

Impressum

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

Redaktion und Bearbeitung

Gunnar Geuter
Alfons Holleder

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

Layout und Verlag

LIGA.NRW

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

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

Düsseldorf, Februar 2011

ISBN 978-3-88139-174-0

Gesundheit durch Bewegung fördern

Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis.

Inhalt

Geleitwort

Gunnar Geuter und PD Dr. Alfons Holleederer	7
---	---

A) Grundlagen der Bewegungsförderung

1. Zusammenhang von körperlicher Aktivität mit physischer und psychischer Gesundheit – eine Einführung Prof. Dr. Klaus Völker	9
2. Körperliche Inaktivität, Alltagsaktivitäten und Gesundheit Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer und Eszter Füzéki	13
3. Empfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität Prof. Dr. Sylvia Titze und Dr. Pekka Oja, PhD	18
4. Prävalenz der körperlichen (In-)Aktivität als Basis für eine setting- und zielgruppenspezifische Bewegungsförderung Dr. Karim Abu-Omar, Dr. Peter Gelius und Prof. Dr. Alfred Rütten	23
5. Verhaltensänderungsmodelle und ihre Implikationen für die Bewegungsförderung Anke Stark und Prof. Dr. Reinhard Fuchs	27
6. Bewegungsförderung – Evidenzen und Perspektiven Dr. Charlie Foster, PhD und Dr. Philip Baker, PhD	31
7. Qualität und Evaluation in der Bewegungsförderung Prof. Dr. Petra Kolip	34

B) Bewegungsförderung im Lebenslauf

8. Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter Dr. Freia De Bock	39
9. Bewegungsförderung im Erwachsenenalter Annelie Reicherz und Prof. Dr. Wolfgang Schlicht	44
10. Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen Gunnar Geuter und PD Dr. Alfons Holleederer	47

C) Zielgruppenspezifische Bewegungsförderung

11. Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten Annika Frahsa, Dr. Karim Abu-Omar und Prof. Dr. Alfred Rütten	51
12. Gender Mainstreaming in der Bewegungsförderung Ass.Prof. Dr. Rosa Diketmüller	59

D) Bewegungsförderung im Setting

13. Bewegungsförderung im Kindergarten Prof. Dr. Alexander Woll und Annette Payr	63
14. Bewegungsförderung in der Schule Prof. Dr. Roland Naul, Dorothee Schmelt und Dr. Dirk Hoffmann	70
15. Bewegungsförderung im Betrieb – ein wichtiger Baustein der multifaktoriell konzipierten Betrieblichen Gesundheitsförderung Dr. Sonja D. Stoffel, Dr. Ferdinand Gröben, Dr. Nicolaas P. Pronk, PhD und Prof. Dr. Klaus Bös	74

16. Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung	
Monique Faryn-Wewel und PD Dr. Alfons Hollederer	77
17. Bewegungsförderung im Sportverein	
PD Dr. Michael Tiemann.....	81
18. Bewegungsförderung auf kommunaler Ebene	
Dr. Jens Bucksch, Dr. Thomas Claßen und Prof. Dr. Sven Schneider.....	86
19. Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung	
Dr. Annett Horn, Dr. Michaela Brause und Prof. Dr. Doris Schaeffer	90
20. Bewegungsförderung in der Rehabilitation	
Wolfgang Geidl, Jana Hofmann und Prof. Dr. Klaus Pfeifer	94
E) Bewegungsförderung in Europa	
21. Methoden und Beispiele der Förderung körperlicher Aktivität in Europa – politische Strategien, Programme und Interventionen	
Dr. Pekka Oja, PhD, Paul Kelly und Prof. Dr. Sylvia Titze	99

Geleitwort

Gunnar Geuter und PD Dr. Alfons Holleederer

Der Zusammenhang zwischen körperlichem Aktivitätsverhalten und Gesundheit ist in weiten Teilen sehr gut erforscht: Regelmäßige körperliche Aktivität ist nachweislich gesundheitsfördernd und gilt als integraler Bestandteil eines gesunden Lebensstils.

Allerdings bewegt sich die Bevölkerung in Deutschland über alle Altersgruppen hinweg noch zu wenig und schöpft das gesundheitsförderliche Potential von körperlicher Aktivität nicht aus. Viele Menschen werden von den Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit nicht erreicht. Körperliche Inaktivität hat sich zu einem Public Health Problem entwickelt. Vor diesem Hintergrund sind Forschung, Praxis und Politik aufgefordert, Strategien der Bewegungsförderung zu entwickeln sowie wirksame und qualitätsgesicherte Maßnahmen zu etablieren.

Das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) möchte als Herausgeber der vorliegenden Publikation hierzu einen Beitrag leisten. Systematisch wurden für die Bewegungsförderung relevante theoretische Grundlagen, epidemiologische Befunde, Methoden und Kriterien von Interventionsansätzen sowie Beispiele der Förderung körperlicher Aktivität zusammengestellt. Zentrale Empfehlungen für die Forschung und Praxis sowie Literaturempfehlungen ergänzen zur weiteren Vertiefung des jeweiligen Themas die Beiträge.

Die Übersichtsarbeit ist in fünf Abschnitte gegliedert:

- A) Grundlagen der Bewegungsförderung
- B) Bewegungsförderung im Lebenslauf
- C) Zielgruppenspezifische Bewegungsförderung
- D) Bewegungsförderung im Setting
- E) Bewegungsförderung in Europa

Die vorliegende Publikation zielt darauf, wissenschaftlich abgesicherte Hinweise für die Formulierung von Gesundheits-/Bewegungszielen und bevölkerungsbezogene Empfehlungen zu geben. Sie können als Grundlage für die Entwicklung und Etablierung entsprechender Maßnahmen zur Bewegungsförderung dienen. Die Publikation wurde gefördert durch die Bundesrepublik Deutschland und entstand im Rahmen der Aktivitäten des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.

Weitere Informationen zum Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen finden Sie auf den Internetseiten des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen unter der Adresse www.zfb.nrw.de. Dort können Sie sich auch über aktuelle Veranstaltungen und weitere Publikationen des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen informieren.

Die vorliegende Veröffentlichung wurde in dieser Form und Vielfalt der Themen durch die Mitarbeit zahlreicher Expertinnen und Experten ermöglicht. Ihnen sei an dieser Stelle herzlichst gedankt!



A) Grundlagen der Bewegungsförderung

1. Zusammenhang von körperlicher Aktivität mit physischer und psychischer Gesundheit – eine Einführung

Prof. Dr. Klaus Völker
Institut für Sportmedizin, Universitätsklinikum
Münster

Bewegung ist Leben. Dieser einfache Satz, dem jeder sicherlich zustimmen wird, ist primär sehr übergreifend für viele Lebensbereiche gemeint, gilt aber auch im engeren Sinne, wenn man den Begriff Bewegung auf die Motorik reduziert. Körperliche Aktivität und in ihrer intensivierten Variante der Sport, werden immer mit Gesundheit assoziiert. Blendet man bei diesem Urteil die Bilder erschöpfter, ausgepowerter Sportler aus, basiert also diese positive Attribuierung auf dem Erscheinungsbild junger, dynamischer, vor Energie strotzender sportlicher Menschen? Ist denn überhaupt der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit auch mit harten wissenschaftlichen Daten zu belegen?

Bei der Suche nach wissenschaftlichen Antworten auf diese Frage stößt man sehr schnell auf grundlegende Probleme. Die erste Frage bezieht sich auf den

Endpunkt der Betrachtung, die Gesundheit selbst. Wie wird sie definiert und vor allen Dingen, wie wird sie operationalisiert, damit man wissenschaftlich mit ihr „rechnen“ kann. Die globale WHO-Gesundheitsdefinition: „Zustand völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“ enthält viele subjektive Komponenten. In der Ottawa-Charta wurde die Betrachtung modifiziert, Gesundheit wird als Gleichgewichtszustand angesehen, der auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum lokalisiert ist und von Gesundheitsrisiken und Gesundheitsressourcen bestimmt wird. Diese Betrachtungsweise erlaubt bessere Ansätze für die biologische Forschung. Unter dem Blickwinkel der Gesundheitsrisiken (drohende Erkrankungen, Risikofaktoren), bieten sich zur Operationalisierung vielfältige Parameter an. Die Medizin bietet eine Vielzahl von Normwerten, die zur Identifizierung der Grenze zwischen gesund und krank dienen können (zum Beispiel Blutdruckwerte, Cholesterinspiegel, Entzündungszeichen et cetera, aber auch Parameter der psychischen Gesundheit). Viele methodische Ansätze, vor allem in der interventionellen Forschung, bedienen sich dieser Parameter. Auf dieser Ebene sind aber auch Forschungsansätze angesiedelt, die sich nicht nur um die Endpunkte kümmern, die sich in den Parametern widerspiegeln, sondern die auch nach den zur Erkrankung führen-

den Mechanismen fragen. Ein aktuelles Beispiel ist die Aufklärung der Zusammenhänge zwischen dem Bauchfett und den daraus resultierenden Erkrankungen, wie Zuckerkrankheit oder Hochdruck. Dies hat auch schon zu praktischen Konsequenzen geführt, nämlich zur Messung des Bauchumfanges im Rahmen des Risikoscreenings. In dieses Bezugsfeld fallen auch Forschungsergebnisse, die die Interaktion zwischen muskulärer Aktivität und Gehirnfunktion zu erhellen versuchen.

Der epidemiologische Forschungsansatz greift einerseits parameterbasierte Gesundheits-Endpunkte auf, geht aber auch zum Teil darüber hinaus. Wegen der Schwierigkeit, die Vielzahl quantitativer Gesundheitsparameter bezüglich ihrer Wirkung auf die Gesundheit zu hierarchisieren, verlegen sich viele epidemiologische Studien auf die sogenannten „harten Endpunkte“: manifeste Erkrankungen, wie Herzinfarkt, Krebs, et cetera oder Tod.

Neben der Frage nach den Parametern der Gesundheit muss auch die Frage nach den Parametern der Bewegung gestellt werden. Ansätze der Quantifizierung von Bewegung reichen von Selfreports, wie Fragebögen und Protokollen, über Schrittzähler und Accelerometer bis hin zur Messung von Herzfrequenz und Sauerstoffaufnahme. In aufsteigender Reihenfolge erlauben derartige Messwerte eine immer differenziertere Betrachtung der körperlichen Aktivität und einen Einstieg in eine Kategorisierung nach Intensität. Andere Ansätze versuchen gar nicht erst die Aktivität selbst zu quantifizieren, sondern beschäftigen sich mit der letztendlichen Auswirkung der Aktivitäten auf das Organsystem. Sie betrachten als Endprodukt der Aktivität das Niveau der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit. Die unüberschaubare Vielfalt körperlicher Aktivität macht es schwierig, sie untereinander zu vergleichen und in ihrer gesundheitlichen Wertigkeit im Einzelnen zu würdigen. Als kleinster gemeinsamer Nenner verschiedenster körperlicher Aktivitäten finden sich in vielen Studien, die Bewegung quantifizieren, der Kalorienverbrauch in kcal oder das metabolische Äquivalent, ausgedrückt in MET.

Die wissenschaftlichen Daten, die den Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Gesundheit beschreiben, sind vielfältig und eindeutig und erreichen einen sehr hohen Evidenzgrad. Körperliche Aktivität zeigt positive Korrelationen mit der Gesundheit, Inaktivität negative. Körperliche Aktivität ist ein starker und umfassender Schutzfaktor für die Gesundheit, mit vielfältigen direkten und indirekten Wirkungen. Inaktivität wird heute als eigenständiger und unabhängiger Risikofaktor für viele Zivilisationserkrankungen eingestuft. Eine Auflistung der Nachweise über die positiven gesundheitlichen Effekte

von Bewegung und Sport würde den Rahmen dieser Abhandlung sprengen. Zur Andeutung der Dimensionalität der Effekte sei auf Risikoreduktionen hingewiesen, die in vielen Fällen einstellige Prozenträge überschreiten. So liegt die Risikoreduktion für eine Reihe von Krebserkrankungen bei im Mittel 25 %, für Herz-Kreislaufkrankungen bei 40–50 % und für die Stoffwechselerkrankungen, zum Beispiel bei Diabetes, sogar bei 80 %. Auch die Einflüsse auf die Mortalität bewegen sich in nahezu ähnlichen Dimensionen. Bei der Aufklärung der Mechanismen sind einige Kausalketten schon erkennbar, von einem profunden Erklärungsmodell ist man jedoch in den meisten Fällen noch weit entfernt.

Die sich aus diesen Erkenntnissen ableitenden Schlussfolgerungen sind relativ einfach. Wer etwas für seine Gesundheit tun will, muss sich bewegen. Über die Mindestmaße gibt es schon relativ genaue Vorstellungen; ab wann es zu viel wird, darüber gibt es grobe Anhaltspunkte (vgl. S. 18ff). Die Art der Bewegung in der Primärprävention scheint zweitrangig, gewinnt aber in der Zweitprävention und für den therapeutischen Einsatz von Bewegung wieder an Bedeutung.

Versucht man, das Ausmaß der spontanen Alltagsaktivität in das Wirkspektrum gesundheitsfördernder Aktivitäten einzuordnen, so liegt dies in den meisten Fällen außerhalb, sprich unterhalb des Wirkspektrums. Gesundheit durch körperliche Aktivität gibt es also nicht en passant, sondern körperliche Aktivität und Sport müssen bewusst initiiert und in den alltäglichen Tagesablauf implementiert werden. Am besten wäre es, wenn Bewegung dauerhaft zu einem integralen Bestandteil der Alltagsaktivität würde.

Infokasten 1**Zentrale Ergebnisse**

- Bewegung, selbst reduziert auf die körperliche Aktivität, ist Leben.
- Gesundheit als Gleichgewicht zwischen Risiken und Ressourcen ist schwer zu quantifizieren.
- Körperliche Aktivität lässt sich bedingt quantifizieren und über den Energieverbrauch (kcal/MET) vergleichen.
- Der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit ist auf hohem Evidenzniveau gesichert.
- Inaktivität gilt als eigenständiger unabhängiger Risikofaktor.
- Körperliche Aktivität ist ein potenter Schutzfaktor mit bemerkenswerter Größenordnung in der Senkung des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos.

Infokasten 2**Empfehlungen für die Forschung**

- mehr epidemiologische Forschung, die der Differenziertheit der Adressatengruppen gerecht wird
- mehr Forschung mit wissenschaftlich anspruchsvollem und kompetitionsfähigem Design
- mehr grundlagenwissenschaftliche Aufklärung der Wirkzusammenhänge
- stärkere Fokussierung der Dosis-Wirkungszusammenhänge
- Aufklärung des genetischen und des selbstinduzierten Anteils der Gesundheit
- Aufklärung der gesellschaftlichen und sozialen Cofaktoren der Gesundheit

Infokasten 3**Empfehlungen für die Praxis**

- Umsetzung von mehr wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis
- Entwicklung spezifischer adressatengerechter Angebote
- Schaffung niederschwelliger Eingangsvoraussetzungen
- Suche nach Zugangswegen für alle Gesellschafts- und Bildungsschichten
- Einbezug des öffentlichen Raumes als Bewegungsraum
- Forcierung von bewegungsintensiven Elementen der Alltagsaktivität

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **American College of Sports Medicine (ACSM) & American Heart Association (AHA). Physical Activity & Public Health Guidelines. Verfügbar unter: <http://www.acsm.org> [28.2.2011].**
eine Zusammenstellung der aktuellen Empfehlungen mit Hintergründen und Begründungszusammenhängen für verschiedene Altersgruppen
- **Halle, M., Schmidt-Trucksäss, A., Hambrecht, R. & Berg, A. (2008) Sporttherapie in der Medizin. Stuttgart: Schattauer Verlag.**
Der Untertitel Evidenzbasierte Prävention und Therapie deutet auf den differenzierten Inhalt, der Grundlagen für die Wirkungsweise und die Effekte auf aktuellem wissenschaftlichen Niveau liefert.
- **Rost, R. (Hrsg.). (2001). Lehrbuch der Sportmedizin. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.**
umfassendes Lehrbuch mit Einblicken in viele Themenfelder in einer auch für relative Laien gut verständlichen Sprache

Literatur

Borg, I. (1984). Das additive Konstantenproblem der multidimensionalen Skalierung. Zeitschrift für Sozialpsychologie, 15, 248-253.

Brandtstädter, J., Krampen, G. & Warndorf, P.K. (1985). Entwicklungsbezogene Handlungsorientierungen und Emotionen im Erwachsenenalter. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 17, 41-52.

Döbert, R. & Nunner-Winkler, G. (1984). Abwehr und Bewältigungsprozesse in normalen und kritischen Lebenssituationen. In E. Olbrich & E. Todt (Hrsg.), Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen (S. 259-295). Berlin: Springer.

Giesecke, H. (1985). Wozu noch Jugendarbeit? Die Jugend, 27 (3), 1-7.

Olbrich, E. & Todt, E. (Hrsg.). (1984). Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen. Berlin: Springer.

Schenk-Danzinger, L. (1977). Entwicklungspsychologie (11., neubearbeitete Aufl.). Wien: Österreichischer Bundesverlag.

Suler, J. (1999). The psychology of avatars and graphical space. The Psychology of Cyberspace. Verfügbar unter: <http://users.rider.edu/~suler/psy cyber/psyav.html> [26.3.2002]

Szagun, G. (1980). Sprachentwicklung beim Kind. München: Urban & Schwarzenberg.

