



**Fachtagung**  
**Bewegungsförderung in Lebenswelten**

**18. Oktober 2011, Düsseldorf**

**Abstractband**

| <b>Inhaltsverzeichnis</b>                                                                                                                                               | <b>Seite</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <br>                                                                                                                                                                    |              |
| <b>Plenarveranstaltung</b>                                                                                                                                              |              |
| Soziale Benachteiligung und Bewegung. Zwischen Gewissheiten und Herausforderungen in Theorie, Empirie und Praxis.....                                                   | 4            |
| Aller Anfang ist schwer - Strategien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens.....                                                                                       | 6            |
| Internationale Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Kindern und Erwachsenen – Materialien des LIGA.NRW.....                                                     | 8            |
| <br>                                                                                                                                                                    |              |
| <b>Forum 1: Bewegungsförderung in der Kita/im Kindergarten</b>                                                                                                          |              |
| Bewegungsförderung in der Kita/im Kindergarten – was wirkt?.....                                                                                                        | 10           |
| „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ – ein Angebot der Landesregierung, des Landessportbundes und der gesetzlichen Krankenkassen in NRW..... | 13           |
| TigerKids - Kindergarten aktiv.....                                                                                                                                     | 15           |
| <br>                                                                                                                                                                    |              |
| <b>Forum 2: Bewegungsförderung in der Schule</b>                                                                                                                        |              |
| Bewegungsförderung in der Schule – was wirkt?.....                                                                                                                      | 17           |
| fit für pisa – Umsetzung und langfristige Effekte täglichen Schulsports.....                                                                                            | 20           |
| Bewegung und Ernährung in der Offenen Ganztagschule im Primarbereich – Erfahrungen aus dem Kreis Gütersloh.....                                                         | 23           |
| <br>                                                                                                                                                                    |              |
| <b>Forum 3: Bewegungsförderung im Betrieb</b>                                                                                                                           |              |
| Bewegungsförderung im Betrieb – Was wirkt?.....                                                                                                                         | 25           |
| KMU IN FORM – mehr Gesundheit für Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen.....                                                                                | 27           |

#### **Forum 4: Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung**

|                                                                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung – was wirkt?.....                                                                                                                                               | 30 |
| Sportmedizinische Bewegungsberatung bei Arbeitslosen im Gesundheitsförderungsprojekt AGILer (Aktivierende GesundheitsInitiative für Langzeiterwerbslose).....                                              | 32 |
| JOB Vital – Erweiterung von gesundheitsfördernden Strukturen bei Trägern, die Arbeitsgelegenheiten nach §16 SGB II durchführen, zur Optimierung der beruflichen Integration jugendlicher Arbeitsloser..... | 35 |
| Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung ganz praktisch am Beispiel der „hamburger arbeit“ .....                                                                                                         | 37 |

#### **Forum 5: Gesundheitssport im Verein**

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| Bewegungsförderung im Sportverein – was wirkt?.....                    | 39 |
| Gesundheitsfördernder Lebensort Sportverein.....                       | 42 |
| PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB und SPORT PRO GESUNDHEIT .....                | 44 |
| Gesundheitsförderung für chronisch kranke und behinderte Menschen..... | 47 |
| „Integration durch Sport“ – ein Erfolgsprogramm?.....                  | 49 |

#### **Forum 6: Bewegungsförderung in der Kommune**

|                                                                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bewegungsförderung in der Kommune – was wirkt?.....                                                                                                                 | 51 |
| Gesunde Kinder in gesunden Kommunen – Ein Netzwerk zwischen Schule, Sportverein und Kommune zur Förderung eines aktiven Lebensstils für Kinder und Jugendliche..... | 54 |
| Bernburg bewegt – Erfahrungen mit kommunaler Bewegungs- und Gesundheitsförderung.....                                                                               | 56 |

#### **Forum 7: Bewegungs- und Mobilitätsförderung in Pflegeeinrichtungen**

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Bewegungs- und Mobilitätsförderung in Pflegeeinrichtungen – was wirkt?.....                  | 60 |
| SimA-P – Selbständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner.....                  | 62 |
| Beweglichkeit fördern, Stürze vermeiden, Mangelernährung vorbeugen – das Projekt PATRAS..... | 64 |

## **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. 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) umweltbezogenen 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 u.a. 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. Der Beitrag zeigt anhand eines Praxisbeispiels, dem BIG-Projekt ([www.big-projekt.de](http://www.big-projekt.de)) zur Bewegungsförderung mit Frauen in schwierigen Lebenslagen, wie in der bewegungsorientierten Gesundheitsförderungspraxis beide Ebenen mit ihren unterschiedlichen Prozessen und beteiligten Akteuren in Planung, Umsetzung, Nachhaltigkeitssicherung und Evaluation erfolgreich berücksichtigt werden können.

**Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas**

- Baumann, A.E., Sallis, J.F. Dzewaltowski, 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.
- 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. Fokus 12* (S. 51-58). Düsseldorf: LIGA.NRW. Verfügbar unter: [www.zfb.nrw.de](http://www.zfb.nrw.de) [11.10.2011]
- 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*. Kopenhagen: WHO.

## Aller Anfang ist schwer - Strategien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens

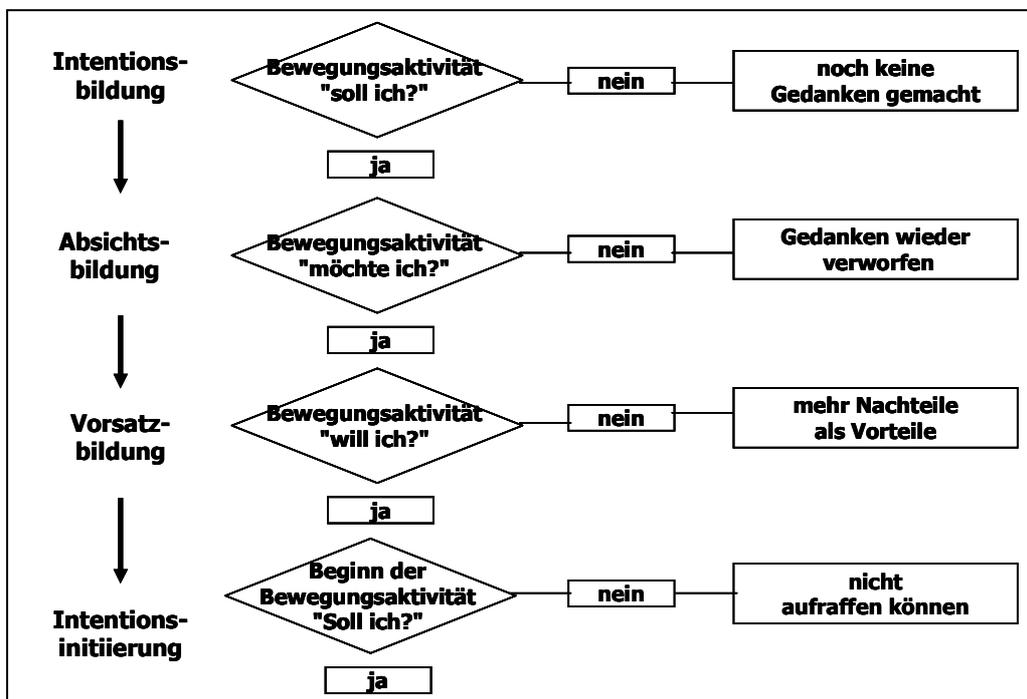
Henning Allmer

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 bewegungsinaktiven Verhaltens als absichtliche Verhaltensorganisation zu verstehen ist, stellt sich die Frage, wie Bewegungsinaktive die Intention bilden, sich der Bewegungsaktivität (wieder) zuzuwenden. Vorgestellt wird das Modell der Änderungshandlung (vgl. 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 (vgl. Abb.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“).

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



Die Bereitschaft, mit Bewegungsaktivitäten zu beginnen, lässt sich als sukzessive kognitive Bahnung der Verhaltensänderung beschreiben, die beinhaltet, dass die Phasen der Intensionsbildung, Absichtsbildung und Vorsatzbildung und Intensionsinitiierung 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

- a) noch nicht an das Thema „Bewegungsaktivitäten“ gedacht wurde,
- b) die Gedanken an Bewegungsaktivitäten wieder verworfen werden,
- c) mehr Nachteile als Vorteile mit den Bewegungsaktivitäten verbunden werden,
- d) man sich (noch) nicht zu Bewegungsaktivitäten aufrufen kann (vgl. Abb.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 (LIGA.NRW, 2010). Als Grundpfeiler einer erfolgreichen Verhaltensänderung werden die Förderung einer realistischen Risikowahrnehmung, die Stärkung der Selbstwirksamkeit und die Überwindung des „inneren Schweinehundes“ angesehen und praxisnah erläutert.

### 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.

## **Internationale Bewegungsempfehlungen 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 Gesundheits-surveys, dass sich die Bevölkerung in Deutschland altersgruppenübergreifend noch zu wenig bewegt, um das gesundheitsförderliche Potential körperlicher Aktivität auszuschöpfen. Außerdem sind aktuelle Bewegungsempfehlungen in der Bevölkerung noch zu wenig bekannt und werden von professionellen 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 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; vgl. LIGA.NRW, 2011b). Als Ansprachestrategie wird derzeit in Nordrhein-Westfalen ein Multiplikatorenansatz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, 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.

