



Bewegungsförderung in Lebenswelten.

Wissenschaftliche Grundlagen und Beispiele guter Praxis. Erweiterte Dokumentation der Fachtagung „Bewegungsförderung in Lebenswelten“ am 18. Oktober 2011 in Düsseldorf.

LIGA.Fokus 14

Bewegungsförderung in Lebenswelten.

Wissenschaftliche Grundlagen und Beispiele guter Praxis. Erweiterte Dokumentation der Fachtagung „Bewegungsförderung in Lebenswelten“ am 18. Oktober 2011 in Düsseldorf.

Impressum

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen
(LIGA.NRW)
Ulenbergstraße 127 – 131
40225 Düsseldorf
Telefon 0211 3101-0
Telefax 0211 3101-1189
www.liga.nrw.de
poststelle@liga.nrw.de

Redaktion und Bearbeitung

Franziska Faselt
Gunnar Geuter

Namensbeiträge geben die Meinung der
Verfasser wieder. Sie entsprechen
nicht unbedingt der Auffassung des
Herausgebers.

Layout und Verlag

LIGA.NRW

Titelbild

LIGA.NRW

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des Landes Nord-
rhein-Westfalen und gehört zum Geschäftsbereich des
Ministeriums für Arbeit, Integration und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch
auszugsweise, nur mit Genehmigung
des LIGA.NRW.

Bielefeld, Dezember 2011

ISBN 978-3-88139-188-7

Inhalt

Vorbemerkungen	7
A Grußwort	9
1. Grußwort der Präsidentin des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen	9
B Grundlagen zur Bewegungsförderung in Lebenswelten	11
2. Bewegungsförderung in Lebenswelten – eine Einführung.....	11
3. Soziale Benachteiligung und Bewegung. Zwischen Gewissheiten und Herausforderungen in Theorie, Empirie und Praxis.....	20
4. Aller Anfang ist schwer – Strategien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens.....	23
5. Internationale Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Kindern und Erwachsenen – Materialien des LIGA.NRW.....	25
C Bewegungsförderung in Lebenswelten – wissenschaftliche Evidenzen zur Wirksamkeit	27
6. Bewegungsförderung in der Kommune – was wirkt?	27
7. Bewegungsförderung in der Kita /im Kindergarten – was wirkt?	30
8. Bewegungsförderung in der Schule – was wirkt?	33
9. Bewegungsförderung im Betrieb – was wirkt?	35
10. Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung – was wirkt?	37
11. Bewegungsförderung im Sportverein – was wirkt?	39
12. Bewegungs- und Mobilitätsförderung in Pflegeeinrichtungen – was wirkt?	42
D Bewegungsförderung in Lebenswelten – Beispiele guter Praxis	45
13. Praxisbeispiele im Themenfeld „Bewegungsförderung in Lebenswelten“	45
14. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung in der Kommune	48
15. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung in der Kita / im Kindergarten.....	54
16. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung in der Schule	58
17. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung im Betrieb.....	64
18. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung.....	69
19. Strategien und Programme des organisierten Sports.....	76
20. Praxisbeispiele zur Bewegungs- und Mobilitätsförderung in Pflegeeinrichtungen.....	84
Anhang	89

Vorbemerkungen

Gunnar Geuter

Am 18. Oktober 2011 richtete das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) in Kooperation mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen die Fachtagung „Bewegungsförderung in Lebenswelten“ aus. 230 Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgten der Einladung. Die Fachtagung widmete sich der Bewegungsförderung in unterschiedlichen Lebenswelten (Settings) und diskutierte ausführlich den aktuellen Kenntnisstand zu Bewegungsförderung bei sozial benachteiligten Menschen.

Die vorliegende Publikation versteht sich als erweiterte Tagungsdokumentation. Sie macht die Beiträge und Ergebnisse der Fachtagung „Bewegungsförderung in Lebenswelten“ sowie die Chancen und Herausforderungen lebensweltorientierter Herangehenswei-

se einer breiten Fachöffentlichkeit zugänglich. Sie ist sowohl als Print- als auch als Onlinedokumentation verfügbar. Die Onlineversion ist über die Internetseiten des LIGA.NRW unter www.zfb.nrw.de abrufbar. Hier können Sie auch die im Rahmen der Fachtagung vorgestellten Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als Poster beziehen sowie die Präsentationsfolien der Referentinnen und Referenten einsehen.

Weitere Informationen über die zentrale Fachstelle „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“ erhalten Sie ebenfalls im Internet unter www.zfb.nrw.de.

Diskussion mit Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen



Diskussionsbeitrag einer Teilnehmerin im Plenum



Vorstellung der LIGA.NRW-Poster mit Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit

Grußwort

A

1. Grußwort der Präsidentin des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen

Eleftheria Lehmann

Es gilt das gesprochene Wort.

Verehrte Frau Ministerin Steffens, meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Gäste,

ich begrüße Sie herzlich zur heutigen, nunmehr dritten Fachtagung des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen. Ich freue mich sehr, dass Sie so zahlreich unserer Einladung gefolgt sind!

Fragt man Menschen, was sie zur Verbesserung Ihrer Gesundheit tun können, so ist die Antwort häufig: „Ich sollte mich wohl mehr bewegen!“ Der positive Zusammenhang zwischen regelmäßiger Bewegung und Gesundheit gehört offensichtlich heute zu unserem Allgemeinwissen. Auch die Wissenschaft ist sich einig: Körperliche Aktivität zählt zu den bedeutendsten Einflussfaktoren auf die Lebenserwartung, die Lebensqualität und das Wohlbefinden. Aus der Fülle der Erkenntnisse hier nur einige Beispiele:

- Das Risiko für ischämische Herzkrankheiten, für Schlaganfall, für Bluthochdruck und für Diabetes mellitus Typ 2 sinkt.
- Stürze und Hüftfrakturen können durch regelmäßiges Training verhindert werden.
- Bewegung hilft bei der Gewichtsreduktion und der Prävention von Adipositas.
- Nicht zuletzt: Ein körperlich aktiver Lebensstil reduziert Depressionen, verbessert die Schlafqualität und wirkt sich günstig auf kognitive Funktionen im Alter aus.

Warum dann, meine Damen und Herren, bestimmt körperliche Inaktivität das Leben vieler Menschen in unserer Gesellschaft?

Beunruhigend ist die Beobachtung, dass körperliche Inaktivität zu einem Massenphänomen herangewachsen ist und mittlerweile ein ernstes Public Health-Problem darstellt. Die Ursachen dafür sind vielfältig und keinesfalls monokausal. Unstrittig ist aber, dass die heutigen Lebens- und Arbeitsbedingungen körperlich inaktive Lebensstile begünstigen: Denken Sie zum Beispiel an all die Helfer in unserem Haushalt oder in der Arbeitswelt oder an die Motorisierung des Transports. In unseren Großstädten sind Bewegungsmöglichkeiten und Bewegungsräume allmählich verschwunden. Nicht zuletzt fesseln uns moderne Kommunikation und modernes Entertainment verstärkt an Stuhl, Sessel oder Sofa.

All diese – durchaus gewollten und zu begrüßenden – Errungenschaften unserer Zeit bleiben nicht ohne Einfluss auf unser Verhalten. Ja, sie bleiben nicht ohne Einfluss auf unser Bewegungsverhalten. Und so muss heute festgestellt werden, dass sich die Bevölkerung in Deutschland über alle Altersgruppen hinweg zu wenig bewegt. Aus Public Health-Sicht stellen sich dazu mehrere zentrale Fragen:

- Wie können wir Menschen – und zwar im wahrsten Sinne des Wortes – „bewegen“, sie zu einem aktiven Lebensstil motivieren und vor allem dazu befähigen?
- Welche besonderen Bedürfnisse haben unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und welche Rolle spielen Alter und Geschlecht?
- Welche spezifischen Bedürfnisse haben sozial benachteiligte Menschen?
- Wie können wir unsere Lebenswelten bewegungsförderlich gestalten?

Dies sind nur einige der Fragen, auf die wir mit der heutigen Fachtagung Antworten suchen und mit Ihnen diskutieren möchten.

Ich freue mich ganz besonders, dass Sie, Frau Ministerin Steffens, mit Ihrem Beitrag die Veranstaltung eröffnen. Ihre Teilnahme ist Ausdruck dafür, dass die Landesregierung der Prävention und Gesundheitsförderung eine hohe Bedeutung beimisst. Zugleich danke ich Ihnen für die großzügige Unterstützung Ihres Hauses bei der Ausrichtung der heutigen Veranstaltung.

Heute Vormittag stehen zwei Themen im Vordergrund. Es freut mich sehr, dass ich mit Prof. Dr. Alfred Rütten und Annika Frahsa zwei anerkannte Experten zum Forschungs- und Praxisfeld der Bewegungsförderung begrüßen darf. Sie werden uns aktuelle Ergebnisse internationaler Forschung, aber auch Implikationen für die Bewegungsförderungspraxis bei sozial benachteiligten Menschen vorstellen.

Viele Menschen wissen, wie wichtig regelmäßige Bewegung für den Erhalt der Gesundheit ist, es fällt ihnen aber immer wieder schwer, sich aufzuraffen. Wissen – so könnte man vereinfacht sagen – ist also nicht gleich Handeln. Unter dem Titel „Aller Anfang ist schwer – Strategien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens“ wird uns Prof. Dr. Henning Allmer heute zentrale Forschungsergebnisse und deren Umsetzung vorstellen.

Meine Damen und Herren, das LIGA.NRW setzt sich seit Jahren für die Stärkung der Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen ein. Das Thema Gesundheit und soziale Benachteiligung bearbeiten wir intensiv gemeinsam mit unseren Partnern vom sogenannten Regionalen Knoten NRW. Das Zentrum für Bewegungsförderung NRW ist angebunden am Regionalen Knoten und hat einen Schwerpunkt auf die Bewegungsförderung sozial benachteiligter Menschen gelegt.

Eine zentrale Aufgabe des Zentrums ist es, Ihre Arbeit vor Ort zu unterstützen. Dazu organisieren wir Veranstaltungen und versorgen die Praxis mit vielfältigen Fachinformationen. Im Rahmen der heutigen Veranstaltung möchten wir Ihnen zwei neue Poster mit Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vorstellen und ans Herz legen. Ein Exemplar der Poster ist in Ihren Tagungsunterlagen enthalten. Sie sind herzlich eingeladen, diese Poster vor Ort zu nutzen. In Ihren Teilnehmerunterlagen, aber auch in der Auslage, finden Sie außerdem eine Auswahl weiterer Informationsmaterialien.

Der Nachmittag der heutigen Veranstaltung ist „von der Praxis für die Praxis“ gedacht. Sie haben die Wahl zwischen sieben parallelen Foren. Jedes Forum wid-

met sich einer anderen Lebenswelt. Auch dort werden Ihnen Expertinnen und Experten über ihre Arbeit und ihre Erfahrungen berichten und mit Ihnen diskutieren.

Leider wird es aus organisatorischen Gründen nicht möglich sein zwischen den Fachforen – und damit zwischen den Lebenswelten – zu wechseln. Aber ich möchte Sie auf Ihre Tagungsunterlagen – sowie bereits jetzt – auf die erweiterte Tagungsdokumentation hinweisen mit Informationen zu allen Foren. Sie wird gegen Ende des Jahres in unserer Publikationsreihe als „Handbuch“ erscheinen.

Ich möchte mit einem kurzen Dankeswort zum Schluss kommen.

- Wir haben für die Bearbeitung des Themas kompetente Referentinnen und Referenten gewinnen können. Ihnen gilt mein herzlichster Dank für Ihre Mitwirkung.
- Die Vorbereitung einer Tagung ist bei aller Routine immer wieder eine große Herausforderung. Ich danke meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihren unermüdlichen Einsatz.

Meine Damen und Herren, eine spannende und inhaltsreiche Fachtagung wartet auf uns. Ich wünsche der Veranstaltung einen erfolgreichen Verlauf mit interessanten Gesprächen sowie vielfältigen und bereichernden Impulsen für Ihren Praxisalltag.

Ihnen danke ich für Ihre Aufmerksamkeit!

Grundlagen zur Bewegungsförderung in Lebenswelten

B

2. Bewegungsförderung in Lebenswelten – eine Einführung

Franziska Faselt und Gunnar Geuter

Einleitung

Regelmäßige körperliche Aktivität ist nachweislich gesundheitsfördernd und gilt als wesentlicher Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität umfasst dabei im Sinne eines aktiven Lebensstils Bewegung in den Lebensbereichen Freizeit, Alltag und Arbeit. Sie beeinflusst das Erkrankungsrisiko sowie den Verlauf von über 25 Erkrankungen positiv (unter anderem Herzkrankungen und Schlaganfall, Typ-2-Diabetes, Darmkrebs und Osteoporose) (Warburton et al., 2007). Die positiven gesundheitlichen Effekte von körperlicher Aktivität in Bezug auf zahlreiche psychische und physische Erkrankungen sind auch auf der Ebene von Metaanalysen hinreichend belegt (Woodcock et al., 2010; Rütten und Abu-Omar, 2003; Schlicht, 1994; Knoll, 1997). Außerdem erhöht regelmäßige körperliche Aktivität die Anzahl der gesunden Lebensjahre, also derjenigen Jahre eines Lebens, die frei von gravierenden funktionellen Einschränkungen sind und damit eine weitestgehend unabhängige und aktive Lebensführung ermöglichen (Böhm, Tesch-Römer und Ziese, 2009; Löllgen et al., 2009; Warburton et al., 2007; Fuchs, 2003).

Darüber hinaus ergeben sich folgende Gesundheitschancen durch regelmäßige körperliche Aktivität (Cavill, Kahlmeier und Racioppi, 2006). Ein körperlich aktiver Lebensstil

- erhält oder steigert Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Knochendichte,
- verbessert die geistige Gesundheit und die Stimmung,
- reduziert Symptome der Depression und Ängstlichkeit,

- stärkt soziale Fähigkeiten und das Selbstbewusstsein,
- hilft bei der Regulation des Körpergewichts oder beim Abnehmen durch Reduktion von Körperfett und Aufbau von Muskelmasse,
- verringert bei älteren Menschen das Sturzrisiko.

Prävalenzen körperlicher Aktivität

Ein gesundheitsförderlicher und körperlich aktiver Lebensstil bietet für alle Menschen positive gesundheitliche Chancen. Viele Menschen werden jedoch von den Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit nicht erreicht. Körperliche Inaktivität hat sich zu einem ernsthaften Public Health Problem entwickelt (Geuter und Holleederer, i. E.). Die Bevölkerung in Deutschland bewegt sich über alle Altersgruppen hinweg noch zu wenig und schöpft das gesundheitsförderliche Potenzial körperlicher Aktivität nicht aus. Insbesondere körperliche Aktivität im Alltag als Teilaspekt aktiver Lebensweisen ist immer noch eine stark unterschätzte Ressource für Gesundheit und Lebensqualität. Aktuelle Prävalenzraten zum Bewegungsverhalten in der Bevölkerung lassen darüber hinaus erkennen, dass körperliches Aktivitätsverhalten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen ungleich verteilt ist.

In der Bewegungsförderung sollten deshalb – vor dem Hintergrund des Ziels gesundheitlicher Chancengleichheit – einige Bevölkerungsgruppen besondere Aufmerksamkeit erhalten. Aus den Prävalenzraten für sportliche und körperliche Aktivität können zusammenfassend folgende Aussagen getroffen werden (Abu-Omar, Gelius und Rütten, 2011):

- Männer sind körperlich und sportlich aktiver als Frauen (siehe Abbildung 1).
- Über das Lebensalter hinweg nimmt die Teilnahme an körperlichen und sportlichen Aktivitäten bei beiden Geschlechtern ab (Mensink, 2003).

- Höhere Bildung und höheres Einkommen sind Determinanten körperlicher und sportlicher Aktivität (siehe Abbildungen 1 bis 3).

Vor dem Hintergrund der über die Lebensspanne abnehmenden körperlichen Aktivitäten sind Ergebnisse der internationalen HBSC-Studie aus den Jahren 2005 / 2006 (Currie et al., 2008) besonders alarmierend: zwei Drittel der in ca. 40 Ländern befragten Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 15 Jahren erreichten nicht die empfohlenen Bewegungszeiten für diese Altersgruppe (mindestens 60 Minuten moderater bis intensiver körperlicher Aktivität täglich, vgl. auch Geuter, Kap. 5 in diesem Band).

Aus den in den Abbildungen 1 bis 3 dargestellten Prävalenzen zur körperlichen Aktivität lassen sich aus Public Health Sicht folgende Zielgruppen mit einem besonders hohen Interventionsbedarf ableiten:

- Frauen mit einem niedrigen Bildungsstatus,
- ältere Männer mit einem niedrigen Sozialstatus,
- junge Mädchen mit einem niedrigen Sozialstatus,
- junge Migrantinnen.

Praxis und Politik sind hier aufgefordert, wirksame Strategien der Bewegungsförderung zu entwickeln sowie effektive und qualitätsgesicherte Maßnahmen zu etablieren. Bewegungsförderung sollte sich dabei stärker als bisher der besonderen Herausforderung stellen, gerade diejenigen Bevölkerungsgruppen zu aktivieren, die sich bisher am wenigsten bewegen.

Sozial benachteiligte Menschen als wichtige Zielgruppe

Die Klassifikation „Soziale Benachteiligung“ umfasst Merkmale eines Menschen hinsichtlich persönlicher, sozialer und ökonomischer Variablen. So zählen insbesondere ein niedriges Einkommen, ein niedriger beruflicher Status und eine niedrige Schulbildung zu den Indikatoren für soziale Benachteiligung (Richter und Hurrelmann, 2009). Neben diesen sozioökonomischen Aspekten können Indikatoren für soziale Benachteiligung sich beispielsweise auch auf Alter, Geschlecht und Ethnizität beziehen (Richter und Hurrelmann, 2009).

Indikatoren sozialer Ungleichheit haben sehr oft auch gesundheitliche Auswirkungen (Mielck, 2005) und weisen hohe Zusammenhänge zu Gesundheitskennwerten und Gesundheitsverhalten auf. Dieser sogenannte soziale Gradient ungleich verteilter Gesundheitschancen in der Bevölkerung zeigt sich auch im sport- und freizeitbezogenen Bewegungsverhalten (Frahsa, Abu-Omar und Rütten, 2011): Erwachsene mit einem geringen Bildungsstatus, mit unterdurchschnittlichem Einkommen und Menschen, die einer ethnischen Minderheit angehören, sind häufig weniger körperlich aktiv als Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status (siehe erneut Abbildungen 1 und 2). Aber auch bei älteren und hochaltrigen Menschen sowie bei Kindern und Jugendlichen (siehe erneut Abbildung 2) lässt sich ein sozialer Gradient nachweisen. Stalsberg und Pedersen (2010) resümieren in ihrem Review, dass der Zusammenhang

Abbildung 1: Anteil von Frauen und Männern, die nicht oder wenig sportlich aktiv sind, nach Sozialstatus (nach Rütten et al., 2005)

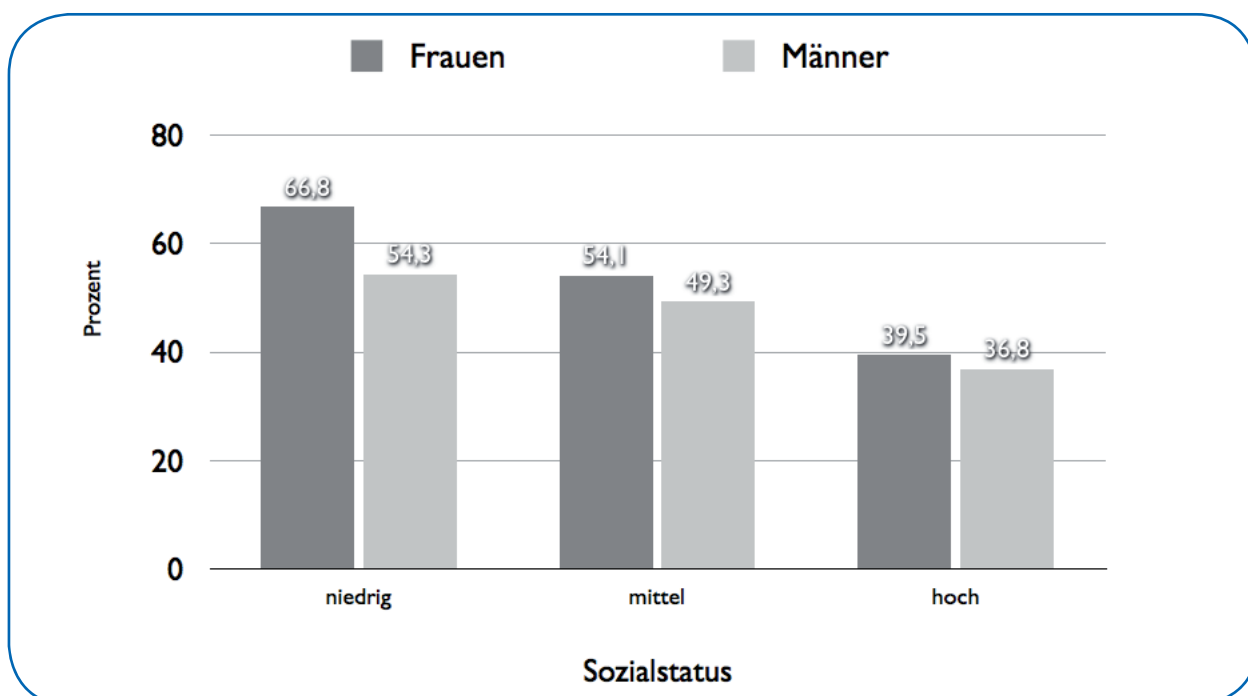


Abbildung 2: Anteil der 3- bis 10jährigen Jungen und Mädchen, die weniger als einmal pro Woche Sport machen, nach Status und Migrationshintergrund (nach Lampert et al., 2007)

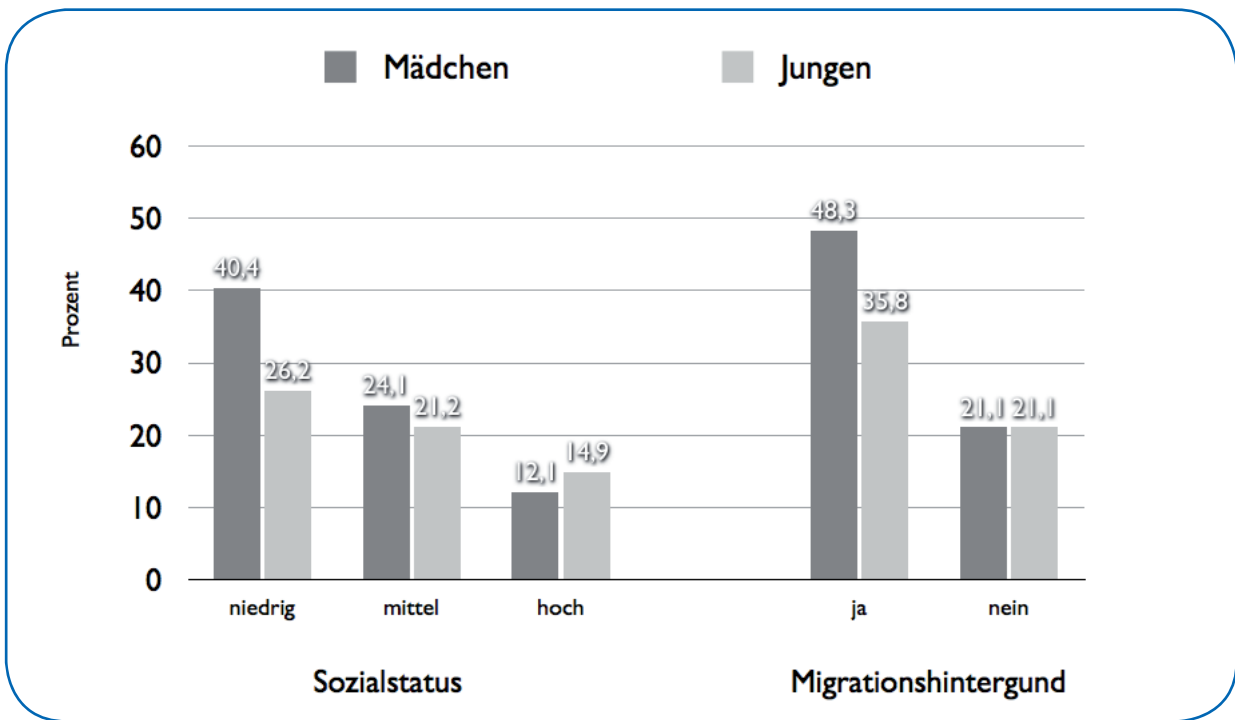
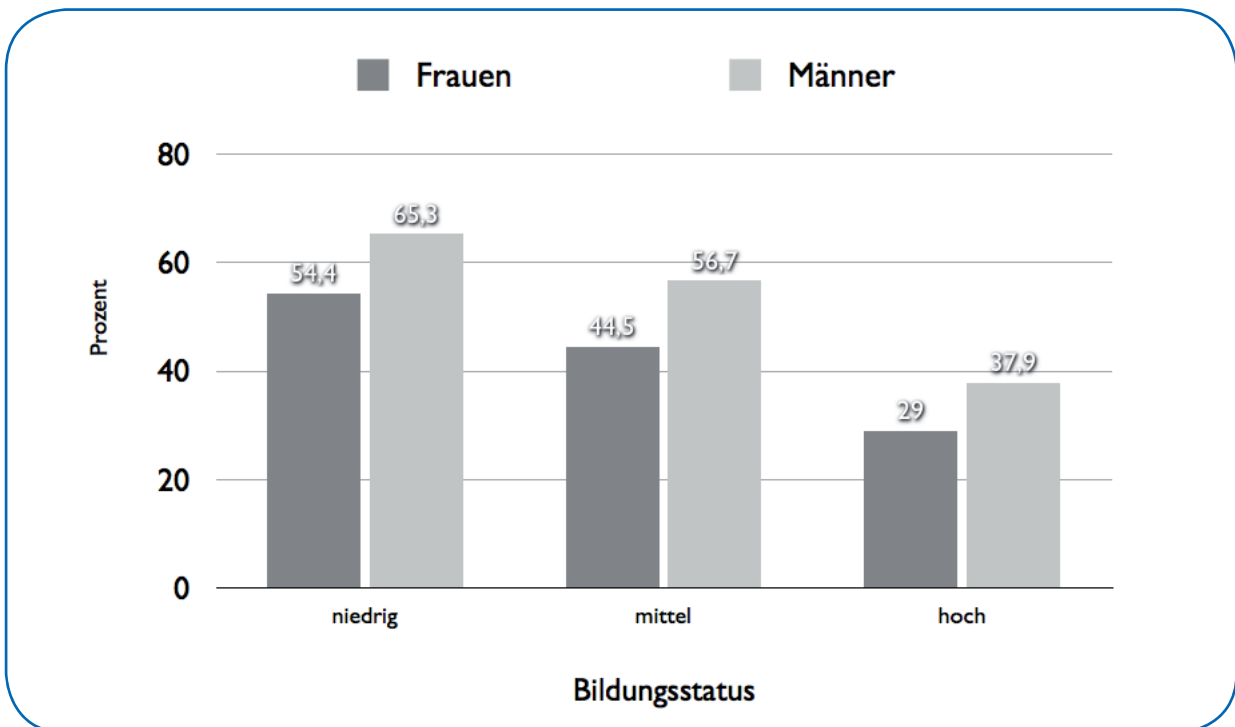


Abbildung 3: Anteil von Frauen und Männern über 65 Jahren, die sportlich inaktiv sind, nach Bildungsstatus (nach RKI, 2010)



zwischen sozioökonomischen Status und körperlicher Aktivität über alle Altersgruppen hinweg bei Jugendlichen am geringsten ausgeprägt ist.

Die Ursachen für den starken Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und körperlichem Aktivitätsverhalten sind differenziert zu betrachten und lassen

sich durch Verhalten und Verhältnisse begründen. So wird das Bewegungsverhalten von Menschen sowohl durch individuelle Gesundheitskompetenzen (Verhaltensaspekt) als auch durch (das bewegungsförderliche Ausmaß ihrer) Lebenswelten (Verhältnisaspekt) determiniert. Es spielen also sowohl persönliche, als auch soziokulturelle und umweltbezogene Faktoren

eine Rolle (1.) in der Erklärung, aber auch (2.) Verursachung beziehungsweise (3.) Verstärkung des sozialen Gradienten (Frahsa, Abu-Omar und Rütten, 2011; Cavill, Kahlmeier und Racioppi, 2006; Baumann et al., 2002). Zu den persönlichen Gründen von Inaktivität werden oftmals Zeit- oder Geldmangel angegeben sowie unter anderem wenig Freude an Bewegung oder geringe Selbstwirksamkeit (Rütten et al., 2007). Soziokulturelle Faktoren beziehen sich häufig auf gering empfundene soziale Unterstützung durch Freunde oder Familie, kulturelle Hindernisse und fehlende eigene Bewegungserfahrung. Umweltbezogene Faktoren schließen sowohl objektive Merkmale, wie Zugangsmöglichkeiten zu Sportanlagen und Bewegungsräume im Wohnumfeld, als auch die subjektiv eingeschätzte Attraktivität und Sicherheit ein (Frahsa, Abu-Omar und Rütten, 2011).

Im Vergleich zur Verbesserung der Gesundheit in der Gesamtbevölkerung verändert sich die gesundheitliche Lage sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen allgemein langsamer zum Positiven (Richter und Hurrelmann, 2009).

Entsprechende Entwicklungen sind einerseits ein Hinweis auf gesellschaftliche Problemlagen. Andererseits sind sie aber auch Ausdruck des sogenannten Inequality Paradox (Frolich und Plotvin, 2008). Mit dem Begriff werden Forschungsergebnisse zusammengefasst, die belegen, dass bevölkerungsbezogene Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit beziehungsweise des Gesundheitsverhaltens oft gesundheitliche Ungleichheit vergrößern, anstatt diese abzumildern. Gründe hierfür sind nicht selten Aspekte fehlender Zielgruppenorientierung wie inadäquate Ansprachen, mangelnde Orientierung an Bedürfnissen und Lebensrealitäten oder auch finanzielle Aspekte. Angebote und Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und zur Förderung eines gesunden Lebensstils erreichen in der Folge eher Menschen der mittleren und höheren sozialen Schichten und vergrößern die gesundheitliche Ungleichheit in der Folge. Dieses Phänomen ist auch als Präventionsdilemma bekannt und zeigt die dringende Notwendigkeit, zum einen die Bedürfnisse und Bedarfe und zum anderen die Lebensverhältnisse der Zielgruppen stärker als bisher zu berücksichtigen.

Erfolgskriterien der Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten

Der Analyse von Gründen für die Entwicklung körperlich aktiver oder körperlich inaktiver Lebensstile kommt eine große Bedeutung zu, wenn es darum geht, zielgruppen- beziehungsweise bedarfs- und bedürfnisgerechte Maßnahmen, Strukturen oder Interventionen zu entwickeln. Es gibt eine Vielzahl von hemmenden und fördernden Faktoren für kör-

perliches Aktivitätsverhalten. Diese sind neben den nicht veränderbaren Faktoren wie Alter, Geschlecht und Genetik, verhaltensbezogene und damit auch beeinflussbare persönlichkeitspezifische Faktoren sowie Faktoren des sozialen und physischen Umfeldes (Rommel et al., 2008).

Die Faktoren beeinflussen dabei in unterschiedlicher Weise das individuelle Aktivitätsverhalten. Aus der Forschung bekannte Determinanten können vier Kategorien zugeordnet werden:

- soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren (zum Beispiel Alter, Geschlecht, Schulbildung, Einkommen, Migrationshintergrund)
- psychologische Einflussfaktoren (zum Beispiel emotionale Aspekte, gesundheitsbezogene Erwartungen)
- soziale Einflussfaktoren (soziale Unterstützung durch zum Beispiel Familie und Freunde)
- soziokulturelle Einflussfaktoren (zum Beispiel Infrastruktur und Angebote der Bewegungsförderung)

Die Minderung sozial bedingter ungleich verteilter Gesundheitschancen ist seit einigen Jahren gesundheitspolitisches Anliegen vieler europäischer Staaten. Zwar gibt es eine Vielzahl einzelner Maßnahmen, jedoch mangelt es auf nationaler und internationaler Ebene insgesamt noch an fundierten Erkenntnissen darüber, wie insbesondere Menschen in schwierigen Lebenslagen erreicht werden können und wie ihre Gesundheit nachhaltig gefördert werden kann. Auf europäischer Ebene hat daher das Projekt „Closing the Gap“ einen intensiven Austausch europäischer Partner und Institutionen über die Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter angestoßen, um in den unterschiedlichen Ländern bereits verfolgte Ansätze zu intensivieren beziehungsweise zu optimieren (Costongs et al., 2007).

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), definiert zwölf Kriterien guter Praxis für die Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BZgA, 2010). Die Kriterien entsprechen dabei folgenden zentralen Merkmalen:

Das inhaltliche Ziel des Projektes steht im Fokus: Bedarfslagen, Ressourcen und Belastungen sozial benachteiligter Zielgruppen werden berücksichtigt.

Das umfassende Konzept von Gesundheitsförderung der WHO findet sich wieder. Die Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen der Menschen auf allen Ebenen ist von zentraler Bedeutung. Eine Schlüsselrolle spielt dabei der Setting-Ansatz, der neben der Stärkung der individuellen Ressourcen

auch auf die aktive Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten abzielt.

Das Interesse von Zuwendungsgebern, Fachöffentlichkeit und Zielgruppen an der Qualität von Projekten und der Legitimität der Verwendung öffentlicher Gelder und Spenden wird berücksichtigt.

Der Kooperationsverbund listet in einer Projektdatenbank Projektbeispiele auf, die diese Kriterien guter Praxis erfüllen (BZgA, 2011, siehe auch Kap. 13 in diesem Band).

Rütten und Frahsa (2011) betonen darüber hinaus die Notwendigkeit, neben dem beschriebenen Zusammenspiel von Bewegungsverhalten und Bewegungsverhältnissen auf der operationalen Zielgruppenebene auch die organisatorischen und politischen Rahmenbedingungen für gesundheitsförderliche körperliche Aktivität zu berücksichtigen. Denn auf der Ebene der Politik werden maßgebliche Entscheidungen vorbereitet und getroffen, die sich förderlich (oder eben hinderlich) auf die Ausprägung der beiden Parameter Verhalten und Verhältnisse bei der Zielgruppe auswirken können. Insbesondere die Bewegungsverhältnisse werden maßgeblich durch Entscheidungen auf politischer und organisatorischer Ebene beeinflusst (siehe auch Rütten und Frahsa, Kap. 3 in diesem Band). Gerade in der Gestaltung der Bewegungsverhältnisse wird ein Schlüssel in der Minderung sozial bedingter Ungleichheiten im Bewegungsverhalten gesehen.

Frahsa, Abu-Omar und Rütten (2011) spezifizieren drei zentrale Erfolgskriterien für Interventionen zur Steigerung körperlicher Aktivität bei und mit sozial Benachteiligten:

- **Integrierte Betrachtung**
(Verhaltens- und Verhältnisorientierung unter Berücksichtigung von Kontextfaktoren mittels realistischer und lebensweltbezogener Interventionen, multidimensionale Interventionen, die persönliche, sozio-kulturelle und umweltbezogene Barrieren für Bewegung bei sozial Benachteiligten systematisch adressieren),
- **Beteiligung**
(systematische Einbindung von Zielgruppe, politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern, Expertinnen und Experten und der Forschung in alle Interventionsphasen),
- **Befähigung**
(zielgruppenspezifische und kultursensible Ansätze, Befähigung sowohl auf operationaler Ebene der Zielgruppe als auch auf politischer Ebene aller Beteiligten).

Systematische Analysen zu multidimensionalen Mehrebenen-Interventionen in der Praxis, die die drei genannten Kriterien im Sinne eines Empowerments der Zielgruppe anwenden, finden sich bislang jedoch noch selten. Derartige Interventionen erfordern aufgrund ihrer Komplexität darüber hinaus die Entwicklung neuer integrierter Evaluationsansätze (Frahsa, Abu-Omar und Rütten, 2011). Die Erfolgsfaktoren zielgruppengerechter Interventionen sowie weitere Erkenntnisse aus der Forschung legen nahe, dass die Lebensweltorientierung von Interventionen eine besonders vielversprechende Herangehensweise darstellt.

Der Lebensweltansatz in der Bewegungsförderung

Der Lebenswelt- bzw. Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zielt darauf ab, strukturelle Voraussetzungen für ein gesundes Leben zu schaffen. Dabei bilden Lebensräume und soziale Beziehungen des alltäglichen Lebens den zentralen Ansatzpunkt (BZgA, 2010).

Um das Bewegungsverhalten in der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, ist es wichtig, nicht nur sportlich orientierte Angebote zu fokussieren, sondern weiter gefasst auch und gerade Bewegungsaktivitäten im Alltag und der Freizeit zu fördern. Dies gelingt häufig am besten, wenn entsprechende Maßnahmen möglichst alltags- und lebensweltorientiert sind. Der Settingansatz in der Bewegungsförderung unterstützt körperlich aktive Lebensstile im Sinne eines doppelten Zugriffs in und über Lebenswelten. Er setzt dabei

1. auf eine Weiterentwicklung der Verhältnisse zu bewegungsfördernden Lebenswelten (Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen) sowie
2. auf die Unterstützung des individuellen Aktivitätsverhaltens (zum Beispiel über Angebote und Maßnahmen in Lebenswelten).

Die als Erfolgsfaktor identifizierte integrierte Betrachtung von Verhaltens- und Verhältnisprävention kann über eine Lebensweltorientierung ideal umgesetzt werden. Im Gegensatz zu eindimensionalen Maßnahmen schafft der Lebensweltansatz bessere Voraussetzungen, Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen zu kombinieren und zu vernetzen und dabei gleichzeitig zielgruppen- und altersgruppenspezifisch auszugestalten. Die Vielfalt der Lebenswelten erfordert dabei jeweils passgenaue Interventionsansätze. Wie dies gelingen kann, wird sowohl aus theoretischer als auch aus praxisorientierter Perspektive für sieben zentrale Lebenswelten in dieser Publikation näher ausgeführt (vgl. Kap. 6 bis 12 sowie 14 bis 20).

Die Kommune als eine zentrale Lebenswelt in der Bewegungsförderung

In den letzten Jahren haben Forschungsergebnisse dazu beigetragen, die Bedeutung der Umwelt und damit infrastruktureller Merkmale des öffentlichen Raumes bei der Analyse von Bewegungsverhalten beziehungsweise im Rahmen der Interventionsplanung stärker als bisher in den Fokus zu rücken (Frank und Kavage, 2009; Sallis et al., 2006; Trost et al., 2002; vgl. zusammenfassend LIGA.NRW, 2011).