Korrespondenzadresse

Universitätsklinikum Münster
Institut für Sportmedizin
Horstmarer Landweg 39
48149 Münster
E-Mail: klaus.voelker@ukmuenster.de

2. Körperliche Inaktivität, Alltagsaktivitäten und Gesundheit

Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer und
Eszter Füzéki
Abteilung Sportmedizin, Goethe Universität
Frankfurt

Einführung

Um die „gesundheitlichen Wohltaten“ einer aktiven Lebensführung wissen wir schon lange. Obwohl schon aus den fünfziger Jahren Informationen über den Einfluss von Alltagsaktivitäten auf gesundheitsrelevante Einflussfaktoren vorlagen, zum Beispiel aus den bahnbrechenden Studien von Morris (Morris et al., 1953), galt anfänglich das Augenmerk der bewegungsbezogenen Gesundheitsforschung vorrangig den sportlichen und eher intensiven körperlichen Aktivitäten (Murphy et al., 2010). Daran anknüpfend haben internationale Experten die Bedeutung sportlicher Betätigungen mit höherer Intensität für die Gesundheit in den Vordergrund gestellt (Murphy et al., 2010). In der weiteren Entwicklung entstanden zunehmend Forschungsansätze, die ihre Fragestellungen auf vielfältige Formen körperlicher Aktivität ausgeweitet haben. Aus diesen Untersuchungen wird zunehmend klar, dass auch Aktivitäten mit niedrigerer Intensität gesundheitsfördernd sein können (Murphy et al., 2010). Nach unseren heutigen Erkenntnissen sind für Gesundheitsbenefits der Umfang der Bewegung und nicht isoliert einzelne Komponenten wie Dauer, Häufigkeit, Intensität oder Typ ausschlaggebend (Kokkinos und Myers, 2010). In anderen Worten, maßgeblich ist die durch Bewegung verbrauchte Gesamtenergiemenge (Powell et al., 2011). Dies impliziert, dass auch Bewegung mit niedriger Intensität von großer Bedeutung sein kann, vorausgesetzt sie findet häufig und über eine längere Zeit statt.

Methode

Der vorliegende Beitrag basiert auf einer kritischen Würdigung internationaler empirischer Arbeiten unter Berücksichtigung von Metaanalysen mit hohem Evidenzgrad.

Gesundheitsrisiken durch langes Sitzen

Aktuelle Empfehlungen internationaler Fachgremien (WHO Global Recommendations on Physical Activity for Health, Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008) zur körperlichen Aktivität befürworten die Akkumulation von 150 Minuten Aktivität von moderater Intensität pro Woche. Auf fünf Tage verteilt würde dies 30 Minuten pro Tag bedeuten. Diese Richtlinien lassen es offen, wie man – mit acht Stunden Schlaf rechnend – die restlichen 15,5 Stun-

den des Tages verbringen soll (Hamilton et al., 2008). Jüngste Forschungsergebnisse zeigen aber, dass genau dies eine wichtige Rolle spielen kann. Immer mehr Hinweise identifizieren langes Sitzen als ein ernstzunehmendes Gesundheitsrisiko, und dies möglicherweise unabhängig von zusätzlich stattfindender moderater körperlicher Aktivität. In der internationalen Literatur firmiert dieses Phänomen unter „active couch potato“ (Owen et al., 2010). Langes Sitzen geht nach einer aktuellen Teilstudie des US-amerikanischen National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) mit erhöhten kardiometabolischen und inflammatorischen Risikofaktoren einher (Healy et al., 2011). Frühere Studien haben auch gezeigt, dass durch langes Sitzen das Risiko von Übergewicht (Shields und Tremblay 2008) und metabolischem Syndrom (Dunstan et al., 2005; Sisson et al., 2009) steigt. Zusätzlich kommt es zu einer Zunahme des Mortalitätsrisikos (Dunstan et al., 2010; Katzmarzyk et al., 2009). Healy und Kollegen haben in ihren aktuellen Studien aber auch gezeigt, dass Unterbrechungen des Sitzens die gesundheitsschädigenden Wirkungen des Sitzens mildern können (Healy et al., 2008; Healy et al., 2011).

Physiologie der Inaktivität

Mit den physiologischen Hintergründen und Modellen dieses sedentären Verhaltens befasst sich die sogenannte Physiologie der Inaktivität (inactivity physiology) (Hamilton et al., 2004), die in anderen Arbeiten als „sedentary physiology“ (Tremblay et al., 2010) bezeichnet wird. Im Fokus stehen dabei die Folgen sedentären Verhaltens ($MET \leq 1,5$) auf molekularer, physiologischer und klinischer Ebene, unabhängig von den physiologischen Effekten körperlichen Trainings. Zentrale Studien dieses Arbeitsgebietes beschreiben den negativen Effekt reduzierter Muskelaktivität auf metabolische Biomarker wie Lipoproteinlipase (LPL), ein Protein mit erheblichem Einfluss auf die Triglyceride und das HDL-Cholesterin, und belegen einen ungünstigen Einfluss auf die Insulinsensitivität. Schon länger bekannt sind negative Konsequenzen sedentären Verhaltens auf den Mineralgehalt des Knochens (Tremblay et al., 2010).

Was bedeutet Inaktivität? Was ist „sedentary“?

Die neuen Erkenntnisse um die Gesundheitsrisiken sedentären Verhaltens wie zum Beispiel des langen Sitzens, machen es notwendig und innovative Bewegungsmessinstrumente machen es möglich, diese Begriffe neu zu definieren. Lange wurden Personen als „inaktiv“ bezeichnet, wenn sie sich nicht ausreichend mit moderater oder hoher Intensität bewegt haben, beziehungsweise wenn sie die jeweilig aktuellen Empfehlungen zur körperlichen Aktivität nicht erreicht haben. Die Global Recommendations on

Physical Activity for Health der Weltgesundheitsorganisation definiert Inaktivität als "Fehlen von körperlicher Aktivität oder Training" („Physical inactivity: An absence of physical activity or exercise“) (WHO, 2010). In ähnlicher Weise werden in einer neuen deutschen Studie diejenigen „Nicht-Beweger“ genannt, „die selbsteingeschätzt keine körperlichen Aktivitäten bei denen man etwas außer Atem kommt ausüben“ (Rütten et al., 2009, S. 245).

Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen physiologischen Mechanismen, die sedentären Verhaltensmustern zu Grunde liegen und der unterschiedlichen gesundheitlichen Auswirkungen fordern jetzt immer mehr Experten, dass langes Sitzen auf der einen Seite und nicht ausreichendes Bewegen mit moderater Intensität auf der anderen Seite differenziert betrachtet werden müssen (Pate et al., 2009; Hamilton et al., 2007). Pate und Kollegen schlagen daher folgende Definition vor: "Sedentary behavior refers to activities that do not increase energy expenditure substantially above the resting level and includes activities such as sleeping, sitting, lying down or watching television" (Pate et al., 2009). Diese Aktivitäten sind von einer Intensität von 1,0-1,5 MET. Leichte Aktivitäten dagegen, wie zum Beispiel langsames Gehen, Kochen oder Geschirrspülen verbrauchen 1,6-2,9 MET und sind getrennt zu betrachten.

Neue Bewegungsmessinstrumente, allen voran Accelerometer ermöglichen Bewegungsmuster und –Intensität objektiv und sehr genau zu erfassen. Je nach Gerät kann eine sehr große Spannbreite – von 50 count per minute (cpm) beim Sitzen bis zu 10.000 cpm beim Laufen – an Aktivität registriert werden (Matthews et al., 2008). Es zeichnet sich ein Konsens in der Definition von „sedentary time“ ab: der amerikanische National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES, zum Beispiel Healy et al., 2011; Matthews et al., 2008), The Senior Neighborhood Quality of Life Study (Buman et al., 2010) und die schwedische Attitude Behavior and Change Study (Hagströmer et al., 2010) definieren alle sedentary als weniger als 100 cpm.

Alltagsaktivitäten

Der Mensch ist ein geborener „Läufer“, Gehen ist seine ursprünglichste Art der Bewegung. Der Homo erectus hat noch Gehstrecken bis zu 15 km täglich zurückgelegt (Cordain et al., 1998), war aber kein Sprinter (Bramble und Liebermann, 2004). Heutzutage legen wir einen Bruchteil dieser Distanzen zurück, dennoch ist Gehen von großer Public Health-Relevanz. Gehen ist mit wenigen Ausnahmen für fast jeden geeignet. Es ist eine risikoarme und niedrig-

schwellige Aktivität, die keine besonderen Fähigkeiten oder Ausrüstung erfordert und sich leicht in den Alltag integrieren lässt. Zahlreiche Studien belegen die positiven Effekte des Gehens auf das körperliche und mentale Wohlbefinden (Murtagh et al., 2010; Weuve et al., 2004; Smith et al., 2010). Auch regelmäßiges Fahrradfahren bringt viele gesundheitliche Benefits, stärkt vor allem das Herz-Kreislaufsystem und schont gleichzeitig die Gelenke (Andersen et al., 2000). Fahrradfahren kann auch zum Gewichtsmanagement beitragen (Lusk et al., 2010). Treppensteigen statt Fahrstuhlfahren kann relativ leicht in den Alltag integriert werden und verbessert kardiovaskuläre Marker (Meyer et al., 2010). Die Gesundheitseffekte anderer nicht sportlicher Aktivitäten, wie zum Beispiel Haushaltsaktivitäten, werden hingegen selten separat ermittelt, da diese Tätigkeiten in den meisten Studien mit anderen nicht-sportlichen Aktivitäten, wie zum Beispiel Gehen, Fahrradfahren und Treppensteigen zusammengefasst werden (Matthews et al., 2007). Der Scottish Health Survey aber fand, dass Haushaltsaktivitäten den psychologischen Stress mindern können (Hamer et al., 2009).

Schlussfolgerungen

Moderate körperliche Aktivität, einschließlich Sport, Training und Alltagsaktivitäten, bringt viele Gesundheitsbenefits. Die neuere Forschung liefert Hinweise darauf, dass sedentäres Verhalten, wie zum Beispiel langes, ununterbrochenes Sitzen ein Gesundheitsrisiko darstellt. Statt Sitzen kann schon leichte Aktivität, wie zum Beispiel Aufstehen, einige Schritte gehen, dieses Risiko mindern. Aufgrund aktueller Erkenntnisse sind Bewegungen mit moderater Intensität und das Einschränken langen Sitzens empfehlenswert.

Infokasten 1**Zentrale Ergebnisse**

- Bewegung mit moderater Intensität bringt bedeutende Gesundheitsbenefits.
- Niedrige körperliche Aktivität ist ein bekanntes Gesundheitsrisiko.
- Neu sind Erkenntnisse zu negativen Effekten langen Sitzens.
- Die Unterbrechung des Sitzens und schon geringe Muskelaktivitäten können die gesundheitsschädlichen Effekte sedentären Verhaltens mildern.

Infokasten 2**Zentrale Empfehlungen für die Forschung**

- Kann hohe kardiovaskuläre Fitness die negativen Effekte eines sedentären Lebensstils ausgleichen? Wie hoch muss sie sein?
- Dosis-Wirkungs-Zusammenhänge langen Sitzens und niedriger körperlicher Aktivität
- Sind die bei Erwachsenen gefundenen Zusammenhänge auch für Kinder und Jugendliche relevant?

Infokasten 3**Zentrale Empfehlungen für die Praxis**

- sektorenübergreifende Ansätze, um Integration von körperlicher Aktivität wie Gehen, Fahrradfahren et cetera in den Alltag zu erleichtern
- Empfehlungen für Stadtplanung, Transport und Mobilität
- Einschränkung des Sitzens als Public Health Empfehlung
- Empfehlungen für besonders gefährdete Berufsgruppen (zum Beispiel Berufsfahrer)
- Umgestaltung von Büro- und Schulmobiliar

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008., Part G, Section 1 All-Cause Mortality.**

umfassende Darstellung des aktuellen Wissenstandes zum Thema Gesundheitsbenefits körperlicher Aktivität mit unterschiedlicher Intensität, einschließlich Alltagsaktivitäten

- **Kokkinos, P., Myers, J. (2010). Exercise and physical activity: clinical outcomes and applications. Circulation, 122 (16), 1637-1648.**

ebenfalls umfassende Darstellung des aktuellen Wissenstandes zum Thema Gesundheitsbenefits körperlicher Aktivität mit unterschiedlicher Intensität, einschließlich Alltagsaktivitäten

- **Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, Healy GN, Owen N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism 35 (6), 725-740.**

Übersichtsarbeit über die Public Health-Relevanz von leichter beziehungsweise sitzender Aktivität

Literatur

- Andersen, L.B., Schnohr, P., Schroll, M. & Hein, H.O. (2000). All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Archives of Internal Medicine*, 160 (11), 1621-1628.
- Bramble, D.M. & Lieberman, D.E. (2004). Endurance running and the evolution of Homo. *Nature*, 432 (7015), 345-352.
- Buman, M.P., Hekler, E.B., Haskell, W.L., Pruitt, L., Conway, T.L., Cain, K.L., Sallis, J.F., Saelens, B.E., Frank, L.D. & King, A.C. (2010). Objective light-intensity physical activity associations with rated health in older adults. *American Journal of Epidemiology*, 172 (10), 1155-1165.
- Cordain, L., Gotshall, R.W., Eaton, S.B., & Eaton, S.B. (1998). Physical activity, energy expenditure and fitness: an evolutionary perspective. *International Journal Sports Medicine*, 19 (5), 328-335.
- Dunstan, D.W., Salmon, J., Owen, N., Armstrong, T., Zimmet, P.Z., Welborn, T.A., Cameron, A.J., Dwyer, T., Jolley, D., Shaw, J.E. & AusDiab Steering Committee (2005). Associations of TV viewing and physical activity with the metabolic syndrome in Australian adults. *Diabetologia* 48 (11), 2254-2261.
- Dunstan, D.W., Barr, E.L., Healy, G.N., Salmon, J., Shaw, J.E., Balkau, B., Magliano, D.J., Cameron, A.J., Zimmet, P.Z. & Owen, N. (2010). Television viewing time and mortality: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Circulation*, 121 (3), 384-391.
- Healy, G.N., Dunstan, D.W., Salmon, J., Shaw, J.E., Zimmet, P.Z., Owen, N. (2008). Television time and continuous metabolic risk in physically active adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 40 (4), 639-645.
- Healy, G.N., Matthews, C.E., Dunstan, D.W., Winkler, E.A. & Owen, N. (2011). Sedentary time and cardio-metabolic biomarkers in US adults: NHANES 2003-06. *European Heart Journal*, Jan 11. (Epub ahead of print).
- Hamilton, M.T., Hamilton, D.G. & Zderic, T.W. (2004). Exercise physiology versus inactivity physiology: an essential concept for understanding lipoprotein lipase regulation. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 32 (4), 161-166.
- Hamilton, M.T., Hamilton, D.G. & Zderic, T.W. (2007). Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease. *Diabetes*, 56 (11), 2655-2667.
- Hamilton, M.T., Healy, G.N., Dunstan, D.W., Zderic, T.W. & Owen, N. (2008). Too Little Exercise and Too Much Sitting: Inactivity Physiology and the Need for New Recommendations on Sedentary Behavior. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 2, 292-229.
- Hagströmer, M., Troiano, R.P., Sjöström, M. & Berri-gan, D. (2010). Levels and patterns of objectively assessed physical activity--a comparison between Sweden and the United States. *American Journal of Epidemiology*, 171 (10), 1055-1064.

- Hamer, M., Stamatakis, E. & Steptoe, A. (2009). Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey. *British Journal of Sports Medicine*, 43 (14), 1111-1114.
- Katzmarzyk, P.T., Church, T.S., Craig, C.L. & Bouchard, C. (2009). Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41 (5), 998-1005.
- Kokkinos, P. & Myers, J. (2010). Exercise and physical activity: clinical outcomes and applications. *Circulation*, 122 (16), 1637-1648.
- Lusk, A.C., Mekary, R.A., Feskanich, D. & Willett, W.C. (2010). Bicycle riding, walking, and weight gain in premenopausal women. *Archives of Internal Medicine*, 170 (12), 1050-1056.
- Matthews, C.E., Jurj, A.L., Shu, X.O., Li, H.L., Yang, G., Li, Q., Gao, Y.T. & Zheng, W. (2007). Influence of exercise, walking, cycling, and overall nonexercise physical activity on mortality in Chinese women. *American Journal of Epidemiology*, 165 (12), 1343-1350.
- Meyer, P., Kayser, B., Kossovsky, M.P., Sigaud, P., Carballo, D., Keller, P.F., Martin, X.E., Farpour-Lambert, N., Pichard, C. & Mach, F. (2010). Stairs instead of elevators at workplace: cardioprotective effects of a pragmatic intervention. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17 (5), 569-575.
- Morris, J.N., Heady, J.A., Raffle, P.A., Roberts, C.G. & Parks, J.W. (1953). Coronary heart-disease and physical activity of work. *Lancet*, 265 (6796), 1111-1120.
- Murphy, M.H., McNeilly, A.M. & Murtagh, E.M. (2010). Session 1: Public health nutrition: Physical activity prescription for public health. *Proceedings of the Nutrition Society*, 69 (1), 178-184.
- Murtagh, E.M., Murphy, M.H. & Boone-Heinonen, J. (2010). Walking: the first steps in cardiovascular disease prevention. *Current opinion in cardiology*, 25 (5), 490-496.
- Owen, N., Healy, G.N., Matthews, C.E. & Dunstan, D.W. (2010). Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 38 (3), 105-113.
- Pate, R.R., O'Neill, J.R. & Lobelo, F. (2008). The evolving definition of "sedentary". *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 36 (4), 173-178.
- Matthews, C.E., Chen, K.Y., Freedson, P.S., Buchowski, M.S., Beech, B.M., Pate, R.R. & Troiano, R.P. (2008). Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States, 2003-2004. *American Journal of Epidemiology*, 167 (7), 875-881.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.
- Powell, K.E., Paluch, A.E. & Blair, S.N. (2010). *Physical Activity for Health: What Kind? How Much? How Intense? On Top of What?* Annual Review of Public Health. Mar 17 (Epub ahead of print)
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Meierjürgen, R., Lutz, A. & Adlwarth, W. (2009). Was bewegt die Nicht-Beweger? Gründe für Inaktivität und Bewegungsinteressen von Personen mit einem bewegungsarmen Lebensstil. *Prävention und Gesundheitsförderung* 4, 245-250.
- Shields, M. & Tremblay, M.S. (2008). Sedentary behaviour and obesity. *Public Health Reports*, 19 (2), 19-30.
- Sisson, S.B., Camhi, S.M., Church, T.S., Martin, C.K., Tudor-Locke, C., Bouchard, C., Earnest, C.P., Smith, S.R., Newton, R.L., Rankinen, T. & Katzmarzyk, P.T. (2009). Leisure time sedentary behavior, occupational/domestic physical activity, and metabolic syndrome in U.S. men and women. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 7 (6), 529-536.
- Smith, T.L., Masaki, K.H., Fong, K., Abbott, R.D., Ross, G.W., Petrovitch, H., Blanchette, P.L. & White, L.R. (2010). Effect of walking distance on 8-year incident depressive symptoms in elderly men with and without chronic disease: the Honolulu-Asia Aging Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (8), 1447-1452.
- Tremblay, M.S., Colley, R.C., Saunders, T.J., Healy, G.N. & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 35 (6), 725-740.
- Weuve, J., Kang, J.H., Manson, J.E., Breteler, M.M., Ware, J.H. & Grodstein, F. (2004). Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *Journal of the American Medical Association*, 292 (12), 1454-1461.
- World Health Organization (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*.