### **Literatur**

- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes 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](http://www.zfb.nrw.de) [10.10.2011]
- 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](http://www.zfb.nrw.de) [10.10.2011]
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Verfügbar unter: <http://www.health.gov/PAGuidelines/Report/> [4.3.2011]
- 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](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf) [12.5.2011]

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



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



### 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](http://www.zfb.nrw.de) [10.10.2011]**

Die Homepage enthält die graphisch aufbereiteten Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (auch als Download). Zudem finden Sie zahlreiche zentrale (Hintergrund-)Informationen zum Thema.
- **U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Verfügbar unter: <http://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, 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: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads> [10.10.2011]**

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

## Bewegungsförderung 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 (vgl. Tabelle 1) und bei den verschiedenen 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.

**Tabelle 1: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen der Bewegungsförderung**

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

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 Pädagogen im Rahmen der Bewegungsförderung zukommt (Prohl und Seewald, 1998; Dowda et al., 2004). Zudem wurde festgestellt, dass mit multiplen Strategien, die auf unterschiedlichen Ebenen (z. B. Kindergarten, Gemeinde und Elternhaus) ansetzen, die besten Effekte erzielt werden können (Prohl und Seewald, 1998; van Sluijs et al., 2011). 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 (Rittner, 2002; AG:QME, 2007). Neben der Vernetzung der Akteure erscheint zudem im Sinne eines themenübergreifenden Ansatzes eine Vernet-

zung von Bewegungsförderung mit anderen Bildungs- und Gesundheitsthemen wie z.B. Sprache (Zimmer, 2008) und Ernährung sinnvoll.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Projekte zur Bewegungsförderung vor allem dann wirken, wenn möglichst viele 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., et al. (2008). Behavioral Interventions to Prevent Childhood Obesity: A Systematic Review and Meta-analyses 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. (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: BZgA (Hrsg.), "Früh übt sich..." - Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Band 16: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. (S. 142-161). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- 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.
- BZgA (Hrsg.). (2002). "Früh übt sich...". Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Band 16: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA.
- Zimmer, R. (2008). Handbuch der Bewegungserziehung. Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis. 19. neu bearbeitete Auflage. Freiburg i. Br.: Herder.

## **„Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ – ein Angebot der Landesregierung, des Landessportbundes und der gesetzlichen Krankenkassen in NRW**

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 bzw. 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, Beraterinnen und der Erzieherinnen sowie der Eltern durchgeführt. Zusätzlich erfolgten Telefoninterviews mit den Beraterinnen und den Ernährungsfachkräften bzgl. 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.

### **Ausgewählte Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen u. a., 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 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 Mitarbeiter/innen für die Themen Bewegungsförderung und gesundheitsförderlichen Ernährung geschaffen.
- Es zeigt sich eine höhere Kompetenz bei Mitarbeiter/innen 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 Erzieher/innen 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 schwierigem 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 Zukunfts-Akzent, 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 NRW-weit 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 zu verleihen.

## **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 (u.a. 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 Meta-Analysen konnten lediglich englischsprachige Veröffentlichungen zum Thema gefunden werden, die fast ausschließlich Studien aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum berücksichtigt hatten (vgl. z.B. 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 Schullalltag/Pausensport;
3. Bewegungsförderung im Sportunterricht, differenziert nach Primar- und Sekundarstufe und jeweils für beide Schulstufen weiter unterteilt nach „gesundheitlich-motorischen“, „psycho-sozialen“ und „kognitiven“ Kompetenzen.

Rund Zweidrittel 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 quantitativem Abstand und für wenige Fächer in den Klassen 5 bis 7 in Sekundarschulen. Ergonomische Arbeitsplatzverhältnisse führen zu einem wesentlich (signifikanten) dynamischeren Körperverhalten der Kinder. Es können positive medizinisch-gesundheitliche Effekte (z. B. 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 (vgl. 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“ (vgl. Naul et al, 2011) sind aufgrund ihrer verschiedenen Designs, Treatmentprogramme, Fragestellungen und Messverfahren kaum vergleichbar. Es liegen für Deutschland oder NRW keine national bzw. 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 (z.B. 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 (vgl. Haberer, 2010). Als evidenzbasiert wird der Zusammenhang zwischen guten motorischen und sportlichen Leistungen und einem guten Schulleistungsprofil in Sprachen und Mathematik in amerikanischen Reviewstudien nachgewiesen (vgl. Tomporowski 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 Reviewstudie „Bewegungsförderung in der Schule“. Essen: WGI (darin alle weiteren Literaturangaben des vorliegenden Abstracts).
- Tomporowski, 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 nicht-motorische 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 in-aktiven Lebensstilen bei Kindern und Jugendlichen mit ihren Auswirkungen auf die gesundheitlich-motorische und psycho-soziale 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)

## fit für pisa – Umsetzung und langfristige Effekte täglichen Schulsports

Sebastian Liersch<sup>1</sup>, Jörg Schnitzerling<sup>2</sup>, Susanne Bisson<sup>1</sup>, Vicky Henze<sup>2</sup>, Eckart Mayr<sup>3</sup>, Thomas Suermann<sup>4</sup>, Markus Röbl<sup>5</sup>, Christian Krauth<sup>1</sup> und Ulla Walter<sup>1</sup>

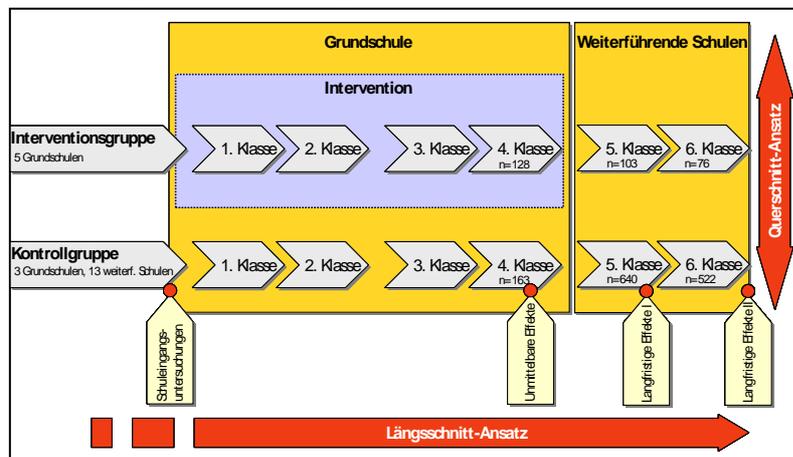
### Einleitung

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/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 Schülern auswirkt. Eine ökonomische Evaluation soll erstmals Aufschluss über kurz- und langfristige Einsparpotentiale bei den Folgekosten geben.

### Methoden

Neben der Schuleingangsuntersuchung werden seit dem Schuljahr 2003/4 die Schüler jährlich auf ihren medizinischen Gesundheitszustand, ihre motorische Entwicklung und ihre emotionale Befindlichkeit untersucht. Am Ende der 4., 5. sowie 6. Klasse wird zudem u. a. 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 (Abb.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.

Abbildung 1: Studiendesign

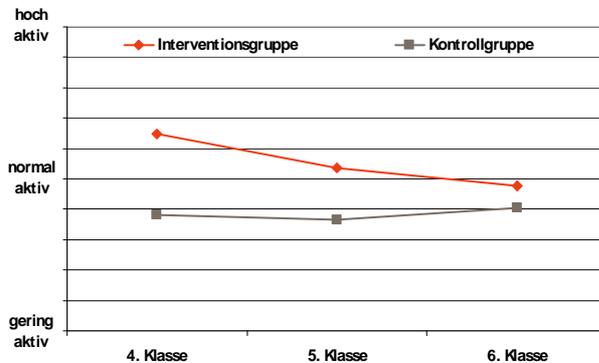


### Ergebnisse

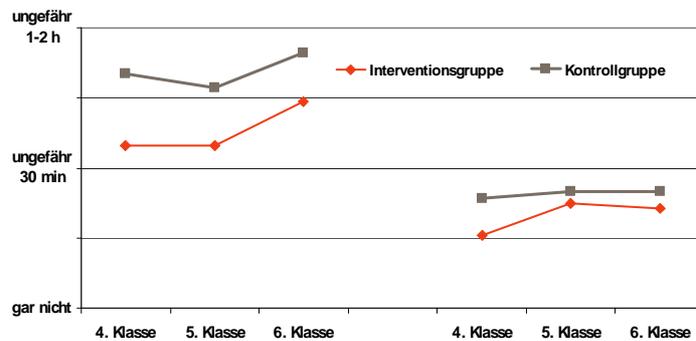
Am Ende der 4. sowie am Ende der 5. Klasse zeigen die Schüler der Interventionsgruppe (IG) eine signifikant höhere körperlich-sportliche Aktivität als die Schüler der Kontrollgruppe (KG) ( $p < .05$  adjustiert für Geschlecht). Zwei Jahre nach Abschluss der Intervention zeigen die Ergebnisse keinen statistisch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

Das Projekt „fit für pisa“ wurde an den Schulen zwischen 2003 – 2009 erfolgreich durchgeführt. Die Ergebnisse der Evaluation bestätigen die positiven Effekte des täglichen Schulsports in der Grundschule. Familien und Kinder konnten vermehrt für die Angebote in Sportvereinen gewonnen werden.