Günstig auf das Bewegungsverhalten wirken sich beispielsweise die nachfolgend aufgeführten infrastrukturellen Faktoren aus (Frank und Kavage, 2009; Schöppe und Braubach, 2007):

- gute (Zugangs-)Möglichkeiten zu Aktivitätsflächen (Parks, Spielplätze, Grünflächen, Sportanlagen) im Wohnumfeld,
- eine subjektiv als hoch eingeschätzte Attraktivität des Wohnumfeldes,
- die Barrierefreiheit der Wohnung und Wohnumgebung,
- eine niedrige Verkehrsdichte,
- eine geringe Kriminalitätsrate bei gleichzeitig hohem Sicherheitsgefühl durch beispielsweise ausreichend Straßenbeleuchtung und Sauberkeit,
- gut ausgebaute Rad- und Gehwegenetz,
- die Nähe zu öffentlichen Verkehrsmitteln,
- ausreichend vorhandene Sitzgelegenheiten,
- eine ausreichende Wohndichte sowie die gemischte Landnutzung, beispielsweise um kurze Wege von der Wohnung zu zentralen Einrichtungen (zum Beispiel Schule, Arbeitsplatz, Läden, Verwaltung) zu ermöglichen.

Um einzuschätzen, wie bewegungsförderlich Wohnumgebungen sind, bilden Frank und Kollegen (2010) ausgehend von Erkenntnissen zu den Zusammenhängen von Merkmalen des Wohnumfelds und dem Bewegungsverhalten einen sogenannten Walkability-Index. Dieser setzt sich aus vier zentralen infrastrukturellen Merkmalen zusammen:

1. Flächennutzungsmix,
2. Verdichtungsgrad,
3. Verfügbarkeit, Gestaltung und Vernetzung von Straßen, Gehwegen, Radewegen und
4. Entfernung zu wichtigen Zielpunkten des Alltags.

Je vielfältiger der Flächennutzungsmix, je besser der Verdichtungsgrad, je vernetzter und attraktiver Wege gestaltet sind und je näher zentrale Punkte des täglichen Bedarfs beieinander liegen, desto bewegungs-

förderlicher ist ein Wohngebiet (Bucksch, Claßen und Schneider, 2011, siehe auch Kapitel 6 in diesem Band). Hiermit sind zentrale Aspekte und Aufgaben der Kommunal- und Wohnumfeldentwicklung angesprochen, die idealerweise auf kommunaler Ebene – und damit im Setting des Kreises, der kreisgebundenen oder kreisfreien Stadt, des Stadtteils oder Quartiers berücksichtigt werden.

Die Lebenswelt „Kommune“ zeichnet sich in Abgrenzung zu anderen Lebenswelten darüber hinaus durch folgende Eigenschaften aus (Bucksch, Claßen und Schneider, 2011; BZgA, 2011, Bär, Böhme und Reimann, 2009):

- sie unterstützt und steuert andere Settings (zum Beispiel Kita und Schule),
- sie fasst Aktivitäten verschiedener Settings zusammen, beispielsweise bei der Definition gemeinsamer Bedarfe,
- sie spricht Zielgruppen an, die sich über andere Lebenswelten, wie Kita, Schule, Verein, Arbeit, nur schwer erreichen lassen (zum Beispiel ältere Menschen, Erwerbslose oder sozial benachteiligte Menschen),
- ihr Akteursspektrum und ihre Kooperationsstrukturen sind komplexer. Damit werden eine Vielzahl heterogener Akteursgruppen vernetzt, wodurch Potenziale optimal genutzt werden können,
- sie stärkt soziale Netzwerke und damit die soziale Teilhabe der Menschen,
- sie besitzt eine starke politische Komponente.

Bewegungsförderung in unmittelbarer Wohnumgebung bietet demnach ideale Voraussetzungen für ein konzertiertes, auf Verhalten und Verhältnisse ausgerichtetes Vorgehen. Forderungen nach einer gesundheits- und bewegungsförderlichen Gesamtpolitik stehen dabei in der Tradition zahlreicher nationaler und internationaler „Leitdokumente“ und Programme (Geuter und Holleder, i. E.). Bereits in der Ottawa Charta (WHO, 1986) sind beispielsweise die politischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Lebensbedingungen als wesentliche Determinanten der Gesundheit definiert worden. Ausgehend davon sind unter anderem die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik und die Schaffung einer unterstützenden Umwelt als Kernbereiche gesundheitsförderlichen Handelns benannt worden (Rütten und Frahsa, 2011). Seit der Ottawa Charta sind weitere Papiere entstanden, die – fokussiert auf körperliche Aktivität und Bewegung – vergleichbare Thesen formulieren. Dazu zählen unter anderen die Toronto Charta (Globales Komitee für Bewegung (GAPA) und Internationale Gesellschaft für Bewegung und Gesundheit (ISPAH), 2010), Veröffentlichungen der Weltgesundheitsorganisation (zum Beispiel

Edwards und Tsouros, 2010, 2008) sowie die EU-Leitlinien für körperliche Aktivität (Europäische Kommission, 2008).

Zusammenfassung

Ein körperlich aktiver Lebensstil bietet für alle Menschen positive gesundheitliche Chancen. Vor dem Hintergrund aktueller Prävalenzen körperlicher (In-)Aktivität und mit dem Ziel gesundheitliche Chancengleichheit zu erreichen, sollten aus Public Health Sicht sozial benachteiligte Menschen besondere Aufmerksamkeit in der Förderung aktiver Lebensstile erhalten. Die Gestaltung von Bewegungsverhältnissen bildet dabei ein zentrales Element. Insbesondere die Lebensweltorientierung in der Bewegungsförderung ermöglicht in diesem Zusammenhang eine integrierte Betrachtung von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Aus der Vielzahl der Settings hat die Lebenswelt Kommune aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften besonders große Potenziale, die zentralen Forderungen und Erfolgskriterien für zielgruppengerechte Bewegungsförderung zu erfüllen.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011). Onlineplattform Gesundheitliche Chancengleichheit. Verfügbar unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de [20.11.2011]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (2010). Gesundheitsförderung kompakt. Band 5: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (4. erweiterte und überarbeitete Aufl.). Berlin: BZgA.

Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (2006). Physical activity and health in Europe: Evidence for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Edwards, P. & Tsouros, A. (2010). Bewegungsförderung und aktives Leben im städtischen Umfeld. Die Rolle der Lokalverwaltung. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Europäische Kommission (2008). EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung. Biarritz: Eigenverlag.

Geuter, G. & Holleederer, A. (Hrsg.). (i. E.). Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Huber.

Globales Komitee für Bewegung (GAPA), Internationale Gesellschaft für Bewegung und Gesundheit (ISPAH). Die Toronto Charta für Bewegung: Ein globaler Aufruf zum Handeln. Verfügbar unter: www.globalpa.org.uk. [20.11.2011]

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.). (2011). Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12. Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

Rütten, A. & Frahsa, A. (2011). Bewegungsverhältnisse in der Gesundheitsförderung: Ein Ansatz zur theoretischen Konzeptualisierung mit exemplarischer Anwendung auf die Interventionspraxis. Sportwissenschaft, 41 (1), 16-24.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2007). Tackling obesity by creating healthy residential environments. Copenhagen: WHO.

Literatur

- Abu-Omar, K., Gelius, P. & Rütten, A. (2011). Prävalenz der körperlichen (In-)Aktivität als Basis für eine setting- und zielgruppenspezifische Bewegungsförderung. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12* (S. 23-26). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]
- Bär, G., Böhme, C. & Reimann, B. (2009). *Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik GmbH.
- Bauman, A.E., Sallis, J.F., Dziewaltowski, D.A. & Owen, N. (2002). Toward a better understanding of the influences on physical activity: The role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American journal of preventive medicine*, 23 (2) (1 Suppl), 5-14.
- Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Statistisches Bundesamt; Deutsches Zentrum für Altersfragen; Robert Koch-Institut (RKI).
- Bucksch, J., Claßen, T. & Schneider, S. (2011). *Bewegungsförderung auf kommunaler Ebene*. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12* (S. 86-89). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011). *Onlineplattform Gesundheitliche Chancengleichheit*. Verfügbar unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de [20.11.2011]
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (2010). *Gesundheitsförderung kompakt. Band 5: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* (4., erweiterte und überarbeitete Aufl.). Berlin: BZgA.
- Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: Evidence for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Costongs, C., Stegeman, I., Benesaude De Castro Freire, S. & Weyers, S. (2007). *Closing the Gap. Strategies for Action to Tackle Health Inequalities: Taking Action on Health Equity*. Köln & Brussels: BZgA & EuroHealthNet.
- Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (Hrsg.). (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005 / 2006 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, 5*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Edwards, P. & Tsouros, A. (2008). *A healthy city is an active city: A physical activity planning guide*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Edwards, P. & Tsouros, A. (2010). *Bewegungsförderung und aktives Leben im städtischen Umfeld. Die Rolle der Lokalverwaltung*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Europäische Kommission (2008). *EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung*. Biarritz: Eigenverlag.
- Frahsa, A., Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2011). *Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten*. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12* (S. 51-58). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]
- Frank, L. & Kavage, S. (2009). A national plan for physical activity: The enabling role of the built environment. *Journal of Physical Activity & Health*, 6 (2), 186-195.
- Frank, L.D., Sallis, J.F., Saelens, B.E., Leary, L., Cain, K., Conway, T.L. & Hess, P.M. (2010). The development of a walkability index: Application to the Neighborhood Quality of Life Study. *British Journal of Sports Medicine*, 44, 924-933.
- Frohlich, K.L. & Potvin, L. (2008). The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98, 216-221.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Geuter, G. & Holleederer, A. (Hrsg.). (i. E.). *Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Globales Komitee für Bewegung (GAPA), Internationale Gesellschaft für Bewegung und Gesundheit (ISPAH). *Die Toronto Charta für Bewegung: Ein globaler Aufruf zum Handeln*. Verfügbar unter: www.globalpa.org.uk [20.11.2011]
- Knoll, M. (1997). *Sporttreiben und Gesundheit. Eine kritische Analyse vorliegender Befunde*. Schorndorf: Hofmann.
- Lampert, T., Mensink, G.B., Romahn, N. & Woll, A. (2007). *Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 50, 634-642.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.). (2011). *Gesundheit durch Bewegung fördern. LIGA.Fokus 12*. Düsseldorf: LIGA.NRW.
- Löllgen, H., Bockenhoff, A. & Knapp, G. (2009). Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. *International Journal of Sports Medicine*, 30(3), 213-224.
- Mensink, G. (2003). *Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland*. Berlin: RKI.

- Mielck, A. (Hrsg.) (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Verlag Hans Huber.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven (2., aktualisierte Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2010). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Berlin: RKI.
- Rommel, A., Klaes, L., Cosler, D., Mensink, G. & Lampert, T. (2008). Lebensführung und Sport. In Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2003). Prävention durch Bewegung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11 (3), 229-246.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Adlerwarth, W. & Meierjürgen, R. (2007). Bewegungsarme Lebensstile. Zur Klassifizierung unterschiedlicher Zielgruppen für eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivierung. Gesundheitswesen, 69, 393-400.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T. & Ziese, T. (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Körperliche Aktivität, Heft 26, Berlin: RKI.
- Rütten, A. & Frahsa, A. (2011). Bewegungsverhältnisse in der Gesundheitsförderung: Ein Ansatz zur theoretischen Konzeptualisierung mit exemplarischer Anwendung auf die Interventionspraxis. Sportwissenschaft, 41 (1), 16-24.
- Sallis, J.F., Cervero, R.B., Ascher, W., Henderson, K.A., Kraft, M.K. & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. Annual Reviews of Public Health, 27, 297-322.
- Schlicht, W. (1994). Sport und Primärprävention. Göttingen: Hogrefe.
- Schöppe, S. & Braubach, M. (2007). Wohnen, Bewegung und Gesundheit. Public Health Forum, 15 (3), 2-6.
- Stalsberg, R. & Pedersen, A.V. (2010). Effects of socioeconomic status on the physical activity in adolescents: a systematic review of the evidence. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 20 (3), 368-383.
- Trost, S.G., Owen, N., Bauman, A.E., Sallis, J.F. & Brown, W. (2002). Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update. Medicine & Science in Sports & Exercise, 34 (12), 1996-2001.
- Warburton, D.E., Katzmarzyk, P.T., Rhodes, R.E. & Shephard, R.J. (2007). Evidence-based guidelines for physical activity of adult Canadians. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 32 (2F), 17-74.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986). Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17.–21. November 1986. Verfügbar unter: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [17.11.2011]
- Woodcock, J., Franco, O.H., Orsini, N. & Roberts, I. (2010). Nonvigorous physical activity and all-cause mortality: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. International Journal of Epidemiology, 1-18.

3. Soziale Benachteiligung und Bewegung. Zwischen Gewissheiten und Herausforderungen in Theorie, Empirie und Praxis

Alfred Rütten und Annika Frahsa

Soziale Benachteiligung und Bewegung hat viele Gesichter. Soziale Benachteiligung und Bewegung ist von unterschiedlichen Kontexten und zwei Ebenen, einer operationalen und einer politischen, gekennzeichnet (siehe Abbildung 1). Der Beitrag diskutiert diese hinsichtlich theoretischer, empirischer und praxisbezogener Wissensstände und gegenwärtigen Herausforderungen.

Die Forschungslage zu Zusammenhängen von Bewegung und sozialer Benachteiligung deutet einen sozialen Gradienten an, der im Bereich von Freizeitaktivität und Sport am deutlichsten ausgeprägt scheint. Erwachsene mit einem geringen Bildungsstatus, Menschen mit unterdurchschnittlichem Haushaltseinkommen und Menschen, die Angehörige einer ethnischen Minderheit sind, sind demnach in ihrer Freizeit weniger aktiv als Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status. Ein sozialer Gradient der Inaktivität zeigt sich auch bei älteren und hochaltrigen Menschen sowie bei Kindern und Jugendlichen. Zusammenhänge werden zwischen Bewegung und (1) persönlichen, (2) soziokulturellen und (3) umweltbe-

zogenen Faktoren angenommen, die wiederum den sozialen Gradienten von Bewegung beeinflussen. Hinsichtlich persönlicher Barrieren werden oftmals Zeit- oder Geldmangel thematisiert sowie wenig Freude an Bewegung oder geringe Selbstwirksamkeit. Soziokulturelle Faktoren beinhalten unter anderem gering empfundene soziale Unterstützung durch Freunde oder Familie, kulturelle Barrieren und fehlende Bewegungserfahrung. Umweltbezogene Faktoren werden hinsichtlich objektiver Faktoren wie dem Vorhandensein von und Zugangsmöglichkeiten zu Sportanlagen und Bewegungsgelegenheiten im Wohnumfeld, als auch deren subjektiv eingeschätzte Attraktivität und Sicherheit, diskutiert.

Bezogen auf Bewegungsförderung im Allgemeinen zeichnen sich sowohl individuums- als auch populationsbezogene Interventionen als wirksam ab. Die Forschungslage zu erfolgreichen Interventionen bezogen auf sozial benachteiligte Gruppen und zum Beitrag solcher Interventionen zur Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit ist nicht sehr umfangreich. Allgemein wirksame Interventionen können die Gefahr bergen, besonders bedürftige Zielgruppen wie sozial Benachteiligte nicht oder wenig zu erreichen und damit Ungleichheit eventuell sogar zu verstärken („Inequality Paradox“).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO betont daher die Bedeutung von kontextbezogenen Ansätzen, die auf Beteiligung und Befähigung setzen. Solche Ansätze setzen unserer Ansicht in den jeweiligen Kontexten eine integrierte Betrachtungsweise voraus, die die operationale und politische Ebene gleichermaßen im Blick hat. Auf der operationalen Ebene von Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten geht es um

die Förderung persönlicher Kompetenzen und einer bewegungsförderlichen Umwelt. Auf einer zweiten, der politischen Ebene geht es um bürgerschaftliches Engagement und eine bewegungsfreundliche Gesamtpolitik. Das Praxisbeispiel BIG (www.big-projekt.de) zur Bewegungsförderung mit Frauen in schwierigen Lebenslagen zeigt, wie in der bewegungsorientierten Gesundheitsförderungspraxis beide Ebenen mit ihren unterschiedlichen Prozessen und beteiligten Akteurinnen und Akteuren in Planung, Umsetzung, Nachhaltigkeitssicherung und Evaluation erfolgreich berücksichtigt werden können (siehe Abbildung 2).

Abbildung 1: Mehrebenenmodell des Zusammenspiels von Verhalten und Verhältnissen „Big 8“
 [Quelle: Rütten und Gelius (2011); Rütten und Frahsa (2011)]

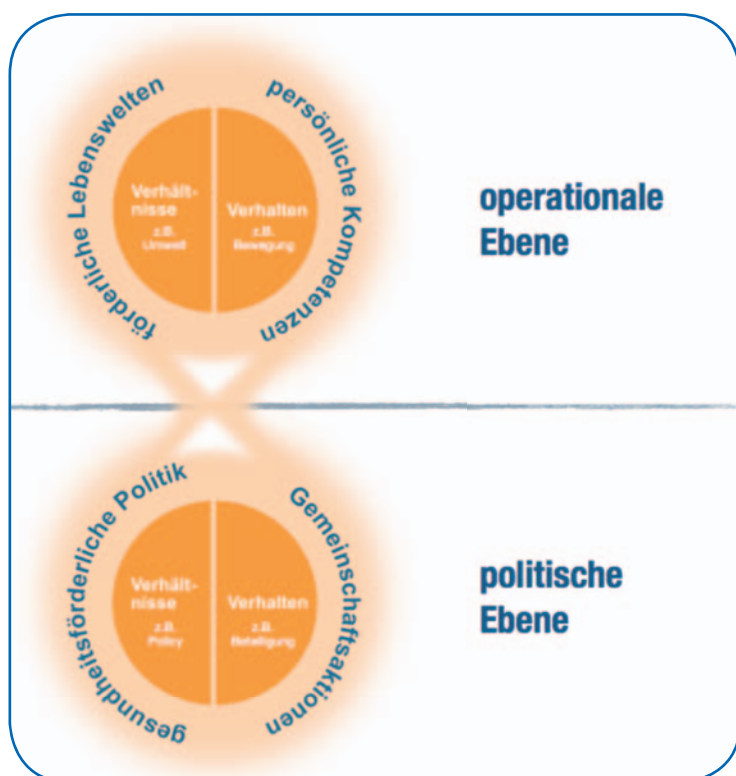


Abbildung 2: Prozesse der Beteiligung und Befähigung im Praxisprojekt BIG

Quelle: Rütten et al. (2008); Frahsa et al. (eingereicht)



Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Baumann, A.E., Sallis, J.F. Dzawaltowski, D.A. & Owen, N. (2002). Toward a better understanding of the influences on physical activity: The role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American Journal of Preventive Medicine*, 23 (2 Suppl), 5-14.

Baumann und Kollegen untersuchen Determinanten und Zusammenhänge körperlicher Aktivität für ein besseres Verständnis darüber, was Bewegung beeinflusst.

Frahsa, A., Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2011). Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis*. LIGA.Fokus 12 (S. 51-58). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

Der Artikel präsentiert Prävalenzen körperlicher Aktivität bei sozial benachteiligten Menschen unterschiedlichen Geschlechts und Altersgruppen sowie Evidenzen zu Erfolgsfaktoren von Bewegungsinterventionen mit sozial Benachteiligten. Es werden Qualitätskriterien und Herausforderungen von Interventionen anhand von drei Praxisbeispielen konkretisiert.

Rütten, A. & Frahsa, A. (2011). *Bewegungsverhältnisse in der Gesundheitsförderung: Ein Ansatz zur theoretischen Konzeptualisierung mit exemplarischer Anwendung auf die Interventionspraxis*. *Sportwissenschaft*, 41 (1), 16-24.

Der Beitrag dient der begrifflichen Präzisierung des Terminus Bewegungsverhältnisse. Dabei wird in Abgrenzung zum Begriff Setting die Bedeutung der Mehrdimensionalität des Begriffs Verhältnisse im Rahmen des Konzepts der Gesundheitsförderung herausgestellt. Gleichzeitig betrachtet er Verhältnisse und Verhalten interdependent und veranschaulicht dies am Beispiel eines Projekts aus der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung. Der Schwerpunkt dieser Betrachtung bezieht sich auf einen Ansatz zum strukturellen Wandel, das heißt der Möglichkeit der Veränderung von Bewegungsverhältnissen.

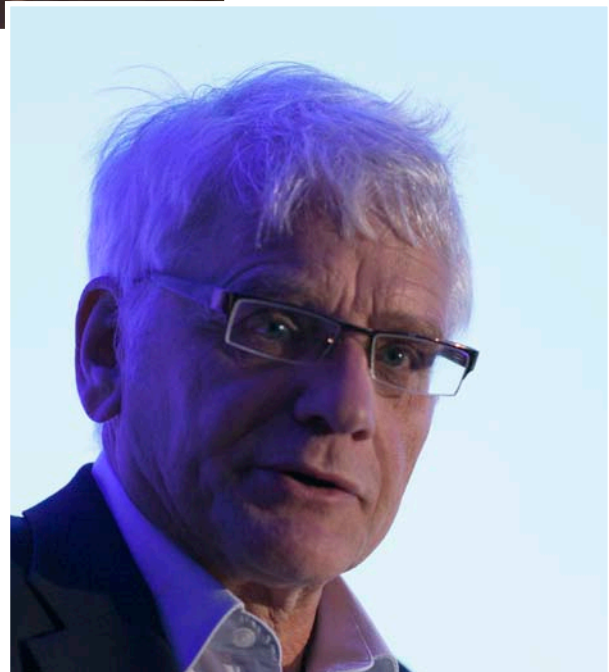
Weltgesundheitsorganisation WHO (2007). *Tackling obesity by creating healthy residential environments*. Kopenhagen: WHO.

Der Projektbericht der WHO stellt Qualitätskriterien von umwelt- und settingbezogenen Ansätzen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung zur Reduzierung von Übergewicht insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen vor und präsentiert zahlreiche Beispiele guter Praxis.

Vortrag von Prof. Dr. Alfred Rütten, Universität Erlangen-



Diskussionsbeitrag eines Teilnehmers im Plenum



Vortrag von Prof. Dr. Henning Allmer, Gesund e. V., Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften

4. Aller Anfang ist schwer – Strategien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens

Henning Allmer

Eine Veränderung des Verhaltens (wie sich mehr bewegen, sich gesünder ernähren) ist ein langer und mitunter beschwerlicher Prozess. Vor allem dann, wenn Verhaltensweisen zu Gewohnheiten geworden sind, an denen wir unverändert festhalten, weil sie uns die Orientierung im Alltag erleichtern und uns Sicherheit vermitteln.

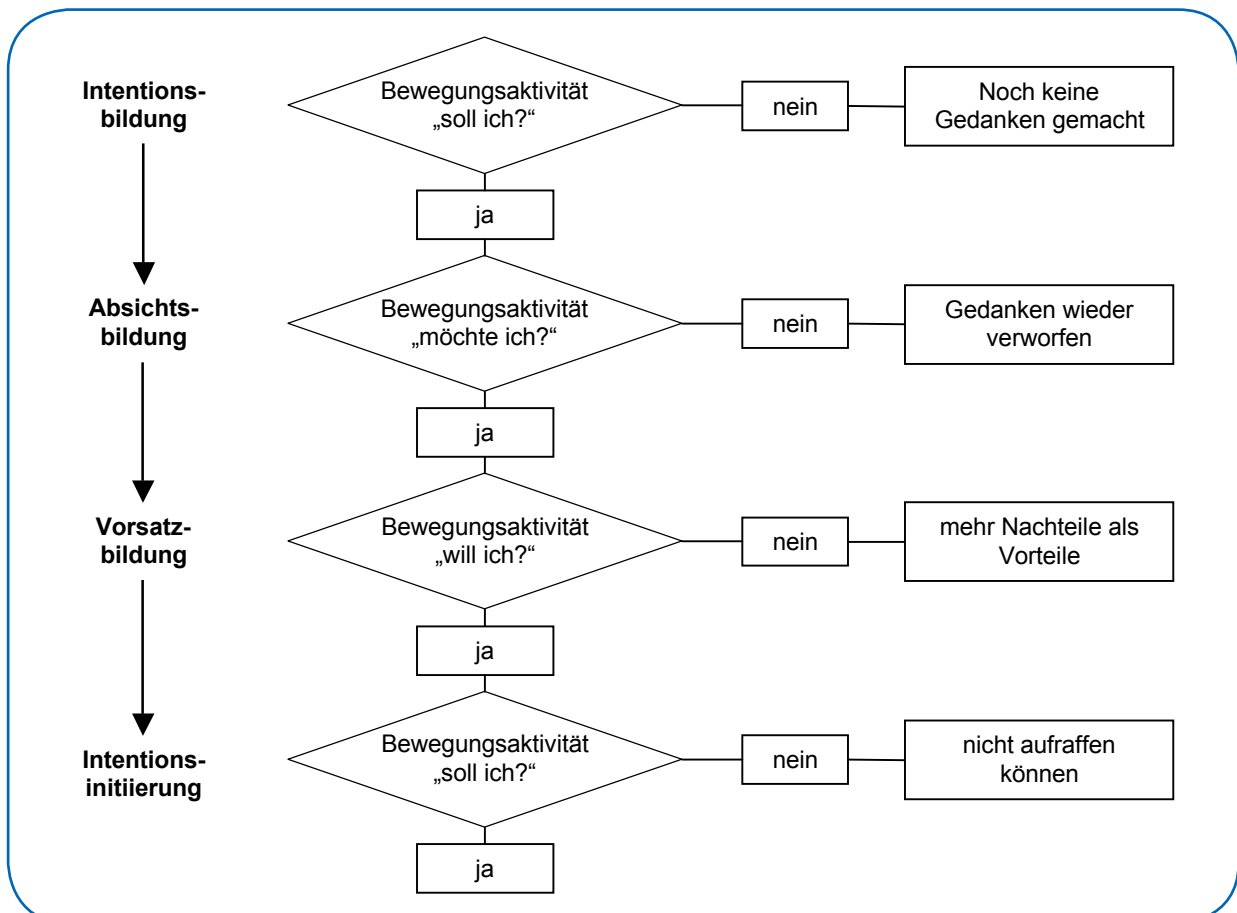
Wenn mit Überlegungen begonnen wird, das gewohnte Verhalten verändern zu wollen, dann handelt es sich um eine zielgerichtete und intendierte Auseinandersetzung mit dem bisherigen Verhalten. Geht man davon aus, dass die Veränderung des bewegungs-inaktiven Verhaltens als absichtliche Verhaltensorganisation zu verstehen ist, stellt sich die Frage, wie Bewegungs-inaktive die Intention bilden, sich der Bewegungsaktivität (wieder) zuzuwenden. Vorgestellt wird das Modell der Änderungshandlung (Allmer, 2008), das deutlich macht, dass mitunter ein langer Weg der gedanklichen Auseinandersetzung gegangen wird, bevor die Verhaltensänderung sichtbar wird. Folgende Phasen der motivationalen Zuwendung sind zu unterscheiden (siehe Abbildung 1):

- die gedankliche Annäherung an eine Verhaltensänderung („Soll ich mit Bewegungsaktivitäten anfangen?“),
- die Ausformung der Änderungsabsicht („Ich möchte mit Bewegungsaktivitäten anfangen“),
- die Entscheidung für den Änderungsvorsatz („Ich will mit Bewegungsaktivitäten anfangen“),
- die gelungene Umsetzung des Änderungsvorsatzes („Ich habe mit Bewegungsaktivitäten angefangen“).

Die Bereitschaft, mit Bewegungsaktivitäten zu beginnen, lässt sich als sukzessive kognitive Bahnung der Verhaltensänderung beschreiben, die beinhaltet, dass die Phasen der Intentionsbildung, Absichts- und Vorsatzbildung und Intentionsinitiierung erfolgreich durchlaufen werden. Das kontinuierliche Fortschreiten wird beeinträchtigt, wenn die gedankliche Auseinandersetzung in den einzelnen Phasen zu einem negativen Ergebnis führt. Ungünstige Motivationslagen, das Verhalten zu ändern, entstehen, wenn

- noch nicht an das Thema „Bewegungsaktivitäten“ gedacht wurde,
- die Gedanken an Bewegungsaktivitäten wieder verworfen werden,
- mehr Nachteile als Vorteile mit den Bewegungsaktivitäten verbunden werden,

Abbildung 1: Flussdiagramm der „Soll-ich-oder-soll-ich-nicht“-Fragen



- man sich (noch) nicht zu Bewegungsaktivitäten aufraffen kann (siehe Abbildung 1).

In diesen Fällen ist die sukzessive Annäherung an die Verhaltensänderung zu unterschiedlichen Phasenzeitpunkten ins Stocken geraten und die kognitive Bahnung der Verhaltensänderung jeweils deutlich unterschiedlich weit vorangeschritten.

Aus der theoriegeleiteten Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Motivationslagen, in denen sich Bewegungsinaktive befinden können, ist die praktische Konsequenz zu ziehen, dass Zugangswege zur Verhaltensänderung nur dann effektiv sein können, wenn sie spezifisch auf die „Knotenpunkte“ des langen Weges von der Intentionbildung zur Intentionrealisierung ausgerichtet sind. Als Grundpfeiler einer erfolgreichen Verhaltensänderung werden die Förderung einer realistischen Risikowahrnehmung, die Stärkung der Selbstwirksamkeit und die Überwindung des „inneren Schweinehundes“ angesehen.

Literatur

- Allmer, H. (2008). Bewegungs- und Sportaktivitäten der Älteren. In K. Beckmann & M. Kellmann (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D Praxisgebiete, Serie V Sportpsychologie, Band 2 Anwendungen der Sportpsychologie* (S. 735-807). Göttingen: Hogrefe.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.). (2010). *Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung*. Düsseldorf: LIGA.NRW.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Allmer, H. (2008). Bewegungs- und Sportaktivitäten der Älteren. In K. Beckmann & M. Kellmann (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D Praxisgebiete. Serie V Sportpsychologie. Band 2 Anwendungen der Sportpsychologie* (S. 735-807). Göttingen: Hogrefe.

Zusammenfassung des Forschungsstandes zu den gesundheitlichen Wirkungen von Bewegungs- und Sportaktivitäten.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.). (2010). *Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung*. Düsseldorf: LIGA.NRW.

Eine systematische Darstellung der theoretischen Ansätze zur Veränderung des Bewegungsverhaltens und deren Bedeutung für die Bewegungsförderung.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.). (2011). *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12*. Düsseldorf: LIGA.NRW.

Als grundlegende Orientierung geeignet, besonders die Arbeit von Stark und Fuchs zur Darstellung der grundsätzlichen Verhaltensänderungsmodelle.

5. Internationale Bewegungs-empfehlungen für die Gesundheit von Kindern und Erwachsenen – Materialien des LIGA.NRW

Gunnar Geuter

Einleitung

Obwohl regelmäßige körperliche Aktivität nachweislich gesundheitsförderlich ist und als integraler Bestandteil eines gesunden Lebensstils gilt, zeigen die Ergebnisse aus Gesundheitssurveys, dass sich die Bevölkerung in Deutschland altersgruppenübergreifend noch zu wenig bewegt, um das gesundheitsförderliche Potenzial körperlicher Aktivität auszuschöpfen. Außerdem sind aktuelle Bewegungsempfehlungen in der Bevölkerung noch zu wenig bekannt und werden von professionellen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitssystems noch zu selten rezipiert (LIGA.NRW, 2011a).

Daten / Methoden

Es wurde eine Literaturrecherche und -analyse international veröffentlichter Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit vorgenommen. Auf Basis der zusammengeführten Ergebnisse wurden neue Materialien für die Bewegungsförderung entwickelt.

Ergebnisse

Die im Jahr 2008 vom U.S. Department of Health and Human Services veröffentlichten Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit entsprechen von den ermittelten Empfehlungen am besten dem aktuellen Forschungsstand (USDHHS, 2008). Die Empfehlungen wurden auch für die in 2010 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen „Global recommendations on physical activity for health“ herangezogen (WHO, 2010). Demnach sollten unter anderem gesunde Kinder und Jugendliche mindestens eine Stunde pro Tag und gesunde Erwachsene mindestens 150 Minuten pro Woche mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten pro Woche mit höherer Intensität aktiv sein. Diese Empfehlungen wurden im LIGA.NRW medial aufbereitet und es wurden bevölkerungsbezogene Interventionsmaterialien entwickelt, um einen Beitrag

zur Gesundheitskompetenzerweiterung in der Bevölkerung zu leisten (siehe Abbildungen 1 und 2; LIGA.NRW, 2011b). Als Ansprachestrategie wird derzeit in Nordrhein-Westfalen ein Multiplikatorenansatz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, Akteurinnen und Akteure der Bewegungs- und Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsversorgung gewählt. Die Materialien informieren Kinder, Jugendliche und Erwachsene über den Umfang, die Dauer und die Intensität gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität beziehungsweise über Bewegungsformen.

Diskussion / Schlussfolgerungen

Die entwickelten Materialien verstehen sich als ein Baustein für umfassendere public communication campaigns zur Bewegungsförderung. Idealtypisch sollten sie in komplexe Rahmenprogramme zur Bewegungsförderung mit verhaltens- und verhältnispräventiven Komponenten eingebunden sein. Die entwickelten Materialien können beim LIGA.NRW zur Verwendung im eigenen Arbeitskontext angefordert werden.

Abbildung 1: Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (LIGA.NRW, 2011b)

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

TAGESPLAN



Mach mit, bleib fit!

Du willst fit bleiben oder werden? Nichts leichter als das – du musst dich nur mindestens 1 Stunde am Tag bewegen! Dabei solltest du ein bisschen aus der Puste kommen.

Unser Tipp: Du hast 1 Stunde Bewegung pro Tag erreicht? Super, herzlichen Glückwunsch! Um noch fitter und gesünder zu werden, erhöhe auf 1,5 Stunden!

Übrigens: Gemeinsam macht es besonders Spaß. Schnapp dir also einen Freund oder eine Freundin und los geht es. Beispiele für Bewegung findest du oben.
Für Jugendliche gilt: Beweg dich möglichst 10 Minuten am Stück!

Sitzt du schon mindestens 1 Stunde? Dann gönne dir eine Pause und bewege dich!

www.liga.nrw.de

Abbildung 2: Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Erwachsenen (LIGA.NRW, 2011b)



Literatur

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.). (2011a). Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12. Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.). (2011b). Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit. Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Verfügbar unter: www.health.gov/PAGuidelines/Report/ [20.11.2011]

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization. Verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf [20.11.2011]

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.). (2011b). Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

Die Homepage enthält die graphisch aufbereiteten Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Zudem finden Sie zahlreiche zentrale (Hintergrund-)Informationen zum Thema. Auf der Homepage stehen die Bewegungsempfehlungen auch als pdf-Dokument zum Download bereit.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Verfügbar unter: www.health.gov/PAGuidelines/Report/ [1.10.2011]

Das Dokument beinhaltet die momentan aktuellsten, auf Basis der bestehenden Evidenz entwickelten Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene mittleren Alters, ältere Menschen sowie für behinderte Menschen und schwangere Frauen.

Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P.H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H.C., Lercher, P., Stein, K.V., Gäbler, C., Bauer, R., Gollner, E., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T.E. & Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität / Bewegung / Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (2010). Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Eigenverlag. Verfügbar unter: www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads [10.10.2011]

Das Dokument kann als deutsche, gekürzte Fassung der eben genannten Empfehlungen bezeichnet werden.

Bewegungsförderung in Lebenswelten – wissenschaftliche Evidenzen zur Wirksamkeit

C

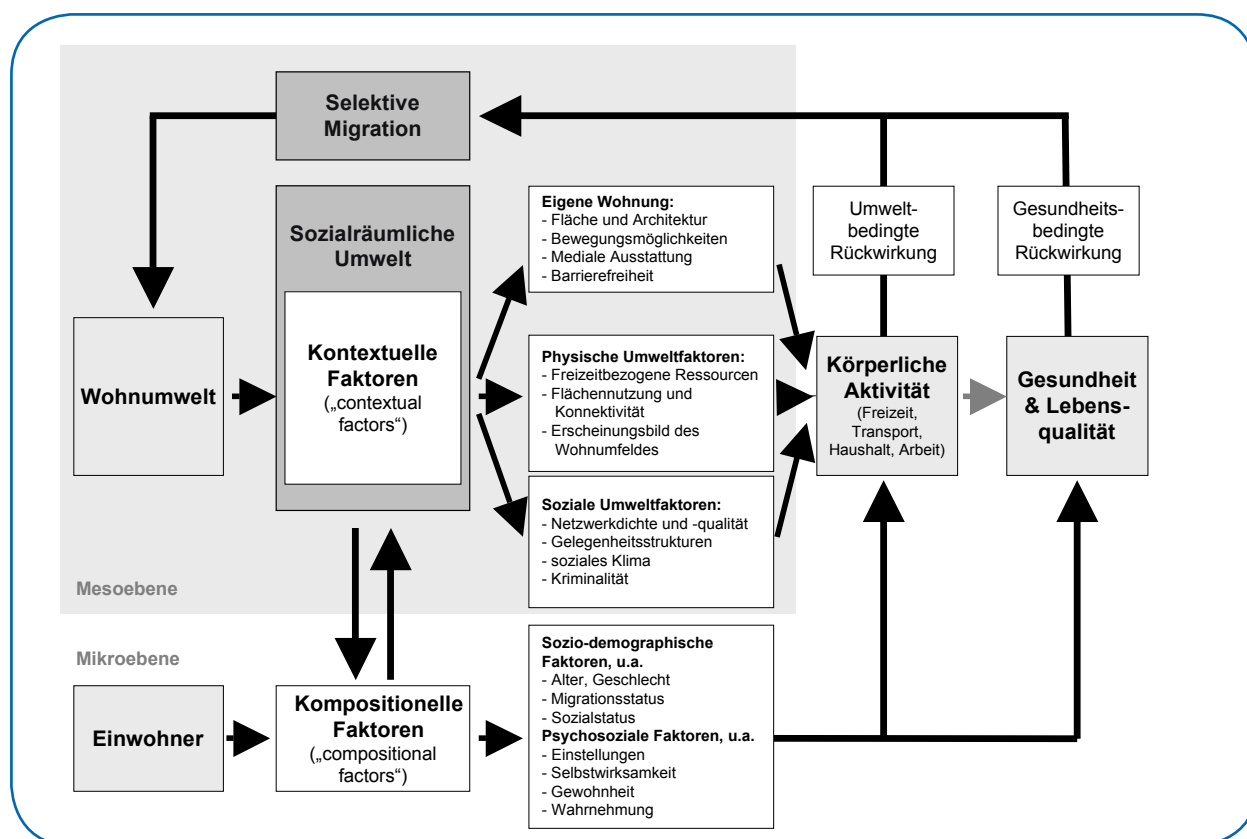
6. Bewegungsförderung in der Kommune – was wirkt?