Korrespondenzadresse

Goethe Universität Frankfurt
Abteilung Sportmedizin
Ginnheimer Landstraße 39
60487 Frankfurt
E-Mail: banzer@sport.uni-frankfurt.de

3. Empfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität

Prof. Dr. Sylvia Titze¹ und
Dr. Pekka Oja, PhD²

¹ Institut für Sportwissenschaft, Universität Graz
Österreich

² UKK Institute for Health Promotion Research,
Tampere, Finnland

Hintergrund

Es ist wissenschaftlich sehr gut dokumentiert, dass körperliche Aktivität weitreichende gesundheitliche Wirkungen hat, die maßgeblich zu einem Gesundheitsgewinn in der Bevölkerung führen. Die Bewegungsempfehlungen informieren über den Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit, es wird der Dosis-Wirkungszusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und gesundheitlichem Nutzen aufgezeigt und die Bevölkerung kann sich informieren, wie viel Bewegung und welche Bewegungsformen gesundheitswirksam sind. Wissenschaftlich überprüfte Bewegungsempfehlungen sind eine wichtige Grundlage für die Formulierung von Public Health Zielen, sie stellen eine abgesicherte Grundlage für Bewegungsförderungsmaßnahmen dar und sie sind ein Maßstab zur Erfassung der Entwicklung des Bewegungsverhaltens in der Bevölkerung.

Methode

Es wurden international und national veröffentlichte Bewegungsempfehlungen zusammengetragen sowie deren Hintergrunddokumente gesichtet.

Ergebnisse

Die am weitesten bekannte und durch gute Beweislage gestützte Bewegungsempfehlung zur Förderung von Public Health wurde vor mehr als zehn Jahren von den U.S. Centres for Disease Control and Prevention (CDC) und vom American College of Sports Medicine (ACSM) publiziert (Pate et al., 1995). Darin heißt es: „Jedem U.S. Bürger/jeder U.S. Bürgerin wird an den meisten oder allen Tagen der Woche insgesamt 30 Minuten oder mehr Bewegung mit mittlerer Intensität empfohlen“ (Pate et al., 1995, S. 404). Bewegungen mit mittlerer Intensität sind solche, bei denen man noch sprechen, aber nicht mehr singen kann. Diese Empfehlung wurde weltweit – auch in europäischen Ländern – übernommen.

Vor wenigen Jahren wurden – wiederum in den USA – zwei auf einer umfangreichen Datenlage basierende Bewegungsempfehlungen herausgegeben. Die Dokumente (Haskell et al., 2007; Nelson et al., 2007) wurden von der American Heart Association (AHA) und

vom ACSM publiziert. Die Empfehlung für Erwachsene lautete: „Zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit benötigen alle gesunden Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren zumindest 30 Minuten Ausdauerbelastungen mit mindestens mittlerer Intensität an fünf Tagen der Woche oder zumindest 20 Minuten Ausdauerbelastungen mit höherer Intensität an drei Tagen der Woche. Auch eine Kombination aus Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität ist geeignet, um die Bewegungsempfehlungen zu erfüllen“ (Haskell et al., 2007, S. 1425). In der Publikation wird ebenfalls angeführt, dass Bewegungen zur Aufrechterhaltung der Muskelkraft zweimal pro Woche durchgeführt werden sollen.

Der Inhalt der Bewegungsempfehlungen hat sich im Vergleich zu 1995 nicht geändert, aber es wurde deutlich darauf hingewiesen, dass eine Kombination von Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität mit den Bewegungsempfehlungen konform geht. Zudem wurde ausdrücklich auf die Erhaltung der Muskelkraft durch muskelkräftigende Übungen hingewiesen. Eine Neuerung der Publikation im Jahr 2007 war eine separate Bewegungsempfehlung für ältere Menschen, die inhaltlich den oben genannten Empfehlungen entsprach, jedoch zusätzlich spezielle Übungen für die Beweglichkeit und die Balance beinhaltete.

Das aktuellste Dokument wurde 2008 vom U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS) herausgegeben und basiert auf einer ausgedehnten Dokumentation der wissenschaftlichen Literatur (Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008). Die Empfehlungen für Erwachsene und ältere Menschen sind in Bezug auf die Gesamtdauer und Intensität denen aus dem Jahr 2007 ähnlich, jedoch mit dem Fokus auf dem Bewegungsumfang pro Woche (150 Minuten pro Woche) anstatt auf der Anzahl der Minuten pro Tag (Fünfmal 30 Minuten pro Woche). Das Dokument aus dem Jahr 2008 enthält auch spezifische Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, für Menschen mit Behinderung, für Schwangere und Frauen nach der Geburt. Zur Förderung der Gesundheit sollten Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 17 Jahren insgesamt mindestens 60 Minuten pro Tag mit zumindest mittlerer Intensität körperlich aktiv sein. Muskelkräftigende wie knochenstärkende Bewegungen werden ebenso empfohlen wie die Unterbrechung von Sitzphasen, die länger als 60 Minuten dauern.

Die Bewegungsempfehlungen basieren auf folgenden Grundsätzen:

- Jede Bewegung ist besser als keine Bewegung.
- Mit zunehmendem Bewegungsumfang (Dauer, Häufigkeit und Intensität der Bewegung) nimmt der

gesundheitliche Nutzen zu. „Der Zusatznutzen wird mit steigendem Trainingsumfang allerdings immer kleiner: Ab etwa 50 Jogging-Kilometern oder 5 Stunden Schwimmen pro Woche ist er kaum mehr vorhanden“ (Bundesamt für Sport BASPO et al., 2007, S. 10).

- Der gesundheitliche Nutzen regelmäßiger Bewegung ist größer als das Gesundheitsrisiko, das sich durch körperliche Aktivität ergeben könnte.
- Der gesundheitliche Nutzen ist größtenteils unabhängig vom Geschlecht und der ethnischen Zugehörigkeit.

Die U.S.-Bewegungsempfehlungen aus dem Jahr 2008 wurden 2010 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die weltweiten Bewegungsempfehlungen größtenteils übernommen.

Die Bewegungsempfehlungen ab 2007 widerlegen nicht die Bewegungsempfehlungen aus dem Jahr 1995, sie enthalten jedoch Präzisierungen und neue Elemente. Am herausstechendsten ist, dass auch Bewegung mit höherer Intensität empfohlen wird. Zudem werden kräftigende Übungen und Beweglichkeitsübungen *expressis verbis* genannt. Auf den Punkt gebracht wurde 1995 der Fokus auf Alltagsbewegungen mit mittlerer Intensität gelegt, während seit 2007 hervorgehoben wird, dass zusätzlich zu Bewegungen mit mittlerer Intensität Bewegungen mit höherer Intensität die Gesundheit fördern.

Die Bewegungsempfehlungen entwickelten sich aus den individuellen Empfehlungen zur Steigerung der Fitness zwischen 1970 und 1990 zu den heute bekannten Bewegungsempfehlungen zur Steigerung von Public Health. Die neuen Bewegungsempfehlungen enthalten Aktivitäten, die während der Arbeit, in der Freizeit, im und ums Haus oder während Wegen, um von A nach B zu gelangen, stattfinden. Insgesamt können alle Aktivitätszeiten ab mittlerer Intensität zusammengezählt werden, die zumindest durchgehend zehn Minuten lang ausgeführt werden.

Neue Beweislagen über den Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit werden fortlaufend publiziert und entsprechend muss die Gültigkeit der Bewegungsempfehlungen ständig überprüft werden. Vor allem Untersuchungen über den Dosis-Wirkungszusammenhang werden in Zukunft ermöglichen, für spezifische Gesundheitseffekte spezifische Bewegungsempfehlungen auszusprechen. Zwei wichtige Zukunftsthemen sind die Quantifizierung der Gesundheitsrisiken durch erhöhten Bewegungsumfang sowie

die gesundheitlichen Folgen eines überwiegend sitzenden (inaktiven) Lebensstils (vgl. S. 13ff). Bewegungsempfehlungen per se sind nicht ausreichend, das Bewegungsniveau auf Bevölkerungsebene zu erhöhen. Die Empfehlungen bieten jedoch wichtige Informationen zur Formulierung von Gesundheitszielen sowie zur Erstellung von Bewegungsmessinstrumenten. Die WHO publizierte in 2007 einen Leitfaden, wie man auf Bevölkerungsebene Bewegung fördern kann und WHO Europa veröffentlichte eine Broschüre, in der die notwendigen Schritte zur Umsetzung von Bewegungsförderungsmaßnahmen dargestellt werden (WHO Europe, 2007). Basierend auf den neuen Bewegungsempfehlungen entwickelten die USA einen nationalen Aktionsplan mit der Benennung von Strategien, wie eine Verhaltensänderung in den einzelnen Zielgruppen erreichbar ist. In manchen europäischen Ländern gibt es bereits einen nationalen Aktionsplan, in anderen ist er in Vorbereitung.

Schlussfolgerungen

Eine ständig zunehmende Beweislage ermöglichte es, den Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit zu präzisieren. Ausgehend von der für Public Health äußerst wichtigen Publikation der Bewegungsempfehlung im Jahr 1995, in der betont wird, dass nicht nur körperlich-sportliche Aktivität mit höherer, sondern auch Bewegung mit mittlerer Intensität gesundheitswirksam ist, wird heutzutage auch auf die Bedeutung von Bewegung mit höherer Intensität hingewiesen sowie massiv daran gearbeitet, wie man auf politischer Ebene konkrete Bewegungsförderungsmaßnahmen initiieren soll.

Infokasten 1**Zentrale Ergebnisse**

- Bewegungsempfehlungen werden herausgegeben, um zum einen die Beweislage über den Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit zusammenzufassen. Zum anderen informieren sie darüber, wie viel Bewegung und welche Bewegungsformen gesundheitswirksam sind.
- Die Bewegungsempfehlungen, die 1995 von CDC und ACSM veröffentlicht wurden, waren die ersten Empfehlungen, die auf einer umfangreichen wissenschaftlichen Beweislage beruhten. Zum ersten Mal wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Bewegungen mit mittlerer Intensität (also Bewegungen, bei denen man noch sprechen, aber nicht mehr singen kann) gesundheitswirksam sind.
- In den 2007 und 2008 aktualisierten Bewegungsempfehlungen gilt weiterhin Bewegung mit mittlerer Intensität als gesundheitswirksam, es werden explizit aber auch Bewegungen mit höherer Intensität empfohlen sowie muskelkräftigende, knochenstärkende und beweglichkeitsfördernde Aktivitäten. Zusätzlich bezieht sich die empfohlene Dauer der Aktivität auf die Woche und nicht mehr auf den Tag.
- Die Bewegungsempfehlungen aus dem Jahr 2008 enthalten Empfehlungen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene mittleren Alters, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Schwangere und Frauen nach der Geburt ihres Kindes.

Infokasten 2**Zentrale Empfehlungen für die Forschung**

- weitere Forschungen zum Thema Dosis-Wirkungsbeziehung mit sehr unterschiedlichen Bewegungsumfängen (Dauer, Häufigkeit und Intensität), um für spezifische Präventionen spezifische Bewegungsempfehlungen entwickeln zu können
- epidemiologische Bevölkerungsstudien über den Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit zur Verifizierung und Ausdifferenzierung der Bewegungsempfehlungen
- Forschungsarbeiten über die Gesundheitsrisiken durch regelmäßige körperlich-sportliche Aktivitäten
- Forschungsarbeiten über gesundheitliche Auswirkungen körperlicher Inaktivität
- mehr Interventionsstudien, um erfolgreiche Strategien zur Förderung regelmäßiger körperlicher Aktivität zu identifizieren

Infokasten 3**Zentrale Empfehlungen für die Praxis**

- Bewegungsempfehlungen sind eine notwendige, aber nicht ausreichende Strategie, das Bewegungsniveau auf Bevölkerungsebene zu erhöhen.
- Regionen und Länder müssen, basierend auf der Beweislage, landeseigene Bewegungsempfehlungen formulieren, die den Charakteristika der Bevölkerung und den räumlichen Gegebenheiten des Landes entsprechen.
- die Übersetzung der Bewegungsempfehlungen in einen nationalen Aktionsplan, der auch die Beiträge erfasst, die von anderen Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors geleistet werden können

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Verfügbar unter: <http://www.health.gov/paguidelines> [30.1.2011].**

Es handelt sich hierbei um das aktuellste und umfangreichste wissenschaftliche Dokument über die Gesundheitswirksamkeit körperlicher Aktivität.

- **US Department of Health and Human Services (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Verfügbar unter: <http://www.health.gov/paguidelines> [30.1.2011].**

Diese Bewegungsempfehlungen basieren auf dem oben genannten Dokument. Es werden Bewegungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche, Erwachsene mittleren Alters, ältere Menschen sowie für Menschen mit Behinderungen und Schwangere und Frauen nach der Geburt ihres Kindes zur Verfügung gestellt. Hinweis: Eine deutsche Fassung der Empfehlungen finden Sie unter: <http://www.fgoe.org/presse-publicationen/downloads/forschung/bewegungsempfehlungen/2010-04-28.1864800615> [30.1.2011].

- **WHO (2007). A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity : implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Verfügbar unter: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/PA-promotionguide-2007.pdf> [30.1.2011].**

Dieser Leitfaden enthält ein Kapitel über die Schlüsselemente erfolgreicher Bewegungsförderungspolitik, ein Drei-Schritt Rahmenmodell zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen sowie eine Aufstellung von Handlungsfeldern mit konkreten Themenvorschlägen.

Literatur

- Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz & Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (Hrsg.). (2009). Gesundheitswirksame Bewegung. (3. Auflage). Magglingen: BASPO.
- Haskell, W.L., Lee, I-M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thompson, P.D. & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health. Updated recommendations for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116, 1081-1093.
- Nelson, M.E., Rejeski, W.J., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, J.O., King, A.B., Macera, C.A. & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116, 1094-1105.
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G.W., King, A.C., Kriska, A., Leon, A.S., Marcus, B.H., Morris, J., Paffenbarger, R.S., Patrick, K., Pollock, M.L., Rippe, J.M., Sallis, J. & Wilmore, J.H. (1995). Physical Activity and Public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Verfügbar unter: <http://www.health.gov/paguidelines> [30.1.2011].
- US Department of Health and Human Services (2008). 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Verfügbar unter: <http://www.health.gov/paguidelines> [30.1.2011].
- WHO (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: World Health Organization. Verfügbar unter: www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf [30.1.2011].
- WHO (2007a). A Guide for Population-based Approaches to Increasing Levels of Physical Activity. Implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: World Health Organization. Verfügbar unter: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-promotion-2007.pdf> [30.1.2011].

WHO Europe (2007b). Steps to health. A European framework to promote physical activity for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf [30.1.2011].

WHO (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization. Verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf [30.1.2011].

Korrespondenzadresse

Universität Graz
Institut für Sportwissenschaft
Mozartgasse 14
8010 Graz
E-Mail: sylvia.titze@uni-graz.at

4. Prävalenz der körperlichen (In-) Aktivität als Basis für eine setting- und zielgruppenspezifische Bewegungsförderung

Dr. Karim Abu-Omar, Dr. Peter Gelius und Prof. Dr. Alfred Rütten
Institut für Sportwissenschaft und Sport,
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund

Seit Mitte der neunziger Jahre beziehen sich Public Health Empfehlungen für körperliche Aktivität nicht mehr nur auf den Bereich von Freizeit und Sport, sondern auch auf Bewegung im Alltag, zum Beispiel bei der Arbeit oder zum Transport. Dies hat dazu geführt, dass Fragebögen zur Erfassung des Bewegungsverhaltens auf Bevölkerungsebene entwickelt wurden, die körperliche Aktivität über alle Lebensbereiche abbilden (zum Beispiel der International Physical Activity Questionnaire). Über diese Fragebögen sind in den letzten Jahren erstmalig weltweit vergleichende Daten zu den Prävalenzen körperlicher Aktivität erhoben worden. Bei der Interpretation dieser internationalen Daten sind methodische Unterschiede in der Datensammlung und Probleme bei der sinngetreuen Übersetzung von Fragebogen-Items zu berücksichtigen.