**Abbildung 2: Index zur körperlich-sportlichen Aktivität**



**Abbildung 3: Tägliche Nutzung elektronischer Medien**



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 weiter getragen.

### 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.

<sup>1</sup> Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover

<sup>2</sup> Allgemeiner Sport-Club Göttingen von 1846 (ASC 46) e.V., Göttingen

<sup>3</sup> Gesundheitsamt für die Stadt und den Landkreis Göttingen, Göttingen

<sup>4</sup> Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)

<sup>5</sup> Universitätskinderklinik Göttingen, Pädiatrie II, Göttingen

## **Bewegung und Ernährung in der Offenen Ganztagschule im Primarbereich – Erfahrungen aus dem Kreis Gütersloh**

Christel Kunz, Sabine Jacob und Anika Irle

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-Betreuungskräfte 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 (u.a. 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, z.B. zum Konzept „**GET fit**“ oder zum Thema Schulverpflegung sowie Vorträgen, wie z.B. 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 Koordinierungsstelle „Sport im Ganztage“, 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: „Kooperationsnetzwerk GET fit“**



**Abbildung 2: Konzept GET fit**



### Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- Kreis Gütersloh – Der Landrat – Abteilung Gesundheit, 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 Auflage. Kreis Gütersloh: Hausdruck. Verfügbar unter: [http://www.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Leitfaden\\_Get\\_fit.pdf](http://www.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Leitfaden_Get_fit.pdf) [10.10.2011]
- Kreis Gütersloh – Der Landrat – Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz, Kunz, C. (2008). Gesundheitsbericht 2007 – Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter, Kreis Gütersloh: Hausdruck. Verfügbar unter: [http://www.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Gesundheitsbericht\\_2007\\_Kreis\\_Guetersloh.pdf](http://www.kreis-guetersloh.de/medien/bindata/Gesundheitsbericht_2007_Kreis_Guetersloh.pdf) [10.10.2011]
- Liebertz, C. (2003). Das Schatzbuch ganzheitlichen Lernens: Grundlagen, Methoden und Spiele für eine zukunftsweisende Erziehung. Don Bosco/Spectra.

## **Bewegungsförderung im Betrieb – Was wirkt?**

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

### **Hintergrund:**

Ein Arbeitnehmer verbringt durchschnittlich 60% 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 Mortalitätsrisiko bspw. 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 krankensicherungsrelevante 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 Bewegungsförderungs-Programme sind im Betrieb selten. Oftmals ist die Förderung der körperlichen Aktivität ein Baustein eines umfassenden multifaktoriell konzipierten BGF Programms. Solche Multikomponenten Programme, 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.

Effektivitätsteigernd und ergänzend zur Bewegungsförderung und anderen verhaltenorientierten 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 u.a. in der NIOSH WorkLife Initiative erwähnt: **Unternehmenskultur und Führungsstil** sollten geprägt sein durch: das Engagement aller Führungsebenen (top, mittlere und untere), eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung und die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen sowie einen Steuerungskreis „Gesundheit“ unter Mitarbeiterbeteiligung. Bei der **Programm-Entwicklung** 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 sowie die Beachtung individueller Bedürfnisse, Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit, Stärkung der Kontrollwahrnehmung und einer realistische Zielsetzung. Bei der **Programmdurchführung** sollte folgendes gewährleistet sein: Programmleitung mit Rechenschaftspflicht, Verbindlichkeit und Zielsetzung der Maßnahmen sowie ein offizielles Budget. Die **Programm-Evaluation** sollte in kontinuierlichen Verbesserungs-Zyklen in den Programmablauf eingebettet sein und die Gesundheit, die Produktivität und das finanzielle Ergebnis messen und analysieren.

Für die Umsetzung solcher Schlüsselfaktoren wird idealerweise ein **sozial-ökologisches Modell** angewandt. Dieses schließt vier Ebenen ein: individuelle, inter-individuelle, organisatorische, und Umweltebene. Im Folgenden werden beispielhafte Interventionen zu den vier Ebenen aufgeführt. Diese müssen jedoch auf die lokalen Gegebenheiten, wie bspw. 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 **inter-individuelle Ebene** sind Walking-Gruppen oder andere Sportgruppen mit organisierter sozialer Unterstützung und Interaktion, Gesundheits-Tage mit Gesundheits-Checks 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, bspw. 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, inter-individuell, 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, bspw. die Zusammenarbeit von Betriebssportgemeinschaften, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Betriebsärzten 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 Supplement 2, 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 Supplement 2, 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> [20.02.2011]***

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

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

Birgit Schauerte

### **Einleitung**

In Deutschland waren 2006 ca. 66,0% der Männer und 50,6% der Frauen im Alter von 14 bis 80 Jahren übergewichtig oder adipös (BMI  $\geq 25$ ). Eingeschlossen sind darin 20,5% adipöse Männer und 21,2% adipöse Frauen (BMI  $\geq 30$ ). 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  $\geq 30$ ) 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% 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/ 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 Ausdauereinheiten), 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 Abb.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 (Gesundheitszentren, Sportvereine, Physiotherapeuten, usw.) konnte die Verstetigung eines gesundheitsbewussten Lebensstils unterstützt werden.

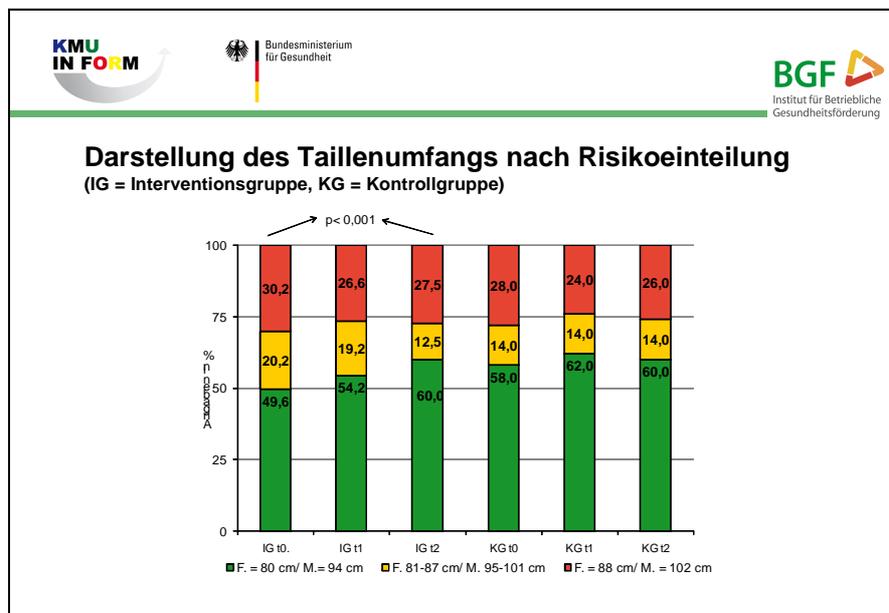
Abbildung 1: Gesundheitsprofil

| Name des Mitarbeiters:                                            |  | Geschlecht:          | m     | Code: | 1-9        |                      |                    |                       |
|-------------------------------------------------------------------|--|----------------------|-------|-------|------------|----------------------|--------------------|-----------------------|
| Proband xy                                                        |  | Geb.-Datum/Jahrgang: |       |       | 00.00.1956 |                      |                    |                       |
| Datum des Checks                                                  |  | I                    | II    | III   | IV         |                      |                    |                       |
| Größe (m)                                                         |  | 1,83                 | 183   | 183   |            |                      |                    |                       |
| Gewicht (kg)                                                      |  | 112,1                | 97,6  | 97,1  |            |                      |                    |                       |
| Body-Mass-Index (Gewicht kg/Größe m <sup>2</sup> )                |  | 33,50                | 29,10 | 29,00 |            | < 25                 | 25-29,9            | = 30                  |
| Taillenumfang                                                     |  | 107                  | 100,5 | 98    |            | Männer < 94 cm       | Männer < 95-100 cm | Männer > 101 cm       |
| Selbsteinschätzung pers. Gesundheit                               |  |                      |       |       |            | gut                  | mittel             | schlecht              |
| Srossempfinden                                                    |  |                      |       |       |            | kein Stress          | mäßig gestresst    | sehr gestresst        |
| <b>Fitness</b>                                                    |  |                      |       |       |            |                      |                    |                       |
| Sportliche Aktivitäten                                            |  |                      |       |       |            | mind. 3x pro Woche   | unregelmäßig       | kein Sport            |
| Erreichter Zielpuls bei PWC150 = absolute Leistung in Watt (Watt) |  |                      |       |       |            | 175                  | 175                | 200                   |
| Ausdauerleistungsfähigkeit bei PWC 150 (Watt/kg)                  |  |                      |       |       |            | 1,56                 | 1,79               | 2,06                  |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | #DIV/0!              |                    |                       |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | > M = 2,0            | M = 2,0            | < M = 2,0             |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | überdurchschnittlich | durchschnittlich   | unterdurchschnittlich |
| <b>Herz-Kreislauf-Werte</b>                                       |  |                      |       |       |            |                      |                    |                       |
| Syst. Blutdruck (mmHg)                                            |  |                      |       |       |            | 162                  | 134                | 129                   |
| Diast. Blutdruck (mmHg)                                           |  |                      |       |       |            | 89                   | 75                 | 84                    |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | < 130                | 131-159            | = 160                 |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | < 85                 | 85-99              | = 100                 |
| <b>Labor-Werte (nüchtern)</b>                                     |  |                      |       |       |            |                      |                    |                       |
| Cholesterin (mg/dl)                                               |  |                      |       |       |            | 219                  | 192                | 142                   |
| HDL-Cholesterin (mg/dl)                                           |  |                      |       |       |            | 35                   | 35                 | 33                    |
| LDL-Cholesterin (mg/dl)                                           |  |                      |       |       |            | 152                  | 145                | 73                    |
| Triglyceride (mg/dl)                                              |  |                      |       |       |            | 158                  | 59                 | 145                   |
| Blutzucker (mg/dl)                                                |  |                      |       |       |            | 119                  | 95                 | 93                    |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | < 200                | 200-239            | = 240                 |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | > 45                 |                    | = 45                  |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | < 130                | 130-159            | = 160                 |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | < 150                | 150-199            | = 200                 |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | < 100                | 100 bis 125        | = 126                 |
| <b>Sonstiges</b>                                                  |  |                      |       |       |            |                      |                    |                       |
| Rauchen                                                           |  |                      |       |       |            | n                    | n                  | n                     |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | nie                  | früher             | zur Zeit              |
| Diabetes                                                          |  |                      |       |       |            | n                    | n                  | n                     |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | nein                 |                    | ja                    |
| Blutdrucksenkende Medikamente                                     |  |                      |       |       |            | n                    | n                  | n                     |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | nein                 |                    | ja                    |
| Herzinfekte in der Familie                                        |  |                      |       |       |            | n                    | n                  | n                     |
|                                                                   |  |                      |       |       |            | nein                 |                    | ja                    |
| <b>Bemerkung:</b>                                                 |  |                      |       |       |            |                      |                    |                       |