Jens Bucksch

Die Erklärung des Bewegungsverhaltens ist komplex. Viele Faktoren auf personenbezogener, sozialer aber auch einer kontextuellen / umweltbezogenen Ebene spielen dabei eine Rolle. Sozial-ökologische Rahmenmodelle bieten einen Orientierungsrahmen, um Bewegungsverhalten oder auch andere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu erklären. Das unter Abbildung 1 dargestellte und auf diesem sozial-ökologischen Verständnis beruhende Struktogramm erläutert

die Zusammenhänge zwischen Bewegungsverhalten und möglichen (kontextuellen) Einflussfaktoren (siehe Abbildung 1). Die Bedeutung kontextueller Umweltfaktoren ist dabei besonders hervorzuheben, da aus einer Forschungsperspektive heraus dezidiertes Wissen im Kontext vom Bewegungsverhalten hier fehlt und aus Sicht der Gesundheitsförderungspraxis dort ein großes Potenzial für die Entwicklung verhältnispräventiver Interventionsansätze im Kommunal-kontext liegt. Die große Bedeutung der Kommune als zentraler Interventionsort von Bewegungsförderungsmaßnahmen wird durch die zentralen Prinzipien und Umsetzungsvorschläge der im Jahre 2010 verabschiedeten Toronto-Charta für Bewegung unterstrichen,

Abbildung 1: Struktogramm zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Wohnumwelt und körperlicher Aktivität (Bucksch, Gruber und Schneider, 2011)



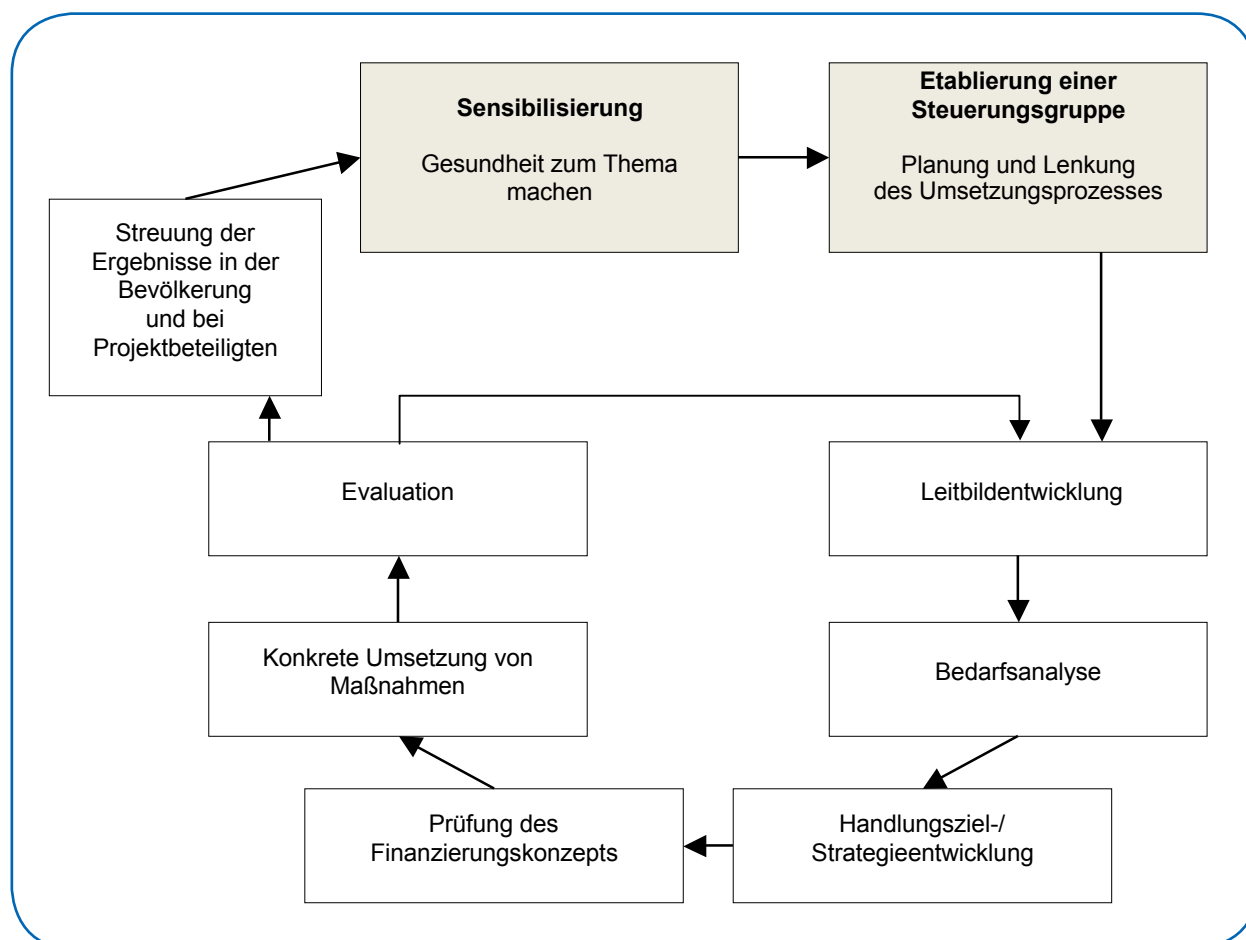
die als ein bedeutsamer internationaler Aufruf zur Bewegungsförderung gilt.

Die wissenschaftliche Evidenz von Zusammenhängen vom Bewegungsverhalten mit spezifischen kontextuellen Merkmalen der physischen Umwelt findet exemplarisch im Konzept der „walkability“ Beachtung, was durch die vier „D“ (nach Frank und Kavage, 2009) auf kontextueller Ebene charakterisiert werden kann: (1) „Diversity“ entspricht dem Flächennutzungsmix, eines Wohnquartiers, (2) „Density“ kann als Verdichtungsgrad eines urbanen Raums interpretiert werden. In einem derartigen Raum ist gleichzeitig eine hohe Nähe zu verschiedenen Zielpunkten vorzufinden, (3) „Design“ umfasst Aspekte wie die Verfügbarkeit und Gestaltung der Straßen, Fuß- und Radwege, die Vernetzung der Straßen und die Gebäudeausrichtung, (4) „Destination“ meint insbesondere die Entfernung

zu wichtigen Zielpunkten des täglichen Bedarfs, der Freizeitgestaltung und der Erholung im kommunalen Raum.

Ein idealtypischer Prozess zur Entwicklung einer bewegungsförderlichen Kommune in Anlehnung an ein Grundlagendokument der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (Edwards und Tsouros, 2008) ist in Abbildung 2 dargestellt. Mit diesem Prozess wird dem komplexen Bedingungsgefüge Rechnung getragen, dass für eine nachhaltige Bewegungsförderung notwendig ist. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Zusammenführung von ressortübergreifenden Verantwortlichkeiten dar, da die hier zu implementierenden Maßnahmen unter anderem auf die Mobilitäts- und Verkehrsentwicklung, öffentliche Freiflächen- und Grünraumentwicklung, Gebäude- und Wohnumweltgestaltung sowie die kommunale Sportentwicklung zurückgreifen müssen.

Abbildung 2: Idealtypischer Prozess einer Bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommunalentwicklung (eigene Darstellung in Anlehnung an Altgeld, 2008; Edwards und Tsouros, 2008)



Literatur

- Altgeld, T. (2008). Neues altern in der Stadt – Neue Ansätze der zielgruppengerechten, kommunalen Gesundheitsförderung für ältere Menschen. In A. Richter, I. Bunzendahl & T. Altgeld (Hrsg.), *Dünne Rente – dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung* (S. 207-218). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Bucksch, J., Gruber, J. & Schneider, S. (2011). Die Wohnumwelt und ihr Einfluss auf Gesundheitsverhalten – Versuch eines Erklärungsmodells. *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 34, 71-74.
- Edwards, P. & Tsouros, A. (2008). *A healthy city is an active city: A physical activity planning guide*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Frank, L. & Kavage, S. (2009). A national plan for physical activity: The enabling role of the built environment. *Journal of Physical Activity & Health*, 6 (2 Suppl), 186-195.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- Bucksch, J., Gruber, J. & Schneider, S. (2011). Die Wohnumwelt und ihr Einfluss auf Gesundheitsverhalten – Versuch eines Erklärungsmodells. *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 34, 71-74.**
Bucksch und Kollegen stellen in diesem Beitrag ein Struktogramm zum Zusammenhang von Wohnumwelt und Gesundheitsverhalten vor, das sich auf sozio-ökologische Grundannahmen stützt. Diese Grundannahmen werden im Kern des Beitrags ausgeführt und exemplarisch für das Bewegungsverhalten aufgearbeitet.
- Edwards, P. & Tsouros, A. (2008). A healthy city is an active city: a physical activity planning guide. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.**
Peggy Edwards und Agis Tsouros haben in einem 90-seitigen Leitfaden anschaulich eine Vielzahl an Ideen, Informationen, Beispielen und Werkzeugen zusammengestellt, mit denen eine möglichst allgemeingültige und dennoch umfassende Entwicklung von Plänen für eine gesundheits- und bewegungsförderliche Kommune im städtischen Raum unterstützt werden kann. Das Ziel ist, Möglichkeiten in der technisch-baulichen und sozialen Umwelt zu schaffen, zu fördern und zu entwickeln, die alle Einwohner befähigen, im Alltagsleben stärker als bisher körperlich aktiv zu sein und zu bleiben.
- Sallis, J.F., Cervero, R.B., Ascher, W., Henderson, K.A., Kraft, M.K. & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Reviews of Public Health*, 27, 297-322.**
Sallis und Kollegen stellen ein sozial-ökologisches Rahmenmodell zur Bewegungsförderung vor. Es wird davon ausgegangen, dass Bewegung in verschiedenen Domänen stattfindet. Diese Bewegungsdomänen hängen von je spezifischen Einflussfaktoren ab, etwa auf einer intrapersonalen und einer sozialen Ebene sowie von wahrgenommenen und tatsächlich vorliegenden physischen Umwelt- sowie von politischen Rahmenbedingungen. Im Weiteren wird die Evidenzbasis für das Rahmenmodell aus den Perspektiven Public Health und Verhaltenswissenschaft, Stadtplanung- und Verkehrswissenschaft, Freizeitwissenschaft sowie Politik- und Wirtschaftswissenschaften dargestellt.

7. Bewegungsförderung in der Kita / im Kindergarten – was wirkt?

Alexander Woll und Annette Payr

Die Notwendigkeit von Bewegungsförderung in der frühen Kindheit kann sowohl aus gesundheitspolitischer als auch aus bildungspolitischer Perspektive begründet werden.

Der Kindergarten stellt als erste Stufe des Bildungssystems zudem ein ideales Setting für Maßnahmen der Bewegungsförderung dar. In den vergangenen Jahren wurde in Deutschland eine Vielzahl von Projekten zur Bewegungsförderung in Kindergärten mit unterschiedlichen Zielsetzungen durchgeführt. Als übergreifendes Ziel kann die Förderung von Bildung und Gesundheit durch Bewegung in Kindergärten im Sinne eines Aufbaus von Kompetenzen und Ressourcen vor allem bei den Kindern und den Pädagogen aber auch bei den Eltern genannt werden. Die angewendeten Maßnahmen der Bewegungsförderung setzen ebenfalls auf unterschiedlichen Ebenen (siehe Tabelle 1) und bei den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren des Settings Kindergarten an und beeinflussen dort jeweils sowohl über die Verhältnisebene als auch über die Verhaltensebene die Quantität und Qualität der Bewegungszeit. Dabei stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit von Programmen zur Bewegungsförderung.

Die meisten evaluierten Projekte berichten über eine verbesserte motorische Leistungsfähigkeit der Kindergartenkinder (Rethorst, Fleig und Willimczik, 2009), während die Ergebnisse zu weiteren Effekten

im gesundheitlichen, kognitiven, sozialen und psychischen Bereich inkonsistent sind. Demnach zeigten sich im Bereich Gesundheit positive Auswirkungen auf den Blutdruck (Ketelhut et al., 2005) während eine Beeinflussung des BMI lediglich bei längerfristigen Interventionsstudien nachgewiesen werden konnte (Kamath et al., 2008; Summerbell et al., 2005). Im Zusammenhang mit Bewegungsprogrammen in Kindergärten konnten zudem Effekte im Bereich der Unfallprävention (Kambas et al., 2004; Kunz, 1993) sowie eine Verbesserung der Körperhaltung (Weiß et al., 2004) festgestellt werden.

Studien zu unterschiedlichen Maßnahmen der Bewegungsförderung zeigen, welche wichtige Rolle den Pädagoginnen und Pädagogen im Rahmen der Bewegungsförderung zukommt (Dowda et al., 2004; Prohl und Seewald, 1998). Zudem wurde festgestellt, dass mit multiplen Strategien, die auf unterschiedlichen Ebenen (zum Beispiel Kindergarten, Gemeinde und Elternhaus) ansetzten, die besten Effekte erzielt werden können (van Sluijs et al., 2008; Prohl und Seewald, 1998). Im Hinblick auf die langfristige und systematische Sicherung von Qualität und Nachhaltigkeit von bewegungsfördernden Projekten in Kindergärten hat sich der Aufbau von intersektoralen Netzwerken und die Steuerung der Organisationsentwicklung dieser Netzwerke in Koordinierungsstellen als erfolgreich erwiesen (AG:QME, 2007; Rittner, 2002). Neben der Vernetzung der Akteurinnen und Akteure erscheint zudem im Sinne eines themenübergreifenden Ansatzes eine Vernetzung von Bewegungsförderung mit anderen Bildungs- und Gesundheitsthemen, wie

Tabelle 1: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen der Bewegungsförderung

Ebene	Beispiele	Konkretisierung
Organisatorische Ebene	feste Bewegungszeiten	z. B. Turnstunde, Bewegungsrituale
	Vernetzung	z. B. Elternbildung, Kooperation mit Sportverein / Schwimmbad
	Qualitätsmanagement	z. B. Zertifikat Bewegungskindergarten
Inhaltliche Ebene	Konzept	z. B. Waldkindergarten, Kneipp-Kita
	Bildungsplan	z. B. Bildungsbereiche Bewegung, Körper, Gesundheit
	Thematisches Projekt	z. B. Waldtage, Zirkus, Walking-Kindergarten-Bus
Personelle Ebene	Ausbildung	z. B. Reflexion Bewegungsbiographie, Bedeutung Bewegung
	Fortbildung	z. B. Psychomotorik, Gesundheitsförderung, Zeitmanagement
	Einsatz von Experten	z. B. Beratung, Einführung Bewegungsprojekt, ÜL-Angebote
Materiale Ebene	Ausstattung	z. B. Bewegungsbaustelle, Klettermöglichkeiten
	Räumlichkeiten	z. B. große Flure, Toberaum, freie Spielflächen
	Außengelände	z. B. Barfußparcours, Kinderfahrzeuge, Naschgarten

zum Beispiel Sprache (Zimmer, 2008) und Ernährung, sinnvoll.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Projekte zur Bewegungsförderung vor allem dann wirken, wenn möglichst viele Akteurinnen und Akteure miteinbezogen werden, unterschiedliche Maßnahmen systematisch kombiniert werden und Strategien zur Sicherung von Nachhaltigkeit und Qualität berücksichtigt werden. Eine Schlüsselposition kommt dabei den Pädagogen in den Einrichtungen zu. Effekte bei den Kindern werden vor allem im Bereich der motorischen Entwicklung und längerfristig auch im gesundheitlichen Bereich beobachtet. Bewegungsförderung in Kindergärten stellt demnach einen wichtigen Beitrag zur Gestaltung einer alltäglichen Lebenswelt von Kindern dar, welche die Gesundheit und Bildung der Kinder fördert.

Literatur

- AG:QME (2007). Evaluationsprojekte und Evaluationsergebnisse. Netzwerk „Bildung und Gesundheit - OPUS NRW“. Düsseldorf: Erziehungswissenschaftliches Institut der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Dowda, M., Pate, R.R., Trost, S.G., Almeida, M.J.C.A. & Sirard, J. (2004). Influences of preschool policies and practices on children's physical activity. *Journal of Community Health, 29* (3), 183-195.
- Kamath, C.C., Vickers, K.S., Ehrlich, A., McGovern, L., Johnson, J., Singhal, V., Paulo, R., Hettinger, A., Erwin, P.J. & Montori, V.M. (2008). Behavioral Interventions to Prevent Childhood Obesity: A Systematic Review and Metaanalyses of Randomized Trials. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 93* (12), 4606-4615.
- Kambas, A., Antoniou, P., Xanthi, G., Heikenfeld, R., Taxildaris, K. & Godolias, G. (2004). Unfallverhütung durch Schulung der Bewegungskoordination bei Kindergartenkindern. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 55* (2), 44-47.
- Ketelhut, K., Mohasseb, I., Gericke, C.A., Scheffler, C. & Ketelhut, R.G. (2005). Verbesserung der Motorik und des kardiovaskulären Risikos durch Sport im frühen Kindesalter. *Deutsches Ärzteblatt, 102* (16), A1128- A1136.
- Kunz, T. (1993). Weniger Unfälle durch Bewegung. Mit Bewegungsspielen gegen Unfälle und Gesundheitsschäden bei Kindergartenkindern. Schorndorf: Hofmann.
- Prohl, R. & Seewald, J. (1998). Offene Bewegungserziehung in Kindergärten. Bericht über ein kombiniertes Fortbildungs- und Forschungsprojekt in Thüringen. *Motorik, 21* (2), 58-68.
- Rethorst, S., Fleig, P. & Willimczik, K. (2009). Effekte motorischer Förderung im Kindergartenalter. In W. Schmidt (Hrsg.), *Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (2., überarbeitete Aufl.)*. (S. 237-254). Schorndorf: Hofmann.
- Rittner, V. (2002). Gesundheitsförderung im Vorschulbereich - Möglichkeiten kommunaler Zusammenarbeit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.), „Früh übt sich...“ - Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Band 16: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung (S. 142-161). Köln: BZgA.
- Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L., Kelly, S.A.M., Brown, T. & Campbell, K.J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).
- van Sluijs, E.M.F., McMinn, A.M. & Griffin, S.J. (2008). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: Systematic review of controlled trials. *British Journal of Sports Medicine, 42*, 653-657.
- Weiß, A., Weiß, W., Stehle, J., Zimmer, K., Heck, H. & Raab, P. (2004). Beeinflussung der Haltung und Motorik durch Bewegungsförderungsprogramme bei Kindergartenkindern. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 55* (4), 101-105.
- Zimmer, R. (2008). *Handbuch Sprachförderung durch Bewegung*. Freiburg: Herder.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Schmidt, W. (Hrsg.). (2009). **Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (2., überarbeitete Aufl.)**. Schorndorf: Hofmann.

Wissenschaftliche Grundlagen zur Bedeutung von Bewegung und Sport im Hinblick auf die individuelle Entwicklung mit dem Schwerpunkt Kindheit.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (2002). „Früh übt sich...“. Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Band 16: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA.

Dokumentation einer Expertentagung mit Beiträgen zu Ansätzen, verschiedenen Maßnahmen und Modellen der Gesundheitsförderung im Kindergarten.

Zimmer, R. (2008). **Handbuch der Bewegungserziehung. Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis (19., neu bearbeitete Aufl.)**. Freiburg i. Br.: Herder.

Umfassende Übersicht über theoretische und praktische Grundlagen der frühkindlichen Bewegungsförderung.

8. Bewegungsförderung in der Schule – was wirkt?

Roland Naul

Einleitung

Um die Frage nach Effekten einer Bewegungsförderung in der Schule beantworten zu können, wurde in mehreren Arbeitsgängen eine Review-Studie durchgeführt. Grundlage waren vor allem einschlägige deutschsprachige Fachzeitschriften im Zeitraum von 2000 und 2010 (unter anderem Sportunterricht, Sportwissenschaft, Spektrum der Sportwissenschaft, Haltung und Bewegung, Zeitschrift für Kinderheilkunde, Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin), Dissertationen zum Thema, Fach-, Hand- und Jahrbücher aus der Sportwissenschaft, eine Internetrecherche und Auswertung der Zweijahresberichte zum Thema in der Zeitschrift „International Journal of Physical Education“ im gleichen Zeitraum. Dabei wurden auch Studien identifiziert und berücksichtigt, die vor dem Jahr 2000 publiziert wurden. Auf dieser Grundlage konnten insgesamt n = 136 Veröffentlichungen identifiziert werden (Zwischenergebnis), die über Interventions- und Treatmentstudien zur Bewegungsförderung in der Schule berichteten. Nicht eingeschlossen sind hier reine Monitoringstudien, die als Querschnitts- oder Längsschnittstudien den motorischen oder gesundheitlichen Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen erfassen, ohne jedwede Interventions- oder vorhergehende Fördermaßnahme im schulischen Kontext. Als Metaanalysen konnten lediglich englischsprachige Veröffentlichungen zum Thema gefunden werden, die fast ausschließlich Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum berücksichtigt hatten (siehe zum Beispiel Etnier et al., 2006).

Strukturmerkmale der Bewegungsförderung

Die Auswertung der Review-Studie ergab drei zentrale Förderbereiche:

1. Bewegungsförderung im Fachunterricht der Schule mit den Unterpunkten „Bewegtes Sitzen“, „Bewegungspausen im Fachunterricht“ und „Bewegtes Lernen als Unterrichtsmethode“;
2. Bewegungspausen im Schulalltag / Pausensport,
3. Bewegungsförderung im Sportunterricht, differenziert nach Primar- und Sekundarstufe und jeweils für beide Schulstufen weiter unterteilt nach „gesundheitlich-motorischen“, „psychosozialen“ und „kognitiven“ Kompetenzen.

Rund zwei Drittel aller Veröffentlichungen über Interventionsstudien zur Bewegungsförderung bezogen

sich auf die Bewegungsförderung im Sportunterricht, wobei hier die Primarstufe wiederum einen Anteil von mehr als 80 % ausmachte mit dem deutlichen Akzent auf den gesundheitlich-motorischen Kompetenzbereich. Hier konnten auch die insgesamt nur wenigen Langzeitstudien identifiziert werden („Tägliche Sportstunde“).

Ausgewählte Ergebnisse der Review-Studie

1. Bewegungsförderung im Fachunterricht

Projekte und Maßnahmen zu Bewegungsförderung im Fachunterricht sind für fast alle Unterrichtsfächer in der Primarstufe nachweisbar, mit großem quantitativen Abstand und für wenige Fächer in den Klassen 5 bis 7 in Sekundarschulen. Ergonomische Arbeitsplatzverhältnisse führen zu einem wesentlich (signifikant) dynamischeren Körperverhalten der Kinder.

Es können positive medizinisch-gesundheitliche Effekte (zum Beispiel Halteleistungsfähigkeit der Arme, Bauchmuskulatur, physiologische Effekte auf die Wirbelsäule) aufgezeigt werden. Bei den Bewegungspausen im Fachunterricht stehen entwicklungs- und lernpsychologische Erwartungen im Vordergrund der Lehrerinteressen beim Einsatz dieses Instrumentariums. Ambivalente, aber zum überwiegenden Teil positive Effekte auf die Konzentrationsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Sozialverhalten und Ausgeglichenheit der Kinder werden durch Verhaltensbeobachtung berichtet. Zum bewegten Lernen im Deutschunterricht werden hochsignifikante Verbesserungen der Leseleistung, aber kein Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zur Intervention berichtet (Gebert et al., 2010). Im Biologieunterricht wurde die subjektive Verbesserung des Lernerfolgs und der Konzentrationsfähigkeit nachgewiesen (Krüger, 2010).

2. Bewegungspausen im Schulalltag / Pausensport

Zu diesem Bereich liegen mit Abstand die wenigsten Studien vor, die größtenteils in ein Bündel von anderen Begleitmaßnahmen eingepasst sind und kaum Rückschlüsse auf die Wirkung der zusätzlichen oder besonderen Bewegungsaktivitäten erlauben. Verbesserte Konzentrationsleistungen wurden festgestellt, aber keine Auswirkungen auf BMI-Reduktion oder eine basismotorische Förderung (Ausnahme: Pieper, 2010).

3. Bewegungsförderung im Sportunterricht

Die vorliegenden Ergebnisse zur Bewegungsförderung im Sportunterricht zeigen sowohl positive und signifikante Effekte für eine basismotorische Förderung in den Bereichen der aeroben Ausdauer, Koordination,

Kraft und Schnelligkeit und der BMI-Reduktion (von übergewichtigen / adipösen Kindern), als auch zahlreiche negative und insignifikante Effekte für alle diese Parameter. Unterschiedliche Treatmentprogramme, verschiedene Lebensaltersgruppen, unterschiedliche Interventionszeiträume mit dem Einsatz verschiedener Testbatterien und Messverfahren erschweren eine eindeutige Beantwortung der Frage: „was wirkt“? Es kann fast alles über Treatmentprogramme wirken, von der BMI-Reduktion bis zu allen motorischen Basiskompetenzen (selbst Verbesserung der Beweglichkeit trotz Alterszunahme der Kinder), sofern individuell höhere Belastungen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten regelmäßig und möglichst täglich in der Woche gesetzt werden. Die vorliegenden Längsschnittergebnisse zu Studien der „Täglichen Sportstunde“ (Naul, Hoffmann und Schmelt, 2011) sind aufgrund ihrer verschiedenen Designs, Treatmentprogramme, Fragestellungen und Messverfahren kaum vergleichbar. Es liegen für Deutschland oder NRW keine national beziehungsweise regional repräsentativen Studien vor. Eine Verlängerung der üblichen Zeitkontingente für den Sportunterricht führt erst zu Effekten, wenn besondere Gesundheitsakzente für den Sportunterricht auch inhaltlich umgesetzt werden und es zu einer Verzahnung und Erweiterung dieser Angebote in der Schule (zum Beispiel Sachunterricht, Biologieunterricht) und dem außerunterrichtlichen Schulsport kommt.

Aktuell dominieren Studien, die positive Zusammenhänge zwischen einer motorischen Förderung und ihren Auswirkungen auf kognitive Kompetenzen (IQ-Werte, Aufmerksamkeit, Konzentration, Schulleistungen) untersucht haben. Dabei zeigen sich positive und signifikante Zusammenhänge auf einem niedrigen und mittleren Effektniveau vor allem zwischen Leistungen in der Koordination und Konzentration, gelegentlich auch zwischen der Koordination und der nonverbalen Intelligenz (Haberer, 2010). Als evidenzbasiert wird der Zusammenhang zwischen guten motorischen und sportlichen Leistungen und einem guten Schulleistungsprofil in Sprachen und Mathematik in amerikanischen Review-Studien nachgewiesen (Tomprowski et al., 2008).

Literatur

- Etnier, J.L., Nowell, P.M., Landers, D.M. & Sibly, B.A. (2006). A meta-regression to examine the relationship between aerobic fitness and cognitive performance. *Brain Research Review*, 52, 119-130.
- Naul, R., Hoffmann, D. & Schmelt, D. (2011). Bibliographie der Review-Studie „Bewegungsförderung in der Schule“. Essen: WGI (darin alle weiteren Literaturangaben des vorliegenden Abstracts).
- Tomprowski, P.D., Davis, C.L., Miller, P.H. & Naglieri, J. (2008). Exercise and children`s intelligence, cognition, and academic achievement. *Educational Psychology Review*, 20, 111-131.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Müller, C. & Petzold, R. (2006). *Bewegte Schule. Aspekte einer Bewegungserziehung in den Klassen 5 bis 10/12*. Sankt Augustin: Academia.

Effektforschung über Bewegungsförderung in der Schule mit Auswirkungen auf nichtmotorische Verhaltensmerkmale.

Naul, R. (Hrsg.). (2011). *Bewegung, Spiel und Sport in der Ganztagschule – Bilanz und Perspektiven*. Aachen: Meyer & Meyer.

Umfassende Darstellung zur Entwicklung und Evaluation der Ganztagschule mit Förderschwerpunkten für Bewegung, Spiel und Sport.

Schmidt, W., Hartmann-Tews, I. & Brettschneider, W.-D. (Hrsg.). (2003). *Erster deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. Schorndorf: Hofmann. sowie

Schmidt, W., Zimmer, R. & Völker, K. (Hrsg.). (2008). *Zweiter deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schwerpunkt: Kindheit*. Schorndorf: Hofmann.

Übersichtsarbeiten zu inaktiven Lebensstilen bei Kindern und Jugendlichen mit ihren Auswirkungen auf die gesundheitlich-motorische und psychosoziale Entwicklung in verschiedenen Lernorten und Lebenswelten.

Wagner, M. (2011). *Motorische Leistungsfähigkeit im Kinder- und Jugendalter*. Schorndorf: Hofmann.

Erweiterte Datendokumentation und Ergebnisdarstellung der KIGGS-Studie mit interkulturellen Vergleichsdaten (Luxemburg).

9. Bewegungsförderung im Betrieb – was wirkt?

Sonja D. Stoffel, Ferdinand Gröben, Nicolaas P. Pronk und Klaus Bös

Hintergrund

Eine Arbeitnehmerin beziehungsweise ein Arbeitnehmer verbringt durchschnittlich 60 % ihrer / seiner Tageszeit am Arbeitsplatz, deshalb hat dieser einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Eine ständig zunehmende Anzahl von Arbeitsplätzen sind Sitzarbeitsplätze verbunden mit wenig körperlicher Aktivität und nicht selten geprägt von Fehlhaltungen. Der menschliche Körper jedoch ist für physische Arbeit gebaut. Regelmäßige körperliche Aktivität kann physische und psychische Gesundheitsressourcen stärken und das Mortalitätsrisikos beispielsweise durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken. Hier soll die Evidenzlage zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) im Speziellen zur Bewegungsförderung im Betrieb dargestellt werden.

Methode

Die Ergebnisse einer ausführlichen Literaturanalyse werden dargestellt. Gesucht wurde nach systematischen Reviews und Konsensus-Dokumenten. Berücksichtigt wurden Publikationen in deutscher oder englischer Sprache. Es gilt zu beachten, dass Deutschland bezüglich einer modernen, interdisziplinären Forschung gesundheitsmindernder und -fördernder Bedingungen des Arbeitslebens im internationalen Vergleich zurückliegt. Die meisten hier untersuchten Publikationen stammen aus Nordamerika, wo krankenversicherungsrelevante Kosten als betriebswirtschaftliche Positionen anfallen.

Ergebnisse

Insgesamt wurden mehrere Studien und Reviews, welche Bewegungsförderung im Betrieb als ein Baustein der BGF erwähnen, identifiziert. Pronk (2009) präsentiert die aktuellste und umfassendste Literaturanalyse, welche 28 Reviews und 15 (Konsensus-) Dokumente zur Bewegungsförderung im Betrieb einschließt. Im Allgemeinen zeigen die Ergebnisse, dass die Mehrheit der Interventionen positive Effekte auf die Beschäftigten hatte und die BGF ergonomische, arbeitsorganisatorische und verhaltensbezogene Aspekte umfasst. Isolierte Bewegungsförderungsprogramme sind im Betrieb selten. Oftmals ist die Förderung der körperlichen Aktivität ein Baustein eines umfassenden multifaktoriell konzipierten BGF-Programms. Solche Multikomponentenprogramme, welche die Bewegungsförderung beinhalten, führen

zu signifikanten Verbesserungen von Gesundheitsvariablen, Reduktion von Fehlzeiten und können oft eine positive Wirtschaftlichkeitsanalyse aufweisen. Manche Studien weisen keinen oder einen neutralen Effekt auf, kein Review berichtet über negative Ergebnisse.

Effektivitätssteigernd und ergänzend zur Bewegungsförderung und anderen verhaltensorientierten Maßnahmen ist der Einbezug von Faktoren der Arbeitsumgebung und -organisation. In der Literatur finden sich zahlreiche organisatorische Erfolgsfaktoren für die Inanspruchnahme, die Akzeptanz und die Nachhaltigkeit der BGF-Angebote wie unter anderem in der NIOSH Work-Life Initiative erwähnt: Unternehmenskultur und Führungsstil sollten geprägt sein durch:

- das Engagement aller Führungsebenen (top, middle und untere),
- eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung,
- die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen,
- einen Steuerungskreis „Gesundheit“ unter Mitarbeiterbeteiligung.

Bei der Programmentwicklung sollte folgendes beachtet werden:

die Integration von Bewegungsförderung in ein umfassendes Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Arbeits- und Gesundheitsschutz-Programm,

- effektive Kommunikation,
- die Verbindung zu den Geschäftszielen,
- die Partizipation der Beschäftigten,
- die Beachtung individueller Bedürfnisse,
- Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit,
- Stärkung der Kontrollwahrnehmung,
- eine realistische Zielsetzung.

Bei der Programmdurchführung sollte folgendes gewährleistet sein:

- Programmleitung mit Rechenschaftspflicht,
- Verbindlichkeit und Zielsetzung der Maßnahmen,
- ein offizielles Budget.

Die Programm-Evaluation sollte

- in kontinuierlichen Verbesserungs-Zyklen in den Programmablauf eingebettet sein,
- die Gesundheit, die Produktivität und das finanzielle Ergebnis messen und analysieren.

Für die Umsetzung solcher Schlüsselfaktoren wird idealerweise ein sozial-ökologisches Modell ange-

wandt. Dieses schließt vier Ebenen ein: individuelle, interindividuelle, organisatorische und Umweltebene. Im Folgenden werden beispielhafte Interventionen zu den vier Ebenen aufgeführt. Diese müssen jedoch an die lokalen Gegebenheiten, wie beispielsweise die Organisationskultur, der spezifischen Zielgruppe und der jeweils üblichen Kommunikationsform, angepasst werden. Beispiele zur individuellen Ebene sind Einzelberatung zur Bewegung und Gewichtskontrolle sowie der Gebrauch von Schrittzählern zur Steigerung der körperlichen Aktivität. Beispiele für die interindividuelle Ebene sind Walkinggruppen oder andere Sportgruppen mit organisierter sozialer Unterstützung und Interaktion, Gesundheitstage mit Gesundheitschecks sowie kurze integrierte Bewegungspausen. Beispiele zur organisatorischen Ebene sind der Einsatz eines Gesundheitsfragebogens für die gesamte Belegschaft mit integriertem Feedback und weiterführenden Bildungsangeboten und Folgeberatung sowie die Aufwertung der Bewegungsumgebung, beispielsweise Verschönerung des Treppenhauses. Beispiele zur Umweltebene sind das Vorhalten von Garderoben und Duschen, sichere Fahrradständer, betriebsinternes Fitness-Studio und Gesundheitszentrum.

Schlussfolgerung

Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen für die Praxis: Neben der Berücksichtigung der vier Einflussebenen individuell, interindividuell, organisatorisch und der Umweltebene sollte Bewegungsförderung möglich, einfach, sozial unterstützend, finanziell interessant, für die Organisation relevant und mit der Gesellschaft verbunden sein; Bewegungsförderung sollte ein Baustein eines umfassenden, vom Unternehmen bezahlten Gesundheits-Management-Programms sein. Weiter sollten evidenzbasierte Bewegungsförderungs-Programme eine Wahlmöglichkeit enthalten, individuell zugeschnitten, die Privatsphäre schützend sowie dem eigenen Lernstil angepasst sein. Bewegungs- und Sportförderung im Betrieb profitiert durch die Kooperation möglichst vieler betrieblicher Akteure, beispielsweise die Zusammenarbeit von Betriebssportgemeinschaften, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Betriebsärztinnen und -ärzten und externen Trainern. Essenziell für die Integration ist, dass die oberste Führungsetage die BGF unterstützt und diese in den Unternehmensleitlinien verankert.

Literatur

Pronk, N.P. (2009). Physical Activity Promotion in Business and Industry: Evidence, Context, and Recommendations for a National Plan. *Journal of Physical Activity and Health* 6 (2 Suppl), 220-235.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Pronk, N.P. (2009). Physical Activity Promotion in Business and Industry: Evidence, Context, and Recommendations for a National Plan. *Journal of Physical Activity and Health*, 6 (2 Suppl), 220-235.

Umfassende Literaturanalyse über den Effekt von Bewegungsförderung im Setting Betrieb. Daraus leitet der Autor ein Rahmenmodell für BGF und Empfehlungen für die Forschung und Praxis ab.

Sockoll, I., Kramer, I. & Bödeker, W. (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. Essen: Initiative Gesundheit & Arbeit (IGA).

Systematische Zusammenschau der wissenschaftlichen Evidenzbasis zum gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen von BGF und Prävention.

Stoffel, S.D. (2009). Multi-Modulares Gesundheitsförderungsprogramm für Mitarbeitende 40plus – Programm-Entwicklung und -Akzeptanz sowie -Effekte auf die Gesundheit. Karlsruhe: Universität Karlsruhe. Verfügbar unter: <http://digbib.ubka.uni-karlsruhe.de/volltexte/1000012171> [20.11.2011]

Literaturanalyse und Entwicklung von Guidelines für BGF-Programme sowie Dokumentation und Ergebnisse des wissenschaftlich überprüften Praxisbeispiels 40plus-Programm.

10. Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung – was wirkt?

