über 16-Jährigen ihren Gesundheitszustand als gut beziehungsweise sehr gut ein. Betrachtet man den Durchschnitt der Bevölkerung, die in der Stadt leben, verglichen mit Personen, die in ländlichen Gebieten wohnen, zeigt sich, dass Personen in Städten sich um etwa 5% gesünder fühlen. Die österreichische Bevölkerung fühlt sich etwas gesünder als der EU-Durchschnitt und zwar etwa 70% fühlen sich demnach gesund (vgl. Brandmüller et al. 2018, S.53). Eine dänische Studie, die die Bewegungshäufigkeit und Sportaktivität und den Gesundheitszustand von Volksschulkindern erfasst hat, kommt zum Schluss, dass die Teilnahme an „Freizeitsport“ dazu führt, dass die Kinder über einen höheren Gesundheitszustand verfügen (vgl. Hebert et al. 2015, S.10). Auch eine Schweizer-Studie belegt den positiven Zusammenhang zwischen Sportaktivität und Gesundheitsempfinden und –bewusstsein von Jugendlichen (Ferron et al. 1999, S.231).

So konnte auch eine amerikanische Studie herausfinden, dass regelmäßiges Sport treiben zu weniger depressiven Tagen pro Monat führt. Vor allem die Sportarten Basketball und Fußball erzielten dabei beste Ergebnisse und reduzierten depressive Tage um mehr als 20%. (vgl. Diehm 2019, S.30).

Weitere Problemstellungen, die für die Ausübung von Teamsportarten bedeutsam sein können, sind sehr vielfältig und reichen von fehlenden Zeitressourcen bis zu finanziellen Hindernissen.

Weltweit steigt das Interesse von Frauen am Fußballsport in den letzten Jahrzehnten stetig an, dennoch sind etwa 90% aller weltweit fußballspielenden Menschen nach wie vor männlich (vgl. Faude et. al 2005 zit. nach Kramer & Scheurecker 2010, S.435).

Um Fußball spielen zu können, sind vergleichsweise mit anderen Sportarten, wenige ökonomische, jahreszeitliche und physikalische Hindernisse zu überwinden. Es kommt relativ

selten zu wirklich schweren Verletzungen, doch die Anzahl an leichten und mittleren Verletzungen ist sehr hoch (vgl. Kramer & Scheurecker 2010, S.435).

Allerdings gibt es maßgebliche Eintrittsbarrieren. Diese können sich ganz unterschiedlich gestalten, sie können sowohl finanzielle, gruppenspezifische (z.B. Altersverteilung des Teams; Einkommensunterschiede), individuelle (z.B. körperliche Erkrankungen) als auch gesellschaftliche (z.B. Vorurteile) Ursachen haben. Durch Sportausübung, vor allem in Gruppen, kann es dazu kommen, dass ein hoher Leistungsdruck auf das einzelne Individuum ausgeübt wird und es im schlimmsten Fall sogar zu psychischen Problemlagen oder zu sportlichem Burnout kommen kann. Aufgrund der Gruppendynamik kann in manchen Teams eine Atmosphäre entstehen, die Konflikt und Mobbing begünstigt. Physische Verletzungen stellen für einzelne Spieler und Spielerinnen nicht nur körperliche, sondern auch in psychischer Hinsicht eine große Belastung dar.

Um Fußball spielen zu können, bedarf es auch einiger finanzieller Ressourcen. Ballsportarten scheinen im Vergleich zu anderen Sportarten (z.B. Golfen, Reiten, Skifahren, Triathlon) zwar relativ günstig zu sein, da die Kosten für Ausrüstung, den Platz, die Mitgliedschaft und die Infrastruktur deutlich geringer ausfallen. Dennoch kann die Ausübung des Fußballsportes in einem Verein für einige Individuen eine nicht-bewältigbare finanzielle Hürde darstellen.

Fehlende Zeitressourcen stellen auch für viele Sportler und Sportlerinnen, vor allem im Amateurbereich, ein bedeutendes Hindernis dar. Je nach Leistungslevel nimmt die Ausübung der Sportart unterschiedlich viel Zeit in Anspruch. Die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Sport ist nicht für alle Personen leicht zu gestalten, unterschiedliche Lebensabschnitte erleichtern beziehungsweise erschweren die Vereinbarung.

1.2. Forschungsfrage

Im nächsten Kapitel soll die Forschungsfrage, die dieser Masterarbeit zugrunde liegt, dargestellt werden.

Dadurch, dass der Einfluss von Teamsport auf den Gesundheitszustand bisher wenig erforscht ist, wird dieser Fragestellung nachgegangen, um den Wissenstand zu erhöhen und die Forschungslücke etwas zu verkleinern. Die Fragestellung, mit der bei dieser Masterarbeit gearbeitet wird, lautet:

„Hat Fußballsport einen positiven Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand? Welche Unterschiede zeigen sich zwischen Fußballerinnen und Fußballern?“

Die Arbeit soll prüfen, ob es einen positiven Zusammenhang zwischen der Ausübung von Teamsport und dem Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern in Wien gibt. Durch die Analyse soll es auch möglich sein einen allfälligen Unterschied zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand zu erkennen. Im Besonderen soll analysiert werden, ob Teamsport auf die verschiedenen Gesundheitsaspekte Auswirkungen ausüben kann bzw. wie soziologische Parameter (wie Gruppenzugehörigkeit, Alter, Geschlecht, Beteiligungsintensität etc.) auf den Gesundheitszustand sowie deren Teilauswirkungen einwirkt. Durch entsprechende Daten soll es möglich sein, auch Unterschiede beziehungsweise Gemeinsamkeiten bezüglich des Teamverhaltens zu erforschen. Vor allem der Einfluss des Zusammengehörigkeitsgefühls auf den Gesundheitszustand soll hierbei verglichen werden.

2. Aktueller Forschungsstand

In diesem Kapitel geht es um den aktuellen Forschungsstand bezüglich des Einflusses von Sport auf den Gesundheitszustand. Die Wechselwirkung von Sport und Gesundheit ist ein weiterer Gesichtspunkt zu dem verschiedenste Aspekte der Zusammenhänge erläutert werden. Auch der Einfluss, den die Sozialisation auf den Sport ausübt, wird untersucht. Es werden Verknüpfungspunkte zwischen Gesundheit, Sport und soziodemographischen Merkmalen gezogen.

Mit dem Zusammenhang von Sport und Gesundheit haben sich bereits einige Soziologinnen auseinandergesetzt. Meistens wird hierbei der Effekt den Sport ganz allgemein auf die Gesundheit haben kann, untersucht, wie beispielsweise im Sammelband „Aktiv und Gesund?“ herausgegeben von Simone Becker. Die Autoren und Autorinnen der Beiträge erläutern anhand von interdisziplinären Perspektiven die zwei konträren Wirkungsweisen des Sportes auf die Gesundheit (Becker 2014).

Sport wird oft mit einer gesundheitsfördernden Wirkung verknüpft, aber in manchen Fällen auch als gesundheitsschädigend (Schulz 2012; Malm et al. 2019) betrachtet. Sport ist für die Selbstverwirklichung und Sozialintegration von Individuen von enormer Bedeutung, was bisher auch schon eingehend erforscht wurde. Im Gegensatz dazu kann Sport aber auch zu körperlichen und seelischen Überforderungen führen. Allerdings wurde zu diesen negativen Auswirkungen bisher wenig geforscht (vgl. Dresen & Kläber 2014, S.62).

Sport kann im Sinne des Übertrainingssyndrom (over-training) oder im sportlichen Burnout die Gesundheit auch negativ beeinflussen. Diese beiden Phänomene sind vor allem bei Leistungssportlern und Leistungssportlerinnen bekannt, können aber auch Personen des Amateursportes betreffen. Beim Übertrainingssyndrom sind ein Leistungsabfall, sowie körperliche und teilweise auch psychische Erschöpfungserscheinungen feststellbar. Bemerkbar wird dies durch Niedergeschlagenheit, erhöhte Reizbarkeit, Schlafstörungen, Infektfälligkeit, erhöhte Verletzungsanfälligkeit und viele weitere negative Auswirkungen, die den Körper und die Psyche eines Menschen betreffen können. Sportliches Burnout ist meist als psychischer Erschöpfungszustand zu betrachten (vgl. Schulz et. al 2012, S.59f).

Neben den physischen lassen sich durch die Sportausübung auch psychische und soziale Ressourcen deutlich vermehren. Bei den physischen Ressourcen werden vor allem die Bereiche der Kondition, Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit und Beweglichkeit stark verbessert (vgl. Sygusch 2006 zit. nach Diehl et al. 2014, S.313). Bei den psychischen Ressourcen

können kognitive, emotionale und motivationale Teilbereiche durch die Sportausübung profitieren. Dies zeigt sich darin, dass sich beispielsweise das Selbstwertgefühl über ein verbessertes Körperbild stark steigern lässt. Auch Bewältigungsmechanismen und die innere Motivation der Individuen wird deutlich erhöht (vgl. Diehl et al. 2014, S.314f). Bei den sozialen Ressourcen geht es hauptsächlich um jene Aspekte, die erlernt und gestärkt werden, wenn Sport in Gruppen oder zumindest zu zweit ausgeübt wird. Hierunter fallen Gruppenzusammenhalt, Verantwortungsübernahme und die Übernahme eines gemeinsamen Werte- und Normensystems (vgl. Diehl et al. 2014, S.316).

Mittlerweile ist wissenschaftlich bestätigt, dass es zu einer Verringerung von Morbidität und Mortalität kommt, wenn Individuen körperliche Aktivitäten betreiben und dadurch ihre körperliche Leistungsfähigkeit aufrechterhalten (vgl. Löllgen 2003; Niebauer 2005 zit. nach Krüger & Gülich 2013, S.665).

Die Sportsoziologie unterscheidet demnach drei verschiedene Arten der Sportsozialisation, die die unterschiedlichen Bereiche beziehungsweise Wirkungsrichtung bezeichnen: *Sozialisation in den Sport*, *Sozialisation im Sport* und *Sozialisation durch den Sport* (vgl. Diehl et al. 2014, S.317). Sport ist nicht nur mit der Sozialisation verknüpft, sondern auch mit der körperlichen Leistungsfähigkeit. Gesunde Menschen treiben mehr Sport und bleiben so weiterhin gesund. Bei Personen, die wenig Sport betreiben, geht auch die körperliche Leistungsfähigkeit schnell zurück. Klein und Becker haben herausgefunden, dass vor allem die vorhandenen Zeitressourcen ausschlaggebend für ein sportliches oder nicht-sportliches Leben sind. Der Lebensstil hängt vor allem von der Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Familie, Wohnsituation und den Lebensumständen der jeweiligen Personen ab (vgl. Klein & Becker 2008, S.229f).

Sport wird in der Gesellschaft, insbesondere über eine verstärkte Darstellung durch die Medien, als gesundheitserhaltend oder gesundheitsfördernd bewertet. Cavill und Bauman haben den Einfluss von Medien-Kampagnen auf die unterschiedliche Auswirkung auf die Gesundheit durch sportliche Aktivitäten untersucht (vgl. Cavill & Bauman 2004, S.771). In einigen Fällen wird nahezu das Bild vermittelt, dass man bei regelmäßiger Sportbetätigung gar nicht erkanken kann, was jedoch in dieser eindeutigen Zuordnung keinesfalls zutreffend ist. Auch sollte man sich stets bewusst sein, dass ein guter Gesundheitszustand immer nur ein Ist-Moment ist, der jederzeit von einer Krankheit oder Verletzung abgelöst werden kann (vgl. Rigauer 2014, S.70f).

Im oben erwähnten Sammelband von Becker wird der Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit beschrieben und auf drei mögliche Hypothesen hingewiesen. Die Wirkungshypothese untersucht die Auswirkungen der sportlichen Aktivität auf die Gesundheit. Die Selektionshypothese vertritt die Annahme, dass nur gesunde Menschen Sport machen, also wird hier Gesundheit als Voraussetzung zur Sportbetätigung angesehen. Die Drittvariablenhypothese geht davon aus, dass Sport und Gesundheit durch andere Variablen (z.B. sozialer Status, Geschlecht) stärker beeinflusst werden (vgl. Jekauc et al. 2014, S.14). Diese Masterarbeit bezieht sich im Wesentlichen auf die Wirkungshypothese.

Die Bedeutung eines verstärkenden Sportbewusstseins, vor allem auch in der Behandlung von psychischen Erkrankungen, heben Brooks und Rieckmann hervor. Sie meinen, dass durch den technischen Fortschritt und die Veränderungen in den Arbeits- und Lebensweisen der aktuellen Gesellschaft der industrialisierten Welt, die körperliche Aktivität der Menschen stark zurückgegangen ist. In Folge dessen kommt es vermehrt zu Übergewicht, chronischen Rücken- und Gelenkbeschwerden, Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen und neurodegenerativen Erkrankungen. Einige Studien zu Prävention und Therapie von neurologischen und psychischen Erkrankungen durch Sport konnten positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Probanden nachweisen. So werden beim Sport wichtige Nervenzellen freigesetzt, die zur Verbesserung nach akuten Schädigungen beitragen oder auch die Verlangsamung einiger Krankheitsverläufe bewirken können (vgl. Brooks & Rieckmann 2014, S.52).

In ihrem Artikel „Sport macht glücklich und gesund“ weisen Kunert und Szepanski auf die Bedeutung des Sportes auf die Gesundheit und das Wohlbefinden hin. Vor allem das Wissen um die korrekte Ausübung von sportlichen Übungen kann einen wichtigen Beitrag für die psychosozialen Gesundheitsressourcen leisten. Dieses Wissen unterteilt sich in Handlungswissen und Effektwissen (vgl. Kunert & Szepanski 2016, S.33).

Auch ein positives Körperkonzept kann das Ergebnis vermehrter Sportausübung sein. Jedes Individuum assoziiert mit seinem Körper auch die Erfüllung von Leistung und Gesundheit. Hierbei wird vor allem eine Selbstbewertung durchgeführt, ob diese hinsichtlich geistiger und körperlicher Fähigkeiten erfüllt werden. Durch eine vermehrte Sportausübung fällt es Menschen leichter ihren Körper positiv wahrzunehmen und eine emotionale Beziehung zum eigenen Körper aufzubauen. Durch diese Aktivitäten wird auch das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit gesteigert (vgl. Kunert & Szepanski 2016, S.34).

Borgetto und Kälble konnten in empirischen Studien beweisen, dass soziales Kapital einen Einfluss auf die Gesundheit ausübt (vgl. Borgetto & Kälble 2007, S.58). Wenn soziales Kapital nur in geringem Ausmaß vorhanden ist, kann es eine negative Auswirkung auf den Gesundheitszustand des Individuums haben. Weiters kann soziales Kapital auch über indirekte Einflüsse auf andere Faktoren (z.B. Wohngegend) wirken, die zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen können (vgl. Siegrist et al. 2009, S.172). Dieselben Autoren haben bereits bei der European Social Survey diesen Zusammenhang zwischen sozialem Kapital und Gesundheit in 21 Ländern untersucht. In Ländern, wo das soziale Kapital niedrig ist, verfügen viele Menschen über einen mittleren beziehungsweise schlechten Gesundheitszustand (vgl. Knesebeck et al. 2005, S.1).

Auch das Alter und das Geschlecht sind für den Gesundheitszustand ausschlaggebend (vgl. Borgetto & Kälble 2007, S.58). Becker hat in ihrem Artikel „Treiben nur Gesunde Sport“ auch den Einfluss des Alters auf den Gesundheitszustand herausgearbeitet. Sie hat festgestellt, dass bereits fast 40% der Befragten vor dem 50. Lebensjahr an einer Erkrankung leiden. Innerhalb der Altersgruppe der nächsten 20 Jahre steigt der Prozentsatz um fast 20%. Sie konnte damit deutlich belegen, dass die Gesundheit mit ansteigendem Alter abnimmt oder das Vorhandensein von Erkrankungen zunimmt (vgl. Becker 2012, S.283f).

Auch die Lebensqualität ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Nach Studien in Deutschland steigt der Lebensstandard zwar kontinuierlich weiter an, trotzdem wird die Lebensqualität von den Bürgern und Bürgerinnen im Zeitablauf nicht höher eingeschätzt. Viele glauben, dass die Lebensqualität früher besser war (vgl. Opaschowski 2105, S.90). Um ein quantifiziertes Maß für den tatsächlichen Wohlstand zu erhalten, wurde ein vier-Säulen-Wohlstandsmodell entwickelt. Es gibt eine ökonomische, eine ökologische, eine gesellschaftliche und eine individuelle Säule. Damit ist gemeint, dass die Menschen sicher und ohne Geldsorgen, sowie naturnah und nachhaltig leben können. Weiters wird davon ausgegangen, dass sie frei und in Frieden, ebenso gesund und ohne Zukunftsängste leben sollen (vgl. Opaschowski 2015, S.98). Hierbei zeigt sich wieder, wie wichtig vor allem die Gesundheit für die Individuen ist. Lebensqualität ist insofern mit dem Ansatz der Gesundheit zu vereinbaren, weil sie einen Teilbereich der Gesundheit darstellt.

Auch der Anstoß Sport zu treiben zeigt einen deutlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen auf. Frauen betreiben Sport lieber auf Grund von medizinischen oder sozialen Gründen. Ihnen ist das Knüpfen von persönlichen Kontakten auch bei der Sportausübung wichtiger als Männern (vgl. Becker 2011, S.85). Der Hauptgrund für Männer Sport zu

betreiben ist der Wunsch sich gerne mit anderen zu messen und die Überwindung körperliche Leistung zu erbringen (vgl. Weiß & Norden 2013, S.62).

Die deutsche Soziologin Marion Müller hat festgestellt, dass es im Sport noch immer zu einer Geschlechtersegregation kommt. Mit dieser Trennung kommt es aber auch zu unterschiedlichen Leistungsanforderungen, diese werden innerhalb der Gesellschaft weitgehend akzeptiert. Müller glaubt, dass dies daran liegt, dass Personen im Alltag davon überzeugt sind, dass Männer körperlich mehr leisten können als Frauen (vgl. Müller 2006, S.392).

Obwohl zu dem Zusammenhang zwischen Teamsport und Gesundheit noch nicht so viel geforscht wurde, konnte dieser bereits in einigen Studien nachgewiesen werden. Herzog beschreibt in dem Artikel „Do recreational team sports provide fitness and health benefits?“ die Auswirkungen des Sports auf die Gesundheit. Die Studien, die zur Analyse des Textes herangezogen wurden, kamen zu dem Ergebnis, dass Teamsport einen positiven Einfluss auf die Gesundheit ausüben kann (vgl. Herzog 2018, S. 127). An diese Ergebnisse soll diese Masterarbeit anschließen.

Diesen Zusammenhang haben auch einige deutsche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen untersucht. Es wurden dafür die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) und des Motorik-Moduls (MoMo)-Fragebogens analysiert. Es wurde festgestellt, dass Sport in einem Verein, dazu führt, dass der Gesundheitszustand positiv betrachtet wird. Weiters wurde beobachtet, dass je häufiger Trainings stattfinden, desto besser ist der Gesundheitszustand (vgl. Krug et al. 2012, S.116).

Einige Soziologinnen, darunter auch Pierre Bourdieu haben sich mit der Schichtzugehörigkeit von Sportlerinnen und der unterschiedlichen Sportintensität auseinandergesetzt. Es ist vor allem interessant, dass sozioökonomisch schlechter gestellte Personen sich bereits im späten Jugendalter bzw. frühen Erwachsenenalter stark aus dem Sport zurückziehen, hingegen Personen aus der Mittel- und Oberschicht weiterhin aktiv Sport betreiben. Auch die Motivation Sport zu treiben, ist bei Personen der Mittel- und Oberschicht stark mit dem Gesundheitsaspekt verknüpft (vgl. Becker 2011, S.57ff).

2.1. Teamsport

In diesem Kapitel wird ausgehend von der Bedeutung von Gruppen und Teams, die zentrale Stellung von Vereinen und Teams beschrieben, um mit einer Darstellung des wichtigen

Aspekts des Gruppenzusammenhalts zu enden. Um die besondere Rolle der Ausübung von Sport in Gruppen nachvollziehen zu können, wird zu Beginn eine Arbeitsdefinition von „Team“ gegeben. Den Abschluss dieses Kapitels stellt eine Schilderung der derzeitigen sportlichen Situation im Frauenfußball in Österreich beziehungsweise Wiens dar. Es kommt auch zu einem Abriss der aktuellen Mitgliederzahlen von fußballspielenden Menschen in Wien.

Bevor auf den Forschungsstand zu Teamsport und den Zusammenhang mit Gesundheit eingegangen wird, muss eine Begriffsdefinition von Sport gegeben werden. Klaus Heinemann, ein bekannter deutscher Soziologe, meint, dass vier konstitutive Merkmale vorhanden sein müssen, um von „Sport“ in der engeren Auffassung zu sprechen. Laut ihm ist Sport „körperbezogen“, „leistungsbezogen“, „sozial geregelt“ und „unproduktiv“. Es zeigt sich jedoch, dass es schwierig ist ein theoretisches Modell von Sport mit der Wirklichkeit in Einklang zu bringen, da viele Aktivitäten (z.B. Schach und E-Sport), die durchaus als Sport aufgefasst werden, nach diesen Kriterien keinen Sport darstellen würden. Die Kriterien, „körperbezogen“, „leistungsbezogen“ und „sozial geregelt“ erklären sich von selbst. „Unproduktiv“ könnte eventuell missverstanden werden, meint aber insbesondere, dass nichts Materielles durch die Sportausübung hergestellt wird. Der Sport wird somit aus Selbstzweck am Sport betrieben (vgl. Krüger & Gülich 2013, S.365f).

Diese vier beschriebenen Merkmale eines theoretischen Sportmodells sind nicht in vollem Ausmaß für alle Sportarten zutreffend. Es gibt einige Sportarten, die nicht „körperbezogen“ sind. Auch das Kriterium „leistungsbezogen“ ist nicht für jede Ausübung des Sportes in gleichem Maß gegeben. Sport wird vermutlich zwar meist „sozial geregelt“, das Regelungsausmaß ist jedoch von der Sportart und der Intensität der Ausübung abhängig. Besonders schwer verständlich ist das vierte Merkmal („unproduktiv“), da durch die Sportausübung zwar nichts Materielles geschaffen wird, trotzdem aber körperliche Leistungen und Ergebnisse erzielt werden. Alle vier Merkmale sind in besonderer Weise für den Teamsport von großer Bedeutung.

In der Gesellschaft herrscht keine einheitliche Vorstellung von Teamsport vor, da es ein sehr breites und teils sehr unterschiedliches Spektrum an Teamsportarten gibt. Daher wird für diese Arbeit eine Arbeitsdefinition von Team, die vor allem für den Bereich des Fußballsports maßgeblich ist, aufgestellt. Dies ist vor allem wichtig, damit die Befragten von einer vergleichbaren Vorstellung von Teamsport ausgehen.

Ein Team setzt sich aus mehreren Mitgliedern, die im Fußballsport fast immer gleichgeschlechtlich organisiert sind, zusammen. Diese Mitglieder teilen ein gemeinsames Interesse an der Sportausübung und verfolgen ein kollektiv vereinbartes Ziel. Aus praktischer Hinsicht kann man von einem Team bei einer Minimalgröße von mindestens fünf Spielerinnen sprechen. Unter dieser Zahl sind die Spielvarianten und der Spielfluss für ein attraktives Fußballspiel zu stark begrenzt, sodass dann kein für die beteiligten Spielerinnen und Spieler interessantes Spiel zustande kommen würde. Auch andere Aktive (z.B. Trainerinnen), die in dieses Team eingebunden sind, können als Teil des Teams betrachtet werden. Daher kann die Anzahl der Mitglieder eines Teams stark variieren. Sie bilden dadurch eine soziale Gruppe und sind durch Interaktionen, Werte und Normen, die auf die gemeinsame Sportausübung bezogen sind, miteinander verbunden.

Sport kann auf Grund der unterschiedlichen Intensität in Leistungssport und Breitensport unterteilt werden. Breitensport ist im Gegensatz zum Leistungssport ein offenes Konzept, das alle Menschen zum Sportbetreiben befähigt. Die deutliche Mehrheit der Sporttreibenden Menschen befinden sich im Breitensport. Wettkampf und Vergleichbarkeit spielen auch hier eine Rolle, jedoch ist das Leistungslevel niedriger. Der Vereinssport lässt sich sowohl dem Breiten- als auch dem Freizeitsport zuordnen. Wesentlich für den Breitensport ist, dass er ohne vertragliche Verpflichtung und in der Freizeit erfolgt. Trotzdem muss man sich an bestimmte Vorschriften und Zwänge halten (vgl. Mittag & Wendland 2015, S.387f).

Diese Masterarbeit befasst sich mit dem Amateursport, der dem Breitensport gleichgesetzt werden kann. Um einen Überblick zu bekommen, mit welchen Sportbegriffen die Sportwissenschaft es zu tun hat, sollen diese kurz erläutert werden.

Im Einführungsband der Sportwissenschaft haben Verena Burk und Marcel Fahrner die Begrifflichkeiten, die eng mit dem Sport zusammenhängen, teilweise definiert. Freizeitsport umfasst demnach alle sportlichen Aktivitäten, die nicht während der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Schulzeit, ausgeübt werden. Um die Sportaktivität von einer breiteren Bevölkerung definieren zu können, bietet sich der Begriff Breitensport besser an. Unter dem Begriff Leistungssport hingegen werden Sportaktivitäten aus dem Hochleistungs- oder Spitzensport beschrieben. Dabei ist der Wettkampfbezug und eine hohe Intensität der regelmäßigen Sportausübung zentral (vgl. Burk & Fahrner 2013, S.38f).

Je nach Sportdefinition sind auch unterschiedliche Aktivitäten unter „Sport“ zusammengefasst, die nach der Definition der Freizeitaktivitäten durch die Statistik Austria im Bereich des Breitensports auch körperliche Aktivitäten wie Wandern umfasst (vgl.

Statistik Austria 2001). Beim Breitensport können sehr unterschiedliche Leistungsniveaus auftreten, weil sich diese von einem Anfängerlevel bis zu einem Semi-Professionellen-Bereich erstrecken können.

„Im Sportverein wird ein bestimmter Milieuzusammenhang gewahrt. Zwar kommen Menschen aus verschiedenen Altersgruppen im Verein zusammen, jedoch liegt dem Verein als Kollektiv eine kollektive Identität zugrunde, die sich an bestimmten gesellschaftlichen Wertvorstellungen orientiert.“ (Mittag & Wendland 2015, S.402).

Die Bedeutung von Gruppen und Teams hat unter anderen Daniela Eberhardt aufbereitet. Sie meint, dass Teams ein eigenes Kommunikations- und Normensystem aufbauen. Die gemeinsame Kommunikation und das Einhalten von Normen bestimmen auch stark den Umgang untereinander. Auch sind ihre Outputs von den jeweiligen Beiträgen der Mitglieder des Teams abhängig (vgl. Eberhardt 2013, S.20).

Abels beschreibt Gruppen als etwas, das für das Individuum sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringen kann. So empfinden die meisten Individuen in Gruppen soziale Nähe, Anerkennung und Vertrautheit. Gleichzeitig müssen sie aber auch soziale Verantwortung und Engagement abliefern. Auch wird davon ausgegangen, dass jede Gruppe eine gemeinsame Idee verbindet, an der sie sich orientieren (vgl. Abels 2009, S.243f).

„Eine Gruppe ist ein soziales Gebilde, das überschaubar und von Dauer ist und eine Grenze nach außen hat. Die Mitglieder fühlen sich in irgendeiner Weise einander verbunden und verfolgen gemeinsame Ziele. Intern weist die Gruppe eine Struktur auf, die das gemeinsame Handeln bestimmt“ (Abels 2009, S.244).

Bei Gruppen kommt es immer auch zu der Unterscheidung in „Wir“ und „die Anderen“. Mit der ersten Gruppe kommt es zu einer Identifizierung, zur zweiten Gruppe findet eine Abgrenzung statt. Die Gruppe der Anderen hat auch häufig mit Stigmatisierung und Ausgrenzung zu kämpfen (vgl. Abels 2009, S.271ff).

Vereine beziehungsweise Teams können auch als Organisationen wahrgenommen werden. Organisationen zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus ständigen Mitgliedern bestehen und auf festgeschriebene Normen und Umgangsformen setzen. Die Mitglieder der Teams müssen sich entsprechend bestimmter Erwartungen verhalten und danach handeln. Kommt es zu Verletzungen dieses Kodexes, können ihnen auch Sanktionen drohen. Diese Sanktionen können im schlimmsten Fall sogar einen Ausschluss aus der Gruppe zur Folge haben (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.185f).

Strategien der Gesundheitsförderungen in sozialen Organisationen sind dann besonders erfolgversprechend, wenn sie über ein hohes Maß an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Verhaltensregeln verfügen. Es herrscht bei solchen Organisationen ein hohes Maß an Vertrauen und gegenseitiger Hilfe. Auch die Partizipationsmöglichkeiten und Handlungsspielräume sind für die Mitglieder umfangreich. All diese Faktoren führen dazu, dass ein hohes Wohlbefinden, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen unter den Gruppenmitgliedern herrscht (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.188).

Kunert und Szepanski heben im Sport in der Gruppe vor allem das Entstehen einer sozialen Bindung hervor. Durch Sport in einer Gemeinschaft, wie zum Beispiel Fußball spielen, werden soziale Kontakte geknüpft und diese ziehen häufig auch Verhaltensänderungen nach sich. Dadurch wird Sport häufiger mit Bewegung, Freude, Spaß und Gesundheit gleichgesetzt, als mit Wettkampf, Leistung und Stärke assoziiert (vgl. Kunert & Szepanski 2016, S.34).

Die Thematik der Sozialintegration, Inklusion, gemeinsamer Werte und des Gruppenzusammenhalts ist eng mit dem Phänomen der Identifizierung verknüpft. Abels beschreibt dabei die Identität als einen lebenslangen Prozess. Er meint, dass oft Symbole Menschen helfen komplexe Situationen zu verstehen. Durch die immer wiederkehrenden Symbole ist es möglich Gesten oder Zeichen in ihrem richtigen Zusammenhang zu deuten. Dies ist vor allem deshalb so relevant, weil sich Menschen Gedanken machen, warum sich andere Menschen in einer bestimmten Weise verhalten und auf dieses Verhalten reagieren. Der Gruppengedanke betrifft auch die Ausformung der Symbole selbst, da es manche Symbole gibt, die für die gesamte Gruppe gleich bedeutend sind. An ihnen wird bei gemeinsamen Handlungen ersichtlich, dass es darauf ankommt zuerst das Handeln der anderen zu verstehen und im Gruppengefüge zu interpretieren (vgl. Abels 2009, S.333f). Aus diesem Grund beinhaltet Fußball, so wie andere Teamsportarten, ein hohes Maß der Gruppenbildung, Normierung und sozialen Differenzierung, da ständig Aktionen in Gruppen und Beziehungen aufeinander gesetzt werden und auf diese von den einzelnen Gruppenmitgliedern „richtig“ reagiert werden muss. Das Handeln von Gruppen kann demzufolge sehr gut auf das Beispiel eines Fußballteams umgelegt werden.

Um in einer Gruppe gemeinsame Symbole anwenden und richtig deuten zu können, ist auch eine teaminterne Orientierung an sozialer Kohäsion nötig. Soziale Kohäsion hat häufig ein hohes Ausmaß an geteilten und anerkannten Werten zur Folge. Oft wird dadurch auch das Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft und das Gefühl der Zusammengehörigkeit gestärkt (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.165).

Carron, Brawley und Widmeyer haben 1985 eine Definition von Kohäsion getroffen, die mit zwei wichtigen Perspektiven einhergeht. Einerseits ist die individuelle Attraktivität der Gruppenmitgliedschaft, andererseits die Gruppenintegration von Bedeutung. Die erste Perspektive umfasst den Umfang der Gruppenzugehörigkeit eines Teammitglieds. Die zweite Perspektive beinhaltet den wahrgenommenen Zusammenhalt und die Geschlossenheit der Gruppe. Hierunter können vor allem Aspekte wie Nähe, Ähnlichkeit und Verbundenheit gezählt werden. Die Gruppenkohäsion wird weiters noch in zwei unterschiedliche Ausrichtungen unterteilt. Es gibt die aufgabenorientierte Ausrichtung, die sich auf die Erreichung eines Gruppenziels konzentriert. Die soziale Orientierung konzentriert sich mehr auf die Aufrechterhaltung und die Entwicklung von sozialen Beziehungen innerhalb des Teams (vgl. Krüger & Gülich 2013, S.577).

Carron, Shapcott und Burke haben 2007 Gruppenmerkmale, die einen Einfluss auf die Kohäsion haben können, herausgearbeitet. Es gibt Umweltfaktoren, Personenfaktoren, Führungsfaktoren und Gruppenfaktoren. Unter den Umweltfaktoren sind zum Beispiel die Größe eines Teams und die Leistungsebene gemeint. Je größer die Gruppen sind, desto schlechter ist im Allgemeinen die Kohäsion. Unter Personenfaktoren werden individuelle Kognitionen verstanden, dies bedeutet ein sehr hohes Ausmaß an Einhaltung von Regeln und Absprachen. Unter Führungsfaktoren sind Verhaltenseigenschaften von Führungspersonen gemeint. Je mehr soziale Unterstützung und positives Feedback innerhalb des Teams herrschen, desto besser ist der Zusammenhalt. Unter den Gruppenfaktoren, die einen Einfluss auf Kohäsion haben, sind viele klassische Merkmale von Gruppen von Bedeutung. In erster Linie gehören dazu vor allem die Übernahme und Einhaltung von Rollen und Gruppennormen (vgl. Krüger & Gülich 2013, S.578).

Der Sportpsychologe Sigurd Baumann beschreibt ein Team (unter der Bezeichnung „Mannschaft“) als eine soziale Einheit, bei der es vor allem um die Abgrenzung des Teams von dem sozialen Umfeld geht. Ein wichtiger Punkt, der im Vordergrund eines Teams steht, ist eine gemeinsame Erwartungshaltung und ein gemeinsames Ziel der Mitglieder. In diesem Prozess werden Status-, Rollen- und Normenbeziehungen geprägt (vgl. Baumann 2008, S.23).

Siegfried Nagel hat im Jahr 2006 die Veränderung der Mitgliedsbindung in Sportvereinen untersucht. Er konnte feststellen, dass Personen, die sich emotional mit ihrem Verein verbunden fühlen und dort enge soziale Beziehungen pflegen, nur sehr selten über einen Austritt aus diesem nachdenken oder tatsächlich austreten. Für eine langfristige Mitgliedschaft ist eine gute Atmosphäre, partnerschaftliche Zusammenarbeit,

freundschaftlicher Umgang und eine offene Kommunikation innerhalb der Sportgruppe von Bedeutung (vgl. Nagel 2006, S.37). Auch diese Studie zeigt wieder wie bedeutsam das soziale Kapital in Sportvereinen für die einzelnen Mitglieder ist.

Entgegen diesen Überlegungen zur Analyse der Bedeutung von Teamsportarten sind zunehmende Individualisierungstendenzen in der Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten zu beobachten. Ulrich Beck hat in seiner Individualisierungstheorie erläutert, dass sich die Individuen in den modernen Gesellschaften aus ihren traditionellen Milieus teilweise herauslösen müssen und dadurch stärker auf sich selbst gestellt sind. Die sozialen Bindungen, die es vorher gab, werden teilweise aufgegeben und das Individuum muss für sich selbst Sorge tragen. Diese Individualisierungsprozesse führen zu einer stärkeren Sportausübung viel mehr Menschen, allerdings zu einer relativen Abnahme des Vereinssports. Viele Menschen betreiben nicht mehr nur eine Sportart über längere Zeit, sondern sie wechseln häufig Sportarten. Dadurch wird auch die soziale Einbindung in Gruppen erschwert. Es könnte dazu kommen, dass Leistung, Wettkampf, Disziplin, Geselligkeit und Ehrenamtlichkeit von Spaß, Gesundheit, Selbstverwirklichung, Erlebnis, Ästhetik, Fit- und Schönsein abgelöst wird. Wenngleich diese Trends teilweise beobachtet werden, so gibt es derzeit noch keine eindeutigen Belege für eine eindeutige Veränderung in diese Richtung (vgl. Krüger & Gülich 2013, S.387f). Teamsport und Individual sportausübung scheinen sich weiterhin als unterschiedliche Sportmöglichkeiten mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Charakteristiken zu ergänzen und werden dementsprechend von unterschiedlichen Personengruppen betrieben.

2.1.1. Aktuelle Daten zu Sportvereinen und Mitgliederzahlen

Im Folgenden sollen auf einige aktuelle Daten zu Sportvereinen und Mitgliederzahlen eingegangen werden. Daten zu Sportvereinen und aktuellen Mitgliederzahlen zu finden, ist vor allem für Österreich nicht leicht. In Deutschland sind rund ein Drittel der Bevölkerung Mitglied in einem Sportverein. Bei Kindern ist die Zahl noch höher, hier sind etwa zwei Drittel Mitglieder in einem Sportverein. Hier zeigt sich die hohe Bedeutung von Sportvereinen auch für das soziale und kulturelle Leben. Sport ist aus zweierlei Gründen sehr bedeutend, einerseits sollte Sport für alle da sein und niemanden exkludieren, andererseits wird Sport ein gesundheitsfördernder Effekt nachgesprochen und kann somit die Lebensqualität steigern. Zusätzlich kann man durch Sport auch das Sozialkapital steigern. Hierunter ist vor allem soziales Vertrauen, Kooperationsbereitschaft und –fähigkeit subsumiert (vgl. Krüger & Gülich 2013, S.360).

Da kaum veröffentlichte Daten zur Mitgliedschaft in Vereinen in Österreich beziehungsweise in Teamsportarten vorhanden sind, wurden Berechnungen aus der jährlichen Mitgliederstatistik der Österreichischen Bundes-Sportorganisation (BSO) durchgeführt. Die BSO fasst in ihrer Mitgliederstatistik Vereine und deren Mitglieder, die bei den Dachverbänden, dem ASKÖ, ASVÖ und der Sportunion, Mitglied sind, zusammen. Um einen Überblick über den Zeitverlauf zu erhalten, wurden die Mitgliederzahlen von 1998, 2008 und 2018 untersucht. Im Jahr 1998 waren 3,2 Millionen Personen in einem Sportverein Mitglied, es wurden 8405 Vereine gezählt. Betrachtet man die Mitgliederanzahl bei den Teamsportarten (American Football, Baseball, Basketball, Eishockey, Faustball, Fußball, Handball, Hockey und Volleyball) so lassen sich 435.000 Mitglieder in einem Teamsport-Verein feststellen. 2008 ist die Anzahl der Gesamtmitglieder sogar auf 3,36 Millionen in 14.013 Vereine gestiegen. Die Anzahl an Personen in Teamsporten ist ebenfalls gestiegen, und zwar auf 597.543. Im Jahr 2018 musste jedoch ein Rückgang der Mitgliederzahlen auf 2,96 Millionen Mitglieder verzeichnet werden. Die Anzahl der Vereine ist im Vergleich der letzten 10 Jahren sehr konstant geblieben, wobei die Anzahl an Mitgliedern in Teamsport-Vereinen auf 534.706 gesunken ist. Am markantesten in dieser Entwicklung ist die starke Zunahme der Vereine von 1998 bis 2008 um 67 Prozent. (vgl. BSO Mitgliederstatistik 1998, 2008, 2018).