Ergebnisse und Diskussion

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

Abbildung 2: Taillenumfang



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

**Literaturempfehlung 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 Berater oder Trainer Verhaltensänderungen begleiten wollen.

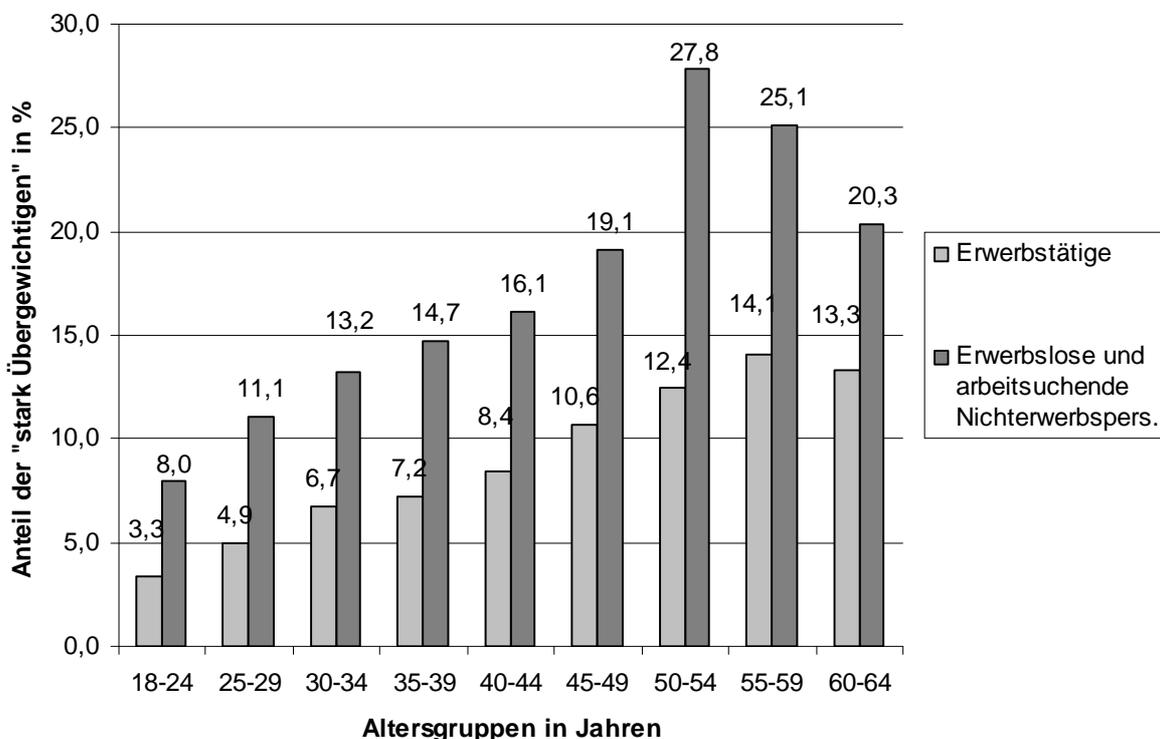
## Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung – was wirkt?

Alfons Holleder

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 z.B. im Bundes-Gesundheitssurvey 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 Bewegung bei Arbeitslosen in Deutschland (Überblick bei Holleder, 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 Arbeitssuchende in Relation häufiger stark übergewichtig (BMI >30) sind als Erwerbstätige (Holleder, 2011). Die Abbildung veranschaulicht diese Gewichtsunterschiede zwischen Erwerbstätigen und Arbeitssuchenden für die Frauen. Bei ihnen ist der Anteil der stark übergewichtigen Arbeitssuchenden (im Alter von 18 bis 64 Jahren) im Mikrozensus 2005 mit 16,8 % fast doppelt so hoch wie bei den Erwerbstätigen mit 8,7%.

**Abbildung 1: Anteile der stark Übergewichtigen bei Frauen nach Altersgruppen und Erwerbsbeteiligung im Mikrozensus 2005 (BMI mit Wert über 30)**



Anmerkungen: Eigene Berechnung (Holleder, 2011) mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 13.834 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben

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 (vgl. Holleederer, 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 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.
- Holleederer, A. (Hrsg.). (2009). *Gesundheit von Arbeitslosen fördern!* Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag/Verlag für angewandte Wissenschaften.
- Holleederer, 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, Bielefeld: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.

### 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.
- **Holleederer, A. (Hrsg.). (2009). Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag/ Verlag für angewandte Wissenschaften.**  
Der Sammelband stellt aktuelle Handlungsansätze zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen in einem systematischen Überblick vor und zeigt Entwicklungspotentiale auf. In Einzelberichten wird 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.

## **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 selbst wirksamen 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 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 können in einzelnen Fällen zu ernsthaften psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen.
- Erhöhte gesundheitliche Probleme bei jugendlichen Arbeitslosen, wie z.B. gravierendes Unter- bzw. 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 Potentiale 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.

Abbildung 1: Vorbereitungsphase Plus



Die hamburger arbeit entwickelte daraufhin die „Stabilisierungsphase“, 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: Tischtennis, FitMix, Walking/Nordic Walking, Muskelaufbau-Training, etc. wählen. Nach anfänglichen Widerständen wurde das Bewegungsangebot zu einem der beliebtesten Be-

standteile unseres Angebotes. Die kontinuierlich durchgeführten Teilnehmerbefragungen zeigen, dass die 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 2: Bausteine der Stabilisierungsphase**



## Bausteine der Stabilisierungsphase

Aufsuchendes Case- und Care-Management

Vernetzung Psychosoziale Betreuung/Stabilisierung

Motivierende Gesundheitsberatung

Arbeitsmedizinischer Dienst

Gesundheitsfördernde Trainings

Fremdeinschätzung

Selbsteinschätzung

Wissenschaftliche Begleitung/Evaluation (Universität Hamburg)

### Literatur

BKK Bundesverband (Hrsg.). (2005). JobFit-Leitfaden, Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung. Essen.

BKK Bundesverband (Hrsg.). (2005). Die FIT-Beratung, Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose. Essen.

### Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

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

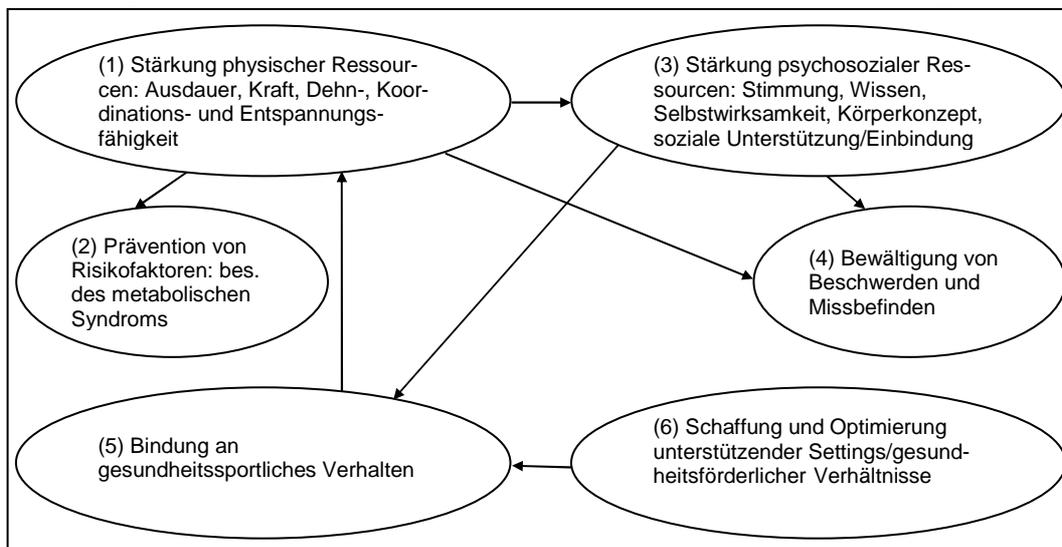
## Bewegungsförderung im Sportverein – was wirkt?