Alfons Hollederer

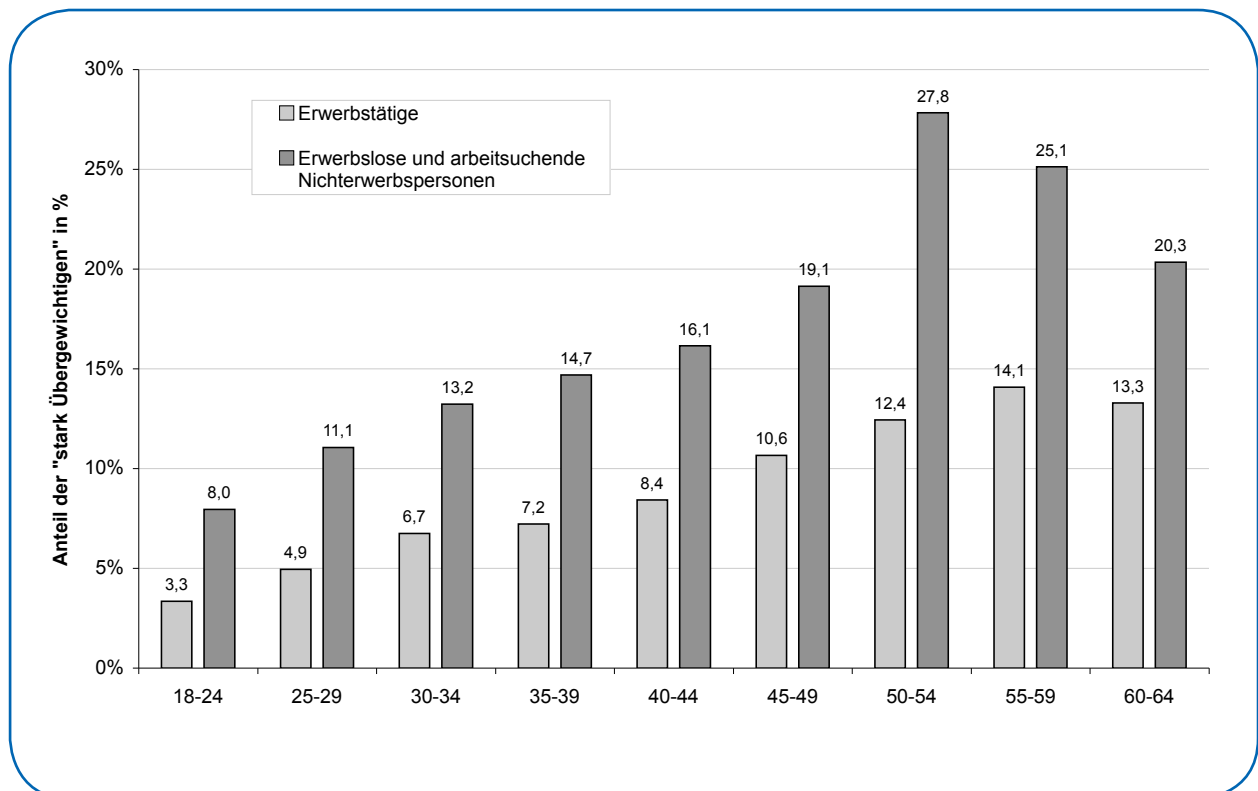
Eine „verheerende Erschlaffung durch die Erwerbslosigkeit“ beobachtete der Medizinalrat Dr. Dohrn (1931) bereits in der großen Depression nach der Weltwirtschaftskrise von 1929 und beklagte, „dass es auch für den Arzt schwer niederdrückend ist, wenn er die körperlichen und seelischen Verheerungen, besonders bei den Jugendlichen, durch die Erwerbslosigkeit sieht.“ Bis heute kann für Arbeitslose im Vergleich zu Erwerbstätigen nicht nur eine geringere körperliche Aktivität, sondern auch ein ungünstigeres Gesundheits-, Sucht- und Ernährungsverhalten zum Beispiel im Bundesgesundheitsurvey von 1998 konstatiert werden (Grobe und Schwartz, 2003). Zahlreiche deutsche und internationale Vergleichsuntersuchungen belegen in großer Übereinstimmung, dass das Morbiditätsrisiko von Arbeitslosen in einem breiten Krankheitsspektrum und insbesondere bei psychischen Erkrankungen deutlich höher als bei Beschäftigten liegt. Nach heutigem Erkenntnisstand wirken Belastungen durch die Arbeitslosigkeit kausal auf den Gesundheitszustand neben parallelen Selektionseffekten am Arbeitsmarkt.

Trotz der langjährigen Forschungen gibt es nur wenige repräsentative Daten zur Gesundheit und Bewe-

gung bei Arbeitslosen in Deutschland (Überblick bei Hollederer, 2011). Das Ausmaß körperlicher Aktivität und die Ernährungsgewohnheiten wirken sich auf das Körpergewicht aus. Eigene Mikrozensus-Analysen zeigen sowohl bei Männern als auch bei Frauen in allen untersuchten Altersgruppen auf, dass Arbeitsuchende in Relation häufiger stark übergewichtig (BMI > 30) sind als Erwerbstätige (Hollederer, 2011). Abbildung 1 veranschaulicht diese Gewichtsunterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitsuchenden für die Frauen. Bei ihnen ist der Anteil der stark übergewichtigen Arbeitsuchenden (im Alter von 18 bis 64 Jahren) im Mikrozensus 2005 mit 16,8 % fast doppelt so hoch wie bei den Erwerbstätigen mit 8,7 %.

Aufgrund der empirischen Befundlage sind die Zusammenhänge zwischen Bewegungsförderung und physischer, psychischer und sozialer Gesundheit von besonders großem Interesse bei Arbeitslosen. Dabei ist auch die „antidepressive“ und Anti-Stress-Wirkung intensiver körperlicher Aktivität von Relevanz (Kuhnert und Kaczerowski, 2011). Obwohl ein expliziter Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung besteht, werden Arbeitslose von den etablierten Maßnahmen nur in geringem Maße erreicht (Hollederer, 2009). Ein häufig berichtetes Hemmnis besteht dabei in der finanziellen Vorauslage und dem finanziellen Eigenanteil. Modellprojekte wie AmigA, Aktiva, JobFit, Proaktiv und AGILer sowie das Bundesprogramm Perspektive 50+ entwickeln derzeit mit guten

Abbildung 1: Anteile der stark Übergewichtigen bei Frauen nach Altersgruppen und Erwerbsbeteiligung im Mikrozensus 2005 (BMI mit Wert über 30) Eigene Berechnung (Hollederer, 2011) mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70 %-Unterstichprobe); N = 13.834 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben



Ergebnissen neue Ansprache- und Umsetzungsstrategien in Settings der Arbeitsförderung. Sie verzahnen Gesundheitsförderungsansätze, die Module zur Bewegungsförderung enthalten, mit Maßnahmen der Arbeitsförderung. Dazu liegen erste Evaluationsstudien und explorative Datenanalysen vor. Die Zahl von kontrollierten Studien ist aber insgesamt noch viel zu klein, um auf dieser Basis gesichert Aussagen zur Evidenz der Bewegungsförderungsansätze oder zu differenziellen Wirkungsweisen erbringen zu können. Es mangelt stark an Forschungsaktivitäten über die Wechselwirkungen von Gesundheit, körperlichem Aktivitätsverhalten und Arbeitslosigkeit sowie an Interventionsstudien in diesem Handlungsfeld.

Literatur

- Dohrn, K. (1931). Gesundheitliche Folgen der Erwerbslosigkeit. In J. Moses (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit: Eine Denkschrift für die Regierung und Parlamente* (S. 50-55). Berlin: Scholem.
- Grobe, T.G. & Schwartz, F.W. (2003). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13*, Berlin: RKI.
- Hollederer, A. (Hrsg.). (2009). *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag / Verlag für angewandte Wissenschaften*.
- Hollederer, A. (2011). *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale: Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuhnert, P. & Kaczerowski, M. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit bei Erwerbslosen. Ein Leitfaden*. LIGA.Praxis 4. Düsseldorf: LIGA.NRW.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282.

Sehr umfangreiche Metaanalyse zu den psychischen Gesundheitseffekten von Arbeitslosigkeit. In die internationale Metaanalyse flossen insgesamt 237 Querschnitts- und 87 Längsschnittstudien ein.

McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wanberg, C.R. & Kinicki, A.J. (2005). Psychological and physical wellbeing during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53-76.

Die Metaanalyse berücksichtigt insgesamt 104 Primärstudien und untersucht Zusammenhänge der psychischen Gesundheit mit anderen Variablen innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen.

Hollederer, A. (Hrsg.). (2009). *Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag/ Verlag für angewandte Wissenschaften*.

Der Sammelband stellt aktuelle Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in einem systematischen Überblick vor und zeigt Entwicklungspotenziale auf. In Einzelberichten wird die Leserin / der Leser über Handlungsoptionen, Umsetzungsprinzipien, fördernde und hemmende Faktoren und Ergebnisse bisheriger Modellprojekte informiert, so dass „Modelle guter Praxis“ je nach Bedarf und Kontext adaptiert werden können.

Grobe, T.G. & Schwartz, F.W. (2003). *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13*, Berlin: RKI.

Umfassende Auswertungen auf der Basis des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zur gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen in Deutschland sowie Diskussion der Befunde zu den Ursache-Wirkungs-Beziehungen im Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit.

11. Bewegungsförderung im Sportverein – was wirkt?

Michael Tiemann

Bewegung und körperlich-sportlicher Aktivität werden seit jeher eine große Bedeutung für die Prävention von Krankheiten sowie die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden beigemessen. Gleichwohl spielte diese gesundheitliche Perspektive im Bereich des organisierten Sports lange Zeit nur eine vergleichsweise geringe Rolle. Erst in den 1990er-Jahren bildete sich neben dem traditionellen – leistungs- und wettkampforientierten – Sport der Bereich des „Gesundheits-sports“ heraus. Dieser umfasst einen spezifischen Ausschnitt aus körperlich-sportlicher Aktivität, der hoch strukturiert auf gesundheitsförderliche Effekte bei Zielgruppen mit Bewegungsmangel und damit assoziierten gesundheitlichen Risiken und Erkrankungen ausgerichtet ist. Der Gesundheitssport unterscheidet sich damit sowohl von den anderen Feldern des Sports als auch vom Konzept einer „gesundheits-wirksamen körperlichen Aktivität“, das die freizeitbezogenen sowie alltäglichen körperlichen Aktivitäten im Kontext der Berufs- und Hausarbeit sowie zum Zweck des Transports in den Fokus rückt.

Orientiert an den Paradigmen moderner Gesundheitsförderungsansätze sind Gesundheitssport und Gesundheitssportprogramme gleichermaßen auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkungen ausgerichtet, zu deren Realisierung sechs Kernziele systematisch angesteuert werden (siehe Abbildung 1). Neben der Orientierung an diesen sechs Kernzielen und einem stringenten Zielgruppenbezug zeichnet sich der Gesundheitssport weitergehend durch

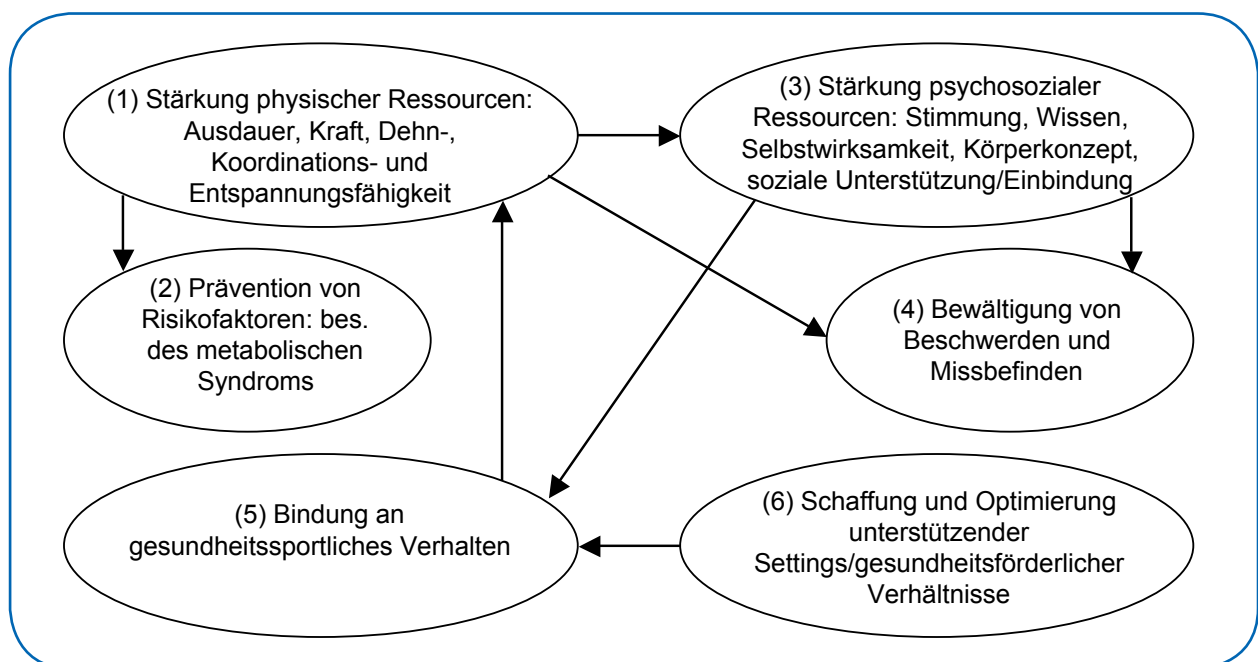
verschiedene Initiativen zur Qualitätssicherung (zum Beispiel Einrichtung und Durchführung von Qualitätszirkeln) sowie zur Verbesserung der Evidenzbasierung der Programme (auf der Income- und der Outcome-Seite) aus.

Zur Durchführung eines Gesundheitssports im hier verstandenen Sinne stehen inzwischen einige zielgruppenspezifische Programme (zum Beispiel das Programm „Fit & Gesund“; Brehm, Pahmeier und Tiemann, 2011) zur Verfügung, die umfassend dokumentiert (in Form von Kursmanualen) sowie hinsichtlich ihrer Effekte evaluiert und entsprechend evidenzbasiert sind. Gleichwohl bedarf es der systematischen Entwicklung weiterer zielgruppenspezifischer Gesundheitssportprogramme sowie qualitativ hochwertiger, kontrollierter Studien über deren spezifische Effekte.

Modernen, lebensweltbezogenen Ansätzen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Setting approach) entsprechend, sind Sportvereine häufig noch mehr als „nur“ Anbieter und Ort vielfältiger Bewegungsgelegenheiten. Sie können darüber hinaus auch „gesunde Lebensorte“ sein, in denen Menschen aller Altersgruppen nicht nur körperlich aktiv sind, sondern auch ihre psychosozialen Ressourcen entwickeln können. Als originärer Knotenpunkt befindet sich der Sportverein in einem kommunalen Netzwerk mit unterschiedlichen Institutionen und Settings, die sich gegenseitig auch in der Entwicklung von gesunden Lebenswelten beeinflussen.

Ferner verfügen viele Sportvereine über zahlreiche Kontakte mit gesundheitsfördernder Relevanz und können ein wichtiger Partner in einem „Netzwerk Gesundheit“ sein. Einen seit vielen Jahren erfolgreich umgesetzten und umfassend evaluierten Ansatz

Abbildung 1: Kernziele von Gesundheitssport und ihre Wechselbeziehungen

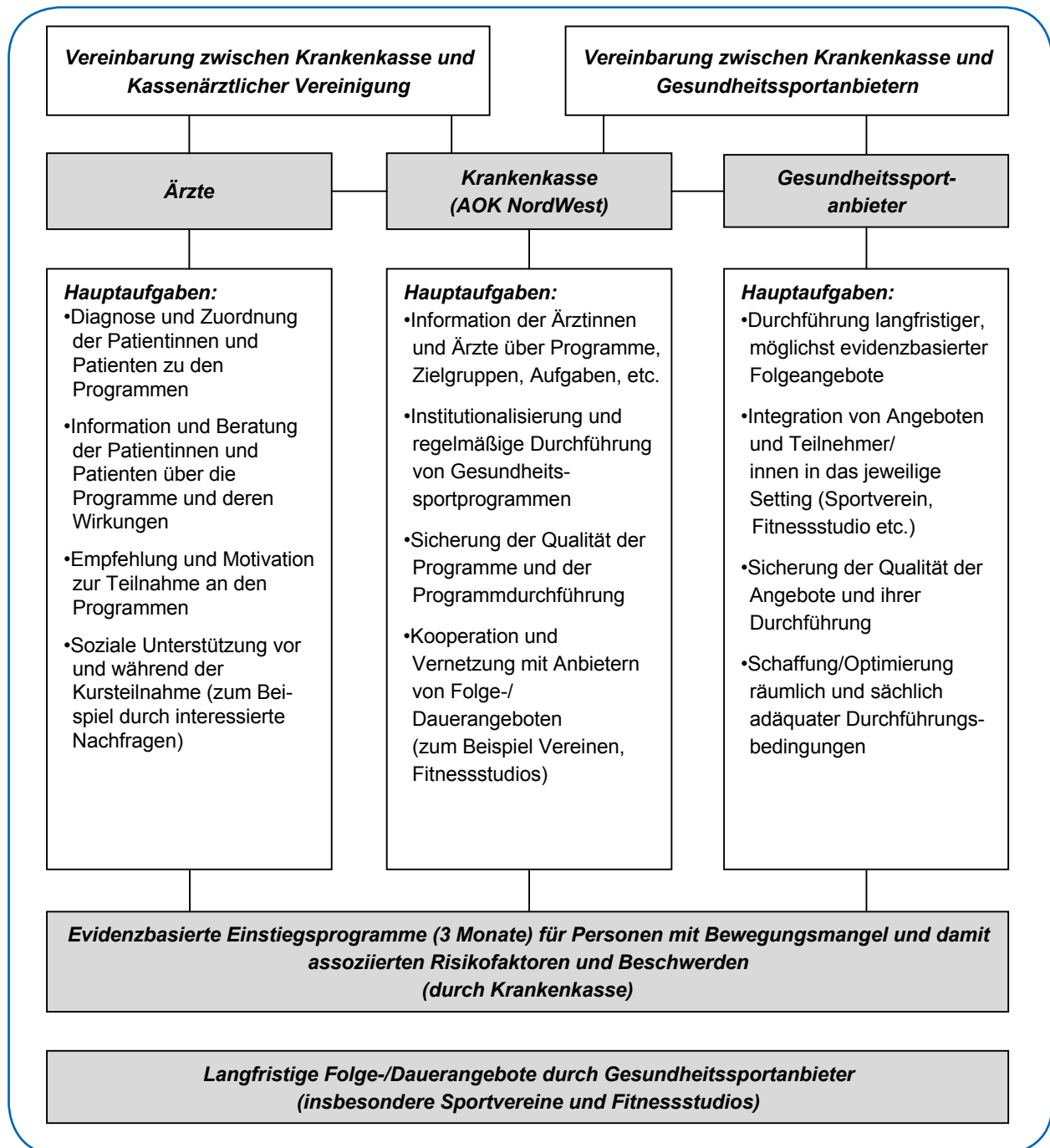


stellt das „Kooperative Konzept Gesundheitssport (KoKoSpo)“ dar, das eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen (AOK NordWest) sowie Sportvereinen und anderen Gesundheitssportanbietern vorsieht (siehe Abbildung 2).

Literatur

Brehm, W., Pahmeier, I. & Tiemann, M. (2011). Fit & Gesund. Aachen: Meyer & Meyer.

Abbildung 2: Kooperatives Konzept Gesundheitssport (KoKoSpo)



Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Brehm, W., Janke, A., Sygusch, R. & Wagner, P. (2006). Gesund durch Gesundheitssport. Weinheim, München: Juventa. Dieser Band beschreibt die Konzeption, Institutionalisierung und Evaluation eines spezifischen Gesundheitssportprogramms („Gesund und Fit“) und liefert fundierte Hinweise und Anregungen für die Weiterentwicklung und Durchführung einer zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung im Sportverein. In der über einen dreijährigen Zeitraum durchgeführten kontrollierten Studie wurden die Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte des Programms umfassend evaluiert.

Brehm, W., Pahmeier, I. & Tiemann, M. (2011). Fit & Gesund. Aachen: Meyer & Meyer.

Das Kursleitermanual Fit & Gesund ist ein Allround-Gesundheitssportprogramm für die Halle. Das Programm ist fokussiert auf die Zielgruppe der Erwachsenen mit dem Risikofaktor Bewegungsmangel und eignet sich insbesondere dafür, diese Zielgruppe sukzessive an eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivität (wieder) heranzuführen. In mehreren aufwändigen Studien konnte gezeigt werden, dass das Programm bei der Zielgruppe im Laufe eines Jahres die Fitness deutlich verbessert und zentrale Risikofaktoren reduziert.

Hartmann, H., Opper, E. & Sudermann, A. (2005). Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein. Schorndorf: Hofmann.

In dieser Publikation werden theoretische Grundlagen zum Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Sportverein ausgeführt. Darüber hinaus wird die Entwicklung, modellhafte Erprobung und Evaluation eines spezifischen Qualitätsmanagement-Konzeptes des Deutschen Turner-Bundes dargestellt.

Tiemann, M. (2010). Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssport. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Dieses Buch gibt einen Überblick über bewegungsbezogene Ansätze zur Förderung der öffentlichen Gesundheit und deren Evidenzbasierung. Ferner werden das „Kooperative Konzept Gesundheitssport (KoKoSpo)“ unter Einschluss von Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen und Sportvereinen sowie die Ergebnisse zweier Längsschnittstudien über die Umsetzung dieses Konzepts und die Effekte der in diesem Kontext durchgeführten Programme beschrieben.

12. Bewegungs- und Mobilitätsförderung in Pflegeeinrichtungen – was wirkt?

Annett Horn

Hintergrund

Gesundheits- und Bewegungsförderung wurde für das Setting „Langzeitversorgung“ lange Zeit nicht angedacht und ein Umdenken setzt erst langsam ein. Doch gerade in diesem Bereich, vor allem aber in Pflegeeinrichtungen, müssen die beiden Konzepte besonderen Bedingungen gerecht werden, die dem Charakter der Langzeitversorgung geschuldet sind. Studienbefunde zeigen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner häufig erst im hohen Alter in eine Pflegeeinrichtung umziehen und zu diesem Zeitpunkt bereits unter schwerwiegenden körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen leiden. Doch trotz ihrer defizitären gesundheitlichen Lage verfügen auch sie über gesundheitliche Ressourcen, die es lohnt zu fördern und zu unterstützen, auch wenn diese bisher kaum bekannt sind. Zugleich lassen die strukturellen Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen wenig Spielraum für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen, zu denen Bewegungsförderung zählt.

Methode

In einer Literaturrecherche wurde daher das Thema Bewegungsförderung als eine mögliche gesundheitsförderliche Maßnahme für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen in den Vordergrund gestellt (siehe Abbildungen 1 und 2).

Ergebnisse

Die analysierten Forschungsbefunde zeigen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in allen Phasen

des Alters sinnvoll sind und positive Effekte mit sich bringen, also auch für die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Es zeigt sich aber auch, dass das Thema „Bewegungsförderung in Pflegeeinrichtungen“ im deutschsprachigen Raum bisher aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht noch nicht ausreichend beachtet wurde. Wenn das Thema Bewegungsförderung in der Langzeitversorgung umgesetzt wird, erfolgt dies oft noch ungezielt und wenig systematisch. Viele der bestehenden Konzepte zur Bewegungsförderung konzentrieren sich noch nicht auf die hochaltrigen und pflegebedürftigen Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeeinrichtungen und die Konzepte, die diese Zielgruppe anvisieren, fokussieren vornehmlich die noch relativ gesunden und mobilen Bewohnerinnen und Bewohner. Bereits immobile, bettlägerige Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtungen können von diesen Angeboten häufig nicht profitieren.

Schlussfolgerungen

Angesichts der Tatsache, dass der demografische Wandel auch die Langzeitversorgung erreicht, sind dringend Konzepte gefragt, die diesen Bereich langfristig entlasten. Bezogen auf Pflegeeinrichtungen erwächst daraus die Konsequenz, dass Gesundheits- und Bewegungsförderung nicht prioritär darauf zielen sollten, das Risiko von Gesundheitseinbußen und Krankheit zu vermeiden, sondern vielmehr darauf, die Ausweitung bereits vorhandener gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu verhindern beziehungsweise zu verzögern und außerdem die trotz gesundheitlicher Einbußen verbliebene Gesundheit und die noch vorhandenen gesundheitlichen und sozialen Ressourcen und Autonomiepotenziale der Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken.

Abbildungen 1 und 2: Ergebnisübersichten der Literaturrecherche, Auszug aus den Präsentationsfolien des Vortrags

Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften - AG 6: Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft

Stand der Literatur:

Interventionen

- **Ziele:** Verbesserung des Gesundheitsstatus, der Mobilität und Beweglichkeit, Zunahme an Autonomie
- **Gruppeninterventionen** (klar definierte Programme, z.B.: Tanztraining oder verschiedene Trainingsprogramme/ Gymnastikübungen)
- **Einzelinterventionen/individuelle Interventionen** (auf der Grundlage des individuellen Bedarfs der Bewohner/ ihrer gesundheitlichen Situation)
- **Unterschiede** in Dauer (von 1 Monat bis 1 Jahr), Wiederholungen (1x oder mehrmals wöchl.) und Länge (60-75 Min.)
- **Effekte:** Verbesserung der Beweglichkeit von Armen und Beinen und der Mobilität, bei den Testverfahren und in der Teilnahmebereitschaft an Interventionen, Leistungsfähigkeit der unteren Extremitäten, Zugewinn an Muskelkraft und Gleichgewicht

Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften - AG 6: Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft

Fazit – was wirkt?

- 1) Auch Menschen in hohem Alter mit gesundheitlichen Einbußen haben **förderwürdige Potenziale**.
- 2) Auch hochaltrige Menschen können an **Trainings teilnehmen** und **komplexe Übungen erlernen**.
- 3) Viele Übungen haben **positive Effekte** auf Beweglichkeit und Fähigkeiten im Bereich Mobilität.
- 4) Der **Allgemeinzustand** der Teilnehmer hat sich zwar nicht verbessert, aber im Vergleich zur Kontrollgruppe langsamer verschlechtert.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Chin A Paw, M.J.M., Poppel, M.N.M., Twisk, J.W.R. & van Mechelen, W. (2006). Once a week not enough, twice a week not feasible? A randomised controlled exercise trail in long-term care facilities. *Patient Education and Counseling*, 63 (1-2), 205-214.

Horn, A., Brause, M. & Schaeffer, D. (i. E.). Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung. In G. Geuter & A. Holleederer (Hrsg.), *Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Huber.

Kayser-Jones, J. (2009): Nursing Homes. A Health-promoting or Dependency-promoting Environment? *Family & Community Health, Supplement 32 (1)*, S. 66-74.

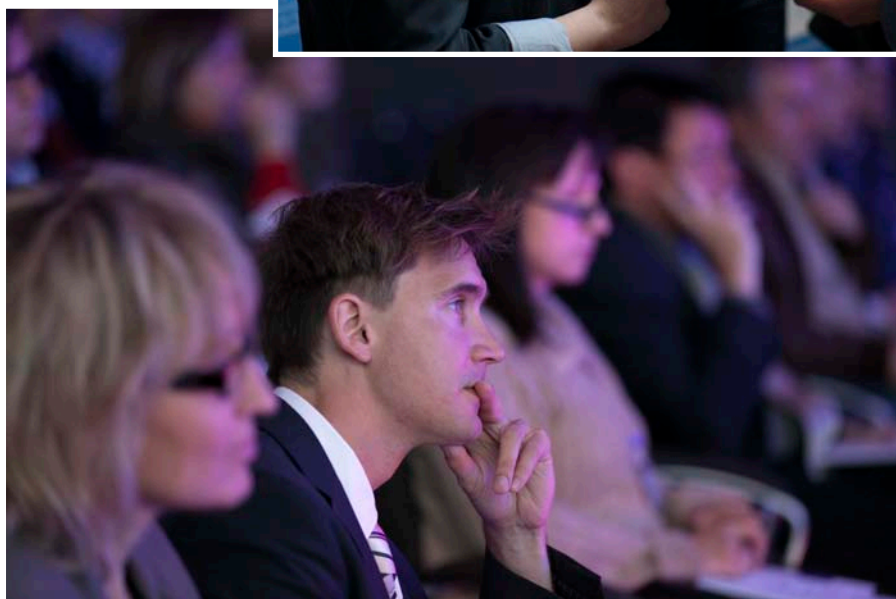
Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.). (2008). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.

Die Beiträge des Handbuchs schaffen einen Überblick über die derzeitige Diskussion und die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Gesundheit und Krankheit im Alter.

Teilnehmerin mit Informationsmaterial auf der Ausstellungsfläche



Teilnehmer im Pausengespräch



Teilnehmer im Plenum

Bewegungsförderung in Lebenswelten – Beispiele guter Praxis

D

13. Praxisbeispiele im Themenfeld „Bewegungsförderung in Lebenswelten“

Um die gesundheitsförderlichen Ressourcen von Bewegung stärker als bisher auszuschöpfen, gilt es, die Erkenntnisse aus Theorie und Forschung der Bewegungsförderung in die Praxis zu übertragen. Innovative und qualitätsgesicherte Praxisbeispiele können hierbei als Vorbild und Impulsgeber für andere

Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung dienen. Abbildung 1 fasst die während der Fachtagung „Bewegungsförderung in Lebenswelten“ in den lebensweltbezogenen Fachforen vorgestellten Praxisbeispiele zusammen.

Selbstverständlich konnte im Rahmen der Fachtagung nur eine begrenzte Anzahl an Praxisansätzen und Programmen exemplarisch vorgestellt werden. Weitere Projekte gelungener Praxis finden sich unter anderem in den in Abbildung 2 aufgeführten Datenbanken.

Abbildung 1: Übersicht der vorgestellten Praxisbeispiele

Lebenswelt	Praxisbeispiele			
Kommune (Kapitel 14)	Bernburg bewegt – Erfahrungen mit kommunaler Bewegungs- und Gesundheitsförderung		Gesunde Kinder in gesunden Kommunen – Ein Netzwerk zwischen Schule, Sportverein und Kommune zur Förderung eines aktiven Lebensstils für Kinder und Jugendliche	
Kita (Kapitel 15)	Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung – ein Projekt im Rahmen der Landesinitiative Übergewicht und Adipositas im Kindesalter		Tigerkids – Kindergarten aktiv	
Schule (Kapitel 16)	fit für pisa – Umsetzung und langfristige Effekte täglichen Schulsports		Bewegung und Ernährung in der offenen Ganztagschule im Primarbereich – Erfahrungen aus dem Kreis Gütersloh	
Betrieb (Kapitel 17)	KMU IN FORM – mehr Gesundheit für Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen		Die IT-Branche bewegt sich – Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung für Beschäftigte	
Arbeitsförderung (Kapitel 18)	Sportmedizinische Bewegungsberatung bei Arbeitslosen im Gesundheitsförderprojekt AGILer	Job vital – Erweiterung von gesundheitsfördernden Strukturen bei Trägern, die Arbeitsgelegenheiten nach §16 SGB II durchführen, zur Optimierung der beruflichen Integration jugendlicher Arbeitsloser	Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung ganz praktisch am Beispiel der „Hamburger Arbeit“	
Sportverein (Kapitel 19)	Gesundheitsfördernder Lebensort Sportverein	Pluspunkt Gesundheit. DTB und SPORT PRO GESUNDHEIT	Gesundheitsförderung für chronisch kranke und behinderte Menschen	Integration durch Sport – ein Erfolgsprogramm?
Pflegeeinrichtungen (Kapitel 20)	Sima-P – Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner		Beweglichkeit fördern, Stürze vermeiden, Mangelernährung vorbeugen – das Projekt PATRAS	

Abbildung 2: Übersicht zu Projektsammlungen

Projektsammlung	Region	Beschreibung	Verantwortlichkeit/ Pflege der Projekt- sammlung	Zugriff auf die Projektsammlung / weiter- führende Informationen
Projekt-Datenbank Projekte zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen	primär Nordrhein- Westfalen; aber auch bundesweit tätige Projekte	enthält qualitätsgesi- cherte Projekte und ermöglicht standar- disierte Abfragen unter anderem nach Regierungsbezirken, Städten und Kreisen, Zielgruppen, Handlungsfeldern (zum Beispiel Sport und Bewegung)	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein- Westfalen	www.infoportal-praevention.nrw.de Landesinitiative Gesundes Land Nordrhein-Westfalen
Praxisdatenbank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	Deutschland	bundesweit größte Zusammenstellung von Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, themenspezifische Suche möglich (zum Beispiel Thema "Bewegung und Sport" oder "Freizeit und Sport")	Gesundheit Berlin- Brandenburg e. V. im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
Projektsammlung "Mehr Bewegung im Alltag – Aktives Leben im Alter fördern"	Deutschland	Die Publikation der Zentren für Bewegungsförderung bündelt das bishe- rige Wissen und die Erfahrungen der Zentren.	Gesundheit Berlin- Brandenburg e. V. sowie die Zentren für Bewegungsförderung der einzelnen Länder	www.bewegung-foerdern.de
Projektüberblick IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung	Deutschland	Überblick über Projekte, Maßnahmen und Initiativen des Bundes sowie Beiträge der Länder und Kommunen	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie das Bundesministerium für Gesundheit	www.in-form.de
Datenbank Projekte der deutschen Präventionsforschung	Deutschland	enthält die im Rahmen des BMBF- Förderschwerpunkts „Präventionsforschung“ unterstützten Projekte, seit März 2011 Einstellung externer, anwendungsorientierter Studien in die Datenbank möglich	„Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung“ (ein Gemeinschafts- projekt der Medizinischen Hochschule Hannover, dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)	www.knp-forschung.de

noch Abbildung 2: Übersicht zu Projektsammlungen

Projektsammlung	Region	Beschreibung	Verantwortlichkeit/ Pflege der Projekt- sammlung	Zugriff auf die Projektsammlung / weiter- führende Informationen
Übersicht Preisträgerinnen und Preisträger des Deutschen Präventionspreises	Deutschland	enthält alle ausgezeich- neten Projekte seit 2004	Bundesministerium für Gesundheit, Manfred Lautenschläger Stiftung und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	www.deutscher-praeventionspreis.de
Datenbank Projekte zur Minderung gesellschaftlicher und gesundheitlicher Ungleichheit (European Portal for Action on Health Equity)	Europa	englischsprachige Datenbank, Projekte guter Praxis der Gesundheitsförderung bei gesundheitlich Benachteiligten	Projektbeteiligte an "Equality in Health", für Deutschland: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	www.health-inequalities.eu
Datenbank Projekte aus Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz	Schweiz	Projekte der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention	Gesundheitsförderung Schweiz	www.quint-essenz.ch/de/ project_database
Datenbank Fonds Gesundes Österreich	Österreich	enthält vom Fonds Gesundes Österreich geförderte Projekte der Gesundheitsförderung und Primärprävention	Fonds Gesundes Österreich	www.fgoe.org

14. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung in der Kommune

Bucksch, Claßen und Schneider (2011) empfehlen den zuständigen Akteurinnen und Akteuren für die Bewegungsförderung auf kommunaler Ebene die Entwicklung eines Leitbildes zur bewegungsförderlichen Kommune, eine verbesserte Streuung des Wissens unter den kommunalen Akteurinnen und Akteuren zu evidenzbasierten Ansatzpunkten der Bewegungsförderung sowie eine stärkere Vernetzung und Steuerung der beteiligten Akteurinnen und Akteure aus den zuständigen kommunalen Ressorts.

Literatur

Bucksch, J., Claßen, T. & Schneider, S. (2011). Bewegungsförderung auf kommunaler Ebene. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis*. LIGA.Fokus 12 (S. 86-89). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

Bernburg bewegt – Erfahrungen mit kommunaler Bewegungs- und Gesundheitsförderung

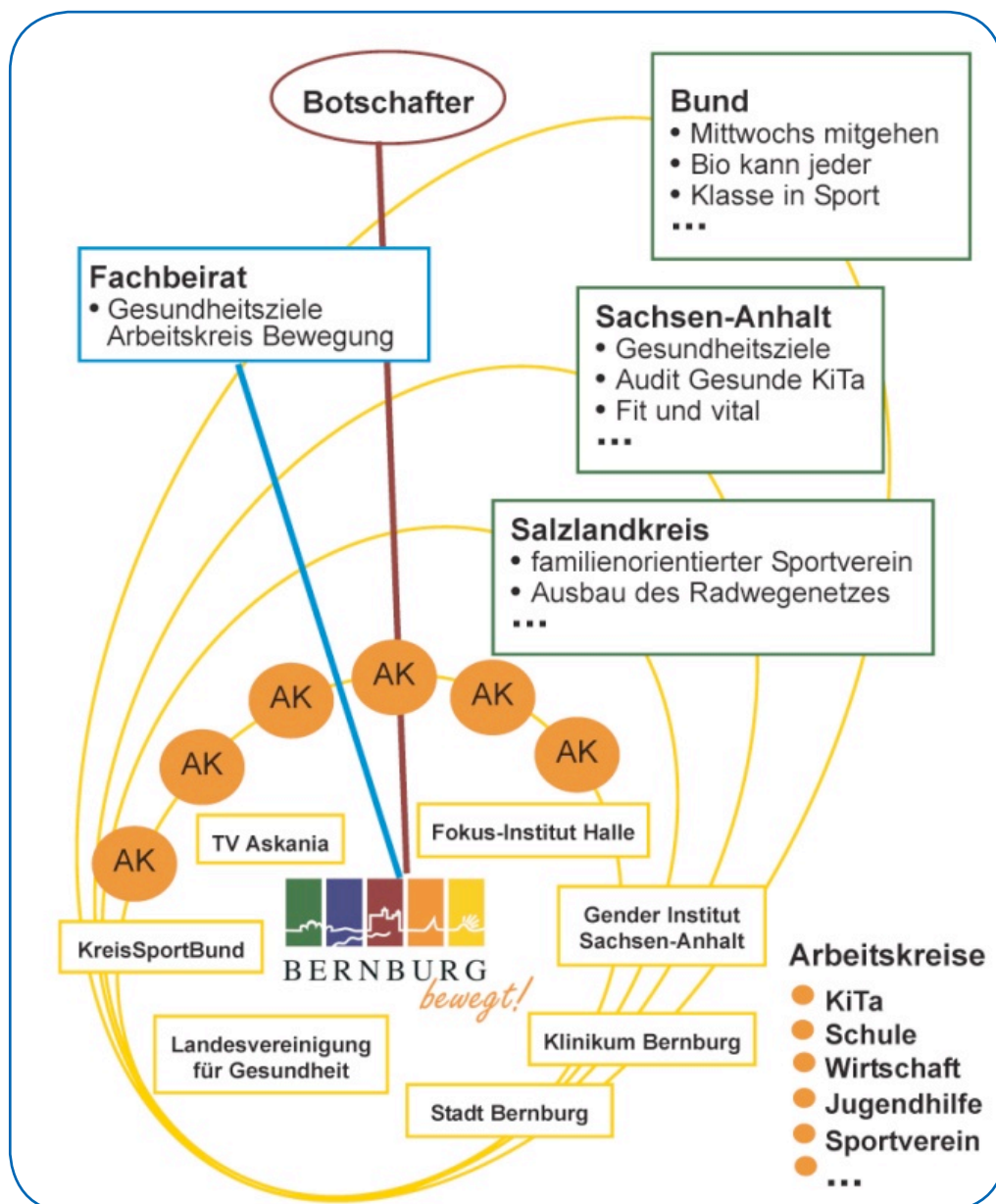
Ulrich Schwabe

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten der Bundesregierung hat das Bundesministerium für Gesundheit dazu aufgerufen, Aktionsbündnisse für Bewegung und Ernährung zu gründen, Umsetzungsideen zu entwickeln und zu verwirklichen. Das Aktionsbündnis „Bernburg bewegt!“ widmete sich der Aufgabe, den Lebensstil der Bernburger Bürgerinnen und Bürger und ihre Lebenswelten zu verbessern. Eine multisektorale und interdisziplinäre Vernetzung von Partnern aus den Bereichen Bildung, Soziales, Gesundheit, Wirtschaft, Sport, medizinische Versorgung, Kom-

mune, Landkreis, Land, Bund und Forschung sicherte eine arbeitsfähige Projektstruktur, um das gemeinsam entwickelte Konzept „Bernburg bewegt!“ nachhaltig umzusetzen (siehe Abbildung 1).