Methode

Der vorliegende Beitrag stellt für die Zielgruppen Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen und sozial Benachteiligte Studienergebnisse zu den Prävalenzen von Bewegung und Inaktivität vor. Hierbei wird Bezug sowohl auf deutsche als auch international vergleichende Daten genommen. In der Darstellung der Ergebnisse wird unterschieden zwischen körperlicher Aktivität in allen Lebensbereichen und körperlicher Aktivität in der Freizeit oder beim Sport. Diese Unterscheidung ist von Bedeutung, da Untersuchungen in Abhängigkeit von dem Lebensbereich, für den körperliche Aktivität erhoben wurde, durchaus unterschiedliche Ergebnisse liefern können.

Daten für Deutschland stammen primär aus den Untersuchungen des Robert Koch-Instituts und der Deutschen Nicht-Beweger-Studie. Internationale Daten stammen von der Europäischen Kommission (Eurobarometer) und der Weltgesundheitsorganisation (Health Behaviour among School-aged Children Survey).

Ergebnisse

Kinder und Jugendliche

Für Deutschland hat der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) in den Jahren 2003 bis 2006 Daten zur körperlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahren erhoben. Bezogen auf den Bereich der sportlichen Aktivität bei Drei- bis Zehnjährigen konnte festgestellt werden, dass 77 % der Jungen und 75 % der Mädchen mindestens einmal in der Woche Sport treiben. Seltener oder nie Sport treiben 23 % der Jungen und 25 % der Mädchen. Bei Jugendlichen wurde erhoben, wie oft sie in der Woche in der Freizeit intensiv körperlich aktiv sind. Hier geben 90 % der Jungen und 79 % der Mädchen an, mindestens einmal in der Woche intensiv körperlich aktiv zu sein (Lampert et al., 2007).

Internationale Daten zur körperlichen Aktivität bei Kindern und Jugendlichen (im Alter von 11, 13 und 15 Jahren) stammen aus dem „Health Behaviour among School-aged Children (HBSC)“ Survey der Weltgesundheitsorganisation. In dieser Befragung wurde, angelehnt an die derzeit gültigen internationalen Empfehlungen, erhoben, welcher Anteil von Kindern und Jugendlichen angibt, mindestens 60 Minuten an körperlicher Aktivität pro Tag auszuüben. Im Ergebnis geben 26 % der Elfjährigen, 20 % der 13-Jährigen und 16 % der 15-Jährigen an, täglich 60 Minuten an körperlicher Aktivität auszuüben. Auch in dieser Befragung waren Jungen körperlich aktiver als Mädchen. Im internationalen Vergleich berichten Mädchen und Jungen in der Slowakei, Irland und Grönland über vergleichsweise hohe Raten an körperlicher Aktivität. Demgegenüber berichten Mädchen und Jungen in der Schweiz, Luxemburg und Russland über vergleichsweise niedrige Raten an körperlicher Aktivität. Deutsche Mädchen und Jungen üben nach diesen Daten vergleichsweise wenig körperliche Aktivität aus (Weltgesundheitsorganisation, 2008).

Erwachsene

In den letzten Jahren ist der Bewegungsstatus von Erwachsenen in einer ganzen Reihe von Untersuchungen erfasst worden. Für Deutschland hat der telefonische Bundesgesundheitsurvey 2003 die sportliche Aktivität der ab 18-Jährigen erfasst. Bei den Männern geben über 75 % der 18-29-Jährigen an, sportlichen Aktivitäten nachzugehen. Dieser Anteil sinkt über die Altersgruppen auf ca. 55 % bei den über 60-69-Jährigen. Für Frauen ergeben sich vergleichbare Zahlen (Lampert, Mensink und Ziese, 2005).

Europäische Daten zu körperlicher und sportlicher Aktivität entstammen den Eurobarometern. Körperliche Aktivität wurde über den IPAQ erhoben und die metabolischen Äquivalente wurden berechnet. Nach

diesem Survey sind Männer aktiver als Frauen und das Ausmaß körperlicher Aktivität nimmt mit dem Lebensalter ab. Im europäischen Vergleich machen Erwachsene in den Niederlanden, Deutschland und Luxemburg die höchsten Angaben zu ausgeübter körperlicher Aktivität, während Erwachsene in Nordirland, Schweden und Frankreich die niedrigsten Angaben machen (Rütten und Abu-Omar, 2004). In einem anderen Eurobarometer wurden Teilnahmeraten an sportlicher Aktivität erhoben. In Finnland und Schweden geben über 90 % der Erwachsenen an, sportlich aktiv zu sein. In Griechenland, Bulgarien, Portugal und Ungarn liegt dieser Anteil unter 50 %. In Deutschland geben in dieser Untersuchung 69 % der Erwachsenen an, sportlich aktiv zu sein (Europäische Kommission, 2010).

Ältere Menschen

Für Deutschland haben unter anderem die Bundesgesundheitsveys und die Nicht-Beweger-Studie Prävalenzen körperlicher Aktivität bei älteren Menschen ermittelt. Bei den Befragten ab 70 Jahren ermittelt der Bundesgesundheitsurvey eine Teilnahmerate an sportlicher Aktivität von ca. 40 % für beide Geschlechter (Lampert, Mensink und Ziese, 2005). In der Nicht-Beweger-Studie gaben über 30 % der Befragten ab 70 Jahren an, weder an sportlichen noch an körperlichen Aktivitäten mit mindestens moderater Intensität teilzunehmen (Rütten et al., 2007).

Prävalenzen körperlicher Aktivität älterer Menschen in Europa sind über den Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE) erhoben worden. Nach den Ergebnissen berichten 9 % der Männer und 15 % der Frauen über 50 Jahre, keinerlei moderate oder intensive körperliche Aktivität auszuüben (Aro, Avendano und Mackenbach, 2005).

Sozial Benachteiligte

Neben dem Geschlecht und dem Lebensalter gelten Bildung und Einkommen als wichtige Determinanten

körperlicher Aktivität. In Deutschland sind über die Daten des Bundesgesundheitsveys 2003 Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und Sozialschicht ermittelt worden. In der schwächeren sozialen Schicht treibt fast die Hälfte der Männer und Frauen keinen Sport, während in der oberen sozialen Schicht weniger als ein Drittel der Männer und Frauen nicht sportlich aktiv ist (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft körperliche Aktivität, 2005).

Über das EUROTHINE-Projekt sind die sozialen Gradienten körperlicher Aktivität in verschiedenen europäischen Ländern abgebildet worden. Während von den 16-64-Jährigen Männern im höchsten Bildungsquartil 27 % einen inaktiven Lebensstil besitzen, liegt dieser Prozentsatz bei denjenigen im niedrigsten Bildungsquartil bei 51 %. Für Frauen liegen die entsprechenden Werte bei 34 % (höchstes Bildungsquartil) gegenüber 57 % (niedrigstes Bildungsquartil). Das Projekt hat bei deutschen Männern im europäischen Vergleich überdurchschnittlich deutliche soziale Gradienten im Bezug auf körperliche Aktivität ermittelt (Demarest et al., 2007).

Schlussfolgerungen

Der Vergleich aktueller Prävalenzen körperlicher und sportlicher Aktivität wird durch methodische Unterschiede zwischen den Datenerhebungen und die Verwendung unterschiedlicher Fragebögen zur Erfassung körperlicher Aktivität erschwert. Über die verschiedenen Altersgruppen zeigt sich für Deutschland, dass mit dem Alter die Teilnahme an körperlichen und sportlichen Aktivitäten abnimmt. Im internationalen Vergleich ergibt sich für Deutschland ein uneinheitliches Bild. Deutsche Erwachsene berichten im europäischen Vergleich über hohe Raten an körperlicher Aktivität. Demgegenüber deuten die Daten der WHO für deutsche Kinder und Jugendliche nur durchschnittliche Raten an körperlicher Aktivität an. Soziale Gradienten bei der Ausübung sportlicher Aktivität sind sowohl in Deutschland als auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Es sollte unterschieden werden zwischen Prävalenzen **körperlicher Aktivität in allen Lebensbereichen** und **körperlicher Aktivität in der Freizeit und beim Sport**.
- **Methodische Unterschiede** in der Datenerhebung erschweren den Vergleich von Studienergebnissen.
- **Männer** sind körperlich und sportlich aktiver als **Frauen** und über das **Lebensalter** hinweg nimmt die Teilnahme an körperlichen und sportlichen Aktivitäten bei beiden Geschlechtern ab.
- Höhere **Bildung** und höheres **Einkommen** sind Determinanten körperlicher und sportlicher Aktivität.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Eine **Standardisierung** der **Erhebungsmethoden** zur Erfassung körperlicher und sportlicher Aktivität würde den Vergleich von Studienergebnissen erleichtern.
- Neben der **subjektiven Selbsteinschätzung** sollte der Einsatz von **objektiven Messinstrumenten** weiter erprobt werden.
- Der Aufbau eines **Gesundheitsmonitorings** für körperliche Aktivität vereinfacht die Abbildung von **zeitlichen Veränderungen** in Prävalenzen körperlicher Aktivität.
- **Prävalenzen** körperlicher Aktivität von **sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen** sollten häufiger erfasst werden.

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- Bei der **Erhebung von Daten** zu körperlicher Aktivität sollte auf **standardisierte Messinstrumente** zurückgegriffen werden.
- Tendenziell **überschätzen** Teilnehmer an **Befragungen** das Ausmaß eigener körperlicher Aktivität.
- **Vergleiche von Prävalenzen** körperlicher Aktivität über **verschiedene Studien** hinweg sind nur eingeschränkt möglich.
- Die **Erhebung** körperlicher Aktivität von **sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen** bedarf einer sorgfältigen **methodischen Planung**.

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Physical activity questionnaires used in the general population and for older adults. Medicine & Science in Sport & Exercise. Supplement zu Volume 29, Nr. 6, 1997.**
Übersicht über mehr als 30 Befragungsinstrumente zur Erfassung körperlicher Aktivität und deren Gütekriterien
- **Europäische Kommission (2010). Spezial-Eurobarometer 334 / Welle 72.3. Sport und körperliche Betätigung. Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_de.pdf [17.2.2011].**
aktuelle Prävalenzen körperlicher und sportlicher Aktivität in Europa
- **Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS). Verfügbar unter: www.kiggs.de [17.2.2011].**
aktuelle Prävalenzen körperlicher und sportlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
- **Robert Koch-Institut. Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie. Verfügbar unter: www.rki.de (Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie) [17.2.2011].**
aktuelle Prävalenzen körperlicher und sportlicher Aktivität von Erwachsenen in Deutschland

Literatur

- Aro, A.R., Avendano, M. & Mackenbach, J. (2005). Health behaviour. In: A. Börsch-Supan, A. Brugiavini, H. Jürges, J. Mackenbach, J. Siegrist & G. Weber (Hrsg.), Health, ageing, and retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Institute for the Economics of Aging.
- Demarest, S., Roskam, A.J., Cox, B., Regidor, E., van Oyen, H., Mackenbach, J.P. & Kunst, A. (2007). Socio economic inequalities in leisure time physical activity. In: The Eurothine Project. Tackling Health Inequalities in Europe: An integrated approach EU-ROTHINE (S. 442-454). Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_16_frep_en.pdf [17.2.2011].
- Europäische Kommission (2010). Spezial-Eurobarometer 334 / Welle 72.3. Sport und körperliche Betätigung. Brüssel: TNS Opinion & Social.
- Lampert, T., Mensink, G.B.M., Romahn, N. & Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 634-642.
- Lampert, T., Mensink, G.B.M. & Ziese, T. (2005). Sport und Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 48, 1357-1364.
- Robert Koch-Institut (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 26 - Körperliche Aktivität. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2004). Prevalence of Physical Activity in the European Union. Sozial- und Präventivmedizin, 49, 281-289.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Adlwarth, W. & Meierjürgen, R. (2007) Bewegungsarme Lebensstile. Zur Klassifizierung unterschiedlicher Zielgruppen für eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivierung. Gesundheitswesen, 69, 393-400.
- Weltgesundheitsorganisation (2008). Inequalities in young people's health. HBSC international Report. Kopenhagen: WHO Regional Office.

Korrespondenzadresse

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
 Institut für Sportwissenschaft und Sport
 Gebbertstraße 123b
 91054 Erlangen
 E-Mail: karim@sport.uni-erlangen.de

5. Verhaltensänderungsmodelle und ihre Implikationen für die Bewegungsförderung

Anke Stark und Prof. Dr. Reinhard Fuchs
Institut für Sport und Sportwissenschaft,
Universität Freiburg

Wenn man weiß, warum manche Menschen regelmäßig körperlich aktiv sind, während andere von sportlicher oder körperlicher Aktivität nichts wissen wollen, lassen sich gezielte Maßnahmen zur Bewegungsförderung entwickeln. Zur Erklärung für regelmäßiges Sport- und Bewegungsverhalten sind verschiedene psychologische Ansätze entwickelt worden, wobei Struktur-, Prozess- und Stadienmodelle zu unterscheiden sind:

- Strukturmodelle sind statische Abbilder des Einflussgeschehens; in ihnen wird die Kausalbeziehung zeitlich überdauernder psychischer oder sozialer Zustände spezifiziert, von denen angenommen wird, dass sie regelmäßiges Sport- und Bewegungsverhalten zu beeinflussen vermögen.
- Prozessmodelle beschreiben dagegen die Dynamik psychologischer Vorgänge, die dazu führen, dass eine Person Sport- und Bewegungsverhalten initiiert, aufrechterhält und gegebenenfalls wieder abbricht.
- Im Unterschied dazu betrachten Stadienmodelle keine individuellen Prozesse, sondern interindividuelle Unterschiede (differenziell-psychologische Perspektive). Postuliert werden hier diskrete Veränderungsstadien (stages of change), in denen sich eine Person im Hinblick auf ein bestimmtes Zielverhalten (Sport- und Bewegungsverhalten) befinden kann.

1. Strukturmodelle

Zu den für Sport- und Bewegungsverhalten wichtigsten Strukturmodellen zählen die Sozial-kognitive Theorie (Bandura, 2000), die Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1991) und die Theorie der Schutz-motivation (Rogers, 1985). Diese Strukturmodelle unterscheiden sich im Wesentlichen dadurch, dass jeweils andere Einflussgrößen für die Genese des regelmäßigen Sport- und Bewegungsverhaltens verantwortlich gemacht werden. Zu nennen sind hier insbesondere die Selbstwirksamkeit, die Konsequenzerwartungen, die subjektive Norm, die Risikowahrnehmung und die Verhaltensintention. Die drei genannten Theorien wurden in zahlreichen Untersuchungen zur Vorhersage des Sport- und Bewegungsverhaltens eingesetzt. Obgleich zentrale Annahmen der Modelle empirisch gut bestätigt werden konnten, bleibt ihr Erklärungspotential begrenzt. Der Anteil der aufgeklärten interindividuellen Varianz im Sport- und

Bewegungsverhalten liegt lediglich bei ca. 28-38%. Dies liegt unter anderem daran, dass in diesen Strukturmodellen mögliche volitionale Steuerungsgrößen (Planung, Handlungskontrolle) noch nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Mit den genannten Ansätzen lässt sich zwar die Intention zur Bewegung recht gut erklären, die Lücke zwischen dieser Intention und dem tatsächlichen Verhalten scheint jedoch nicht hinreichend spezifiziert zu sein. Derartige volitionale Aspekte finden in den Prozessmodellen stärkere Berücksichtigung.

2. Prozessmodelle

In Prozessmodellen werden diejenigen psychologischen Vorgänge genauer beschrieben, die zur Initiierung des Sportverhaltens, zu seiner Aufrechterhaltung und ggf. zu seinem Abbruch führen. Dabei handelt es sich – in Anlehnung an das Rubikon-Modell von Heckhausen (1989) – um prädezinale Prozesse der Intentionsbildung (Abwägen der Handlungsoptionen), präaktionale Prozesse der Handlungsinitiierung (Generieren von Implementierungsplänen), aktionale Prozesse der Handlungskontrolle (Einsatz von Strategien der Intentionsabschirmung) und postaktionale Prozesse der Handlungsbewertung (Reflexion der Konsequenzerfahrungen). Zu nennen sind hier insbesondere das Relapse Prevention-Modell (Marratt, 1985), das HAPA-Modell (Schwarzer, 1992) und das MoVo-Prozessmodell (Fuchs, 2007). Der „Klassiker“ aller gesundheitspsychologischen Prozessmodelle ist das Relapse Prevention-Modell; es wird aber heute zur Erklärung von Sport- und Bewegungsverhalten nur noch selten herangezogen. Sowohl das HAPA-Modell als auch das MoVo-Prozessmodell berücksichtigen neben motivationalen auch volitionale Einflussvariablen. Neben Implementierungsplänen betonen beide Ansätze den Einfluss des Barrierenmanagements (beziehungsweise der Bewältigungsplanung) auf die erfolgreiche Verhaltensumsetzung. Abweichungen zwischen beiden Modellen finden sich bei der unterschiedlichen Berücksichtigung von Aspekten der Selbstkonkordanz und der Konsequenzerfahrungen. Die im HAPA-Modell und im MoVo-Prozess-Modell postulierten Zusammenhänge der einzelnen Konstrukte konnten in verschiedenen Studien belegt werden.

3. Stadienmodelle

Stadienmodelle gehen davon aus, dass im Prozess der Verhaltensänderung verschiedene Entwicklungsstadien zu unterscheiden sind, die aufeinander aufbauend in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen werden. So wird etwa im Transtheoretischen Modell (TTM) von Prochaska und DiClemente (1983) der Veränderungsprozess im Sportverhalten in fünf Stadien eingeteilt: Präkontemplation, Kontemplati-

on, Präparation, Aktion und Aufrechterhaltung. Das Berliner Stadienmodell (Fuchs, 2003) nimmt zum Teil ähnliche Stadien wie das TTM an, differenziert jedoch im postdeziionalen Bereich stärker. Zu den Stadienmodellen zählt auch das Precaution Adoption Process-Modell (PAPM) (Weinstein und Sandman, 1992), das aber im Bereich von Sport und Bewegung noch wenig zur Anwendung kam. Die Stadienmodelle sind vor allem für Interventionspraktiker von Nutzen: Sie ermöglichen den Einsatz „maßgeschneiderter Programme“ (tailored interventions) zur Sport- und Bewegungsförderung.