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 beigegeben. 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 „Gesundheitssports“ 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 „gesundheitswirksamen 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 (vgl. Abb.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.

**Abbildung 1: Kernziele von Gesundheitssport und ihre Wechselbeziehungen**



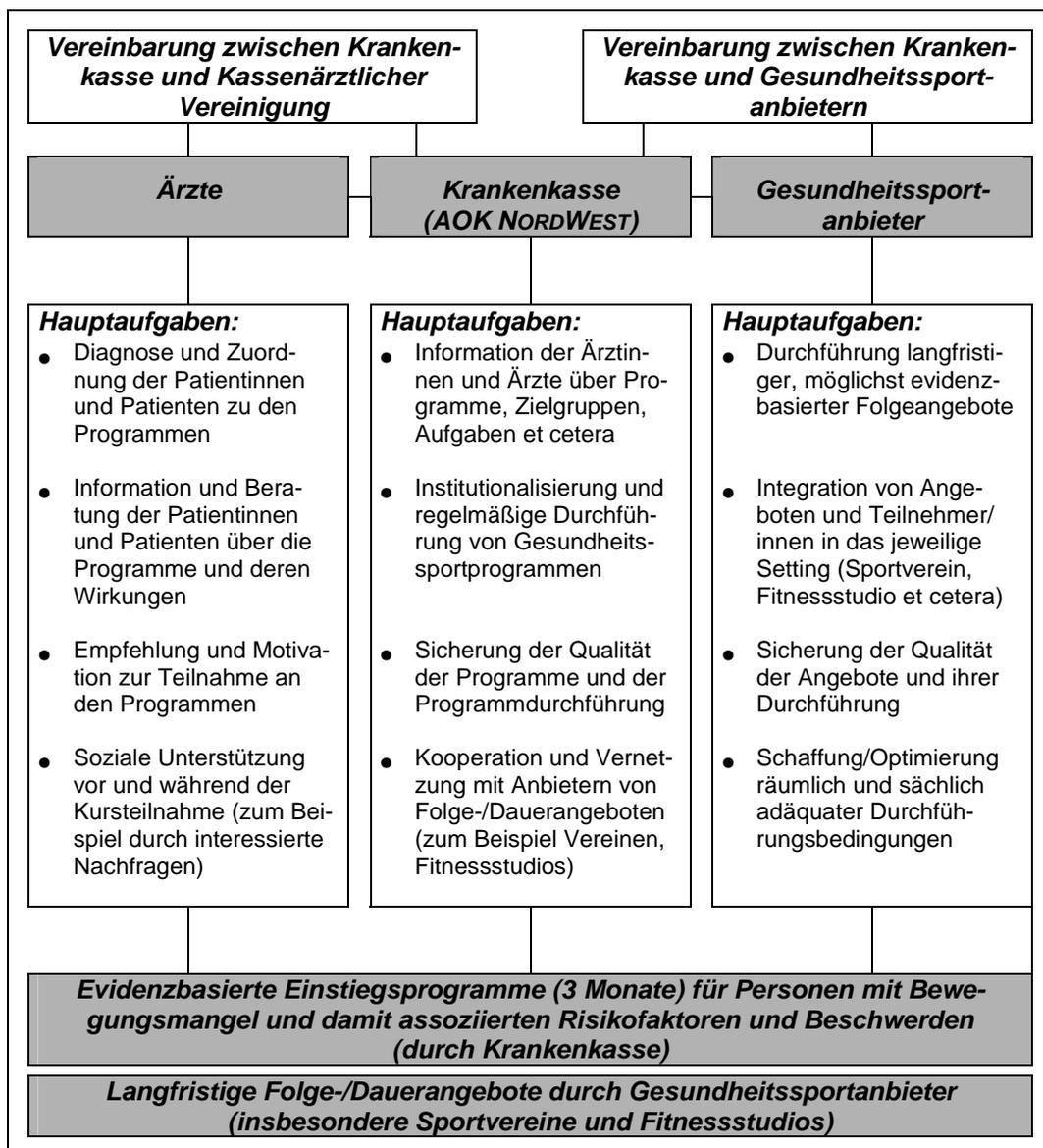
Zur Durchführung eines Gesundheitssports im hier verstandenen Sinne stehen inzwischen einige zielgruppenspezifische Programme (zum Beispiel das Programm „Fit & Gesund“; vgl. Brehm, Pahmeier und Tiemann, 2011) zur Verfügung, die umfassend dokumentiert (in Form von Kursmanualen) sowie hinsichtlich ihrer 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 stellt das „Kooperative Konzept Gesundheitssport (KoKoSpo)“ dar, das eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen (AOK NORDWEST) sowie Sportvereinen und anderen Gesundheitssportanbietern vorsieht (vgl. Abb.2).

**Abbildung 2: Kooperatives Konzept Gesundheitssport (KoKoSpo)**



**Literatur**

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

**Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas**

Brehm, W., Janke, A., Sygusch, R. & Wagner, P. (2006). Gesund durch Gesundheitssport. Weinheim, München: Juventa.

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

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

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

## Gesundheitsfördernder Lebensort Sportverein

Hans-Georg Schulz

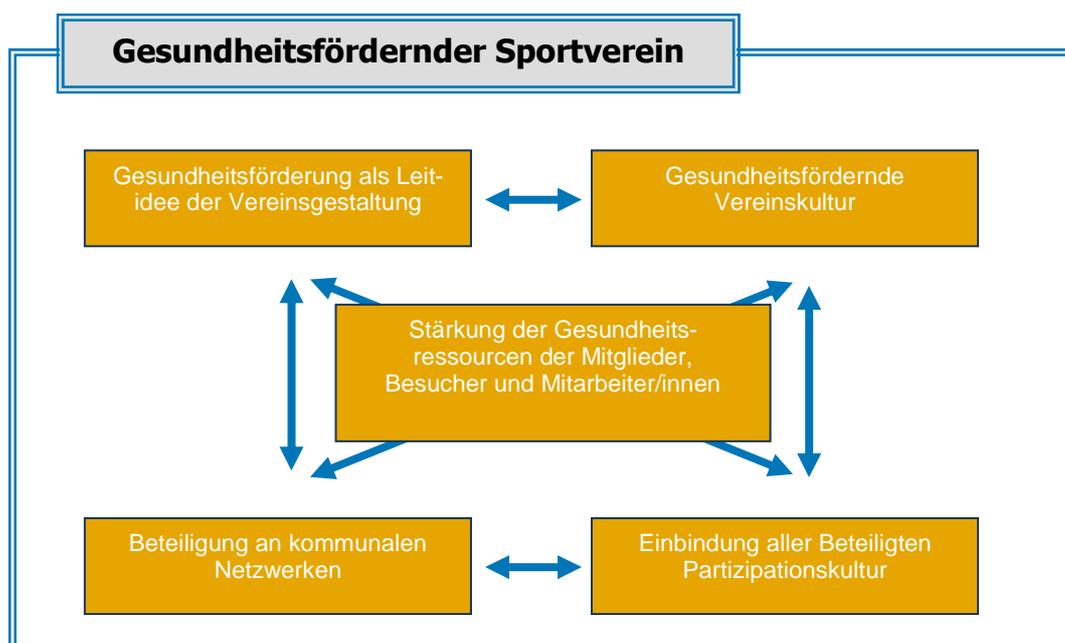
Sportvereine sind Sozialstrukturen, die alle Kriterien einer organisierten Lebenswelt im Sinne der Weltgesundheitsorganisation erfüllen. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention und sind eine flächendeckend präsente Sozialstruktur, die für alle Bevölkerungsgruppen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

Im Focus der Sportvereine stehen der Mensch und dessen Gesundheitsverhalten, für dessen Beeinflussung sie fachlich kompetent geleitete Qualitätsangebote vorhalten. Diese Ausrichtung bestimmt das Vereinsleben und die Rolle des Vereins als kostengünstiger Dienstleister für die Gesellschaft. Der Sportverein als Sozialstruktur im Sinne des Lebenswelt-Ansatzes 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 Lebenswelt-Ansatz eine Fülle von Denkfiguren und Ansätze 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 Lebenswelt-Ansatzes 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.*

Abbildung 1: Gesundheitsfördernder Sportverein



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, z.B. von Kindern und Ju-

gendlichen, 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 zukunfts-orientierte Entwicklung.

#### **Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas**

- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2007a). Der Sportverein – ein gesundheitsfördernder Lebensort. Positionspapier. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2007b). Der Sportverein – ein gesundheitsfördernder Lebensort. Projektausschreibung. Duisburg: Eigenverlag.
- Deutscher Olympischer Sportbund (2011). „Sport und Gesundheit“ – ein Strategiekonzept für den DOSB und seine Mitgliedsorganisationen. Frankfurt: Eigenverlag.

## PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB und SPORT PRO GESUNDHEIT Qualitätssiegel des organisierten Sports für gesundheitsorientierte Sport- und Bewegungsangebote im Verein.

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 Abb.1). 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 erneut Abb.1) eingeführt.

Abbildung 1: Qualitätssiegel PLUSPUNKT GESUNDHEIT.DTB und SPORT PRO GESUNDHEIT



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.

### 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 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: 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 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 Übungsleiter 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 Übungsleiter zur Teilnahme an regionalen Qualitätszirkeln und an weiteren Maßnahmen im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wie z. B. Teilnehmerbefragungen, Begleituntersuchungen oder Qualitätsbewertungen (Audits).

### **Qualitätskriterium 6 – Der Verein als Gesundheitspartner**

Kooperation und Vernetzung: Auf Verbandsebene sind die Voraussetzungen geschaffen, um z. B. 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, z. B. mit 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 Gesundheitssportangebot stattfindet. Denkbare Settings sind Sportvereine, Kindergärten, Schulen, Betriebe und Senioreneinrichtungen.

### **Antragstellung**

Vereine die über die Turnerbünde organisiert sind stellen ihre schriftlichen bzw. 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. In 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 Versicherten 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

Übungsleiter 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.

### **Links zur weiteren Vertiefung des Themas**

- [www.pluspunkt-gesundheit.de](http://www.pluspunkt-gesundheit.de)
- [www.sportprogesundheit.de](http://www.sportprogesundheit.de)

## **Integration durch Sport – ein Erfolgsprogramm?**

Heike Kübler und Barbara Konarska

Der Einstieg in die Vorstellung des Themas erfolgt mit einer kurzen Präsentation des Bundesprogramms „Integration durch Sport“. Daran schließt sich eine Vorstellung von Leuchtturmprojekten aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen an.

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 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) bzw. die Landes-Sportjugenden (LSJ) angegliedert. Diese setzen das Programm vor dem Hintergrund der bundesländerspezifischen Rahmenbedingungen eigenverantwortlich mit den hierfür eingerichteten Landes- und Regional koordinationen 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 Regional koordinatoren/-innen 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. Kernelement 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 z.B. 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 (z.B. Gorodki oder Sambo).

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

Im Rahmen der Fachtagung werden Praxisbeispiele vorgestellt.

### **Beispielhafte Leuchtturmprojekte aus Nordrhein-Westfalen**

Es wird beispielhaft auf drei Leuchtturmvereine aus Nordrhein-Westfalen eingegangen: Schwimmangebot des Vereins „Sportgemeinschaft Friedrich der Große“ aus Herne, Interkulturelle Öffnung in dem Sportverein „SV Rhenania Hamborn“ aus Duisburg und die Vielfältigkeit und Integrationskraft der Sportart Boxen bei „Box-Club Gahmen“ in Lünen. Eine gelungene Integration vor Ort.

### **Literaturempfehlung**

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/M.: Deutscher Olympischer Sportbund.

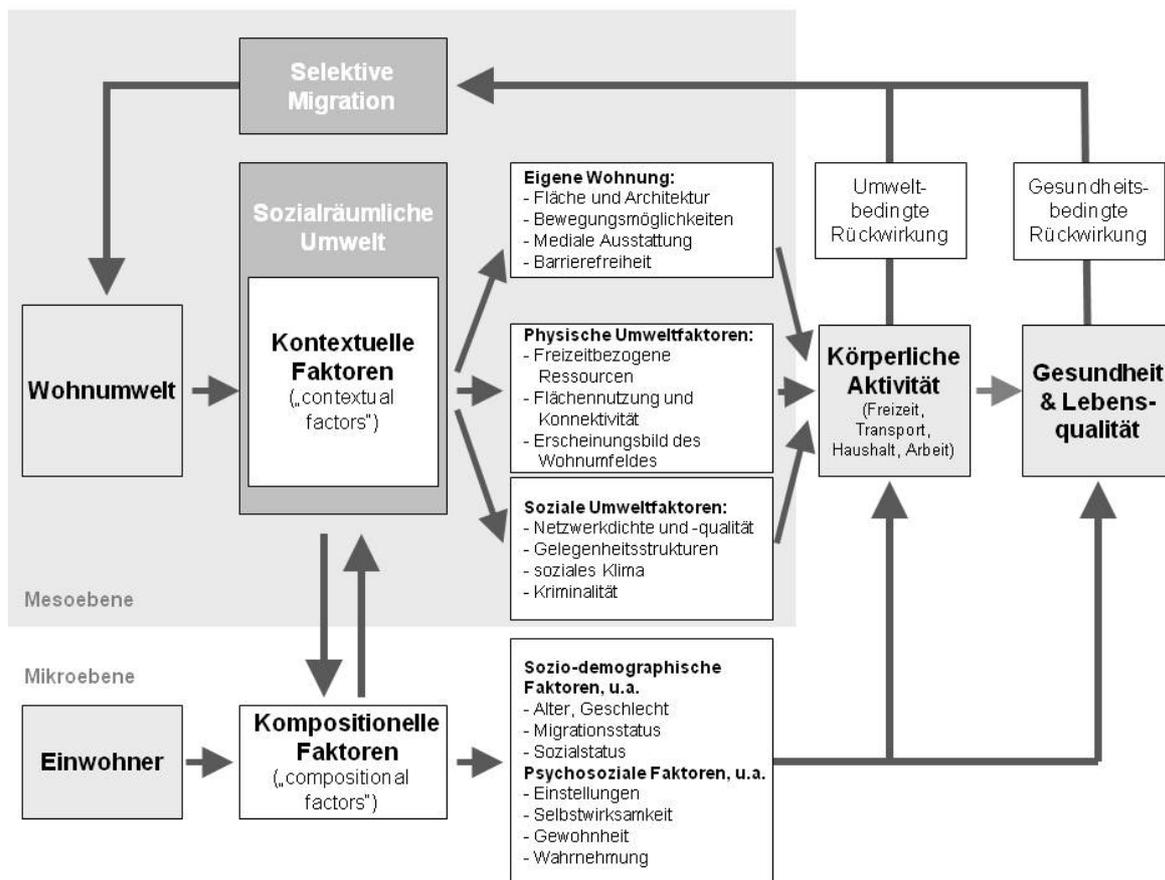
Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB). (2011). Rahmenkonzeption Programm „Integration durch Sport“. Frankfurt/M.: Deutscher Olympischer Sportbund.

## 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. Ausgehend von diesem sozial-ökologischen Verständnis werden im Vortrag einleitend die Zusammenhänge zwischen Bewegungsverhalten und möglichen (kontextuellen) Einflussfaktoren modellhaft vorgestellt (siehe Abbildung 1). Die Bedeutung kontextueller Umweltfaktoren wird hervorgehoben, da aus einer Forschungsperspektive heraus dezidiertes Wissen im Kontext vom Bewegungsverhalten hier fehlt und aus Sicht der Gesundheitsförderungspraxis dort ein großes Potential für die Entwicklung verhältnispräventiver Interventionsansätze im Kommunkontext liegt. Die Bedeutung der Kommune als zentraler Interventionsort von Bewegungsförderungsmaßnahmen wird unterstrichen durch die Vorstellung der zentralen Prinzipien und Umsetzungsvorschläge der im Jahre 2010 verabschiedeten Toronto-Charta für Bewegung, die als ein bedeutsamer internationaler Aufruf zur Bewegungsförderung gilt.

**Abbildung 1: Strukturgramm zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen Wohnumwelt und körperlicher Aktivität (Bucksch, J., Gruber, J. und Schneider, S., 2011)**

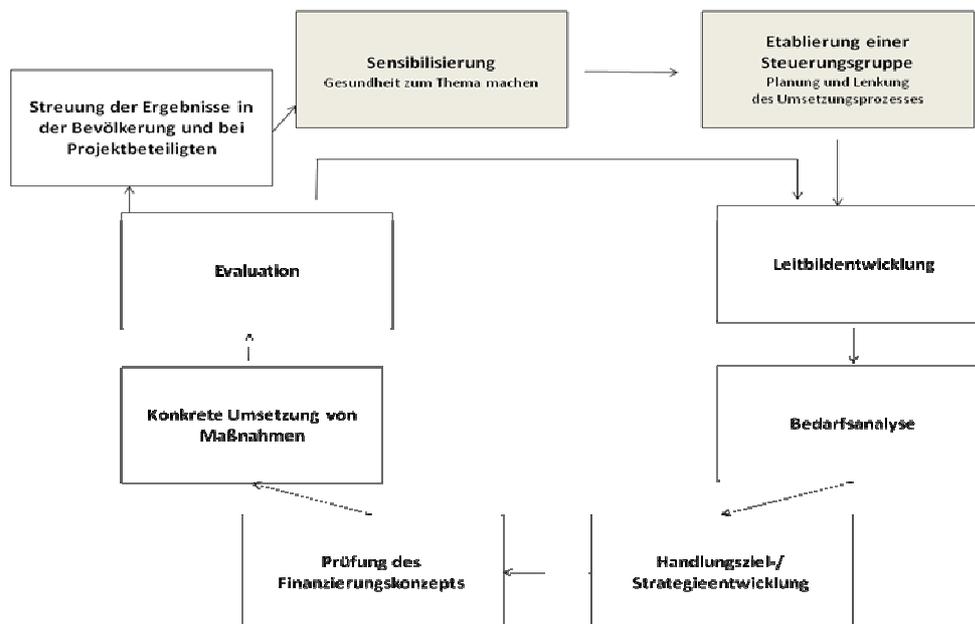


Im zweiten Teil des Vortrags wird exemplarisch auf die wissenschaftliche Evidenz von Zusammenhängen vom Bewegungsverhalten mit spezifischen kontextuellen Merkmalen der physischen Umwelt vorgestellt. Hierbei soll insbesondere das Konzept der „walkability“ Beachtung finden, was durch die vier „D“ (Frank 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, „Destination“ meint insbesondere die Entfernung zu wichtigen Zielpunkten des täglichen Bedarfs, der Freizeitgestaltung und der Erholung im kommunalen Raum.