Dazu wurden die Eigenverantwortung und die Motivation der Bevölkerung für eine gesunde Lebensweise gestärkt. Durch die Gestaltung von „bewegten“ Strukturen wurden alltagstaugliche Maßnahmen initiiert, die auf Dauer einen gesunden Lebensstil fördern. Dabei stehen mehr Bewegung und gesunde Ernährung für alle Bürgerinnen und Bürger, insbesondere der sozial benachteiligten, im Mittelpunkt. Mit diesem Leitbild wird Gesundheit langfristig in allen Settings – von der Kindertagesstätte über den Betrieb bis hin zum Altenpflegeheim – zum Innovationspotenzial der Kommune. Bernburg (Saale) soll perspektivisch auch andere Gemeinwesen bewegen, Gesundheit zu ihrem Thema zu machen.

Abbildung 1: Bündnisstruktur des Aktionsbündnisses „Bernburg bewegt!“



Folgende Ziele standen im Mittelpunkt:

- Alltagstaugliche Maßnahmen sind entwickelt und implementiert.
- Bewegungsmöglichkeiten sowie Angebote zur gesunden Ernährung und Stressregulation in Bernburg sind transparent und um neue Angebote erweitert.
- Bisher nicht aktive Bevölkerungsgruppen beteiligen sich.
- Gesundheitsfördernde Settings (Kita, Schule, Betrieb, ...) sind geschaffen.
- Die Qualität der Projekte und Angebote ist gesichert.
- Das „gesunde“ Profil der Stadt ist sichtbar.

Moderiert durch die Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. hatten und haben sich in der Kreisstadt Bernburg Akteurinnen und Akteure auf der Grundlage einer gemeinsamen Vision zusammengefunden, die Bernburger Stadtbevölkerung auf ihrem Weg zu einem gesunden Lebensstil zu unterstützen beziehungsweise zu begleiten. Das Aktionsbündnis Bernburg bewegt! legte besonderen Wert darauf, dass alle 95 beteiligten Partnerinnen und Partner ein genderorientiertes, auf die jeweiligen Besonderheiten von Frauen und Männern ausgerichtetes Herangehen praktizieren. Die Konzentration einzelner Bündnisaktivitäten auf die Schwerpunktzielgruppe Frauen wurde durch eine in der Aufbauphase durchgeführte Pilotstudie bestätigt. Bei allen anderen Maßnahmen wurde der Genderaspekt als Querschnittsaufgabe umgesetzt. Insgesamt wurden im Projekt 27 Teilprojekte umgesetzt. Im Projektzeitraum haben alle Haushalte in der Stadt das Projekt kennengelernt. Die Kinder und Jugendlichen wurden am besten beteiligt. Für die Erwachsenen in Bedarfsgemeinschaften und/oder Langzeitarbeitslose wurden über eine niedrigschwellige Arbeitsweise kleine und übersichtliche, weil zeitlich begrenzte Projekte angeboten und durchgeführt. Mit der Beteiligung an den unterschiedlichen Maßnahmen ist belegt, dass am Projekt Bernburg bewegt! auch nichtaktive Bürgerinnen und Bürger – zu 100 % trifft das bei Kindern und Jugendlichen zu – partizipierten. Im Verlauf des Projektes gelang es, die kommunalen Partnerinnen und Partner immer besser zu befähigen, die Verantwortung in den gemeinsam aufgebauten Projektstrukturen sukzessive zu übernehmen. Mit dem offiziellen Projektende übernahmen die Netzwerkpartnerinnen und -partner die Initiative zur Weiterführung.

Der Versuch, über das Modell „Bernburg bewegt!“ kommunale Verantwortung für das Thema Gesundheit in neuen Formen zu praktizieren, trug dazu bei, Gesundheitsförderung stärker als bisher zum Quer-

schnittsthema aller gesellschaftlichen und politischen Bereiche auszubauen.

Detaillierte Ergebnisse sind unter www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de dargestellt.

Im Aktionsbündnis „Bernburg bewegt!“ wurden 27 Teilprojekte umgesetzt:

1. Aktionstage „Das geht auf die Pumpe“
2. Audit „Gesunde KiTa“
3. Audit „Gesunde Schule“
4. Stadtpark-Aktivpark
5. Campus Technicus
6. Familienfreundlicher Sportverein
7. Gesundheitsfördernder Sportverein
8. Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule
9. Bewegungstreffs
10. City Hopper
11. Mach mit
12. Fit und Vital
13. Klasse in Sport
14. Lernen mit dem Gesundheitskoffer
15. Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“
16. Bewegungslandkarte
17. Bewegungspfade und Ernährungsoasen
18. Bewegungs- und Ernährungslotsen
19. Vereinspatenschaften
20. Ausgewogen und gesund kochen trotz Hartz IV
21. Familiensportplatz
22. Fitnessraum im Stadtteilhaus
23. Lernen vom Besten
24. Mit dem Rad zur Arbeit
25. Sommercamp
26. Trinkbrunnen
27. Health meets culture

Literatur

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (Hrsg.). (2007). Dokumentation Aktionsbündnis Bernburg bewegt. Magdeburg: LVG Sachsen-Anhalt. Verfügbar unter: www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de/online.c/aktuell-broschueren.php [20.11.2011]

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (Hrsg.). (2007). Audit Gesunde KiTa. Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten. Magdeburg: LVG Sachsen-Anhalt.

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (Hrsg.). (2007). Audit Gesunde Schule – Ein Leitfaden. 2. überarbeitete Auflage. Magdeburg: LVG Sachsen-Anhalt.

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (Hrsg.). (2006). Errichtung eines Trinkbrunnens. Modellprojekt der Gesundheitsziele Sachsen-Anhalt. Magdeburg: LVG Sachsen-Anhalt.

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (Hrsg.). (2006). gesund leben lernen. Betriebliche Gesundheitsförderung in KiTa und Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten. Magdeburg: LVG Sachsen-Anhalt.

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. (Hrsg.). (2005). Sport und Gesundheit. Vereinsentwicklung durch Gesundheitssport. Magdeburg: LVG Sachsen-Anhalt.

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.). (2005). Daten zur Gesundheit. Fünfter Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt. Gesundheit und Wohlbefinden. Befunde des Bevölkerungssurveys zum subjektiven Gesundheitsbild und dessen Determinanten.

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.). (2008). Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes.

Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.). (2008). Kurzbericht. Daten zu zwei Gesundheitszielen in Sachsen-Anhalt: 1) Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung. 2) Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung.

Schwabe, U. (2003). Networking – vernetzen und vermitteln. In Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied: Luchterhand.

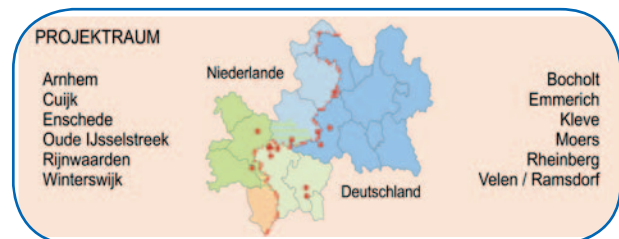
Gesunde Kinder in gesunden Kommunen – Ein Netzwerk zwischen Schule, Sportverein und Kommune zur Förderung eines aktiven Lebensstils für Kinder und Jugendliche

Dirk Hoffmann und Dorothee Schmelt

Einleitung

Berichte über die Zunahme von Haltungsschäden bei Schuleingangsuntersuchungen, unzureichender Koordinationsfähigkeit, Defizite bei körperlichen Ausdauerleistungen, Bewegungsmangel oder Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen nehmen europaweit ständig zu, in den letzten Jahren auch in Deutschland (Brettschneider und Naul, 2004; 2007; Bös, 2006; Bös et al., 2009; Branca, Nikogosian und Lobstein, 2007). Das deutsch-niederländische (6 Kommunen in Deutschland, 6 Kommunen in den Niederlanden; siehe Abbildung 1) Interreg IV-A Projekt „Gesunde Kinder in gesunden Kommunen“ (gkgk) greift diesen Problemhintergrund auf und ist als eine vierjährige Interventionsstudie für Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren konzipiert. Diese berücksichtigt dafür vier entscheidende Lebensstilkomponenten: Bewegung, Ernährung, Medienkonsum in der Freizeit und das sozialräumliche Bewegungsumfeld.

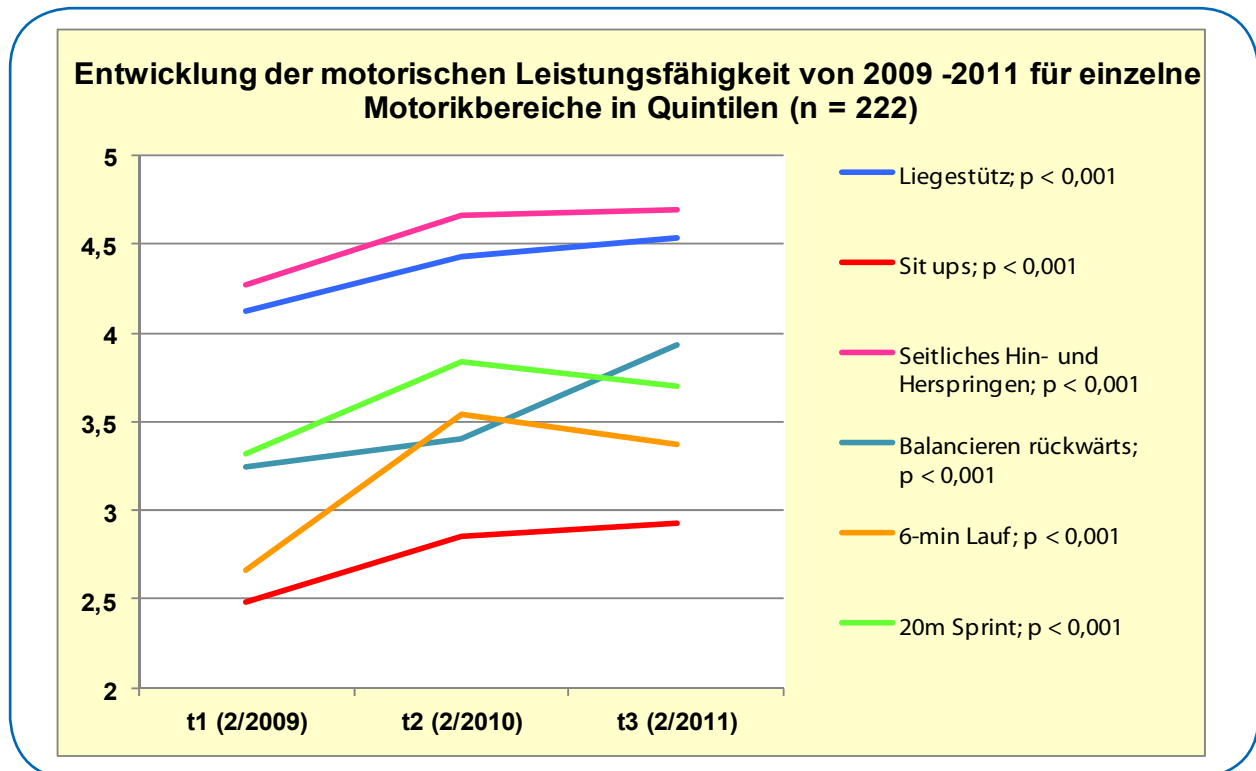
Abbildung 1: gkgk-Projektraum



Methode

Im Zentrum des gkgk-Projekts stehen im Wesentlichen die oben genannten Komponenten zur Prävention und Förderung eines gesunden Lebensstils bei Kindern, die auf europäischer Ebene von der EU Working Group „Sport and Health“ artikuliert worden sind (EU, 2008). Alle Kinder sollen zu einem aktiven Lebensstil, mit 60 bis 90 Minuten Bewegung am Tag, motiviert werden. Der Ausgangspunkt zur Förderung der drei Verhaltensbereiche, Bewegung, Ernährung und Medien ist die Vernetzung der unterschiedlichen Lebensbereiche der Kinder. Der komplexe Maßnahmenkatalog sieht vernetzte unterrichtliche, außerunterrichtliche und außerschulische Maßnahmen vor. So wird zum Beispiel ein dreistündiger, akzentuierter Sportunterricht zur Gesundheitsförderung mit einer Stunde Sachunterricht fachübergreifend verknüpft. Schülergruppen, die nach eingehender basismotorscher Diagnose eine Bewegungsförderung bedür-

Abbildung 2: Entwicklung der motorischen Leistungsfähigkeit von 2009 bis 2011



fen, werden im Rahmen des Projekts durch differenzierte Angebote individuell gefördert. Die angestrebte Zusammenarbeit und gemeinsame Abstimmung zwischen den Partnern (Familie, Schule, Sportverein, Kommune und andere Partner) wird durch ein lokales Netzwerk verwirklicht. Diese sind im Rahmen eines „Runden Tisches“ organisiert, um die anstehenden Maßnahmen und das Projekt vor Ort zu planen und durchzuführen. In jeder teilnehmenden Kommune gibt es einen „Kommunalmoderator“, der die Maßnahmen vor Ort mit allen Partnern am „Runden Tisch“ abstimmt und mit den Schulen, Sportvereinen und Kommunalämtern gemeinsam umsetzt.

Das Studiendesign umfasst in der Evaluation neben der Erfassung der motorischen Entwicklungsprozesse (Motoriktest) auch die Aufnahme von Informationen über den Lebensstil (Bewegungs-, Ernährungs-, Medienverhalten), das physische und psychische Selbstkonzept und das Gruppenklima (Eltern- und Kinderfragebogen).

Ergebnisse

Nach drei Jahren Intervention zeigen erste Längsschnittergebnisse, dass die Interventionsmaßnahmen zu positiven Entwicklungen im Kontext der motorischen Leistungsfähigkeit der Kinder führen (siehe Abbildung 2). Die Effekte der Förderung zeigen sich vor allem bei „bewegungsschwachen“ Kindern, während das Förderpotenzial bei den leistungsstarken

Schülerinnen und Schülern noch wenig genutzt wird. Die Maßnahmen zur Stabilisierung des BMI, gerade bei Kindern mit Übergewicht und Adipositas, zeigen erste positive Effekte. Persönliche Faktoren wie Selbstkonzept und Motorik / BMI weisen einen starken Zusammenhang auf. Hier besteht der Bedarf nach einer weitergehenden Entwicklung von ganzheitlichen Konzepten.

Die Implementation eines Feedback-Systems für das Unterrichtsfach Sport und zur Entwicklung des BMI der Kinder wird von allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren (Lehrpersonen und Eltern) positiv beurteilt. Der Aufbau von lokalen Verantwortungsgemeinschaften (Netzwerke) verschiedener Bildungsakteure in den Kommunen im Kontext einer aktiven Bewegungskultur führt zu einer zunehmenden Anstrengungsbereitschaft hin zu einem „gemeinsamen“ Handeln. In den beteiligten Kommunen werden Maßnahmen zur nachhaltigen Implementation von Interventionsmodulen über den Interventionszeitraum hinaus unternommen.

Schlussfolgerungen

Durch eine Erhöhung der täglichen Bewegungszeit und eine differenzierte inhaltliche Akzentuierung wird die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern im Grundschulalter positiv beeinflusst. Die Vernetzung verschiedener Bildungsakteure zu übergreifenden lokalen Verantwortungsgemeinschaften kann einen

positiven Einfluss auf die Lernprozesse von Kindern nehmen. Zentral ist in Zukunft die stärkere Einbindung der Erziehungsberechtigten, um nachhaltige Veränderungen im Medien-, Bewegungs- und Ernährungsverhalten zu erzielen.

Literatur

- Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. (Hrsg.). (2007). Die Herausforderung Adipositas und Strategien zur ihrer Bekämpfung in der europäischen Region der WHO. Zusammenfassung. Kopenhagen: WHO.
- Bös, K. (2006). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In W. Schmidt, I. Hartmann-Tews & W.-D. Brettschneider (Hrsg.), Erster deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (S. 85-108). Schorndorf: Hofmann.
- Bös, K., Worth, A., Opper, E., Oberger, J. & Woll, A. (Hrsg.). (2009). Motorik – Modul. Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- Brettschneider, W.D. & Naul, R. (2004). Study on young people´s lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance – final report. Brussels: EU.
- Brettschneider, W.D. & Naul, R. (eds.). (2007). Obesity in Europe. Young people´s physical activity and sedentary lifestyles. Frankfurt am Main: Lang.
- EU Working Group "Sport and Health" (2008). EU Physical activity guidelines. Recommended policy actions in support of health-enhancing physical activity. Brussels: EU.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- Müller, C. & Petzold, R. (2006). *Bewegte Schule. Aspekte einer Bewegungserziehung in den Klassen 5 bis 10/12.* Sankt Augustin: Academia.
Effektforschung über Bewegungsförderung in der Schule mit Auswirkungen auf nichtmotorische Verhaltensmerkmale.
- Naul, R. (Hrsg.). (2011). *Bewegung, Spiel und Sport in der Ganztagschule – Bilanz und Perspektiven.* Aachen: Meyer & Meyer.
Umfassende Darstellung zur Entwicklung und Evaluation der Ganztagschule mit Förderschwerpunkten für Bewegung, Spiel und Sport.
- Schmidt, W., Hartmann-Tews, I. & Brettschneider, W.-D. (Hrsg.). (2003). *Erster deutscher Kinder- und Jugendsportbericht.* Schorndorf: Hofmann.
- Schmidt, W., Zimmer, R. & Völker, K. (Hrsg.). (2008). *Zweiter deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schwerpunkt: Kindheit.* Schorndorf: Hofmann.
Übersichtsarbeiten zu inaktiven Lebensstilen bei Kindern und Jugendlichen mit ihren Auswirkungen auf die gesundheitlich-motorische und psychosoziale Entwicklung in verschiedenen Lernorten und Lebenswelten.
- Wagner, M. (2011). *Motorische Leistungsfähigkeit im Kinder- und Jugendalter.* Schorndorf: Hofmann.
Erweiterte Datendokumentation und Ergebnisdarstellung der KIGGS-Studie mit interkulturellen Vergleichsdaten (Luxemburg).

15. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung in der Kita / im Kindergarten

Woll und Payr (2011) empfehlen hinsichtlich der Bewegungsförderung im Kindergarten die Berücksichtigung eines ganzheitlichen Bildungsverständnisses sowie eines ressourcenorientierten Gesundheitsverständnisses. Den Kindergarten bezeichnen sie als ein gut geeignetes Setting für bewegungsfördernde Maßnahmen. Koordinierungsstellen in Gesundheits- oder Sportämtern könnten dabei Vernetzungsprozesse und Organisationsentwicklung unterstützen. Die Schlüsselrolle der Erzieherinnen und Erzieher im Setting Kindergarten sollte sich in der Entwicklung von Aus- und Fortbildungskonzepten, im Rahmen der Vernetzung und bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen wiederfinden. Konkrete Maßnahmen sollten zum einen auf verschiedenen Ebenen ansetzen, um die Qualität und Quantität sowohl der angeleiteten als auch der freien Bewegungszeit zu verbessern und zum anderen die Bewegungsbedürfnisse der Kinder bei der Planung und Umsetzung berücksichtigen. De Bock (2011) weist darauf hin, dass bei jungen Kindern Bewegung vor allem durch freies Spiel und die Öffnung von Bewegungsräumen gefördert werden kann.

Literatur

- De Bock, F. (2011). Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12* (S. 39-43). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]
- Woll, A. & Payr, A. (2011). Bewegungsförderung im Kindergarten. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12* (S. 63-69). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung – ein Projekt im Rahmen der Landesinitiative Übergewicht und Adipositas im Kindesalter

Christine Graf, Olga Cuptova, Angela Buchwald-Röser und Vanessa Drösser

Die heutige Lebenswelt von Kindern hat sich deutlich verändert. Die Folgen sind nicht selten Bewegungsmangel, motorische Defizite und Fehlernährung beziehungsweise Übergewicht. Diese Entwicklung betrifft vor allem Kinder aus Familien mit einem geringeren sozioökonomischen Status. Um dem frühzeitig entgegenzuwirken, wurde das Projekt „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ entwickelt, das Kinder im Vorschulalter – insbesondere aus Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozialen Status – im Fokus hat. Es stellt eine Qualifizierungsmaßnahme und Betreuung von Erzieherinnen und Erziehern aus Kindertagesstätten dar und basiert auf den Konzepten „Anerkannter Bewegungskindergarten des LSB NRW“ sowie „Fit Kids“ der DGE (entwickelt von den beteiligten Krankenkassen). Ziel des Projektes war, in allen Regionen NRW Strukturen für eine nachhaltige Umsetzung zu schaffen. An dem Projekt nahmen insgesamt 48 ausgewählte Kindergärten aus 47 Kreisen und kreisfreien Städten in NRW teil. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte von Seiten der Deutschen Sporthochschule im Zeitraum 1. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2010. Neben dem Status quo sollten verhaltens- und verhältnispräventive Veränderungen in den teilnehmenden Einrichtungen erfasst werden. Zu diesem Zweck wurden Befragungen auf der Ebene der Leitungen, Berater und Beraterinnen und der Erzieher und Erzieherinnen sowie der Eltern durchgeführt. Zusätzlich erfolgten Telefoninterviews mit den Beraterinnen und den Ernährungsfachkräften bezüglich der Prozessabläufe.

Inhaltliche Ausgestaltung – informieren, beraten, schulen, unterstützen und begleiten

Zentrale Themen des Angebots „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ sind „Bewegung“ und „Ernährung“ sowie die Implementierung eines gesundheitsförderlichen Lebensraums. Um dies inhaltlich wie auch organisatorisch in das Konzept der Einrichtungen aufzunehmen, wurde interessierten Tageseinrichtungen für Kinder ein umfangreiches, kostenfreies Unterstützungskonzept angeboten:

- Multiplikatorenschulungen für Erzieherinnen zu den Bausteinen „Anerkannter Bewegungskindergarten“ (70 Lerneinheiten) und „Pluspunkt Ernährung“ (16 Lerneinheiten),

- Durchführung von zwei Elternveranstaltungen zu den Themen „Bewegung“ und „Ernährung“ durch Fachkräfte der Projektverantwortlichen,
- Teilnahme an Arbeitskreisen zum Informations- und Erfahrungsaustausch,
- umfangreiche Arbeits- und Informationsmedien,
- Kooperationspartnerschaft mit einem Sportverein,
- durchgängige Begleitung und Beratung durch anerkannte Fachkräfte.

Ergebnisse

Ausgewählte Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen unter anderem, dass

- sich bei 90 % der am Projekt beteiligten Kindertageseinrichtungen der Alltag gesundheitsfördernder verändert hat (gute Beispiele sind in den Bereichen „Veränderte Bewegungsräume und -anreize“ oder „grundlegend veränderte Verpflegungssysteme“ zu finden),
- die aufgebaute Beratungsstruktur eine Schlüsselrolle für die Veränderungsprozesse in Kindertageseinrichtungen und bei den kooperierenden Sportvereinen spielt,
- die kostenfreie Unterstützung durch Ernährungsfachkräfte besonders für Elternbildungsmaßnahmen in den Kindertageseinrichtungen positiv bewertet wird,
- die Kooperationen zwischen Sportvereinen und Bewegungskindergärten sehr unterschiedlich gestaltet werden und in einigen Fällen gezieltere Unterstützungsmaßnahmen erforderlich sind.

Die vorläufigen Ergebnisse der Evaluation weisen auf folgenden Nutzen durch die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hin:

- Tageseinrichtungen für Kinder erschließen und nutzen neue Bewegungsräume.
- Es finden regelmäßige Elternveranstaltungen zum Thema Ernährung und Bewegung statt.
- Es wird ein höheres Bewusstsein bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die Themen Bewegungsförderung und gesundheitsförderliche Ernährung geschaffen.
- Es zeigt sich eine höhere Kompetenz bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen, die sich wiederum in der Elternarbeit positiv bemerkbar macht.
- Es wird nach der Teilnahme ein höherer Zufriedenheitsgrad mit dem (angeleiteten als auch freien) Bewegungsangebot angegeben als vor Projektbeginn.

Die Kooperationen mit Sportvereinen sind aus Sicht der Erzieherinnen und Erzieher vorteilhaft, aber noch ausbaufähig.

Konsequenzen

Die Ergebnisse der Evaluation und die Erfahrungen in den Projektjahren 2007 bis 2010 bilden die Grundlage für die Fortschreibung des Projektes. Die Fortschreibung zur Sicherung der Nachhaltigkeit ist mit fast allen vorherigen Partnern gelungen. Das hierfür neu entworfene Konzept trägt den Titel: „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung – Ein Angebot der Landesregierung, des Landessportbundes und der gesetzlichen Krankenkassen in NRW“.

Mit der Fortschreibung des Projekts bis zum Mai 2014 sollen bereits „Anerkannte Bewegungskindergärten des LSB NRW“ und weitere Kindertageseinrichtungen diese Auszeichnung erlangen können. Der Fokus wird vorrangig auf Einrichtungen mit sozialstrukturell schwierigerem Hintergrund liegen. Für die Auszeichnung als „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ wurden die Qualitätskriterien für einen „Anerkannten Bewegungskindergarten des LSB NRW“ um gezielte Anforderungen zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Ernährung ergänzt.

Seit 2010 ist das Handlungsprogramm „Anerkannter Bewegungskindergarten“ in das Programm der SJ NRW „NRW bewegt seine Kinder – Bewegte Kindheit und Jugend in NRW“ eingebunden. Der LSB NRW setzt damit einen gesellschaftspolitischen Zukunftsschwerpunkt, um allen Kindern zu ihrem Grundrecht auf Bewegung zu verhelfen.

Das Angebot „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ der Landesregierung, des Landessportbundes und der Gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen ist Teil der Landesinitiative „Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter“ des „Präventionskonzepts Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität“.

Das Angebot wurde durch die Landesinitiative „Gesundes Land NRW“ 2010 als innovatives Projekt im Gesundheitswesen ausgezeichnet.

Im Herbst diesen Jahres beginnt die Umsetzung, mit dem Ziel jährlich 45 neue Zertifikate zum „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung – Ein Angebot der Landesregierung, des Landessportbundes und der gesetzlichen Krankenkassen in NRW“ an bestehende „Anerkannte Bewegungskindergärten des LSB NRW“ und andere Kindertageseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen zu verleihen.

TigerKids – Kindergarten aktiv

Brigitte Fischer und Jessica van Steegen

Ernährung, Bewegung und Entspannung sind wichtige Bestandteile einer gesunden Entwicklung von Kindern. Heute ist bereits jedes sechste Kind übergewichtig. Ursachen sind Bewegungsmangel und ein hoher Konsum energiereicher Speisen und Getränke. Hinzu kommt vermehrter Stress auf kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Ebene.

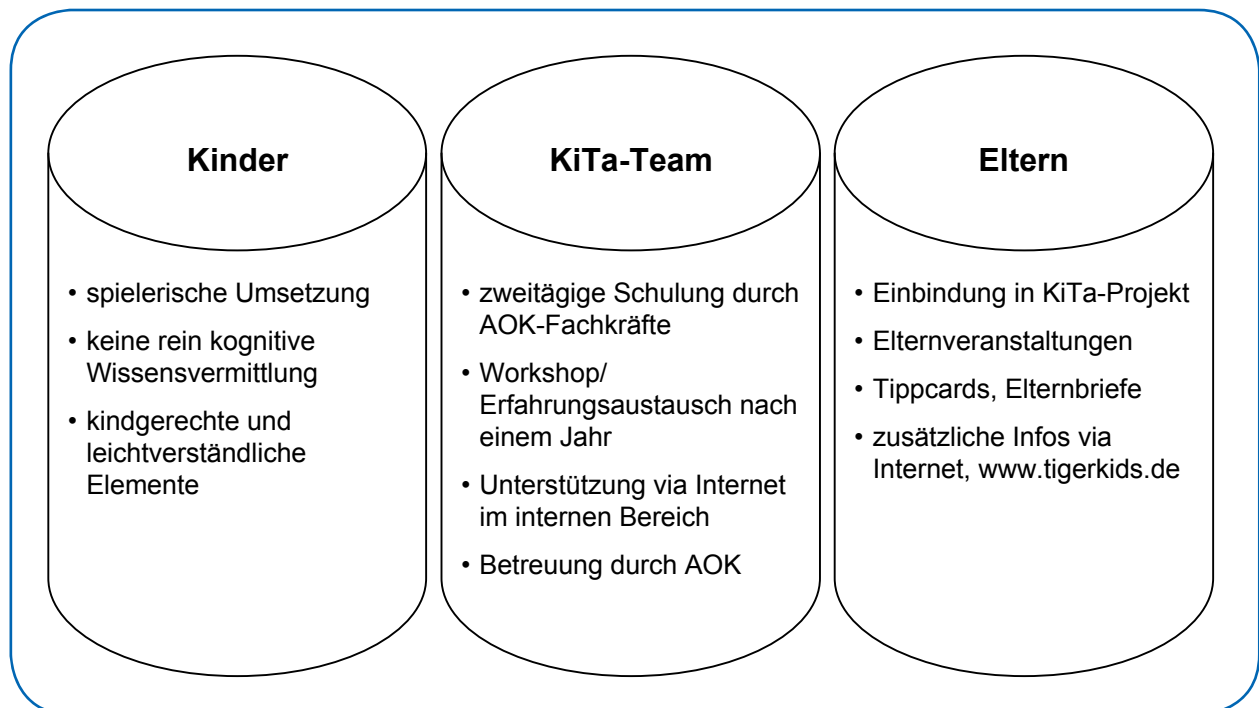
Die Chancen zur Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern sind in den ersten Lebensjahren besonders aussichtsreich. Kinder sind in diesem Alter leicht zu motivieren, ihre Gewohnheiten sind noch nicht gefestigt und können positiv beeinflusst werden. Maßnahmen in Kindertagesstätten (Kita) sind daher sehr erfolversprechend. Zudem werden in diesem Setting alle sozioökonomischen Schichten erreicht, auch Familien mit Migrationshintergrund.

Das Projekt TigerKids will nachhaltig das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder und ihrer Eltern verbessern, zu mehr Entspannung im Alltag führen und gesundheitsförderliche Verhältnisse in der Kita unterstützen. Deshalb baut es auf drei Säulen auf – die Arbeit mit Kindern, den Kindergartenteams und den Eltern (siehe Abbildung 1). Die Kinder lernen spielerisch und kindgerecht die Umsetzung von gesundem Essen und Spaß an Bewegung und Entspannung. Das Kita-Team wird in einer zweitägigen praxisorientierten Schulung durch AOK-Ernährungs- und Bewegungsfachkräfte in das Projekt eingeführt. Die Schulung, das Projektmaterial sowie die fachliche Betreuung werden durch die AOK kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die Erziehungsberechtigten werden durch Fachinformationen über Newsletter und Internet sowie Anregungen für Familienalltag und Freizeit in Form von Elternveranstaltungen aktiv einbezogen.

Zentrales Ziel des Projektes ist es, Übergewicht bei Kindern nachhaltig vorzubeugen. Die Kinder sollen sich mindestens eine Stunde täglich bewegen und ausreichend entspannen, weniger inaktiven Freizeitbeschäftigungen nachgehen, mehr frisches Obst und Gemüse essen, mehr energiefreie, ungesüßte Getränke konsumieren und ein gesundes Frühstück in die Kita mitbringen.

Im Rahmen einer externen Evaluation mit 64 Kindertagesstätten und rund 2.600 Kindern wurden die Effekte von TigerKids auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie auf die Häufigkeit von Übergewicht bei Kindern untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass TigerKids nachhaltig wichtige Risikofaktoren für Übergewicht beeinflussen kann. Die Kinder lernen zielgerichtet einen gesundheitsförderlichen Lebensstil kennen. Sie verzehren signifikant mehr Obst und Gemüse und trinken signifikant weniger häufig ener-

Abbildung 1: Drei Säulen von TigerKids



giereiche Getränke. Ein positiver Trend zeigt sich in den TigerKids-Kitas auch im Hinblick auf die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas. Durch das Entspannungsmodul verbessern sich die Kinder unter anderem bei Koordinationsaufgaben. Physiologische Messungen zeigen deutlich, dass es während der Entspannungsphasen zu einer vegetativen Entspannungsreaktion kommt. Ein Großteil der Erzieherinnen und Erzieher bewertet das Konzept als gut bis sehr gut.

Insgesamt gesehen erhalten die Kinder mit TigerKids aus allen sozialen Umfeldern bessere Chancen für eine gesunde Entwicklung. Die langfristige Strategie zur Vorbeugung von Übergewicht wird unterstützt und der von der Weltgesundheitsorganisation

empfohlene integrierte Ansatz zur Prävention von Übergewicht umgesetzt. TigerKids wurde daher unter anderem mit dem Logo „Unterstützt die Ziele von INFORM“ ausgezeichnet und steht als modellhaftes Präventionsprojekt in Europa im Weißbuch der Europäischen Kommission.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

www.tigerkids.de

www.a-g-a.de

www.kiggs.de

www.kindergesundheit.de

www.sport.uni-karlsruhe.de/motorik-modul/

16. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung in der Schule

Naul, Schmelt und Hoffmann (2011) empfehlen für die schulische Praxis der Bewegungsförderung die curriculare und außerschulische Verzahnung von bewegungsfördernden Angeboten, welche durch ein lokales Netzwerk der Entscheidungsträger in den Bereichen Schule, Jugendhilfe, Gesundheit, Sport und Stadtentwicklung begünstigt werden könnte. Unter anderem sollten Inhalte zur Bewegungsförderung und die individuelle Förderung spezieller Schülergruppen verstärkt in die Aus- und Fortbildung von Lehr- und weiteren Fachkräften aufgenommen werden. De Bock (2011) weist darauf hin, dass bei Jugendlichen Bewegung am besten durch Interventionen mit systemischem und partizipativem Ansatz sowie unter Einbezug von Eltern, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Schule gefördert werden kann.

Literatur

- De Bock, F. (2011). Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12* (S. 39-43). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]
- Naul, R., Schmelt, D. & Hoffmann, D. (2011). Bewegungsförderung in der Schule. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12* (S. 70-73). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

fit für pisa – Umsetzung und langfristige Effekte täglichen Schulsports

Sebastian Liersch, Jörg Schnitzerling, Susanne Bisson, Vicky Henze, Eckart Mayr, Thomas Suermann, Markus Röbl, Christian Krauth und Ulla Walter

Einleitung

Für die Entwicklung eines gesundheitsrelevanten Lebensstils ist Bewegung bereits im Kindesalter bedeutsam. Die Implementierung geeigneter Interventionen muss zur Erhöhung des körperlich-sportlichen Aktivitätsniveaus sowie der Sportbeteiligung von Kindern und Jugendlichen erfolgen. Die Göttinger Interventionsmaßnahme „fit für pisa“ ergänzt während der gesamten Grundschulzeit die obligatorischen zwei Schulstunden Sport pro Woche durch drei weitere Sportstunden. Die BMBF-geförderte Evaluation der Intervention soll Aufschluss darüber geben, inwieweit sich die Integration eines quantitativ gesteigerten und qualitativ verbesserten Sportunterrichts auf Freizeitverhalten, Gesundheit, Bildung und Lebensqualität von Schülerinnen und Schülern auswirkt. Eine ökonomische Evaluation soll erstmals Aufschluss über kurz- und langfristige Einsparpotenziale bei den Folgekosten geben.

Methoden

Neben der Schuleingangsuntersuchung werden seit dem Schuljahr 2003/04 die Schülerinnen und Schüler jährlich auf ihren medizinischen Gesundheitszustand, ihre motorische Entwicklung und ihre emotionale Befindlichkeit untersucht. Am Ende der 4., 5. sowie 6. Klasse wird zudem unter anderem die Lebensqualität, das Freizeitverhalten sowie die körperliche Aktivität

im Alltag erfasst. Ein Elternfragebogen erfasst die Gesundheitsgeschichte des Kindes, die körperliche Aktivität der Familie sowie den sozioökonomischen Status. Die Datenauswertung erfolgt nach einem Längsschnitt- (Kohorte) und einem Querschnittsansatz (siehe Abbildung 1). Die wissenschaftliche Evaluation gibt einen Einblick in gesundheits- und bildungsbezogene Effekte täglichen vierjährigen Sportunterrichts in der Grundschule und ihrer Nachhaltigkeit. Geschlechtsspezifische und sozioökonomische Variablen werden gezielt berücksichtigt und ausgewertet.

Ergebnisse

Am Ende der 4. sowie am Ende der 5. Klasse zeigen die Schülerinnen und Schüler der Interventionsgruppe (IG) eine signifikant höhere körperlich-sportliche Aktivität als die Schülerinnen und Schüler der Kontrollgruppe (KG) ($p < .05$ adjustiert für Geschlecht). Zwei Jahre nach Abschluss der Intervention zeigen die Ergebnisse keinen statistisch signifikanten Gruppenunterschied mehr (siehe Abbildung 2). Die Ergebnisse des täglichen Medienkonsums zeigen, dass am Ende der 6. Klasse Schülerinnen und Schüler der IG weniger Zeit vor dem Fernseher verbringen ($p = .056$ adjustiert für Geschlecht und Sozialstatus) als Schülerinnen und Schüler, die keinen täglichen Schulsport in der Grundschule hatten. Am Ende der 4. Klasse spielen die Interventionsschülerinnen und -schüler seltener mit der Spielkonsole als die Kontrollschülerinnen und -schüler ($p < .05$ adjustiert für Geschlecht und Sozialstatus; siehe Abbildung 3).

Das Projekt „fit für pisa“ wurde an den Schulen zwischen 2003 und 2009 erfolgreich durchgeführt. Die Ergebnisse der Evaluation bestätigen die positiven Effekte des täglichen Schulsports in der Grundschule.