4. Implikationen für die Bewegungsförderung

Die Forschung zu den hier diskutierten Erklärungsmodellen erlaubt eine Reihe von Implikationen für eine effektivere Sport- und Bewegungsförderung:

- a. Um das Sport- und Bewegungsverhalten zu verändern, ist es nötig, die diesem Verhalten zugrundeliegenden psychologischen Steuerungsgrößen zu beeinflussen.
- b. Die für das Sport- und Bewegungsverhalten relevanten motivationalen Steuerungsgrößen werden vor allem in den oben genannten Strukturmodellen spezifiziert.
- c. Als kritisch erweisen sich hier insbesondere die Selbstwirksamkeit, die Konsequenzerwartungen, die Risikowahrnehmungen und die subjektive Norm. Sie können somit als primäre Zielgrößen des intervenativen Handelns zur Förderung der Sport- und Bewegungsmotivation betrachtet werden.

d. Den Prozessmodellen ist zu entnehmen, dass neben diesen motivationalen auch volitionale Einflussfaktoren an der Genese eines regelmäßigen Sport- und Bewegungsverhaltens beteiligt sind.

- e. Empirisch gut bestätigt ist insbesondere die Relevanz der volitionalen Implementierungspläne und der volitionalen Prozesse der Intensionsabschirmung (Barrierenmanagement, Bewältigungsplanung).
- f. Diese volitionalen Aspekte bei der Verhaltensinitiierung und -aufrechterhaltung sind in den bisherigen Programmen zur Sport- und Bewegungsförderung noch unzureichend berücksichtigt.
- g. Neuere Interventionsansätze mit Fokus auf volitionalen Steuerungsaspekten (zum Beispiel MoVoLISA) sind bei der Initiierung des neuen Verhaltens recht erfolgreich; hinsichtlich der Verstetigung dieser Verhaltensänderungen sind aber auch hier die Ergebnisse noch wenig befriedigend (Notwendigkeit von Booster-Interventionen).

Die Forschung zu den Stadienmodellen zeigt, dass es keine „Intervention für alle“ gibt, sondern dass Menschen an ganz unterschiedlichen Stellen in ihrer sport- und bewegungsbezogenen Verhaltensentwicklung stehen und dort mit „maßgeschneiderten Interventionen“ angesprochen werden müssen (differenzielle Intervention).

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Die wichtigsten **motivationalen Steuerungsgrößen** des Sport- und Bewegungsverhaltens sind bekannt.
- Auf der Ebene der **volitionalen Einflussfaktoren und Prozesse** scheinen vor allem Implementierungspläne und Strategien der Intensionsabschirmung relevant zu sein.
- Durch geeignete Programme gelingt es, Menschen zur **Initiierung** eines regelmäßigen Sport- und Bewegungsverhaltens zu veranlassen; über die Möglichkeiten zur **Verstetigung** dieser Verhaltensänderung (zum Beispiel durch Booster-Einheiten) wissen wir noch wenig.
- Auf spezifische Personengruppen abgestimmte Programme (**differenzielle Interventionen**) sind erfolgreicher als Breitband-Interventionen.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- stärkere Berücksichtigung **emotionaler Prozesse** bei der Erklärung des Sport- und Bewegungsverhaltens
- systematische Erforschung der Rolle der **sozialen Unterstützung** beim Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils
- tiefergehende Analyse der **Prozesse der Selbststeuerung** beim Auftreten innerer oder äußerer Verhaltensbarrieren (Wie funktioniert das Barrierenmanagement?)
- darauf aufbauend Entwicklung und Evaluation wirkungsvollerer Interventionen zur Stärkung der **volitionalen Kompetenz**
- Generierung und Erprobung effektiver **Booster-Interventionen** zur Verstetigung anfänglicher Verhaltensänderungen

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils erfordert **beides**: Stärkung der Motivation und Förderung der volitionalen Umsetzungskompetenz
- **Stärkung der Motivation** durch Herstellen von Problembewusstsein, personalisierte Risikoeinschätzungen, Abwägen des Pro und Contra, Selbstwirksamkeitstraining, Prüfung der Selbstkonkordanz und Reflexion der Konsequenzerfahrungen
- **Förderung der volitionalen Umsetzungskompetenz** durch Selbstbeobachtung, Goal-Setting, Implementierungspläne, Barrierenmanagement, Rhythmisierung und sozial-strukturelle Einbindung

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Fuchs, R. (2003). Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe.**
eine systematische Darstellung der theoretischen Ansätze und empirischen Forschungsbefunde; gut geeignet für Einsteiger zur ersten Orientierung in diesem Themenfeld
- **Fuchs, R., Göhner, W. & Seelig, H. (Hrsg.) (2007). Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Göttingen: Hogrefe.**
ein Sammelband, in dem ausgewiesene Experten den Stand der sport- und bewegungsbezogenen Interventionsforschung systematisch zusammentragen
- **Marcus, B., Williams, D., Dubbert, P., Sallis, J., King, A., Yancey, A., Franklin, B., Buchner, D., Daniels, S., Claytor, R. (2006). Physical activity intervention studies. What we know and what we need to know. Circulation, 114, 2739-2752.**
eine exzellente Zusammenfassung des internationalen Forschungsstands

Literatur

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Hrsg.), *Understanding and Changing Health Behavior. From Health Beliefs to Self-Regulation* (pp. 299-339). Amsterdam, NL: Harwood Academic Publishers.
- Fuchs, R. (2003). *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2007). Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 317-325). Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Marlatt, G. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G. Marlatt & J. Gordon (Hrsg.), *Relapse prevention* (pp. 3-70). New York: Guilford.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self change of smoking: Towards an integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Rogers, R. (1985). Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports*, 56, 179-182.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought control of action* (S. 217-243). Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Weinstein, N. & Sandman, P. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home random testing. *Health Psychology*, 11, 170-180.

Korrespondenzadresse

Universität Freiburg
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Schwarzwaldstraße 175
79117 Freiburg
E-Mail: anke.stark@sport.uni-freiburg.de

6. Bewegungsförderung – Evidenzen und Perspektiven

Dr. Charlie Foster, PhD¹ und

Dr. Philip Baker, PhD²

¹ British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford, Großbritannien

² School of Public Health, Queensland University of Technology, Queensland, Australien

Hintergrund

Angesichts der gut dokumentierten gesundheitlichen Konsequenzen körperlicher Inaktivität besteht ein wachsendes Interesse an der Förderung regelmäßiger körperlicher Aktivität und an entsprechenden Interventionen. Die wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der Effektivität von Interventionen zur Änderung des körperlichen Aktivitätsverhaltens Erwachsener lässt sich anhand der Ergebnisse randomisierter Kontrolluntersuchungen einschätzen.

Interventionsansätze zur Förderung der körperlichen Aktivität lassen sich dabei voneinander unterscheiden in:

- Individuumsbezogene Interventionen
- Bevölkerungsbezogene Interventionen

Die nachfolgende Zusammenfassung bietet einen ersten Überblick über die Evidenzlage zu beiden Ansätzen. Vorliegende Forschungsergebnisse werden miteinander verglichen und die forschungsbezogenen sowie praktischen Stärken, aber auch Schwächen der entsprechenden Interventionsansätze werden aufgezeigt.

Methode

Die wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der Effektivität sowohl von individuums- als auch von bevölkerungsbezogenen Interventionen wurde mit Hilfe eines standardisierten systematischen Überblicks sowie metaanalytischer Methoden untersucht. Dazu gehörten systematische Literaturrecherchen sowie die Durchsicht und Identifikation relevanter, spezifische Einschlusskriterien erfüllender Studien, die Extraktion von Daten aus Studien sowie entweder eine narrative oder quantitative Synthese ergebnisbezogener Daten.

Um in den Überblick aufgenommen zu werden, musste es sich bei den individuumsbezogenen Interventionsstudien um randomisierte Kontrolluntersuchungen („randomised control trials“ – RCT) handeln, in denen unterschiedliche Strategien der Motivation zu verstärkter körperlicher Aktivität bei körperlich

inaktiven, selbstständig lebenden Erwachsenen verglichen wurden. Ein mindestens sechs Monate langer Untersuchungszeitraum von Interventionsbeginn bis zum Vorliegen der Endergebnisse war dabei gefordert. Bei den bevölkerungsbezogenen Studien musste es sich ebenfalls um randomisierte Kontrolluntersuchungen handeln mit einer Minimaldauer von sechs Monaten vom Interventionsbeginn bis zum Vorliegen der Endergebnisse.

Mindestens zwei Gutachter bewerteten unabhängig voneinander sowohl die Qualität jeder Studie als auch die extrahierten Daten. Wenn erforderlich, wurden die Autoren der jeweiligen Untersuchung kontaktiert, um zusätzliche Informationen zu erhalten. Standardisierte Mittelwertdifferenzen und 95 %ige Konfidenzintervalle wurden für die kontinuierliche Messung der selbstberichteten körperlichen Aktivität und der kardiorespiratorischen Leistungsfähigkeit berechnet. Für Studien mit dichotomen Ergebnissen wurden Odds Ratios und 95 %ige Konfidenzintervalle berechnet. Die Studien wurden zudem untersucht nach Qualität und nach möglichen systematischen Verzerrungen.

Ergebnisse und Diskussion

Hinsichtlich der individuumsbezogenen Interventionen (19 Studien; 7598 Teilnehmer) wurde festgestellt, dass die Auswirkung auf die selbstberichtete körperliche Aktivität positiv und moderat war (gepoolte SMD nach dem Zufallseffektmodell 0,28 95 % KI 0,15-0,41). Dies traf auch auf die Effekte der Interventionen (11 Studien, 2195 Teilnehmer) zur kardiorespiratorischen Leistungsfähigkeit zu (gepoolte SMD nach dem Zufallseffektmodell 0,52 95 % KI 0,14-0,90). Festzustellen war zudem eine signifikante Heterogenität hinsichtlich der berichteten Effekte sowie eine Heterogenität in Bezug auf die Interventionen selber. Die Heterogenität bezüglich der berichteten Effekte war bei Studien höherer Qualität dann reduziert, wenn die körperliche Aktivität bei nur geringer professioneller Anleitung selbstgesteuert war und wenn eine kontinuierliche professionelle Begleitung existierte.

Was bevölkerungsbezogene Interventionen angeht, wurden 25 Studien gefunden, die in den Übersichtsartikel einbezogen wurden. Von den berücksichtigten Studien wurden 19 in Ländern mit hohem Einkommen auf Basis der wirtschaftlichen Klassifizierung der Weltbank durchgeführt, während die übrigen sechs Untersuchungen Länder mit geringem Einkommen betrafen. Die Interventionen variierten hinsichtlich der Anzahl der Strategien und der Intensität. Nahezu alle Interventionen beinhalteten einen Aufbau einer Partnerschaft mit lokalen oder nationalen Regierungsbehörden und Nichtregierungsorganisationen (22 Studien). Keine der Studien lieferte Ergebnisse

zu Aspekten sozialer Ungleichheit. Allerdings wurden von den in Ländern mit hohem Einkommen durchgeführten Studien elf Studien von den Autoren als auf deprivierte, benachteiligte Gruppen oder auf Gruppen mit niedrigem ökonomischen Status bezogen beschrieben. Die berichteten Wirkungen der Maßnahmen waren widersprüchlich. Einige der qualitativ höherwertigen Studien zeigten keine positiven Auswirkungen auf das körperliche Aktivitätsverhalten.

4. Schlussfolgerungen

Insgesamt wiesen individuumsbezogene Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität eine bessere Evidenzbasis auf als bevölkerungsbezogene Interventionen. Individuumsbezogene Interventionen hatten einen moderaten Effekt auf die selbstberichtete körperliche Aktivität, auf das Erreichen eines vorher festgelegten Niveaus körperlicher Aktivität und auf die kardiorespiratorische Leistungsfähigkeit.

Auf Grund der klinischen und statistischen Heterogenität der Studien lassen sich nur eingeschränkte Schlussfolgerungen bezüglich der Effektivität einzelner Komponenten der Interventionen ziehen. Schlussfolgerungen zur Effektivität bevölkerungsbezogener Interventionen werden insbesondere aus methodischen Aspekten erheblich erschwert. Die aktuelle

Evidenzbasis lässt derzeit keine eindeutigen Schlüsse zu, dass multimodale, bevölkerungsbezogene Interventionen im Hinblick auf die Steigerung körperlicher Aktivität effektiv sind. Es bedarf zukünftig Interventionsstudien mit gutem Design. Diese sollten einen Schwerpunkt auf die Qualität der Messung körperlicher Aktivität sowie auf die Häufigkeit der Messungen und auf die Abgrenzung von Interventions- und Kontrollgruppen legen. Es ist möglich, dass der Einsatz eines randomisierten, kontrollierten Designs sich für die Evaluation der Effektivität breiter und komplexer Public-Health-Interventionen weniger gut eignet als für Interventionen auf individueller Ebene.

Korrespondenzadresse

University of Oxford
British Heart Foundation Health Promotion Research Group
Old Road Campus
Roosevelt Drive, Headington,
Oxford, OX3 7LF
E-Mail: charlie.foster@dphpc.ox.ac.uk

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Es gibt Belege für die Effektivität individuumsbezogener Methoden zur Förderung der körperlichen Aktivität. Effektive Interventionsansätze kombinieren Selbststeuerung und professionelle Anleitung mit kontinuierlicher professioneller Begleitung und Unterstützung.
- Hinsichtlich der Belege für die Effektivität bevölkerungsbezogener Interventionen bestehen weiterhin Unsicherheiten. Diese basieren sowohl auf der geringen Qualität von Untersuchungsdesigns als auch auf mangelnden Belegen für die Wirksamkeit.
- Es besteht eindeutig die Notwendigkeit für Interventionsstudien mit gutem Design. Derartige Studien sollten sich auf qualitativ hochwertige Messungen der körperlichen Aktivität, die Häufigkeit der Messungen und die Abgrenzung von Interventions- und Kontrollgruppen konzentrieren.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Die Evidenzbasis wird durch folgende, das allgemeine Design und methodische Aspekte betreffende Punkte eingeschränkt: Die Rekrutierung motivierter Freiwilliger, die Probleme der Messung der körperlichen Aktivität mittels Selbstbericht, ein Mangel an Teilnehmern aus unterschiedlichen sozioökonomischen und ethnischen Gruppen sowie die Erhebung und Analyse von Daten zur Erzeugung einer Wirtschaftlichkeitsmetrik.
- Die Studien stützen sich oft weder auf Theorien noch auf Modelle, um das praktische Vorgehen im Rahmen der Intervention zu erklären.
- Es sind qualitativ hochwertige Untersuchungen mit größerer Probandenzahl, größerer Probandenvielfalt und längeren Nachbeobachtungszeiträumen erforderlich.
- Zukünftige Arbeiten sollten unterschiedliche Ansätze zur Förderung körperlicher Aktivität unter Einsatz neuer Technologien sowie webbasierter Instrumente und einer Mischung aus individuums- und bevölkerungsbezogenen Interventionen aufzeigen.

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- Individuumsbezogene Interventionen, die den betroffenen Personen eine professionelle Anleitung für die Aufnahme eines Trainingsprogramms und dann eine fortlaufende Begleitung bieten, sind hinsichtlich der Aufnahme körperlicher Aktivität möglicherweise effektiver.

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Foster, C., Hillsdon, M., Thorogood, M. (2005). Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews, Heft 1.**
Review zu individuumsbasierten Interventionen
- **Baker, P.R.A., Francis, D.P., Soares, J., Weightman, A.L., Foster, C. (im Druck) Community wide interventions for increasing physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews.**
Review zu bevölkerungsbezogenen Interventionen
- **Ogilvie, D., Foster, C., Rothnie, H., Cavill, N., Hamilton, V., Fitzsimons, C.F., Mutrie N. & Scottish Physical Activity Research Collaboration (2007). Interventions to promote walking: systematic review. British Medical Journal, 334 (7605),1204-1213.**
Review zu Interventionen zur Förderung des Spazierengehens beziehungsweise der aktiven Fortbewegung zu Fuß

7. Qualität und Evaluation in der Bewegungsförderung

Prof. Dr. Petra Kolip
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung,
Universität Bielefeld

Hintergrund

Interventionen im Feld der Bewegungsförderung sind komplexer geworden. Einfache individuenzentrierte Ansätze, die auf die Veränderung des individuellen Verhaltens durch Motivierung abzielen, werden durch eine Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Ansätzen ergänzt, etwa wenn Quartiere bewegungsfreundlicher gestaltet werden. Zunehmend werden auch andere Themenfelder in die Bewegungsförderung integriert (zum Beispiel Ernährung und Entspannung), so dass eine Öffnung zur breiter angelegten Gesundheitsförderung erfolgt. Mit Zunahme der Komplexität stellen sich auch neue Herausforderungen für die Qualitätsentwicklung und Evaluation (Kolip und Müller, 2009). Bislang konzentriert sich die Qualitätsdiskussion in der Bewegungsförderung vor allem auf Zertifizierungen (zum Beispiel „Sport pro Gesundheit“), aber auch andere Qualitätsaspekte sind von Bedeutung und sollen hier aufgezeigt werden.

Methode

Die in der Folge dargestellten Ergebnisse basieren auf einer Literaturrecherche zu Qualitätsdimensionen und -instrumenten der Bewegungs- und Gesundheitsförderung.

Ergebnisse

In der Gesundheitsförderung hat sich die Differenzierung von vier Qualitätsdimensionen bewährt: (1) Planungs-, Konzept- und Assessmentqualität, (2) Strukturqualität, (3) Prozessqualität und (4) Ergebnisqualität.