Mehr als ein Drittel der österreichischen Bevölkerung würde demnach Sport in einem Verein, der dem ASKÖ, ASVÖ oder der Sportunion untergestellt sind, betreiben. Es gibt in Österreich jedoch auch viele Verein, die keinem dieser Dachverbände angehören, würde man diese Mitglieder noch berücksichtigen, würde sich die Zahl der Menschen in Österreich, die Sport in einem Verein ausüben, noch erhöhen. Besonders interessant ist hierbei zu beobachten, dass lediglich ein Sechstel der Sport ausübenden Personen Mitglieder in einem Verein mit Teamsport sind. Festzuhalten ist daher, dass die Österreicherinnen vor allem Sport alleine oder zu zweit betreiben.

Laut einer detaillierten Studie des BSO zur Aktivierung der Sportaktivitäten in Österreich aus dem Jahr 2005, betreiben in Gesamtösterreich 22% der Männer und 11% der Frauen Sport im Verein (vgl. Weiß & Russo 2005, S.13). Bei der Studie wurde zudem eine qualitative Befragung durchgeführt, wo es unter anderem darum ging, was die Studienteilnehmerinnen unter „körperlichem Wohlbefinden“ verstehen. Mehr als die Hälfte assoziierte damit Ausgeglichenheit, Entspanntheit gefolgt von Schmerzfreiheit. Gesundheit stand erst an dritter Stelle. Hier zeigt sich, dass die Abwesenheit von körperlichen Beschwerden ebenfalls für das Wohlbefinden von Bedeutung ist (vgl. Weiß & Russo 2005, S.16). Weiters wurde nach den

spontanen Assoziationen zu „Bewegung“ gefragt. Gesundheit, Beweglichkeit, Wohlfühlen und Figur/Körpergewicht waren die häufigsten Nennungen. Bei Männern stand die Beweglichkeit an erster Stelle, bei Frauen die Gesundheit (vgl. Weiß & Russo 2005, S.22). Auf die Frage, womit Sportvereine positiv in Verbindung gebracht werden können, kamen vor allem soziale Aspekte am häufigsten zur Sprache. Kontakte, Freundinnen und Gleichgesinnte standen ganz vorne, wobei diese Aspekte für Frauen noch wichtiger zu sein scheinen als für Männer (vgl. Weiß & Russo 2005, S. 43).

Der Österreichische Fußballverbund (ÖFB) hat auf seiner Homepage Zahlen zu den aktuellen Mitgliederzahlen und der Anzahl an Vereinen aus dem Jahr 2017 veröffentlicht. Es gibt in Österreich mehr als 2000 Fußballvereine, die insgesamt über etwa 300.000 Mitglieder verfügen. Ungefähr 20.000 Mädchen und Frauen spielen aktiv Fußball, dadurch lässt sich feststellen, dass nur etwa 15 Prozent der fußballspielenden Österreicherinnen weiblich sind (vgl. ÖFB 2017).



Abbildung 1: Spielstätten der aktuellen Vereine im Frauenfußball in Wien

Quelle: WFV 2019 <https://www.wfv.at/Frauenfussball/Vereine> (Stand Oktober 2019)

Auch der Wiener Fußball Verband (WFV) veröffentlicht Informationen über Frauenfußballvereine. Die Abbildung 1 zeigt alle WFV-Vereine, die in Wien ansässig sind. Mehr als die Hälfte der Wiener Gemeindebezirke verfügt über ein Frauenteam, insgesamt sind 20 Vereine beim WFV für die Saison 2019/20 gemeldet. Betrachtet man die unterste Frauenliga, die zur Diözesansportgemeinschaft (DSG) angehört, kommen noch etwa 5-7 Vereine dazu. Die Vereine, die zur DSG gehören, sind nicht im WFV integriert. Dadurch, dass nicht jeder Verein nur über ein Team verfügt, ergeben sich bei diesen Vereinen 27 Teams. Im Vergleich dazu gibt es rund 230 Männerfußballvereine in Wien. (vgl. WFV 2019).

Einige tagesaktuelle Zahlen rund um den Fußball in Wien vom Anfang 2020 sollen hier kurz aufgezählt werden. 238 Vereine sind im Jahr 2020 beim WFV angemeldet, davon 267 Kampfmannschaften, 114 Reserveteams und 711 Nachwuchsteams. Es wird davon ausgegangen, dass es mehr als 2600 Vereinsfunktionäre und mehr als 3300 Trainer und Trainerinnen im Wiener Fußballbereich gibt. Die Anzahl der männlichen Spieler liegt bei 26.700, die der weiblichen Spielerinnen liegt bei 1460. Womit lediglich 5,2% der Spielerinnen in Wien im Jahr 2020 weiblich sind (vgl. Information des WFV 2020).

2.2. Gesundheit – begriffliche Annäherung

Der folgende Abschnitt erläutert die Bedeutung von Gesundheit in der Soziologie. Da sehr viele unterschiedliche Auffassungen vorliegen, wird an den Beginn dieser Überlegungen eine Definition von Gesundheit gestellt, unter der diese Arbeit den Gesundheitsaspekt verstehen möchte. Auch der Begriff des „Gesundheitszustandes“, wie er in der Forschungsfrage verwendet wird, soll hier definiert werden. Den Abschluss dieses Kapitels bildet eine Übersicht zur Darstellung des aktuellen Gesundheitszustandes in Österreich.

Die Soziologie interessiert sich bei der Gesundheitssoziologie sowohl für Gesundheit als auch für Krankheit. Hierbei werden die beiden Begriffe als Konzepte verstanden, die einander gegenseitig bedingen und beeinflussen und somit keine abgeschlossenen Phänomene darstellen (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.7).

Gesundheit wird häufig aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet. Es gibt die biologische, die sich vor allem um die körperliche Gesundheit und das Fehlen von Krankheiten dreht. Wenn Gesundheit als Stärke verstanden wird, mit Herausforderungen, sowohl körperlichen als auch psychischen umzugehen, wird der Gesundheitsbegriff aus der psychologischen Sichtweise betrachtet. Die Anforderungen des gesellschaftlichen Lebens bewältigen zu können, ist demgegenüber das Hauptziel des Gesundheitsbegriffs aus der soziologischen Perspektive. Die Philosophie spricht in diesem Zusammenhang eher von der Fähigkeit zur Lebenskunst (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.113).

In der Soziologie herrscht dementsprechend ein sehr breites und uneinheitliches Verständnis von Gesundheit vor. Bisher wurde noch keine Definition, die alle Sichtweisen miteinander verknüpft, entwickelt. Sie müsste aus dem Alltagsleben abgeleitet werden, damit sie auch in der Wissenschaft anwendbar ist. Gesundheit hat immer mit genereller Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit für verschiedene Lebensbereiche, Stärke auf körperlicher und seelischer Ebene, körperlichem und psychischen Wohlbefinden, sowie

Harmonie und Gleichgewicht zwischen Mensch und Umwelt zu tun (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.116).

Die Definition von Gesundheit, die am häufigsten Anwendung findet, stammt von der World Health Organisation aus dem Jahr 1946. Auch die Gesundheitssoziologie beruft sich darauf. Die WHO definiert Gesundheit als „*einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen*“ (WHO 1946).

Diese Definition ist bemerkenswert, da sie sehr umfassend ist und das Wohlbefinden stark in den Vordergrund rückt. Demzufolge ist Gesundheit nur mittels Selbstwahrnehmung erkennbar. Die Gesundheit wird zu einem utopischen Idealbild, das eigentlich von niemandem erreicht werden kann, aber trotzdem stark normativ besetzt ist. Gesundheit wird hier mehrdimensional und aus einem interdisziplinären Blickwinkel betrachtet. Gesundheit und Krankheit werden als zwei Endpunkte dargestellt, zwischen denen sich ein Individuum befinden kann (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.117).

Eine etwas andere Definition von Gesundheit bietet Birgit Greiner an. Unter Gesundheit versteht sie „eher ein Potential oder eine Fähigkeit, Ungleichgewichte zu bewältigen und zu regulieren, weniger ein Zustand. Gesundheit umfasst somit nicht nur den gegenwärtigen Zustand, sondern auch die Möglichkeit, in der Zukunft ein Gleichgewicht zu erhalten oder wiederherzustellen“ (Greiner 1998, S.44).

Hurrelmann und Richter beschreiben einige Versuche konsensfähige Definitionen für Gesundheit zu entwickeln. Für diese Masterarbeit ist Maxime 5 aus ihrem Konzept am besten geeignet. Gesundheit ist demnach das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen. Nach dieser Auffassung geht es darum, dass innere (körperliche und psychische) und äußere (soziale und physische Umwelt) Anforderungen im Einklang miteinander stehen (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.142f).

Aus diesem Grund wurde folgende Definition von Gesundheit, die für die Bearbeitung dieser Masterarbeit verwenden werden soll, gewählt.

„Gesundheit ist ein Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann & Richter 2013, S.147).

Ich möchte festhalten, dass die Darstellung der Begriffsbestimmung von Gesundheit nur einen Teil der soziologischen und bio-medizinischen Gesundheitsdefinitionen beschreibt. Es existieren noch eine Vielzahl weiterer Definitionen und Ansätze wie zum Beispiel das Konzept des Wohlbefindens (Keyes 1998, Diener et al. 1999) oder das Stressoren-Konzept (Siegrist 2018).

Der Gesundheitszustand kann zwischen objektiven und subjektiven Zustand unterschieden werden. Der objektive Gesundheitszustand wird mittels technischer Verfahren, zum Beispiel Labor-Tests, ermittelt. Der subjektive Gesundheitszustand ist die persönliche Wahrnehmung, ob man sich krank oder gesund fühlt. Selbst wenn man zu 100% nach objektiver Betrachtung gesund wirkt, kann sich eine Person trotzdem nicht gesund fühlen.

Um den Gesundheitszustand in Österreich darzustellen, empfiehlt es sich die aktuellste österreichische Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2014 näher zu betrachten. Etwa 80 Prozent der Österreicherinnen bewerten ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Frauen betrachten ihren gesundheitlichen Status dabei etwas negativer als Männer. Lediglich 5% der österreichischen Männer empfinden ihren Gesundheitszustand als „sehr schlecht“ (vgl. Baldaszti & Klimont 2015, S.11).

Soziale Gesundheit kann in Form von sozialen Beziehungen (näheres dazu im Kapitel Sozialkapital) verstanden werden. Durch ein ausreichend und qualitativ hohes Maß an sozialen Beziehungen ist es Menschen leichter möglich sich an neue Situationen besser anzupassen, auch an gesundheitlich belastende Momente. Die sozialen Beziehungen übernehmen in diesem Fall eine wichtige Funktion als soziale Unterstützung (vgl. Hutter et al. 2016, S.4).

Die Organisation „Ärztinnen und Ärzte für eine gesunde Umwelt“ (ÄGU) haben gemeinsam mit der Bundes-Sportorganisation eine systematische Literaturrecherche zur Fragestellung der Auswirkung von Sportvereinen auf die soziale und die psychische Gesundheit durchgeführt.

Ein wichtiges Ergebnis dabei ist, dass sich die Mitgliedschaft in Sportvereinen in allen Altersgruppen und sowohl bei Männern als auch bei Frauen positiv auf die Gesundheit auswirkt (vgl. Hutter et al. 2016, S.6f). Einige wichtige Ergebnisse aus dieser Untersuchung belegen, die Bedeutung und Wirkungsweise dieses Zusammenhangs. Wenn Personen bereits im Jugendalter in Sportvereinen aktiv sind, fällt es ihnen leichter sich in die Gesellschaft zu integrieren. Auch die psychische Gesundheit kann durch die Mitgliedschaft in einem Verein stark profitieren, indem sich das Selbstvertrauen vor allem von Jugendlichen stärkt. Es konnte festgestellt werden, dass Personen, die in Sportvereinen aktiv sind, höhere positive Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden und die psychische Gesundheit empfinden als Personen, die nicht in so einem Setting Sport treiben. Auch die allgemeine Lebenszufriedenheit nimmt stark zu. Neben der psychischen Gesundheit erhöht sich auch die soziale Gesundheit, indem die soziale Unterstützung zunimmt (vgl. Hutter et al. 2016, S.14).

2.2.1. Physische Gesundheit

Wie wichtig die physische Gesundheit für das einzelne Individuum ist, ist allseits bekannt. Diese ist jedoch nicht „angeboren“ bzw. unbeeinflussbar vom Verhalten der jeweiligen Person, sondern kann durch die Ausübung von Sport maßgeblich verbessert werden, wie in diesem Kapitel erläutert wird.

Ottmar Weiß und Manfred Russo haben besonders deutlich und umfassend die Wirkung von Sport auf den Gesundheitszustand beschrieben. Sportliche Betätigung ist demnach über die Stärkung der Muskulatur und Stabilisierung der Wirbelsäule ein wichtiger Faktor, um gegen Wohlstandserkrankungen entgegen zu wirken. Ausdauertraining kann erfolgreich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht und damit auch Altersdiabetes entgegenwirken, außerdem kann es zu einer Verbesserung des Immunsystems führen. Das Ausdauertraining hat auch einen positiven Effekt auf das psychische Wohlbefinden, es hilft Stress zu reduzieren, ein Gefühl von Ausgeglichenheit bildet sich und die Depressionsgefahr sinkt. Im Besonderen wirkt Sport auf mehreren körperlichen Ebenen, nämlich der Ausdauer, der Kraft, der Beweglichkeit, der Schnelligkeit und der Koordination (vgl. Weiß & Russo 2005, S.144f). Durch unterschiedliche Schwerpunktsetzung auf diese fünf Ebenen wird der Körper unterschiedlich trainiert, wodurch die physische Gesundheit in unterschiedlichem Ausmaß beeinflusst wird.

Krafttraining ist vor allem für die Muskulatur von großer Bedeutung. Es führt dazu, dass die Wirbelsäule stabilisiert wird und ein Verletzungsrisiko deutlich gemindert wird. Wie das

Ausdauertraining kann auch das Krafttraining positive Effekte auf die psychische Gesundheit haben. Es wirkt stimmungsaufhellend, es steigert die Vitalität, das Selbstvertrauen und die positive Lebenseinstellung (vgl. Weiß & Russo 2005, S.145).

Auch die Beweglichkeit stellt einen wichtigen Aspekt der physischen Gesundheit dar. Beweglichkeit geht jedoch, sobald man mit dem Training aufhört, sehr schnell zurück, dadurch ist es umso wichtiger Beweglichkeit dauerhaft zu trainieren. Das Training verringert das Risiko sich an Muskel-, Sehnen- oder Bändern Verletzungen zu zuziehen. Auch Fehlbelastungen können durch entsprechendes Training gemindert werden. Dank der vielen verschiedenen Trainingsarten des Beweglichkeitstrainings kann mit Hilfe einiger Entspannungstechniken auch Stress abgebaut werden (vgl. Weiß & Russo 2005, S.146).

Unter Schnelligkeit wird Wahrnehmungs-, Antizipations-, Entscheidungs-, Reaktions-, Aktions-, und Handlungsschnelligkeit verstanden. Durch zielgerichtetes Training ist es möglich die Muskel- und Knochenmasse aufzubauen und zu erhalten, diese ist wiederum bei Stürzen von besonders großer Bedeutung, weil sie deren Auswirkungen abmildern kann. Koordinative und kognitive Fähigkeiten können bei dieser Leistungsform ebenfalls verbessert werden (vgl. Weiß & Russo 2005, S.146).

Die letzte wichtige Leistungsform stellt das Koordinationstraining dar. Diese Trainingsform ist so bedeutend, weil sie für alle andere Formen Voraussetzung ist. Um Ausdauersportarten zu erlernen ist es notwendig, koordinativ die richtigen Bewegungsabläufe ausführen zu können. Die koordinative Leistungsfähigkeit ist auch für eine gute Muskulatur bedeutsam, da sie für die Sturzprophylaxe wichtig ist und für viele Aspekte des Alltagslebens eine notwendige Basis für einen gesunden Körper bietet (vgl. Weiß & Russo 2005, S.147).

2.2.2. Psychische Gesundheit

Ein weiterer zentraler Aspekt der Gesundheit stellt die psychische Gesundheit dar. Auch hier wird zu Beginn auf die Auswirkungen, die Sport auf die Psyche haben kann, eingegangen. Auch die Auswirkungen des Stresses auf die psychische Gesundheit werden in diesem Kapitel beschrieben.

Gülich und Krüger erläutern, dass die Forschung zu den Auswirkungen von Sport auf die psychische Gesundheit einige zentrale Erkenntnisse hervorgebracht hat. Ein zentrales Ergebnis ist, dass negative emotionale und psychische Zustände dadurch verringert werden können. Ein anderes ebenso wichtiges Merkmal ist, dass die Stimmung und die Lebenssituation vor allem emotional positiv beeinflusst werden. Sudeck und Schmid (2012)

konnten beweisen, dass Netzwerkbildung und das Gefühl der Integration durch eine Beteiligung am organisierten Sport gefördert werden kann (vgl. Gülich & Krüger 2013, S.666).

Einig ist sich die wissenschaftliche Forschung darüber, dass vor allem das Selbst- und Körperkonzept, die soziale Unterstützung und die emotionalen Zuständen zu den wichtigsten Ressourcen zählen, die beim Sport aufgebaut werden können. Betrachtet man Jugendliche zeigt sich, dass Jugendliche, die Mitglieder in Sportvereinen sind, in ihrem Umfeld besser sozial eingebunden sind als Personen, die in keinem Sportverein aktiv sind. Jugendliche verbinden Selbstwertgefühl und Körperkonzept häufig mit Leistungsfähigkeit. Auffällig ist, dass für männliche Jugendliche die physische Fitness im Vordergrund steht, bei Mädchen hingegen ist die körperliche Attraktivität wichtiger (vgl. Gülich & Krüger 2013, S.668).

Es ist interessant, dass nahezu 100% der Befragten bei Umfragen angeben, dass für den Erhalt der Gesundheit Sport ein wichtiges Mittel darstellt und dass Sport viele positive Auswirkungen haben kann. Trotzdem besteht eine sehr große Diskrepanz zur Zahl der tatsächlich sportbetreibenden Personen. Dies liegt häufig daran, dass die Motivation Sport zu treiben anfangs zu gering ist, teilweise schnell verloren geht oder auch die Bindung an eine Aktivitäten rasch abhandenkommt (vgl. Pahmeier 2008a zit. nach Gülich & Krüger 2013, S.668).

Es soll kurz darauf eingegangen werden, dass das Verhalten welches zu Sport-Partizipation bzw. zu einem (vorübergehenden) Sportausstieg führt, durch vier verschiedene Merkmale/Bereiche beeinflusst wird. Der Bereich der „Person“ besteht vor allem aus den soziodemografischen Merkmalen und biomedizinischen und psychologischen Merkmalsausprägungen. Diese Ausprägungen haben nur einen indirekten Einfluss auf das Verhalten. Der Bereich „Lebenskontext einer Person“ beinhaltet den Lebensstil und Aspekte des sozialen Rückhalts einer Person. Die persönlichen und situationalen Merkmale wirken sich über emotionale Prozesse auf das Sportverhalten aus. Das Sporttreiben wird immer emotional bewertet und kognitiv eingeschätzt. Es werden vor allem die Faktoren, die als Vorbereitung für den Sport gesehen werden können (z.B. Motive, Barrieren, Selbstwirksamkeitserwartungen) berücksichtigt. Im letzten Bereich geht es um die Merkmale des Sportes. Hier wird nach inhaltlichen (Sportart, Bewegungsformen), organisatorischen (Gruppentraining, Individualtraining), strukturellen (Kurse, Langzeitangebote) und interaktiven (Gruppenkohäsion) Aktivitäten unterschieden (vgl. Gülich & Krüger 2013, S.670).

Weitere Auswirkungen von Sport auf die psychosoziale Gesundheit sind die Stressregulation, die Steigerung der subjektiven Lebenszufriedenheit, die Befindlichkeitsverbesserung und die Bekräftigung des Selbstbildes- und –konzeptes. Negative Stimmungen beziehungsweise Depressionen können durch die Ausschüttung von Stresshormonen während des Sportes verschwinden. Die subjektive Lebenssituation wird vor allem durch Vereinssport und die damit verknüpften sozialen Interaktionen verbessert. Menschen erfahren dadurch Einbindungs-, Unterstützungs- und Einflusserlebnisse. Durch Sport kann es aber auch zu einer erhöhten Gehirndurchblutung kommen, was zur Folge hat, dass sich die individuellen Befindlichkeiten deutlich verbessern. Erfolgreiche Leistungen im Sport können zu sozialer Anerkennung und zu einem gesteigerten Selbstbewusstsein führen. Durch die Ausübung des Sports kommt es dazu, dass Individuen selbstsicherer werden und sich eine Identität stärker herausbilden lässt. Es werden wichtige Eigenschaften wie Selbstvertrauen, inneres Gleichgewicht und eine eigene stabile Identität im Sport hergestellt (vgl. Weiß & Russo 2005, S.147f.).

Durch die gestiegenen Leistungsanforderungen in der heutigen Gesellschaft nehmen tatsächliche und empfundene psychische Belastungen (Stress, Überforderung, Überlastung, Burn-out, Depression) zu. Dieser Druck betrifft zunehmend alle Altersgruppen. Gerade junge Menschen, die in überproportionalem Ausmaß Sport betreiben, können diese Symptome und Bedrohungen häufig durch sportliche Betätigung mildern oder verhindern.

Eine schwedische Studie hat sich im Jahr 2019 mit dem Einfluss von Teamsport auf die Gesundheit und dessen unterschiedliche Auswirkungen befasst. Im Hinblick auf Stress konnte festgestellt werden, dass Personen durch sportliche Betätigung erhöhten Stress deutlich verringern beziehungsweise auch vorbeugen konnten (vgl. Malm et al. 2019, S.126)

2.2.3. Gesundheit und Sozialisation

In diesem Unterkapitel geht es um die Zusammenwirkung von Gesundheit und Sozialisation. Die Auswirkungen der Sozialisation auf den Lebensverlauf von Individuen werden anhand des Beispiels von der Erlernung von Normen und Rollen erklärt. In diesem Sinne wird auch das Sozialisationsmodell von Klaus Hurrelmann dargestellt. Es beschreibt ein theoretisches Modell zwischen Sozialisation und Gesundheitsdynamik.

In den verschiedenen Disziplinen der Wissenschaften besteht Einigkeit darüber, dass Sozialisation die Prägung des Individuums durch sein gesellschaftliches Umfeld, aber auch ein Teil der Persönlichkeitsentwicklung ist. Es geht vor allem darum, anders als gelernt, auf

gesellschaftliche Erwartungen und Zwänge zu reagieren (vgl. Hurrelmann & Bauer 2015, S.11f).

Während der Sozialisation werden entscheidende Dinge für das spätere Leben und somit auch für den Gesundheitsverlauf gelernt. Die Auswirkungen der Sozialisation werden hier anhand des Beispiels von Normen und Rollen nach Talcott Parsons beschrieben. Die Verbindung zur Gesundheit liegt hier in einem sozialen beziehungsweise im Umweltbereich. Nach einer Gesundheitsdefinition (siehe Kapitel 2.2) von Hurrelmann und Richter 2013 würden diese beiden Aspekt zu den äußeren Anforderungen, die ein Mensch bewältigen muss um Gesundheit zu erreichen, gezählt werden.

Die Einnahme von Rollen ist sehr bedeutsam, weil sich ein Individuum im alltäglichen Leben in viele verschiedene Gruppen zu integrieren hat. Rollen richten sich nach Werten und Normen. Werte geben vor, wie man sich verhalten soll und Normen beschreiben das tatsächliche Handlungsverhalten. Rollen, Werte und Normen übernehmen in der Gesellschaft eine wichtige Aufgabe, diese zu strukturieren und zu ordnen (vgl. Abels 2009, S.104).

Normen werden in der Gesellschaft aus unterschiedlichen Gründen akzeptiert. Häufig werden Normen bereits in der Erziehung in der Kindheit beigebracht und dadurch verinnerlicht. Diese Verinnerlichung von Normen passiert im Zuge des Sozialisationsprozess. Normen werden auch häufig aus Angst oder dem Vorhandensein von Sanktionen eingehalten. Damit Normen ständige Geltung in der Gesellschaft widerfahren, ist das Erlernen und das Verinnerlichen von Normen Voraussetzung. Durch diese Prozesse kommt es zu einer automatischen Rollenerwartung (vgl. Abels 2009, S.53).

Talcott Parsons hat drei Systeme für die Einhaltung von Rollen beschrieben, die miteinander in Verbindung stehen. Noch während der Sozialisation beginnt das Persönlichkeitssystem, welches Antriebe und soziale Bedürfnisse ausarbeitet. Das soziale System bezieht sich auf die Interaktionen in der Gesellschaft. Das kulturelle System bildet sich aus den Wertvorstellungen, die in der Gesellschaft vorherrschen und beeinflusst die anderen Systeme. Eine Rolle setzt sich aus dem Zusammenspiel der verschiedenen Systeme zusammen. Außergewöhnlich ist die Rolle vor allem im sozialen System, da sich jedes Individuum in verschiedenen Interaktionen befindet. Es herrscht eine Art der ständigen Kompromissbildung, man spielt eine Rolle, muss sich jedoch gleichzeitig an andere anpassen und auch deren Erwartungen erfüllen (vgl. Abels 2009, S.103f).

Dieser kleine theoretische Einschub soll zeigen, wie wichtig Normen und Rollen auch für die Gesundheit sind. Erst durch die „richtige“ Einhaltung dieser, kommt es dazu, dass das Individuum in die Gesellschaft integriert wird. Dies ist für die soziale Gesundheit von äußerster Wichtigkeit.

In diesem Zusammenhang soll auf ein konkretes theoretisches Modell zwischen Sozialisation und Gesundheit eingegangen werden. Das Sozialisationsmodell, (entwickelt von Klaus Hurrelmann), welches einen umfassenden soma-psycho-sozio-ökonomischen Ansatz darstellt, gilt für alle Gesundheitsaspekte. Weite Bereiche dieser Gesundheitsaspekte sind eng mit der Sozialisation der Individuen verknüpft, welche in allen Lebensphasen, besonders entscheidend aber in den frühen Lebensphasen (Kindesalter), geprägt werden (vgl. Hurrelmann 2007, S. 37).

Das Sozialisationsmodell wird hier als ein Erklärungsmodell für Gesundheits- und Krankheitsdynamiken verwendet, das lebenslaufbezogene Zusammenhänge näher betrachtet. Es geht um das Zusammenspiel von inneren und äußeren Realitäten. Dadurch werden die Persönlichkeit und die Identität eines Individuums gebildet. Die unabhängige Variable stellt die sozialen und personalen Bedingungen und lebenslaufspezifischen Entwicklungsaufgaben dar. Die vermittelnde Variable ist die Realitätsverarbeitung und die abhängige Variable lässt sich aus der Position auf dem Gesundheits- Krankheitskontinuum ablesen (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.128f).

Im soma-psycho-sozio-ökonomischen Ansatz geht es um die Zusammenhänge zwischen Körper, der Psyche, der sozialen und der physischen Umwelt. Diese vier Systeme stehen in einem Wechselspiel miteinander und müssen stets ein Gleichgewicht bilden. Dieser Ansatz kann als sehr dynamisch verstanden werden, weil alle Veränderung, mit denen ein Individuum konfrontiert wird, im eigenen Handeln mitberücksichtigt werden müssen. Wenn eine Balance zwischen diesen vier Systemen gelingt, kommt es zu positiven Auswirkungen auf die Persönlichkeits- und Gesundheitsentwicklung (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.130).

Der soma-psycho-sozio-ökonomische Ansatz ist für die Fragestellung dieser Arbeit von besonders großer Bedeutung, da in der Untersuchung ein mehrdimensionaler Ansatz von Gesundheit verfolgt werden soll.

3. Theoretischer Teil

Die verwendeten theoretischen Konzepte der Arbeit beziehen sich auf zwei größere Bereiche. Einerseits ein soziologisch bedeutender Ansatz, andererseits einen allgemeinen umfassenderen Ansatz, der ganz allgemein für die Erfassung gesellschaftlicher Prozesse in allen Disziplinen von zunehmender Bedeutung ist. Die Arbeit ist in einen Teil des Inklusionsansatzes eingebettet, da sich hier die Bedeutung und Wirkungsweise von Gruppen besonders deutlich herausarbeiten lässt. Die soziale Netzwerkbildung wird hierbei als soziale Integration aufgefasst. Sie fokussiert aber auch auf einen geschlechterspezifischen Ansatz, da vor allem für Frauen die Sportausübung in Gruppen besonders bedeutend ist, wie einige theoretische Quellen eindrucksvoll belegen (Becker 2011).

3.1. Soziale Inklusion als soziale Netzwerkbildung

Die Arbeit lässt sich theoretisch in den Inklusionsansatz einbetten. Zu Beginn werden gemeinsame Normen und Werte als Voraussetzung für eine gelingende Integration beschrieben. Der Inklusionsansatz wird in dieser Arbeit als soziale Integration verwendet, hierfür sind vor allem soziale Systeme bedeutend. Auch die Theorie der sozialen Netzwerke wird in diesem Kapitel dargestellt.

Die Arbeit fokussiert den Inklusionsansatz auf den Teilbereich der sozialen Inklusion nach Gerhard Preyer. Für diesen Ansatz sind vor allem soziale Systeme bedeutend und auch der Menschen wird hierbei als psycho-physisches System verstanden, der eine Umwelt der sozialen Systeme darstellt.

Soziale Integration orientiert sich an gemeinsamen sozialen Normen und Werten in der Gesellschaft. Vor allem in Kombination mit sozialen Systemen wird hiervon gesprochen. Es gilt dabei die Unterscheidung zwischen sozialer Integration und Inklusion/Exklusion zu beachten, da eine schwache Inklusion bei starker Exklusion sozial integrierend wirken kann. Teilsysteme können ihre Mitgliedschaftsbedingungen selbst festlegen, damit die Inklusion/Exklusion besser gesteuert werden kann (vgl. Preyer 2018, S.14). Eines dieser Teilsysteme kann der Teamsport darstellen.

„Soziale Integration bedeutet die Schließung von sozialen Systemen durch Mitgliedschaft nach außen, sei es als Mitglied von Familien, Gruppen, Schichten, Vereinigungen oder als Mitglied der Teilsysteme des Gesellschaftssystems, die bestimmte Funktionen ausüben“ (Preyer 2018, S.353).

Diese Definition zeigt, was in dieser Arbeit als soziale Integration verstanden wird. Es geht hierbei um die Abgrenzung von sozialen Systemen nach außen hin, die Teilnahme ist so gesehen nur manchen Menschen vorbehalten. Ähnlich diesem Prinzip läuft es in Teams auch ab, die Teams grenzen sich nach außen hin ab und sind somit Teilsystem des Sportes.

Preyer unterscheidet primäre symbiotische und sekundäre soziale Systeme. Der Mensch kann als psycho-physisches System, der mit sozialen Systemen der Umwelt in Verbindung steht, aufgefasst werden. Dadurch, dass der Mensch seinen Körper (Leib) nicht verlassen kann, entsteht die Wichtigkeit der Beziehung mit der Umwelt (vgl. Preyer 2018, S.89f).

Ausgehend von der Annahme, dass Individuen zwar als einzelne organische Entitäten betrachtet werden können, sind sie trotzdem, allein aus Reproduktionsgründen, auf andere Mitglieder angewiesen. Bei primären sozialen Systemen ist vor allem die Kommunikantin im Sinne einer System-Umwelt-Relation bedeutend. Die Anwesenheit von der Nahwelt ist hierbei besonders für die Restabilisierung notwendig (vgl. Preyer 2018, S.90f).

Diese Kommunikation läuft zweispurig ab, einerseits sind alle Menschen immer Objekte der Beobachtung und der Orientierung, andererseits können sie auch als Kommunizierende als Handelnde verstanden werden. Ohne eine Unterscheidung zwischen Selbst- und Fremdreferenz könnte es zu keiner Kommunikation kommen. Auch die Beziehung zum eigenen Körper/Leib muss ständig abgestimmt werden (vgl. Preyer 2018, S.91).

Auch Teamsportarten können als primäres soziales System verstanden werden. Die Kommunikation, die ihre Mitglieder mit der Umwelt betreiben, sind für sie ebenfalls maßgeblich. Gerade in einer sportlich motivierten Umgebung wird der eigene Körper beinahe ständig mit anderen Körpern in Verbindung gebracht, daher ist es eine Grundvoraussetzung, dass die Beziehung zum eigenen Körper bewusst ist.

Menschen als psycho-physisches Systeme sind Umwelten sozialer Systeme, die wiederrum zu Störungen der Kommunikation beitragen können. Wenn der Mensch als soziales System betrachtet wird, muss damit auch eine Erbringung von Eigenleistung wie Differenzverhalten und Selbstmotivation mit einhergehen. Der Körper kann als Sonderfall von Kommunikation angesehen werden, weil er beinahe ständig mit seiner Umwelt kommuniziert. Dies kann über verschiedene Wege erfolgen, mittels Körpersprache, Hygiene, Körperfunktion im Sport oder Selbstpräsentation durch Mode. Diese Kommunikationsart ist im Hinblick auf die Informationsverarbeitung besonders fehleranfällig (vgl. Preyer 2018, S.91f).

Da beim Sport der Körper im Mittelpunkt steht und die Kommunikation größtenteils über den Körper läuft, sollten sich hier alle Mitglieder bewusst sein, wie sie ihren Körper einsetzen und welche Kommunikationsbotschaften dieser sendet.

Soziale Systeme können als künstliche Gebilde verstanden werden. Sie sind auf reproduzierbare Problemlösungen auf drei verschiedenen Dimensionen angewiesen. Die Zeitdimension, die Sachdimension und die Ansprüche in der Sozialdimension sind hierfür bedeutend. Wenn Probleme zwischen sozialem System und ihrer Umwelt auftreten, kann es zu Kommunikationsabbrüchen kommen (vgl. Preyer 2018, S.94).

Soziale Systeme können als selbstkonstituierte Systeme verstanden werden. Darunter wird verstanden, dass sie selbstreferentiell und geschlossen sind. Zum Zusammenhalt von sozialen Systemen tragen auch Exklusionserfahrungen bei. Die Grenzen sozialer Systeme können als selbstbestimmt angesehen werden. Soziale Systeme gewinnen durch Steigerungs- und Selektionsleistungen bei kooperativen Aufgabenstellungen in Mitgliedschaften an Bedeutung. Auch die Lernfähigkeit von sozialen Systemen ist dadurch gegeben (vgl. Preyer 2018, S.401f).

Durch diese Darstellung ist es besser möglich zu verstehen, inwiefern Sportteams als soziale Systeme aufgefasst werden können. Auch der Prozess der sozialen Integration aufgrund der Verbindung von sozialen Systemen mit ihrer Umwelt kann dadurch verdeutlicht werden.

Der Ansatz der sozialen Integration beziehungsweise der sozialen Systeme soll bei diesem Theorieschwerpunkt mit dem Ansatz der sozialen Netzwerkbildung in Verbindungen gebracht werden. Es wurde die Auffassung der Netzwerke von Johannes Weyer gewählt.

Damit der Fokus der Netzwerke dieser Arbeit abgrenzbar ist, wird hier von Netzwerken ausgegangen, die die zwischenmenschlichen Interaktionsstrukturen in den Vordergrund rücken (vgl. Weyer 2011, S.321).

Durch Netzwerke ist es möglich Tauschaktionen, ohne negative Konsequenzen (wie zum Beispiel Risiken), durchzuführen. Ein weiterer großer Vorteil von Netzwerken ist die Ermöglichung von koordiniertem Verhalten. Netzwerke können somit zwei wichtige Funktionen erfüllen. Das Verhalten von anderen Akteuren (zum Beispiel Partnern) kann besser eingeschätzt werden, dadurch erfüllen sie eine strategische Funktion. Und zweitens zeigt sich in eine instrumentelle Funktion vor allem durch eine Leistungssteigerung (vgl. Weyer 2011, S.46).

Diese beiden Funktionen lassen sich auch in Sportteams beobachten. Vor allem die strategische Funktion spielt beim Fußball eine besonders große Rolle, da es äußerst wichtig ist zu wissen, wie andere Akteure, in diesem Fall Mitspielerinnen und Mitspieler oder auch Gegnerinnen und Gegner, agieren, um sein Verhalten (frühzeitig) darauf anzupassen.

Netzwerke lassen sich auf verschiedenen Ebenen finden. Die Ebenen sind persönliche Netzwerke, Organisations-Netzwerke und Netzwerke der Gesellschaft und der Funktionssysteme. Die persönlichen Netzwerke werden vor allem durch Interaktionen geformt (vgl. Weyer 2011, S.302f). Die Netzwerke der Sportteams lassen sich auf Ebene der persönlichen Netzwerke finden. In diesem Fall kann die Leistungssteigerung entweder eine Teamleistung oder auch nur die Verbesserung des Outputs eines Einzelnen sein.

Netzwerke können sehr unterschiedlich in ihrem Nutzen sein. Sie können ein Kommunikationsmedium über Systemgrenzen hinweg darstellen, Koordination unterschiedlicher Funktionen ermöglichen, zur Überbrückung kultureller Barrieren beitragen oder zur Verknüpfung von unterschiedlichen Interessen helfen. Obwohl diese Beispiele sehr unterschiedlich aussehen, sind sie alle das Ergebnis von Netzwerken, da sie grenzüberschreitende Prozesse beinhalten, die darauf bauen, dass Kooperationen mit anderen Akteuren eingegangen werden (vgl. Weyer 2011, S.47f).

Der Teamsport kann mit der Koordination von unterschiedlichen Funktionen vereinbart werden, weil in Vereinen beziehungsweise Teams häufig verschiedene Aufgaben anfallen, die im Miteinander geregelt werden müssen. Betrachtet man Netzwerke hingegen als Kommunikationsmedium über Systemgrenzen hinaus, dann kann hier die Überschneidung zur sozialen Integration gesehen werden.

Als soziales Netzwerk kann die Koordination von Interaktionen verstanden werden. Im Zentrum steht hierbei eine vertrauensvolle Kooperation zwischen autonomen und interdependenten Akteuren, die zusammenarbeiten (müssen beziehungsweise wollen). Dies bedeutet, dass die Individuen voneinander abhängig sind. Bei der Zusammenarbeit wird auf die Interessen der anderen Beteiligten Rücksicht genommen, weil durch ein gemeinsames Handeln bessere Ziele erreicht werden können. Durch das Zusammenkommen mehrerer Akteure ist auch der Umfang der Ressourcen deutlich erhöht und es können Dinge bewältigt werden, die sonst für einzelne Personen unbewältigbar scheinen (vgl. Weyer 2011, S.49).

Soziale Netzwerke werden als Beziehungsgeflechte verstanden, die sich aus individuellen und korporativen Akteuren zusammensetzen. Sie können jedoch auch als Konstrukt strategisch

handelnder Akteure, die ihre Handlungen koordinieren, verstanden werden (vgl. Weyer 2011, S.51f).