Abbildung 1: Studiendesign

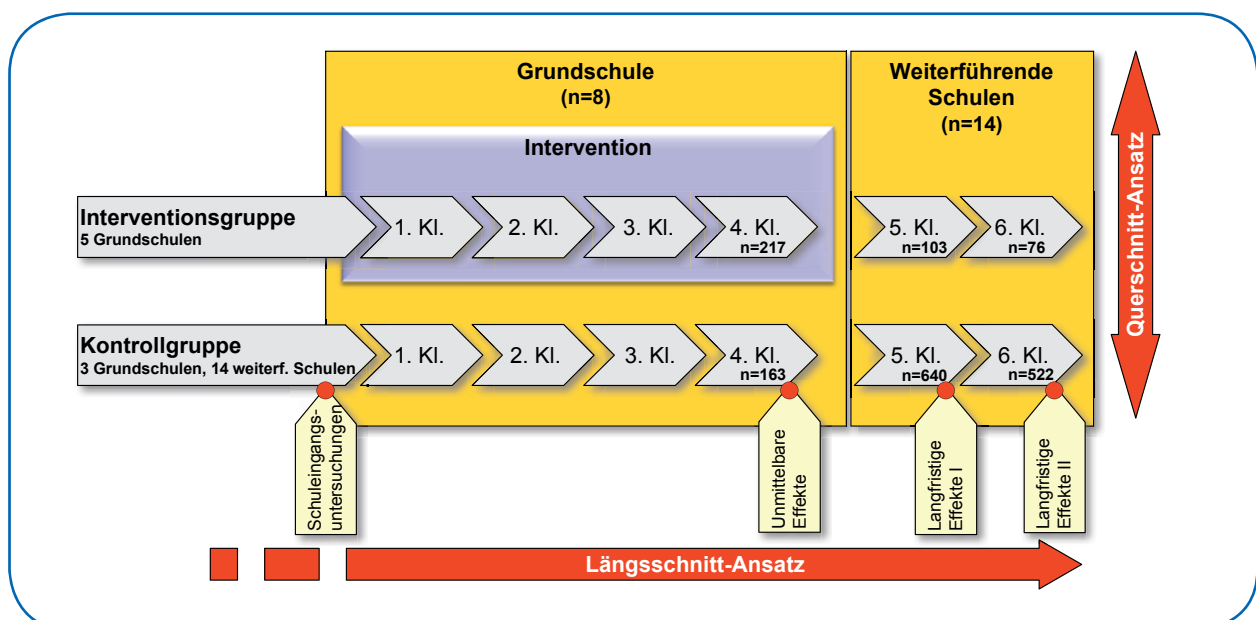


Abbildung 2: Index zur körperlich-sportlichen Aktivität

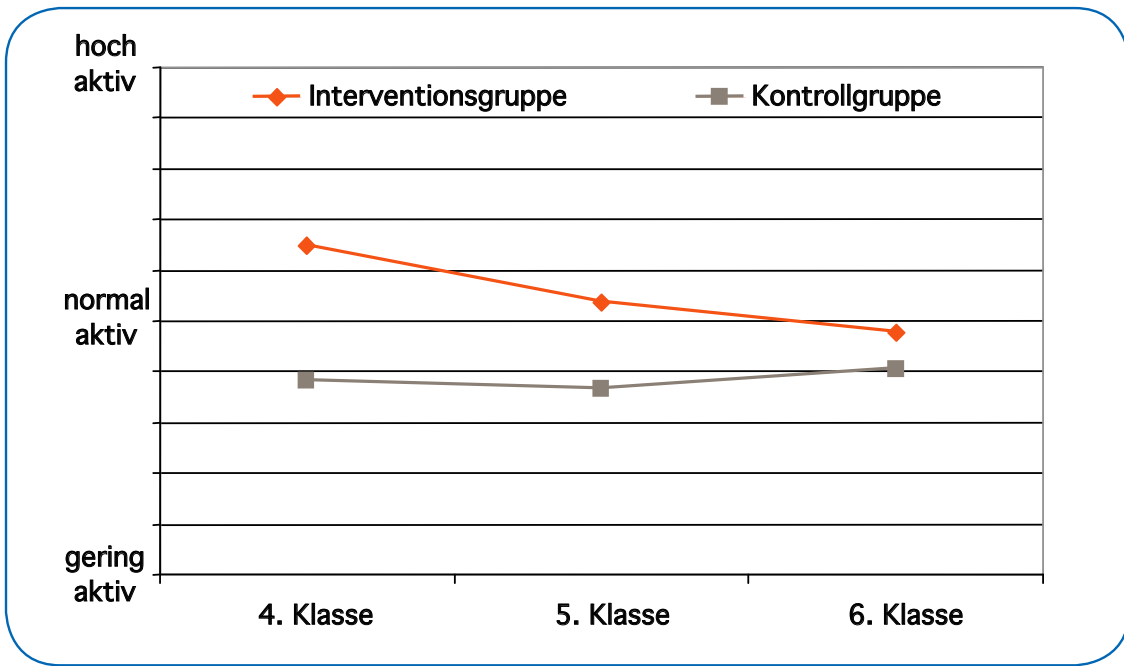
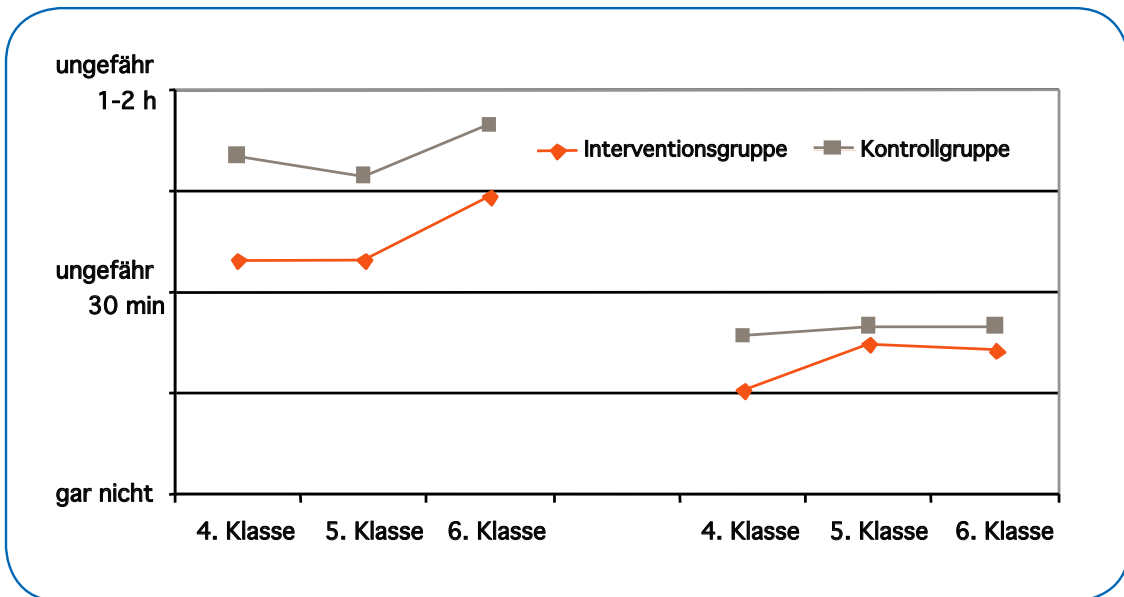


Abbildung 3: Tägliche Nutzung elektronischer Medien (links: Zeit vor dem Fernseher, rechts: Zeit mit der Spielkonsole)



Familien und Kinder konnten vermehrt für die Angebote in Sportvereinen gewonnen werden.

Es stand immer im Vordergrund, die Ideen des Projektes für möglichst viele Schulen umsetzbar werden zu lassen. Das Projektteam hat mit gezielter Öffentlichkeitsarbeit und angepassten Rahmenbedingungen neben den Projektschulen weitere Schulen für ein Mehr an Sport und Bewegung in der Schule begeistern können. Gerade in der Entwicklung der Schulen hin zu Ganztagschulen konnte auf die vielen Erfahrungen zurückgegriffen werden. Es bestehen intensive Kooperationen mit fünf Grundschulen und zwei

weiterführenden Schulen. Damit wird das erfolgreiche Bewegungskonzept von der Kindertagesstätte über die Grundschule in die weiterführenden Schulen weitergetragen.

Schlussfolgerung

Täglicher Sportunterricht in der Grundschule trägt zu einer nachhaltigen Verbesserung des Aktivitätsniveaus von Kindern bei. Kinder, die täglich Sportunterricht in der Grundschule erhalten, gestalten ihre Freizeit aktiver. Insbesondere sozial benachteiligte

Kinder profitieren von einer regelmäßigen körperlich-sportlichen Aktivität. Ein erfolgreiches Heranführen an Sport und Bewegung sollte bereits in Krippe und Kindergarten beginnen, eine Weiterführung in allen Schulformen ist notwendig. Verantwortlich hierfür ist vor allem ein neues Gesellschaftsbild, das durch mehr Betreuungszeit im Rahmen von Ganztagsangeboten kaum Raum für außerschulischen Sport und Bewegung lässt. Die gesundheitlichen Langzeitfolgen sind im Moment nicht abzusehen.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Liersch, S., Henze, V., Röbl, M., Schnitzerling, J., Suermann, T., Mayr, E., Krauth, C. & Walter, U. (2011). Forty-five minutes of physical activity at school each day? Curricular promotion of physical activity in grades one to four. *Journal of Public Health*, 19 (4), 329-338.

Liersch, S., Bisson, S., Sterdt, E., Henze, V., Krauth, C., Röbl, M. & Walter, U. (2010). Wie wirkt sich täglicher Schulsport auf den juvenilen Medienkonsum aus? *Public Health Forum*, 69, 26-28.

Henze, V. (2009). Fit für pisa. *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 82 (3), 26-27.

Walter, U., Liersch, S., Krauth, K., Henze, V. & Röbl, M. (2008). Tägliche Bewegung in der Schule: Das Praxisprojekt „fit für pisa“. In KKH, Medizinische Hochschule Hannover (Hrsg.), *Weißbuch Prävention 2007/2008. BEWEGlich? Ursachen, Risikofaktoren und Ansätze der Prävention* (S. 209-216). Heidelberg: Springer.

Bewegung und Ernährung in der offenen Ganztagschule im Primarbereich – Erfahrungen aus dem Kreis Gütersloh

Christel Kunz, Sabine Jakob und Anika Irlé

Bereits in den ersten Lebensjahren werden grundlegende Verhaltensweisen erworben, die in späteren Jahren nur schwer wieder zu verändern sind. Damit kommt Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter eine zentrale Bedeutung zu. Bildungseinrichtungen wie Kindertagesstätten und Schulen mit einem Ganztagsbetreuungskonzept werden demzufolge zunehmend in ihrer Bedeutung als Lebensräume erkannt, die dazu beitragen können, Fehlernährung und Bewegungsmangel präventiv entgegenzuwirken. Die Rahmenbedingungen der Offenen Ganztagschule, die die Erreichbarkeit aller Kinder, unabhängig von sozialer Herkunft und Nationalität sowie die enge Zusammenarbeit mit den Eltern gewährleistet, bieten beste Voraussetzungen für die Integration gesundheitsfördernder Inhalte und Aktionen in den Schulalltag.

Als Handlungsempfehlung der Gesundheitskonferenz und mit gesundheitspolitischem Beschluss wurde im Frühjahr 2009 die „Koordinationsstelle für Ernährung und Bewegung an Offenen Ganztagschulen im Primarbereich“ bei der Abteilung Gesundheit des Kreises Gütersloh eingerichtet.

Langfristiges Ziel ist die Verbesserung von Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten von Kindern im Grundschulalter. Vor diesem Hintergrund werden die Träger des Offenen Ganztags, die OGS-Betreuerkräfte sowie die Schulleitungen und die Lehrkräfte über verschiedene Maßnahmen in ihrer Arbeit unterstützt, gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung in den Schulalltag zu integrieren. Die Erreichung dieser Ziele wird über unterschiedliche Angebote der Koordinationsstelle verfolgt:

- Bereitstellung von Informationen über aktuelle regionale und überregionale Angebote (unter anderem auf den Kreisinternetseiten online verfügbar),
- Unterstützung der OGS bei der Auswahl von Ernährungs-, Bewegungs- und Sportangeboten und bei der Suche nach Kooperationspartnern für Nachmittagsangebote aus diesem Bereich,
- Bereitstellung von und Beratung zu qualitätsgesicherten Medien (in Kooperation mit dem Kreismedienzentrum),
- Beratung bei der Organisation von Gesundheits-, Aktionstagen und Ferienprojekten,
- Durchführung von Multiplikatorenschulungen, (Umsetzungs-) Workshops, zum Beispiel zum Konzept „GET fit“ oder zum Thema Schulverpflegung sowie

Vorträgen, wie zum Beispiel im Rahmen von Elterncafés,

- Versendung des Themen-Newsletter „Ernährung, Bewegung und Entspannung“,
- Kooperationsprojekte, wie „Gesund auf Dauer“ und „Gütersloher gesunde Genießer“.

Aus den Erfahrungen mit drei Gütersloher Pilotschulen wurden wichtige Erkenntnisse gewonnen, die Grundlagen für das Konzept „GET fit“ bildeten. Im Wesentlichen geht es bei dem Konzept „GET fit“ um die Vernetzung der sonst einzeln stehenden Angebote für Bewegung und Ernährung in einem Nachmittagsangebot. Weitere Kernpunkte werden in der Verzahnung von Lehrthemen des Vormittags mit dem handlungsorientierten Aufgreifen am Nachmittag sowie in der verstärkten Einbindung der Eltern gesehen.

Schulen des Offenen Ganztags verfügen über sehr unterschiedliche strukturelle und finanzielle Ressourcen. Um die Verbreitung der Umsetzungsmöglichkeiten der Thematik „Gesunde Ernährung und Bewegung für Kinder in der OGS“ möglichst individuell, aber kreisweit zu gestalten, wurden Multiplikatorenschulungen aufgebaut und im Frühjahr 2010 sowie im Sommer 2011 durchgeführt. Die Schulungsziele bestanden vor allem darin, unter Berücksichtigung von wissenschaftlichen Erkenntnissen auf das jeweilige Wirkungsfeld zugeschnittene Inhalte praxisorientiert zu vermitteln sowie das evaluierte Kreativangebot „GET fit“ als Beispiel guter Praxis für die Umsetzung bekannt zu machen.

Über ein verzweigtes Kooperationsnetzwerk können verschiedene Kompetenzen gebündelt werden. Zu dem Netzwerk der Koordinationsstelle zählen der Kreissportbund, insbesondere die Koordinationsstelle „Sport im Ganztag“, das Bildungsbüro und das Schulamt für den Kreis Gütersloh, die IKK classic, die Bertelsmann BKK, die Bürgerstiftung Gütersloh, die VHS Gütersloh und die VHS Reckenberg-Ems, die Vernetzungsstelle Schulverpflegung NRW sowie die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Aufgrund der steigenden Anforderungen einerseits und begrenzten Ressourcen der OGS andererseits benötigt jede Einrichtung neben einer guten Angebotspalette auch individuelle Umsetzungslösungen. Für eine nachhaltige Wirkung von Angeboten der Gesundheitsförderung ist eine multiprofessionelle, kooperative und beständige Vernetzungsstruktur erforderlich, die die Bedürfnisse der Beteiligten im Setting Schule / OGS berücksichtigt.

Abbildung 1: Konzept „GET fit“


Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Jakob, S. & Lummer, P. (2010). GET fit – gesunde Ernährung und Bewegung in der Offenen Ganztagschule im Primarbereich. Konzept für ein Kreativangebot am Nachmittag. Tipps zur Umsetzung (2. überarbeitete Aufl.). Kreis Gütersloh: Kreis Gütersloh – Der Landrat – Abteilung Gesundheit. Verfügbar unter: www.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Leitfaden_Get_fit.pdf [20.11.2011]

Kunz, C. (2008). Gesundheitsbericht 2007 – Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, Kreis Gütersloh: Kreis Gütersloh – Der Landrat – Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz. Verfügbar unter: www.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Gesundheitsbericht_2007_Kreis_Guetersloh.pdf [20.11.2011]

Liebertz, C. (2003). Das Schatzbuch ganzheitlichen Lernens: Grundlagen, Methoden und Spiele für eine zukunftsweisende Erziehung. München: Don Bosco/Spectra.

Abbildung 2: „Kooperationsnetzwerk von GET fit“



17. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung im Betrieb

Stoffel und Kollegen (2011) weisen darauf hin, dass Bewegungsförderung im betrieblichen Kontext als ein Baustein eines umfassenden multifaktoriell konzipierten Programms der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) betrachtet werden sollte und isolierte Programme zur Steigerung körperlicher Aktivität im Betrieb nicht effektiv sind. Die in eine BGF-Strategie integrierte betriebliche Bewegungsförderung sollte – neben verhaltensorientierten Maßnahmen – Faktoren der Arbeitsumgebung und -organisation einbeziehen, die Zusammenarbeit möglichst vieler betrieblicher Akteure (beispielsweise Betriebssportgemeinschaften, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Betriebsärzten und externen Trainerinnen beziehungsweise Trainern) anstreben und durch die oberste Führungsetage unterstützt werden.

Literatur

Stoffel, S.D., Gröben, F., Pronk, N.P. & Bös, K. (2011). Bewegungsförderung im Betrieb – ein wichtiger Baustein der multifaktoriell konzipierten Betrieblichen Gesundheitsförderung. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis*. LIGA.Fokus 12 (S. 74-76). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

KMU IN FORM – mehr Gesundheit für Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen

Birgit Schauerte

Einleitung

In Deutschland waren 2006 ca. 66 % der Männer und 50,6 % der Frauen im Alter von 14 bis 80 Jahren übergewichtig oder adipös (BMI ≥ 25). Eingeschlossen sind darin 20,5 % adipöse Männer und 21,2 % adipöse Frauen (BMI ≥ 30). Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil an übergewichtigen und adipösen Personen deutlich zu (Max Rubner-Institut, 2008).

Der demografischen Wandel wird die altersinduzierte Übergewichtsentwicklung und die damit verbundene erhöhte Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren – Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie und Dyslipidämie – weiter negativ beeinflussen (Siewert, 2010). Im Vergleich zu Normalgewichtigen ist bei Vorliegen einer Adipositas Grad I (BMI ≥ 30) die Prävalenz des Diabetes mellitus Typ II verfünffacht, eines Bluthochdrucks mehr als verdoppelt und einer Fettstoffwechselstörung um mehr als 30 % erhöht (Must et al., 1999). In Abhängigkeit von Alter und Geschlecht assoziiert die Adipositas in 20-40 % der Fälle mit einem Metabolischen Syndrom (König und Berg, 2005).

Der von der Bundesregierung verabschiedete Nationale Aktionsplan IN FORM zielt darauf ab, die Bevölkerung zu einem gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und mehr Bewegung zu motivieren. Das vom Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF-Institut) durchgeführte Förderprojekt KMU IN FORM unterstützte die Umsetzung der IN FORM-Ziele im betrieblichen Setting mit dem Schwerpunkt auf Klein- und Mittelständische Unternehmen (KMU).

Ziele des Forschungsprojektes

Im Vordergrund des zweijährigen Pilot-Projektes stand die Entwicklung, Umsetzung und Evaluation eines ernährungs- und bewegungsbasierten Interventionskonzeptes, das im betrieblichen Alltag umsetzbar ist und zu einer nachhaltigen Verbesserung gesundheitlicher Parameter und des Gesundheitsverhaltens bei Beschäftigten führt. Im Rahmen des Projektes wurden die Effekte dieses Interventionskonzeptes – unter Berücksichtigung der Treatmentintensität – anhand von medizinisch messbaren Parametern (BMI, Taillenumfang, Lipidprofile), der submaximalen Ausdauerleistungsfähigkeit (PWC 150) und über einen Fragebogen zum Gesundheitsverhalten evaluiert.

Kollektiv und Methodik

Von 170 Beschäftigten, Interventionsgruppe (n = 120) und Kontrollgruppe (n = 50), konnten stabile Datensätze zu drei Messzeitpunkten (t0 und t1 nach der Intervention und t2 nach weiteren 6 Monaten) ermittelt werden. Während die Probanden der Kontrollgruppe lediglich an den Analysen teilnahmen, absolvierten die Probanden der Interventionsgruppe eine anschließende 12-wöchige Intervention mit den Schwerpunkten Bewegung (6 Ausdauerinheiten), Ernährung (2 Seminare) und 1 Seminar Barrieremanagement.

Über die Erstellung individueller Gesundheitsprofile und anhand eines Fragebogens zum Gesundheitsverhalten konnte bei der Eingangsuntersuchung (t0) eine erste Sensibilisierung der Beschäftigten über die Darstellung der individuellen Risikoparameter nach dem Ampelmodell erfolgen (siehe Abbildung 1).

Im Rahmen der individuellen Beratungsgespräche eine Woche nach t0 wurden unter Berücksichtigung der im Gesundheitsprofil erhobenen Daten, individuelle ernährungs- und bewegungsbezogene Aktivitätenpläne erstellt, mit dem Ziel die praktische Umsetzung der gewünschten Veränderungen nachhaltig zu unterstützen (Göhner, 2007). Die anschließenden Interventionen fanden in den Unternehmen statt. Über eine frühzeitige Vernetzung zu regionalen Gesundheitsanbietern (zum Beispiel Gesundheitszentren, Sportvereine, Physiotherapeuten) konnte die Verstärkung eines gesundheitsbewussten Lebensstils unterstützt werden.

Ergebnisse und Diskussion

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass durch das Interventionskonzept signifikante Verbesserungen in Bezug auf die medizinischen Parameter BMI, Taillenumfang (siehe Abbildung 2), Blutdruckverhalten und auf die Ausdauerleistungsfähigkeit erzielt wurden und diese Effekte nachhaltig (t2-Messung) stabilisiert werden konnten. Diese Veränderungen bildeten sich auch in einer deutlichen Reduzierung kardiovaskulärer und metabolischer Erkrankungsrisiken ab.

Die Veränderungen in Bezug auf das Gesundheitsempfinden und auf das Ernährungs- beziehungsweise Bewegungsverhalten belegen die Entwicklung eines gesundheitsbewussten Lebensstils in der Interventionsgruppe. Allerdings wurde auch deutlich, dass dies insbesondere dann gelingt, wenn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein vollständiges Treatment (Ernährung und Sport) absolvierten.

Abbildung 1: Gesundheitsprofil

Bundesministerium
für Gesundheit

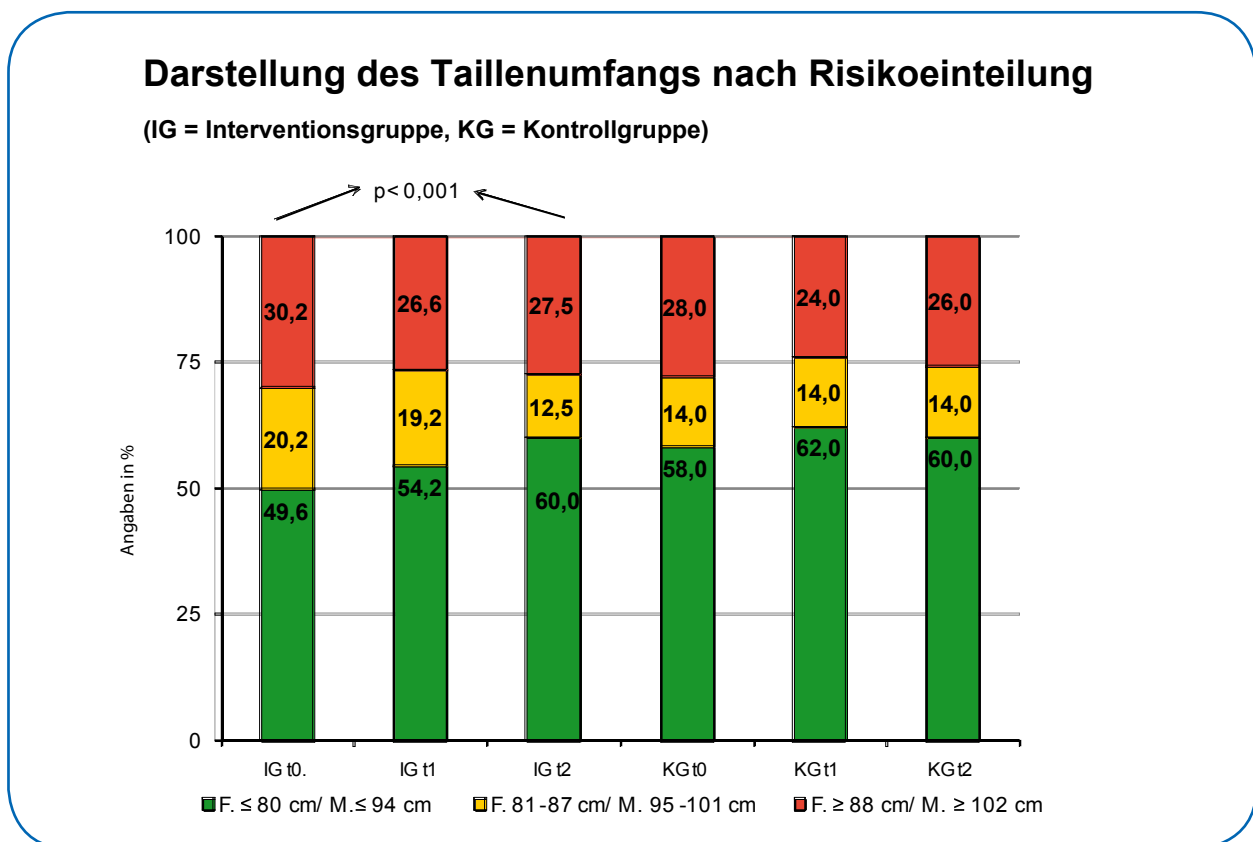
Gesundheitsprofil

Name des Mitarbeiters:	Geschlecht:	m	Code:	1-9	😊	😐	😞
Proband xy		Geb.-Datum/Jahrgang:		00.00.1956			

Datum des Checks	I 29.04.2009	II 27.08.2009	III 31.03.2010	IV		
Größe (m)	1,83	183	183			
Gewicht (kg)	112,1	97,6	97,1			
Body-Mass-Index (Gewicht kg/Größe m ²)	33,60	29,10	29,00		< 25	25-29,9
Taillenumfang	107	100,5	98		Männer < 94 cm	Männer < 95-100 cm
Selbsteinschätzung pers. Gesundheit					gut	mittel
Stressempfinden					kein Stress	mäßig gestresst
Fitness						
Sportliche Aktivitäten					mind. 3x pro Woche	unregelmäßig
Erreichter Zielpuls bei PWC150 = absolute Leistung in Watt (Watt)	175	175	200			kein Sport
Ausdauerleistungsfähigkeit bei PWC 150 (Watt/kg)	1,56	1,79	2,06	#DIV/0!	> M = 2,0 überdurchschnittlich	M = 2,0 durchschnittlich
Herz-Kreislauf-Werte						
Syst. Blutdruck (mmHg)	162	134	129		< 130	131-159
Diast. Blutdruck (mmHg)	89	75	84		< 85	85-99
Labor-Werte (nüchtern)						
Cholesterin (mg/dl)	219	192	142		< 200	200-239
HDL-Cholesterin (mg/dl)	35	35	33		> 45	= 45
LDL-Cholesterin (mg/dl)	152	145	73		< 130	130-159
Triglyceride (mg/dl)	158	59	145		< 150	150-199
Blutzucker (mg/dl)	119	95	93		< 100	100 bis 125
Sonstiges						
Rauchen		n	n		nie	früher
Diabetes		n	n		nein	ja
Blutdrucksenkende Medikamente		n	n		nein	ja
Herzinfakte in der Familie		n	n		nein	ja

Bemerkung:

Abbildung 2: Darstellung des Taillenumfangs nach Risikogruppe



Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Göhner, W., Fuchs, R. & Mahler, C. (2007). *Änderung des Gesundheitsverhaltens: MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung*. Göttingen: Hogrefe.

Das Buch unterstützt den Aufbau eines gesundheitsorientierten Lebensstils durch ausgearbeitete Curricula zu den Themen mehr Bewegung und Ernährungsumstellung und ist somit eine gute Unterstützung für alle, die in unterschiedlichen Settings als Beraterin und Berater oder Trainerin und Trainer Verhaltensänderungen begleiten wollen.

Die IT-Branche bewegt sich – Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung für Beschäftigte

Rainer Ollmann

Hintergrund

Die Arbeit in der IT-Softwarebranche ist durch eine ausgeprägte „Strukturelle Bewegungsarmut“ gekennzeichnet. Die Beschäftigten verbringen den weitaus größten Teil ihrer Arbeitszeit sitzend, entweder vor dem Rechner oder im Auto und bei Besprechungen, und dies bei einem oftmals 10-stündigen Arbeitstag. Eine Befragung von 220 IT-Beschäftigten zeigte:

- 25 % der (relativ jungen) Beschäftigten wurden in letzter Zeit schon wegen Rückenschmerzen behandelt.
- 30 % der Befragten sind sportlich gar nicht aktiv.
- 25 % der Befragten sitzen mehr als 50 Stunden in der Woche vor ihrem „Arbeitsplatz-Rechner“.
- Bei 15 % der Befragten kommen noch mehr als 12 Stunden „private Computernutzung“ hinzu.

Zielstellung, Zielgruppe, Projektträger und Kooperationspartner

Die Entwicklung neuer Konzepte der Betrieblichen Prävention für computergestützte Arbeitsplätze und die Konzeption eines Handlungsmodells zur praktischen Umsetzung der Konzepte (siehe Abbildung 3) sind die zentralen Ziele des Modellprojekts PRAGWA.

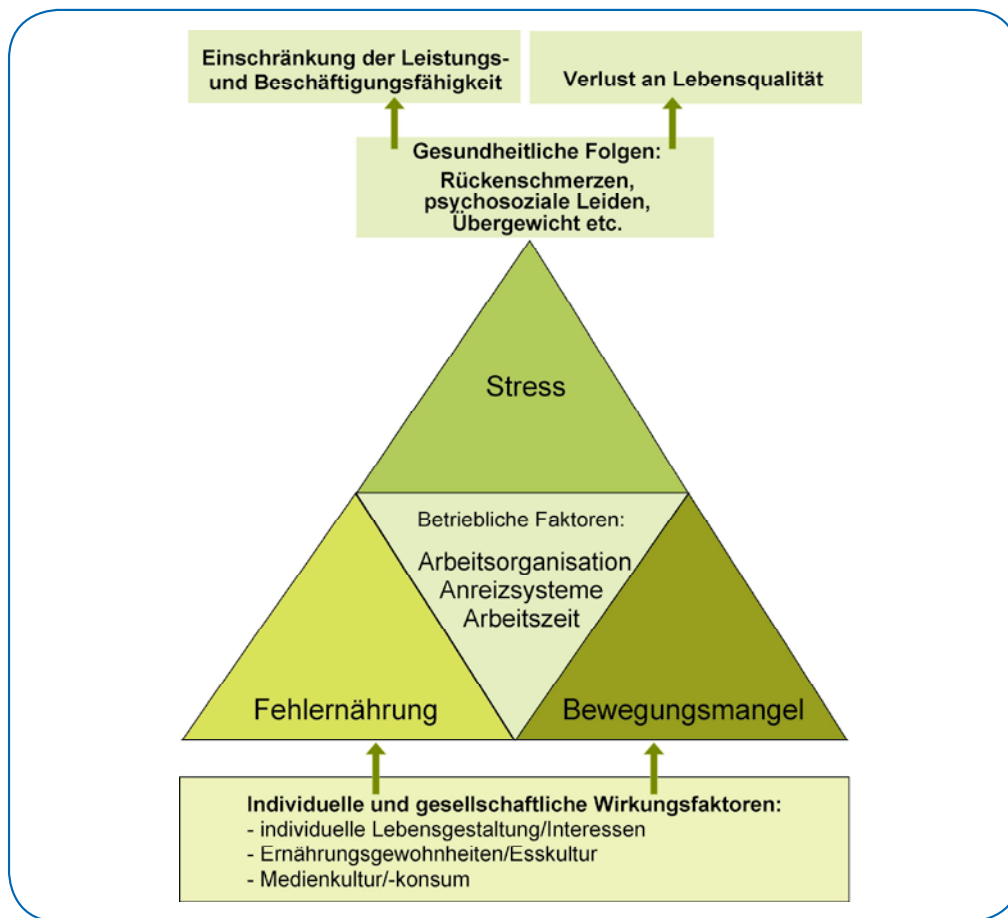
Die Zielgruppe sind Beschäftigte in wissensintensiven und computerbasierten Tätigkeitskontexten. Projektträger ist die gaus gmbh, Kooperationspartner sind Betriebe der IT-Branche in Nordrhein-Westfalen. Das Projekt wurde gefördert durch die Europäische Union und das Land Nordrhein-Westfalen.

Handlungsmodell „Aktivierende Präventionskultur“

PRAGWA zielt auf eine Aktivierung des präventions- und gesundheitsfördernden Verhaltens der Beschäftigten in den Betrieben. Dabei ist die Entwicklung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten sowie der Führungskräfte eine entscheidende Grundlage zur Realisierung gesunder Arbeits- und Verhaltensstile. Wesentliche Inhalte sind:

- Gesundheitscheck,
- Rücken- und Bewegungstraining,
- Online-Coaching,
- Teamsport,
- Gesunde Führung,
- Gesundheitswerkstatt.
- Aktionstage,
- Arbeitszeit u. Pausengestaltung.

Abbildung 3: Handlungsmodell „Aktivierende Präventionskultur“



Ergebnisse

- Entwicklung eines Handlungsmodells auf Basis der Ergebnisse der Befragung von IT-Beschäftigten.
- Durch die Arbeit mit den Modellbetrieben wurden Präventionskonzepte und Interventionstools abgeleitet.
- Die Zielgruppe wird besonders durch niedrigschwellige Online-Angebote erreicht, weil diese ein praktischer Bestandteil der Arbeits- und Alltagswelt der IT-Beschäftigten sind.
- Hohe Korrelation zwischen Bewegung und psychischer Belastung. Befragte mit Bewegungsmangel haben überproportional häufig Stresssymptome. Eine Kombination von Maßnahmen der Bewegungsförderung und Interventionen zur Burnout-Prävention ist erforderlich.

Schlussfolgerungen

Die erarbeiteten Präventionskonzepte und das Handlungsmodell „Aktivierende Präventionskultur“ haben sich bewährt. Wichtig ist zudem, dass die Führungskräfte der betreffenden Betriebe die Umsetzung als Führungsaufgabe ansehen.

18. Praxisbeispiele zur Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung

Faryn-Wewel und Holleder (2011) empfehlen für die Zielgruppe der Arbeitslosen die Entwicklung niederschwelliger und lebensweltorientierter Angebote zur Steigerung der körperlichen Aktivität. Arbeitsmarkt-integrative Gesundheits- und Bewegungsförderung erfordern demnach die stärkere Zusammenarbeit zwischen Akteurinnen und Akteuren der Bewegungs- und Gesundheitsförderung und der Arbeitsförderung sowie die Bildung regionaler Netzwerke. Bei der Programmentwicklung sollten sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen als auch für die Zielgruppe finanziell attraktive Angebote berücksichtigt werden.

Literatur

Faryn-Wewel, M. & Holleder, A. (2011). Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA.Fokus 12* (S. 77-81). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

Sportmedizinische Bewegungsberatung bei Arbeitslosen im Gesundheitsförderprojekt AGILer – Aktivierende Gesundheitsinitiative für Langzeitarbeitslose

Lars Gabrys, Lutz Vogt, Christian Thiel, Silvio Minakawa und Winfried Banzer

Einleitung

Trotz erhöhter Mortalität und Morbidität in der Gruppe der Arbeitslosen (Weber, Hörmann und Heipertz, 2007) und dem belegten positiven gesundheitlichen Effekt körperlicher Aktivität (USDHHS, 2008), ist die Teilnahme an Präventionsangeboten speziell unter männlichen Arbeitslosen gering (Kirschner, 2009; RKI, 2006). Vor diesem Hintergrund wurde 2006 ein sportmedizinisches Beratungsangebot in Anlehnung an etablierte Modelle der Interventionsforschung (Schwarzer, 2008; Task Force on Community Preventive Services, 2002; Bartholomew, Parcel und Kok, 1998; Prochaska und Velicer, 1997) zur gezielten Beratung und Vermittlung Langzeitarbeitsloser in bestehende Gesundheitssportangebote etabliert (siehe Abbildung 1). Untersucht wird dieses Beratungsangebot im Hinblick auf die Aktivierung zur Teilnahme am Gesundheitssport in Abhängigkeit des gesundheitlichen Status und des Geschlechts.

Methode

Insgesamt 741 Langzeitarbeitslose (54,3 ± 3,6 Jahre; 4,5 ± 4,4 Jahre arbeitslos) hatten nach einer ersten Gruppeninformation die Möglichkeit sich vor Ort in den Räumlichkeiten der Jobcenter individuell beraten und in bestehende Bewegungsangebote vermitteln zu

lassen. Erfasst wurden die Körperzusammensetzung, das gesundheitsbezogene Bewegungsverhalten (IPAQ – 7-Tage-Kurzversion) und die selbsteingeschätzte Gesundheit (VAS 1-100).

Ergebnisse

Die Teilnahme an gesundheitssportlicher Aktivität ist unter Frauen signifikant höher als in der Gruppe der Männer (p = .038). 28,2 % der Frauen und 21,7 % der Männer begannen im Anschluss an die Beratung eine gesundheitssportliche Aktivität. Unterschiede zwischen aktiven und nichtaktiven Teilnehmerinnen und Teilnehmern hinsichtlich bewegungs- und gesundheitsbezogener Kennwerte bestehen nur für die Gruppe der Männer. Männer mit einem erhöhten gesundheitlichen Risiko aufgrund von Bewegungsmangel (<150 Min. körperliche Aktivität / Woche), erhöhtem BMI (>30 kg / m²) und unterdurchschnittlicher Gesundheit (VAS <50) begannen signifikant häufiger mit Gesundheitssport (p < .001) als die übrigen Männer der Stichprobe (siehe Abbildung 2). Ihre Vermittlungschance in ein gesundheitssportliches Angebot war gemäß beobachteter Häufigkeitsverteilung um das 2,8 fache erhöht (95 % CI 1,8 – 4,3).