Im abschließenden Teil des Vortrags wird ein idealtypischer Prozess zur Entwicklung einer bewegungsförderlichen Kommune in Anlehnung an ein Grundlagendokument der Weltgesundheitsorganisation WHO (Edwards und Tsouros, 2008) kurz vorgestellt (siehe Abbildung 2). Mit diesem Prozess wird dem komplexen Bedingungsgefüge Rechnung getragen, das 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 a. 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 Suppl 2, 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 Strukturgramm 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.

## 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 (vgl. Brettschneider und Naul, 2004; 2007; Bös, 2006; Bös et al., 2009; Branca et al., 2007). Das deutsch-niederländische (6 Kommunen in Deutschland, 6 Kommunen in den Niederlanden) 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 (siehe Abbildung 1). Diese berücksichtigt dafür vier entscheidende Lebensstilkomponenten: Bewegung, Ernährung, Medienkonsum in der Freizeit und das sozial-räumliche 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 60-90 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 z. B. ein dreistündiger, akzentuierter Sportunterricht zur Gesundheitsförderung mit einer Stunde Sachunterricht fachübergreifend verknüpft. Schülergruppen, die nach eingehender basismotorischer Diagnose eine Bewegungsförderung bedürfen, werden im Rahmen des Projekts durch differenzierte Angebote individuell gefördert. Die angestrebte Zusammenarbeit und gemeinsame Abstimmung zwischen den Partnern (Familie, Schule, Sportverein, Kommune, u.a. 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.

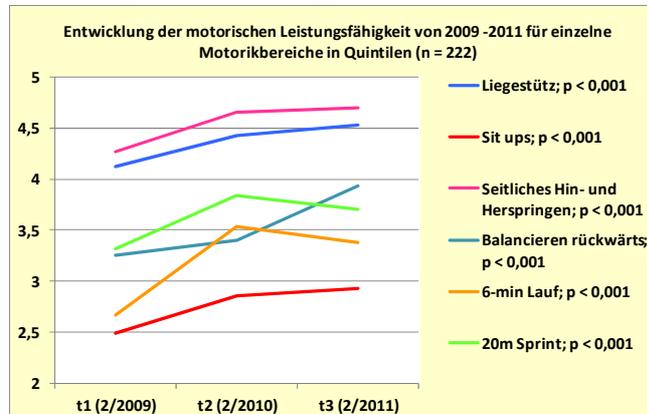
Das Studiendesign umfasst in der Evaluation neben der Erfassung der motorischen Entwicklungsprozesse (Motoriktest) auch die Aufnahme von Informationen über den Lebensstil (Bewegungs-, Ernährungs-, Medienverhalten), das physische und psychische Selbstkonzept und das Gruppenklima (Eltern- und Kinderfragebogen).

### 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 Förder-Potential bei den leistungsstarken 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.

**Abbildung 2: Entwicklung der motorischen Leistungsfähigkeit von 2009-2011**



Die Implementation eines Feedback-Systems für das Unterrichtsfach Sport und zur Entwicklung des BMI der Kinder wird von allen beteiligten 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 – Regionalbüro für Europa.
- 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 sedentarieness 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 a. M.: Lang.
- EU Working Group "Sport and Health" (2008). EU Physical Activity Guidelines. Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. Brussels: EU.

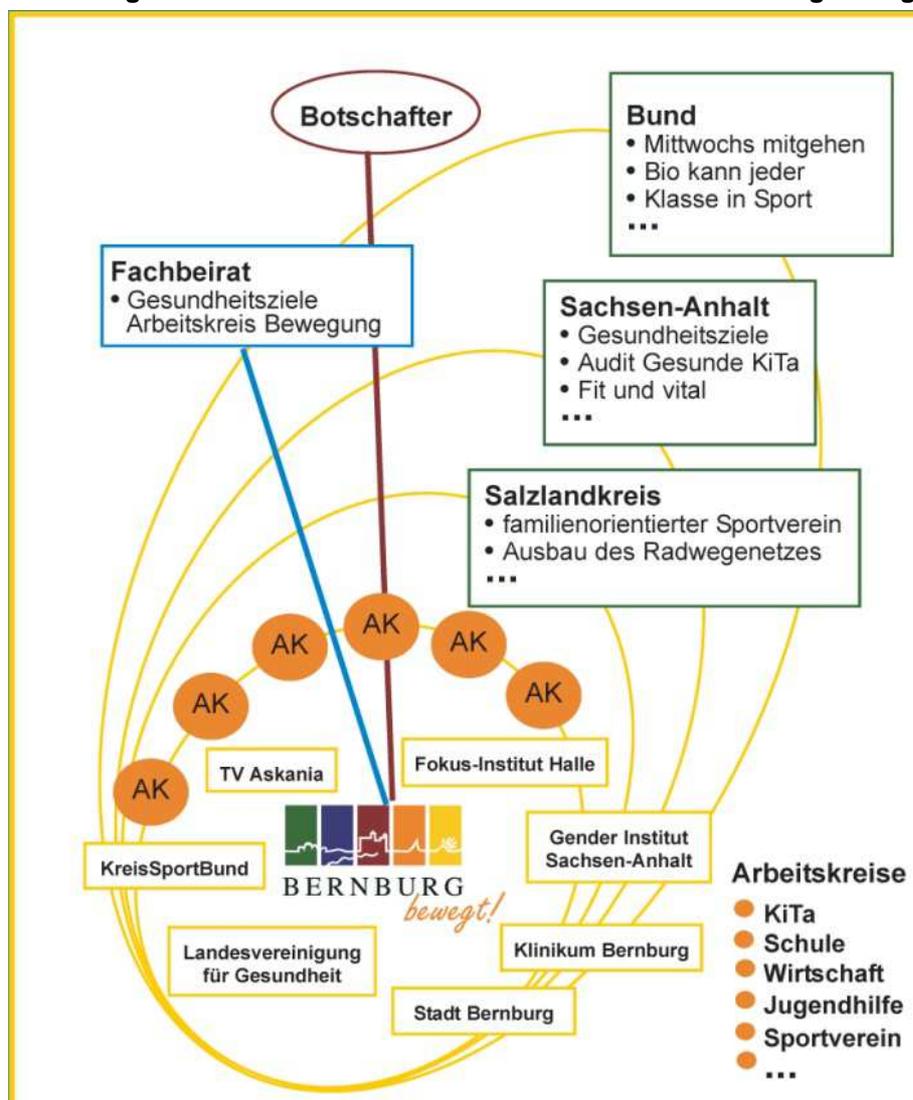
**Hinweis: Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des (Teil-)Themas „Setting Schule“ finden sich im Beitrag von Roland Naul in diesem Abstractband.**

## Bernburg bewegt – Erfahrungen mit kommunaler Bewegungs- und Gesundheitsförderung

Ulrich Schwabe

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten der Bundesregierung hat das Bundesministerium für Gesundheit dazu aufgerufen Aktionsbündnisse 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, Kommune, Landkreis, Land, Bund und Forschung sicherte eine arbeitsfähige Projektstruktur, um das gemeinsam entwickelte Konzept „Bernburg bewegt!“ nachhaltig umzusetzen (siehe Abb.1).

Abbildung 1: Bündnisstruktur des Aktionsbündnisses Bernburg bewegt!



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.

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 zusammen gefunden, die Bernburger Stadtbevölkerung auf ihrem Weg zu einem gesunden Lebensstil zu unterstützen bzw. 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 ausgerichteter 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 Querschnittsthema aller gesellschaftlichen und politischen Bereiche auszubauen.

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. Bewegungstreffe
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

Detaillierte Ergebnisse unter <http://www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de/o.red.c/aktuell-broschueren.php>

**Abbildung 2: Logo des Aktionsbündnisses „Bernburg bewegt!“**



### Literatur

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.). (2011). Dokumentation Aktionsbündnis Bernburg bewegt. Magdeburg: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. Verfügbar unter: <http://www.lv-gesundheit-sachsen-anhalt.de/o.red.c/aktuell-broschueren.php> [10.10.2011]

### Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.). (2007). Audit Gesunde KiTa. Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten. Magdeburg: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.). (2007). Audit Gesunde Schule – Ein Leitfaden (2. überarbeitete Aufl.). Magdeburg: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.). (2007). Errichtung eines Trinkbrunnens. Modellprojekt der Gesundheitsziele Sachsen-Anhalt. Magdeburg: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.). (2006). gesund leben lernen. Betriebliche Gesundheitsförderung in KiTa und Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten. Magdeburg: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (Hrsg.). (2005). Sport und Gesundheit. Vereinsentwicklung durch Gesundheitssport. Magdeburg: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- 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. Magdeburg: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.
- Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.). (2008). Gesundheitsziele und Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt. Fokusbericht der Ge-

sundheitsberichterstattung des Landes. Magdeburg: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.