Auch in Sportteams stehen die Kooperation der Sportlerinnen und Sportler an erster Stelle. Zwischen den Sportlerinnen und Sportlern besteht so gesehen immer eine Art von Beziehung. Durch den Wunsch ein gemeinsames Ziel zu erreichen sind vor allem Teamsportlerinnen und Teamsportler voneinander abhängig. Sie müssen ihre Interaktionen untereinander koordinieren und die vorhandenen Ressourcen sinnvoll nützen.

Das Ziel eines funktionierenden Netzwerks ist es, dass ein Gewinn erzielt wird und alle Beteiligten von diesem betroffen sind. Voraussetzung dafür ist, dass gegenseitiges Vertrauen herrscht, sowie die Verlässlichkeit und die Leistungsfähigkeit gewährleistet sind. Die Aushandlung von Kooperation ist im Laufe des gesamten Bestehens eines Netzwerkes bedeutend. Eine wichtige Bedingung dafür ist aber, dass die Anzahl der Mitglieder nicht zu groß ist und der Zugang zum Netzwerk exklusiv bleibt (vgl. Weyer 2011, S.49).

Bei Teamsportarten profitiert meist (bei optimaler Funktion der Teams) das gesamte Team von Erfolgen, genau wie es für ein Netzwerk vorgesehen ist. Dieser Ansatz lässt sich mit dem der sozialen Systeme in Einklang bringen, bei beiden Ansätzen ist es wichtig, dass sich die Mitglieder gegenüber anderen abzuschotten wissen.

Formale Netzwerke stellen den einzelnen Akteur und dessen Einbettung in den Vordergrund, dadurch kann der Grad der sozialen Verankerung einer Person erkannt werden. Es lassen sich jedoch auch Beziehungsgeflechte von größeren Einheiten auf diese Weise verstehen. Häufig lassen sich Strukturen beobachten, die den Beteiligten selbst unbekannt sind, weil sie unbewusst produziert werden (vgl. Weyer 2011, S.52).

Auch der Begriff der formalen Netzwerke ist in diesem Zusammenhang interessant. Sportteams können auch als formale Netzwerke betrachtet werden, wobei es sich hier lediglich um eine Erweiterung des Begriffs der sozialen Netzwerke handelt.

Ein weiterer Vorteil von Netzwerken ist die Verknüpfung von Handlungsstrategien mit dem Import von Ressourcen der Beteiligten. Es handelt sich dabei um jede Art von Wissen, Know-how oder Informationen (vgl. Weyer 2011, S.58).

Eine bedeutende Unterscheidung zwischen sozialen Netzwerken und Systemen ist, dass Netzwerke durch zahlreiche Verbindungen zwischen den Mitgliedern charakterisiert sind und Systeme nach außen abgeschlossen sind. Den Verbindungen stehen Grenzen gegenüber. Netzwerke setzen an Personen als Knotenpunkten an (vgl. Weyer 2011, S.303).

Hurrelmann und Richter haben die Bildung sozialer Netzwerke als soziale Integration aufgefasst. Sie beschreiben die positiven Effekte auf die soziale Integration durch die sozialen Netzwerke. Auch die Stärke der Wirksamkeit wird dabei darstellt, wobei Teamsportarten sich zweifellos zu den engeren Unterstützungsleistungen zählen lassen und somit auch eine kontrollierende Funktion übernehmen.

Die Theorie der sozialen Netzwerke fokussiert auf die Einbindung sozialer Kontakte in Netzwerke. Sie schaffen ein gutes Maß an sozialer Integration und Geborgenheit im direkten Lebensumfeld und auch in der Lebensführung. Durch soziale Netzwerke können Individuen Sinn erfahren, sie stabilisieren ihr Selbstwertgefühl und können in schwierigen Situationen hilfreich sein. Diese Theorie kann auch zu den Integrationstheorien gezählt werden. Der gesundheitliche Vorteil, der aus diesen Netzwerken entsteht, beruht darauf, dass sie einen disziplinierenden und kontrollierenden Effekt auf das Verhalten ausüben (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.80).

Die Unterstützungsleistung ist je nach Größe, Dichte, Intensität und Dauerhaftigkeit der Beziehung unterschiedlich ausgeprägt. Es kann zu emotionaler Hilfe kommen, dies zeigt sich meist in Form von Wertschätzung und Akzeptanz. Bei instrumenteller Unterstützung geht es um die Bereitstellung von finanzieller Hilfe. Informationsangebote werden unter informationeller Unterstützung zusammengefasst. Unter Einschätzungsunterstützung werden Angebote verstanden, die dabei helfen schwierige Situationen zu lösen (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.81).

Freunde und Bekannte können einen enorm wichtigen Teil der Unterstützungsquellen sein. Bei engen Unterstützungsnetzwerken kommt ein kontrollierender, normativ regulierender und fremdbestimmter Ansatz zum Vorschein, jedoch sind diese Netze immer verlässliche Unterstützungspersonen. Lockere Beziehungen sind deutlich selbstbestimmter, müssen aber immer erst ausgehandelt werden und verfügen über stärkere Einschränkungen ihrer Wirksamkeit (vgl. Hurrelmann & Richter 2013, S.82).

Dass sich die Bildung von sozialen Netzwerken als soziale Integration auffassen lassen kann, wurde hier gezeigt. Auch im Hinblick auf die Kommunikationsabläufe ist diese Überschneidung bedeutsam. Die Kommunikation hängt von den Ressourcen, die ein Sportteam zu Verfügung hat ab. Diese Kommunikation findet innerhalb des Teams statt, es kommt zu einer Koordination aller teaminterner Ressourcen und Kapazitäten. Das Team kommuniziert auch, wie es mit seiner Umwelt notwendige Aushandlungen treffen kann. Hier erfolgt der Prozess der sozialen Integration in das Teilsystem des Sportes.

3.2. Geschlechterspekt

Für die Untersuchung dieser Arbeit ist die theoretische Auseinandersetzung mit dem Einfluss von Geschlecht auf den Sport und die Sportausübung von zentraler Bedeutung. Diese Thematik ist vor allem im Zusammenhang mit dem Fußball von Bedeutung, wenn man sich bewusst macht, dass lediglich 0,3% der europäischen Frauen Fußball spielen (vgl. UEFA 2014, S.4). Zum Verständnis der Brisanz der geschlechtsspezifischen Betrachtung betrachtet dieses Kapitels die Entstehung des Frauenfußballs und deren Hindernisse eingehend. Auch auf die ‚entgrenzten‘ Emotionen vor allem im Männerfußball wird näher eingegangen. Dann werden die Unterschiede, die sich im Sport zwischen Männer und Frauen zeigen, beschrieben.

Die österreichische Sportwissenschaftlerin Rosa Diketmüller beschreibt die Unterschiede zwischen Frauen- und Männerfußball für die spezifische Situation in Österreich. So werden die Erschwernisse, mit denen Frauen im Fußballsport zu kämpfen haben, beschrieben. Sie erläutert die Unterschiede der fußballspielenden Männer und Frauen. Besonders hervorzuheben ist die geschlechterspezifische Bewegungssozialisation. Dabei zeigt sie auf, dass in Österreich vor allem Burschen der regelmäßige Vereinssport empfohlen wird, Mädchen hingegen oft durch die Bedingungen der Sozialisation vom Vereinssport ferngehalten werden (vgl. Diketmüller 2002, S.211).

Marion Müller hat sich in ihrem Artikel „Das Geschlecht des Fußballs - Zur ‚Polarisierung der Geschlechtscharaktere‘ im Fußball“ eingehend mit der Thematik der Geschlechterrollen im Fußball sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart beschäftigt. Erst durch das Verbot für Frauen an Fußballspielen teilzunehmen, das zwischen 1921 und 1955 durch die nationalen Fußballverbände ausgesprochen wurde, wurden die Frauen aus dem Fußballsport exkludiert. Bei grober Betrachtung von sportwissenschaftlicher Fußballforschung wird der Eindruck vermittelt, dass Fußball seit seiner Entstehung von Männern dominiert wurde und Frauen schon immer exkludiert wurden. In den 70er Jahren fand die Re-Inklusion der Frauen in den Fußball statt und wurde medial wie die Gründung einer neuen Sportart beschrieben (vgl. Müller 2007, S.113f).

Es gibt vor allem einen großen sprachlichen Unterschied zwischen dem Fußballspiel von Männern und Frauen. Wenn von Fußball-Weltmeisterschaften oder Teams gesprochen wird, bezieht sich dies immer nur auf Männer. Die Frauenteams werden dahingehend diskriminiert, so dass sie immer den Begriff des „Frauenfußballs“ verwenden müssen. Durch diese sprachliche Differenz könnte man davon ausgehen, dass es sich um zwei verschiedene

Sportarten handelt, dies ist jedoch nicht der Fall. Der Sport ist genau der gleiche, er wird nur von anderen Spielerinnen betrieben (vgl. Fechtig 1995, S.33ff zit. nach Müller 2007, S.114).

Unser Alltagswissen geht davon aus, dass es die Trennung von Mann und Frau schon immer gab und dass sie unveränderbar ist (vgl. Garfinkel 1967). Die soziale Konstruktion von Geschlecht erfolgte erst zum Ende des 18.Jahrhunderts, es ging hierbei lediglich um die Trennung zwischen Frauen und Männern. Die zentralsten Ordnungsmuster waren die Standeszugehörigkeit und der Familienstand (vgl. Dilcher 1997 zit. nach Müller 2007, S.116f).

Auch hier zeigt sich eine Geschlechterdifferenz, wie sie in der Gesellschaft nach wie vor praktiziert wird. Obwohl die Geschlechterdifferenz eigentlich erst durch die Konstruktion von Geschlecht entstanden ist.

Ende des 18. Jahrhunderts hat sich erstmals der Begriff der Geschlechtercharaktere im heutigen Sinn herausgebildet. Es sollten physiologisch korrespondierend mit psychologischen Geschlechtsmerkmalen miteinander verknüpft werden. Der Mann wurde als mutig, kraftvoll, tapfer, vernünftig, abstrakt denkend und im öffentlichen Leben stehend beschrieben. Wohingegen die Frau als schwach, wankelmüttig, bescheiden, emotional und für das häusliche Leben vorbestimmt, dargestellt wurde (vgl. Hausen 2013, S.19).

Diese sehr unterschiedlichen Zuschreibungen zu den Geschlechtern stammen zum Teil aus der Biologie und ihr Ziel war es die Eigenschaften, die Männern und Frauen auszeichnen sollten als „naturgegeben Merkmale“ darzustellen. Daraus entstand die Einteilung, dass Männer für den öffentlichen und Frauen in den häuslich privaten Raum bestimmt sind (vgl. Hausen 2013, S.23).

Diese Vorstellungen von geschlechtlichen Stereotypen existieren nach wie vor in der Gesellschaft. Im Sportbereich sind sie besonders ausgeprägt, ein Beleg dafür ist die unterschiedliche Sportsozialisation von Mädchen und Buben (vgl. Diketmüller 2002). Auch im Erwachsenen-Bereich ist diese Zuschreibung omnipräsent, indem es sogar sprachliche Unterscheidungen zwischen Fußball von Männern und Frauen gibt.

Anfangs wurde die Gleichwertigkeit von Männern und Frauen betont, es konnte jedoch schon bald auch eine soziale Unterscheidung sichtbar gemacht werden. Gegen Anfang des 19. Jahrhunderts suchte die Medizin in der Anatomie nach körperlichen Unterschieden zwischen Männern und Frauen. Die Suche war in vielen Bereichen sehr erfolgreich und man ging davon ab weitere Vergleiche zwischen dem männlichen und weiblichen Körpern zu machen. Das

soziale Geschlecht löste in seiner Bedeutung das biologische, bisher vorherrschende Unterscheidungskriterium ab (vgl. Müller 2007, S.118f).

Gegen 1900 wurden Frauen offensichtlich aus dem gemeinsamen Fußballsport verdrängt. Sie wurden als unwürdige Gegnerinnen dargestellt und sie durften nicht mehr mit Männern Fußball spielen (vgl. Lopez 1988, S.2 zit. nach Müller 2007, S.125). Während des ersten Weltkriegs gewann der Frauenfußball stark an Bedeutung. Der Druck auf die Fußballverbände wurde größer und es wurden für Frauenteams Stadien geöffnet und Spiele organisiert. Diese Spiele hatten als Hauptziel die Kriegsmoral zu erhöhen (vgl. Meier 2004, S.23 zit. nach Müller 2007, S.125). Auch kurz nach Beendigung des 1. Weltkrieges waren Frauenfußballspiele noch durchaus beliebt. So kamen zu einem Spiel der „Dick Kerr Ladies“ gegen die „St. Helen Ladies“ in Everton am 26.12.1920 über 50.000 Zuschauerinnen (vgl. Meier 2004, S.4 zit. nach Müller 2007, S.126). Mit steigender Beliebtheit der Frauenteams kamen auch vermehrt Kritiken am Frauenfußball auf. Frauen wurden auf drei verschiedene Arten für den Fußball als ungeeignet dargestellt. Vor allem das Argument der medizinischen Seite, dass Fußball schlecht für die Gebär- und Mutterfunktion sei, wurde häufig rezitiert. Das angeblich erhöhte Verletzungsrisiko wurde ebenfalls genannt und es wurde gefordert, dass Frauen aufgrund ästhetischer Gründe keinen Fußball spielen sollten (vgl. Müller 2007, S.126). Auch die FA machte es den Herrenteams immer schwieriger Frauenteams auf ihren Plätzen spielen zu lassen. So wurden viele Vorschriften, Verbote und Strafen eingeführt, die schlussendlich im Verbot der FA zum Fußballspielen für Frauenteams endete. Einige andere Länder folgten dem englischen Beispiel. Die Exklusion der Frauen aus dem Fußball, und aus dem Sport allgemein, wurde mit der mangelnden sportlichen Leistungsfähigkeit legitimiert (vgl. Müller 2007, S.128f).

Beflügelt durch die Frauenbewegung der 1970er Jahre wurde der Frauenfußball von der UEFA und der FIFA offiziell anerkannt. Die meisten Frauenteams wurden nach und nach in die Dachverbände der Männer aufgenommen. Für sie wurden jedoch Sonderregelungen getroffen, die den Frauenfußball als fast neue Sportart darstellten. Mittlerweile sind beinahe alle diese Sonderregelungen wieder aufgehoben (vgl. Müller 2007, S.131ff).

Stichweh beschreibt, dass der Fußball ein sehr interessantes Gegenbeispiel zu den Inklusionsschritten der Frauen in dieser Zeit darstellt. Im politischen Funktionssystem wurde beispielsweise zu dieser Zeit das Frauenwahlrecht eingeführt. Besondere Beachtung sollte hierbei finden, warum die Geschlechtszugehörigkeit in einer modernen funktionalen Gesellschaft noch zur Exklusion von Funktionssystemen führen konnte. Gerade beim Sport

sollte das Leistungsprinzip entscheidend für die Inklusion beziehungsweise die Exklusion sein (vgl. Stichweh 1990, 1995 zit. nach Müller 2007, S.133).

Aus diesem Grund ist der andere theoretische Ansatz, der soziale Netzwerkbildung als soziale Integration versteht, für diese Arbeit entscheidend. Es wird gezeigt, dass Frauen immer mehr über das Leistungsprinzip, aber auch über eigene soziale Systeme in das Teilsystem Sport inkludiert sind.

Stefan Heissenberger hat sich mit den „Entgrenzten Emotionen“ des Fußballspiels bei Männerteams näher befasst. Leistung, Heterosexualität, Abgrenzung, Inszenierung und Entgrenzung sind wichtige Merkmale um die Männlichkeit beim Männerfußball unter Beweis zu stellen. Diese fünf Merkmale müssen immer gemeinsam betrachtet werden, da sie sich zum Teil überschneiden und auch verstärken (vgl. Heissenberger 2012, S.216).

In manchen Punkten hat er auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen aufgearbeitet. Zum Beispiel in Hinblick auf den Körperkontakt hat er beide Seiten näher beleuchtet. Im Fußball gelten für Männer im Hinblick auf Körperkontakt andere Regeln als im sonstigen Gesellschaftsleben. In Mitteleuropa ist es üblich, dass sich Frauen zur Begrüßung küssen oder engeren Körperkontakt haben, ohne gleich als homosexuell eingestuft zu werden. Bei Männern hingegen beschränkt sich der Körperkontakt meist auf einen Händedruck oder einen Schulterklopfer. Doch im Fußball ist es sowohl Männern als auch Frauen möglich den Körperkontakt zum eigenen Geschlecht zu erhöhen ohne als homosexuell zu gelten (vgl. Heissenberger 2012, S.217).

Diese Merkmale gelten auch für den Frauenfußball, sie sind dort jedoch nicht so entscheidend wie bei den Männern. Vor allem durch das angeführte Beispiel des Körperkontakte ist es möglich die Bedeutung für den Fußball wahrzunehmen. Auch das Ausleben von weiteren emotionalen Reaktionen wie beispielsweise Frust ist Männern im Alltag eher nicht möglich, dies können sie im Sport jedoch ausüben. Frauen hingegen können normalerweise viel stärker, auch wenn sie sich nicht im Teilsystem des Sportes befinden, ihren Emotionen freien Lauf lassen.

Zwei weitere spannende Merkmale, über die Männer im Fußballsport meist verfügen, wurden in diesem Sammelband dargestellt. Ähnlich dem Titel „Entgrenzte Emotionen“ dürfen Sportler beim Fußball auch ihre Emotionen zum Ausdruck bringen. Tränen werden hier meist nicht als unpassend oder unmännlich betrachtet, sondern gelten als Zeichen der emotionalen Verbundenheit mit dem Team oder dem Verein. Trotzdem müssen die Emotionen an die

Situationen angepasst werden, nur bei wirklich für das Fußballspiel oder den Spieler bedeutsamen Momenten dürfen Tränen fließen. Im Normalfall wird Wut als männlicher und daher als die verständliche Reaktion verstanden (vgl. Heissenberger 2012, S.218).

Im Amateurbereich ist beim Männerfußball auch das Verhalten abseits vom Platz von großer Bedeutung. Häufig wird zusätzlich Zeit gemeinsam verbracht, oft verbunden mit Konsum von Alkohol. Auch hierbei wird vor wiegend zum männlichen Getränk- dem Bier- gegriffen. Dem Bier kann man einen großen Beitrag zur Vergemeinschaftung der Spieler nachsagen (vgl. Heissenberger 2012, S.220).

Otmar Weiß und Manfred Russo konnten in ihrer Aktivitätsstudie feststellen, dass Frauen „körperliches Wohlbefinden“ doppelt so häufig mit Schmerzfreiheit assoziieren wie Männer. Es wurden zwei Assoziationen, die zwar beide nicht so stark vorkamen, aber trotzdem sehr geschlechtstypisch sind, ausgewählt. Frauen bevorzugen ein Glücksgefühl und Männer die Verknüpfung zur Energie. Diese beiden Merkmale sind vor allem hinsichtlich sozialer Rollen von Männer und Frauen sehr bedeutend. Männer werden mit Aktivität gleichgesetzt und Frauen häufig mit Emotionen (vgl. Weiß & Russo 2005, S.17).

Auch hier zeigt sich eine zum Teil inszenierte Differenz hinsichtlich der Geschlechter. Sport beziehungsweise Teamsportarten können dazu beitragen, dass die Grenze der Geschlechterdifferenz etwas verschwimmt und dadurch nicht mehr so strikt vollzogen wird. Durch gemeinsamen Sport wird normalerweise die Leistung in den Vordergrund gerückt und nicht das Geschlecht, dies zeigt sich auch dadurch dass im Sport alle Menschen ihre Emotionen ausleben dürfen. Um eine soziale Integration zu erfahren, sollte im Teamsport vor allem die Herausbildung von sozialen Netzwerken entscheidend sein.

4. Empirischer Teil

Im folgenden Kapitel wird der empirische Teil der Untersuchung dieser Arbeit beschrieben. Zuerst werden die Hypothesen, die in dieser Arbeit beantwortet werden sollen, dargestellt. Danach wird auf den Feldzugang und das Sampling näher eingegangen. Anschließend wird das Erhebungsinstrument, der Fragebogen, beschrieben. Den Abschluss des Kapitels bildet die Beschreibung der Durchführung der Datenerhebung.

Neben der Beantwortung der Fragestellung ist es zentral sich mit einigen weiteren wichtigen Annahmen zu beschäftigen. Dafür wurden sechs Hypothesen aufgestellt. Hypothese 1 stellt die Behauptung auf, dass bei Personen, die in Teams Sport betreiben, sich diese Beteiligung auf alle vier Gesundheitsbereiche nicht auswirkt. Hypothese 2 besagt, dass Teamsport keinen maßgeblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit ausübt. Hypothese 3 geht davon aus, dass die Ausübung des Sports in einer Gruppe ganz generell keinen positiven Einfluss auf die Gesundheit hat. Hypothese 4 unterstellt keinen unterstützenden Einfluss des Teamsports auf den sozialen Zusammenhalt innerhalb des Teams. Hypothese 5 behauptet, dass sie kein unterschiedliches Ausmaß der Wirkung auf den Gesundheitszustand von männlichen und weiblichen Sportlerinnen besteht. Hypothese 6 besagt, dass sich die Mitglieder von Teams nicht gesünder fühlen, je öfter sie in den Teams trainieren.

Im Folgenden soll daher auf die Herleitung der Hypothesen und die Verknüpfung mit der Theorie hingewiesen werden.

Hypothese H₀/1: Die Ausübung von Teamsport hat keine positive Auswirkung auf alle vier Gesundheitsbereiche.

Hypothese H₁/1: Die Ausübung von Teamsport hat eine positive Auswirkung auf alle vier Gesundheitsbereiche.

Diese Hypothese (1) leitet sich aus dem Artikel, in dem Walter Herzog verschiedene Studien auf ihren Einfluss des Teamsportes auf den Gesundheitszustand untersucht hat, ab. Zentrales Ergebnis hierbei war, dass Teamsport einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der sportausübenden Individuen ausübt (vgl. Herzog 2018).

Hypothese H₀/2: Die Ausübung von Teamsport hat keine positive Auswirkung auf die psychische Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Hypothese H₁/2: Die Ausübung von Teamsport hat eine positive Auswirkung auf die psychische Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Diese Hypothese (2) setzt an den beiden amerikanischen Studien (Gore et al. 2001 und Pluhar et al. 2019) an. Beide Studien konnten nachweisen, dass sich die Beteiligung am Teamsport vor allem auf die psychische Gesundheit positiv auswirkt.

Hypothese H₀/3: Die Neigung gemeinsam Sport zu betreiben hat keine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Hypothese H₁/3: Die Neigung gemeinsam Sport zu betreiben hat eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Diese Hypothese (3) lässt sich ebenfalls an die Untersuchung von Herzog aus dem Jahr 2018 anknüpfen. Auch die Studie von Krug et al. (2012) war für die Aufstellung dieser Hypothese bedeutsam, sie weisen auf einen positiven Effekt auf die Gesundheit durch gemeinsames Sporttreiben hin.

Hypothese H₀/4: Sozialer Zusammenhalt innerhalb eines Teams hat keine positiven Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern.

Hypothese H₁/4: Sozialer Zusammenhalt innerhalb eines Teams hat positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern.

Für diese Hypothese (4) war vor allem die Arbeit von Kunert und Szepanski richtungsgebend. Es wurde darauf hingewiesen, dass Sport in Gruppen zu sozialen Bindungen führt (Kunert & Szepanski 2016). Auch die Arbeit von Krug et al. (2012), die festgestellt haben, dass die Mitgliedschaft in einem Sportverein eine positive Auswirkung auf die Gesundheit hat (vgl. Krug et al. 2012). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Gülich und Krüger (2013), die unter anderem herausgefunden haben, dass Sport zu Integration und zu einem höheren Selbstwertgefühl beitragen. Diese Belege zeigen, dass der soziale Zusammenhalt einen Einfluss auf den psychischen, aber auch den sozialen Gesundheitsbereiche ausüben kann.

Hypothese H₀/5: Die verschiedenen Gesundheitsaspekte unterscheiden sich zwischen Fußballerinnen und Fußballern nicht.

Hypothese H₁/5: Die verschiedenen Gesundheitsaspekte unterscheiden sich zwischen Fußballerinnen und Fußballer.

Für diese Hypothese (5) waren die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 und die theoretische Einbettung dieser Arbeit maßgeblich. In Österreich schätzen Frauen ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Männer (Baldaszti & Klimont 2015).

Hypothese H₀/6: Die Trainingshäufigkeit hat keine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Hypothese H₁/6: Die Trainingshäufigkeit hat eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Für diese Hypothese (6) war die Studie, die die Ergebnisse des KiGGS und des MoMo-Fragebogens analysiert hat, die theoretische Grundlage. Es konnte nachgewiesen werden, dass mit steigender Trainingshäufigkeit der Gesundheitszustand sich verbessert (Krug et al. 2012).

Es lässt sich feststellen, dass es sich bei den meisten dieser Hypothesen um Zusammenhangshypothesen handelt. Lediglich bei der letzten Hypothese wird auf einen Unterschied zwischen verschiedenen Teilgruppen, getrennt nach Trainingshäufigkeit, eingegangen. Sie besagen insbesondere bei Zusammenhangshypothesen, dass ein mehr oder weniger enger Zusammenhang bzw. Abhängigkeit zwischen den beiden Variablen besteht. Lässt sich dieser Zusammenhang mit den empirischen Daten der Befragung nicht belegen, so muss die Nullhypothese beibehalten werden. Die Nullhypothese geht immer davon aus, dass kein Zusammenhang zwischen den beschriebenen Aspekten besteht oder auch, dass die beschriebenen Aspekte der untersuchten Gruppen über gleiche Ausprägungen verfügen.

Die Arbeit wird als quantitative Studie mit Daten aus Wiener Fußballteams durchgeführt. Die Zielgruppe dieser quantitativ ausgerichteten Studie sind Fußballerinnen und Fußballer, die in Wien spielen. Der Fokus liegt insbesondere auf Frauenfußballteams aus der Wiener Landesliga, der 1.Klasse und der DSG-Liga. Mit dieser Ausrichtung soll gewährleistet werden, dass keine Leistungssportlerinnen an der Untersuchung teilnehmen und sich die Untersuchung auf den Teamsport im nicht-professionellen Bereich konzentriert. Im Normalfall haben Vereine dieser Ligen 1-3 Mal pro Woche Training. Für die Untersuchung sollen nur Spielerinnen und Spieler, deren Teams in Wien ansässig sind, berücksichtigt werden. Die Zielgruppe der Männer, sind fußballspielende Männer im nicht-professionellen Bereich in Wiener Teams, wobei als Auswahlkriterium entscheidend ist, dass sie für ihre Sportausübung als Spieler nicht entlohnt werden.

Die Stichprobe der Probanden für diese Studie besteht aus Männern und Frauen, die in Wien in einem Fußballverein aktiv spielen und älter als 15 Jahre sind. Die Stichprobe beabsichtigt eine möglichst repräsentative Auswahl, so dass von ihr auf die Gesamtheit der fußballspielenden Personen im Wiener Amateurfußball geschlossen werden kann. Daher wurden bei dieser Studie ein systematisches Verfahren und eine Quotenstichprobe für die

Ausführung der Stichprobe gewählt. Bei der Quotenstichprobe fand eine Aufteilung nach Geschlechtern statt.

Die Erhebung wurde mittels quantitativem Fragebogen durchgeführt. Der Fragebogen ist als Online-Fragebogen konzipiert und der Untersuchungszeitraum ist von Dezember 2019 bis Februar 2020 festgelegt gewesen. Das Erhebungsinstrument wurde mittels Schneeballverfahren an Spieler und Spielerinnen von Wiener Fußballteams versandt. Der Fragebogen ist in drei große Teile gegliedert werden: Sportliche Betätigung der Befragten, Einschätzung des individuellen Gesundheitszustandes und demographische Kennzeichen der einzelnen Spielerinnen und Spieler. Der erste Teil befasst sich mit der Häufigkeit der Ausübung des Teamsports und den sozialen Aspekten, die mit der Ausübung von Sport in Teams einhergehen. Bei dem Teil, der sich mit dem Teamsport auseinandersetzt, sollen auch Aspekte des Gruppenzusammenhalts, gemeinsame Wertvorstellungen, Inklusion und Sozialintegration mit behandelt werden. Es wird hiermit überprüft, ob sich innerhalb des Teams eigene Normen- und Kommunikationssysteme entwickelt haben. Der Gesundheitsteil beschäftigt sich mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und einigen spezifischen Fragen zu verschiedenen Teilespekten von Gesundheit. Ausgehend von den gesundheitsbezogenen Fragen erfolgt eine Indexbildung zum Gesundheitszustand der Teilnehmerinnen. Der Teil der demographischen Aspekte deckt soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht, Bildung und das Haushaltseinkommen ab.

Wie die Fragestellung nahelegt, wird eine Regressionsanalyse durchgeführt, welche den Zusammenhang zwischen der Bedeutung von Teamsport und Gesundheitszustand für die einzelnen Spieler und Spielerinnen aufzeigen soll. Auch weitere Aspekte des Teamsports wie zum Beispiel der Gruppenzusammenhalt sollen durch eine Regressionsanalyse erklärt werden.

4.1. Feldzugang und Sampling

Im Folgenden soll der Feldzugang und das Sampling der Arbeit beschrieben werden. Zuerst werden beide Aspekte theoretisch erläutert, daraufhin wird die praktische Durchsetzung dieser Arbeitsschritte beschrieben.

Der Feldzugang hat sich vor allem im Bereich der Frauen-Teams als relativ einfach erwiesen, da innerhalb dieses sportlichen bzw. gesellschaftlichen Bereichs eine hohe Vernetzungsrate der Beteiligten besteht. Dadurch sind persönliche Verbindungen zu einer hohen Anzahl von Spielerinnen aus verschiedenen Vereinen bereits vorhanden. Auch im Männerfußball ist der

Zugang aufgrund persönlicher Kontakte durch die intensiven Kontakte zwischen den Jugendlichen und den sportausübenden Gruppen sehr gut gegeben. In Sportkreisen, sowohl im Männer- als auch im Frauenfußball ist es üblich, dass eine sehr hohe Vernetzungsrate zwischen den verschiedenen Teams besteht. Diese Vernetzung besteht deshalb, weil Teams teilweise jahrelang in der gleichen Liga sind und immer wieder gegeneinander spielen. Außerdem kommt hier der Vorteil dazu, dass durch die große Zahl an fußballspielenden Männern in Wien wirklich sehr hoch ist und dadurch die Beteiligung an der Befragung und die erforderliche Teilnehmerzahl an der Studie mit entsprechender Unterstützung von „Vertrauenspersonen“ in den verschiedenen Vereinen gut erreicht werden konnte.

Die Befragung wurde als Online-Umfrage durchgeführt. Die Studie wurde online, per E-Mail, an wichtige Schlüsselspielerinnen beziehungsweise Funktionäre in verschiedenen Vereinen verschickt. Von dort aus, wurden die Einladungen zur Teilnahme an der Befragung mittels Schneeballverfahren an eine größere Untersuchungsgruppe weiter geschickt.

Im Rahmen der Befragung für diese Masterarbeit wurden zwei verschiedene Personengruppen befragt. Die erste Zielgruppe waren weibliche Fußballerinnen, die in einer Wiener Liga, der 1.Klasse oder in der DSG-Liga spielen. Ausgenommen von dieser Befragung waren demnach explizit Spielerinnen der 1.Bundesliga und der Future Liga. Die 2.Bundesliga wurde nicht explizit ausgenommen, da in dieser Liga, nur sehr wenige (drei) Teams aus Wien, mitspielen. Diese Studie soll auch fußballspielende Männer aus Wien aus dem Amateurbereich abdecken. Voraussetzung für diese Gruppe ist, dass sie nur hobbymäßig Fußball spielen und für das Fußball spielen nicht bezahlt werden. Somit werden Spieler der Bundes- und Regionalliga, aber auch der Oberen Spielklassen des WFV (Wiener Fußballverbandes) auf jeden Fall ausgeschlossen.

Die Untersuchungsgruppe für diese Forschung stellen alle Fußballspielerinnen und fußballspielenden Männer in Wien ab 15 Jahren in den ausgewählten Ligen dar.

Um auch verschiedene Gesundheitsauswirkungen auf unterschiedliche Altersgruppen feststellen zu können, soll die Befragung bei Spielerinnen ab 15 Jahren bis zu der Altersgruppe von „älter als 40 Jahren“ durchgeführt werden. Das Ziel ist es mindestens 100 weibliche und 100 männliche Teilnehmer, die den Kriterien entsprechen, zu erreichen. In Summe sollten 200 Personen den Fragebogen vollständig ausfüllen. Die Bestimmung der Stichprobengröße hat mittels des Programmes G*Power von Faul et. al. (2007) stattgefunden. Bei einem Signifikanzniveau von 5% und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 95% müssten

99 Personen aus jeder Sampling-Gruppe an der Studie teilnehmen, in Summe ergibt dies ein erforderliches Sample von 198 Personen.

Im Folgenden wird die praktische Durchsetzung der Erhebung näher beschrieben. Es wird sowohl der Weg der Kontaktaufnahme als auch der Ablauf der online Befragung veranschaulicht. Die Erhebungsphase hat am 02.12.2019 mit der Öffnung des Online Zugangs begonnen und ist bis zum 12.02.2020 gegangen. Es gab zwei verschiedene Arten der Kontaktaufnahme, einerseits einen informellen Weg über Bekannte und Freunde, andererseits den formellen Weg per Mail mit wichtigen Funktionären von verschiedenen Vereinen.

Innerhalb der ersten Woche wurden zahlreiche Kontakte mit verschiedenen Vereinen, hauptsächlich Frauenfußballvereinen, aufgenommen. Die Kontaktaufnahme hat überwiegend per Whatsapp mit persönlichen Bekannten aus anderen Vereinen stattgefunden. Nachdem die Hälfte der gewünschten weiblichen Teilnehmerzahlen sehr schnell erreicht werden konnte, ging es bei den männlichen Fußballspielern deutlich langsamer voran. Daraufhin wurde mit zusätzlichen Vereinen aus verschiedenen Diözesansportgemeinschaft (DSG)-Ligen per E-Mail im Zeitrahmen vom 15.12.2019 bis zum 18.12.2019 Kontakt aufgenommen. Die Anzahl der Personen, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt hatten, hat sich innerhalb weniger Tage deutlich erhöht. Somit konnte noch vor Weihnachten die Hälfte der gewünschten Teilnehmer für die Studie erreicht werden. Der Plan war über die Weihnachtsfeiertage keine weitere Kontaktaufnahme mit verschiedenen Vereinen zu starten, da hier die Rücklaufquote voraussichtlich sehr gering wäre. Anfang Januar 2020 wurde mit weiteren Vereinen, vor allem aus den restlichen DSG-Ligen, Kontakt aufgenommen, um den Fragebogen insbesondere an fußballspielende Männer weiterzuleiten, um die geringere Teilnehmerzahl an männlichen Interviewten zu erhöhen. Zusätzlich wurden noch einige verbleibende Frauenfußballvereine Anfang Januar 2020 per E-Mail kontaktiert. Im Januar 2020 wurden einige persönliche Bekannte, die ebenfalls Fußball in Vereinen spielen, nochmals an das Ausfüllen und das Weiterleiten des Fragebogens erinnert.

Die Zielsetzung dieses E-Mails war es Kontakt mit verschiedenen Fußballvereinen aufzunehmen, um so weitere Teilnehmer und Teilnehmerinnen für die Studie gewinnen zu können. Hier wurde immer eine verantwortliche Person, teilweise aus dem Trainerteam oder dem Vorstand angehörig, gebeten, den Fragebogen an die jeweiligen Teams weiterzuleiten. In diesem Email wurde zuerst das Thema der Masterarbeit „Der Einfluss von Fußball auf den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern“ genannt. Daraufhin wurde um eine Weiterleitung an die entsprechenden Teams, wenn vorhanden auch Reserveteams, gebeten.

Der Link zur Studie wurde mit den Hinweisen, dass die Befragung etwa 10 Minuten in Anspruch nehmen wird und Personen ab 15 Jahren an der Studie teilnehmen dürfen, vermerkt. Am Ende des Emails standen eine Danksagung und nochmals die Bitte um Weiterleitung.

4.2. Fragebogen

Die Erhebung wurde mittels eines schriftlichen Fragebogens durchgeführt, der den Befragungsteilnehmern und -teilnehmerinnen zur Verfügung gestellt wurde. Der größte Vorteil, den diese Vorgangsweise bietet, ist, dass in relativ kurzer Zeit eine größere Zahl von Befragten gewonnen werden kann und gleichzeitig auch die Anonymität der Befragten gewährleistet ist. Jedoch fällt dadurch eine unmittelbare oder spätere Kontrollmöglichkeit durch den/die Interviewer/in weg und im Fragebogen muss daher jede Frage unmissverständlich formuliert sein, weil es keine Möglichkeit für Nachfragen gibt. Ein großes Problem darin, dass zu komplex und schwierig formulierte Fragestellungen oft unvollständig oder gar nicht beantwortet werden und damit zu einem erhöhten Umfang fehlender Fallzahlen führen. Ein äußerst wichtiger Punkt, der bei allen Fragebogen Beachtung finden sollte, ist, dass er einen erklärenden Einleitungstext und die Zusage zur Anonymisierung beinhaltet. Um die Zahl der Rücksendung hoch zu halten, muss es den Teilnehmern und Teilnehmerinnen so einfach wie möglich gestaltet werden, den Fragebogen zu retournieren (vgl. Atteslander 2009, S.157f).

In diesem Kapitel wird der Fragebogen, der für diese Arbeit verwendet wurde, näher erläutert. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang und kann dort eingesehen werden. Nachdem bei einer umfangreichen Recherche kein geeigneter vollständiger Fragebogen, der die Themen und die verschiedenen Aspekte dieser Studie beinhaltet, gefunden werden konnte, musste der Fragebogen aus Teilen von bereits bestehenden Fragebögen zusammengestellt werden.

Der Fragebogen unterteilt sich in drei größere Bereiche. Der erste Teil umfasst Fragen zur Ausübung des Fußballsportes und zur Teamkohäsion. Der mittlere Teil befasst sich mit Gesundheitsfragen, vor allem wird der subjektive Gesundheitszustand erfragt. Den Abschluss bilden Fragen zu soziodemographischen Merkmalen. Zu Beginn des Fragebogens befindet sich ein Einleitungstext, der die Erstellerin der Umfrage und den Sachverhalt, mit der sich die Studie beschäftigt, beschreibt. Auch der Zeitumfang, von dem die Teilnehmer und Teilnehmerinnen ausgehen können, wird gleich zu Beginn angeführt. Außerdem wird den Teilnehmern und Teilnehmerinnen ihre Anonymität zugesichert.