Die **Planungs-, Konzept- und Assessmentqualität** fokussiert auf die Entwicklungsgrundlagen einer Intervention. Typische Fragen sind hier:

- Ist der Bedarf sachlich dargestellt?
- Sind die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst, ist zum Beispiel geklärt, welche Art von Bewegung von Migrantinnen mit muslimischem Hintergrund gewünscht wird und welche Rahmenbedingungen erfüllt sein müssen, wenn etwa für diese Zielgruppe Schwimmkurse angeboten werden?
- Sind die Vorerfahrungen aus anderen Projekten angemessen berücksichtigt?

- Sind die wissenschaftlichen Grundlagen aufbereitet und wurde die Intervention theoriegestützt entwickelt?

Die **Strukturqualität** stellt die Rahmenbedingungen für eine Maßnahme in das Zentrum des Interesses. Hier werden unter anderem folgende Fragen gestellt:

- Sind der organisatorische und der institutionelle Rahmen angemessen? Besteht zum Beispiel die Möglichkeit, die Fenster eines Hallenbades für die Dauer eines Schwimmkurses mit muslimischen Frauen zu verhüllen?
- Sind die personellen und finanziellen Ressourcen ausreichend? Gibt es zum Beispiel eine türkisch sprechende Schwimmlehrerin?
- Sind die Aufgabenzuordnungen und Verantwortlichkeiten im Projektteam geklärt?

Ob eine Maßnahme wie geplant umgesetzt wurde, ist eine zentrale Frage der **Prozessqualität**, denn nicht selten treten bei der Umsetzung Schwierigkeiten auf. So ist bei dem oben genannten Beispiel denkbar, dass sich nur wenige Migrantinnen zum Kurs anmelden, weil Flyer für sie nicht die adäquate Methode zur Ansprache sind oder weil sie trotz der getroffenen Vorkehrungen Sorge haben, dass sie männlichen Blicken ausgesetzt sind. Es könnte auch passieren, dass die Nachbarschaft negativ auf die Aktion reagiert, so dass nicht eingeplanter Aufwand für die Kommunikations- und Überzeugungsarbeit geleistet werden muss. Hier ist auch das Projektmanagement von Interesse und die Frage, wie sich dieses mit Qualitätskriterien verbinden lässt. Zentrale Fragen sind hier:

- Wird das Projekt wie geplant umgesetzt?
- Gibt es Probleme mit dem Projektmanagement, mit der Kommunikation zwischen den Projektbeteiligten oder mit dem Kommunikationsfluss?
- Welche Hindernisse, aber auch welche förderlichen Bedingungen für eine erfolgreiche Umsetzung des Projektes lassen sich identifizieren?

Bei der **Ergebnisqualität** sind schließlich die Effektivität, also die Frage danach, ob die formulierten Ziele auch erreicht wurden und die Maßnahme wirksam ist, und die Effizienz, also das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Maßnahme von Bedeutung. Die Ergebnisqualität wird in der Regel in Evaluationsstudien erfasst und ist für die Beurteilung der Evidenz einer Maßnahme zentral. Leitfragen sind in diesem Kontext:

- Erreicht das Projekt die gesteckten Ziele? In unserem Beispiel also: Ist es gelungen, die vorab definierte Zahl von Migrantinnen für einen Schwimmkurs zu gewinnen? Haben sie das Schwimmen gelernt?

- In welchem Ausmaß werden die Ziele erreicht (Zielerreichungsgrad) und in welchen Bereichen?
- Sind die Ergebnisse nachhaltig, kann also zum Beispiel das Angebot einer „blickgeschützten“ Schwimmzeit über die Projektphase hinaus aufrecht erhalten werden?

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze der systematischen Qualitätsverbesserung aufgeführt. Die Instrumente und Qualitätssysteme fokussieren auf unterschiedliche Qualitätsaspekte mit dem Schwerpunkt Planungs- und Prozessqualität und sollen dem Leser, der Leserin einen Einstieg in die Qualitätsdiskussion erleichtern. Vorgestellt werden vor allem jene Ansätze, die sich in den vergangenen Jahren im deutschsprachigen Raum etabliert haben und sich in der Praxis bewährt haben:

- **Goal Attainment Scaling** ist ein Verfahren, das vor allem die Zielformulierung unterstützt (Schaefer und Kolip, 2010).
- **Partizipative Qualitätsentwicklung** bietet eine strukturierte Möglichkeit, die Bedürfnisse der Zielgruppe für Gesundheits- und Bewegungsförderung zu erfassen (Wright, 2010).
- **KEQ – Kapazitätsentwicklung im Quartier** ist eines der wenigen Instrumente, das die Strukturentwicklung durch Gesundheits- (und Bewegungs-) Förderung in das Zentrum rückt (Nickel und Trojan, 2009).
- Die **Good Practice-Kriterien** des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit bieten einen Reflexionsrahmen vor allem für die Planungsqualität, indem 12 Kriterien formuliert werden, die gute Gesundheitsförderungsangebote kennzeichnen (BZgA, 2010).
- Bei **QIP – Qualität in der Prävention** handelt es sich um ein externes Qualitätssicherungsverfahren, das es ermöglicht, im Rahmen eines Benchmarking-Verfahrens eine Einschätzung zu erhalten, wie das eigene Projekt im Vergleich zu anderen Projekten aus ähnlichen Bereichen in verschiedenen Qualitätsdimensionen abschneidet (Töppich und Lehmann, 2009).
- **Quint-essenz** ist schließlich ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem, das Projektmanagement mit Qualitätskriterien verbindet (Ackermann und Studer, 2009).

Darüber hinaus gibt es Ansätze der Zertifizierung, die sich auf Sport- und Bewegungsangebote beziehen (zum Beispiel „Sport pro Gesundheit“).

Schlussfolgerungen

Komplexe Evaluations- und Qualitätsentwicklungsansätze verlangen nach einer Entwicklung eines breiten Methodenrepertoires. Dieses muss qualitative und quantitative Ansätze miteinander verbinden und sollte sich der Methoden unterschiedlicher Disziplinen bedienen. Es sind auch für die komplexeren Ansätze Transferkonzepte für die Praxis zu entwickeln.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Komplexer werdende Interventionen der Bewegungsförderung, die sowohl auf eine Veränderung des Verhaltens als auch auf eine bewegungsförderliche Gestaltung der Umwelt abzielen, stellen **neue Herausforderungen** für Qualitätsentwicklung und Evaluation dar.
- In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Ansätze der **Qualitätsentwicklung** in der Gesundheitsförderung entstanden, die sich auch für die Bewegungsförderung nutzen lassen.
- Zentrale Qualitätsaspekte der Bewegungsförderung sind die Planungs-/Konzept-/Assessmentqualität sowie Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Komplexe Evaluations- und Qualitätsentwicklungsansätze verlangen nach einer Entwicklung eines **breiten Methodenrepertoires**.
- Dieses Methodenrepertoire muss **qualitative und quantitative Ansätze** miteinander verbinden und sollte sich der Methoden unterschiedlicher Disziplinen bedienen.
- Es sind auch für die komplexeren Ansätze **Transferkonzepte** für die Praxis zu entwickeln.

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- Die Einarbeitung in Maßnahmen der Qualitätsentwicklung ist zwar aufwändig, lohnt sich aber, da der Reflektionsprozess zu mehr **Arbeitsfreude** beiträgt.
- Maßnahmen der Qualitätsentwicklung sind unterschiedlich komplex; je nach Bedarf sind unterschiedliche Angebote verfügbar.
- Der **kollegiale Austausch** und die Nutzung von **Qualifikationsangeboten** unterstützen die eigene Qualitätsentwicklung.

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Kolip, P. & Müller, V.E. (Hrsg.). (2009). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern. Hans Huber.**
Petra Kolip und Veronika Müller geben in ihrem Sammelband einen Überblick über aktuelle Verfahren des Qualitätsmanagements und der Evaluation, die sich in den vergangenen Jahren im deutschsprachigen Raum in der Gesundheitsförderung etabliert haben. Sie gehen dabei auch auf die Chancen und Hindernisse der Qualitätsentwicklung und Evaluation ein und diskutieren die Vor- und Nachteile qualitativer und quantitativer Ansätze.
- **LIGA.NRW – Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (2010). Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de (Qualität in der Bewegungsförderung) [16.2.2011].**
Die Internetseite des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit richtet sich an Praktiker und Praktikerinnen der Gesundheits- und Bewegungsförderung und hat das Ziel, diese in die Qualitätsdiskussion einzuführen. Kernstück sind Steckbriefe unterschiedlicher Qualitätsverfahren, die unter anderem Auskunft geben über Entwicklungshintergrund und Prinzipien, Vor- und Nachteile und Aufwand der Einarbeitung.
- **Wright, M.T. (Hrsg.). (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.**
Der Einbezug der Zielgruppe in die Projekt- und Programmplanung, -durchführung und Evaluation gehört mittlerweile zur guten Praxis in der Gesundheits- und Bewegungsförderung. Die Arbeitsgruppe um Michael Wright am Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (WZB) hat hier umfangreiche Methoden erarbeitet und dokumentiert sie zusammen mit den Erfahrungen in diesem Band.

Literatur

- Ackermann, G., Studer, H. & Ruckstuhl, B. (2009). Quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In P. Kolip & V.E. Müller (Hrsg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (S. 137-156). Bern: Hans Huber.
- Kolip, P. & Müller, V.E. (Hrsg.). (2009). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.
- Nickel, S. & Trojan, A. (2009). Zur Messung von Kapazitätsentwicklung im Quartier: Konzept, Methode, Erfahrungen. In P. Kolip & V.E. Müller (Hrsg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (S. 279-293). Bern: Hans Huber.
- Schaefer, I. & Kolip, P. (2010). Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 33, 66-69.
- Töppich, J. & Lehmann, H. (2009). QIP – Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In P. Kolip & V.E. Müller (Hrsg.), Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (S. 223-238). Bern: Hans Huber.
- Wright, M.T. (Hrsg.). (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber.

Korrespondenzadresse

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 4 Prävention und Gesundheitsförderung
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld
E-Mail: petra.kolip@uni-bielefeld.de



B) Bewegungsförderung im Lebenslauf

8. Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter

Dr. Freia De Bock
Mannheimer Institut für Public Health,
Sozial- und Präventivmedizin sowie Klinik für
Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsme-
dizin Mannheim, Universität Heidelberg

Hintergrund

Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen ist mehr als nur die Prävention von Übergewicht und kardiovaskulären Krankheiten im Erwachsenenalter. Bewegungsförderung im Kindesalter bedeutet die Förderung kindlicher Entwicklung.

Bewegung ist von Natur aus ein Grundbedürfnis von Kindern, das – von einem Erforschungstrieb geleitet – den Kindern ermöglicht, Selbstbewusstsein (Ekeland, Heian und Hagen, 2005) emotionale Ausgeglichenheit und Körperkompetenz zu entwickeln. Bewegung ist wichtig für die kognitive Entwicklung, die Sprachentwicklung und für erholsamen Schlaf. Durch eine Langzeitstudie wurde zudem deutlich, dass die Lebensqualität von Jugendlichen von ihren frühkindlichen Bewegungsgewohnheiten abhängig ist (Wang et

al., 2008). Kinder, die sich viel bewegen, haben weniger psychische Beschwerden, eine bessere Insulinsensitivität, weniger Körperfett und niedrigere Serumlipid- und Blutdruckwerte als Kinder, die sich wenig bewegen. Bewegungsmangel erhöht zudem das Risiko für Übergewicht und Diabetes mellitus Typ 2. Nicht zuletzt ist Bewegung im Kindesalter auch Teil des Spiels mit anderen Kindern und damit Teil der Sozialentwicklung.

Viele Studien zum Bewegungsverhalten weltweit belegen jedoch, dass Kinder sich im Vergleich zu vor 20 Jahren objektiv und subjektiv gemessen immer weniger bewegen (Wilkinson, 2008), (Albon, Hamlin und Ross, 2008; Lampert et al., 2007; McDonald, 2007). Parallel hat die Prävalenz von kindlichem Übergewicht und Adipositas zugenommen und haben sich die koordinativen Fähigkeiten (Williams et al., 2008), Ausdauer und Fitness von Kindern verschlechtert. Gründe für diese Entwicklungen und damit Ansatzpunkte für Interventionen liegen in einem soziokulturellen Wandel unserer Gesellschaft (Technisierung des Transports, zunehmender Verkehr, TV/Computer). Das Bewegungsverhalten von Kindern ist zusätzlich abhängig vom Vorbild ihrer Eltern und generell von ihren sozialen Netzwerken inklusive Peergroup. Dies bedingt unter anderem, dass kindlicher Bewegungsmangel besonders in sozialen

Randgruppen wie Familien mit niedrigem sozialem Status oder Migrationshintergrund verbreitet ist.

Methoden

Die Inhalte dieses Beitrags fußen auf wissenschaftlichen Originalarbeiten, systematischen Reviews sowie eigener praktischer Erfahrung als Kinderärztin und Leiterin von Studien zu Bewegungsförderung im Kindergarten. Bezüglich der Effektivität von Bewegungsprogrammen beruht die Evidenz bisher zum Großteil auf Evaluationsstudien ohne randomisierte Designs und Studien aus dem angelsächsischen Raum. Damit können nur erste Hinweise gegeben werden, wie Bewegung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland effektiv verbessert werden kann.

Ergebnisse

Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter stößt auf eine sich in der Entwicklung zum Erwachsenen befindliche Zielgruppe. Daher müssen Bewegungsinterventionen an Alter und Entwicklung der Kinder adaptiert sein. Dies bezieht sich nicht nur auf die motorischen Fähigkeiten der Kinder, die zum Beispiel Voraussetzung für Vereinssport sind, sondern auch auf altersspezifische Determinanten von Bewegung als Ansatzpunkte von Interventionen. Wie viele Studien zeigen, ist vor allem der Übergang von präpubertärem Kind zu Jugendlichen mit abnehmender Bewegung verbunden (Basterfield et al., 2011; Corder, Ogilvie und van Sluijs, 2009). Daher sind auch die Empfehlungen zu täglichen Mindestzeiten in Bewegung altersabhängig.

Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter sollte einen systemischen Ansatz haben: Da Bewegung von Kindern zu einem wesentlichen Teil von der Größe ihres Spiel- und Bewegungsraums, dem Vorbild ihrer Umgebung und ihren sozialen Netzwerken abhängig ist, sollte die Lebenswelt der Kinder (KiTa, Schule) und das bestehende soziale Netz des Kindes in die Bewegungsförderung mit einbezogen werden. So belegen Studien, dass die Einbindung von Eltern und Peergroup zur Prävention von Übergewicht und zur Verhaltensänderung allgemein ausschlaggebend ist (Campbell et al., 2008; Stock et al., 2007; Trost, Fees und Dziewaltowski, 2008). Der optimalen Einbindung von Eltern stehen jedoch oftmals Barrieren entgegen, die von Programmen umgangen oder direkt adressiert werden können. Wenig untersucht ist bisher, welche Effekte reichhaltige soziale Kindernetze im Sinne einer Bewegungsförderung von Kind zu Kind haben.

Bei der Bewegungsförderung von Kindern sollte genutzt werden, dass die Lebensgewohnheiten der

Kindern oft noch nicht festgezurrt und sie über Spieltriebe von Natur aus zu Bewegung motiviert sind; eine möglichst frühe Prävention von Bewegungsmangel, die auf Etablierung gesunder Gewohnheiten und Öffnung von Bewegungsräumen setzt, scheint daher sinnvoll und nachhaltiger. Zum Erfolg von Bewegungsprogrammen bei unter fünfjährigen Kindern gibt es jedoch nur wenig Evidenz.

Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter ist zudem effektiver, wenn sie möglichst kontingent ist, das heißt, die lokalen Bedürfnisse und Ressourcen berücksichtigt. Dies ist möglich durch einen aktiven Einbezug von Multiplikatoren in den Lebenswelten der Kinder (=Settings, zum Beispiel KiTa, Schule). Im Kindes- und Jugendalter ist im Gegensatz zum Erwachsenenalter eine settingsbezogene Bewegungsförderung sehr gut umsetzbar, da ca. 90% der Kinder in Deutschland Kindergarten und Schule besuchen. Aus diesem Grund gibt es zur „kollektiven“ Bewegungsförderung von Kindern auch deutlich mehr Studien als zur individuellen.

Die Förderung von Bewegung im Kindes- und Jugendalter beruht auf den gleichen Grundsätzen und Theorien wie Gesundheitsförderung im Allgemeinen. Interventionen lassen sich unterteilen in folgende Ansätze:

1. Verhaltensänderung
2. Verhältnisänderung (Setting-Ebene)
3. Soziale Vernetzung („social support“)
4. Policy-Ansatz (politische Änderung der Verhältnisse).

Da Programme, die rein über den Bewegungsmangel und seine Folgen aufklären und informieren, in der Mehrheit nicht effektiv waren (Kamath et al., 2008), zielen viele aktuelle Studien auf eine Verhältnisänderung (Hannon und Brown, 2008) und bessere soziale Vernetzung zum Beispiel zwischen Gemeinde und Schule ab (van Sluijs, McMinn und Griffin, 2007). Im Rahmen von Übergewichtsprävention sind Bewegungs- oftmals mit Ernährungsbausteinen kombiniert, wodurch Aussagen über die reine Wirksamkeit der Bewegungsintervention erschwert sind.