Diskussion

Generell ist der Zugang und die Bewegungsfachberatung im Setting Jobcenter als erfolgreich zu betrachten. Die Teilnehmerrate am Gesundheitssport ist gegenüber bisherigen Präventionsangeboten deutlich erhöht. Männer mit einem initial geringeren Bewegungsumfang, einer selbsteingeschätzten schlechteren Gesundheit und einem höheren BMI – eine

Abbildung 1: Verlaufs- und Beratungsstruktur AGILer

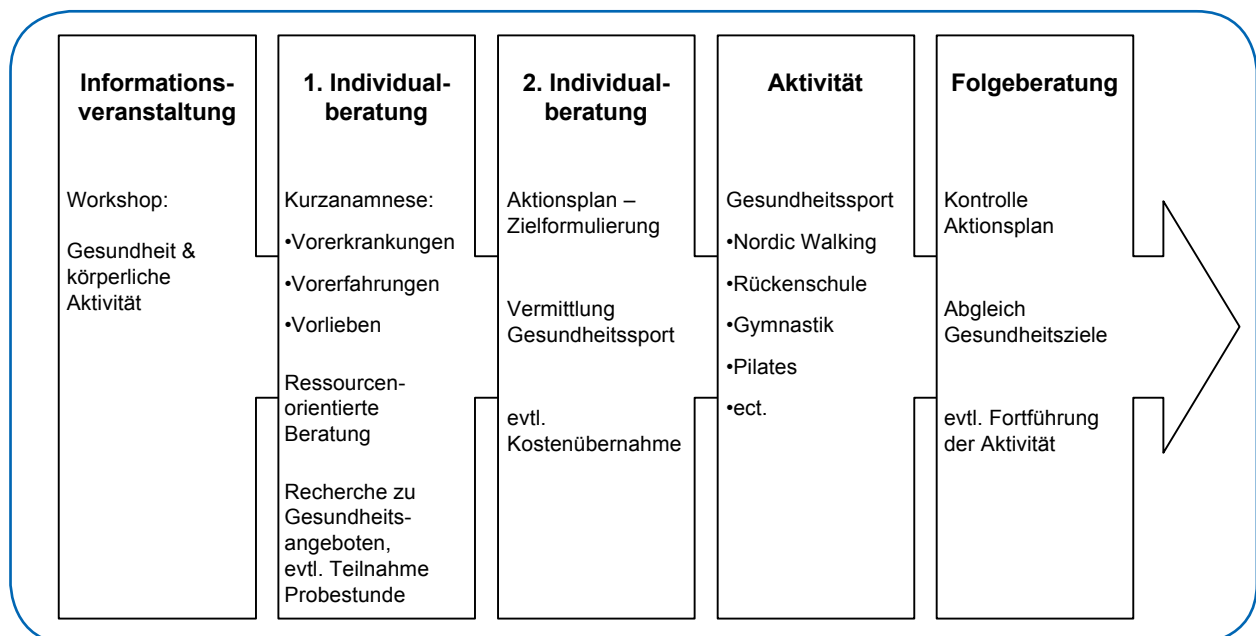
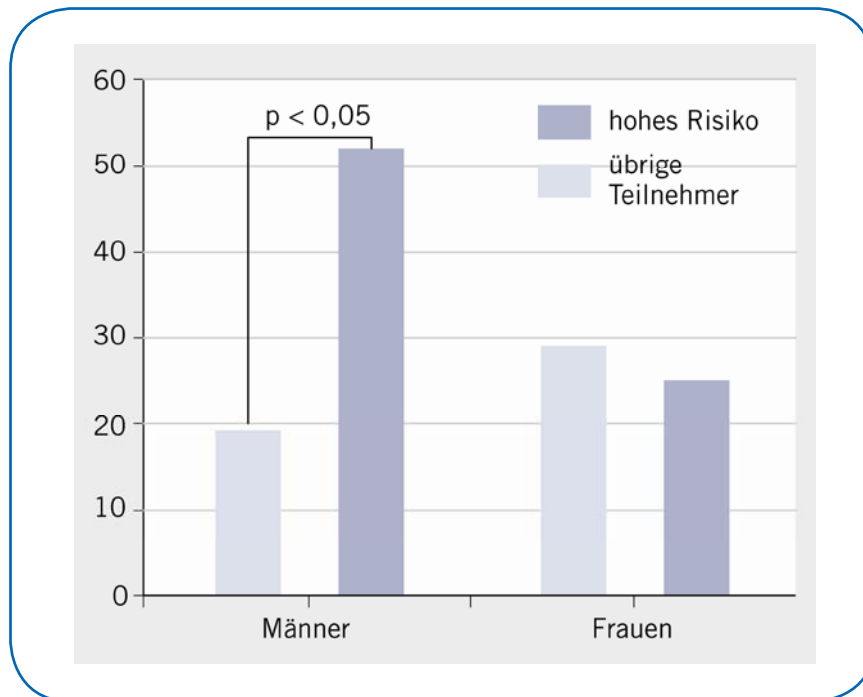


Abbildung 2: Teilnahme am Gesundheitssport in Abhängigkeit des gesundheitlichen Risikos und des Geschlechts



Zielgruppe mit besonders hohem Aktivitätsbedarf – können durch eine gezielte, sportmedizinische Bewegungsberatung in Aktivität gebracht werden. Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Nachhaltigkeit.

Literatur

- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S. & Kok, G. (1998). Intervention Mapping: A process for developing theory- and evidence-based health education programs. *Health Education & Behavior*, 25 (5), 545-563.
- Kirschner, W. (2009). Möglichkeiten und Grenzen der Kursangebote zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. In A. Holleder (Hrsg.), *Gesundheit von Arbeitslosen fördern* (S. 96-111). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag / Verlag für angewandte Wissenschaften.
- Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behaviour change. *American Journal of Health promotion*, 12 (1), 38-48.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2006). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: RKI.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An international review* 57 (1), 1-29.
- Task Force on Community Preventive Services (2002). Recommendations to Increase Physical Activity in Communities. *American Journal of Preventive Medicine*, 22 (4), 67-72.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Verfügbar unter: www.health.gov/pa-guidelines [20.11.2011].
- Weber, A., Hörmann, G. & Heipertz, W. (2007). Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (43), 2957-2962.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Hollederer, A. (2009). (Hrsg.). *Gesundheit von Arbeitslosen fördern!* Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag/Verlag für angewandte Wissenschaften.

Der Sammelband stellt aktuelle Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in einem systematischen Überblick vor und zeigt Entwicklungspotenziale auf. In Einzelberichten wird die Leserin/der Leser über Handlungsoptionen, Umsetzungsprinzipien, fördernde und hemmende Faktoren und Ergebnisse bisheriger Modellprojekte informiert, so dass „Modelle guter Praxis“ je nach Bedarf und Kontext adaptiert werden können.

Mathers, C.D. & Schofield, D.J. (1998). *The health consequences of unemployment: The evidence. The medical Journal of Australia*, 168, 178-182.

Das internationale Review berichtet über die relevantesten Untersuchungen der letzten Jahrzehnte, bis in die 1930er Jahre, die sich mit dem Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit beschäftigen. Die gesichtete Literatur belegt trotz des komplexen Geschehens von Arbeitslosigkeit eindeutige Zusammenhänge zwischen Beschäftigung und Gesundheit.

Job vital – Erweiterung von gesundheitsfördernden Strukturen bei Trägern, die Arbeitsgelegenheiten nach §16 SGB II durchführen, zur Optimierung der beruflichen Integration jugendlicher Arbeitsloser

Hermann Allroggen

Ausgewogene Ernährung, viel Bewegung, genügend Entspannungsmöglichkeiten sowie ein Gesundheitsbewusstsein sind die Basis für einen gesunden Lebensstil eines jeden Jugendlichen.

Gesundheitsförderung orientiert sich an einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und bezweckt die Stärkung der individuellen und kollektiven Ressourcen für das physische, psychische und soziale Wohlbefinden.

Das Gemeinschaftsprojekt des Vereins „kivi e. V.“ und des Jobcenters Rhein-Sieg hat sich zum Ziel gesetzt, die „klassischen“ Themen der Gesundheitsförderung Bewegung, Ernährung und Stressregulation in die Lebenswelt von jugendlichen Arbeitslosen zu implementieren. Die Bereitschaft zur selbstwirksamen Auseinandersetzung mit gesundheitsbezogenen Themen und zur Formulierung und Erreichung selbst gesetzter Ziele soll ein fester Bestandteil der Arbeitsgelegenheiten werden.

Das erfolgreiche Qualitätskonzept der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) GUT DRAUF mit Elementen der Fachberatung, Schulung, Einrichtungsentwicklung und Zertifizierung wird im Projekt Job Vital angewandt.

Anlass

- Arbeitslosigkeit verursacht oftmals psychische und seelische Probleme und diese können in einzelnen Fällen zu ernsthaften psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen.
- Erhöhte gesundheitliche Probleme bei jugendlichen Arbeitslosen, wie zum Beispiel gravierendes Unter- beziehungsweise Übergewicht, Essstörungen, schlechte Körperhaltung und Gesamtkonstitution, Depressionen, Aggressionen, hohe Fehlzeiten aufgrund von Krankheiten.
- Ein positives Vermitteln und Umsetzen von ausgewogener Ernährung, ausreichender Bewegung und Stressregulation steigern die Chancen der jugendlichen Arbeitslosen bei der Arbeitsvermittlung deutlich.
- Insbesondere im Hinblick auf die sportlichen Aktivitäten lassen sich nach Ergebnissen des Robert Koch-Instituts (RKI) Potenziale für gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Arbeitslosen formulieren (RKI, 2003).

Ziele

- Die Stabilisierung der Gesundheit der jugendlichen Arbeitslosen bewirkt eine erhöhte Belastungs- und Leistungsfähigkeit und wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit aus.
- Motivation der jugendlichen Arbeitslosen zur ausgewogenen Ernährung, zu bewegungsfreudigem Verhalten und zur Stressregulation.
- Verbindliche Qualitätskriterien für gesundheitsfördernde Bedingungen der BZgA in der Aktion GUT DRAUF sind im Setting Arbeitsgelegenheiten von den beteiligten Trägern integriert worden.
- Erhöhung der Chancen auf Beschäftigung. Zertifizierung der Einrichtung als „GUT DRAUF-Einrichtung“.

Umsetzungsschritte

- Vorgespräche mit der Leitung der Einrichtung,
- Bestandsaufnahme und Projektvorbereitung,
- Schulung von mindestens 80 % der Fachkräfte, die mit der Zielgruppe arbeiten,
- Umsetzungsberatung vor Ort,
- Einjährige Prozess-Begleitung der Einrichtung,
- Beratung zu den geforderten Standards,
- Zertifizierung durch das Zertifikat der BZgA als „GUT DRAUF-Einrichtung“,
- Beratung für die Weiterentwicklung nach der Zertifizierung,
- Eigenständige, wissenschaftliche Evaluation des Projektes.

Projektzeitraum

Ab April 2011, zunächst auf drei Jahre. Je Arbeitsgelegenheit ist ein Projektzeitraum von einem Jahr vorgesehen.

Finanzierung

Das Projekt JOB Vital wird von dem Jobcenter Rhein-Sieg finanziell getragen.

Kontakt

kivi e. V.
 Verein zur Förderung der Gesundheit im
 Rhein-Sieg-Kreis
 Kaiser-Wilhelm-Platz 1
 53721 Siegburg
 Telefon: 02241 14 85 306
 info@kivi-ev.de
 www.kivi-ev.de

Literatur

Robert Koch-Institut (RKI) (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 13. Berlin: RKI.

Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung ganz praktisch am Beispiel der „hamburger arbeit“

Corinna Winko

Die hamburger arbeit führt seit 2005 Arbeitsgelegenheiten (im Folgenden AGH) für das Jobcenter Hamburg durch. Eine Besonderheit war, dass sich die hamburger arbeit von Beginn an verpflichtet hat, die AGH so auszugestalten, dass jeder Arbeitslosengeld-II-Empfänger an der AGH teilnehmen kann. Die hamburger arbeit analysierte die Voraussetzungen, die die Teilnehmenden mitbringen und stellte fest, dass ein großer Teil der Zielgruppe gesundheitliche Einschränkungen und ein höheres Lebensalter aufwies.

Die hamburger arbeit entwickelte daraufhin die „Stabilisierungsphase“ (siehe Abbildung 4), die ein ergänzendes, gesundheitsförderndes Angebot zu einer zehnmonatigen, regulären AGH ist. Die gesundheitsfördernden Angebote werden einschließlich einer Evaluation durch den Fachbereich Sozialökonomie der Universität Hamburg als Pilotprojekt von der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Stadt Hamburg finanziert.

Die Aufsuchende Beratung bietet den Teilnehmenden an AGH auch Beratung zu Hause an. Die Vernetzung von Angeboten psychosozialer Betreuung und Beratung hat zum Ziel, der Zielgruppe die vorhandenen Angebote der Stadt Hamburg leichter zugänglich zu machen. Die „Motivierende Gesundheitsberatung“ orientiert sich an dem Konzept der FIT-Beratung (Element des JobFit-Konzeptes des BKK Bundesverbandes) des BKK Bundesverbandes und begleitet

die Teilnehmenden an der AGH in gesundheitlichen Fragen, um die Wahrnehmung gesundheitsfördernder Maßnahmen zu fördern und motivierend nachzuhalten. Die Gesundheitsberater wurden nach dem FIT-Konzept geschult. Ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsförderung in der AGH ist ein vielfältiges Bewegungsangebot für die Teilnehmenden. Die Teilnehmenden können zwischen sieben unterschiedlichen Angeboten wählen, unter anderem Tischtennis, FitMix, Walking / Nordic Walking und Muskelaufbau-Training. Nach anfänglichen Widerständen wurde das Bewegungsangebot zu einem der beliebtesten Bestandteile unseres Angebotes. Die kontinuierlich durchgeführten Teilnehmerbefragungen zeigen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum einen die Zunahme ihrer körperlichen Fitness und Selbstwahrnehmung schätzen, aber auch die sozialen Kontakte, die durch die Gruppenaktivitäten entstehen, als sehr wichtig erachten. Zusätzlich bieten wir Module zum Thema Ernährung, Entspannung, Selbstwahrnehmung in Anlehnung an die Präventionskurse des JobFit-Konzeptes an. Ziel ist die regelmäßige Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit über einen längeren Zeitraum.

Die Evaluation durch die Universität Hamburg erfolgt schwerpunktmäßig entlang von Selbst- und Fremdeinschätzungen des Verhaltens der Teilnehmenden in der Tätigkeit der AGH anhand von Merkmalen, die auf die konkrete Tätigkeit abgestimmt sind. Als Zwischenergebnis lässt sich sagen, dass sich im Laufe der AGH die intellektuelle Leistungsfähigkeit, die gesundheitliche Leistungsfähigkeit, das Arbeits- und Sozialverhalten und die Motivation der Teilnehmenden merklich steigerte.

Abbildung 3: Vorbereitungsphase Plus

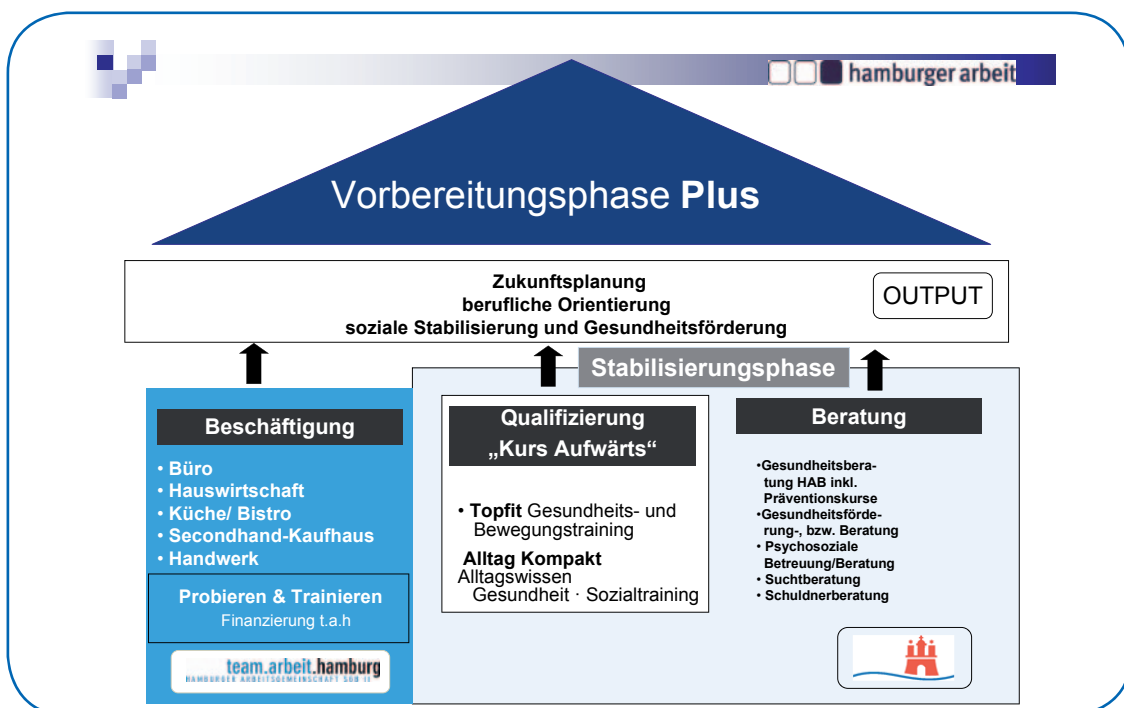
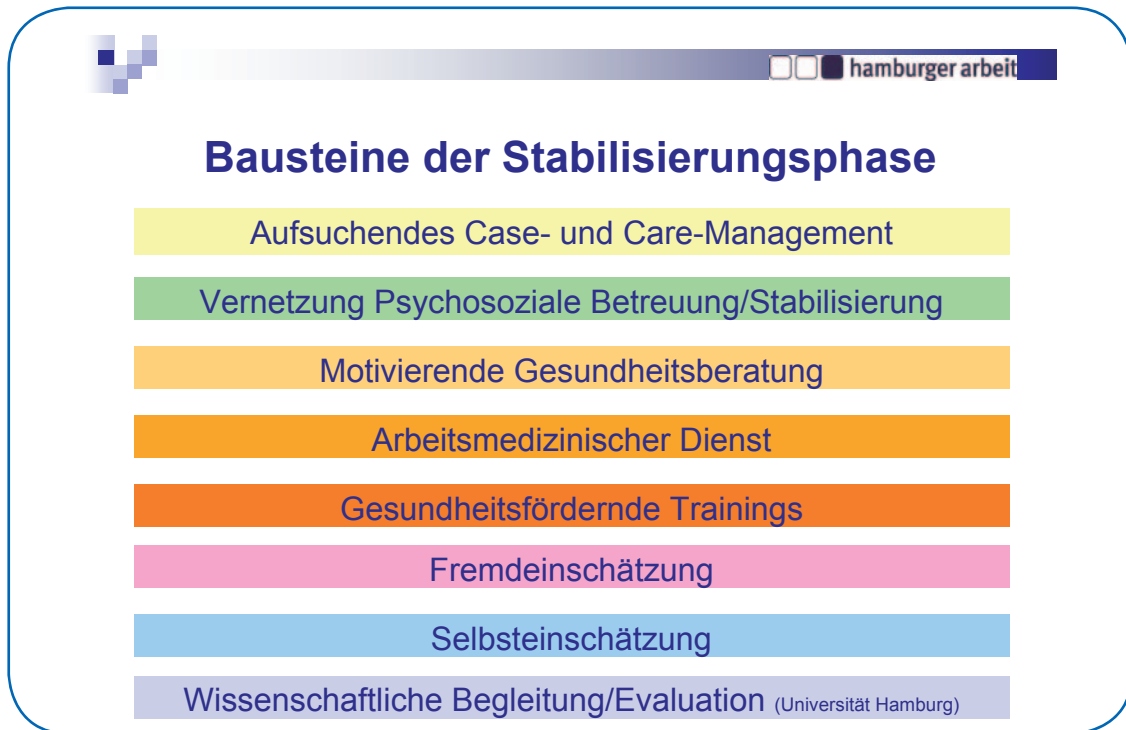


Abbildung 4: Bausteine der Stabilisierungsphase

**Literatur**

- BKK Bundesverband (Hrsg.). (2005). JobFit-Leitfaden, Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (Hrsg.). (2005). Die FIT-Beratung. Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose. Essen: BKK Bundesverband.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- Rosenbrock, R. & Grimmeisen, S. (2009). Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen – Herausforderungen und Qualitätskriterien. In A. Holleederer (Hrsg.), Gesundheit von Arbeitslosen fördern! (S. 83). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag / Verlag für angewandte Wissenschaften.

19. Strategien und Programme des organisierten Sports

Tiemann (2011) empfiehlt, dass Sportvereine systematisch und flächendeckend evidenzbasierte Gesundheitssportprogramme umsetzen und dabei konsequent zeitlich begrenzte Kursprogramme (zum Beispiel die von den Krankenkassen unterstützten) mit qualitätsgesicherten Folge- beziehungsweise Daueringeboten im Verein verbinden. Die Qualitätssicherung der Angebote sollte regelmäßig durchgeführt werden, zum Beispiel mittels Qualitätszirkeln. Insbesondere für sozial benachteiligte und vulnerable Personengruppen sowie „Einsteiger“ sollten die Sportvereine niedrigschwellige Angebote und Zugangswege schaffen und soziale Unterstützung beim Aufbau einer langfristigen, möglichst dauerhaften Bindung an gesundheitssportliche Aktivität anbieten. Der Aufbau von Kooperationen und die Vernetzung zwischen wichtigen Akteurinnen und Akteuren und Institutionen des Gesundheitssystems, kommunalen Einrichtungen und Sportvereinen begünstigen die Entwicklung sowie Öffnung der bewegungsfördernden Lebenswelt Sportverein für verschiedene Zielgruppen.

Literatur

Tiemann, M. (2011). Bewegungsförderung im Sportverein. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis*. LIGA.Fokus 12 (S. 81-85). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

Gesundheitsfördernder Lebensort Sportverein

Hans-Georg Schulz

Sportvereine sind Sozialstrukturen, die alle Kriterien einer organisierten Lebenswelt im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfüllen. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention und sind eine flächendeckend präsente Sozialstruktur, die für alle Bevölkerungsgruppen offen und zugänglich ist und sie in ihren alltäglichen Lebensbezügen erreichen kann.

Im Fokus der Sportvereine stehen der Mensch und dessen Gesundheitsverhalten, für dessen Beeinflussung sie fachlich kompetent geleitete Leistungsangebote vorhalten. Diese Ausrichtung bestimmt das Vereinsleben und die Rolle des Vereins als kostengünstiger Dienstleister für die Gesellschaft. Der Sportverein als Sozialstruktur im Sinne des Lebensweltansatzes ist bislang in der Vereinswelt nicht intensiv diskutiert worden. Zwangsläufig ist Gesundheitsförderung als Leitidee der Organisationsentwicklung im Verein kaum präsent.

Erste Erfahrungen hat der Landessportbund Nordrhein-Westfalen im Modellprojekt „Der Sportverein – ein gesundheitsfördernder Lebensort“ gesammelt. Sie bestätigen, dass der Lebensweltansatz eine Fülle von Denkfiguren und Ansätzen für die Vereinsentwicklung beinhaltet und ihr eine Zieldefinition mit einer hohen Bindungsqualität anbietet, die breite Bevölkerungsgruppen heute und zukünftig anspricht. Ein Sportverein mit einem solchen Selbstverständnis ist zudem

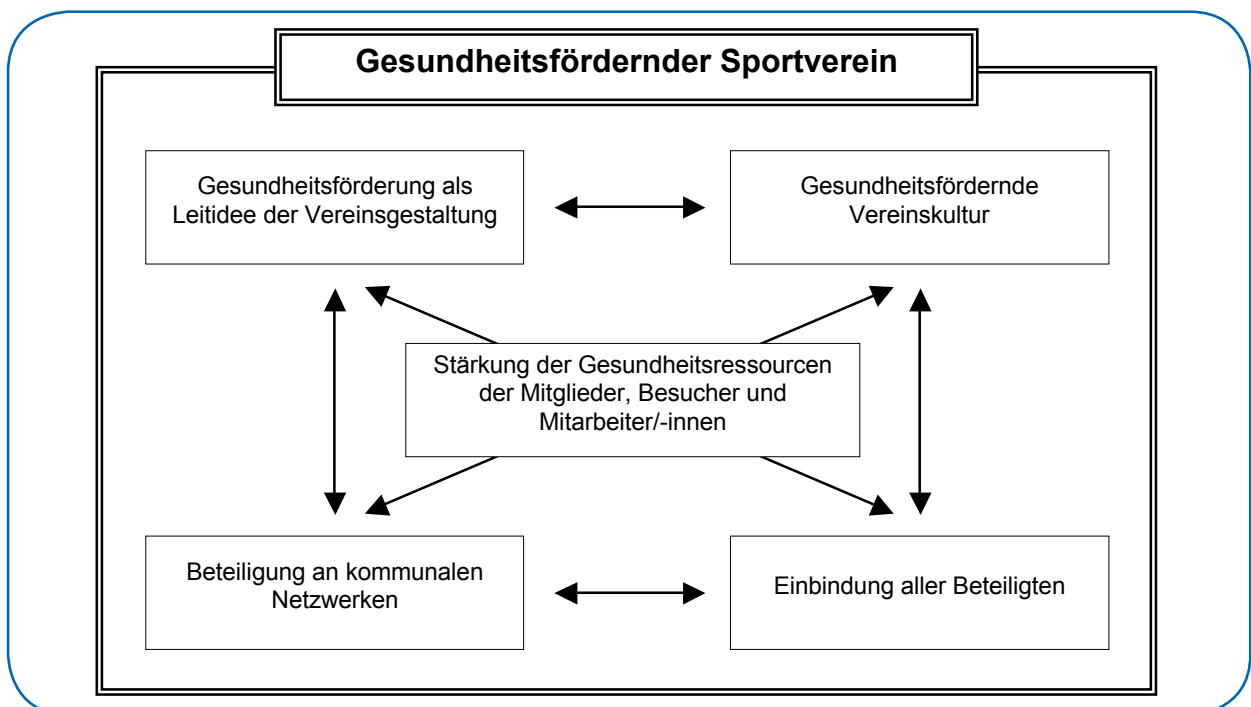
ein geschätzter Kooperationspartner in kommunalen Netzwerken.

Die Übertragung der Prinzipien und der Zielsetzungen des Lebensweltansatzes auf den Sportverein kommt in der Vision des Modellprojekts zum Ausdruck:

Ein gesundheitsfördernder Sportverein setzt sich das Ziel, seine spezifischen gesundheitsfördernden Möglichkeiten auszuschöpfen und kontinuierlich zu optimieren, damit er für seine Mitglieder ein Ort ihrer Lebenswelt wird, an dem sie sich umfassend für ihre individuellen Gesundheitskompetenzen und Gesundheitsressourcen aktivieren und engagieren können. Er pflegt unter dieser Zielsetzung die Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich (siehe Abbildung 1).

Grundlagen für den Sportverein, der sich auf diesen Weg begeben will, sind ebenfalls der Public Health Action Cycle. Dabei verfolgt der Sportverein das Ziel, die Gestaltungsbereitschaft und Selbstentfaltungskräfte aller Ziel- und Altersgruppen, zum Beispiel von Kindern und Jugendlichen, zu fördern. Dafür ist auf operativer Ebene die Entwicklung einer Partizipationskultur und einer zielgruppenspezifischen Anerkennungskultur ebenso notwendig wie die Öffnung des Spektrums der Angebote und Aktivitäten auch für solche der außersportlichen Betreuung und Bildung. Sofern dies notwendig ist, sollen diese Ziele in der Satzung verankert und in Vereinsstrukturen überführt werden. Die gesammelten Erfahrungen bestätigen, dass der Lebenswelt-Ansatz für Sportvereine eine reizvolle Denkfigur und ein Impulsgeber sein kann für eine zukunftsorientierte Entwicklung.

Abbildung 1: Gesundheitsfördernder Sportverein



Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW) (Hrsg.). (2007a). Der Sportverein – ein gesundheitsfördernder Lebensort. Positionspapier. Duisburg: Eigenverlag.

Landessportbund Nordrhein-Westfalen (LSB NRW) (Hrsg.). (2007b). Der Sportverein – ein gesundheitsfördernder Lebensort. Projektausschreibung. Duisburg: Eigenverlag.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2011). „Sport und Gesundheit“ – ein Strategiekonzept für den DOSB und seine Mitgliedsorganisationen. Frankfurt: Eigenverlag.

Pluspunkt Gesundheit. DTB und SPORT PRO GESUNDHEIT

Stephan Gentes und Jörn Rühl

Der Deutsche Turner-Bund (DTB) hat im Februar 1994 als erster Fachverband ein Qualitätssiegel für gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsangebote im Verein entwickelt: den PLUSPUNKT GESUNDHEIT. DTB (siehe Abbildung 2). Die Einführung des Qualitätssiegels unterstreicht die Zielsetzung des DTB, flächendeckend qualitativ hochwertigen Gesundheitssport in den Vereinen anzubieten und diesen kontinuierlich zu verbessern. Im Jahr 2000 hat der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) gemeinsam mit dem DTB und in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer die Dachmarke für Qualitätssiegel im Gesundheitssport SPORT PRO GESUNDHEIT (siehe Abbildung 2) eingeführt.

Alle PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB-Angebote sind somit ohne weiteren Antrag auch mit dem Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet. PLUSPUNKT GESUNDHEIT. DTB sowie SPORT PRO GESUNDHEIT sollen Vereinen helfen, nach außen hin deutlich zu machen, dass sie über qualitativ hochwertige Angebote im Gesundheitssport verfügen. Diese Qualität und Kompetenz nach außen zu signalisieren, verbessert ihr Image in der Öffentlichkeit, schafft Vorteile im Wettbewerb gegenüber anderen Anbietern sowie bei Verhandlungen und Gesprächen mit Partnern und Sponsoren. Weiterhin unterstützen die Qualitätssiegel alle Interessenten dabei, das für sie passende Gesundheitssport-Angebot zu finden.

Auszeichnung

Ausgezeichnet werden ausschließlich Angebote von Turn- und Sportvereinen, es sind somit sportverbandsinterne Qualitätssiegel. Die Qualitätssiegel werden immer für ein konkretes Angebot verliehen, das von einem speziell ausgebildeten Trainer durchgeführt wird.

Abbildung 2: Qualitätssiegel PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB-Angebote und SPORT PRO GESUNDHEIT



Kernziele von Gesundheitssport

Grundsätzlich müssen in jedem Gesundheitssportprogramm – zur Herausbildung eines gesunden Lebensstils – die nachfolgenden Kernziele Berücksichtigung finden. Innerhalb von Gesundheitssportkonzepten sollte deutlich werden, welche Kernziele mit welchen konkreten Inhalten und Methoden angestrebt werden. Dabei kann die Gewichtung der Kernziele je nach Art des Angebots variieren.

Kernziel 1: Stärkung von physischen Gesundheitsressourcen

Kernziel 2: Stärkung von psychosozialen Gesundheitsressourcen

Kernziel 3: Verminderung von Risikofaktoren

Kernziel 4: Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden

Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität

Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse

Qualitätskriterien der Siegel

Nachfolgend aufgeführte Qualitätskriterien dienen einerseits der Orientierung bei der Entwicklung von Angeboten, andererseits der Verbesserung von Qualität und deren Sicherung bei bestehenden Angeboten:

Qualitätskriterium 1 – Zielgruppengerechtes Angebot

Rahmenkonzept: Es muss deutlich werden, dass die Gesundheitsprogramme ein eigenständiger Angebotsbereich für bestimmte Zielgruppen, Zielsetzungen und Inhaltsbereiche sind. Die Kernziele des Gesundheitssports sollten durchgängig durch Inhalte und Methoden in den Programmen umgesetzt werden. Sofern es sich nicht um ein standardisiertes Programm handelt, muss ein Rahmenkonzept vorliegen, in dem insbesondere Angebotsprofil, Ziele, Inhalte und Methoden des Angebotes sowie die Vermittlung von Information und Rückmeldung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter Berücksichtigung der jeweiligen Zielgruppe beschrieben werden. Standardisierte Programme sind Angebote, deren Ziele, Inhalte und Methoden etc. durch den Verband festgelegt und detailliert beschrieben werden.

Zielgruppe: Die Zielgruppe, an die sich das Angebot schwerpunktmäßig richtet, ist zu benennen. Insbesondere muss zwischen Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen sowie älteren Menschen differenziert werden. Weiterhin sollten das Geschlecht, die Bewegungsbiografie und das Lebensumfeld berücksichtigt werden.

Qualitätskriterium 2 –

Qualifizierte Leitung

Ausbildung: Die Leiterin beziehungsweise der Leiter eines präventiven Gesundheitssportangebotes verfügt über die Übungsleiterausbildung „Sport in der Prävention“ auf der 2. Lizenzstufe mit den Profilen „Herz-Kreislauf“, „Muskel-Skelettsystem“, „Entspannung / Stressbewältigung“ oder „Gesundheitsförderung im Kinderturnen“. Für die spezifischen Angebote sind die jeweils passenden Ausbildungsprofile erforderlich.

Mit dem Erwerb der Lizenz ist der Ausbildungsprozess nicht abgeschlossen. Durch regelmäßige Fortbildungen sollen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten vertieft und der Informationsstand der Übungsleiter aktualisiert werden. Für eine Verlängerung des PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB sind deshalb 16 Lerneinheiten (LE) als Fortbildungsnachweis nötig.

Qualitätskriterium 3 –

Einheitliche Organisationsstrukturen

Teilnehmerzahl: Die Gruppengröße ist auf maximal 20 Teilnehmerinnen beziehungsweise Teilnehmer je Angebot begrenzt. Damit wird eine individuelle Betreuung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gewährleistet.

Rhythmus und Dauer der Angebote: Konstante Verhaltensänderungen im Sinne einer lebensbegleitenden Stärkung der Gesundheit sind nur langfristig zu erreichen. Deshalb ist es besonders wichtig, dass das entwickelte Bedürfnis nach Bewegung gepflegt wird. Ziel ist es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer möglichst dauerhaft an Bewegungsangebote zu binden.

Qualitätskriterium 4 –

Präventiver Gesundheits-Check

Gesundheitsvorsorgeuntersuchung: Vor der Teilnahme an einem präventiven Sportprogramm wird eine Gesundheitsvorsorgeuntersuchung angeraten.

Qualitätskriterium 5 –

Begleitendes Qualitätsmanagement

Die Sportorganisationen arbeiten auf der Grundlage empirisch abgesicherter Zusammenhänge zwischen Bewegungsaktivitäten und Gesundheitsbefinden. Zahlreiche Evaluationsstudien belegen die Wirksamkeit gesundheitsorientierter Bewegungsprogramme hinsichtlich der Erreichung ihrer Kernziele. Ein begleitendes Qualitätsmanagement hat insbesondere die Aufgabe, sicherzustellen, dass Gesundheitssportprogramme ihre formulierten Ziele erreichen. Dazu müssen die Qualitätskriterien konsequent umgesetzt werden.

Die Betreuung der Übungsleiterinnen und -leiter und der Vereine in diesem Bereich erfolgt über die Landesorganisationen mit Unterstützung des Bundesverbandes.

Qualitätszirkel und weitere Maßnahmen im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses: Wesentliche Voraussetzung für ein begleitendes Qualitätsmanagement ist die Bereitschaft der Übungsleiterinnen und -leiter zur Teilnahme an regionalen Qualitätszirkeln und an weiteren Maßnahmen im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, wie zum Beispiel Teilnehmerbefragungen, Begleituntersuchungen oder Qualitätsbewertungen (Audits).

Qualitätskriterium 6 –

Der Verein als Gesundheitspartner

Kooperation und Vernetzung: Auf Verbandsebene sind die Voraussetzungen geschaffen, um zum Beispiel mit ärztlichen Standesorganisationen – insbesondere den Bundes- und Landesärztekammern – oder verschiedenen Versicherungsträgern zu kooperieren. Auf der örtlichen Ebene geht es vor allem darum, die entsprechenden Zielgruppen zu erreichen und über die Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheitsbereich Teil eines Netzwerkes „Gesundheitsförderung“ zu werden. Der Verein sollte daher bereit sein, zum Beispiel mit Ärztinnen und Ärzten, Schulen, Kindergärten, Seniorenorganisationen, Gesundheitsämtern, Krankenkassen und Krankenhäusern zu kooperieren.

Beschreibung der „Lebenswelt“ (Setting), in dem das Angebot stattfindet: Es sollte ersichtlich sein, in welcher „Lebenswelt“ (Setting) das Gesundheits-sportangebot stattfindet. Denkbare Settings sind Sportvereine, Kindergärten, Schulen, Betriebe und Senioreneinrichtungen.

Antragstellung

Vereine, die über die Turnerbünde organisiert sind, stellen ihre schriftlichen beziehungsweise Onlineanträge direkt beim zuständigen Fachverband. Für die Onlinebeantragung wird für Mitgliedsvereine ein eigens dafür entwickeltes Antragstool bereitgestellt.

Bezuschussung durch Krankenkassen

Krankenkassen sind nicht verpflichtet, Präventionsmaßnahmen zu fördern. Im Paragraph 20 SGB V und im Leitfaden der Krankenkassen zur Umsetzung ist dieses als „Kann“- und nicht als „Muss“-Bestimmung geregelt. Die Auszeichnung von Vereinsangeboten mit einem Qualitätssiegel bedeutet somit nicht automatisch, dass Krankenkassen den Kurs als Präventionsmaßnahme anerkennen. Die Kassen zahlen ihren Ver-

sicherten nur dann einen Zuschuss (in der Regel 80 % der Kursgebühr), wenn zusätzliche Kriterien erfüllt sind:

- das Kursangebot ist befristet (kein Dauerangebot),
- die maximale Teilnehmerzahl beträgt 15 Personen,
- es liegt ein schriftliches Kurskonzept vor, das auf einem wissenschaftlich erprobten Ansatz basiert,
- das Programm ist standardisiert und evaluiert,
- Trainer-Qualifikation,
- Einweisung in das durchzuführende Programm.

Übungsleiterinnen und -leiter sind von den Kassen ausschließlich im Bereich der Primärprävention anerkannt, sofern es sich um Vereinsangebote zur Reduzierung von Bewegungsmangel handelt (Zielgruppe: Einsteiger, Wiedereinsteiger, Personen mit mangelnden Bewegungsgewohnheiten). Angebote zur Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken sind ausschließlich Berufsgruppen mit einer staatlich anerkannten Ausbildung in einen Bewegungsfachberuf vorbehalten.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

www.pluspunkt-gesundheit.de

www.sportprogesundheit.de

Gesundheitsförderung für chronisch kranke und behinderte Menschen

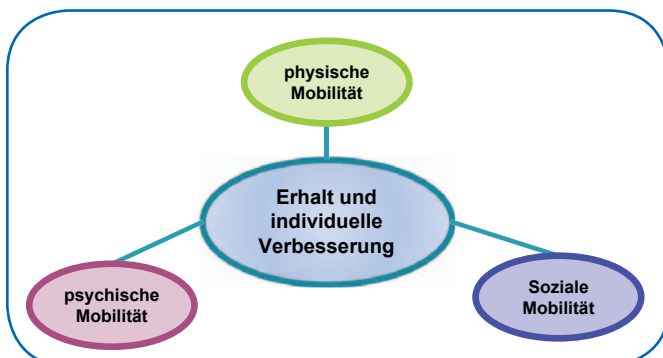
Georg Schick

Ein gesundheitlich wirksames Bewegungsangebot für chronisch kranke und behinderte Menschen sollte von einem ganzheitlichen biopsychosozialen Ansatz bestimmt sein. Diesem fühlt sich der BSNW als Fachverband für Rehabilitation durch Sport verpflichtet, denn wir wollen Gesundheit, Mobilität und Wohlbefinden nachhaltig sichern und stärken: Neben der Förderung von physischer Gesundheit legen wir besonderen Wert auf die psychischen, sozialen und edukativen Ziele einer umfassenden Gesundheitsförderung (siehe Abbildung 3). Erst auf der Basis einer tragfähigen Bindung an Übungsleiterin und -leiter und Gruppe können sich die positiven Effekte von Bewegung nachhaltig entfalten.