Der Fragebogen besteht insgesamt aus 21 Fragekomplexen, wobei das Frageformat sehr unterschiedlich ist. Da der Fragebogen verschiedene Themenbereiche umfasst, wurde versucht ihn in einigen Punkten so kurz wie möglich, aber auch so lang wie nötig zu halten. Im gesamten Fragebogen wurde keine einzige offene Frage verwendet, weil dies für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen einerseits mehr Zeit in der Beantwortung beansprucht, andererseits eine erhöhte kognitive Aufgabe bedeutet, die durch die Befragten oft durch Nicht-Beantwortung vermieden wird. Für den Fragebogen wurde daher ausschließlich der geschlossene Fragetyp verwendet, wobei die Probanden und Probandinnen aus vorgegebenen Antwortkategorien auswählen müssen. Es kommen zwei Ja-Nein-Fragen vor und mehrere Fragen, wo eine Antwortkategorie auszuwählen ist. Der überwiegende Teil der Fragen ist in einer fünfstufigen Skala, bei der Aussagen aufgrund ihrer Intensität beantwortet werden, verpackt. Die Fragen zur Teamkohäsion befinden sich in einer siebenstufigen Likert-Skala. Der Fragebogen umfasst unterschiedlichen Anzahlen von Skalenstufen, weil bei der Erstellung des Fragebogens die bereits vorhandenen Fragen beziehungsweise Antwortmöglichkeiten beibehalten wurden.

Der erste Teil der Sportfragen (Frage 1 bis Frage 4) wurde auf Basis einer Umfrage zu Bewegungs- und Sportaktivitäten von Jugendlichen, die von der Philipps-Universität Marburg entwickelt wurde, erarbeitet und an die Anforderungen dieser Arbeit angepasst. Hierfür waren vor allem die Fragen zu Bewegungs- und Sportaktivitäten im Sportverein zentral. Frage 43 aus der Umfrage zur Bewegungs- und Sportaktivität der Marburger Universität wurde in angepasster Form als Frage 1 in dieser Studie verwendet. Frage 46 und Frage 47 wurden in ihrem Wortlaut so übernommen. Bei Frage 47 wurden jedoch die Antwortkategorien verändert. Frage 50 wurde ebenfalls gleich angewendet, hier wurde jedoch die Antwortkategorie von einer Ja-Nein-Frage auf vier verschiedene Antwortkategorien geändert.

Frage 5 und Frage 6 des verwendeten Fragebogens stammen aus einem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch- Institutes in Berlin. Die Studie wurde zwischen 2003 und 2006 erhoben und erfasste damals mehr als 4500 Kinder und Jugendliche (vgl. Romahn 2007, S.96). Für den Survey wurden Fragen genutzt, die bereits in anderen Studien eingesetzt und getestet wurden. Dadurch konnte die Validierung besser gewährleistet werden und die Ergebnisse konnten besser vergleichbar gemacht werden. Der Fragebogen wurde mehreren Pretests unterzogen und auch die Testgüte wurde überprüft. Die Fragen zur körperlichen sportlichen Aktivität der letzten 7 Tagen wurden aus der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) übernommen. Die Studie wurde von Prochaska et al.

(2001) auf ihre Validierung getestet (vgl. Romahn 2007, S.99). Auch Frage 7 und Frage 8 wurden aus diesem HBSC-Fragebogen entnommen. Frage 7 bezieht sich auf den möglichen Nutzen, den man durch Sport erreichen kann und wurde von Reinhard Fuchs. (1989) überprüft. Frage 8 hingegen befasst sich mit den Motiven Sport zu Treiben und wurde von Ullmer, J. (2002) zusammengestellt (vgl. Romahn 2007, S.101).

Die spezifischen Fragen zum Teamzusammenhalt dieser Studie (Frage 9) wurden aus dem Fragebogen zur Teamkohäsion (MAKO-02) gewonnen. Der MAKO-02 wurde von Lau & Stoll (2002) entwickelt und wird seit damals in der angewandten Sozialforschung wiederholt angewandt, um die Teamkohäsion zu messen. Er ist für die Analyse von beinah allen Teamsportarten geeignet (Fußball, Handball, Volleyball, Eishockey etc.) Der Fragebogen setzt sich aus 19 Items zusammen, die zur Aufgaben- und Sozialkohäsion eines Teams gehören. Es werden die aktuelle Teamstimmung und der Grad des Gruppenzusammenhalts gemessen (vgl. Lau & Stoll 2002).

Die ersten beiden Fragen des Gesundheitsteils (Frage 10 – P102000 und Frage 11 – P10300) wurden auch beim EU-Silc 2019 abgefragt. Die Fragen wurden für diesen Fragebogen in demselben Wortlaut übernommen. Dadurch konnte gewährleistet werden, dass die Fragen ebenfalls verschiedenen Pretests und Validierungsprüfungen unterzogen werden mussten. Der Gesundheitsteil hat sich stark an dem ATHIS Fragebogen orientiert, alle Fragen, die für den Fragebogen benutzt wurden, entstammen dem ATHIS Fragebogen. Frage 10 und Frage 11 wurden in genau demselben Wortlaut wiedergegeben (vgl. Wendland & Buber 2009, S.36). Frage 16 wurde ebenfalls in genau gleicher Weise wiederholt (S.32). Frage 12, 13, 14 und 15 entstammten ebenfalls dem ATHIS-Fragebogen (S.42f).

Baldaszti et al. beschreiben welches Erhebungsinstrument für die Gesundheitsbefragung in Österreich verwendet wurde. Um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu messen, wurde ein Fragebogen von der WHO verwendet. Dieser wird auch häufig WHOQOL-BREF5; World Health Organisation Quality of Life, Kurzversion genannt. Der Fragebogen besteht aus zwei Fragen zur allgemeinen Lebensqualität und zum allgemeinen gesundheitlichen Befinden und 24 Fragen zu unterschiedlichen Lebensbereichen. Es wurden für die fünf Bereiche „allgemeine Lebensqualität“, „physische Befindlichkeit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ Mittelwerte berechnet (Baldaszti et al. 2016, S.39).

Angelehnt an die österreichische Gesundheitsbefragung wurden für diese Arbeit der WHOQOL-BREF mit insgesamt 26 Items verwendet. Es werden Fragen zu den Bereichen

„Physisches Wohlbefinden“, „Psychisches Wohlbefinden“, „Soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ behandelt.

Die soziodemographischen Daten orientieren sich stark an den genormten und pre-getesteten Fragen, die in internationalen (EU-Silc) und nationalen großen Studien (ATHIS) verwendet werden. Frage 19 und 21 wurden sinngemäß vom Eu-Silc Fragebogen 2019 übernommen (Frage 19 – P137000 und Frage 21 – H039005). Bei Frage 19 wurden die Antwortkategorien genau gleich übernommen und bei Frage 21 wurde die Spannweite der Antwortkategorien vergrößert. Frage 20 erfragt die Haushaltsgröße ähnlich wie dies in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 erfragt wurde. Frage 17 und 18 beziehen sich ebenfalls auf soziodemographische Daten (Geschlecht und Alter). Die Antwortkategorien für die Frage 18 wurden passend für die Zielgruppe in sechs Kategorien eingestuft.

Im Folgenden soll der grobe Aufbau des Fragebogens noch etwas näher erläutert werden.

Der Fragebogen startet mit einer Screening-Frage und zwar:

„Üben Sie derzeit Fußball in einem Sportverein aus?“

Personen, die bei dieser Frage „Ja“ angekreuzt haben, waren für die Teilnahme an der Studie geeignet. Alle Personen, die diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, wurden auf die letzte Seite des Fragebogens weitergeleitet und der Fragebogen war für sie somit beendet.

Nach dieser Kontrollfrage starten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit Sportfragen bezogen auf die Häufigkeit der Ausübung des Sports, gefolgt von einer Abfrage zu allgemeinen Aussagen für die Beweggründe Sport zu treiben. Den Abschluss des Sportteils stellen die Fragen zur Teamkohäsion (MAKO-02) dar. Im nächsten Abschnitt wurden zuerst der subjektive Gesundheitszustand und das Vorhandensein von chronischen Krankheiten abgefragt. Daraufhin wurde der WHOQOL-BREF mit seinen 26 Items angeführt. Den Abschluss des Fragebogens bildet die Abfrage nach den soziodemographischen Daten.

Kriterien, die für die Erstellung des Fragebogens entscheidend waren und die intensiv in der Vorbereitung überlegt wurden, waren unter anderem der Fragetyp, die geeignete Reihenfolge der Fragen und die Anzahl an Fragen.

Peter Atteslander hält hierzu fest, dass geschlossene Fragen leichter zu beantworten sind als offene Fragen, jedoch auch öfter die Befragten in bestimmte Richtungen lenken könnten. Ein großer Vorteil, den geschlossene Fragen aufweisen können, ist, dass die Vergleichbarkeit aufgrund des einheitlichen Designs der Antwortkategorien deutlich höher ist. Wenn es darum

geht Hypothesen zu testen, eignen sich daher geschlossene Fragen besser (vgl. Atteslander 2009, S.148f).

Da für diesen Fragebogen die meisten Fragen aus bereits existierenden, teilweise sehr bekannten und angesehenen Studien stammen, wurde die Formulierung der einzelnen Fragen nicht als ein so großes Problem erachtet. Trotzdem wurde darauf gedacht, dass die Fragen so einfach und kurz wie möglich formuliert wurden. Die Fragen wurden daraufhin untersucht, dass sie sowohl neutral sind, aber auch konkret gestellt werden und die Aussagen klar interpretierbar sind. Es wurde darauf geachtet, dass keine hypothetischen Fragen, Suggestivfragen oder Fragen mit doppelter Verneinung verwendet werden. Auch die Antwortkategorien wurden hinsichtlich ihrer Reichweite und der Neutralität kontrolliert. Weiters wurde die Skalierung im gesamten Fragebogen gleich gepolt.

4.3. Vorgang der Datenerhebung

Nachdem die Hypothesen formuliert (siehe Kapitel 4) waren, wurden relevante Fragen betreffend diese Hypothesen aus bereits bestehenden Fragebogen erhoben und für diese Erhebung zusammengestellt.

Daher konnte sichergestellt werden, dass die Fragen bereits einigen Pretests unterzogen waren. Diese Fragen wurden in eine für die Arbeit sinnvolle Reihenfolge gebracht und es wurde ein qualitativer Pretest mit zwei Personen und ein quantitativer Pretest mit ebenfalls zwei Personen durchgeführt. Bei den beiden qualitativen Pretests ging es vor allem um das Frageverständnis und auch die Reihenfolge der Fragen. Besonderes Augenmerk wurde auch auf die Antwortkategorien gelegt. Nachdem diese beiden Testläufe vollzogen worden waren, wurden vor allem Überlegungen hinsichtlich der Reihenfolge der Fragen angestellt und diese noch in wenigen Details angepasst. Um die Länge des Fragebogens einzuschränken, wurden auch zwei im qualitativen Pre-test noch beinhaltete Fragen aus dem Fragebogen entfernt. Daraufhin fand der quantitative Pretest statt, bei dem es vor allem darum ging, das Erhebungsinstrument, den erstellten Fragebogen, und seine Nutzerfreundlichkeit zu testen. Dieser Pretest fand einmal online und einmal mit dem Handy statt. Der Pretest, der mit dem Handy durchgeführt wurde, ergab, dass die Nutzerfreundlichkeit sehr hoch war. Es musste wenig gescrollt werden, um alle Bereiche des Fragebogens gut sehen zu können, da in der Ansicht auch alle Antwortkategorien angezeigt wurden. Auch der Pretest online konnte überzeugen, auch hier war das Durchklicken des Fragebogens leicht möglich. Daher stand dem Verschicken des Links für den Fragebogen auf digitale Geräte nichts mehr im Weg.

In diesem Zusammenhang wurde auch stark auf die Reliabilität und die Validität des Fragebogens geachtet. Dadurch, dass die meisten Fragen aus bereits angesehenen Fragebögen entnommen wurden, konnte der Punkt der Reliabilität weitgehend als gegeben angenommen werden. Die Reliabilität wurde mit den Pretests jedoch nochmals überprüft und kam zu einem zufriedenstellenden Ergebnis. Die Validität war deutlich schwieriger festzustellen. Aufgrund der in Summe vier Pretests lässt sich die Validität für diesen Fragebogen jedoch ebenfalls ableiten. Auch die Aspekte der Antwortkategorien wurden weitestgehend beachtet, jedoch entsprechen sie auch nach den Pretests nicht dem Kriterien der Vollständigkeit, da es bei den meisten Fragen keine „Weiß nicht“- Kategorie gibt. Dieses Vermeiden einer „Nicht-inhaltlichen Beantwortung“ von Fragen wurde bewusst so gewählt, da der Fragebogen kaum persönlich sensible Fragen beinhaltet und die Teilnehmer und Teilnehmerinnen sich zu einer Antwort bekennen sollten.

Reliabilität meint so viel, als dass, wenn man die Untersuchung mit demselben Erhebungsinstrument wiederholen würde, das gleiche Ergebnis zu verzeichnen wäre. Bei der Validität geht es darum zu messen, ob das Erhebungsinstrument tatsächlich die Variable misst, die es messen soll. Die gebildeten Antwortkategorien müssen die Kriterien der Eindeutigkeit, der Ausschließlichkeit und der Vollständigkeit beinhalten (vgl. Atteslander 2009, S.296f).

Im Folgenden wird die Rücklaufqoute der Studie über den gesamten Zeitraum näher beschrieben. Da bei dieser Studie ein Online-Fragebogen als Erhebungsinstrument genutzt wurde, war es leicht die Rücklaufquote der Studie während des Erfassungszeitraums zu beobachten. Einerseits konnte online jederzeit nachgesehen werden, wie viele Teilnehmer und Teilnehmerinnen den Fragebogen schon vollständig ausgefüllt hatten. Andererseits war es auch möglich zu sehen, an welchen Fragen es vermehrt zu Abbrüchen des Fragebogens kam und auch die Dauer des Ausfüllens des Fragebogens konnte so dokumentiert werden. Auch Personen, die die erste Frage, ob sie in einem Fußballverein spielen, mit „Nein“ beantwortet haben, wurden zu den abgeschlossenen Teilnahmen gezählt. Diese Teilnehmer und Teilnehmerinnen konnten durch Löschung ihrer Angaben von der Analyse ausgeschlossen werden. Dadurch war es auch möglich eine Gesamtteilnehmerzahl des Fragebogens zu ermitteln.

Bereits am ersten Tag der Umfrage, 2.12.2019, konnten 20 Rückläufe verzeichnet werden. Am zweiten Tag wurden wieder 20 weitere Rückläufe bei 47 Teilnahmen aufgezeichnet, damit war die Rücklaufquote mit 85% sehr hoch. Am 4.12.2019 konnten weitere 30

Rückläufe verbucht werden. Schon am 7.12.2019 konnten 100 Rückläufe bei 116 Teilnahmen gewonnen werden, was einer Quote von 86,21% entspricht. Damit war die erste Woche der Umfrage die Zeitspanne, in der am meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen an der Umfrage teilgenommen haben. Der 7-Tage-Report der Umfrage vom 02.12.2019 bis 08.12.2019 hält 126 angefangene Teilnahmen und 110 vollständig ausgefüllte Teilnahmen fest.

In der Woche vom 9.12.2019 bis zum 15.12.2019 hingegen konnten lediglich 10 weitere vollständige beantwortete Fragebögen verzeichnet werden. Für den Zeitraum vom 16.12.2019 bis zum 22.12.2019 konnten nochmals 60 weitere abgeschlossene Fragebögen dazugewonnen, somit war die Fragebogen Anzahl vor Weihnachten bereits bei 180 Stück. In der Woche zwischen Weihnachten und Silvester haben nur zwei weitere Personen die Umfrage begonnen und auch vollständig abgeschlossen. Auch im Neujahr 2020 ging es zu Beginn eher schleppend voran, es wurden weitere 13 vollständige Teilnahmen verzeichnet. Zwischen dem 06.01.2020 und dem 12.01.2020 haben weitere 23 Teilnehmer und Teilnehmerinnen den Fragebogen abgeschlossen. Nach dem 12.01.2020 bis zum Ende der Umfragedauer haben noch weitere 37 Personen an der Umfrage vollständig teilgenommen. Die Rücklaufquote beträgt für diesen Zeitraum 93,7%, was einen sehr hohen Wert darstellt. Die Gesamtrücklaufquote gemessen an der Anzahl an angefangen Teilnahmen für die Studie beträgt 84,45%. Es konnten leider keine Zahlen dazu gewonnen werden, wie viele Personen das Email gelesen haben und den Fragebogen trotzdem nicht geöffnet haben.

Betrachtet man die Abbruch-Analyse, dann lässt sich feststellen, dass die Teilnahme vor allem an vier Stellen häufiger abgebrochen wurde. Am häufigsten und zwar mehr als 10 Mal wurde der Fragebogen an Seite 2 abgebrochen. Auf Seite 2 befindet sich die Kontrollfrage, ob die Personen derzeit Fußball in einem Sportverein ausüben. Vermutlich trifft dies auf viele der abgebrochenen Personen nicht zu, ansonsten lässt sich die hohe Abbruchrate nicht erklären, da dies eine Ja-Nein-Frage ist, die nicht viel kognitive Arbeit benötigt. Auf Seite 2 haben 12 Personen, die Umfrage vorzeitig abgebrochen. Hierbei könnte ein möglicher Grund sein, dass die Personen gerade doch nicht aktiv in einem Fußballverein sind und daher die Umfrage beendet haben. Die Abbruchrate von 5 beziehungsweise 8 Personen auf Seite 5 und 6 lässt sich schon eher nachvollziehen, da hier viele Items abgefragt werden und dies eventuell dazu geführt hat, dass die Teilnahme langatmig vorkam. Auf Seite 8 haben 6 Personen die Befragung vorzeitig abgebrochen, hier ging es um verschiedene Einschätzungen nach der subjektiven Gesundheit und der Lebenszufriedenheit. Die restlichen Seiten

verzeichnen relativ geringe Abbruchzahlen. Bei den soziodemographischen Daten haben keine Teilnehmer oder Teilnehmerinnen die Studie mehr abgebrochen.

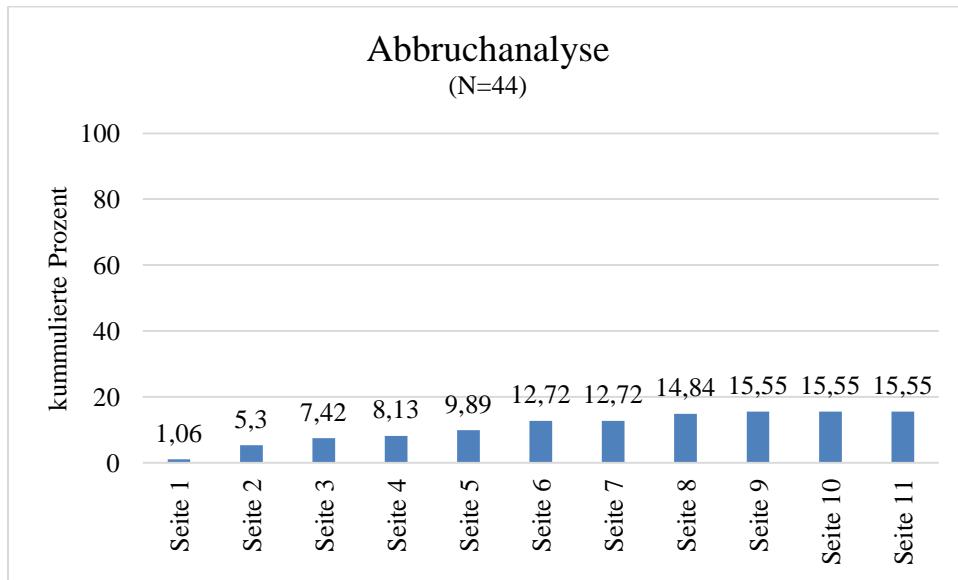


Abbildung 2: Abbruch-Analyse

Auch auf die Beantwortungsdauer soll kurz eingegangen werden, es muss jedoch gleich festgehalten werden, dass diese Zeiten aufgrund dessen, dass es sich beim Erhebungsinstrument um einen Online-Fragebogen handelt, nicht immer korrekt sind. Aus diesem Grund ist die kürzeste und längste Bearbeitungszeit auch nicht von Interesse. Der Median ist vermutlich hier am besten geeignet um die tatsächliche Durchschnittszeit darzustellen, dieser beträgt 9 Minuten und 8 Sekunden. Es zeigt sich, dass die Bearbeitung vor allem bei den Items zur Teamkohäsion deutlich länger als die restlichen Fragen in Anspruch genommen hat. Auch die erste Seite, die den Einleitungstext beinhaltet, hat verhältnismäßig viel Zeit gefordert. Am schnellsten beantwortbar waren scheinbar die Frage nach dem Gesundheitszustand und die soziodemographischen Daten.

Es sollte noch festgehalten werden, dass der Zeitpunkt der Befragung sicherlich einen erschwerten Zugang zu dem Sample dargestellt hat und eventuell war, aufgrund der Winterpause für die Fußballer und Fußballerinnen, das Antwortverhalten der Befragten etwas anders als sonst. Dieser kleine Messfehler musste jedoch in Kauf genommen werden, da der Befragungszeitraum dem Arbeitsablauf geschuldet war.

In Summe haben somit 106 männliche und 133 weibliche Teilnehmerinnen den Fragebogen vollständig beantwortet. Die Gesamtteilnehmerzahl liegt dadurch bei 239 Personen. Bevor mit der Analyse begonnen wurde, wurden alle unvollständigen Teilnahmen aus der Studie

entfernt und die Rohdaten in SPSS importiert. Daraufhin wurde das Skalenniveau überprüft und gegebenenfalls an die notwendigen Bedingungen angepasst. Weiters wurden auch einige Variablen umcodiert und erste Häufigkeitsauszählungen durchgeführt.

In diesem Zusammenhang soll auch eine kritische Reflexion zur Geschlechterverteilung bei der Studie erfolgen. Das Verhältnis von Fußballerinnen und Fußballern in Wien hat zu Jahresbeginn 2020 5 zu 95 (Frauen zu Männern) betragen. Wohingegen bei der durchgeführten Studie der Frauenanteil mit 55,6% sogar höher war als der der Männer. Dadurch zeigt sich, dass hier ein deutlicher Stichprobenbias vorliegt. Die Geschlechtervariable ist für die Hypothesen 4 und 5 sowie einen Teil der Fragestellung, die den Gesundheitszustand getrennt nach Geschlechtern analysieren, von Bedeutung. Für diese Analysen ist eine ausreichende Fallzahl in beiden Geschlechtern daher zwingend erforderlich.

5. Ergebnisdarstellung

Zu Beginn dieses Kapitels werden methodische Grundlagen der empirischen Erhebung und der verwendeten Indikatoren erläutert. Dazu zählt insbesondere die Erklärung der unterschiedlichen Skalenniveaus, die im Fragebogen verwendet werden. Das Sampling der Umfrage wird hinsichtlich der soziodemographischen Daten näher beschrieben. Zudem werden die vier verschiedenen Gesundheitsbereiche, die in der Arbeit behandelt werden, mit ihren spezifischen Ausprägungen beschrieben. Darauf folgt im ersten thematischen Teilkapitel die Analyse der Häufigkeitsverteilung sowie Statistiken wichtiger Indikatoren. Den Schwerpunkt des Kapitels stellen die Falsifizierung bzw. die Verifizierung der Hypothesen und die Beantwortung der Fragestellung dieser Untersuchung dar.

Für die Analyse wurden alle unvollständig ausgefüllten Interviews eliminiert. Durch die Vorgabe, dass alle Items des Fragebogens verpflichtend beantwortet werden mussten und nicht übersprungen werden konnten, gibt es in den verwendeten gültigen Fragebögen keine fehlenden Werte. Dies hat insbesondere den Vorteil, dass keine Regelungen bezüglich fehlender Werte für einzelne Indikatoren oder errechnete Indizes getroffen werden mussten.

Die einzelnen Variablen des Fragebogens wurden bezeichnet und ihre Antwortkategorien wurden mit nummerischen Zahlenwerten versehen (siehe Anhang). Dies ist notwendig, damit es im Zuge der Auswertung und bei der Analyse zu keinen Problemen der Zuordnung oder missverständlichen Zuordnungen kommt.

Für die spezifischen Belange der Indikatoren und Befragungsthemen mussten unterschiedliche Skalenniveaus verwendet werden, dies liegt daran, dass unterschiedliche auch verschiedene Differenzierung in den Niveaus benötigen. Zudem mussten methodische Vorgaben eingehalten werden. So muss bei der Regressionsanalyse die abhängige Variable metrisch sein, wohingegen die unabhängige Variable metrisch, binär oder mehrkategorial sein kann. Wobei bei den letzten beiden mit einer Dummyvariable gearbeitet werden muss. Das Geschlecht hingegen stellt einen klassischen Fall von einer nominalen Skala dar. Auch die Frage nach dem Vorhandensein von chronischen Krankheiten verfügt über eine nominales Datenniveau. Mit ordinalskalierten Daten sind Vergleiche und Rangfolgen, die nicht auf gleich großen Intervallen begründet sind, möglich. Auch metrische Daten wurden bei der Studie verwendet, es wurde jedoch nur mit Intervallskalen gearbeitet, es gibt dabei nie einen absoluten Nullpunkt. Hierbei sind Rangordnungen und interpretierbare Abstände die Voraussetzung. Die Fragen zur Teamkohäsion verfügen alle über ein metrisches Datenniveau.

Bei der Analyse ist zu beachten, dass für bestimmte Tests und Auswertungsanalysen bestimmte Skalenniveaus notwendig sind, so kann der Median erst ab ordinalskalierten Daten berechnet werden. Spannweite, Varianz, Standardabweichung und Variationskoeffizient können nur mit metrischen Daten berechnet werden.

In quantitativer Hinsicht haben insgesamt 106 männliche Fußballer und 133 weibliche Fußballerinnen aus Wien den Fragebogen vollständig ausgefüllt und konnten somit in die Auswertung einbezogen werden. Somit sind 55,66% der Teilnehmerinnen weiblich und 44,34% sind männlich. Für diese 239 Teilnehmerinnen zeigt sich in der Altersverteilung der Personen das typische Bild der „sportaktiven“ Bevölkerung im Alter zwischen 15 bis knapp über 40 Jahre. Dabei umfasste die jüngste Gruppe der Befragten, die 15-19 Jährigen einen Anteil von 20% der teilnehmenden Personen. Etwa 25% der Probanden und Probandinnen sind jeweils zwischen 20-24 Jahre beziehungsweise zwischen 25-29 Jahre alt. 17% der befragten Personen fallen in die Altersgruppe zwischen 30-34 Jahre. Danach beenden häufig viele der Sportlerinnen, auch im Amateurbereich, ihre „Fußballkarriere“, was sich am geringeren Anteil der 35-40 Jährigen (ca. 6%) unter den Teilnehmerinnen der Befragung zeigt. Nur mehr sehr wenige Teilnehmer und Teilnehmerinnen, nämlich 3% sind älter als 40 Jahre alt. Für alle Auswertungsarbeiten, in denen das Alter der teilnehmenden Personen als Variable verwendet wurde, konnten die ersten vier Altersstufen beibehalten werden, Stufe 5 und 6 wurden jedoch zusammengefasst, damit die Gruppe der älteren Fußballerinnen und Fußballer über einen höheren Anteil verfügt und die statistische Relevanz und Aussagekraft bezüglich dieser Gruppe erhöht werden kann.

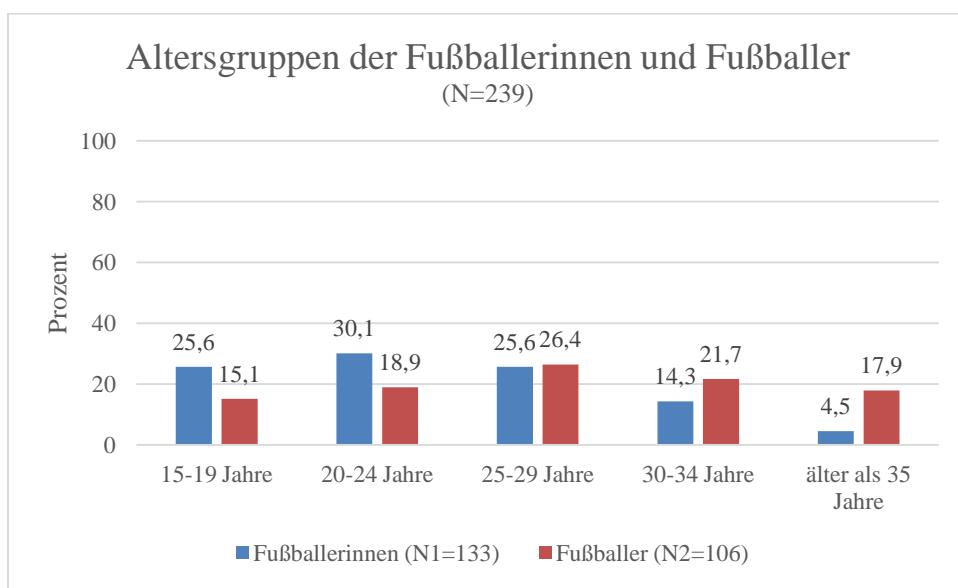


Abbildung 3: Altersgruppen der Fußballerinnen und Fußballer

In diesem Zusammenhang ist auch die Variable bezüglich des höchsten abgeschlossenen Bildungsgrades interessant. Mehr als ein Drittel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfügen über einen Matura-Abschluss als höchsten Bildungsabschluss. Mehr als 25% der Personen, die bei der Umfrage teilgenommen haben, verfügen sogar über einen Masterabschluss. Der dritthäufigste Abschlussgrad der Teilnehmerinnen dieser Studie stellt der Bachelorabschluss mit fast 17% dar. Die Prozentwerte von Pflichtschulabschluss und Lehre mit Berufsschule liegen bei etwa 10%. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Studie haben Fach- oder Handelsschule und auch den Hauptschulabschluss als höchsten Bildungsgrad mit 2,5% und 1,3% am seltensten angegeben. Diese Werte zeigen deutlich, dass der Bildungsstand der an der Studie teilgenommenen Personen sehr hoch ist.

Der hohe Bildungsstand, der sich in der Studie wiederspiegelt, deckt sich auch mit der Literatur, die vor allem für weibliche Fußballerinnen einen sehr hohen Anteil an Personen mit Universitäts- und Hochschulabschluss festgestellt hat (z.B. Diketmüller 2002). Nichtsdestotrotz sollte überdacht werden, ob das hohe Bildungsniveau auch am Sampling liegen kann. Im Frauenfußball wurde Kontakt mit allen Vereinen, die erwachsene Frauenfußballteams führen, aufgenommen und daher kann davon ausgegangen werden, dass hier ein relativ realistisches Bild der derzeitigen Situation dargestellt wird. Für den Männerfußball kann diese Garantie nicht mehr gewährleistet werden, da die Kontaktaufnahme nur mit Teams möglich war, von denen auch Kontaktdaten online vorhanden sind. Dadurch sind aus einigen Männerteams keine Fußballer in der Studie vertreten. Aufgrund der Vielzahl an Männerfußballvereinen konnte auch nicht jeder Verein angeschrieben werden. Diese beiden Arten von Stichprobenbias können auch dazu geführt haben, dass der Bildungsstand bei den fußballspielenden Männern dieser Studie ebenfalls sehr hoch ist. Eine weitere Annahme, die von der Literatur bereits bestätigt ist, besagt, dass höher gebildete Personen öfter über eine bessere Gesundheit verfügen als schlechter gebildete Personen. Der Bericht der Statistik Austria „Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit 2014“ geht auf gesundheitliche Unterschiede innerhalb der Gesellschaft ein. Auch hier konnte gezeigt werden, dass sich höher gebildete Personen meist gesünder fühlen und seltener an chronischen Krankheiten leiden (vgl. Baldaszi et al. 2016, S.18). Ob diese Tatsache auch in dieser Studie wirkt, lässt sich feststellen, indem der Gesundheitszustand getrennt nach unterschiedlichen Bildungsabschlüssen betrachtet wird. Um sagen zu können, ob der Bildungsstand auf die Gesundheit wirkt, wurde der Kontingenzkoeffizient zwischen der Bildungsvariable und allen sechs Gesundheitsvariablen untersucht. Es besteht bei allen unterschiedlichen Facetten der Gesundheit und der Bildung ein Zusammenhang um etwa

20%, wobei dies einen sehr geringen Zusammenhang erkennen lässt. Demnach kann man nicht davon ausgehen, dass hier der Bildungstand auf die Gesundheit wirkt.

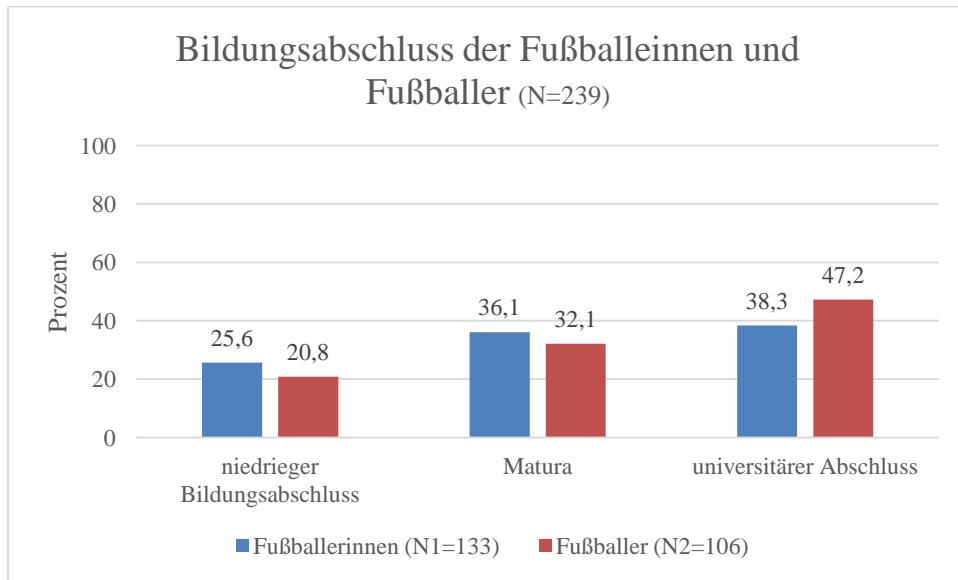


Abbildung 4: Bildungsabschluss der Fußballerinnen und Fußballer

Auch die Haushaltsgrößen der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie wurden im Fragebogen erfasst. Mehr als 40% der Befragten leben in einem 2-Personen-Haushalt. Fast 18% wohnen in Single-Haushalten, oder zu dritt beziehungsweise zu viert in einem Haushalt. Knapp 4% der Befragten wohnen in einem Haushalt von mehr als 5 Personen.

Leider ist der Prozentsatz der Personen, die keine Angabe zu ihrem Haushaltseinkommen gemacht haben, mit fast 18% sehr hoch. Ein ähnlich hoher Anteil der Befragten von 18% verfügt über ein monatliches Netto-Einkommen zwischen 1500 und 2000 Euro. Etwa 10% entfallen auf die niedrigste Kategorie bis 600 Euro, und ähnlich viele auf die höheren Einkommenskategorien von 2000-3000 Euro und 3000-4000 Euro. Knappe 8% der Befragten verfügen über mehr als 5000 Euro im Monat. Das monatliche Netto-Haushaltseinkommen ist vor allem in Kombination mit der Haushaltsgöße bedeutend.

Mehr als 80% eines Ein-Personen-Haushaltes stehen bis zu 2000 Euro monatlich zur Verfügung, wobei davon fast die Hälfte auf die Antwortkategorie zwischen 1500 und 2000 Euro entfällt. Bei Haushalten mit zwei Personen erhält die Hälfte der Befragten lediglich unter 2000 Euro. In Haushalten mit drei Personen verfügen nicht mal 50% weniger als 3000 Euro. Wobei hier sehr viele Personen die Angaben machten lediglich bis zu 600 Euro im Monat im Haushalt zu verdienen, da liegt die Vermutung nahe, dass es sich dabei um Studenten-Wohngemeinschaften handelt oder die Personen über das Einkommen ihrer

Haushaltsmitglieder nicht Bescheid wissen. Bei Haushalten mit 4 Personen hat sich die Annahme mit mehr Haushaltsmitgliedern wird auch das Einkommen höher, durchgesetzt. Über Personen mit mehr als 4 Mitgliedern im Haushalt lassen sich keine gesicherten Aussagen bezüglich ihres Haushaltseinkommens treffen, da die Anzahl an Personen sehr niedrig ist.

Die vier verschiedenen abgefragten Gesundheitsbereiche umfassen Aspekte des „physischen Wohlbefindens“, des „psychischen Wohlbefindens“, der „Sozialen Beziehungen“ und der „Umwelt“.

Die Variablen (v46, v14, v84, v47, v6, v56, v49, v48, v13, v14, v84, v85) lassen sich zu dem physischen Wohlbefinden einordnen. Dabei geht es vor allem um körperliche Zustände, sowohl negative (z.B. Schmerzen), als auch positive (z.B. Schlaf bzw. Schlafzufriedenheit). Auch der Grad der Mobilität und das Ausmaß der Aktivitäten des täglichen Lebens fallen darunter.

Zum psychischen Wohlbefinden werden die Variablen (v59, v60, v67, v57, v61, v4, v5, v10, v12) gezählt. Es beschreibt sämtliche Aspekte, die die Psyche eines Menschen betreffen. Gefühle, Anschauungen, Konzentration und auch Selbstwahrnehmung gehören zu dieser Kategorie.

Die Dimension der sozialen Beziehung ist am einfachsten bzw. deutlichsten abzugrenzen. Es geht um die praktische Unterstützung in persönlichen Belangen, sexuelle Aktivitäten und tatsächliche Beziehungen, welche in den Variablen v62, v63 und v64 abgefragt werden.

Der Bereich der Umwelt umfasst viele verschiedene Facetten der Gesundheit. Bei dem verwendeten Fragebogen handelt es sich um die Variablen (v74, v65, v78, v69). Hierunter fallen finanzielle, wohnliche und sicherheitstechnische Ressourcen. Teilweise geht es auch um Ressourcen, die vom Staat zur Verfügung gestellt werden und den Zugang zu diesen (z.B. Gesundheitsversorgung).

Aus diesen vier Bereichen der Gesundheit wurde eine Gesamtkategorie „Gesamtgesundheitszustand“ gebildet, die alle Teil-Aspekte der einzelnen Gesundheitsbereiche umfasst.

5.1. Häufigkeitsauszählungen

In diesem Kapitel werden die zentralen Variablen des Fragebogens in deskriptiver Form erläutert. Zuerst werden die Fragen nach der Häufigkeit der Ausübung des Fußballs, auch nach Geschlechtern getrennt, beschrieben. Daraufhin folgen die Ergebnisse zu den Auswirkungen von Sport und den Motiven Sport zu betreiben. Diese werden von den wichtigsten Ergebnissen zur Teamkohäsion gefolgt. Einen sehr großen Teil nehmen die Ergebnisse zu den unterschiedlichen Gesundheitsbereichen ein. Auch erste Interpretationen der Ergebnisse finden in dieser deskriptiven Darstellung bereits statt.