Systematische Übersichtsartikel zur Bewegungsförderung in der Schule zeigen dass viele Bewegungsinterventionen bei Kindern wirkungslos blieben (Summerbell et al., 2005; van Sluijs, McMinn und Griffin, 2007). Eine Aussicht auf Erfolg wurde am ehesten Programmen bescheinigt, welche die gesamte Einrichtung umfassen, die vorgefundenen Verhältnisse in Betracht ziehen, Eltern und Familien als Vorbild mit einbeziehen (Dobbins et al., 2009; Salmon et al., 2007; van Sluijs, McMinn und Griffin, 2007) und Akti-

vitäten mit den Kommunen vernetzen. Bei Jugendlichen scheinen Bewegungsinterventionen insgesamt effektiver als bei Kindern, vor allem wenn die oben genannten Ansätze vereint werden (Mehr-Ebenenansatz) (van Sluijs, McMinn und Griffin, 2007). Das Hauptproblem der meisten Bewegungsinterventionen bleibt der Nachweis eines nachhaltigen Effekts, auch aufgrund kurzer Nachbeobachtungszeiten und subjektiver Zielparameter in Studien.

Schlussfolgerungen

Zukünftige Interventionen sollten an die soziale Zielgruppe angepasst werden, multiple Komponenten, Ansatzebenen und interne Bewegungseffekte in Kindergruppen nutzen, Eltern einbeziehen und durch Evaluationsstudien mit objektiven Zielparametern, kontrolliert-randomisierten Designs und umfassender Prozessevaluation wissenschaftlich ausgewertet werden.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Effektive Maßnahmen zur Bewegungsförderung müssen an Alter, Entwicklung und sozialen Hintergrund der Kinder angepasst sein.
- Ein Hauptproblem der bisherigen Studien zur Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter sind eine geringe Effektivität und die fehlende Nachhaltigkeit der Effekte.
- Interventionen über mehr als sechs Monate mit systemischem Ansatz und unter Einbezug von Eltern und Multiplikatoren in Kindergarten und Schule hatten die größten Effekte.
- Zukünftige wissenschaftliche Evaluationen sollten objektive Zielparameter, kontrolliert-randomisierte Designs und eine detaillierte Prozessdokumentation umfassen.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Evaluationen sollten möglichst objektiv gemessene Zielparameter erheben, adäquat für Confounder kontrollieren und Multi-Level-Effekte berücksichtigen.
- Reichweite, Dosis, Treue, Rekrutierung und Kontext der Intervention muss ausgewertet werden (REACH-Schema).
- Zukünftige Interventionen sollten auf nachhaltigen Strategien beruhen und längere Nachbeobachtungszeiten (>6 Monate) miteinbeziehen.
- Komplexe, nicht-standardisierte Interventionen mit multiplen Komponenten, partizipativem Ansatz und Einbezug der Eltern zeigen die besten Effekte im Kindergarten- und Schulalter.
- Zukünftige Interventionen sollten speziell soziale Randgruppen als Zielgruppe definieren und alltägliche Bewegung (zum Beispiel durch aktiven Transport) fördern.

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- Das Bewegungsverhalten von Kindern ist durch reine Aufklärung zu Bewegungsmangel und Folgen nicht nachhaltig veränderbar.
- Bei jungen Kindern kann Bewegung vor allem durch freies Spiel und die Öffnung von Bewegungsräumen gefördert werden.
- Bei Jugendlichen kann Bewegung am besten durch Interventionen mit systemischem und partizipativem Ansatz sowie Einbezug von Eltern und Multiplikatoren in der Schule gefördert werden.
- Interventionen zur Bewegungsförderung in Settings sollten mindestens sechs Monate andauern und auf Gewohnheitsbildung setzen.
- Bewegungsinterventionen, die auf soziale Randgruppen zugeschnitten sind, könnten aus der Sicht der Public Health einen großen Beitrag zur Förderung der Gesundheit von Kindern leisten.

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Ginsburg, K.R., Committee on Communications, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2007). The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *Pediatrics*, 119 (1), 182-191.**
Bericht der amerikanischen Gesellschaft für Kinderheilkunde (AAP) über den Wert von freiem Spiel für die kindliche Entwicklung, Gesundheit und Eltern-Kind-Beziehung. Die AAP nimmt darin Stellung zu einem soziokulturellen Wandel, der auch die Lebenswelten der Kinder in Deutschland mehr und mehr beeinflusst, und gibt Empfehlungen zu einer effektiven individuellen Förderung von aktivem Spiel.
- **Dobbins, M., De Corby, K., Robeson, P., Husson, H., Tirilis, D. (2009). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 1.**
Review nach dem Cochrane-Verfahren, das die Auswirkung von Bewegungsinterventionen auf Körpermaße, Bewegungsverhalten, Fernsehzeit, Blutfette und Blutdruck von 6-18-Jährigen Kindern in Schulen sehr detailliert beschreibt.
- **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 (8), 653-657.**
Der Review von Sluijs, McMinn und Griffin ist einer der wenigen Reviews, welche auch die Effektivität von Bewegungsförderung im Vorschulalter untersuchen.
- **O'Connor, T.M., Jago, R., Baranowski, T. (2009). Engaging parents to increase youth physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37 (2), 141-149.**
Elterneinbezug ist ausschlaggebend für den Erfolg von Bewegungsförderung bei Kindern aller Altersstufen. Dieser systematische Review beschreibt, welche Interventionsansätze für einen effektiven Einbezug von Eltern in Bewegungsförderung vielversprechend scheinen.

Literatur

- Albon, H.M., Hamlin, M.J. & Ross, J.J. (2008). Secular trends and distributional changes in health and fitness performance variables of 10-14-year-old children in New Zealand between 1991 and 2003. *British Journal of Sports Medicine*, 44, 263-269.
- Basterfield, L., Adamson, A.J., Frary, J.K., Parkinson, K.N., Pearce, M.S. & Reilly, J.J. (2011). Longitudinal study of physical activity and sedentary behavior in children. *Pediatrics*, 127, 24-30.
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N., Hughes, R. & Moore, L. (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *Lancet*, 371, 1595-1602.
- Corder, K., Ogilvie, D. & Van Sluijs, E.M. (2009). Invited commentary: Physical activity over the life course—whose behavior changes, when, and why? *American Journal of Epidemiology*, 170, 1078-1081.
- Dobbins, M., De Corby, K., Robeson, P., Husson, H. & Tiritis, D. (2009). School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 1.
- Ekeland, E., Heian, F. & Hagen, K. B. (2005). Can exercise improve self esteem in children and young people? A systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 792-798.
- Hannon, J.C. & Brown, B.B. (2008). Increasing preschoolers' physical activity intensities: an activity-friendly preschool playground intervention. *Preventive Medicine*, 46, 532-536.
- Kamath, C.C., Vickers, K.S., Ehrlich, A., MCGovern, L., Johnson, J., Singhal, V., Paulo, R., Hettinger, A., Erwin, P.J. & Montori, V.M. (2008). Clinical review: behavioral interventions to prevent childhood obesity: a systematic review and metaanalyses of randomized trials. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93, 4606-4615.
- Lampert, T., Mensink, G.B.M., Romahn, N. & Woll, A. (2007). Physical activity among children and adolescents in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2007, 634-642.
- McDonald, N.C. (2007). Active transportation to school: trends among U.S. schoolchildren, 1969-2001. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 509-516.
- Salmon, J.B.M., Phongsavan, P., Murphy, N., Timperio, A. (2007). Promoting physical activity participation among children and adolescents. *Epidemiologic Reviews*, 29, 144-159.
- Stock, S., Miranda, C., Evans, S., Plessis, S., Ridley, J., Yeh, S. & Chanoine, J.P. (2007). Healthy Buddies: a novel, peer-led health promotion program for the prevention of obesity and eating disorders in children in elementary school. *Pediatrics*, 120, 1059-1068.
- Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K.J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 3.
- Trost, S. G., Fees, B. & Dziewaltowski, D. (2008). Feasibility and efficacy of a „move and learn“ physical activity curriculum in preschool children. *Journal of Physical Activity and Health*, 5, 88-103.
- Van Sluijs, E.M., McMinn, A.M. & Griffin, S.J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *British Medical Journal*, 335, 703.
- Wang, H., Sekine, M., Chen, X., Yamagami, T. & Kagamimori, S. (2008). Lifestyle at 3 years of age and quality of life (QOL) in first-year junior high school students in Japan: results of the Toyama Birth Cohort Study. *Quality of Life Research*, 17, 257-265.
- Wilkinson, K.M. (2008). Increasing obesity in children and adolescents: an alarming epidemic. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 21, 31-36, 38.
- Williams, H.G., Pfeiffer, K.A., O'neill, J.R., Dowda, M., Mciver, K.L., Brown, W.H. & Pate, R.R. (2008). Motor skill performance and physical activity in preschool children. *Obesity (Silver Spring)*, 16, 1421-1426.

Korrespondenzadresse

Universität Heidelberg
 Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin sowie Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsmedizin Mannheim,
 Ludolf-Krehl Straße 7-11
 68167 Mannheim
 E-Mail: freia.debock@medma.uni-heidelberg.de

9. Bewegungsförderung im Erwachsenenalter

Annelie Reicherz und
Prof. Dr. Wolfgang Schlicht
Institut für Sport- und Bewegungswissenschaft,
Lehrstuhl Sport- und Gesundheitswissen-
schaften, Universität Stuttgart

Hintergrund

Regelmäßige sportliche und körperliche Aktivität oder – wie umgangssprachlich formuliert wird – „Bewegung“, zählt die Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) neben ausgewogener Ernährung und Nicht-rauchen zu den drei wesentlichen Verhaltensweisen, die Gesundheit positiv beeinflussen und vorzeitiges Versterben verhindern. Sportliche und körperliche Aktivität trägt nachweislich zur Reduktion des Risikos kardio-vaskulärer (zum Beispiel Herzinfarkt) und metabolischer (zum Beispiel Diabetes mellitus) Erkrankungen sowie bösartiger Neubildungen (zum Beispiel Colon-Karzinom) bei. Die Daten epidemiologischer Studien, die diesen Sachverhalt belegen, sind eindeutig und Zweifel an der präventiven Wirksamkeit sportlicher und körperlicher Aktivität im Erwachsenenalter sind ausgeräumt. Auch für die psychische oder seelische Gesundheit zeigen Studien eine positive Assoziation von sportlicher und körperlicher Aktivität mit psychischen Zuständen (Gefühlen, Wohlbefinden, Selbstwert, et cetera). Auch wenn die Effekte hier nicht so eng ausfallen wie bei der körperlichen Gesundheit, so sind sie dennoch nicht zu ignorieren und belegen auch hier den positiven Einfluss der körperlich-sportlichen Aktivität.

Aktivitätsempfehlungen und -verhalten

Das Aktivitätsniveau der erwachsenen deutschen Bevölkerung ist vor dem Hintergrund der gesundheitspräventiven Wirkung körperlicher und sportlicher Aktivität unzureichend. Das zeigt der telefonische Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu Beginn des vorigen Jahrzehnts, aber auch eine Reihe anderer Studien der jüngeren Zeit (unter anderem Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2009). Selbst das wöchentliche Mindestmaß von 150 Minuten moderat intensiver körperlicher Aktivität, empfohlen vom US Department of Health and Human Services (PAGAC, 2008) und von der World Health Organization (2010), verfehlt der überwiegende Anteil der Bevölkerung. Nur etwa ein Viertel der deutschen Erwachsenen erreicht das genannte Aktivitätsausmaß. Männer sind aktiver als Frauen und jüngere Personen aktiver als ältere. Selbst bei jenen, die aktiv sind, wird der gesundheitliche Effekt vom Sitzen (sedentariness) über längere Zeitabschnitte des Tages wieder aufgehoben. Die internationale Literatur

diskutiert sedentariness als Risikofaktor, der unabhängig von der Inaktivität wirkt. Studien deuten an, dass jener, der hin und wieder aktiv ist, dafür aber den Rest des Tages ununterbrochen für längere Zeitabschnitte sitzt, seine Gesundheit ebenso gefährdet, wie jener, der inaktiv ist, dafür aber weniger lange sitzt (vgl. auch S. 13ff).

Methode

Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf nationalen und internationalen Forschungsergebnissen, Reviews und Metaanalysen zur Bewegungsförderung von Erwachsenen.

Ergebnisse

Barrieren körperlicher Aktivität

Was hindert erwachsene Personen trotz Einsicht in die Zusammenhänge von körperlicher Inaktivität und Erkrankungen daran, aktiv zu werden? Aktivitätsbarrieren „türmen“ sich inner- und außerhalb der Person auf. Barrieren – ein unscharf definierter Begriff, der im Beitrag zunächst eindeutiger gefasst wird – lassen sich demnach in interne (zum Beispiel mangelndes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten) und externe (zum Beispiel fehlende oder schlecht beleuchtete Treppenhäuser) unterscheiden. Übliche, häufig als selbstentlastende Ausreden angeführte Barrieren wie Zeitmangel oder die vermeintlich unpassende Jahreszeit, sind ebenso negativ mit dem Volumen an körperlicher Aktivität assoziiert, wie die Zugehörigkeit zu unteren Sozialmilieus oder auch Migrantengruppen. Auch eine ungewohnte Umgebung (zum Beispiel ein Fitnessstudio), eine geringe Selbstwirksamkeit oder eine fehlende unterstützende Sozialbeziehung wirken hinderlich für den Beginn und die Fortsetzung körperlicher und sportlicher Aktivität.

Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität: Stand der Forschung

Metaanalysen demonstrieren bescheidene Interventionserfolge in das Aktivitätsverhalten. Gründe für die schwachen Effektstärken sind methodische und inhaltliche Schwächen der Interventionsstudien (unter anderem Foster, Hillsdon und Thorogood, 2005). Bisweilen kommt es zu kurzfristigen Effekten, während dauerhafte Verhaltensänderungen rar sind. Aufgrund ihrer Komplexität sind an Verhaltensinterventionen besondere methodische Anforderungen zu stellen. Tatsächlich folgen sie jedoch selten einem logischen Modell, das die einzelnen Interventions-schritte systematisiert und sie reproduzierbar macht. In Empfehlungen des Medical Research Council etwa, eigentlich verfasst für den klinischen Kontext, lassen sich Hinweise finden, die auch für präventive Interventionen nützlich sind (Craig et al., 2008).

Bedingungen erfolgversprechender Bewegungsprogramme

Ein motivationaler Anreiz, körperlich und sportlich aktiv zu werden, ist mit zunehmendem Alter das Bedürfnis nach Gesunderhaltung. Eine Aktivitätsepisode wirkt umso eher nachhaltig und wird wiederholt, je mehr sie die Erwartungen der Neueinsteiger erfüllt und positive Gefühle bereits während und auch nach der Aktivität auslöst. Diese Mechanismen verweisen auf die Bedeutung psychologischen Wissens für die Bindung an körperliche und sportliche Aktivität. Derartiges Wissen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass es inaktiven Personen gelingt, aktiv zu werden und zu bleiben. Mit ihm werden wesentliche Verhaltensdeterminanten gezielt und verhaltenswirksam beeinflusst.

Schlussfolgerungen

Interventionen in das Verhalten sollten auf psychologischen Modellen basieren. Insbesondere das gezielte Beeinflussen der Determinanten der Sozial-Kognitiven Modelle des Gesundheitsverhaltens verspricht die größtmögliche Wirksamkeit auf dem Weg zu einer dauerhaften Verhaltensänderung und den größtmöglichen public health impact. Programme für ein körperlich-sportlich aktives Leben, die auf wissenschaftlichen Theorien basieren, sollten effektiver sein als Programme, denen es an einer wissenschaftlichen Fundierung fehlt. Sie sollten mehr inaktive Personen zur Verhaltensänderung veranlassen und die richtigen Personen erreichen: Jene, die bislang inaktiv oder zu wenig aktiv sind.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- nachgewiesene, hohe Wirksamkeit körperlicher und sportlicher Aktivität in der Prävention
- niedrige Prävalenz körperlicher Aktivität und hohe Prävalenz von Sedentariness bei Erwachsenen
- eine Fülle von externalen und internalen Barrieren für Aktivität
- bescheidene Wirksamkeit von Änderungs-Interventionen in die Aktivität
- hohe methodische Anforderungen an komplexe Interventionen

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- einheitliche Erfassung der körperlich-sportlichen Aktivität
- eindeutige Definition von externalen und internalen Barrieren
- methodische Stringenz bei der Durchführung komplexer Interventionen

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- mindestens 150 Minuten pro Woche körperliche Aktivität bei mittlerer Intensität oder mindestens 75 Minuten pro Woche bei höherer Intensität oder eine gleichwertige Kombination aus Bewegung bei mittlerer und höherer Intensität. Die Bewegungseinheiten sollten idealerweise auf mehrere Tage verteilt werden (zum Beispiel, an fünf Tagen in der Woche je 30 Minuten in moderater Intensität)
- psychologische und trainingswissenschaftliche Fundierung von Programmen zur Aktivitätserhöhung

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **World Health Organisation (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO press.**
beinhaltet unter anderem aktuelle Empfehlungen zum gesundheitlich notwendigen Mindestmaß an körperlicher und sportlicher Aktivität für Erwachsene
- **Foster, C., Hillsdon, M. & Thorogood, M. (2005). Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.**
liefert einen Überblick über den derzeitigen Stand der Forschung zu den Effekten randomisiert-kontrollierter Studien zur Förderung körperlicher Aktivität
- **Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: new guidance. London: Medical Research Council.**
enthält Leitlinien zur Entwicklung, Evaluation und Implementierung komplexer Interventionen zur Verbesserung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

Literatur

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: new guidance. Medical Research Council.

Foster, C., Hillsdon, M. & Thorogood, M. (2005). Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009). Gesundheit in Deutschland aktuell - Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA). Verfügbar unter: <http://www.gbe-bund.de> [1.2.2011]

Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC) (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008. Washington: US Department of Health and Human Services.

World Health Organization (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO press.