- 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. Magdeburg: Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt.
- Schwabe, U. (2003). Networking – vernetzen und vermitteln. In: Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder. Luchterhand.



## **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. Daher werden im Vortrag zunächst die derzeitigen Bedingungen in Pflegeeinrichtungen betrachtet. Studienbefunde zeigen, dass die 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 Bewohner von Pflegeeinrichtungen in den Vordergrund gestellt. Die Ergebnisse dieser Recherche werden in diesem Vortrag vorgestellt.

### **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 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 Nutzer der Pflegeeinrichtungen und die Konzepte, die diese Zielgruppe anvisieren, fokussieren vornehmlich die noch relativ gesunden und mobilen Bewohner. Bereits immobile, bettlägerige 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 bzw. zu verzögern und außerdem die trotz gesundheitlicher Einbußen verbliebene Gesundheit und die noch vorhandenen gesundheitlichen und sozialen Ressourcen und Autonomiepotenziale der Bewohner zu stärken.

### **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. Holleder (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.

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

### Abbildungen 1-3: Auszug aus den Präsentationsfolien

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

## Ausgangslage Pflegeeinrichtungen:

**Heimeintrittsalter der Bewohner gestiegen**

- schon heute im Durchschnitt >82 Jahre bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit

**Verkürzte Verweildauern**

- zwischen 6 Monaten und 2-3 Jahren

**Entwicklung zu Einrichtungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und dauerhaften Funktionseinbußen**

Dr. Annett Horn

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 wöchtl.) 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

Dr. Annett Horn

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.

Dr. Annett Horn

## SimA-P – Selbständigkeit 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 Selbständigkeit, 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 von 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 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 weitestgehende Selbständigkeit möglich machen.

Im Rahmen der SimA-Studie konnten eine Reihe von Risikofaktoren ausfindig gemacht werden, die früh zur Pflegebedürftigkeit und damit zur Unselbständigkeit führen. Neben körperlichen Erkrankungen sind dies vor allem kognitive Einschränkungen im Sinne einer dementiellen Entwicklung. Geistige und körperliche Aktivität hingegen gilt 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 Selbständigkeitserhalt und die Verringerung demenzieller Symptome aufweisen konnte.

Darüber hinaus haben Bemühungen zum Erhalt funktioneller und kognitiver Selbständigkeit bei 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 z.B. nur ein halbes Jahr zu verzögern – und angenommen dieses Ziel würde nur bei der Hälfte aller Pflegeheimbewohnern der Stufen I und II erreicht werden können – dann ließen 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 bzw. eine Förderung kognitiver und funktioneller Fähigkeiten erreicht werden sollte. Der Schwerpunkt lag hierbei auf der Selbständigkeit 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 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 z.B. 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 Bewohnern durchgeführt, die keine bis mittelschwere kognitive Beeinträchtigungen aufweisen.
- Die **Biographieorientierte Aktivierung** wurde speziell für schwer demenziell beeinträchtigte 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.

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.

**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.

#### Literatur

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

#### Linkempfehlung zur weiteren Vertiefung des Themas

- [www.wdoswald.de](http://www.wdoswald.de)

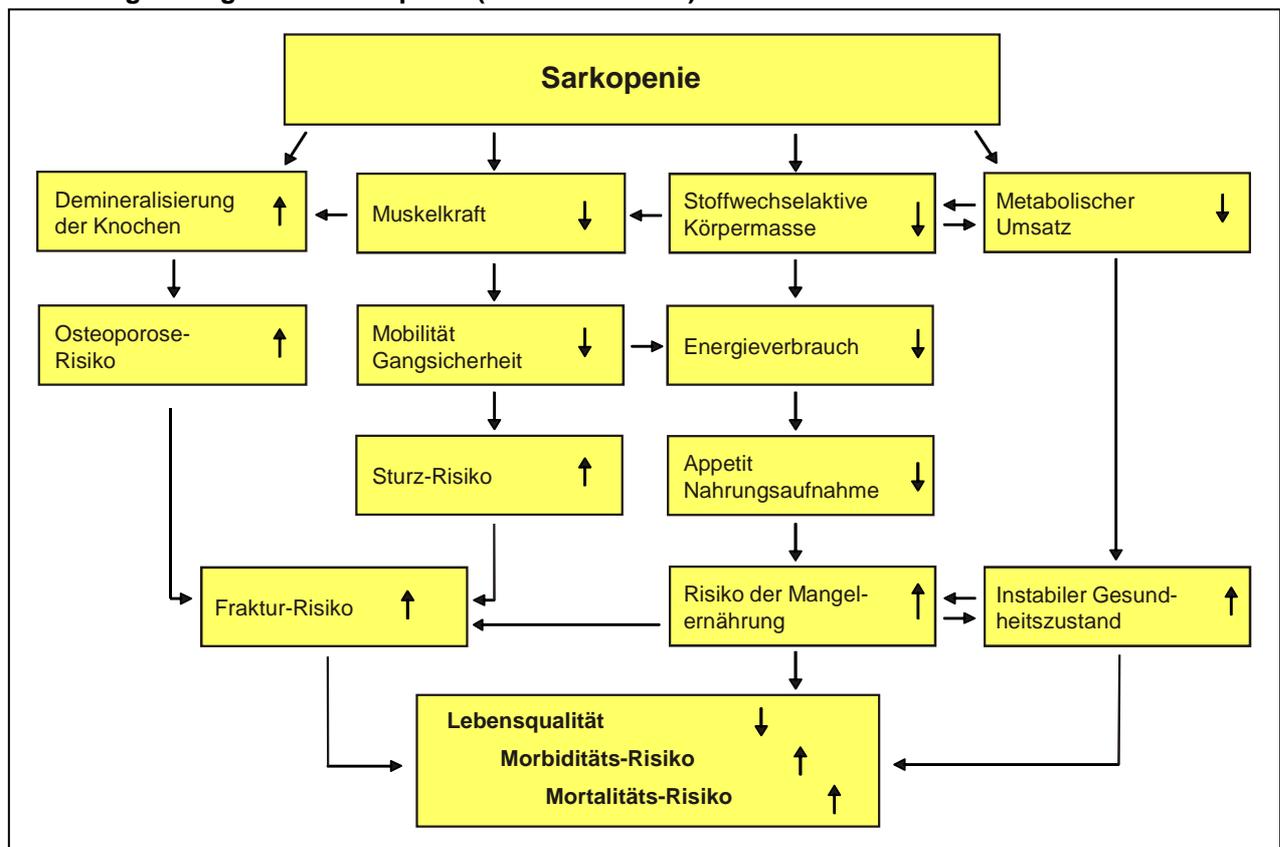
## Beweglichkeit fördern, Stürze vermeiden, Mangelernährung vorbeugen – das Projekt PATRAS (Paderborner Trainingsprogramm für Senioren)

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, 2000; Roubenoff und Castaneda, 2001) 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.

Abbildung 1: Folgen der Sarkopenie (Möllenhoff 2005)



Der Erhalt der Muskelmasse bzw. -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 bzw. eine größere Muskelaktivität geht mit einem höheren Energiebedarf 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 Altenheimbewohnern und betreut lebenden 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 Senioren nahmen 46 Senioren (37 Frauen und 9 Männer), mit zum Teil erheblichen funktionellen, wie auch teilweise zusätzlich kognitiven Einschränkungen, aus 3 Senioreneinrichtungen, an einem Muskelkräftigungsprogramm über 16 Wochen (insgesamt 32 Trainingseinheiten) regelmäßig teil. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 83,7 Jahre. Der älteste Teilnehmer war 97 Jahre alt.

In allen drei Einrichtungen wurde das Trainingsprogramm zweimal wöchentlich im jeweils hauseigenen Gymnastik- bzw. Gruppenraum durchgeführt. Die Dauer einer Trainingseinheit betrug einschließlich kommunikativer und sozialer Anteile ca. 1 Stunde. Zwischen den Trainingstagen lag mindestens ein trainingsfreier Tag zur Regeneration. Das Training enthielt vor allem Kraft- und Koordinations- bzw. 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 4 vorher festgelegten Zeitpunkten eine performance-test-battery, bestehend aus 6 funktionellen Tests, durchgeführt. Darüber hinaus wurde bei allen Probanden Blut entnommen, die Körperzusammensetzung gemessen (BIA), eine umfassende Befragung zur Beweglichkeit, zum gesundheitlichen Zustand und subjektiven Gesundheitsempfinden vorgenommen und die Ernährungsgewohnheit erfasst.

### **Ergebnisse und Schlussfolgerungen**

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

Eine besondere Problematik ergab sich allerdings aus den fehlenden sportlichen Vorerfahrungen und der großen Heterogenität der Trainingsteilnehmer/innen.

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 Stoffwechselzusammenhänge 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 (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.