Begonnen wird mit der Verteilung der Trainingshäufigkeit der Sportart Fußball. Fast zwei Drittel der an der Studie teilgenommenen Personen betreiben 2-3x die Woche Fußball. Darauf folgen mit 16% jene Personen, welche 4-6x pro Woche trainieren. Einmal die Woche trainieren etwa 15% der Befragten. In weiterer Folge soll die Häufigkeit des Trainings aufgeteilt nach Geschlecht untersucht werden. Abbildung 4 zeigt die Häufigkeit der Fußballausübung nach Geschlecht in graphischer Weise. Zuerst soll die Verteilung der Frauen erläutert werden. Etwa 10% betreiben manchmal oder einmal in der Woche Fußball. Mehr als 60% der Frauen spielen 2-3x die Woche Fußball. 4-6x die Woche beschäftigen sich ein Viertel der an der Studie teilgenommenen Frauen mit Fußball. 1,5% betreiben sogar täglich Fußball. Bei den Männern hingegen betreiben mehr als 20% nur manchmal oder einmal in der Woche Fußball. Sogar mehr als 70% fallen in die Kategorie der 2-3x die Woche Trainingshäufigkeit. Etwa 6% betreiben 4-6x die Woche Fußball, keiner der teilgenommenen Männer spielt täglich Fußball. Zentrale Ergebnisse sind, dass fast gleich viele Männer wie Frauen dieser Studie 2-3x die Woche Fußball betreiben. Betrachtet man hingegen Personen, die nur einmal wöchentlich Fußball spielen, ist der Prozentsatz der Männer (65%) höher als der der Frauen (35%). Wohingegen deutlich mehr Frauen als Männer 4-6x die Woche (fast 85%) Fußball betreiben. Dieser Unterschied in der Häufigkeitsverteilung deutet darauf hin, dass offensichtlich die Auswahl der befragten Männer stärker im Amateurbereich angesiedelt ist und sich durch im Durchschnitt geringerer Trainingshäufigkeit auszeichnet.

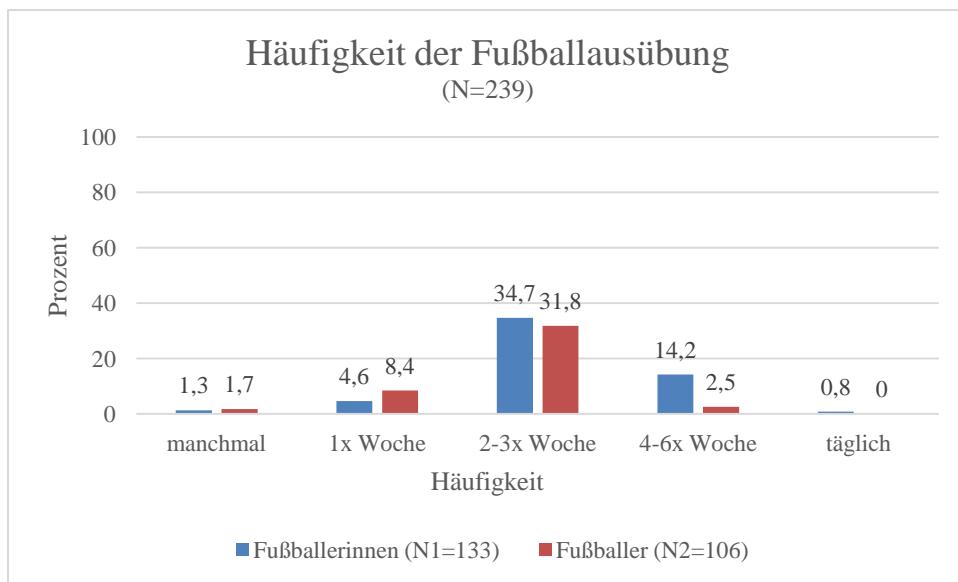


Abbildung 5: Häufigkeit der Ausübung von Fußball nach Geschlecht

Ausgehend von der Häufigkeit der Ausübung der Sportart Fußball ist auch der Zeitaufwand den die Probandinnen und Probanden wöchentlich auf sich nehmen von Relevanz. Für 40% der Befragten nimmt Fußball zwischen 5-10 Stunden pro Woche in Anspruch. Fast ein Drittel der Personen verfallen auf die Antwortkategorie 3-5 Stunden. 1-3 Stunden Zeit pro Woche nimmt der Fußball bei etwa 1/5 der befragten Personen ein. 8% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen verbringen zwischen 10-20 Stunden in der Woche mit dem Fußball.

Dadurch, dass bekannt ist, dass bei dieser Studie Frauen häufiger Fußball ausüben als Männer, kann man davon ausgehen, dass sie auch mehr Zeit dafür aufwenden. Dies legt die Vermutung nahe, dass bei der Studie die weiblichen Teilnehmerinnen aus höheren Leistungsklassen kommen als die Männer.

Die Frage nach der Wettkampfteilnahme und -häufigkeit soll nur kurz beschrieben werden. Mehr als 85% nehmen an wöchentlichen Wettkämpfen teil, dies bedeutet dass es sich hierbei wirklich um aktive Sportler und Sportlerinnen handelt. Jeweils etwa 5% der Befragten nehmen nur monatlich beziehungsweise seltener an Wettkämpfen teil. 2% der Befragten nehmen nie an Wettkämpfen teil. Dies kann mehrere Ursachen (zum Beispiel das Alter, eine derzeitige Verletzung, ein zu großer Teamkader) haben auf die in dieser Arbeit jedoch nicht weitereingegangen werden soll.

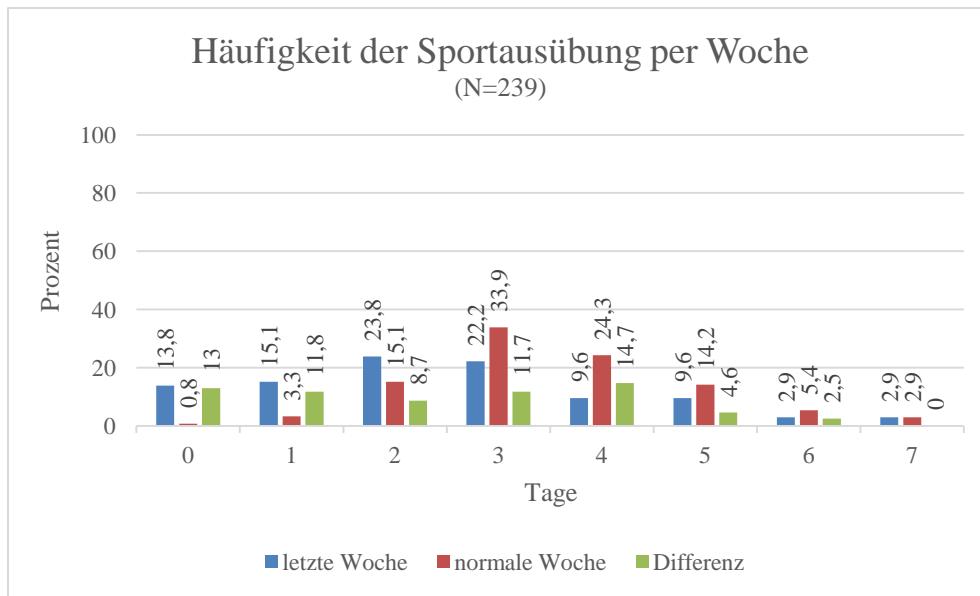


Abbildung 6: Häufigkeit der Sportausübung pro Woche

Betrachtet man die beiden Fragen nach der Sporthäufigkeit der letzten 7 Tage und der Sporthäufigkeit in einer normalen Woche, sind deutliche Unterschiede sichtbar. Die beiden höchsten Werte der letzten 7 Tage sind bei 2 Tage (23,8%) und bei 3 Tage (22,2%) vermerkt. Im Gegensatz dazu liegen sie bei einer normalen Woche bei 3 Tagen (33,9%) bzw. bei 4 Tagen (24,3%). Lediglich der Prozentsatz der Personen, die täglich Sport treiben, bleibt in beiden Fragestellungen bei 2,9% relativ niedrig und gleich. Ein großer Unterschied ist bei Personen festzustellen, die an keinem Tag Sport gemacht haben. Der Wert für die Sporthäufigkeit der letzten Woche liegt hier bei 13,8%, wohingegen er in einer normalen Woche unter einem Prozent bleibt. In diesem Zusammenhang ist der Mittelwert der beiden Items sehr aufschlussreich. Für die Fragestellung der Sporthäufigkeit der letzten 7 Tagen liegt der Mittelwert bei 3,54. In einer normalen Woche liegt er aber mit 4,56 weit höher. Dies bedeutet, dass in einer normalen Woche rund einen Tag mehr Sport betrieben wird als im Zeitraum der Befragung. Eine mögliche Erklärung für diese Werte könnte sein, dass die Befragung in der Winterpause stattfand, da ist oft die Trainingshäufigkeit etwas seltener als in der Meisterschaftsphase.

Im Folgenden soll auf die Auswirkungen, die Sport auf die Befragten ausüben kann, eingegangen werden. Hierfür wurden die Auswirkungen in zwei Bereiche getrennt, die physischen und die psychische-sozialen Auswirkungen. Die Antwortkategorien wurden auf drei reduziert, es gibt die Kategorie „stimme zu“, „stimme teils/teils zu“ und „stimme nicht zu“. Die Variablen v7, v11, v66 und v81 lassen sich zu den physischen Auswirkungen des Sportes zählen. Hierbei geht es um das Vorbeugen von Krankheiten, Konditionsverbesserung,

den Erhalt der Beweglichkeit und das körperliche Austoben. Wohingegen die Variablen v79, v80, v82 und v83 zu den psychischen/sozialen Auswirkungen gehören. Hierunter fällt das Aussehen, das Zusammensein mit anderen Leuten, die Vermeidung von Langeweile und das Thema der Ablenkung von Problemen.

88,5% der Befragten geben an, den potenziellen physischen positiven Auswirkungen auf die Gesundheit zu zustimmen. Etwa 9% sind sich hierbei unschlüssig und lediglich 2% glauben nicht an die positiven Auswirkungen auf den Körper durch Sport. Bei den psychische/sozialen Auswirkungen sind die Werte Teilnehmer und Teilnehmerinnen nicht so hoch. Trotzdem stimmen noch mehr als zwei Drittel der Befragten den Aussagen über eine positive Auswirkung auf die Psyche zu. Etwa 16% sind sich bei den Fragestellungen nicht klar und halten sich in der mittleren Kategorie auf. Mehr als 6% meinen, dass Sport keinen positiven psychischen/sozialen Effekt für sie hat.

Auch die Motive, warum die teilgenommenen Personen, gerne Sport betreiben, sollen erläutert werden. Bei diesen Aussagen wurden die Antwortkategorien ebenfalls auf drei reduziert. Insgesamt stimmten 71,3% der Befragten den angeführten Aussagen über die Motive Sport zu treiben zu. Etwa 16% haben nur teilweise zugestimmt. 12% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen stimmen den Aussagen nicht zu.

Es gibt bei den einzelnen Variablen jedoch sehr deutliche Unterschiede. Mehr als 90% der befragten Personen gaben an, dass sie Sport betreiben „um Spaß zu haben“ und „um mich fit zu halten“. Den Aussagen, dass Sport betrieben wird „um mich zu entspannen“, „um etwas für meine Figur zu tun“ oder auch „um mich abzureagieren“ wurde hingegen von etwas mehr als der Hälfte zugestimmt. Die Ergebnisse zum Leistungsgedanken, ausgedrückt in Aussagen wie „um meine Kräfte mit anderen zu messen“ unterscheiden sich hierbei in jeglicher Form von den anderen Aussagen. Es stimmten diesem Statement lediglich ein Drittel zu, etwas mehr als ein Drittel stimmt dieser Aussage jedoch nicht zu. Etwa ein Drittel stimmte teilweise zu.

Die nächste deskriptive Statistik, die hier näher beschrieben werden soll, sind die Ergebnisse der Teamkohäsion. Hierfür wurde die 7-teilige Skala auf 3 Abstufungen reduziert. Die Antwortkategorien „stimme völlig zu“, „stimme zu“ und „stimme eher zu“ wurde zu der Kategorie „stimme zu“ gemacht. Die Kategorie „stimme teils/teils“ bleibt gleich wie davor bestehen. Die Antwortmöglichkeiten „stimme eher nicht zu“, „stimme nicht zu“ und „stimme überhaupt nicht zu“ wurde in die Kategorie „stimme nicht zu“ geändert. Die Teamkohäsion besteht insgesamt aus 19 Items, zu denen die Befragten ihre Einstellung abgeben mussten.

Mehr als 70% der befragten Personen haben über alle Items im Durchschnitt den Aussagen zur Teamkohäsion zugestimmt. Etwa 12% haben den Aussagen nur teilweise zugestimmt. Etwas mehr als 13% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen haben den Statements nicht zugestimmt. Hierbei ist vor allem interessant, dass die vorletzte Variable (v44 „Ich bin in der Mannschaft, weil hier hauptsächlich die Leistung zählt“) deutlich mehr Ablehnung (58,5%) als Zustimmung (21,8%) fand. Dadurch wurden die Werte, weil sie im Durchschnitt betrachtet werden, etwas verzerrt beziehungsweise. geben diese Teilauspekte im gemeinsamen Indexwert der Teamkohäsion nicht wider. Die Aussagen mit der höchsten Zustimmung waren „Ich gebe immer mein Bestes, weil die Mannschaft das von mir erwartet.“ und „Ich werde in der Mannschaft so wie ich bin akzeptiert.“ mit jeweils mehr als 90% Zustimmung.

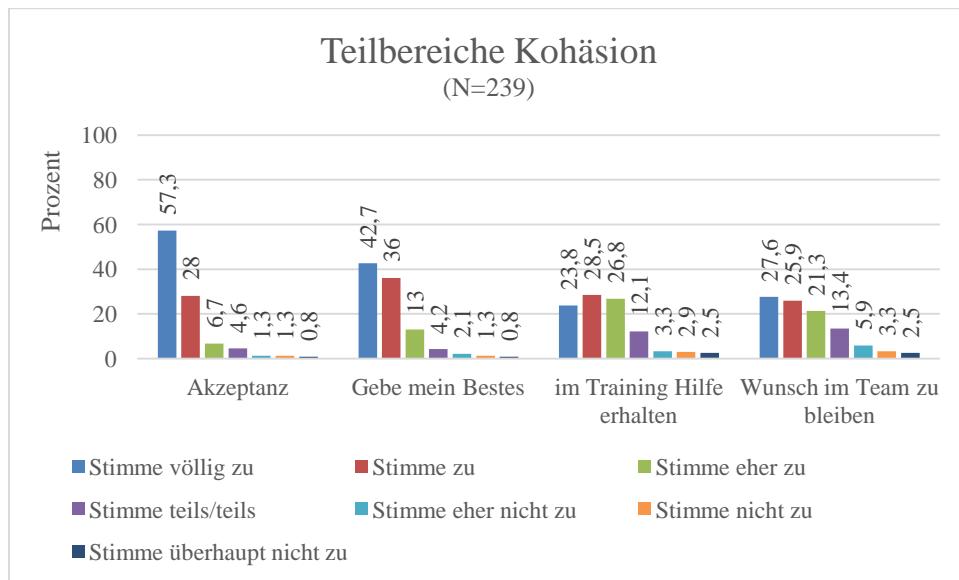


Abbildung 7: Teilbereiche der Kohäsion

Auch die Mittelwerte der einzelnen Items sollen miteinander verglichen werden. Hierbei ist festzuhalten, dass Werte zwischen 1 und 7 auftreten können. Ein Wert von 1 bedeutet eine vollkommene Übereinstimmung und 7 ist die absolute Ablehnung der Aussage. Diese sind die Aussagen „Ich werde in der Mannschaft so wie ich bin akzeptiert“ mit einem Mittelwert von 1,72 und „Ich gebe immer mein Bestes, weil die Mannschaft das von mir erwartet“ und einem Mittelwert von 1,94. Ein Dutzend Items weisen einen Gesamtmittelwert zwischen 2,0 und 2,99 auf. Weitere 4 Variable weisen einen Gesamtmittelwert zwischen 3,0 und 3,99 auf. Es ist interessant, dass es sich dabei vor allem um Variablen handelt, die mit Leistung zu tun haben. Die Variable „Ich bin in dieser Mannschaft, weil hier hauptsächlich Leistung zählt.“ wird von der Mehrheit abgelehnt und hat daher einen Mittelwert von 4,92. Der Gesamtmittelwert im

Durchschnitt für die Teamkohäsion liegt bei 2,72 und drückt somit auch deutlich mehr Zustimmung als Ablehnung zu den einzelnen Items aus.

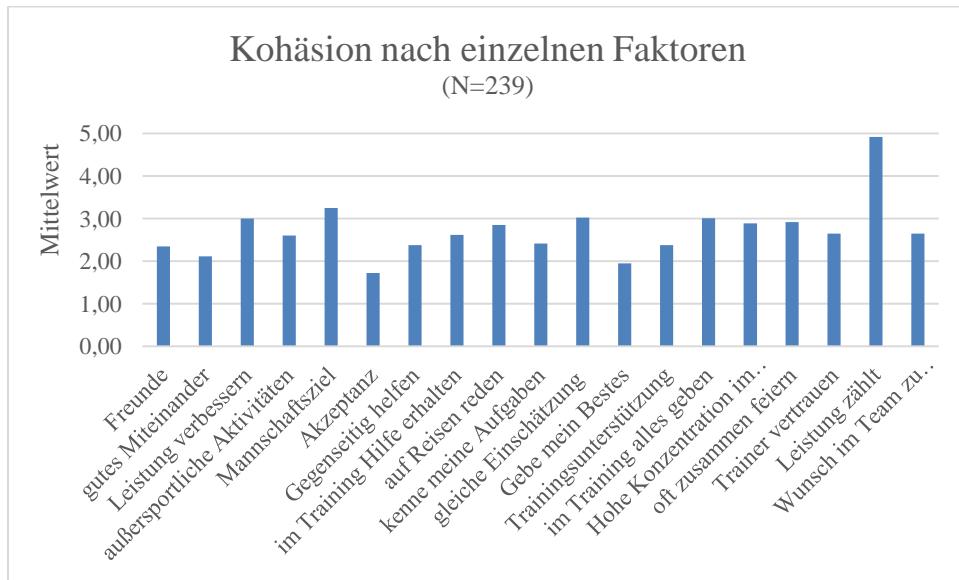


Abbildung 8: Mittelwerte der Teamkohäsion

Den zweiten wichtigen Themenkomplex stellen die Fragen nach der individuellen Gesundheit dar. Hierfür ist es zunächst von Bedeutung sich anzusehen über welchen allgemeinen Gesundheitszustand die betroffenen Spieler und Spielerinnen verfügen, erst danach kann auf weitere Aspekte der Gesundheit eingegangen werden.

Mehr als ein Drittel der Befragten geben an über einen sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand zu verfügen. Mehr als die Hälfte der befragten Personen empfinden ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut. Etwa 9% stufen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig ein. Lediglich 1% meint über einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand zu verfügen. Niemand der Teilnehmer und Teilnehmerinnen gibt an, einen sehr schlechten Gesundheitszustand zu haben. In Summe verfügen daher etwa 88% über einen guten beziehungsweise sehr guten Gesundheitszustand. Ein Indiz dafür könnte sein, dass auch mehr als 88% der Befragten an keinem chronischen Gesundheitsproblem leiden. Etwas mehr als 10% der Befragten geben an, eine dauerhafte Krankheit beziehungsweise ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. Die weiblichen Teilnehmerinnen und männlichen Teilnehmer unterscheiden sich bei dieser Einschätzung kaum.

Die 26 Items zur individuellen Gesundheit der Befragten werden bei der Auswertung in die vier oben beschriebenen Gesundheitsbereiche zusammengefasst. Es werden Aspekte des „physischen Wohlbefinden“, des „psychischen Wohlbefinden“, der „Sozialen Beziehungen“

und der „Umwelt“ behandelt. Auch hier wurden die Antwortkategorien wieder auf drei Gruppen reduziert. Obwohl dies gerade bei den Fragen nach Häufigkeiten teilweise Schwierigkeiten mit sich bringt, konnte die Reduktion Vorteile erzielen.

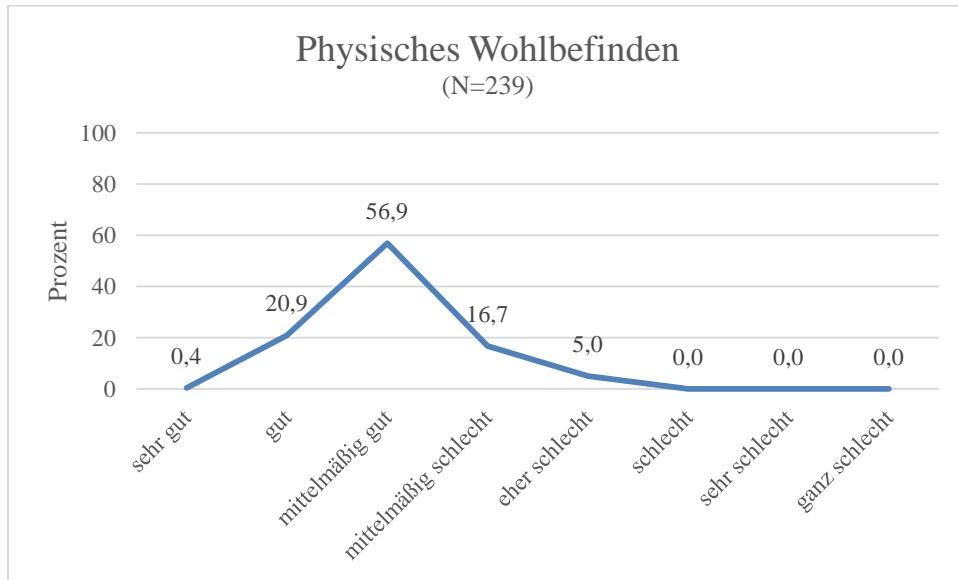


Abbildung 9: physisches Wohlbefinden

Zuerst sollen die Ergebnisse des physischen Wohlbefindens betrachtet werden. Etwa zwei Drittel der an der Studie teilgenommenen Personen empfinden ihre physische Gesundheit als gut. Ungefähr ein Fünftel liegt bei einem mittleren Wohlbefinden. Etwas mehr als 13% der Befragten schätzen ihre physische Gesundheit als nicht gut ein. Die Aussagen zu den Häufigkeiten der Gefühlsregungen sind auch hierbei wieder etwas schwieriger zu erfassen und können das Gesamtbild verzerrn. Die mittlere Antwortkategorie verzeichnet zum Teil sehr hohe Werte, weil bei den Fragen nach der Häufigkeit „ziemlich oft“ die mittlere Antwortkategorie darstellt. „Ziemlich oft“ gibt aber eigentlich auch eine klare Tendenz an und bedeutet nicht, dass zu beiden Extremwerten der gleiche Abstand besteht, wie es zum Beispiel bei der Aussage „weder noch“ gemeint ist.

Fast 6% der Befragten klagen darüber, dass sie nicht schmerzfrei sind, was bei einer Stichprobe bei der es sich um aktive Sportler und Sportlerinnen handelt, doch ein relativ hoher Wert ist. Auch mehr als ein Zehntel der an der Studie teilgenommenen Personen ist mit der Qualität des Schlafs nicht zufrieden, lediglich zwei Drittel sind damit zufrieden. Ein Indiz, dass die Personen der Studie tatsächlich aktiv im Sportleben stehen, zeigt sich darin, dass beinahe 97% sich gut fortbewegen können. Lediglich 3% können sich mittelmäßig bis schlecht fortbewegen. Auch die Zufriedenheit mit der Arbeitsfähigkeit und der Erledigung

von alltäglichen Dingen liegt bei hoher Zufriedenheit bei über 85%. Weniger als 4% der Befragten sind hierbei unzufrieden. Die Statements zu den Häufigkeiten der Gefühlswahrnehmung sind etwas irreführend, da die vorgegebenen Kategorien „nie“ und „manchmal“ zusammengefasst werden mussten, um ausreichende Fallzahlen in den Gruppen zu erreichen. Voller Schwung und voller Energie sind fast ein Drittel der Befragten. Fast ein Drittel der befragten Personen wählten die mittlere Antwortkategorie, „ziemlich oft“ müde und erschöpft.

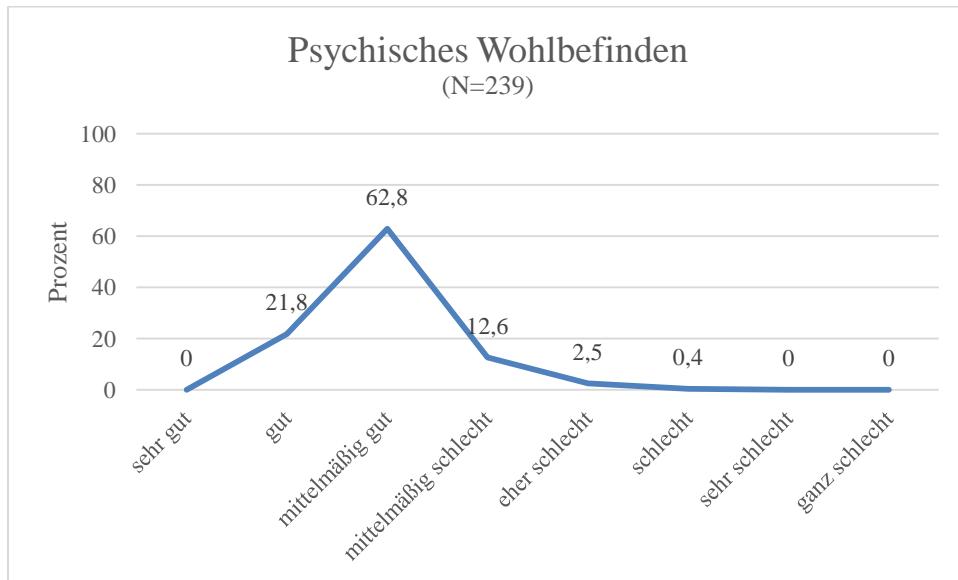


Abbildung 10: psychisches Wohlbefinden

Im Durchschnitt betrachtet verfügen beinahe 74% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Studie über ein gutes psychisches Wohlbefinden. Etwa ein Fünftel verfügt über ein mittelgutes Wohlbefinden. Mehr als 8% verfügen über ein nicht so gutes psychisches Wohlbefinden, wobei hier die Ungenauigkeit der Antwortkategorie der Häufigkeit der Gefühlsregungen sicher einen großen Beitrag dazu leistet.

Ein besonders erwähnenswertes Ergebnis ist, dass bei den Aussagen, „Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?“ oder auch „Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?“ einige Teilnehmer und Teilnehmerinnen auch die Kategorie „überhaupt nicht“ ausgewählt haben. Etwa 2% der Befragten können ihr Leben nicht genießen, ihr Leben als nicht sinnvoll erachteten sogar 3% der Befragten. Im Gegenzug dazu sind jedoch die Werte der Personen, die ihr Leben genießen und als sinnvoll betrachten mit mehr als 85% sehr hoch. Mehr als 4% der befragten Personen sind mit sich selbst nicht zufrieden, hier ist auch die mittlere Kategorie mit 18% relativ hoch. Befragt nach der Häufigkeit des Gefühls von Nervosität haben 7% ausgesagt, dass sie

meistens über so ein Gefühl verfügen. Wohingegen sich mehr als 90% nur manchmal niedergeschlagen fühlen, hierbei ist vor allem der Wert für die Personen, die sich nie niedergeschlagen fühlen, mit beinahe 50% sehr hoch. Bei den Aussagen zur Häufigkeit zu Ruhe und Gelassenheit und zu glücklich sein, ist die mittlere Antwortkategorie „ziemlich oft“ mit beinahe einem Dritteln sehr stark vertreten.

Auch die dritte Gesundheitsdimension „soziale Beziehungen“ soll hier näher erläutert werden. In dieser Gruppe sind nur drei Variablen, die die persönlichen Beziehungen, das Sexualleben und die Unterstützung durch Freunde abfragen, enthalten. Der Durchschnitt dieses Gesundheitsaspektes, die über eine gute Gesundheit bezüglich ihrer sozialen Beziehungen verfügen, liegt bei 77%. Der Wert für die Personen, die weder zufrieden noch unzufrieden mit ihren sozialen Beziehungen sind liegt bei 15%. Mit ihren sozialen Beziehungen sind 8% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen unzufrieden.

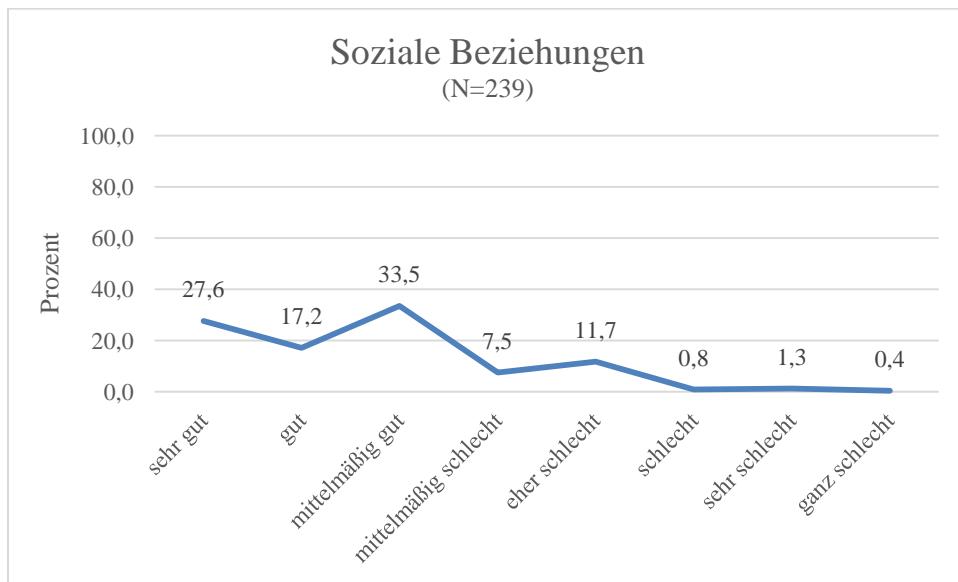


Abbildung 11: soziale Beziehungen

Betrachtet man die Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen und der Unterstützung durch Freunde lässt sich feststellen, dass 85% der Befragten zufrieden sind. Lediglich etwa 3% sind mit diesen Aspekten nicht zufrieden. Wird hingegen die Zufriedenheit mit dem Sexualleben betrachtet, zeigt sich ein deutlich anderes Bild. Lediglich knapp 60% der Befragten sind mit ihrem Sexualleben zufrieden. Beinahe ein Fünftel der Befragten ist mit ihrem Sexualleben nicht zufrieden. Die Abfrage nach der Zufriedenheit mit dem Sexualleben hat sowohl die Zufriedenheitsrate des Gesamtwertes der sozialen Beziehungen deutlich sinken lassen, als auch die Gesamt-Unzufriedenheitsrate dieser Gesundheitsdimension stark ansteigen lassen.

Der letzte Gesundheitsbereich stellt die „Umwelt“ dar, hierunter fallen die Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen, das Vorhandensein von genug Geld, ein gutes Sicherheitsempfinden und gesunde Umweltbedingungen der Wohngegend. Im Durchschnitt wurde in Hinblick auf die gesundheitsbedingten Umweltfaktoren ein Wert von über 80% erreicht, was einen hohen Gesundheitszustand beschreibt. Ungefähr ein Zehntel der Befragten waren von den Gesundheitsaspekten dieses Bereiches nicht so überzeugt. Jedoch meinen lediglich 4% der Befragten in dieser Hinsicht über keine gute Gesundheit zu verfügen.

Den relativ guten Umweltbedingungen im Wohngebiet wurden von nahezu allen Befragten zugestimmt (85%). Das ist vor allem auf die Durchführung der Studie in Wien zurückzuführen. Wien bekommt häufig die Auszeichnung „lebenswerteste Stadt“ zu sein und verfügt sicher über gute Gesundheits- und Sozialressourcen für ihre Bürger und Bürgerinnen. Auch fast 80% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen meinten über ausreichend Geld zu verfügen, um ihre Bedürfnisse erfüllen zu können. Nicht zu vergessen ist hierbei jedoch, dass fast 6% der Befragten meinen, dass sie nicht über genug Geld verfügen um ihre Bedürfnisse zu erfüllen.

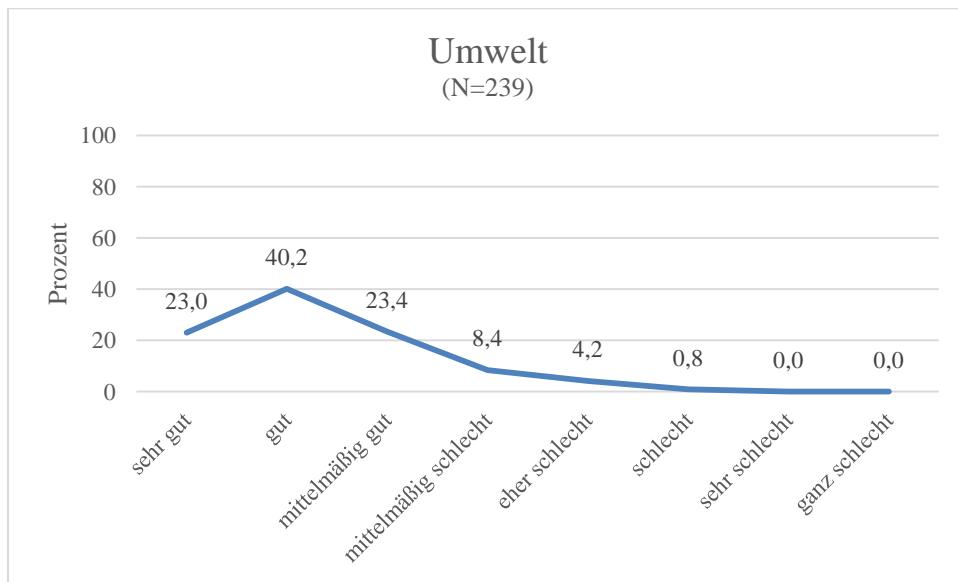


Abbildung 12: Umwelt

Zuletzt soll noch die Gesamtkategorie „Gesundheitszustand“ betrachtet werden. Für diese Kategorie wurden alle vier Gesundheitsdimensionen (physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Umwelt) zusammengefasst und der Durchschnittswert ermittelt. Mehr als 70% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen verfügen über einen guten Gesundheitszustand. Etwas mehr als 15% der Befragten haben einen mittleren

Gesundheitszustand. Weniger als etwa 10% der Befragten weisen einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand auf.

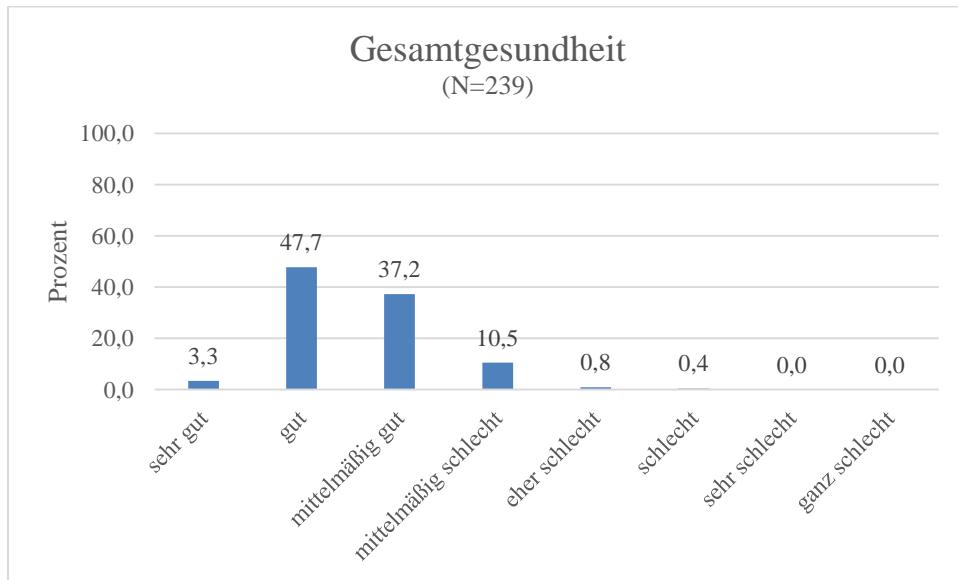


Abbildung 13: Gesamtgesundheitszustand

Zwischen den einzelnen vier Gesundheitsbereichen gibt es jedoch teilweise auch große Unterschiede. Das physische Wohlbefinden ist lediglich bei 65% der Befragten gut. Auch beim psychischen Wohlbefinden geben mehr als zwei Drittel der Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine hohe Zufriedenheit an. Der Wert für gute soziale Beziehungen ist mit 77% noch etwas höher. Den absoluten Top-wert erzielt jedoch der Gesundheitsbereich der Umwelt. Mehr als 80% der befragten Personen leben in einer Umwelt, die stark zu einer guten Gesundheit beiträgt.

5.2. Hypothesen und Beantwortung der Fragestellung

In diesem Kapitel werden die einzelnen Hypothesen, die helfen sollen die Fragestellung zu beantworten, anfangs nochmals erwähnt und mit Ergebnissen der Studie statistisch beantwortet.

Hypothese H₀/1: Die Ausübung von Teamsport hat keine positive Auswirkung auf alle vier Gesundheitsbereiche.

Hypothese H₁/1: Die Ausübung von Teamsport hat eine positive Auswirkung auf alle vier Gesundheitsbereiche.

Für diese Behauptung ist es wichtig, alle vier Gesundheitsbereiche nochmals kurz darzustellen und sie im Hinblick auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten miteinander

vergleichen zu können. Die einzelnen Variablen, die zu den unterschiedlichen Gesundheitsbereichen („physisches Wohlbefinden“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“) gehören, sind im vorangegangenen Kapitel dargestellt.

Die Formel für den Index des Gesundheitsbereichs „psychisches Wohlbefinden“ lautet: $v100=(V59 + V60 + V67 + V57 + V61 + V4 + V5 + V10 + V12) / 9$.

Die Formel für den Index „soziale Beziehungen“ lautet: $v101=(V62 + V63 + V64) / 3$.

Für den Gesundheitsbereich „Umwelt“ lautet die Formel: $v102=(V69 + V74 + V78 + V65) / 4$.

Für das „physisches Wohlbefinden“ wurde mit der Formel: $v103=(V46 + V56 + V6 + V47 + V48 + V49 + V13 + V14 + V84 + V85) / 10$. gerechnet.

Ausgehend von diesen vier Gesundheitsindices wurde auch der Gesamtgesundheitsindex errechnet. Die Formel lautet: $v104=(v100 + v101 + v102 + v103) / 4$.

Die Skala auf der sich die Ergebnisse darstellen können, liegt zwischen 1,0 und 5,0. Wobei hier 1,0 den besten möglichen Gesundheitszustand darstellt. Hingegen stellt 5,0 das Gegenteil und damit den schlechtmöglichen Gesundheitszustand dar. Um die einzelnen Gesundheitsbereiche besser vergleichen zu können, wurden bis zu 8 Wertebereiche mit einer standardisierten Breite von 0,5 festgelegt, um eine übersichtliche Ergebnisdarstellung durchführen zu können.