Nach der internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist bei Vorliegen einer dauerhaften Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, beispielsweise aufgrund chronischer Erkrankung oder Behinderung, durch geeignete Aktivitäten die Partizipation der Betroffenen unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren anzustreben. In diesem Sinne gilt es, spezielle Angebote für chronisch kranke und behinderte Menschen zu schaffen, die den Bedürfnissen der Betroffenen in angemessener Weise gerecht werden, um sie darin zu unterstützen, Sport als Element der aktiven Lebensgestaltung und sozialen Teilhabe für sich zu entdecken.

Der Rehabilitationssport bietet vielfältige Inhalte und Methoden, die an die Lebenswirklichkeit unterschiedlicher Zielgruppen angepasst sind. Durch die wohnortnahe Implementierung von Rehasportgruppen im Verein wollen wir es gerade auch sozioökonomisch benachteiligten Betroffenen ermöglichen, mit Spaß und in der Gemeinschaft selbstverantwortlich für die eigene Gesundheit aktiv zu sein.

Abbildung 3: Mobilität als Ziel einer umfassenden Gesundheitsförderung



Um ein möglichst breites Spektrum von Zielgruppen zu interessieren, organisieren wir effiziente öffentlichkeitswirksame Aktionen, fördern Kooperationen mit anderen Organisationen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, aber auch mit Unternehmen der freien Wirtschaft, kommunalen Einrichtungen und Behörden. In Zukunft wird der BSNW sich verstärkt als Initiator und Motivator von lokalen Netzwerken engagieren, die Herausforderungen des demographischen Wandels annehmen und als zentrales Thema die Inklusion von chronisch kranken und behinderten Menschen auf allen Ebenen des organisierten Sports realisieren.

Exemplarisch für die Umsetzung dieser Strategien werden im Vortrag ausgewählte Projekte des BSNW vorgestellt, die einerseits die Zielgruppe der Älteren, zum anderen Kinder und Jugendliche, ebenso wie ihr konkretes soziales Umfeld ansprechen. Gegenstand dieser Maßnahmen sind die Themen Mobilität, Demenz, Schmerz und Sturzprävention sowie Qualifizierung für Übungsleiterinnen und -leiter von Kinder- und Jugendsportgruppen, Lehrerfortbildung, Schulsport und das Jugendlager des BSNW in London 2012 als „gelebte Inklusion“.

Abbildung 4: BSNWJ-Kinder und -Jugendliche im Behindertensport



Abbildung 5: Rehasport im Alter



Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Will, H. (Hrsg.). (2009). Handbuch Rehabilitationssport (4. Aufl.). Hannover: Neuer Start.

Scheid, V., Wegner, M., Creutzburg, S. & Pochstein, F. (Hrsg.). (in Druck). Wege in eine bewegte Zukunft. Positionen – Projekte – Perspektiven. Aachen: Meyer

Integration durch Sport – ein Erfolgsprogramm?

Heike Kübler und Barbara Konarska

Der Sport und insbesondere der vereinsorganisierte Sport bieten vielfältige Integrationschancen: Durch Sport im Verein lassen sich soziale Kontakte herstellen, die sich durch eine regelmäßige Beteiligung am Trainings- und Übungsbetrieb verstetigen und zu engen Bindungen verfestigen können. Trotz sprachlicher Schwierigkeiten kann man mit anderen gemeinsam Sport treiben und Gemeinschaft erfahren. Sportvereine sind auch Orte der Alltagskommunikation, die Anlass zu wechselseitigem interkulturellem Lernen bieten bis hin zu ganz praktischen Alltagshilfen, die sich über den Sport finden lassen.

Integrative Wirkungen stellen sich beim Sporttreiben jedoch nicht automatisch und nicht nebenbei ein. Es braucht gezielte, kontinuierliche und pädagogisch durchdachte Maßnahmen, um die Potenziale zu aktivieren. Der Beitrag soll verdeutlichen, welche Unterstützung der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) und seine Mitgliedsorganisationen dabei geben können.

Das Bundesprogramm „Integration durch Sport“

Sportvereine werden mit den Aufgaben und Herausforderungen rund um die sportbezogene Integrationsarbeit nicht allein gelassen. Das bundesweite Programm „Integration durch Sport“ beim DOSB unterstützt die Sportorganisationen hierbei vor Ort.

Das Programm ist in den einzelnen Bundesländern an die jeweiligen Landessportbünde (LSB) beziehungsweise die Landes-Sportjugenden (LSJ) angegliedert. Diese setzen das Programm vor dem Hintergrund der bundesländerspezifischen Rahmenbedingungen eigenverantwortlich mit den hierfür eingerichteten Landes- und Regionalkoordinatoren um, indem sie die Sportvereine, Netzwerkpartner und freiwillig Engagierten an der Basis in ihrer Integrationsarbeit vor Ort konzeptionell, planerisch und organisatorisch unterstützen. Die Landes- und Regionalkoordinatorinnen und Regionalkoordinatoren beraten und begleiten die Sportvereine, Netzwerke und Projekte vor Ort bei der Entwicklung und Umsetzung von sportbezogenen Integrationskonzepten, bieten finanzielle Unterstützung, aktivieren, betreuen und koordinieren die vielen freiwillig Engagierten an der Basis, sind am Aufbau und der Pflege von Netzwerken beteiligt und zeichnen darüber hinaus für die Entwicklung und Umsetzung von Qualifizierungsangeboten im Rahmen der interkulturellen Öffnung sowie die Öffentlichkeitsarbeit des jeweiligen Landesprogramms verantwortlich.

Das Integrationsverständnis

Integration ist die gleichberechtigte Teilhabe von Migrantinnen und Migranten am gesellschaftlichen Leben und insbesondere an sportweltlichen Teilnahme- und Teilhabestrukturen unter Wahrung kultureller Vielfalt.

Die Zielgruppe

Auf Grundlage der bisherigen Programmkonzeption richtet sich „Integration durch Sport“ auch weiterhin an Menschen mit Migrationshintergrund. Nach den Handlungsempfehlungen aus der Evaluation liegt ein Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit auf bislang im Sport unterrepräsentierten Gruppen, wie zum Beispiel Mädchen und Frauen (insbesondere mit muslimischem Hintergrund), Ältere und sozial Benachteiligte.

Die Zielsetzung

- Integration in den Sport,
- Integration durch Sport in die Gesellschaft,
- Förderung und Unterstützung der Sportorganisationen bei der Integrationsarbeit,
- Förderung und Anerkennung des freiwilligen Engagements,
- Förderung der interkulturellen Öffnung des Sports,
- Stärkung des Themas Integration in den Strukturen des Sports,
- Stärkung der gesellschaftspolitischen Wahrnehmung und Anerkennung der Integrationsarbeit im Sport,
- Kontinuierliche Weiterentwicklung und Optimierung des Programms.

Die Maßnahmen

Es gibt eine Vielzahl von kleineren oder größeren Maßnahmen, die Sportvereine ergreifen, um Menschen mit Migrationshintergrund im Sport eine Begegnungsplattform zu bieten und sie darüber hinaus bei der gesellschaftlichen Integration zu unterstützen. Kern-

element und Ausgangspunkt einer sportbezogenen Integrationsarbeit im Verein ist die Einrichtung und Durchführung von Sport- und Bewegungsangeboten für die Zielgruppen. Dabei wird auf eine bedürfnis- und interessenorientierte Gestaltung der Angebote geachtet.

Dies gilt zum einen in Bezug auf die inhaltliche Ausgestaltung der Sportprogramme, die an den Sportmotiven der Zielgruppen ansetzen (Erlernen einer neuen Sportart wie zum Beispiel Schwimmen oder Fahrradfahren). Dabei wird versucht, die Palette der Sportangebote zu vergrößern und möglicherweise auch Sportformen einzubeziehen, die für die jeweiligen Herkunftsländer der betreffenden Zuwanderergruppen typisch sind (zum Beispiel Gorodki oder Sambo).

Zum anderen sind die räumlichen, zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen ausschlaggebend für eine Beteiligung der jeweiligen Zielgruppen an den Angeboten (das heißt Einbeziehung von Anfahrtswegen, Berücksichtigung der Zeitbudgets der jeweiligen Zielgruppe, Bereitstellung von Kinderbetreuung etc.).

Mehrere Leuchtturmprojekte aus Nordrhein-Westfalen stehen für erfolgreiche Praxis des Vereinssports.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Baur, J. (Hrsg.). (2009). *Evaluation des Programms „Integration durch Sport“*. Potsdam: Universität Potsdam.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2007). *Sport interkulturell. Fortbildungskonzept zur kulturellen Vielfalt im sportlichen Alltag*. Frankfurt am Main: DOSB.

Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2011). *Rahmenkonzeption Programm „Integration durch Sport“*. Frankfurt am Main: DOSB.

20. Praxisbeispiele zur Bewegungs- und Mobilitätsförderung in Pflegeeinrichtungen

Horn, Brause und Schaeffer (2011) betonen, dass sich die Pflegeeinrichtungen vermehrt mit Gesundheitsförderung bei bedingter Gesundheit und Prävention im Sinne der Vermeidung von Verschlimmerung und Ausweitung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit auseinandersetzen sollten. Wichtig sei es, vorhandene Angebote hinsichtlich ihrer Angemessenheit für die Bewohnerinnen- und Bewohnerstruktur kritisch zu überprüfen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen als Schlüsselpersonen in der konstruktiven Umsetzung sollten für das Thema Bewegung und dessen gesundheitsförderliches Potenzial sensibilisiert werden. Gleichzeitig weisen Horn, Brause und Schaeffer (2011) darauf hin, dass sich die Ein-

führung von Maßnahmen der Gesundheits- und Bewegungsförderung nicht nur auf die Bewohnerinnen und Bewohner positiv auswirkt, sondern auch auf die Arbeit der pflegenden und betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Literatur

Horn, A., Brause, M. & Schaeffer, D. (2011). Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung. In Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.), *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis*. LIGA.Fokus 12 (S. 90-93). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [20.11.2011]

Sima-P – Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner

Wolf D. Oswald

Der demographische Wandel, nicht nur in Deutschland, und die damit einhergehende Kostenexplosion im Gesundheitswesen machen es erforderlich, neue Konzepte zu Möglichkeiten eines weitgehenden Erhaltes der verbliebenen Selbstständigkeit, vor allem im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens, auch von bereits pflegebedürftigen Menschen, zu erforschen. Nicht zu vernachlässigen ist auch der Rückgang von Altenpflegepersonal in der nahen Zukunft. Allen Prognosen nach wird die Anzahl an einer dementiellen Erkrankung leidenden älteren Menschen von derzeit knapp einer Million bis 2050 bis fast 2,5 Millionen ansteigen. Dies bedeutet, es wird mehr als doppelt so viele pflegebedürftige Demenzpatientinnen und Demenzpatienten geben als heute und dies bei sinkenden Zahlen möglicher jüngerer Pfleger.

Grundsätzlich gilt es hier, frühzeitig Maßnahmen zu ergreifen, die in der Lage sind, die funktionellen und kognitiven Fähigkeiten in einer Art aufrecht zu erhalten, die eine weitest gehende Selbstständigkeit möglich machen.

Im Rahmen der SimA-Studie konnten eine Reihe von Risikofaktoren ausfindig gemacht werden, die früh zur Pflegebedürftigkeit und damit zur Unselbstständigkeit führen. Neben körperlichen Erkrankungen sind dies vor allem kognitive Einschränkungen im Sinne einer dementiellen Entwicklung. Geistige und körperliche Aktivität hingegen gelten als Schutzfaktor. Diese Ergebnisse wurden seitdem von vielen weiteren Studien unterstützt.

Das herausragende Ergebnis der SimA-Studie ist die Tatsache, dass von allen in Anwendung gebrachten Aktivitäten und Trainings nur die Kombination von psychomotorischem und kognitivem Training einen langfristigen Effekt auf den Selbstständigkeitserhalt und die Verringerung demenzieller Symptome aufweisen konnte.

Darüber hinaus haben Bemühungen zum Erhalt funktioneller und kognitiver Selbstständigkeit bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern auch finanzielle Hintergründe: Der schon dargestellte Zuwachs an pflegebedürftigen älteren Menschen verursacht hohe Kosten für die Gesundheitssysteme und damit die Gesellschaft. Schafft man es nun durch geeignete Maßnahmen rehabilitativer Aktivierungen das Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit und somit die Höherstufung in der Pflegeversicherung um zum Beispiel nur ein halbes Jahr zu verzögern – und angenommen dieses Ziel würde nur bei der Hälfte aller Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern der Stufen I und II erreicht werden können – dann lie-

ßen sich bereits mehrere Hundertmillionen Euro pro Jahr einsparen.

Vor diesem Hintergrund wurde das Forschungsprojekt „Rehabilitation im Altenpflegeheim“ (SimA-P, SimA im Pflegeheim) durchgeführt.

Grundlegende Zielsetzungen des Forschungsprojektes waren die Entwicklung und Evaluation eines Aktivierungskonzeptes, mit dem ein Erhalt beziehungsweise eine Förderung kognitiver und funktioneller Fähigkeiten erreicht werden sollte. Der Schwerpunkt lag hierbei auf der Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL).

Ein wichtiger Punkt der Konzeption war die Berücksichtigung der finanziellen, infrastrukturellen sowie personellen Situation von Pflegeheimen. Dies machte genaue Überlegungen bezüglich der Intensität, dem Inhalt und der Gruppengröße der Aktivierung notwendig, denn was hilft eine täglich durchgeführte individuelle Einzeltherapie mit allen Bewohnerinnen und Bewohnern, wenn diese letztendlich für ein Pflegeheim unbezahlbar ist? Es muss also ein Mittelweg zwischen Effizienz und realistischer Durchführbarkeit in der Regelversorgung der stationären Altenhilfe mit gegebenen Mitteln gefunden werden. Diese Zielsetzung wurde im vorliegenden Forschungsprojekt durch ein zweimal wöchentlich durchgeführtes kombiniertes kognitives und psychomotorisches Aktivierungsprogramm verwirklicht.

Es wurden insgesamt drei Aktivierungsteile entwickelt:

- Die Psychomotorische Aktivierung beinhaltet sowohl rein funktionelle Übungsanteile aus den Bereichen Kraft, Beweglichkeit, Gleichgewicht und Koordination als auch jeweils psychomotorische Schwerpunkte, welche Sozial-, Material- und Körpererfahrung beinhalten.
- In der Kognitiven Aktivierung werden vor allem geschwindigkeitsabhängige (fluide) Gedächtnisfunktionen wie zum Beispiel Aufmerksamkeit und Konzentration geschult. Man weiß, dass diese früh einem altersabhängigen Abbau unterworfen sind, gleichzeitig aber für eine selbstständige Alltagsbewältigung unabdingbar erscheinen. Die Kognitive Aktivierung wird mit Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt, die keine bis mittelschwere kognitive Beeinträchtigungen aufweisen.
- Die Biographieorientierte Aktivierung wurde speziell für schwer demenziell beeinträchtigte Bewohnerinnen und Bewohner erarbeitet, da hier nicht von einem Übungserfolg eines Gedächtnistrainings auszugehen ist. Im Gegenteil wird dieser schwer beeinträchtigte Personenkreis eher durch die ständige Konfrontation mit den eigenen Defiziten verunsichert und frustriert.

Abbildung 1: Sturzzahlen

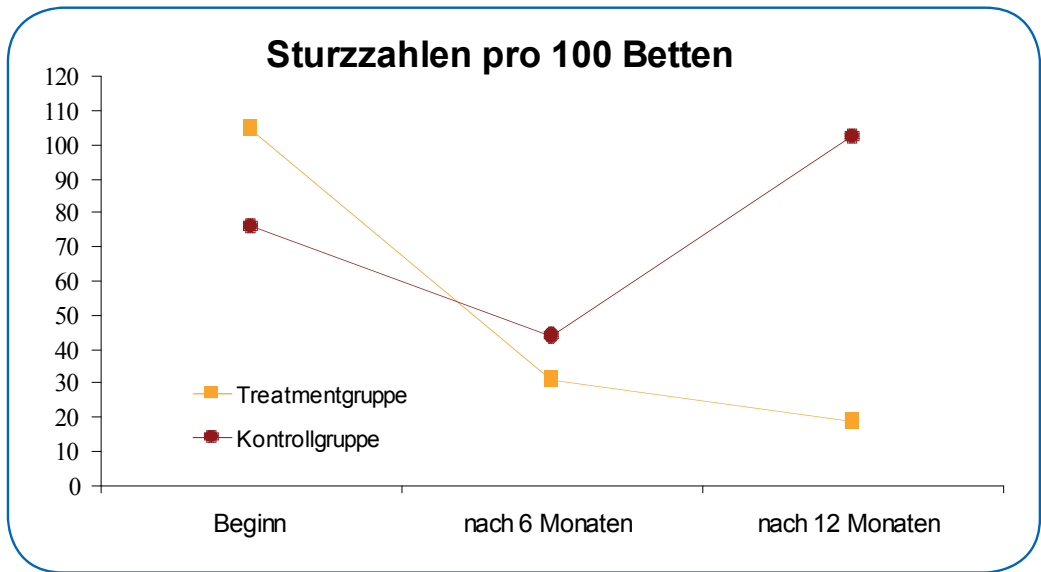
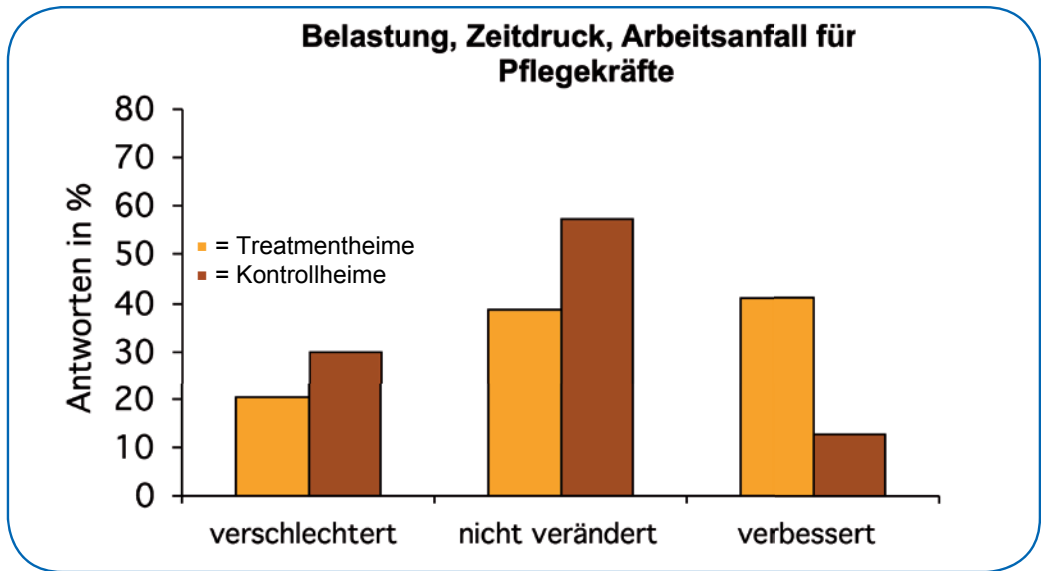


Abbildung 2: Entlastung der Pflegekräfte



Sowohl die Kognitive Aktivierung als auch die Biographieorientierte Aktivierung wurden mit der Psychomotorischen Aktivierung kombiniert, so dass in den einzelnen Einheiten immer gleichsam Geist und Körper angesprochen werden.

Literatur

Oswald, W.D. & Ackermann, A. (Hrsg.). (2009). Biographieorientierte Aktivierung mit SimA-P. Selbständig im Alter (3 Bände). Wien: Springer.

Die wichtigsten Ergebnisse

Kognition und Motorik konnten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant stabilisiert werden, multiple Stürze hochsignifikant reduziert werden. Darüber hinaus wurde die Treatmentgruppe emotional stabilisiert, was zu einer hochsignifikanten Entlastung des Pflegepersonals ebenso führte, wie zu einer Reduktion der Fehlzeiten und der Kündigungen.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

www.wdoswald.de

Beweglichkeit fördern, Stürze vermeiden, Mangelernährung vorbeugen – das Projekt PATRAS (Paderborner Trainingsprogramm für Senioren)

Heinke Michels

Hintergrund

Für die Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter und besonders im hohen Alter spielen eine altersgerechte Bewegung und Ernährung eine entscheidende Rolle. Die Muskulatur und die Muskelkraft nehmen mit zunehmendem Alter immer mehr ab. Der altersassoziierte Verlust der Muskelmasse wird auch als Sarkopenie bezeichnet (Roubenoff und Castaneda, 2001; Roubenoff, 2000) und durch körperliche Inaktivität, Fehl- und Mangelernährung (besonders durch unzureichende Proteinzufuhr), Degeneration des Nervensystems und vermehrten oxidativen Stress begünstigt. Der Muskelschwund im Alter geht mit zum Teil erheblichen funktionellen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher, die nicht selten auch das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko erhöhen (siehe Abbildung 1).

Der Erhalt der Muskelmasse beziehungsweise -kraft verbessert die Mobilität und reduziert gleichzeitig das Risiko für Knochenfrakturen (Fiatarone et al., 1994). Die Muskulatur hat einen erheblichen Einfluss auf den Kohlenhydrat-, Fett- und Proteinstoffwechsel. Eine größere Muskelmasse beziehungsweise eine größere Muskelaktivität geht mit einem höheren Energiebe-

darf einher und steigert somit den Appetit und die aufgenommene Nahrungs- und Nährstoffmenge. Insgesamt führt eine ausreichende Skelettmuskulatur zu einer deutlich verbesserten Gesundheitserwartung.

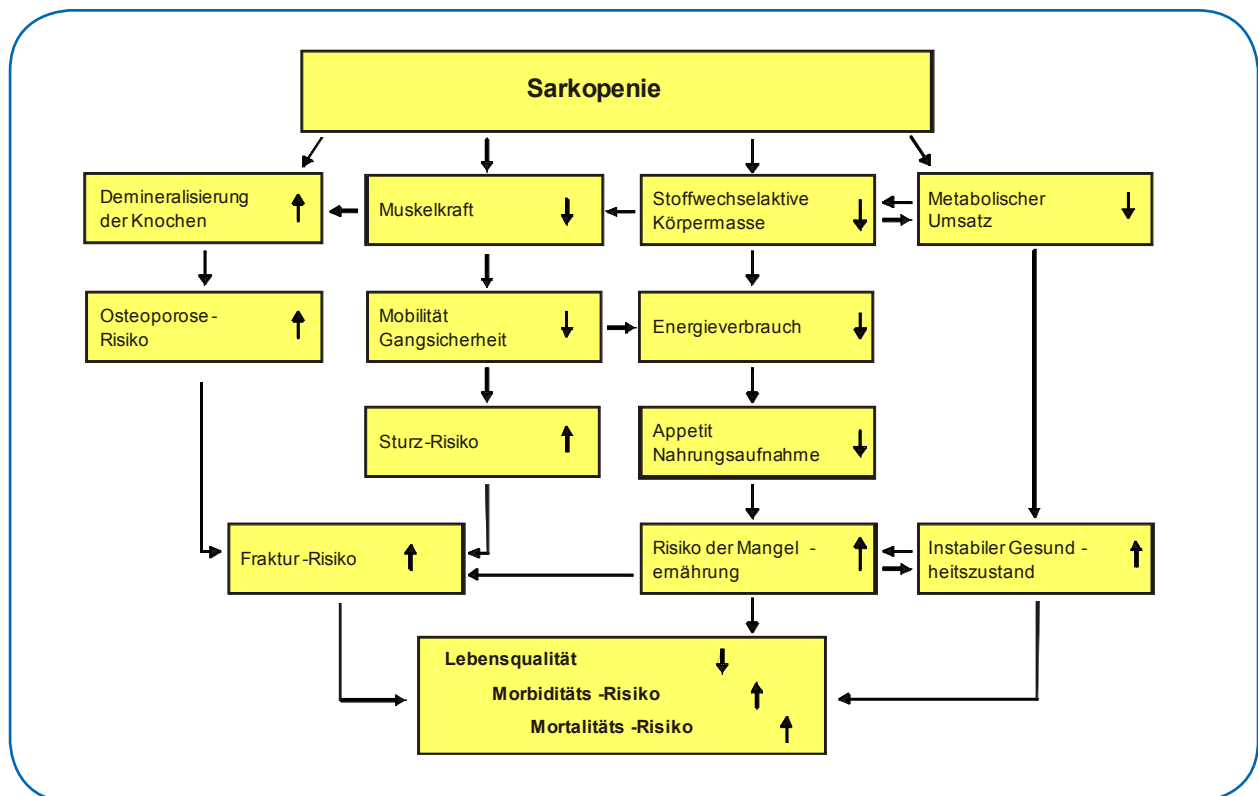
Zielstellung und Zielgruppe

Das Ziel der PATRAS-Studie war die Entwicklung und Evaluation eines speziellen altersgerechten Muskelkräftigungsprogramms zur Verbesserung der Alltagsmobilität von Altenheimbewohnerinnen und Altenheimbewohnern und betreut lebenden Seniorinnen und Senioren. Darüber hinaus sollte durch das Training die katabole Stoffwechselsituation der Trainierenden reversibel gestaltet werden, das Krankheitsrisiko gesenkt und die Lebensqualität gesteigert werden.

Inhalt und Methode / Vorgehensweise

Von 133 Seniorinnen und Senioren nahmen 46 Seniorinnen und Senioren (37 Frauen und 9 Männer), mit zum Teil erheblichen funktionellen, wie auch teilweise zusätzlich kognitiven Einschränkungen, aus drei Senioreneinrichtungen an einem Muskelkräftigungsprogramm über 16 Wochen (insgesamt 32 Trainingseinheiten) regelmäßig teil. Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrug 83,7 Jahre. Der älteste Teilnehmer war 97 Jahre alt.

Abbildung 1: Folgen der Sarkopenie (Möllenhoff, 2005)



In allen drei Einrichtungen wurde das Trainingsprogramm zweimal wöchentlich im jeweils hauseigenen Gymnastik- beziehungsweise Gruppenraum durchgeführt. Die Dauer einer Trainingseinheit betrug einschließlich kommunikativer und sozialer Anteile circa eine Stunde. Zwischen den Trainingstagen lag mindestens ein trainingsfreier Tag zur Regeneration. Das Training enthielt vor allem Kraft- und Koordinationsbeziehungsweise Gleichgewichtselemente, wobei der Kräftigungsteil den zeitlich größten Raum einnahm. Er umfasste zwölf verschiedene Übungen. Die Übungen wurden so ausgewählt, dass die Bewegungsabläufe möglichst funktionell und alltagsnah waren. Aufgrund der großen Anzahl der Übungen, die erforderlich waren, um möglichst ganzheitlich trainieren zu können, wurde je ein Satz mit 12 Wiederholungen durchgeführt.

Eingesetzt wurden selbst entwickelte Handtrainingsgeräte und Fußmanschetten. Zur Untersuchung der Mobilität und der Leistungsfähigkeit wurde an vier vorher festgelegten Zeitpunkten eine performance-test-battery, bestehend aus sechs funktionellen Tests, durchgeführt. Darüber hinaus wurde bei allen Probandinnen und Probanden Blut entnommen, die Körperzusammensetzung gemessen (BIA), eine umfassende Befragung zur Beweglichkeit, zum gesundheitlichen Zustand und subjektiven Gesundheitsempfinden vorgenommen und die Ernährungsgewohnheiten erfasst.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen

In Abhängigkeit vom Ausgangszustand konnte die Alltagsmobilität der Seniorinnen und Senioren (zum Beispiel Gehgeschwindigkeit, Gleichgewicht und Handkraft) verbessert werden. Das Plasma-Aminosäuren-Spektrum signalisierte bei einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Umkehr zur Eiweiß-anabolen Situation.

Eine besondere Problematik ergab sich allerdings aus den fehlenden sportlichen Vorerfahrungen und der großen Heterogenität der Trainingsteilnehmerinnen und -teilnehmer.

Das Auffangen des altersassoziierten Verlusts der Muskelmasse dürfte eine der wichtigsten Faktoren bei der Entstehung typischer altersbedingter funktioneller und gesundheitlicher Beeinträchtigungen sein. Weiterhin spielt die Koordination eine bedeutsame Rolle. Die Stoffwechselfzusammenhänge müssen noch weiter geklärt werden.

Literatur

- Fiatarone, M.A., O'Neill, E.F., Ryan, N.D., Clemens, K.M., Solares, G.R., Nelson, M.E., Roberts, S.B., Kehayias, J.J., Lipsitz, L.A. & Evans, W.J. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *The New England Journal of Medicine*, 330 (25), 1769-1775.
- Möllenhoff, H. (2005). Was passiert mit den Muskeln, wenn sie älter werden? In H. Möllenhoff, M. Weiß & H. Hesecker (Hrsg.), *Muskelkräftigung für Senioren. Ein Trainingsprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der Mobilität* (S. 13-16). Hamburg: Behr's Verlag GmbH & Co. KG.
- Roubenoff, R. & Castaneda C. (2001): Sarcopenia – Understanding the Dynamics of Aging Muscle. *JAMA, the Journal of the American Medical Association*, 286 (10), 1230-1231.
- Roubenoff, R. (2000): Sarcopenia: A major modifiable cause of frailty in the elderly. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 4 (3), 140-142.

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

Deutscher Turner Bund (DTB) (2010). *Sturzprophylaxe-Training*. Aachen: Meyer & Meyer Sport.

Freiberger, E. & Schöne, D. (2009). *Sturzprophylaxe im Alter: Grundlagen und Module zur Planung von Kursen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Anhang

Autoren- und Referentenverzeichnis

Name	Institution/Kontakt
Prof. Dr. Henning Allmer	gesund e. V., Kölner Institut für angewandte Gesundheitswissenschaften henning.allmer@gesund-ev.de
Hermann Allroggen	Kreisverwaltung Siegburg sozialdezernat@rhein-sieg-kreis.de
Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer	Goethe-Universität Frankfurt, Abteilung Sportmedizin winfried.banzer@sport.uni-frankfurt.de
Dr. Susanne Bisson	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Bisson.Susanne@mh-hannover.de
Prof. Dr. Klaus Bös	Karlsruher Institut für Technologie (KIT) boes@kit.edu
Angela Buchwald-Röser	Landessportbund Nordrhein-Westfalen e. V. Angela.Buchwald-Roeser@lsb-nrw.de
Dr. Jens Bucksch	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion (WHO CC) jens.bucksch@uni-bielefeld.de
Svenja Budde	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) Svenja.Budde@liga.nrw.de
Olga Cuptova	Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft o.cuptova@dshs-koeln.de
Manfred Dickersbach	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) Manfred.Dickersbach@liga.nrw.de
Vanessa Drösser	IKK classic vanessa.droesser@ikk-classic.de
Brigitte Fischer	AOK Nordwest Brigitte.Fischer@nw.aok.de

Annika Frahsa	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Sportwissenschaft und Sport annika.frahsa@sport.uni-erlangen.de
Lars Gabrys	Goethe Universität Frankfurt am Main, Abteilung Sportmedizin gabrys@sport.uni-frankfurt.de
Stephan Gentes	Westfälischer Turnerbund e. V. gentes@wtb.de
Gunnar Geuter	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) gunnar.geuter@liga.nrw.de
Prof. Dr. Dr. Christine Graf	Deutsche Sporthochschule Köln C.Graf@dshs-koeln.de
Dr. Ferdinand Gröben	Karlsruher Institut für Technologie (KIT) groeben@kit.edu
Vicky Henze	Allgemeiner Sport-Club Göttingen von 1846 (ASC 46) e. V.
Dr. Dirk Hoffmann	Universität Duisburg-Essen Dirk.Hoffmann@uni-due.de
PD Dr. Alfons Holleder	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) Alfons.Holleder@lgl.bayern.de
Dr. Annett Horn	Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften annett.horn@uni-bielefeld.de
Anika Irle	Kreissportbund Gütersloh Anika.Irle@gt-net.de
Sabine Jakob	Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit Sabine.Jakob@gt-net.de
Barbara Konarska	Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen Barbara.Konarska@lsb-nrw.de
Dr. Christian Krauth	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Krauth.Christian@mh-hannover.de
Heike Kübler	Deutscher Olympischer Sportbund e. V. kuebler@dosb.de
Christel Kunz	Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit christel.kunz@gt-net.de
Dr. Eleftheria Lehmann	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) Eleftheria.Lehmann@liga.nrw.de
Sebastian Liersch	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Liersch.Sebastian@MH-Hannover.de

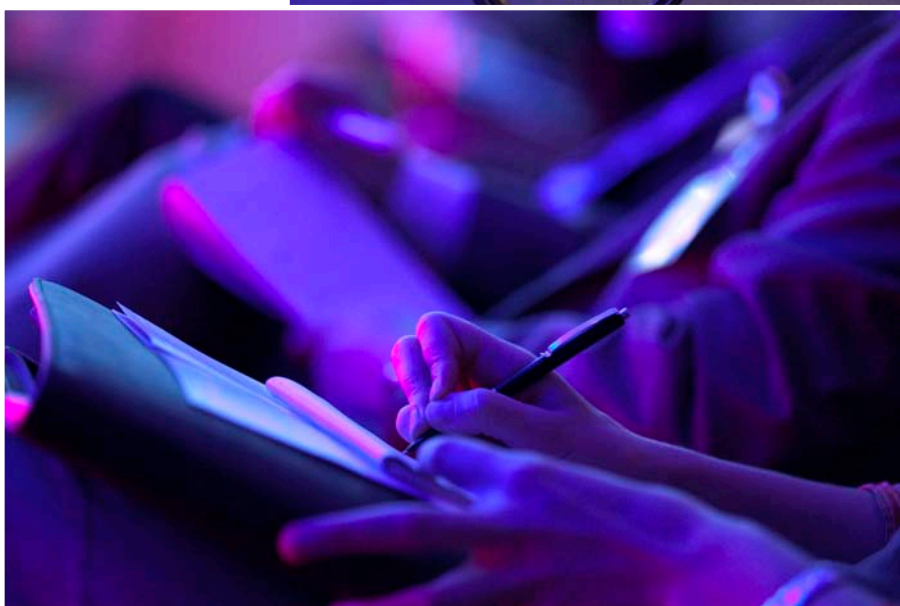
Dr. Eckart Mayr	Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen
Dr. Heinke Michels	Marcus Klinik Bad Driburg heinke.michels@gmx.de
Silvio Minakawa	Goethe-Universität Frankfurt, Abteilung Sportmedizin minakawa@sport.uni-frankfurt.de
Prof. Dr. Roland Naul	Universität Duisburg-Essen, Arbeitsbereich Sportwissenschaft und Sportpädagogik roland.naul@uni-due.de
Rainer Ollmann	gaus gmbh medien bildung politikberatung ollmann@gaus.de
Prof. Dr. Wolf D. Oswald	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Forschungsgruppe Prävention & Demenz wdoswald@t-online.de
Dr. Annette Payr	Universität Konstanz, Fachgruppe Sportwissenschaft http://cms.uni-konstanz.de/sportwissenschaft/
Dr. Nikolaas P. Pronk	Centre for Sport & Exercise Education, Camosun College, Victoria, Kanada Department of Society, Human Development, and Health, Harvard School of Public Health, Boston, USA Nico.P.Pronk@healthpartners.com
Angelika Rasseck	Stadt Gelsenkirchen, Referat Gesundheit, Geschäftsstelle der Gesundheitskonferenz angelika.rasseck@gelsenkirchen.de
Dr. Markus Röbl	Universitätskinderklinik Göttingen, Pädiatrie II
Jörn Rühl	Deutscher Turner-Bund e. V. Joern.ruehl@dtb-online.de
Prof. Dr. Alfred Rütten	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Sportwissenschaft und Sport alfred.ruetten@sport.uni-erlangen.de
Birgit Schauerte	Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH birgit.schauerte@bgf-insitut.de
Dr. Georg Schick	Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen e. V. schick@bsnw.de
Sabine Schindler-Marlow	Ärztekammer Nordrhein sabine.schindler-marlow@aekno.de
Dorothee Schmelt	Universität Duisburg-Essen dorothee.schmelt@uni-due.de
Jörg Schnitzerling	Allgemeiner Sportclub Göttingen von 1846 e. V. js@asc46.de
Hans-Georg Schulz	Landessportbund Nordrhein-Westfalen e. V. Hans-Georg.Schulz@lsb-nrw.de

Dr. Ullrich Schwabe	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V. ulrich.schwabe@lvg-lsa.de
Dr. Kai Seiler	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) Kai.Seiler@liga.nrw.de
Jessica van Steegen	AOK NORDWEST – Regionaldirektion Lüdenscheid Jessica.van.Steegen@nw.aok.de
Dr. Sonja D. Stoffel	Camosun College, Centre for Sport & Exercise Education, Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Institut für Sport und Sportwissenschaft sowie Harvard School of Public Health sonja.stoffel@gmail.com
Dr. Thomas Suermann	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Dr. Christian Thiel	Goethe-Universität Frankfurt, Abteilung Sportmedizin c.thiel@sport.uni-frankfurt.de
PD Dr. Michael Tiemann	AOK NORDWEST; Karlsruher Institut für Technologie (KIT) Michael.Tiemann@nw.aok.de
Prof. Dr. Lutz Vogt	Goethe-Universität Frankfurt, Abteilung Sportmedizin l.vogt@sport.uni-frankfurt.de
Prof. Dr. Ulla Walter	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung Walter.Ulla@mh-hannover.de
Wolfgang Werse	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) Wolfgang.Werse@liga.nrw.de
Corinna Winko	HAB Hamburger Arbeit-Beschäftigungsgesellschaft mbH winko.corinna@hamburger-arbeit.de
Prof. Dr. Alexander Woll	Universität Konstanz alexander.woll@uni-konstanz.de

Das Plenum der Veranstaltung



Das Plenum der Veranstaltung



Teilnehmerin macht sich Notizen im Plenum


Teilnehmer betrachten die LIGA.NRW-Poster mit Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit



**Impressionen aus Forum 1:
Bewegungsförderung im
Kindergarten**



Impressionen aus Forum 2: Bewegungsförderung in der Schule



Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127-131, 40225 Düsseldorf
Fax 0211 3101-1189
poststelle@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de