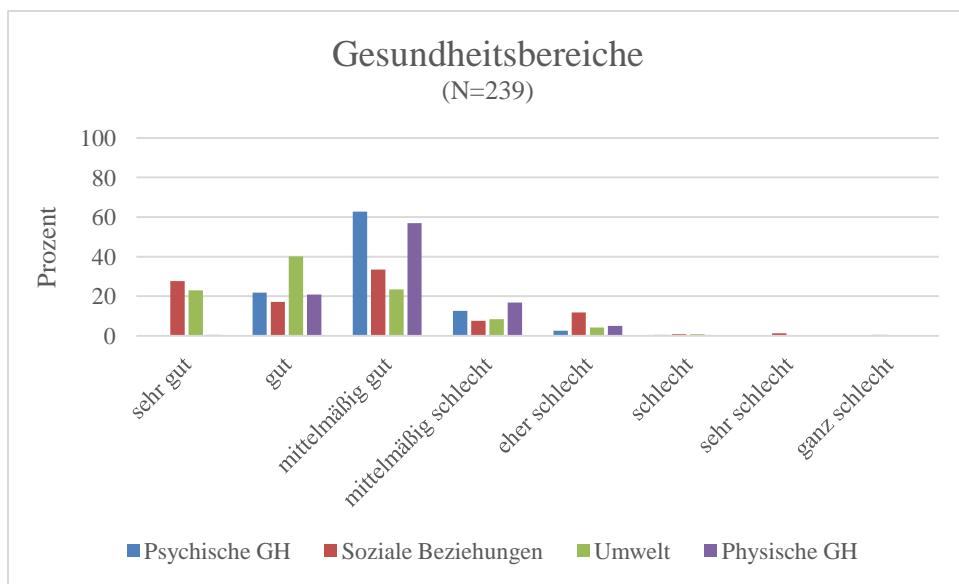


Abbildung 14: Unterschiede zwischen den Gesundheitsbereichen

Die wichtigsten Punkte aus der Abbildung 14 sind, dass der Schwerpunkt der Werte in Gruppe 3 (Werte 2,0-2,5) liegt, weiter können sehr gute Werte für soziale Beziehungen und Umwelt festgestellt werden. Die nächste Auffälligkeit ist, dass für alle 4 Bereiche sehr gute Werte, am besten wieder für Umwelt, errechnet werden konnten. Zuletzt zeigt sich, dass sehr wenige unterdurchschnittliche Werte vorhanden sind.

Als Gemeinsamkeit zwischen sozialer Beziehungen und Umwelt konnte ein ähnlicher Wert mit etwa 25% für die Gruppe 1 (zwischen 1,0 und 1,4999) identifiziert werden. Für die psychische und die physische Gesundheit hat niemand beziehungsweise nur eine Person die Werte, die für die beste Gesundheit notwendig sind, angegeben. Weiters konnten bei Gruppe 2 bei allen Gesundheitsbereichen, außer der Umwelt, relativ ähnliche Werte (ca. 20%) festgestellt werden. Mittelmäßig gesund beziehungsweise zufrieden mit den verschiedenen Items waren bei dem Gesundheitsbereich soziale Beziehungen und physisches Wohlbefinden etwa 80%. Bei der Umwelt und dem psychischen Wohlbefinden waren diese Werte mit ca. 85% sogar noch etwas höher. Insgesamt wurde nur bei der Gesundheit der sozialen Beziehungen ein Gesamtwert von über 3,5 angegeben. Es kamen sogar vereinzelt Werte bis 4,6 vor.

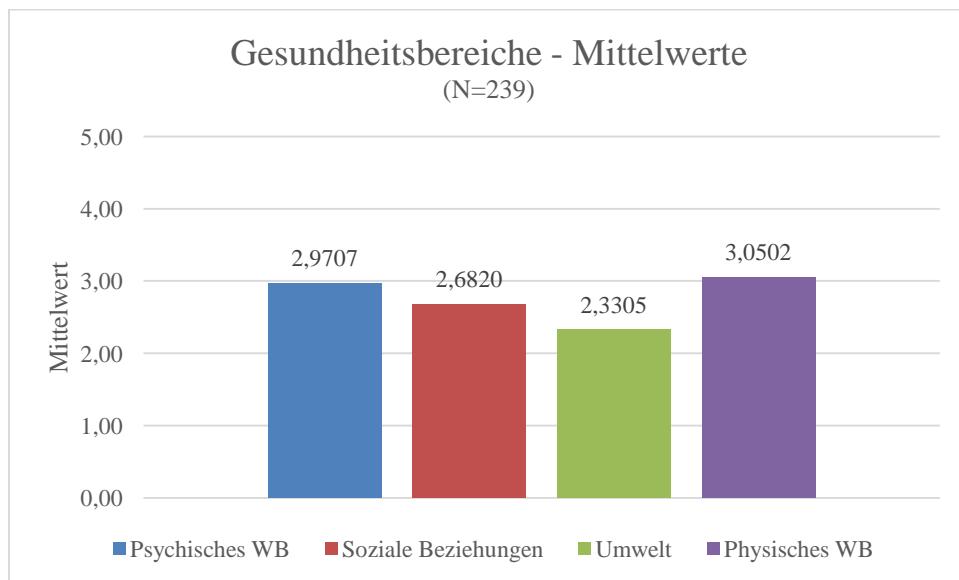


Abbildung 15: Mittelwerte der Gesundheitsbereiche

Der Mittelwert der einzelnen Gesundheitsbereiche ist unterschiedlich hoch und spiegelt diese in Abbildung 12 dargestellte Verteilung wider. Erstaunlicherweise ist der Wert für das physische Wohlbefinden mit 3,05 am höchsten, d.h. er weist die schlechteste Bewertung für diesen Teilbereich auf. Gefolgt wird diese Einschätzung vom Mittelwert des psychischen Wohlbefindens mit 2,97. Der Bereich der sozialen Beziehungen hat einen deutlich positiveren

Mittelwert von 2,68. Den niedrigsten Mittelwert und damit die höchste Zufriedenheit ist für den Gesundheitsbereich „Umwelt“ mit 2,33 festzustellen.

Im Allgemeinen lässt sich die Behauptung, dass alle vier Gesundheitsbereiche einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Mitglieder des Teams haben, in unterschiedlicher Höhe, bestätigen. Somit ist in diesem Fall die Alternativhypothese, dass Teamsport sich auf alle vier Gesundheitsbereiche positiv auswirkt, anzunehmen.

Hypothese H₀/2: Die Ausübung von Teamsport hat keine positive Auswirkung auf die psychische Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Hypothese H₁/2: Die Ausübung von Teamsport hat eine positive Auswirkung auf die psychische Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Diese Annahme konnte bereits in der vorliegenden Literatur, wie in der Beschreibung des Forschungsstandes dargelegt, weitgehend bestätigt werden. Vor allem Kunert & Szepanski 2016 haben einen positiven Einfluss auf das Körperkonzept und die Selbstbewertung feststellen können. Auch Weiß & Russo (2005) konnten einen Nachweis für die Stressregulation, eine Verbesserung der Befindlichkeiten und ein gesteigertes Selbstbewusstsein erbringen.

Betrachtet man die Ergebnisse des psychischen Wohlbefindens dieser Befragung im Detail, lässt sich feststellen, dass für keine der befragten Personen ein Gesamtwert von unter 1,5 errechnet wurde. Jedoch ein Fünftel der Befragten verfügt über einen guten Gesundheitszustand in diesem Bereich. Befragt nach dem psychischen Wohlbefinden stellt der Wertebereich 3 den höchsten Prozentsatz mit über 60% dar, was bedeutet, dass mehr als die Hälfte über eine sehr gute bis mittelmäßig gute Gesundheit verfügen. Mehr als 40% der Befragten, die bis zum Wertebereich 3 liegen, geben einen Gesamtwert von knapp über 2,0 an, dies zeigt, dass ein Großteil der Werte von Gruppe 3 im besseren Wertebereich von Gruppe 3 liegen. Etwas mehr als 10% liegen bei einem Wert bis zu 3, dies bedeutet, dass sie teilweise schon etwas weniger über einen guten Gesundheitszustand verfügen. Lediglich 3% verfügen über einen schlechten psychischen Gesundheitszustand.

Auch für diese Hypothese muss die Nullhypothese verworfen werden, es kann somit angenommen werden, dass Sport einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden hat.

Hypothese H₀/3: Die Neigung gemeinsam Sport zu betreiben hat keine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Hypothese H₁/3: Die Neigung gemeinsam Sport zu betreiben hat eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Hierfür wurde ein Index, der sich mit allen Variablen, die sich mit dem gemeinsamen Sporttreiben beschäftigt, gebildet. Es wurden die Variablen v80, v17, v38, v39 und v45 mit einbezogen. V80 und V17 befassen sich mit den Auswirkungen und den Motiven des Sport Treibens. Beide beschreiben jedoch den Aspekt der gemeinsamen Sportausübung „das etwas mit anderen zusammen zu machen“ als zentrale Aussage. V38, V39 und V45 stammen aus dem Teil der Teamkohäsions-Fragen. Bei V38 geht es darum, dass man sich anstrengt, weil das Team Erwartungen an einen stellt. Bei V39 steht die Unterstützung bei der Bewältigung von Trainingsaufgaben im Vordergrund. V45 besagt, „ich würde vieles tun, um in dieser Mannschaft zu bleiben“. Diese fünf zum Teil sehr unterschiedlichen Variablen wurden miteinander in Verbindung gebracht, weil ihnen allen zugrunde liegt, dass es sich dabei um eine gemeinsame Sportausübung handelt. Die ersten beiden sind allgemeine Aussagen, Variable v38 und v39 zeigen das Innenleben des Teams auf und V45 hebt die Bedeutung des Teams für das Individuum hervor. Bevor der Index erstellt werden konnte, mussten die drei Variablen, die einen Teil der Teamkohäsion abgefragt haben, auf eine 5er Skala umcodiert werden. Hierfür wurden die Werte der Variablen V38, V39 und V45 entsprechend der folgenden Umwandlung erfasst: 1=1; 2=1,66; 3=2,33; 4=3; 5=3,66; 6=4,33; 7=5. Diese neu gegründeten Variablen wurden in der Auswertung mit einem kleinen „a“ als Zusatz in der Variablenbezeichnung versehen. Die Formel für diesen Index lautet somit: (V80 + V17 + v38a + v39a + v45a) / 5. Dieser Index wurde dann in analoger Weise wie zuvor in 7 Wertebereiche unterteilt, die jeweils über eine Spannweite von 0,5 verfügen.

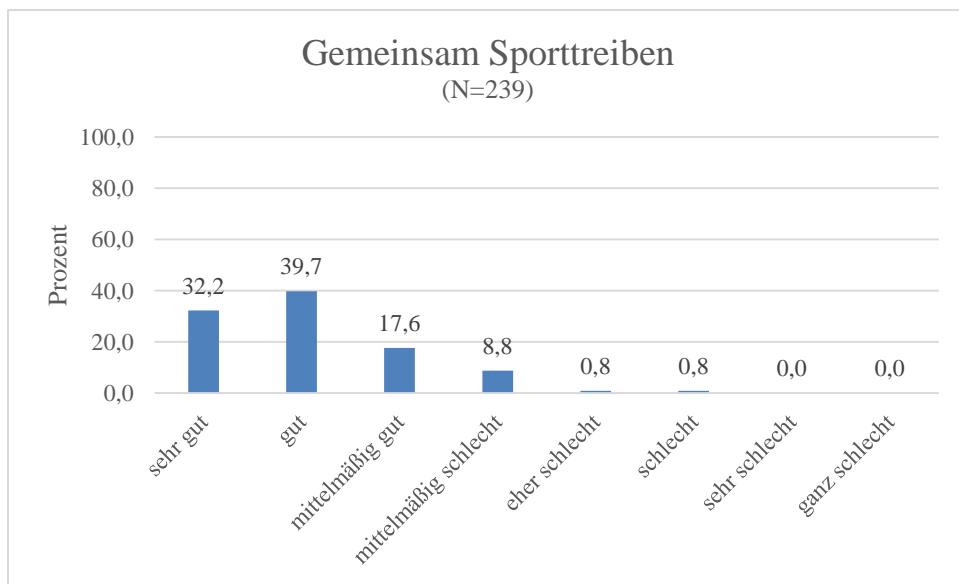


Abbildung 16: Index gemeinsam Sporttreiben

Zuerst werden die Häufigkeiten des gemeinsamen Sport treiben betrachtet. Personen, deren Mittelwert hierbei relativ nahe bei 1 liegt, betreiben besonders gerne Sport gemeinsam. Wohingegen ein Mittelwert nahe bei 7 ein markantes Indiz dafür ist, dass die gemeinsame Sportausübung nicht ein wichtiges persönliches Anliegen ist. Da bei dieser Studie nur Teamsportler und –sportlerinnen aus dem Fußballsport befragt wurden, sollten dementsprechend die Werte aller Befragten relativ niedrig sein.

Als Ergebnis zeigt sich, dass mehr als 70% der befragten Personen gerne gemeinsam mit anderen Leuten Sport betreiben. Eine Erklärung, dass der Prozentsatz nicht noch höher ausgefallen ist, könnte sein, dass das Innenleben des jeweiligen Teams nicht immer so harmonisch ist, wie vermutet (oder gewünscht). Es ist jedoch anzumerken, dass die Mittelwerte der einzelnen Items unter 2,5 liegen und damit eine hohe Zustimmung ausdrücken. Der Mittelwert der Aussage, dass man vieles tun würde, um in diesem Team zu bleiben, ist mit über 2,64 deutlich höher. Dies könnte darauf hinweisen, dass die meisten Personen schon gerne Sport gemeinsam ausüben wollen, jedoch nicht unbedingt in dieser Gruppe, in der sie sich gerade zum Zeitpunkt der Befragung befinden. Etwa 18% betreiben Sport gerne bis mittelmäßig gerne zusammen mit anderen. Lediglich 10% der Befragten lehnen Sport treiben mit anderen eher ab, obwohl sie derzeit Teil eines Teams sind und dort gemeinsam Sport ausüben.

Bei allen unterschiedlichen Gesundheitsvariablen konnte festgestellt werden, dass je besser der Wert für den Index gemeinsam Sport treiben ist, desto besser waren auch die Gesundheitswerte. Dieses Phänomen war vor allem für den Bereich der „sozialen

Beziehungen“ deutlich erkennbar. Bei dem Bereich des physischen Wohlbefindens war der Verlauf nicht klassisch linear. Wobei alle Chi²-Werte darauf hingedeutet haben, dass die Nullhypothese verworfen werden muss. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Index gemeinsamen Sport treiben und Gesundheit in all ihren Facetten besteht. Einzig das Ergebnis des Bereiches „Umwelt“ war signifikant. Der Kontingenzkoeffizient befindet sich zwischen 31% und 38% für den Gesamtgesundheitszustand, die sozialen Beziehungen und das physische und psychische Wohlbefinden. Noch schwächer ist er beim Gesamtgesundheitszustand, am meisten Zusammenhang besteht zwischen Umwelt und gemeinsam Sport treiben. Allgemein betrachtet, lässt sich somit behaupten, dass der Index gemeinsames Sport treiben einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Gesundheit hat.

Hypothese H₀/4: Sozialer Zusammenhalt innerhalb eines Teams hat keine positiven Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern.

Hypothese H₁/4: Sozialer Zusammenhalt innerhalb eines Teams hat positive Auswirkungen auf den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern.

Um den sozialen Zusammenhalt eines Teams messen zu können, war es ebenfalls notwendig einen aussagekräftigen Index zu erstellen. Der Index „sozialer Zusammenhalt“ setzt sich aus v26, v27, v30, v32, v33, v35, v38, v39, v40 und v42 zusammen. Diese Variablen sind alle Teil des Teamkohäsionsbereichs, es wurden jedoch die Aussagen zu aufgabenorientierten Ausrichtung der Teamkohäsion ausgeschlossen. Die Variablen wurden herangezogen, weil sie sich alle mit der sozialen Orientierung der Gruppenkohäsion befassen. Bei diesen Variablen handelt es sich vor allem um Aussagen zur Aufrechterhaltung und zur Entwicklung von sozialen Beziehungen. Um den sozialen Zusammenhalt noch genauer messen zu können, wären auch Personenfakten, die sich zum Beispiel mit dem Ausmaß des Einhaltens von Regeln und Absprachen beschäftigen, bedeutend gewesen. Ebenfalls wäre die Angabe über die Gruppengröße sehr aussagekräftig in diesem Zusammenhang. Diese beiden Punkte konnten jedoch im Fragebogen aufgrund der bereits relativen Länge des Fragebogens nicht berücksichtigt werden, daher stehen sie nun auch nicht für die Auswertung zur Verfügung. Errechnet wurde der Index, indem die Formel $(V26a + V27a + V30a + V32a + V33a + V34a + V35a + V38a + V39a + V40a + V42a) / 11$ angewandt wurde.

Die Umcodierung auf sieben Wertebereiche ermöglicht es die Mittelwerte schneller auf einen Blick erfassen zu können. Die Anzahl der Wertebereiche liegt daran, dass der Index sozialer Zusammenhalt Mittelwerte der befragten Personen zwischen 1 und 7 aufweisen kann.

Zuerst sollen die Ergebnisse des Indexes „sozialer Zusammenhalt“ näher untersucht werden, daraufhin folgt eine Kreuztabelle zwischen den verschiedenen Gesundheitsbereichen und „sozialer Zusammenhalt“. Zur Beantwortung dieser Annahme ist eine lineare Regressionsanalyse der beiden Bereiche „sozialem Zusammenhalt“ und dem Gesundheitszustand bedeutend.

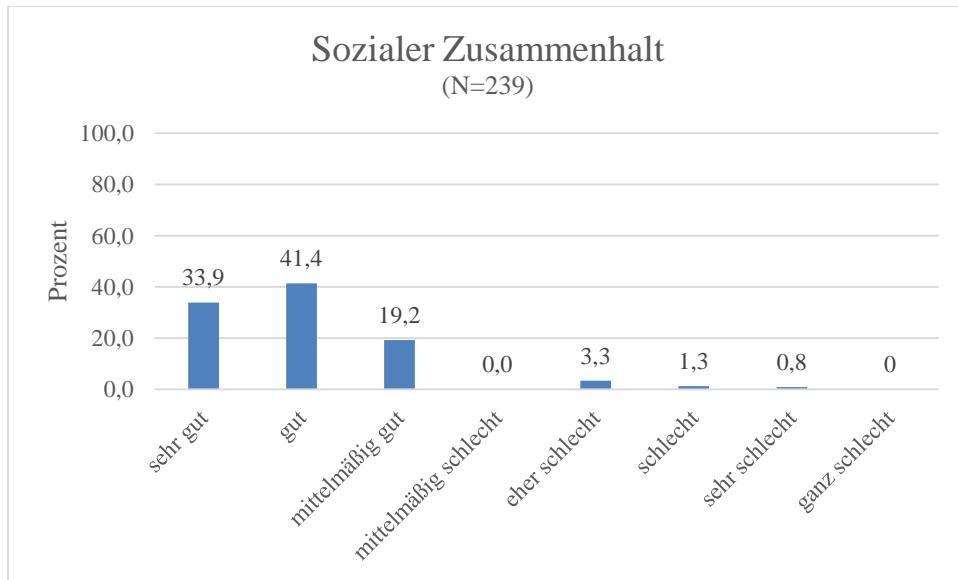


Abbildung 17: Index sozialer Zusammenhalt

Die Häufigkeitsauszählung für den Bereich sozialer Zusammenhalt zeigt deutlich, dass mehr als ein Drittel der befragten Personen angeben in einem Team mit einem sehr guten sozialen Zusammenhalt zu spielen. Für weitere 40% konnte ein guter Teamzusammenhalt berechnet werden. Etwa 20% spielen in Teams, die über einen guten bis mittleren sozialen Zusammenhalt verfügen. Interessant ist, dass der mittlere Wertebereich vollkommen leer bleibt. Ungefähr 5% der Befragten dürften in einem Team spielen, welches keinen guten sozialen Zusammenhalt aufweist bzw. für diese Personen so wahrgenommen wird.

Um nun eine Verbindung zwischen sozialem Zusammenhalt innerhalb eines Teams und dem Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern festzustellen, werden die Variablen in mehreren Kreuztabellen miteinander verknüpft. Von Personen, die über einen sehr guten sozialen Teamzusammenhalt verfügen, sind mehr als 90% Personen, die über einen sehr guten beziehungsweise guten allgemeinen Gesundheitszustand verfügen. Erst bei Personen, die einen mittleren sozialen Zusammenhalt haben, zeigen sich kleine Verschlechterungen im Gesundheitszustand. Diese Werte sind für Fußballerinnen und Fußballer nahezu gleich hoch. Die statistischen Ergebnisse (siehe Anhang 8) zeigen für beide Geschlechter als auch für die Gesamtstichprobe, dass kein Zusammenhang zwischen sozialem Zusammenhalt und

allgemeinem Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung) besteht. Für den errechneten Gesamtgesundheitszustand lässt sich hingegen ein Unterschied zwischen Fußballerinnen und Fußballern beobachten. Gesamt betrachtet und auch für die Fußballer muss davon ausgegangen werden, dass der soziale Zusammenhalt einen signifikanten Einfluss auf die Gesamtgesundheit hat, bei Fußballerinnen besteht hingegen kein Einfluss.

Auch auf die einzelnen Gesundheitsbereiche soll hier eingegangen werden. Im Bereich des psychischen Wohlbefindens lässt sich für beide Geschlechter als auch gesamt ein signifikanter Zusammenhang zwischen sozialem Zusammenhalt und psychischem Wohlbefinden feststellen. Auch bei dem Gesundheitsbereich Umwelt ist ein signifikanter Einfluss beobachtbar. Bei den Bereichen der sozialen Beziehungen und dem physischen Wohlbefinden besteht hingegen kein Zusammenhang.

Allgemein ist jedoch feststellbar, dass der Zusammenhang zwischen sozialem Zusammenhalt und Gesundheit hoch ist. Der Zusammenhang ist bei männlichen Fußballern generell höher als bei Fußballerinnen. Ausgenommen davon sind die Bereiche des selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustands und dem psychischen Wohlbefinden. Beim allgemeinen Gesundheitszustand ist der Zusammenhang mit etwa 30% eher gering. Bei dem physischen Wohlbefinden steigt der Zusammenhang auf 35-40% an. Die höchsten Zusammenhänge für weibliche Fußballerinnen sind bei dem psychischen Wohlbefinden und der Umwelt mit mehr als 50% feststellbar. Männliche Fußballer verfügen hier über leicht höhrere Zusammenhangswerte (bis zu über 60%). Diese Werte lassen auf einen starken Zusammenhang schließen. Männer weisen auch bei den restlichen zwei Gesundheitsvariablen mehr als 50% Korrelation auf. Frauen weisen beim Gesamtgesundheitszustand und den sozialen Beziehungen einen Zusammenhang von etwa 40% auf, was auf einen mittleren Zusammenhang schließen lässt.

Zwischen diesen Variablen (v1, v104, v100, v101, v102, v103, v111) ist bei der Hälfte der Variablen ein Zusammenhang erkennbar. Dieser soll mittels Regressionsanalyse überprüft werden. Eine Regressionsanalyse wurde für alle Befragten gemeinsam, aber auch getrennt für Männer und Frauen durchgeführt, da hier der Forschungsstand geschlechtsspezifische Unterschiede vermuten lässt. Die Nullhypothese lautet in diesem Fall, dass der soziale Zusammenhalt keinen Erklärungsgehalt für den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern liefert. Die Alternativhypothese geht davon aus, dass sozialer Zusammenhalt eine Erklärung für den Gesundheitszustand ist.

Ausgehend von diesen hohen Zusammenhängen wurde eine lineare Regressionsanalyse gerechnet. Die Korrelation nach Pearson ist in diesem Fall mit 0,165 hoch und besagt, dass

etwa 16,5% des allgemeinen Gesundheitszustandes von dem Index sozialer Zusammenhalt erklärt werden können. Der Erklärungsgehalt für das physische Wohlbefinden ist mit 11,5% am niedrigsten. Auch für das psychische Wohlbefinden und den Bereich der Umwelt ist der Erklärungswert nur etwa 15% hoch. Der soziale Zusammenhalt kann beinahe 20% des Bereiches der sozialen Beziehungen erklären. Betrachtet man hingegen den Gesamtgesundheitszustand kann der Erklärungsgehalt auf 21,7% erhöht werden. Die Korrelationen sind somit positiv, aber eher schwach.

Die Regressionsanalyse nach Geschlecht getrennt hat hervorgebracht, dass der Erklärungsgehalt für Fußballer durch den sozialen Zusammenhalt auf die Gesundheit höher ist als bei Fußballerinnen. Der Erklärungswert für Fußballer ist beim Gesamtgesundheitszustand mit 30% und bei sozialen Beziehungen mit 36% am höchsten. Bei den Frauen ist der Erklärungswert immer unter 20% und relativ gering.

Durch den Signifikanzwert bei dem Gesamtgesundheitszustand und dem Gesundheitsbereich soziale Beziehungen sollte geschlossen werden, dass in diesen beiden Bereichen die Alternativhypothese anzunehmen ist. Der soziale Zusammenhalt innerhalb eines Teams kann also soziale Beziehungen und den Gesamtgesundheitszustand erklären. Bei allen anderen Variablen muss aufgrund der Signifikanz davon ausgegangen werden, dass der soziale Zusammenhalt keine Erklärung für diese Gesundheitsvariablen liefert. . Der soziale Zusammenhalt innerhalb eines Teams liefert somit keinen Erklärungsgehalt für den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern und deshalb ist die Nullhypothese beizubehalten.

Hypothese H₀/5: Die verschiedenen Gesundheitsaspekte unterscheiden sich zwischen Fußballerinnen und Fußballern nicht.

Hypothese H₁/5: Die verschiedenen Gesundheitsaspekte unterscheiden sich zwischen Fußballerinnen und Fußballern.

Für die Beantwortung der Annahme wurde zuerst der Gesamtgesundheitszustand der männlichen Studien-Teilnehmer mit dem der weiblichen Studienteilnehmerinnen verglichen. Es gibt keinen nennenswerten Unterschied zwischen den Geschlechtern in Hinblick auf ihren Gesundheitszustand. Bei beiden Geschlechtern fallen fast 50% in den Wertebereich zwischen 1,5 und 1,99. Zwischen 2,5 und 2,99 sind sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen etwa 10% der Befragten.

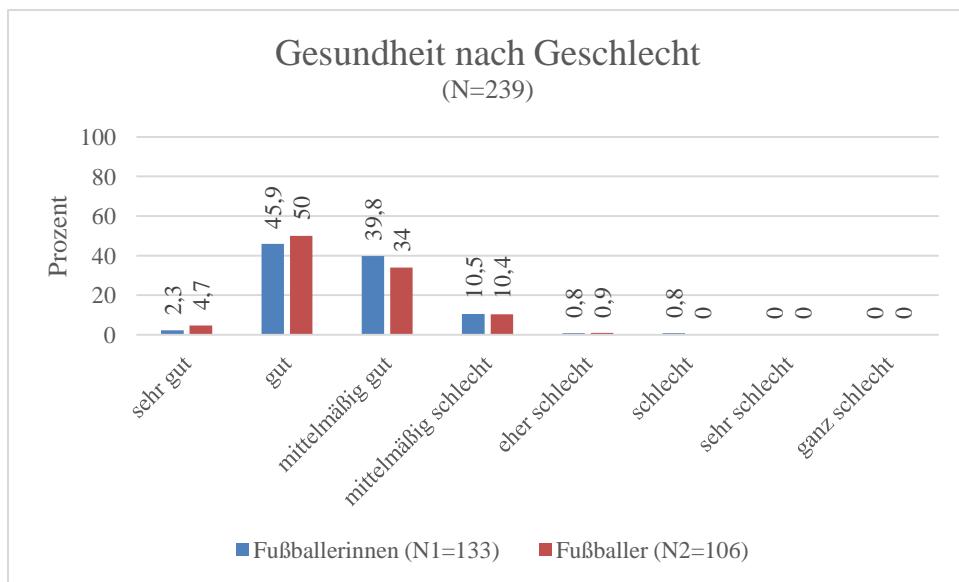


Abbildung 18: Gesundheit nach Geschlecht

Deswegen lohnt es sich vielleicht einen Blick auf die einzelnen Gesundheitsbereiche und die Angaben der Geschlechter dazu, zu werfen. Alle vier Bereiche zeigen jedoch ein recht ähnliches Bild. In dem ersten Wertebereich, der sehr guten Gesundheit, sind bei sozialen Beziehung und Umwelt mehr Männer als Frauen vertreten. Die Unterschiede betragen etwa 6%. Der zweite Wertebereich zeigt ein sehr differenziertes Bild auf. Bei dem psychischen und dem physischen Wohlbefinden sind dort um etwa 8% mehr Männer als Frauen. Die Mittelwerte für die Umwelt in diesem Wertebereich kommen bei Männern und Frauen nahezu gleich häufig vor. Bei den sozialen Beziehungen zeigt sich ein anderes Phänomen, hier sind etwa 5% mehr Frauen als Männer, die in diesem Wertebereich liegen, vermerkt. Der Wertebereich 3 stellt sich bei allen vier Gesundheitsbereichen wieder sehr einheitlich dar, bei dem psychischen Wohlbefinden und den sozialen Beziehungen weisen Männer und Frauen die gleichen Prozentwerte auf. Bei der Umwelt und dem physischen Wohlbefinden sind diese Werte sehr ähnlich. Bei den sozialen Beziehungen und der Umwelt konnte in Hinblick auf die Personen, die hier Unzufriedenheit ausdrückten, kein Unterschied zwischen Männern und Frauen ausgemacht werden. In Bezug auf das psychische Wohlbefinden konnte ein markanter Unterschied herausgefunden werden, etwa 7% mehr Frauen dürften über einen schlechten psychischen Gesundheitszustand verfügen. Bei dem physischen Wohlbefinden ist der Unterschied sogar mit 10% sogar noch größer.

Um der Annahme genügend Aufmerksamkeit zu widmen, wurde auch noch der allgemeine Gesundheitszustand, der in der Studie direkt abgefragt wurde, hinsichtlich eines möglichen geschlechtsspezifischen Unterschiedes untersucht. Auch hier wurde kaum eine Differenz festgestellt. Etwa 2,5% mehr männliche Teilnehmer schätzten ihren Gesundheitszustand als

„sehr gut“ ein. Dafür bewerteten etwa 3,5% mehr Frauen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als „gut“. Ein „mittelmäßiger“ Gesundheitsstatus wurde von etwa 2% mehr Männern als von Frauen angegeben.

Auch hier musste bei allen verschiedenen Gesundheitsvariablen die Nullhypothese, die Vermutung, dass kein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Gesundheitszustand besteht, verworfen werden. Die Alternativhypothese wird angenommen. Es wurde jedoch kein signifikanter Zusammenhang festgestellt. Auch die Höhe des Zusammenhangs wurde in diesem Fall berücksichtigt, sie fällt jedoch sehr gering aus. Bei dem physischen und dem psychischen Wohlbefinden besteht noch der stärkste Zusammenhang, mit etwa 14% und 17%, wobei auch diese Werte für einen sehr geringen Zusammenhang stehen.

Ausgehend von diesen diversen Untersuchungen sollte die Hypothese nicht bestätigt werden, sondern es sollte davon ausgegangen werden, dass im Hinblick auf den Gesundheitszustand von Sportlern und Sportlerinnen dieser Studie ein Unterschied besteht, obwohl dieser Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Gesundheitszustand nur sehr gering ausfällt.

Hypothese H₀/6: Die Trainingshäufigkeit hat keine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Hypothese H₁/6: Die Trainingshäufigkeit hat eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern.

Diese Annahme ist nicht so leicht überprüfbar, da hier nicht nur einzelne Spielerinnen und Spieler befragt wurden und es keine Angaben dazu gibt, in welchem Team die betreffenden Personen spielen. Trotzdem soll mittels der Frage nach der Häufigkeit der Ausübung von Fußball vermengt mit dem Gesamtgesundheitsindex, den vier einzelnen Gesundheitsbereichen und der Aussage zum allgemeinen Gesundheitszustand die Annahme beantwortet werden.

Festzuhalten ist, dass mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmer und –teilnehmerinnen 2-3x die Woche Fußball ausüben. Mehr als 17% betreiben 4-6x die Woche Fußball. 16% der Befragten betreiben nur 1x die Woche Fußball. Hier zeigt sich, dass die Personen, die 2-3x die Woche Fußball betreiben, deutlich häufiger vorkommen als Personen, die seltener beziehungsweise häufiger Fußball spielen.

Die meisten Personen, zwischen 40-50%, verfügen über einen guten Gesamtgesundheitszustand, dies unabhängig davon, wie häufig sie trainieren. Bei den Personen, die über einen sehr guten Gesundheitszustand verfügen, lassen sich kleine Unterschiede wahrnehmen. Für etwa 4% der Personen, die 2-3x die Woche Fußball spielen

und auch etwa 3% der Personen, die 1x die Woche Fußball ausübt, lässt sich dieser Wert verzeichnen. Wohingegen bei Personen, die 4-6x die Woche Fußball spielen, keine Personen in diesen Wertebereich fällt. Da hier keine weiteren Auffälligkeiten beobachtbar sind, werden die einzelnen Gesundheitsbereiche näher betrachtet.

Auch das psychische Wohlbefinden in Kombination mit der Häufigkeit der Ausübung des Fußballs bringt keine neuen Erkenntnisse, das Bild ist sehr ähnlich dem des Gesamtgesundheitszustandes. Etwa 60% verfügen über einen guten bis mittleren psychischen Gesundheitszustand, dies dürfte unabhängig von der Häufigkeit des Fußballtrainings sein. Es ist sogar eine leichte Tendenz erkennbar, dass Personen, die häufiger Fußball ausüben, eher über einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand verfügen. Auch das physische Wohlbefinden liefert recht ähnliche Ergebnisse, einzige wichtige Ausnahme ist, dass zwischen Personen, die 1x die Woche Fußball spielen und Personen, die 4-6x die Woche Fußball spielen, in keiner Hinsicht ein Unterschied feststellbar ist. Der Gesundheitsbereich der „sozialen Beziehung“ ist hier schon etwas aufschlussreicher. Personen, die über einen sehr guten Gesundheitszustand verfügen, kommen in allen Gruppen zu etwa einem Viertel vor. Personen, die über einen guten bis mittleren Gesundheitszustand in dieser Dimension verfügen, sind 40% bei Sportlern und Sportlerinnen, die 1x die Woche Fußball spielen vor. Mehr als 50% der Personen, die 2-3x die Woche Fußball spielen, fallen in diese Kategorie. Bei Personen, die 4-6x die Woche spielen, ist der Gesundheitszustand mit 57% am häufigsten vertreten. Auffallend ist, je schlechter der Gesundheitszustand wird, desto mehr Personen sind betroffen, die seltener die Woche Fußball betreiben. Bei der Dimension „Umwelt“ zeigt sich ein sehr ähnliches Muster wie bei dem psychischen Wohlbefinden. Einzige Ausnahme stellen Personen dar, die sehr zufrieden mit ihren Umweltfaktoren sind, sie sind am häufigsten in der Gruppe der 1x die Woche fußballspielenden Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu finden.

Zuletzt soll auch noch der selbst eingeschätzte Gesundheitsstatus mit der Trainingshäufigkeit in Zusammenhang gebracht werden. Personen, die ihren eigenen allgemeinen Gesundheitszustand als „sehr gut“ bezeichnen, sind vermehrt bei Sportlern und Sportlerinnen, die 2-3x die Woche und 4-6x die Woche Fußball betreiben, verzeichnet. Dafür sind die Prozentwerte für Personen, die ihren Gesundheitszustand als „gut“ bewerten, mit zwischen 50-70%, sehr hohen Werte. Würde man die beiden Kategorien zu einem guten Gesundheitszustand zusammenfassen würden alle drei Gruppen der Trainingshäufigkeit Prozentwerte zwischen 87 und 92% erreichen.

In diesem Zusammenhang wurden selbstverständlich auch der jeweilige χ^2 und der Kontingenzkoeffizient getestet. Interessant ist, dass keines der Ergebnisse signifikant ist. Es

ist daher davon auszugehen, dass zwischen der Häufigkeit der Ausübung von Fußball und der Gesamtgesundheit kein Zusammenhang besteht. Auch die sozialen Beziehungen stehen in keinem Zusammenhang mit der Häufigkeit der Sportausübung. Bei den anderen drei Gesundheitsbereichen und dem allgemeinen Gesundheitszustand muss die Nullhypothese verworfen werden und man kann davon ausgehen, dass ein nicht signifikanter Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Fußballspielens und dem Gesundheitsbereich besteht. Der Kontingenzkoeffizient beträgt für alle Berechnungen zwischen 18,6% und 29%, was auf einen eher geringen Zusammenhang hinweist. Da es sich bei diesem Zusammenhang um eine ordinale und eine metrische Variable handelt, wurde die Spearman-Korrelation berechnet, Diese Werte weisen einen Wertebereich von -1 bis +1 auf. Das Vorzeichen gibt die Richtung des Zusammenhangs an. Der Zusammenhang war bei allen Tests nahe 0, was auf wenig Zusammenhang hinweist, lediglich der Gesundheitsbereich „soziale Beziehungen“ und der allgemeine Gesundheitszustand wiesen ein geringfügig negatives Vorzeichen auf.

Ausgehend von diesen zahlreichen Berechnungen lässt sich die Annahme nicht bestätigen, dass die Trainingshäufigkeit von Teams keinen Einfluss auf ihren Gesundheitszustand hat. Personen, die öfter trainieren, verfügen demnach über einen etwas besseren Gesundheitszustand. Wichtig ist jedoch festzuhalten, dass das Ergebnis nicht signifikant ist.

Im Folgenden soll auf die **Fragestellung** dieser Masterarbeit „Hat Fußballsport einen positiven Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand? - Welche Unterschiede zwischen Fußballerinnen und Fußballern zeigen sich?“ eingegangen werden. Die Ergebnisse können entweder daraufhin deuten, dass Teamsport keinen Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand hat oder dass Teamsport einen positiven Einfluss auf die Gesundheit von Fußballerinnen und Fußballern hat.

Um dies zu überprüfen, ist es notwendig einen Index, der alle Aussagen zur Teamkohäsion beinhaltet, zu erstellen. Der Wertebereich geht von 1 bis 7, wobei 1 eine völlige Zustimmung und 7 eine Ablehnung aller 19 Items darstellen würde. Die Formel für den Teamkohäsionsindex lautet: $(V26a + V27a + V29a + V30a + V31a + V32a + V33a + V34a + V35a + V36a + V37a + V38a + V39a + V40a + V41a + V42a + V43a + V44a + V45a) / 19$.

Um einen leichteren Überblick über die einzelnen Mittelwerte bekommen zu können, wurden die einzelnen Mittelwerte in Gruppen zusammengefasst. Alle Werte von 1,0 bis 1,4999 sind in 1 beobachtbar. Die Werte von 1,5 bis 1,9999 sind in Gruppe 2, Gruppe 3 beinhaltet alle Werte von 2,0 bis 2,4999. Gruppe 4 besteht aus Werten von 2,5 bis 2,9999. Der 5. Wertebereich umfasst Werte von 3,0 bis 3,4999. Die vorletzte Gruppe beherbergt die Werte

3,5 bis 3,9999. Der 7. Wertebereich umfasst Werte von 4,0 bis 4,9999. Trotzdem sollen auch Ergebnisse, die vor der Gruppenbildung herausgekommen sind, gegeben werden.

Besonders auffallend ist, dass der niedrigste Mittelwert bei 1,10 liegt. Diese Person hat lediglich zweimal nicht die vollste Übereinstimmung mit der Aussage getroffen oder eventuell bei einer Frage nur mittelmäßig gut zugestimmt. Die meisten Personen des Wertebereichs 1 befinden sich knapp unter dem Mittelwert von 1,3 und um 1,45 herum. Im Wertebereich von 2 gibt es sehr viele Mittelwerte, die relativ häufig vorkommen. Einige dieser Mittelwerte konnten sogar für 7 Personen gleich berechnet werden. Der Wertebereich von 3 hat seinen höchsten Werte knapp über 2,5, je höher im Wertebereich desto seltener kommt der Mittelwert vor. Über eine relative große Spannweite verfügt der Wertebereich 4, wobei überall die Prozentwerte relativ niedrig sind. Der Wertebereich 5 ist in sich relativ homogen, die meisten liegen bei einem Mittelwert von 3,10. Die Wertebereiche 6 und 7 sind mit lediglich je 3 Personen kaum vorhanden.

Zusammengefasst auf die 7 Wertebereiche befinden sich fast 9% im ersten Wertebereich. 36% der Befragten liegen im Wertebereich 2, Wertebereich 3 verzeichnet ein Drittel aller Befragten. In Wertebereich 4 liegen etwa 15% der befragten Personen. Der Rest verteilt sich auf Wertebereich 5, 6 und 7. Bei Personen, für die Mittelwerte im Wertebereich 1 oder 2 errechnet wurden, kann davon ausgegangen werden, dass sie den Aussagen im Allgemeinen zustimmen. Der Wertebereich 3 und 4 stellt die Personen dar, die oft die mittlere Kategorie beziehungsweise mal teils starke Zustimmung, teils starke Ablehnung in ihrem Antwortverhalten ausgedrückt haben. Wertebereich 5 und 6 bildet Personen ab, die die Aussagen eher abgelehnt haben. Wertebereich 7 zeigt eine komplette Ablehnung der Aussagen. Demnach kann man davon ausgehen, dass nicht ganz 50% über eine gute Teamkohäsion verfügen. Etwas mehr als 45% ist zwei geteilt und lediglich etwas mehr als 5% meint keinen guten Teamzusammenhalt zu haben. Diese Werte müssen nun noch mit dem Gesundheitszustand der jeweiligen Personen zusammengebracht werden, um herauszufinden, ob das Ausmaß des Teamzusammenhaltes für die Gesundheit eine Bedeutung hat.

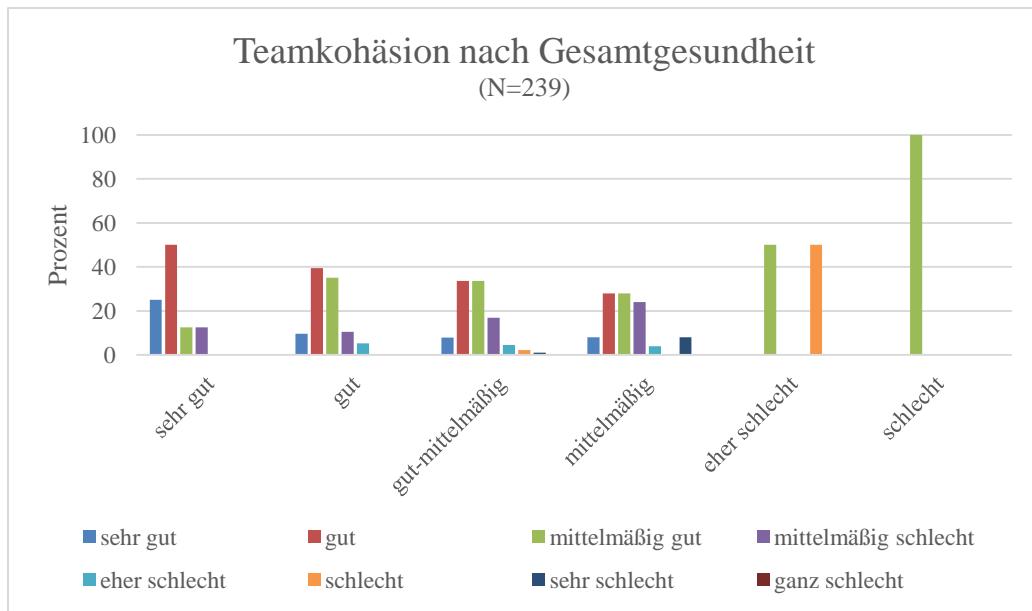


Abbildung 19: Teamkohäsion nach Gesamtgesundheit

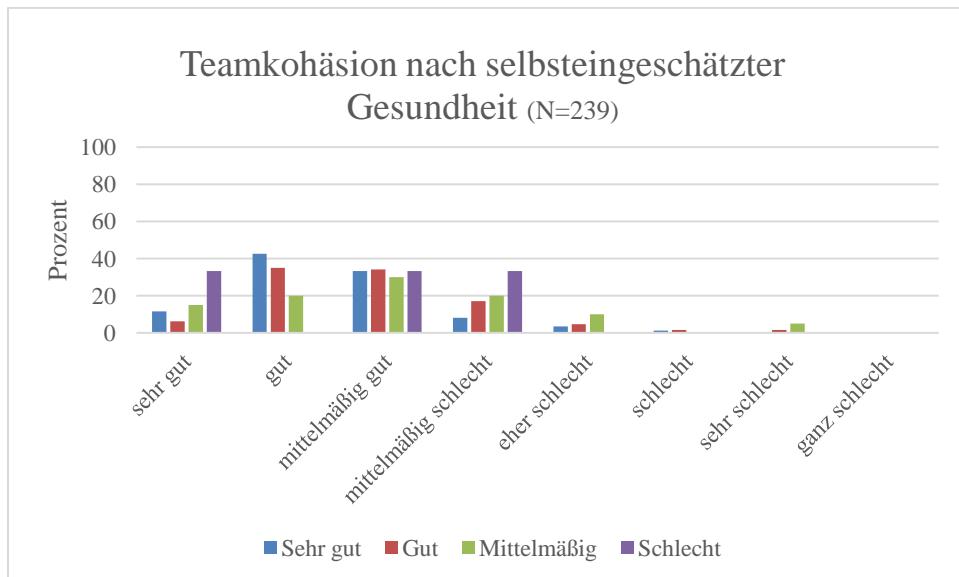


Abbildung 20: Teamkohäsion nach selbsteingeschätzter Gesundheit

Es lässt sich feststellen, dass Personen, die über einen sehr guten, guten und auch mittleren Teamzusammenhalt verfügen, tendenziell auch über einen etwas besseren Gesamtgesundheitszustand verfügen. Personen, die über einen sehr guten Teamzusammenhalt haben, sind zu mehr als 60% auch relativ gesund. Knapp unter 10% der Mitglieder, die über eine gute Teamkohäsion verfügen, weisen Werte für eine Gesundheit die etwas schlechter als einen mittelmäßigen Wertebereich darstellt. Es lässt sich somit festhalten, dass Personen, die über einen mittleren und schlechten Teamzusammenhalt verfügen, auch überdurchschnittlich hoch nur über einen mittelmäßigen Gesundheitszustand verfügen. Fast 60% der Personen, die Werte für einen sehr schlechten Teamzusammenhalt haben, verfügen über einen eher

mittleren Gesundheitszustand und mehr als 30% davon verfügen sogar über einen schlechten Gesundheitsstatus. Auch für diese Kreuztabellen wurden Chi²-Werte und der Kontingenzkoeffizient berechnet. Spannend ist hierbei vor allem, dass alle errechneten Chi²-Werte über dem kritischen Chi² liegen und somit kann davon ausgegangen werden, dass ein Zusammenhang zwischen Teamkohäsion und dem Gesundheitszustand besteht. Darauf deutet auch der Kontingenzkoeffizient hin. Für die sozialen Beziehungen und das psychische Wohlbefinden besteht eine Korrelation von etwas mehr als 35%. Der allgemeine Gesundheitszustand und das physische Wohlbefinden sind nahe bei 30%. Die Gesamtgesundheit verfügt mit 45% und der Bereich „Umwelt“ mit über 50% über einen relativen hohen Zusammenhang.

Ausgehend von diesen Werten soll der Zusammenhang noch mittels einer linearen Regressionsanalyse überprüft werden. Die Korrelation nach Pearson beträgt für den Index Teamsport und den allgemeinen Gesundheitszustand 0,152 und ist somit eher gering. Mit einem Signifikanzwert von 0,009 ist das Ergebnis signifikant und lässt darauf schließen, dass ein Zusammenhang anzunehmen ist. Es können 15% des allgemeinen Gesundheitszustandes durch die Teamkohäsion erklärt werden.

Betrachtet man den berechneten Gesamtgesundheitsindex erhöht sich der Erklärungsgehalt auf 21,4%. In diesem Fall muss ebenfalls davon ausgegangen werden, dass das Ausmaß des Teamzusammenhaltes die Gesamtgesundheit beeinflusst.

Der Erklärungsgehalt für das psychische Wohlbefinden liegt bei 17,1%, auch hier kann aufgrund eines signifikanten Ergebnisses die Annahme getroffen werden, dass es einen Zusammenhang gibt. Die Teamkohäsion hat somit einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden. Die Teamkohäsion kann den Gesundheitsbereich „physisches Wohlbefinden“ etwa zu 15% erklären, hier ist der Wert jedoch nicht signifikant und daher besteht kein Zusammenhang zwischen Teamkohäsion und physischem Wohlbefinden. .. Für die Gesundheitsbereiche „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ lassen sich mittels der Regressionsanalyse genau die gleichen Ergebnisse wie für das psychische Wohlbefinden feststellen. Der Erklärungsgehalt ist mit 17% gleich hoch und man kann somit von einer Erklärung des Teamsportes auf diese beiden Bereiche ausgehen.

Gesamt betrachtet kann die Fragestellung dahin gehend beantwortet werden, dass bis auf den Bereich des physischen Wohlbefindens ein Zusammenhang zwischen Teamsport und Gesundheitszustand feststellbar ist. Dieser Zusammenhang ist signifikant und es ist davon auszugehen, dass Teamsport einen leicht positiven Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand hat.

Der Einfluss von Teamsport auf die Gesundheit wurde auch getrennt nach Geschlechtern mittels Kreuztabelle, Chi²-Werte und Kontingenzkoeffizient untersucht.

Beachtenswert ist hierbei vor allem, dass vier der errechneten Chi²-Werte unter dem kritischen Chi² liegen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass kein Zusammenhang zwischen Teamkohäsion und dem Gesundheitszustand getrennt nach Geschlechtern besteht. Bei der Gesamtgesundheit und dem Gesundheitsbereich der Umwelt liegt der errechnete Chi²-Wert über dem kritischen Wert, daher ist davon auszugehen, dass ein Zusammenhang bei diesen beiden Gesundheitsaspekten besteht, wobei dieses Ergebnis bis auf die Gesamtgesundheit bei den Fußballerinnen auch signifikant ist. Darauf deutet auch der Kontingenzkoeffizient hin. Für die allgemeine Gesundheit besteht eine Korrelation von etwas mehr als 36%, sowohl für Fußballerinnen als auch für Fußballer. Im Bereich des physischen Wohlbefindens können für Fußballer 35% und für Fußballerinnen 40% mit der Teamkohäsion erklärt werden. Sowohl für weibliche als auch für männliche Fußballerinnen ist der Zusammenhang über 40% bei den Bereichen des psychischen Wohlbefindens und der sozialen Beziehungen. Die Gesamtgesundheit verfügt mit 42% bei Fußballerinnen und fast 60% bei männlichen Fußballern über einen relativ hohen Zusammenhang. Im Bereich der „Umwelt“ verfügen beide Geschlechter mit über 55% über einen relativ hohen Zusammenhang.

Ausgehend von diesen Werten soll der Zusammenhang zusätzlich mittels einer linearen Regressionsanalyse überprüft werden.

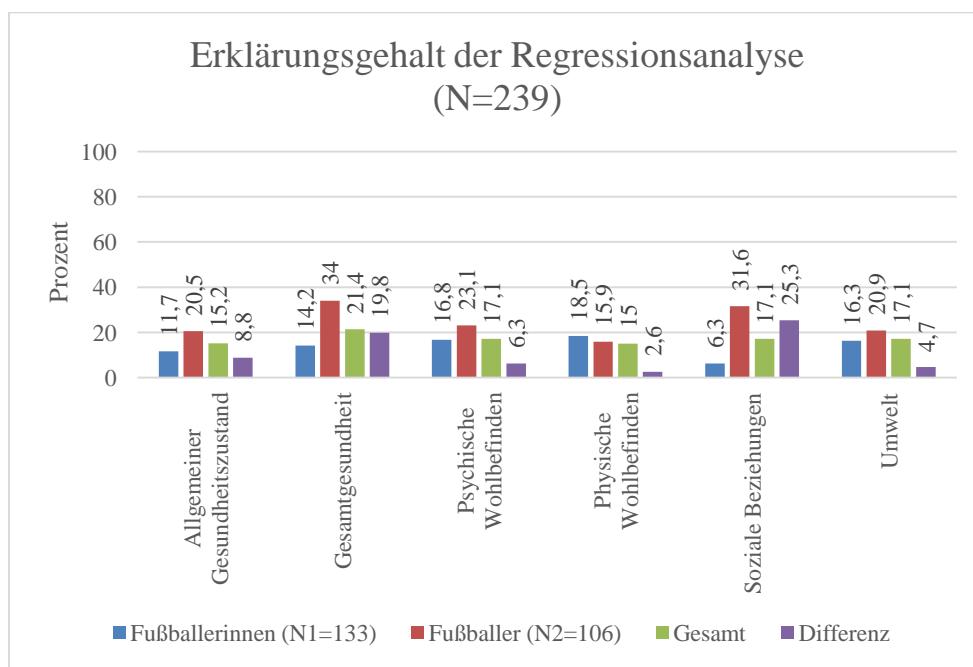


Abbildung 21: Erklärungsgehalt der Regressionsanalyse der Fragestellung

Die Abbildung 21 zeigt deutlich, dass der Erklärungsgehalt der Teamkohäsion auf die Gesundheit in fast allen Gesundheitsbereichen bei Fußballern deutlich höher ist als bei Fußballerinnen. Der geringste Unterschied im Erklärungsgehalt ist im Bereich des „physischen Wohlbefindens“, hier wird die Gesundheit für Fußballerinnen um 2,6% mehr erklärt als die der Fußballer. Im Hinblick auf den Bereich der „Umwelt“ und des „psychischen Wohlbefindens“ ist nur ein geringer Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellbar. Es ergibt sich ein Erklärungsgehalt für die Gesamtgesundheit von 21,4%. Wird dieser getrennt nach Geschlechtern betrachtet, zeigen sich hier deutliche Unterschiede. Für Fußballerinnen erklärt die Teamkohäsion nur zu 14,2% ihre Gesundheit. Wohingegen der Erklärungswert für männliche Fußballer für die Gesundheit mehr als doppelt so hoch liegt. Der größte Unterschied zeigt sich bei den sozialen Beziehungen (31,6% zu 6,3%).

Zentrales Ergebnis dieser Analyse ist, dass sich die Teamkohäsion bei Fußballern stärker auf die Gesundheit auswirkt als bei Fußballerinnen.

6. Zusammenfassung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Einfluss von Teamsport auf den Gesundheitszustand. Die Fragestellung lautet: „Hat Fußballsport einen positiven Einfluss auf den subjektiven Gesundheitszustand? - Welche Unterschiede zwischen Fußballerinnen und Fußballern zeigen sich?“ Das Hauptziel der Arbeit ist es, herauszufinden, ob sich der Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern durch die gemeinsame Sportausübung verbessert. Hierbei wird insbesondere auf alle verschiedenen Gesundheitsbereiche eingegangen.

Es handelt sich um eine quantitative Studie im Wiener Amateur-Fußballbereich. Die Zielgruppe stellen Männer und Frauen ab 15 Jahren dar, die in Wien in Fußballvereinen aktiv spielen. Der Feldzugang wurde vor allem zu den weiblichen Sportlerinnen persönlich hergestellt, zu den Männern zusätzlich zu persönlichen Zugängen auch über formelle Kommunikationswege.

Das Erhebungsinstrument stellt ein Online-Fragebogen dar. Der Fragebogen für die Erhebung wurde teilweise aus Fragen von bereits bestehenden Fragebögen zusammengestellt. Er unterteilt sich in drei Bereiche: Sport, Gesundheit und soziodemographische Daten. Der erste Teil umfasst die Häufigkeit der Ausübung der Sportart Fußball und einige Items zur Teamkohäsion. Im mittleren Teil geht es vor allem um den subjektiven Gesundheitszustand. Den Abschluss des Fragebogens bilden Fragen zu soziodemographischen Merkmalen.

Das Sample der Stichprobe setzt sich zu 55,66% aus weiblichen und 44,34% männlichen Befragten zusammen. Der Schwerpunkt der Befragung lag im Altersbereich der 20-29 jährigen, die etwa die Hälfte der Gesamtzahl der Befragten umfassen. Hinsichtlich der höchsten abgeschlossenen Bildung liegt sowohl für Männer wie Frauen ein überdurchschnittlich hoher Bildungsgrad vor. Mehr als ein Drittel verfügt über einen Maturaabschluss und mehr als 40% der befragten Personen verfügen sogar über einen universitären Abschluss.

Fast 90% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut bis gut ein. Diese hohen Prozentwerte decken sich mit den Werten der Personen, die an keinem chronischen Gesundheitsproblem leiden. Um die Gesundheit differenzierter betrachten zu können, wurden vier Indexe zu den Gesundheitsbereichen „physisches Wohlbefinden“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“ gebildet. Über zwei Drittel der Befragten verfügten bei dem physischen Wohlbefinden über gute Werte. Auch bei dem psychischen Wohlbefinden und den

Aspekte der sozialen Umwelt konnten für mehr als 75% gute Werte errechnet werden. Bei dem Bereich der Umwelt wurden sogar für 80% gute Werte verzeichnet. Im Bereich des physischen Wohlbefindens fühlen sich die meisten der Befragten am wenigsten gesund, mehr als 10% weisen dort ungünstige Werte auf. Bei dem psychischen Wohlbefinden und den sozialen Beziehungen bezeichneten sich immerhin noch 8% als nicht gesund beziehungsweise unzufrieden. Bei den Umweltbedingungen sind lediglich 4% der Befragten nicht zufrieden. Ausgehend von diesen vier Gesundheitsindexen wurde ein Gesamtgesundheitsindex gebildet. Der Index stellt fest, dass mehr als 70% der befragten Personen über einen guten Gesamtgesundheitswert verfügen. Etwa 15% der Befragten verfügen über eine mittlere Gesundheit, lediglich 10% der Befragten leidet unter einem schlechten Gesundheitszustand.

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse der Testung der Hypothesen und ihre Beantwortung dargestellt werden. Hypothese 1 befasst sich mit der Ausübung von Teamsport auf alle vier verschiedenen Gesundheitsbereiche. Die verschiedenen Gesundheitsbereiche teilen sich in „psychisches Wohlbefinden“, „physisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“, und „Umwelt“. Dieser Gesamtindex kann Werte von 1-5 erreichen. Mehr als 20% Personen verfügen in allen Bereichen, mit Ausnahme der Umwelt, über eine gute Gesundheit. In allen Bereichen verfügen 80-85% der befragten Personen über eine mittelmäßig gute Gesundheit. Die Personen konnten hierbei Werte zwischen 1 und 5 angeben, wobei 1 völlig gesund bedeuten würde und 5 einen schlechten Gesundheitszustand bezeichnet. Es wurden Gesamtmittelwerte von 3,05 für das physische Wohlbefinden und 2,97 für das psychische Wohlbefinden errechnet. Für die sozialen Beziehungen ergab sich ein Mittelwert von 2,68 und für die Umwelt wurde der niedrigste Mittelwert von 2,33 erreicht. Mithilfe dieser Ergebnisse war es möglich die Alternativhypothese, dass ein positiver Einfluss auf die verschiedenen Gesundheitsbereiche stattfindet, anzunehmen.

Hypothese 2 stellt eine Verbindung zwischen Teamsport und psychischer Gesundheit her. Etwa ein Fünftel der Personen verfügt über ein gutes psychisches Wohlbefinden. Mehr als 60% der befragten Personen verfügen über ein gutes bis mittelmäßiges psychisches Wohlbefinden. Lediglich für 3% konnte nur eine schlechte psychische Gesundheit errechnet werden. Diese Zahlen zeigen, dass die Hypothese somit abgelehnt werden muss, Teamsport beeinflusst das psychische Wohlbefinden in einem positiven Sinne. Das Ausmaß dieses Einflusses kann jedoch mit den vorhandenen Daten nicht genauer angegeben werden.

Bei Hypothese 3 geht es darum den Zusammenhang zwischen Personen, die gerne gemeinsam Sport treiben und über einen guten Gesundheitszustand verfügen. Hierfür wurde ein Index

„gemeinsam Sporttreiben“ gebildet, dieser setzt sich aus fünf verschiedenen Variablen zusammen. Die Variablen v80, v17, v38, v39 und v45 befassen sich alle mit unterschiedlichen Aspekten des gemeinsamen Sportbetreibens. Die Personen können hierfür Werte von 1-5 bekommen, diese wurden zur eindeutigeren Übersicht in 7 Wertebereiche unterteilt. 70% der Personen, die an der Studie teilgenommen haben, betreiben gerne mit anderen Leuten Sport. Auch in diesem Fall muss die Nullhypothese verworfen werden, es besteht ein Zusammenhang zwischen gemeinsam Sporttreiben und der Gesundheit.

Hypothese 4 befasst sich mit dem Einfluss, des sozialen Zusammenhaltes auf den Gesundheitszustand. Der Index „sozialer Zusammenhalt“ besteht aus 11 Variablen, der sich aus den sozialen Orientierungsvariablen der Teamkohäsions-Fragen, zusammensetzt. Ein Drittel der Befragten verfügt über einen sehr guten sozialen Teamzusammenhalt. Für weitere 40% konnte ein guter sozialer Zusammenhalt errechnet werden. In Teams mit gutem bis mittleren sozialen Zusammenhalt spielen etwa 20% der befragten Spieler und Spielerinnen. Lediglich 5% gehören zu der Gruppe der Personen, die in einem Team mit einem schlechten sozialen Zusammenhalt, spielen. Es konnte auch festgestellt werden, dass sozialer Zusammenhalt innerhalb des Teams nur Einfluss auf bestimmte Gesundheitsaspekte hat. Hier konnte an Hand einer Regressionsanalyse gezeigt werden, dass nur etwas mehr als 20% des Gesamtgesundheitszustandes durch den Index sozialer Zusammenhalt erklärt werden. Aus diesem Grund muss hier angenommen werden, dass sozialer Zusammenhalt keinen maßgeblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern hat.

Hypothese 5 untersucht den Gesundheitszustand von Männern und Frauen. Diese Annahme wurde mit den vier verschiedenen Gesundheitsbereichen überprüft. Bei den Frauen fühlen sich 7% psychisch schlechter als die Männer. Über einen sehr guten Gesundheitszustand beziehungsweise eine hohe Zufriedenheitsrate verfügen Personen in den Gesundheitsbereichen „Umwelt“ und „soziale Beziehungen“. Auch hier ist der Prozentwert der Männer um etwa 6% höher als der der Frauen. Männer erreichen auch in den Bereichen „psychisches“ und „physisches Wohlbefinden“ eine um etwa 8% höhere Zustimmung. Hingegen bei dem Gesundheitsbereich „soziale Beziehungen“ sind mehr Frauen (um 5% mehr) mit ihren sozialen Beziehungen zufrieden. In Summe lassen sich somit einige Unterschiede bezüglich der Geschlechter feststellen, sodass die Hypothese nicht beibehalten werden kann.

Hypothese 6 befasst sich mit dem Einfluss der Trainingshäufigkeit auf den Gesundheitszustand von Fußballerinnen und Fußballern. Personen, die öfter Fußball

trainieren, schneiden beim psychischen Wohlbefinden sogar etwas schlechter ab als Personen, die seltener trainieren. Bei den Gesundheitsbereichen „Umwelt“ und „soziale Beziehungen“ steigt die Häufigkeit der Personen mit guter Gesundheit mit der Trainingshäufigkeit an. Personen, die seltener trainieren, verfügen über einen schlechteren Gesundheitszustand in diesen Bereichen. Es konnte auch ein geringer Zusammenhang zwischen einem allgemein sehr gutem Gesundheitszustand und der Häufigkeit des Trainings festgestellt werden. Je häufiger die Personen trainieren, desto gesünder fühlen sie sich. Dadurch sollte die Nullhypothese abgelehnt werden und die Alternativhypothese, dass ein Zusammenhang besteht, angenommen werden.

Um die Fragestellung zu beantworten, war es notwendig einen Index „Teamkohäsion“ zu erstellen. Dabei wurden alle 19 Items, die zur Abfrage der Teamkohäsions-Fragen verwendet wurden, zusammengefasst. Die Mittelwerte können zwischen 1 und 5 liegen. Für mehr als 45% der Befragten konnten Werte, die für eine gute Teamkohäsion sprechen, berechnet werden. Etwa ein Drittel der Befragten meint in einem Team mit gutem bis mittelmäßig gutem Zusammenhalt zu spielen. Fast 15% der Befragten spielen in Teams, die über eine mittelmäßige Kohäsion verfügen. Nur etwas mehr als 5% der befragten Personen sind Mitglieder in einem Team mit schlechtem Teamzusammenhalt. Dieser Index wurde dann mit den individuellen Gesundheitswerten verknüpft. Hier zeigt sich, dass Personen, die in Teams mit sehr gutem, gutem und mittelmäßigem Teamzusammenhalt spielen, auch über einen guten Gesamtgesundheitszustand verfügen. Bei Personen, für die eine sehr gute Teamkohäsion besteht, wurde auch zu 60% eine gute Gesundheit festgestellt. Dadurch lässt sich sagen, dass das Ausmaß des Teamzusammenhaltes bzw. der „Teamsport“ auch für die Gesundheit entscheidend ist. Je höher das Ausmaß der Teamkohäsion ist, desto gesünder fühlen sich die Mitglieder dieser Teams. Mittels der Regressionsanalyse konnte auch bestätigt werden, dass sich Teamsport positiv auf den subjektiven Gesundheitszustand auswirkt. Um die Fragestellung vollständig zu beantworten, wurde diese Regression auch nach Geschlechtern getrennt durchgeführt. Zentrales Ergebnis ist, dass sich die Teamkohäsion stärker auf die Gesundheit von Fußballern als von Fußballerinnen auswirkt.

7. Ausblick

Abschließend soll ein Ausblick auf offene Forschungsfragen gegeben werden und Schlussfolgerungen für die weitere Forschung und Praxis abgeleitet werden. Die Wichtigkeit von Studien, die sich mit der Thematik der Verknüpfung zwischen Sport und Gesundheit befassen, soll damit hier noch hervorgehoben werden.

Die Gesellschaft hat unter anderem mit zwei grundlegenden Gesundheitsproblemen zu kämpfen. Einerseits fehlt häufig das Bewusstsein, dass Gesundheit ein Ist-Zustand ist, der durch Krankheit oder Verletzung abgelöst werden kann. Andererseits nehmen Zivilisationskrankheiten wie zum Beispiel Übergewicht und chronische Rückenschmerzen stark zu. Durch Sport sind einige dieser Leiden zu mildern beziehungsweise würden nicht so stark auftreten.

Es ist in der Forschung weithin anerkannt, dass Sport sowohl eine gesundheitsfördernde Wirkung, aber auch eine gesundheitsgefährdende Wirkung entfalten kann. Bisher wurden die negativen Auswirkungen kaum erforscht. Es ist sichergestellt, dass Menschen durch Sport über bessere psychische, physische und soziale Ressourcen verfügen. Damit einher geht auch eine Verminderung der Morbidität und (vorzeitiger) Mortalität. Eine wichtige Voraussetzung für die Sportausübung sind ausreichende Zeitressourcen. Es wird in der Wissenschaft eine selbstverstärkende „Spirale“ zwischen Sport und Gesundheit beschrieben. Gesunde Menschen betreiben mehr Sport, bleiben dadurch gesünder, weil sie gesünder sind, betreiben sie wiederum mehr Sport. Kranke Menschen hingegen betreiben weniger Sport, und werden dadurch nicht gesünder.

Es wurden einige Einflussfaktoren, sowohl für den Gesundheitszustand, als auch für das Ausüben von Sport festgestellt. Gesundheit kann durch Alter, Geschlecht und soziales Kapital beeinflusst werden. Sport wird vor allem auch durch die Schichtzugehörigkeit beeinflusst. Mittel- und Oberschicht betreiben mehr Sport und assoziieren diesen auch oft mit Gesundheitsthemen. Im Sport kommt es aber zu einer markanten Geschlechtersegregation. Eine allgemeine Annahme besagt, dass Männer körperlich leistungsfähiger sind als Frauen. Diese Vorstellung ist in den Köpfen der Gesellschaft so stark verankert, dass sich dies in der Sozialisation für Mädchen und Buben hinsichtlich der Bedeutung des Sports sehr unterschiedlich niederschlägt. Auch hier kann die weitere Forschung ansetzen. In diesem Zusammenhang ist die Benachteiligung von Mädchen und Frauen im Sportsetting, egal ob im Individualsport oder im Teamsport, eine wichtige Thematik, die künftig zu vertiefen wäre.

Weitere spannende Forschungsbereiche sind die Beeinflussung des Ausmaßes des Sporttreibens durch soziodemographische Merkmale und auch die Eindämmung von Zivilisationskrankheiten durch Sport.

In Hinblick auf weitere Forschungsarbeiten zu diesem Themenbereich, sollte der Einfluss von Teamsport auf den Gesundheitszustand von Sportlern und Sportlerinnen aus anderen Sportarten, untersucht werden. Dies hätte zur Folge, dass dadurch aussagekräftige Vergleiche zwischen verschiedenen Sportarten möglich wären und insgesamt der Einfluss verschiedener Teamsportarten auf Gesundheitsaspekte umfassender erfasst werden könnte. Auch die negativen Auswirkungen von Teamsport, wie zum Beispiel Mobbing, Leistungsdruck oder Gruppenbildungen, stellen ein spannendes und unterbelichtetes Forschungsfeld dar. Die meisten der vorhandenen Studien, die sich mit den Auswirkungen des Sportes befasst haben, basieren auf Querschnittsuntersuchungen. Um eine langfristige Veränderung feststellen zu können, wäre es aber unerlässlich auch Längsschnittstudien durchzuführen.

Der wissenschaftliche Beitrag soll an den bereits vorhandenen Forschungsstand zum Einfluss von Teamsport auf den Gesundheitszustand anschließen und diesen weiterausbauen. Die Gesundheitswirkung, die von Teamsport ausgehen kann, wird durch diese Studie belegt und soll dadurch zu einem stärkeren Gesundheitsbewusstsein führen. Die untersuchten Daten und ihre Analyse bieten eine Grundlage um die verschiedenen Gesundheitsbereiche in Anhängigkeit vom Teamsport im Fußball besser einschätzen zu können.

Zentrales Ergebnis ist, dass sich die Teamkohäsion bei Fußballern stärker auf die Gesundheit auswirkt als bei Fußballerinnen. Dieses Ergebnis könnte jedoch auch von anderen wichtigen Faktoren beeinflusst werden. Verhaltensweisen wie zum Beispiel Bewegung, Ernährung, Konsum von Suchtmittel, Zugänge zu unterschiedlichen Versorgungssystemen (zum Beispiel Gesundheitssystem) oder soziodemographische Merkmale wie Bildung und Einkommen können hierbei auch entscheidenden Einfluss nehmen. Einige dieser Faktoren sind am Rande in die Erhebung dieser Studie, auf einige andere und die Querverbindungen im Gesundheitssystem konnte jedoch hier nicht eingegangen werden.

8. Literaturverzeichnis

- Abels**, Heinz. 2009. *Einführung in die Soziologie*. Band 2 Die Individuen in ihrer Gesellschaft, 4.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baldaszti** Erika und Jeannette Klimont. 2015. *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Statistik Austria.
- Baldaszti** Erika, Klimont Jeannette und Petra Ihle. 2016. *Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Baumann**, Sigurd. 2008. *Mannschaftspsychologie. Methoden und Techniken*. 2. Auflage, Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Becker**, Simone. 2011. *Sport zur Gesundheitsförderung oder treiben nur Gesunde Sport? Eine empirische Längsschnittanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker**, Simone. 2012. Treiben nur Gesunde Sport? Eine empirische Analyse zum Einfluss der Gesundheit auf Veränderung der Sportaktivität mit den Daten des Projektes „Ein aktives Leben leben: Alter und Altern in Baden-Württemberg“. *Österreich Zeitschrift für Soziologie*, 37:263–286.
- Becker**, Simone (Hg). 2014. *Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer VS.
- Benkwitz**, Adam und Laura Healy. 2019. 'Think football': exploring a football for mental health initiative delivered in the community through the lens of personal and social recovery. *Mental Health and Physical Activity*, 17: 100292. ISSN 1755-2966.
- Borgetto**, Bernhard und Karl Kälble. 2007. *Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem*. Weinheim und München: Juventa.
- Brandmüller**, Teodóra, Önnerfors Åsa und Petronela Reinecke. 2018. Eurostat regional yearbook. Luxemburg: Publications Office of the European Union.
- Broocks**, Andreas und Pete Rieckmann. 2014. Körperliche Aktivität hält auch die Psyche gesund: Sport und Neuroplastizität bei psychischen Erkrankungen. *Neurologie & Psychiatrie*, 16 (10), 52-60.

BSO – Österreichische Bundes-Sportorganisation. 2019. Mitgliederstatistik.
<https://www.bso.or.at/de/ueber-uns/mitglieder/mitgliederstatistik/>

Burk, Verena und Marcel Fahrner. 2013. *Einführung in die Sportwissenschaft*. Konstanz München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Cavill, Nick und Adrian Bauman. 2004. Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role? *Journal of Sports Sciences*, 22 (8), 771-790.

Diehl, Katharina, Freia De Bock und Sven Schneider. 2014. Bedeutung der sportlichen Aktivität für Kinder und Jugendliche aus soziologischer und pädagogischer Perspektive. In: Becker, Simone (Hg): *Aktiv und Gesund?: Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 311-330.

Diehm, Curt. 2019. Mannschaftssport gegen dunkle Tage. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 161 (2), 30.

Diketmüller, Rosa 2002. Frauenfußball in Zeiten der Globalisierung – Chancen und Risiken. In: Fanizadeh, Michael; Hödl, Gerald; Wolfram Manzenreiter (Hg): *Global Players - Kultur, Ökonomie und Politik des Fußballs*. Frankfurt: Brandes & Apsel, 203-226.

Dresen, Antje und Mischa Kläber. 2014. Sport und Gesundheit in funktional differenzierten Gesellschaften. In: Becker, Simone (Hg): *Aktiv und Gesund?: Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 49-68.

Eberhardt, Daniela. 2013. *Together is better? Die Magie der Teamarbeit entschlüsseln*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Europäische Union. 2018. *Das Leben von Frauen und Männern in Europa – ein statistisches Porträt*. Digitale Veröffentlichung.
http://www.statistik.at/leben_von_frauen_und_maennern_in_europa/bloc-3a.html?lang=de

Faul, Franz, Erdfelder, Edgar, Lang, Albert-Georg und Axel Buchner. 2007. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

- Ferron**, Christine, Narring, Françoise, Cauderay Michel und Pierre-André Michaud. 1999. Sport activity in adolescence: associations with health perceptions and experimental behaviours. *Health education research*. 14 (2), 225-233.
- Fuchs**, Reinhart. 1989. Sportliche Aktivität bei Jugendlichen. Köln: bps-Verlag, 126-154.
- Gerber**, Markus und René Schilling. 2018. Stress als Risikofaktor für körperliche und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen. In: Fuchs, Reinhart; Gerber, Markus (Hg): *Handbuch Stressregulation durch Sport*. Berlin: Springer Verlag, 93-123.
- Gore**, Susan, Florence Farrell, and Jennifer Gordon. 2001. Sports Involvement as Protection against Depressed Mood. *Journal of Research on Adolescence*, 11 (1), 119-130.
- Hausen**, Karin. 2013. Geschlechtergeschichte als Gesellschaftsgeschichte. Band 2. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hebert**, Jeffrey, Møller, Niels, Andersen, Lars und Niels Wedderkopp. 2015. Organized Sport Partizipation Is Associated With Higher Levels Of Overall Health-Related Physical Activity In Children (CHAMPS Study-DK). *PLoS ONE* 10 (8): e0134621. Doi: 10.1371/journal.pone.0134621.
- Heissenberger**, Stefan. 2012. Entgrenzte Emotionen. In: Brandt, Christian; Hertel Fabian; Stassek, Christian (Hg): *Gesellschaftsspiel Fußball. Eine sozialwissenschaftliche Annäherung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 209-226.
- Herzog**, Walter. 2018. Do recreational team sports provide fitness and health benefits? *Journal of Sport and Health Science*, 7 (2), 127-128.
- Hutter**, Hans-Peter; Wallner, Peter; Wanka, Anna; Gormász, Christian; Wiesner, Anna-Maria und Rainer Rößlhuber. 2016. *Positive Effekte der Mitgliedschaft im Sportverein auf die Gesundheit. Eine Literaturstudie der ÄrztInnen für eine gesunde Umwelt in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Bundes-Sportorganisation*. Wien: Österreichische Bundes-Sportorganisation.
- Hurrelmann**, Klaus. 2007. Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (Grundlagentexte Soziologie). Weinheim: Juventa Verlag.
- Hurrelmann**, Klaus und Matthias Richter. 2013. *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*, 8.Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Hurrelmann, Klaus und Ullrich Bauer. 2015. *Einführung in die Sozialisationstheorie*, Weinheim Basel: Beltz Verlag.

Jekauc, Darko, Miriam Reiner und Alexander Woll. 2014. Zum Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und habitueller Gesundheit und ihrer Wirkungsrichtung. In: Becker, Simone (Hg): *Aktiv und Gesund?: Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 13-30.

Klein, Thomas und Simone Becker. 2008. Gibt es wirklich eine Reduzierung sportlicher Aktivität im Lebenslauf? Eine Analyse alters- und kohortenbezogener Unterschiede der Sportaktivität. *Zeitschrift für Soziologie*, 37 (3), 226–245.

Knesebeck, Olaf von dem; Dragano, Nico und Johannes Siegrist. 2005. Social capital and self-rated health in 21 European countries. *Psycho-social medicine*, 2, 1-9.

Kramer, Josef und Georg Scheurecker. 2010. Knie- und Sprunggelenkverletzungen beim Fußballspiel. *Radiologe*, 50, 435–443.

Krug, Susanne, Jekauc, Darko, Poethko-Müller, Christina, Woll, Alexander und Martin Schlaud. 2012. Zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) und des Motorik-Moduls (MoMo) *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55 (1), 111-120.

Krüger, Michael und Arne Göllich. 2013. *Sport. Das Lehrbuch für das Sportstudium*. Berlin: Springerverlag.

Kunert, Christian und Jörg Szepanski. 2016. Sport macht glücklich und gesund. *Heilberufe*, 68 (9), 32-34.

Malm, Christer. Jakobsson, Johan und Andreas Isaksson. 2019. Physical Activity and Sports—Real Health Benefits: A Review with Insight into the Public Health of Sweden. *Sports*, 7 (5), 127.

Mittag, Jürgen und Diana Wendland. 2015. Freizeitsport – Sport und Bewegung in der Freizeit. In: Freericks, Renate; Brinkmann, Dieter (Hg): *Handbuch Freizeitsoziologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 385-410.

Müller, Marion. 2006. Geschlecht als Leistungsklasse. Der kleine Unterschied und seine großen Folgen am Beispiel der „gender verifications“ im Leistungssport. *Zeitschrift für Soziologie*, 35 (5), 392–412.

Müller, Marion. 2007. Das Geschlecht des Fußballs - Zur „Polarisierung der Geschlechtscharaktere“ im Fußball. *Sport und Gesellschaft*, 4 (2), 113-141.

Nagel, Siegfried. 2006. Mitgliederbindung in Sportvereinen - Ein akteurtheoretisches Analysemodell. *Sport und Gesellschaft*, 3 (1), 33-56.

ÖFB. 2017. Der ÖFB. Daten. Wien. <https://www.oefb.at/Der-OeFB/Organisation/OeFB> entnommen am 5.10.2019.

Opaschowski, Horst. 2015. Vom Wohlleben zum Wohlergehen. Zukunftsperspektiven von Wohlstand und Lebensqualität. In: Freericks, Renate; Brinkmann, Dieter (Hg): Handbuch Freizeitsoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 85-106.

Pfeffer, Clemens, Schmidt, Lukas und Eric Burton. 2018. Ein globaler Sport: Fußball und ungleiche Entwicklung. *Journal für Entwicklungspolitik*, 34 (2), 4-19.

Prochaska, Judith. Sallis, James und Barbara Long. 2001. A Physical Activity Screening Measure for Use With Adolescents in Primary Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 155, 554-559.

Pluhar, Emily, Mccracken, Caitlin, Griffith, Kelsey L., Christino, Melissa A., Sugimoto, Dai und William P. III Meehan. 2019. Team Sport Athletes May Be Less Likely To Suffer Anxiety or Depression than Individual Sport Athletes. *Journal of Sports Science and Medicine* 18 (3), 490-496.

Preyer, Gerhard. 2018. *Soziologische Theorie der Gegenwartsgesellschaft I. Mitgliedschaftstheoretische Untersuchungen*, 2.Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag.

Rigauer, Bero. 2014. Sport und Gesundheit. Eine soziologische Diagnose. In: Becker, Simone (Hg): *Aktiv und Gesund?: Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 69-96.

Romahn, Natalie. 2007. Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine repräsentative Befragung mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 4-17 Jahren. Dissertation, Universität Karlsruhe.

Statistik Austria. 2001. Freizeitaktivitäten. Ergebnisse des Mikrozensus September 1998. Wien.

Schulz, Karl.-Heinz, Meyer, Anja und Nadine Langguth. 2012. Körperlche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt*.55:55–65.

Schüttoff, Ute., Pawlowski, Tim, Downward, Paul und Michael Lechner. 2017. Sports participation and social capital formation during adolescence. *Social science quarterly*, 99 (2), 683-698.

Siegrist, Johannes, Nico Dragano und Olaf von dem Knesebeck. 2009. Soziales Kapital, soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter, Matthias und Klaus Hurrelmann (Hg): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 167-180.

UEFA. 2014. Women's Football across the National Associations. Nyon (CH). https://www.uefa.com/MultimediaFiles/Download/uefaorg/WFprogramme/02/20/39/67/2203967_DOWNLOAD.pdf

Weiß, Ottmar und Manfred Russo. 2005. Mehr Österreicher/innen zum Sport Eine Aktivierungsstudie zur Förderung des Sportengagements in Österreich. Wien: Bundessport-Organisation.

Weiß, Ottmar und Gilbert Norden. 2013. *Einführung in die Sportsoziologie*, 2.Auflage. Münster: Waxmann.

Wendland, Maike und Isabella Buber. 2009. Ein Vergleich der Ergebnisse der ersten Welle des Österreichischen „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE) und der „Österreichischen Gesundheitsbefragung“ (ATHIS). Vienna Institute of Demography Austrian Academy of Sciences.

Weyer, Johannes. 2011. *Soziale Netzwerke: Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung*, 2.Auflage. München: Oldenbourg Verlag.

Wiener Fußball Verband (WFV). 2020. Mitgliederzahlen und Vereine im Männer- und Frauenfußball. (Email vom 31.01.2020).

9. Anhang

Anhang 1: Fragebogen	102
Anhang 2: Liste aller Variablen	111
Anhang 3: Umcodierung der Variablen	116
Anhang 4: Formeln für Indexberechnung	118
Anhang 5: Syntax	119
Anhang 6: Syntax Regression	121
Anhang 7: Ergebnisse der Regression	122
Anhang 8: Übersicht über Berechnungswerte	124



Mein Name ist Cora Dax, ich studiere Soziologie und arbeite aktuell an meiner Masterarbeit
Die Studie beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Mannschaftssport und dem
Gesundheitszustand von Sportlerinnen.

Der Fragebogen unterteilt sich in drei Themenblöcke: Gesundheit, Ausübung des
Mannschaftssports und soziodemographische Daten.

Für die Umfrage werden sowohl weibliche als auch männliche Fußballerinnen, die ihrem
Hobby aktiv in Wien nachgehen, gesucht.

Der Fragebogen wird ca. 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig aus. Sie bleiben selbstverständlich
vollkommen anonym und es werden keine Daten weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Üben Sie derzeit Fußball in einem Sportverein aus?

- Ja
- Nein

Wie oft betreiben Sie die Sportart Fußball?

- Manchmal
- 1x die Woche
- 2-3x die Woche
- 4-6x die Woche
- Täglich

Wie viel Zeit nimmt die Sportart Fußball in der Woche in Anspruch?

Angabe ohne Anfahrt

- Weniger als 1 Stunde
- 1-3 Stunden
- 3-5 Stunden
- 5-10 Stunden
- 10-20 Stunden
- Mehr als 20 Stunden

Nehmen Sie an Wettkämpfen in der Sportart Fußball teil?

- Wöchentlich
- Monatlich
- Seltener
- Nie

An wie viel Tagen der letzten 7 Tagen waren Sie für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

- 0 Tage
- 1 Tag
- 2 Tage
- 3 Tage
- 4 Tage
- 5 Tage
- 6 Tage
- 7 Tage

An wie viel Tagen einer normalen Woche waren Sie für mindestens 60 Minuten am Tag körperlich aktiv?

- 0 Tage
- 1 Tag
- 2 Tage
- 3 Tage
- 4 Tage
- 5 Tage
- 6 Tage
- 7 Tage

Wenn ich regelmäßig Sport treiben, dann...

	Stimme voll und ganz zu	Stimme überwiege nd zu	Stimme teils/teils zu	Stimme eher zu	Stimme überhaupt nicht zu
werde ich nicht so leicht krank.					
kann ich mich leicht verletzen.					
verbessere ich meine Kondition.					
bleibe ich beweglich.					
habe ich eine gute Figur und sehe gut aus.					
mache ich etwas mit anderen Leuten zusammen.					
tobe ich mich so richtig aus.					
vertreibt mir das die Langweile.					
hilft mir das mich von meinen Problemen abzulenken.					

Ich treibe Sport...

	Stimme voll und ganz zu	Stimme überwiegend zu	Stimme teils/teils zu	Stimme eher zu	Stimme überhaupt nicht zu
um Spaß zu haben.					
um gemeinsam etwas mit anderen zu machen.					
um etwas für meine Gesundheit zu tun.					
um etwas für meine Gesundheit zu tun.					
um mich zu entspannen.					

um etwas für meine Figur zu tun.					
um mich abzureagieren.					
um meine Kräfte mit anderen zu messen.					
um mich fit zu halten.					
um meine Leistungsfähigkeit zu verbessern.					

Mannschaftskohäsion

Bewerten Sie von 1=Stimme völlig zu bis 7=Stimme überhaupt nicht zu

	1	2	3	4	5	6	7
Ich bin in dieser Mannschaft, weil ich hier Freunde habe.							
Wir verstehen uns auch außerhalb des Sports gut.							
Ich bin in dieser Mannschaft, weil ich meine Leistung verbessern will.							
Wir unternehmen als Mannschaft auch nicht sportliche Aktivitäten.							
Mein Leistungsziel orientiert sich an der Mannschaft bzw. des Trainers.							
Ich werde in der Mannschaft so wie ich bin akzeptiert.							
Wir helfen einander, wenn jemand ein persönliches Problem hat.							
Ich erhalte stets Hilfe, wenn es im Training mal nicht so gut läuft.							
Wir kommen auf Reisen viel ins Gespräch und treten auch hier als Team auf.							
Ich weiß vor jedem Spieleinsatz, was meine Aufgabe ist.							
Wir schätzen oft in gleicher Weise die Ursachen für unseren							

Erfolg/Misserfolg ein.						
Ich gebe immer mein Bestes, weil die Mannschaft das von mir erwartet.						
Wir unterstützen uns gegenseitig bei der Bewältigung von Trainingsaufgaben.						
Wir geben beim Training immer alles und keiner schließt sich dabei aus.						
Wir sind im Spiel alle hoch konzentriert.						
Wir feiern oft zusammen.						
Wir vertrauen dem Trainer, dass er uns unserer Leistung entsprechend im Spiel einsetzt.						
Ich bin in dieser Mannschaft, weil hier hauptsächlich Leistung zählt.						
Ich würde vieles dafür tun, um in dieser Mannschaft bleiben zu können.						

Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?

Bewerten Sie von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht

Sehr gut						Sehr schlecht
----------	--	--	--	--	--	---------------

Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem?

- Ja
- Nein

Bitte bewerten Sie die folgenden Punkte

Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffenden Antworten an.

	Äußerst	Ziemlich	Mittelmäßig	Ein wenig	Überhaupt nicht
Wie weit sind Sie frei von Schmerzen, um ungehindert notwendige Dinge zu tun?					
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?					
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?					
Wie gut können Sie sich konzentrieren?					
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?					
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?					

Bitte bewerten Sie die folgenden Punkte

Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffenden Antworten an.

	Völlig	Überwiegend	Halbwegs	Eher nicht	Überhaupt nicht
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?					
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?					
Haben Sie genug Geld um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?					

Bitte bewerten Sie die folgenden Punkte

Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffenden Antworten an.

	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
Wie gut können Sie sich fortbewegen?					

Bitte bewerten Sie die folgenden Punkte

Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffenden Antworten an.

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weder noch	Unzufrieden	Sehr unzufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?					
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?					
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Freunde?					
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?					

Bitte bewerten Sie die folgenden Punkte

Bitte stufen Sie Ihr Befinden und Ihre Stimmungslage während des letzten Monats der Häufigkeit nach mit Hilfe der vorliegenden Skala ein.

	Nie	Manchmal	Ziemlich oft	Meistens	Immer
Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen sehr nervös?					
Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?					
Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen ruhig und gelassen?					
Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen glücklich?					
Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen voller Schwung?					
Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen voller Energie?					
Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen erschöpft?					
Wie oft waren Sie während der letzten 4 Wochen müde?					

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an

- Mann
- Frau

Bitte wählen Sie Ihre Altersgruppe aus

- 15-19 Jahre
- 19-24 Jahre
- 25-29 Jahre
- 30-34 Jahre
- 35-40 Jahre
- älter als 40 Jahre

Bitte geben Sie Ihren aktuell höchsten Bildungsgrad an

- Pflichtschule
- Hauptschulabschluss
- Lehre mit Berufsschule
- Fach oder –Handelsschule
- Matura
- Bachelor
- Master bzw. Magister

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Wie hoch ist Ihr monatliches Netto-Haushaltseinkommen

- bis 600 Euro
- 601 bis 1000 Euro
- 1001 bis 1500 Euro
- 1501 bis 2000 Euro
- 2001 bis 3000 Euro
- 3001 bis 4000 Euro
- 4001 bis 5000 Euro
- 5001 bis 6000 Euro
- Mehr als 6001
- Keine Angabe

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Ich bedanke mich recht herzlich bei Ihnen für die aktive Teilnahme an dieser Umfrage. Wenn Sie an den Ergebnissen der Umfrage interessiert sind, schreiben Sie bitte eine kurze E-Mail an (a01307787@unet.univie.ac.at).

Liste aller Variablen

Anhang 2

Name	Position	Label	Messniveau	Format	Spaltenbreite
V15	1	Fußball ja/nein	Nominal	F2	2
V24	2	Häufigkeit Fußball	Nominal	F14	14
V3	3	Zeit für Fußball	Nominal	F20	20
V25	4	Wettkampf	Nominal	F12	12
V9	5	Sport letzte Woche	Nominal	F7	7
V58	6	Sport normalerweise	Nominal	F7	7
V7	7	werde ich nicht so leicht krank	Skalar	F26	26
V8	8	kann ich mich leicht verletzen	Skalar	F26	26
V11	9	verbessere ich meine Kondition	Skalar	F23	23
V66	10	bleibe ich beweglich	Skalar	F26	26
V79	11	habe ich eine gute Figur	Skalar	F26	26
V80	12	mache ich etwas mit anderen Leuten	Skalar	F26	26
V81	13	tobe ich mich so richtig aus	Skalar	F26	26
V82	14	vertreibt mir das die Langweile	Skalar	F26	26
V83	15	hilft mir das mich von meinen Problemen abzulenken	Skalar	F26	26
V16	16	um Spaß zu haben	Skalar	F23	23
V17	17	um gemeinsam etwas mit anderen zu machen	Skalar	F26	26
V18	18	um etwas für meine Gesundheit zu tun	Skalar	F26	26
V19	19	um mich zu entspannen	Skalar	F26	26
V20	20	um etwas für meine Figur zu tun	Skalar	F26	26
V21	21	um mich abzu-reagieren	Skalar	F26	26
V22	22	um meine Kräfte mit anderen zu messen	Skalar	F26	26

V23	23	um mich fit zu halten	Skalar	F26	26
V86	24	um meine Leistungsfähigkeit zu verbessern	Skalar	F26	26
V26	25	weil ich hier Freunde habe	Skalar	F1	12
V27	26	verstehen uns auch außerhalb des Sports gut	Skalar	F1	12
V29	27	weil ich meine Leistung verbessern kann	Skalar	F1	12
V30	28	unternehmen auch nicht sportliche Aktivitäten	Skalar	F1	12
V31	29	mein Leistungsziel orientiert sich an der Mannschaft	Skalar	F1	12
V32	30	ich werde in der Mannschaft akzeptiert	Skalar	F1	12
V33	31	wir helfen, wenn jemand ein Problem hat	Skalar	F1	12
V34	32	erhalte Hilfe, wenn es im Training nicht so läuft	Skalar	F1	12
V35	33	wir kommen auf Reisen ins Gespräch	Skalar	F1	12
V36	34	vor dem Spieleinsatz weiß ich was meine Aufgabe ist	Skalar	F1	12
V37	35	wir schätzen die Ursache für Erfolg/Miss-erfolg gleich ein	Skalar	F1	12
V38	36	ich gebe immer mein Bestes	Skalar	F1	12
V39	37	wir unterstützen uns gegenseitig bei Trainingsaufgaben	Skalar	F1	12
V40	38	wir geben beim Training immer alles	Skalar	F1	12
V41	39	wir sind im Spiel hoch konzentriert	Skalar	F1	12
V42	40	wir feiern oft zusammen	Skalar	F1	12
V43	41	wir vertrauen dem Trainer	Skalar	F1	12

V44	42	weil hier hauptsächlich Leistung zählt	Skalar	F1	12
V45	43	ich würde vieles dafür tun, um in der Mannschaft bleiben zu können	Skalar	F1	12
V1	44	allgemeiner Gesundheitszustand	Nominal	F1	12
V2	45	chronisches Gesundheitsproblem	Nominal	N4	4
V46	46	schmerzfrei notwendige Dinge zu tun	Skalar	F16	16
V59	47	Leben genießen	Skalar	F13	13
V60	48	Leben als sinnvoll betrachten	Skalar	F16	16
V67	49	gut konzentrieren	Skalar	F16	16
V69	50	sicher im täglichen Leben	Skalar	F13	13
V74	51	gesunde Umweltbedingungen in der Wohngegend	Skalar	F16	16
V56	52	genug Energie für das Leben	Skalar	F16	16
V57	53	Akzeptanz des Aussehens	Skalar	F16	16
V78	54	genug Geld um Bedürfnisse zu befriedigen	Skalar	F16	16
V6	55	fortbewegen	Skalar	F13	13
V47	56	Zufriedenheit mit dem Schlaf	Skalar	F16	16
V48	57	Zufriedenheit mit Bewältigung alltäglicher Dinge	Skalar	F14	14
V49	58	Zufriedenheit mit Arbeitsfähigkeit	Skalar	F14	14
V61	59	Zufriedenheit mit sich selbst	Skalar	F16	16
V62	60	Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen	Skalar	F16	16
V63	61	Zufriedenheit mit Sexualleben	Skalar	F16	16

V64	62	Zufriedenheit mit Unterstützung durch Freunde	Skalar	F14	14
V65	63	Zufriedenheit mit Wohnbedingungen	Skalar	F16	16
V4	64	Häufigkeit nervös	Skalar	F12	12
V5	65	Häufigkeit niedergeschlagen	Skalar	F12	12
V10	66	Häufigkeit ruhig und gelassen	Skalar	F12	12
V12	67	Häufigkeit glücklich	Skalar	F12	12
V13	68	Häufigkeit voller Schwung	Skalar	F12	12
V14	69	Häufigkeit voller Energie	Skalar	F12	12
V84	70	Häufigkeit erschöpft	Skalar	F12	12
V85	71	Häufigkeit müde	Skalar	F12	12
V68	72	Geschlecht	Nominal	F4	4
V28	73	Altersgruppe	Nominal	F19	19
V71	74	höchster Bildungsabschluss	Nominal	F24	24
V72	75	Personen im Haushalt	Nominal	F2	12
V50	76	monatliches Brutto-Haushalteinkommen	Nominal	F18	18
v100	77	psychische GH	Skalar	F8.2	10
v101	78	soziale Beziehungen	Skalar	F8.2	10
v102	79	Umwelt	Skalar	F8.2	10
v103	80	physische GH	Skalar	F8.2	10
v104	81	Gesamt GH-index	Skalar	F8.2	10
v104_rec	82	GH Index in Gruppen	Nominal	F8.2	10
v100_rec	83	psychische GH	Nominal	F8.2	10
v101_rec	84	soziale Beziehungen	Nominal	F8.2	10
v102_rec	85	Umwelt	Nominal	F8.2	10
v103_rec	86	physische GH	Nominal	F8.2	10
v110	87	gemeinsamer Sport	Skalar	F8.2	10
v38a	88	<keine>	Skalar	F8.2	10
v39a	89	<keine>	Skalar	F8.2	10
v45a	90	<keine>	Skalar	F8.2	10
v111	91	soz. Zusammenhalt	Skalar	F8.2	10

v28_rec	92	Alter in 5 Gruppen	Nominal	F8.2	10
v71_rec	93	Bildungsabschluss	Nominal	F8.2	10
v24_rec	94	Häufigkeit	Nominal	F8.2	10
v111_rec	95	soz. Zusammenhalt	Nominal	F8.2	10
v26a	96	<keine>	Skalar	F8.2	10
v27a	97	<keine>	Skalar	F8.2	10
v29a	98	<keine>	Skalar	F8.2	10
v30a	99	<keine>	Skalar	F8.2	10
v31a	100	<keine>	Skalar	F8.2	10
v32a	101	<keine>	Skalar	F8.2	10
v33a	102	<keine>	Skalar	F8.2	10
v34a	103	<keine>	Skalar	F8.2	10
v35a	104	<keine>	Skalar	F8.2	10
v36a	105	<keine>	Skalar	F8.2	10
v37a	106	<keine>	Skalar	F8.2	10
v40a	107	<keine>	Skalar	F8.2	10
v41a	108	<keine>	Skalar	F8.2	10
v42a	109	<keine>	Skalar	F8.2	10
v43a	110	<keine>	Skalar	F8.2	10
v44a	111	<keine>	Skalar	F8.2	10
v110_neu	112	gemeinsamer Sport	Skalar	F8.2	10
v112_n	113	Teamkohäsion	Skalar	F8.2	10

Umcodierung der Variablen

RECODE V15 ('Ja'='1') ('Nein'='2'). EXECUTE.

RECODE V24 ('manchmal'='1') ('1x die Woche'='2') ('2-3x die Woche'='3') ('4-6x die Woche'='4') ('täglich'='5'). EXECUTE.

RECODE V3 ('weniger als 1 Stunde'='1') ('1-3 Stunden'='2') ('3-5 Stunden'='3') ('5-10 Stunden'='4') ('10-20 Stunden'='5') ('mehr als 20 Stunden'='6'). EXECUTE.

RECODE V25 ('wöchentlich'='1') ('monatlich'='2') ('seltener'='3') ('nie'='4'). EXECUTE.

RECODE V9 ('0 Tage'='1') ('1 Tag'='2') ('2 Tage'='3') ('3 Tage'='4') ('4 Tage'='5') ('5 Tage'='6') ('6 Tage'='7') ('7 Tage'='8'). EXECUTE.

RECODE V58 ('0 Tage'='1') ('1 Tag'='2') ('2 Tage'='3') ('3 Tage'='4') ('4 Tage'='5') ('5 Tage'='6') ('6 Tage'='7') ('7 Tage'='8'). EXECUTE.

RECODE V7 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend zu'='2') ('Stimme teils/teils +'zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V8 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend zu'='2') ('Stimme teils/teils +'zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V11 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend zu'='2') ('Stimme teils/teils +'zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V66 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend zu'='2') ('Stimme teils/teils +'zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V79 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend zu'='2') ('Stimme teils/teils +'zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V80 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend zu'='2') ('Stimme teils/teils +'zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V81 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend zu'='2') ('Stimme teils/teils +'zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V82 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend zu'='2') ('Stimme teils/teils +'zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V83 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend zu'='2') ('Stimme teils/teils +'zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V16 V17 V18 V19 V20 V21 V22 V23 V86 ('Stimme voll und ganz zu'='1') ('Stimme überwiegend +'zu'='2') ('Stimme teils/teils zu'='3') ('Stimme eher zu'='4') ('Stimme überhaupt nicht zu'='5'). EXECUTE.

RECODE V2 ('Nein'='2') ('Ja'='1'). EXECUTE.

RECODE V46 V59 V60 V67 V69 V74 ('Äußerst'='1') ('Ziemlich'='2') ('Mittelmäßig'='3') ('Ein +'wenig'='4') ('Überhaupt nicht'='5'). EXECUTE.

RECODE V56 V57 V78 ('Völlig'='1') ('Überwiegend'='2') ('Halbwegs'='3') ('Eher nicht'='4') ('Überhaupt nicht'='5'). EXECUTE.

RECODE V6 ('Sehr gut'='1') ('Gut'='2') ('Mittelmäßig'='3') ('Schlecht'='4') ('Sehr schlecht'='5'). EXECUTE.

RECODE V47 V48 V49 V61 V62 V63 V64 V65 ('Sehr zufrieden'='1') ('Zufrieden'='2') ('Weder noch'='3') ('Unzufrieden'='4') ('Sehr unzufrieden'='5'). EXECUTE.

RECODE V4 V5 V10 V12 V13 V14 V84 V85 ('Nie'='1') ('Manchmal'='2') ('Ziemlich oft'='3') ('Meistens'='4') ('Immer'='5'). EXECUTE.

RECODE V68 ('Mann'='1') ('Frau'='2'). EXECUTE.

RECODE V28 ('15-19 Jahre'='1') ('20-24 Jahre'='2') ('25-29 Jahre'='3') ('30-34 Jahre'='4') ('35-40 Jahre'='5') ('älter als 40 Jahre'='6'). EXECUTE.

RECODE V71 ('Pflichtschulabschluss'='1') ('Hauptschulabschluss'='2') ('Lehre mit Berufsschule'='3') ('Fach- oder Handelsschule'='4') ('Matura'='5') ('Bachelor'='6') ('Master bzw. Magister'='7'). EXECUTE.

RECODE V50 ('Bis 600 Euro'='1') ('601 bis 1000 Euro'='2') ('1001 bis 1500 Euro'='3') ('1501 bis +'2000 Euro'='4') ('2001 bis 3000 Euro'='5') ('3001 bis 4000 Euro'='6') ('4001 bis 5000+'Euro'='7') ('5001 bis 6000 Euro'='8') ('mehr als 6000 Euro'='9') ('keine Angabe'='10'). EXECUTE.

Formeln für Indexberechnungen

Formel „psychisches Wohlbefinden“

$$v100 = (V59 + V60 + V67 + V57 + V61 + V4 + V5 + V10 + V12) / 9.$$

Formel „soziale Beziehungen“

$$v101 = (V62 + V63 + V64) / 3.$$

Formel „Umwelt“

$$v102 = (V69 + V74 + V78 + V65) / 4.$$

Formel „physisches Wohlbefinden“

$$v103 = (V46 + V56 + V6 + V47 + V48 + V49 + V13 + V14 + V84 + V85) / 10.$$

Formel „Gesamtgesundheit“

$$v104 = (v100 + v101 + v102 + v103) / 4.$$

Formel: Index gemeinsam Sport

$$v110 = (V80 + V17 + v38a + v39a + v45a) / 5.$$

Formel: Index sozialer Zusammenhalt

$$V111 = (V26a + V27a + V30a + V32a + V33a + V34a + V35a + V38a + V39a + V40a + V42a) / 11.$$

Formel Teamkohäsions-Index

$$V112 = (V26a + V27a + V29a + V30a + V31a + V32a + V33a + V34a + V35a + V36a + V37a + V38a + V39a + V40a + V41a + V42a + V43a + V44a + V45a) / 19.$$

Syntax „psychisches Wohlbefinden“

```
COMPUTE v100=(V59 + V60 + V67 + V57 + V61 + V4 + V5 + V10 + V12) / 9.  
EXECUTE.
```

Syntax „soziale Beziehungen“

```
COMPUTE v101=(V62 + V63 + V64) / 3. EXECUTE.
```

Syntax „Umwelt“

```
COMPUTE v102=(V69 + V74 + V78 + V65) / 4. EXECUTE.
```

Syntax „physisches Wohlbefinden“

```
COMPUTE v103=(V46 + V56 + V6 + V47 + V48 + V49 + V13 + V14 + V84 + V85) / 10.  
EXECUTE.
```

Syntax „Gesamtgesundheit“

```
COMPUTE v104=(v100 + v101 + v102 + v103) / 4. EXECUTE.
```

Syntax: Umcodierung der Gesundheitsindexe

```
RECODE v104 (1.0 thru 1.4999=1) (1.5 thru 1.9999=2) (2.0 thru 2.4999=3) (2.5 thru  
2.9999=4) (3.0 thru 3.4999=5) (3.5 thru 3.9999=6) INTO v104_rec. VARIABLE LABELS  
v104_rec 'mit Gruppen'. EXECUTE.
```

```
RECODE v100 (1.0 thru 1.4999=1) (1.5 thru 1.9999=2) (2.0 thru 2.4999=3) (2.5 thru  
2.999=4) (3.0 thru 3.4999=5) (3.5 thru 3.9999=6) INTO v100_rec. VARIABLE LABELS  
v100_rec 'in Gruppen'. EXECUTE.
```

```
RECODE v101 (1.0 thru 1.4999=1) (1.5 thru 1.9999=2) (2.0 thru 2.4999=3) (2.5 thru  
2.999=4) (3.0 thru 3.4999=5) (3.5 thru 3.9999=6) (4.0 thru 4.4999=7) (4.5 thru 4.9999=8)  
INTO v101_rec. VARIABLE LABELS v101_rec 'soziale Beziehungen'. EXECUTE.
```

```
RECODE v102 (1.0 thru 1.4999=1) (1.5 thru 1.9999=2) (2.0 thru 2.4999=3) (2.5 thru  
2.999=4) (3.0 thru 3.4999=5) (3.5 thru 3.9999=6) INTO v102_rec. VARIABLE LABELS  
v102_rec 'Umwelt'. EXECUTE.
```

RECODE v103 (1.0 thru 1.4999=1) (1.5 thru 1.9999=2) (2.0 thru 2.4999=3) (2.5 thru 2.999=4) (3.0 thru 3.4999=5) (3.5 thru 3.9999=6) INTO v103_rec. VARIABLE LABELS v103_rec 'physische GH'. EXECUTE.

Syntax: Umcodierung der Wertebereiche von sozialem Zusammenhalt

RECODE v111_rec (1.0 thru 1.4999=1) (1.5 thru 1.9999=2) (2.0 thru 2.4999=3) (2.5 thru 2.9999=4) (3.0 thru 3.4999=5) (3.5 thru 3.9999=6) (4.0 thru 4.9999=7).EXECUTE.

Syntax: Umcodierung Teamkohäsion auf eine 5er Skala

RECODE V26 V27 V29 V30 V31 V32 V33 V34 V35 V36 V37 V38 V39 V40 V41 V42 V43 V44 V45 (1=1) (2=1.66) (3=2.33) (4=3) (5=3.66) (6=4.33) (7=5) INTO v26a v27a v29a v30a v31a v32a v33a v34a v35a v36a v37a v38a v39a v40a v41a v42a v43a v44a v45a. EXECUTE.

Syntax: Umcodierung Altersvariable

RECODE V28 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (6=5) INTO v28_rec. VARIABLE LABELS v28_rec 'Alter in 5 Gruppen'. EXECUTE.

Syntax: Umcodierung Bildungsvariable

RECODE V71 (1=1) (2=1) (3=1) (4=1) (5=2) (6=3) (7=3) INTO v71_rec. VARIABLE LABELS v71_rec 'Bildungsabschluss in 3 Gruppen'. EXECUTE.

Syntax Regression der Fragestellung

```
REGRESSION/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N/MISSING
LISTWISE/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA/CRITERIA=PIN(.05)
POUT(.10)/NOORIGIN/DEPENDENT V1/METHOD=ENTER v112_n/RESIDUALS
HISTOGRAM(ZRESID)/SAVE ZRESID.
```

```
REGRESSION/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N/MISSING
LISTWISE/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA/CRITERIA=PIN(.05)
POUT(.10)/NOORIGIN/DEPENDENT v104_rec/METHOD=ENTER v112_n/RESIDUALS
HISTOGRAM(ZRESID)/SAVE ZRESID.
```

```
REGRESSION/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N/MISSING
LISTWISE/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA/CRITERIA=PIN(.05)
POUT(.10)/NOORIGIN/DEPENDENT v100_rec/METHOD=ENTER v112_n/RESIDUALS
HISTOGRAM(ZRESID)/SAVE ZRESID.
```

```
REGRESSION/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N/MISSING
LISTWISE/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA/CRITERIA=PIN(.05)
POUT(.10)/NOORIGIN/DEPENDENT v103_rec/METHOD=ENTER v112_n/RESIDUALS
HISTOGRAM(ZRESID)/SAVE ZRESID.
```

```
REGRESSION/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N/MISSING
LISTWISE/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA/CRITERIA=PIN(.05)
POUT(.10)/NOORIGIN/DEPENDENT v101_rec/METHOD=ENTER v112_n/RESIDUALS
HISTOGRAM(ZRESID)/SAVE ZRESID.
```

```
REGRESSION/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N/MISSING
LISTWISE/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA/CRITERIA=PIN(.05)
POUT(.10)/NOORIGIN/DEPENDENT v102_rec/METHOD=ENTER v112_n/RESIDUALS
HISTOGRAM(ZRESID)/SAVE ZRESID.
```

Ergebnisse der Regressionsanalyse (v112_n und v1)

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	0,152	0,023	0,019	0,653

Korrelationen				
		allgemeiner Gesundheitszustand	Teamkohäsion	
Korrelation nach Pearson	allgemeiner Gesundheitszustand	1,000	0,152	
	Teamkohäsion	0,152	1,000	
Sig. (1-seitig)	allgemeiner Gesundheitszustand		0,009	
	Teamkohäsion	0,009		
N	allgemeiner Gesundheitszustand	239	239	
	Teamkohäsion	239	239	

ANOVA					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	2,394	1	2,394	5,616	0,019
Nicht standardisierte Residuen	101,037	237	0,426		
Gesamt	103,431	238			

Koeffizienten					
Modell			Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
			Beta		
(Konstante)	1,503	0,111		13,592	0,000
Teamkohäsion	0,087	0,037	0,152	2,370	0,019

Ergebnisse der Regressionsanalyse (v112_n und v104_rec)

Modellzusammenfassung				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	0,214	0,046	0,042	0,77139

Korrelationen			
		GH Index in Gruppen	Teamkohäsion
Korrelation nach Pearson	GH Index in Gruppen	1,000	0,214
	Teamkohäsion	0,214	1,000
Sig. (1-seitig)	GH Index in Gruppen		0,000
	Teamkohäsion	0,000	
N	GH Index in Gruppen	239	239
	Teamkohäsion	239	239

ANOVA					
Modell	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	6,791	1	6,791	11,412	0,001
Nicht standardisierte Residuen	141,025	237	0,595		

Koeffizienten					
Modell			Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
			Beta		
(Konstante)	2,182	0,131		16,708	0,000
Teamkohäsion	0,147	0,043	0,214	3,378	0,001

Übersicht über Berechnungswerte für Hypothesen 3-6 und Fragestellung ($\alpha=0,05$)

Variablen	Hypothese	chi2-Wert	df	kritischer Wert	Sig.	Entscheidung	Kontingenzkoeffizient
v110_neu + v1	H3	15,003	15	7,261	0,451	H1 annehmen	0,243
v110_neu + v104_rec	H3	37,939	25	15,379	0,047	H1 annehmen	0,370
v110_neu + v100_rec	H3	33,555	20	10,851	0,029	H1 annehmen	0,351
v110_neu + v101_rec	H3	39,663	35	26,509	0,27	H1 annehmen	0,377
v110_neu + v102_rec	H3	54,446	17	8,672	0,001	H1 annehmen	0,431
v110_neu + v103_rec	H3	25,497	20	10,851	0,183	H1 annehmen	0,310
v111_rec + v1	H4	13,230	15	25	0,585	Ho beibehalten	0,229
v111_rec + v104_rec	H4	55,328	25	37,65	0,00	H1 annehmen	0,434
v111_rec + v100_rec	H4	48,658	20	31,41	0,00	H1 annehmen	0,411
v111_rec + v101_rec	H4	41,367	35	43,77	0,212	Ho beibehalten	0,384
v111_rec + v102_rec	H4	75,740	25	37,65	0,000	H1 annehmen	0,491
v111_rec + v103_rec	H4	24,998	20	31,41	0,201	Ho beibehalten	0,308
v111_rec + v1	H4 ♂	10,789	15	25	0,768	Ho beibehalten	0,304
v111_rec + v104_rec	H4 ♂	65,119	20	31,41	0,000	H1 annehmen	0,617
v111_rec + v100_rec	H4 ♂	36,135	15	25	0,002	H1 annehmen	0,504
v111_rec + v101_rec	H4 ♂	41,921	30	43,77	0,073	Ho beibehalten	0,532
v111_rec + v102_rec	H4 ♂	69,700	25	37,65	0,000	H1 annehmen	0,630
v111_rec + v103_rec	H4 ♂	20,164	15	25	0,166	Ho beibehalten	0,400
v111_rec + v1	H4 ♀	18,047	15	25	0,260	Ho beibehalten	0,346
v111_rec + v104_rec	H4 ♀	28,892	25	37,65	0,268	Ho beibehalten	0,422
v111_rec + v100_rec	H4 ♀	51,864	20	31,41	0,000	Ho beibehalten	0,530
v111_rec + v101_rec	H4 ♀	25,333	30	43,77	0,709	H1 annehmen	0,400
v111_rec + v102_rec	H4 ♀	52,765	25	37,65	0,001	Ho beibehalten	0,533
v111_rec + v103_rec	H4 ♀	19,176	20	31,41	0,51	H1 annehmen	0,355
v68 + v1	H5	0,653	3	0,352	0,884	H1 annehmen	0,052
v68 + v104_rec	H5	2,652	5	1,145	0,753	H1 annehmen	0,105
v68 + v100_rec	H5	4,475	4	0,711	0,346	H1 annehmen	0,136
v68 + v101_rec	H5	5,443	7	2,167	0,606	H1 annehmen	0,149
v68 + v102_rec	H5	1,472	5	1,145	0,916	H1 annehmen	0,078
v68 + v103_rec	H5	7,255	4	0,711	0,123	H1 annehmen	0,172

v24 + v1	H6	19,011	12	5,336	0,088	H1 annehmen	0,271
v24 + v104_rec	H6	10,801	20	10,851	0,951	Ho beibehalten	0,208
v24 + v100_rec	H6	12,816	16	7,962	0,686	H1 annehmen	0,226
v24 + v101_rec	H6	16,74	28	16,928	0,954	Ho beibehalten	0,256
v24 + v102_rec	H6	22,115	20	10,851	0,334	H1 annehmen	0,291
v24 + v103_rec	H6	8,51	16	7,962	0,932	H1 annehmen	0,186
v112_n + v1	FF	17,849	18	9,390	0,466	Zsgh	0,264
v112_n + v104_rec	FF	63,349	30	18,493	0,00	Zshg	0,458
v112_n + v100_rec	FF	37,389	24	13,484	0,004	Zshg	0,368
v112_n + v101_rec	FF	37,301	42	26,509	0,677	Zshg	0,367
v112_n + v102_rec	FF	96,78	30	18,493	0,00	Zshg	0,537
v112_n + v103_rec	FF	26,914	24	13,484	0,308	Zshg	0,318
v112_n + v1	FF ♂	16,068	18	28,87	0,588	Kein Zshg	0,363
v112_n + v104_rec	FF ♂	58,560	24	36,42	0,00	Zsgh	0,597
v112_n + v100_rec	FF ♂	26,980	18	28,87	0,079	Kein Zshg	0,450
v112_n + v101_rec	FF ♂	32,839	36	38,89	0,620	Kein Zshg	0,486
v112_n + v102_rec	FF ♂	64,813	30	43,77	0,00	Zshg	0,616
v112_n + v103_rec	FF ♂	15,177	18	28,87	0,658	Kein Zshg	0,353
v112_n + v1	FF ♀	23,745	15	25	0,072	Kein Zshg	0,388
v112_n + v104_rec	FF ♀	28,879	25	37,65	0,269	Zshg	0,422
v112_n + v100_rec	FF ♀	28,878	20	31,4	0,090	Kein Zshg	0,422
v112_n + v101_rec	FF ♀	28,094	30	43,77	0,565	Kein Zshg	0,418
v112_n + v102_rec	FF ♀	57,075	25	37,65	0,00	Zshg	0,548
v112_n + v103_rec	FF ♀	25,352	20	32,40	0,263	Kein Zshg	0,400