Korrespondenzadresse

Universität Stuttgart
Institut für Sport- und Bewegungswissenschaft
Allmandring 28
70569 Stuttgart
E-Mail: annelie.reicherz@inspo.uni-stuttgart.de

10. Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen

Gunnar Geuter und PD Dr. Alfons Holleder
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des
Landes Nordrhein-Westfalen

Hintergrund

Regelmäßige körperliche Aktivität ist ein wichtiger Faktor für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit. Die große Relevanz körperlich aktiver Lebensstile für die Aufrechterhaltung von Gesundheit und die Vermeidung von chronischen Erkrankungen gilt heute als unumstritten. Die positiven gesundheitlichen Effekte von körperlicher Aktivität sind auch auf der Ebene von Metaanalysen hinreichend belegt (ex. Löllgen, Bockenhoff und Knapp, 2009).

Insbesondere im höheren Alter ist regelmäßige körperliche Aktivität entscheidend für eine selbstständige Lebensführung und individuelle Mobilität (Cirkel und Juchelka, 2009). Neben schweren gesundheitlichen Einschränkungen können auch Behandlungs- oder gar Pflegebedürftigkeit vermieden oder hinausgezögert werden (ex. Kuhlmei und Schaeffer, 2008). Außerdem kann körperliche Aktivität die Alltagskompetenzen im Alter verbessern (Abu-Omar und Rütten, 2006; Rütten et al., 2005) und das Risiko für Stürze mindern (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Ein körperlich aktiver Lebensstil trägt also wesentlich zu einem gesunden Altern bei. Umgekehrt können inaktive Lebensstile chronische Krankheitsentwicklungen forcieren und damit den Erhalt der Selbstständigkeit gefährden (Rejeski et al., 2006, Walston et al., 2006).

Methode

Die vorliegende Zusammenfassung gibt einen kurzen Überblick zu Zusammenhängen von Bewegung, Gesundheit und Krankheit im Alter sowie zu Erkenntnissen der Interventionsforschung auf Basis von Literatur- und Datenbankrecherchen.

Ergebnisse

Nach der empirischen Befundlage bewegt sich die Bevölkerung in Deutschland in allen Altersgruppen, besonders jedoch im höheren Alter, zu selten (vgl. S. 23ff). Durch eine gezielte Förderung der körperlichen Aktivität lässt sich nach Rütten (2005, S. 7) in jedem Alter der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden entgegenwirken. Der Förderung körperlicher Aktivität kommt im Rahmen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Alter eine hohe Bedeutung zu, da von ihr selbst gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Menschen in besonderer Weise profitieren (Kruse, 2006).

Über die Wirksamkeit von Interventionsansätzen der Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen ist hingegen bisher nur wenig bekannt. In den Cochrane-Reviews von Hillsdon, Foster und Thorogood (2006) und Foster, Hillsdon und Thorogood (2009) konnte die Wirksamkeit von Interventionen zur Verbesserung der körperlichen Aktivität in nur wenigen Studien nachgewiesen werden (vgl. S.31ff). Zudem gibt es deutliche Hinweise darauf, dass sich Maßnahmen und Interventionen für jüngere Bevölkerungsgruppen nicht ohne Weiteres auf ältere oder gar hochaltrige Menschen übertragen lassen (Seidl, 2010).

Bisherige Ergebnisse legen nahe, dass fortlaufende Beratungs- und Unterstützungsangebote förderlich sind, um den körperlichen Aktivitätsgrad von Menschen kurz- und mittelfristig zu erhöhen. Bestätigt werden konnte zudem, dass sich Umweltbedingungen und Individuum hinsichtlich des Aktivitätsverhaltens von Menschen – auch in der Altersgruppe von 60 Jahren und älter – wechselseitig beeinflussen (ex. Hall und McAuley, 2010; Sallis et al., 2006). Gesicherte Aussagen über die Nachhaltigkeit der Effekte von Interventionen der Bewegungsförderung sind zum jetzigen Zeitpunkt allerdings kaum möglich (Foster, Hillsdon und Thorogood, 2009).

Neben der Verfügbarkeit attraktiver und barrierearmer Freiflächen und Aktivitätsräume gelten gerade für ältere Menschen Interventionen als erfolgversprechend, die

- einen Bezug zum Alltag der Teilnehmer herstellen und leicht ins Alltagsleben integriert werden können (Conn et al., 2003; van der Bij, Laurant und Wensing, 2002),
- im sozialen Nahfeld sowie in Gruppen durchgeführt werden (Conn et al. 2003; Hillsdon et al., 2005) und
- Zugangsbarrieren wie lange Anfahrtswege oder hohe Kosten vermeiden (Conn et al., 2003; de Jong et al., 2007; Stevens et al., 2003).

Derzeitig mangelt es jedoch an zielgruppenspezifischen Interventionsansätzen, Angeboten und Maßnahmen der Bewegungsförderung, die interindividuell unterschiedliche Bedürfnisse von Älteren berücksichtigen. Bei der Entwicklung und Implementierung entsprechender Ansätze ist zu berücksichtigen, dass Alter als Abschnitt im Lebenslauf nicht mit dem Altern als individueller Prozess gleichgesetzt werden darf. Es gilt folglich leistungsdifferenzierte und nach Interessen spezifizierte Maßnahmen zu entwickeln. Zudem sollten sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen stärker als bisher adressiert werden (LIGA.NRW, 2010).

Schlussfolgerungen

Es mangelt derzeit noch an wissenschaftlicher Evidenz zu Interventionsansätzen in der Bewegungsförderung. Dies gilt insbesondere für Bewegungsförderung für ältere und hochaltrige Menschen. Als Zielgrößen sollten internationale Empfehlungen stärker berücksichtigt werden (vgl. S. 18ff). In der Praxis der Bewegungsförderung – auch bei älteren und hochaltrigen Menschen – dominieren bisher individuumsbezogene Ansätze. Im Sinne der Verhältnisprä-

vention sind wohnortnahe, attraktive und barrierearme Bewegungsmöglichkeiten und -räume jedoch eine grundlegende Voraussetzung für erfolgreiche Bewegungsförderung (Bucksch, Finne und Geuter, 2010; LIGA.NRW, 2010). Sowohl Forschung als auch Praxis sind aufgerufen, die Gruppe der älteren und hochaltrigen Menschen zukünftig stärker als bisher zu fokussieren. So kann eine breitere Angebots- und Evidenzbasis für die Bewegungsförderung bei älteren und hochaltrigen Menschen entwickelt werden.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Mangel an wissenschaftlicher Evidenz zur Bewegungsförderung bei älteren und hochaltrigen Menschen
- mangelnde Angebotsbreite und -tiefe in Bezug auf Bewegung für ältere und hochaltrige Menschen
- individuumsorientierte Ansätze der Bewegungsförderung dominieren

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Interventionen entwickeln und evaluieren, die spezifisch ältere und hochaltrige Menschen adressieren
- Nachhaltigkeit von Interventionen zur Bewegungsförderung bei älteren und hochaltrigen Menschen evaluieren (Fall-Kontroll-Studien mit Follow-ups)
- (Weiter-)Entwicklung von Qualitätssicherung und Evaluation

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- zusätzliche Angebote für ältere und hochaltrige Menschen etablieren
- Heterogenität der Zielgruppe berücksichtigen Angebote in unmittelbarer Wohnumgebung entwickeln
- sozial benachteiligte ältere Menschen stärker adressieren
- verstärkte Anstrengungen hinsichtlich der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.) (2010). Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [3.3.2011].**
umfangreicher Leitfaden zur Bewegungsförderung im Alter mit theoretischen Grundlagen und vielfältigen Praxisansätzen sowie ergänzenden Literaturhinweisen
- **Bucksch, J., Finne, E. & Geuter, G. (2010). Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung. LIGA.Fokus 10. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Verfügbar unter: www.zfb.nrw.de [3.3.2011].**
Einführung in die maßgeblichen Theorien und Übersicht über aktuelle Forschungsergebnisse zur Bewegungsförderung im Alter

Literatur

- Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2006). Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49 (11), 1162-1168.
- Bucksch, J., Finne, E. & Geuter, G. (2010). Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung. Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.).
- Cirkel, M. & Juchelka, R. (2009): Gesundheit und Mobilität im Alter. Public Health Forum 15 (3), 24-26.
- Conn, V.S., Minor, M.A., Burks, K.J., Rantz, M.J. & Pomeroy, S.H. (2003). Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. Journal of American Geriatrics Society 51 (8), 1159-1168.
- de Jong, J., Lemmink, K.-A., King, A.-C., Huisman, M. & Stevens, M. (2007). Twelve-month effects of the Groningen active living model (GALM) on physical activity, health and fitness outcomes in sedentary and underactive older adults aged 55-65. Patient Education and Counseling 66, Nr. 2, 167-176.
- Foster, C., Hillsdon, M. & Thorogood, M. (2009). Interventions for promoting physical activity. The Cochrane Collaboration.
- Hall, K.S., McAuley, E. (2010). Individual, social environmental and physical environmental barriers to achieving 10 000 steps per day among older women. Health Education Research 25 (3), 478-488.
- Hillsdon, M., Foster, C. & Thorogood, M. (2006). Interventions for promoting physical activity. London: The Cochrane Collaboration.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) (Hrsg.) (2010). Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Löllgen, H., Bockenhoff, A. & Knapp, G. (2009). Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. International Journal of Sports Medicine 30 (3), 213-224.
- Kruse, A. (2006): Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. Bildungsforschung 3 (2), 1-25.
- Kuhlmey, A. & Schaeffer, D. (2008). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- Rejeski, W., Ip, E.H., Katula, J.A. & White, L. (2006). Older adults' desire for physical competence. Medicine & Science in Sports & Exercise 38 (1), 100-105.
- Rütten, A., Abu Omar, K., Lampert, T. & Ziese, T. (2005). Körperliche Aktivität – Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 26. Berlin: Robert Koch-Institut.
- 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 review of public health 27, 297-322.
- Seidl, N. (2010). Körperliche Aktivität im Alltag älterer Menschen fördern – Ergebnisse einer Literaturanalyse. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz "Bewegung

im Alter" am 8. Dezember 2009. Düsseldorf: LIGA.NRW, 35-39.

Stevens, M., Lemmink, K.A., van Heuvelen, M.J.G., de Jong, J. & Rispens, P. (2003). Groningen Active Living Model (GALM): Stimulating physical activity in sedentary older adults; validation of the behavioral change model. *Preventive Medicine* 37 (6), 561-570.

U.S.Department of Health and Human Services (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Verfügbar unter: <http://www.health.gov/PAguidelines/Report/> [4.3.2011].

van der Bij, A.K., Laurant, M.G. & Wensing, M. (2002). Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. In: *American Journal of Preventive Medicine* 22 (2), 120-133.

Walston, J., Hadley, E.C., Ferrucci, L., Guralnik, J.M., Newman, A.B., Studenski, S.A., Ershler, W.B., Harris, T. & Fried, L.P. (2006). Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of American Geriatric Society* 54 (6), 991-100.

Korrespondenzadresse

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)
Dienstgebäude: Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld
E-Mail: gunnar.geuter@liga.nrw.de



C) Zielgruppenspezifische Bewegungsförderung

11. Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten

Annika Frahsa, Dr. Karim Abu-Omar und Prof. Dr. Alfred Rütten
Institut für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Hintergrund/Methode

1. Begriffliche Vorklärungen

Gesundheitliche Ungleichheit und sozial Benachteiligte

Soziale Benachteiligung bezieht sich auf vermeidbare Ungleichheiten in den Ausgangsbedingungen persönlicher, sozialer und ökonomischer Entwicklung und die damit verbundenen gesundheitlichen Auswirkungen auf das Leben von Menschen, die diese selbst nicht oder kaum beeinflussen können (Mielck und Helmert, 2006, S. 604f; CSHD, 2008). Die Mehrdimensionalität von Ungleichheit als gesellschaftliche Konstruktion zeigt sich in Indikatoren auf unterschiedlichen Ebenen. So gelten insbesondere niedriges Einkommen, ein niedriger beruflicher Status und niedrige (Schul-)Bildung als Indikatoren für soziale Benachteiligung (Richter und Hurrelmann, 2009, S. 16). Darüber hinaus können Indikatoren für soziale Benachteiligung quer zu sozio-ökonomischen

Aspekten verlaufen und sich beispielsweise auf Alter, Geschlecht und Ethnizität beziehen (Richter und Hurrelmann, 2009, S. 16).

Bewegung und Bewegungsförderung

Unter **Bewegung** verstehen wir körperliche Aktivität im weiten Sinne, das heißt sowohl Sport als auch alltägliche körperliche Aktivität im Kontext von Berufs- oder Hausarbeit sowie von Fortbewegung, wie Radfahren oder Treppensteigen (Rütten et al., 2005). Unter gesundheitsförderlichen Aspekten ist jedoch der Kontext von Bewegung, zum Beispiel ob Arbeits- oder Freizeitaktivität, durchaus differenziert zu beachten.

Bewegungsförderung bezieht sich auf den Gesamtzusammenhang von Bewegungsverhalten und Bewegungsverhältnissen, das heißt sie ist zum einen auf die Entwicklung eines aktiven Lebensstils und zum anderen auf die Verbesserung der Bewegungsgelegenheiten ausgerichtet (vgl. dazu auch Rütten und Frahsa, 2011). Im Sinne der Gesundheitsförderung ist dies als Prozess zu verstehen, der gerade in Bezug auf soziale Benachteiligung in einem spezifischen soziostrukturellen Kontext verläuft, in dem Bewegung Dimensionen von Bildung, Sozialem, Politischem und Umwelt umfasst (Rütten, 2006).

2. Evidenzen zu Zusammenhängen von sozialer Benachteiligung und Bewegung

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 (EC, 2010; vgl. zu Prävalenzen auch Abu-Omar, Gelius und Rütten in diesem Band, S. 23ff). 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 sozio-ökonomischen Status. Ein sozialer Gradient der Inaktivität zeigt sich auch bei älteren und hochaltrigen Menschen sowie bei Kindern und Jugendlichen (EC, 2010; Ergebnisse der WHO Studie HSCS, ausführlich bei Richter und Settertobulte, 2003).

Evidenzen zu unterschiedlichen Bedingungsfaktoren von Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten

Nach aktueller Forschungslage können Zusammenhänge zwischen Bewegung und (1) persönlichen, (2) sozio-kulturellen und (3) umweltbezogenen Faktoren angenommen werden, die wiederum den **sozialen Gradienten** von Bewegung beeinflussen (Baumann et al., 2002; Cavill, Kahlmeier und Recioffi, 2006; Collins, 2004).

Bezogen auf sozial Benachteiligte werden hinsichtlich persönlicher Barrieren oftmals Zeit- oder Geldmangel thematisiert sowie unter anderem wenig Freude an Bewegung oder geringe Selbstwirksamkeit. Sozio-kulturelle Faktoren beinhalten unter anderem gering empfundene soziale Unterstützung durch Freunde oder Familie, kulturelle Barrieren und fehlende Bewegungserfahrung. Umweltbezogene Faktoren werden hinsichtlich objektiver Faktoren, wie dem Vorhandensein von und Zugangsmöglichkeiten zu Sportanlagen und Bewegungsgelegenheiten im Wohnumfeld, als auch deren subjektiv eingeschätzter Attraktivität und Sicherheit diskutiert.

Evidenzen zu Interventionen zur Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten

Die Forschungslage zu Erfolgsbedingungen und Wirkungen von Interventionen zur Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten und zum Beitrag solcher Interventionen zur Reduzierung von gesundheitlicher Ungleichheit ist nicht sehr umfangreich (Kahn, Ramsey und the Task Force on Community Preventive Services, 2002; NICE, 2007). Einzelstudien zu erfolgreicher Bewegungsförderung bei sozial Benachteiligten deuten jedoch an, dass **multidimensionale Interventionen**, die persönliche, soziale und

umweltbezogene Barrieren für Bewegung bei sozial Benachteiligten systematisch adressieren, erfolgversprechender sind als eindimensional ausgerichtete Interventionen. Erfolgreiche Interventionen setzen auf Beteiligung, Befähigung, partnerschaftliche Zusammenarbeit, ganzheitliche Ansätze und Nachhaltigkeit (Lowther, Muthrie und Scott 2002; Taylor Baranowski und Young, 1998; Teufel-Shone et al., 2009; Yancey, Ory und Davis, 2006).

3. Ergebnisse Die Lage in Deutschland

Auch für Deutschland deutet die Datenlage einen sozialen Gradienten bei Bewegung an, der bezogen auf sportliche Aktivität am stärksten ausgeprägt scheint (RKI, 2010; Rütten et al., 2009; Rütten et al., 2005, vgl. auch Abu-Omar, Gelius und Rütten in diesem Band, S. 23ff).

Frauen mit niedrigem Sozialstatus sind dabei am häufigsten inaktiv oder wenig aktiv (vgl. Abbildung 1). Auch in der Altersgruppe ab 65 Jahre zeigt sich ein sozialer Gradient von Bewegung: Zwei Drittel der Männer in der unteren Bildungsgruppe sind inaktiv gegenüber einem Drittel der oberen Bildungsgruppe; bei den Frauen zeigt sich ein sehr ähnliches Muster (vgl. Abbildung 2; RKI, 2010). Bezogen auf Kinder und Jugendliche hat die Gesundheitsberichterstattung für Deutschland ebenfalls einen sozialen Gradienten gezeigt (Lampert et al., 2007). Kinder, die sich nicht regelmäßig bewegen, kommen überproportional häufig aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund (vgl. Abbildung 3). Im Jugendalter zeigt sich bei Mädchen ein deutlicher Gradient zu Ungunsten derjenigen mit geringem Sozialstatus oder mit Migrationshintergrund.

Die Deutsche Nicht-Beweger Studie hat darüber hinaus verdeutlicht, dass bewegungsinactive Erwachsene mit einem geringen sozio-ökonomischen Status besonders häufig eine „schlechte Gesamteinschätzung“ in Form negativer Einschätzung von Gelegenheiten, Freunden, Zeit und gesundheitlichen Barrieren in Bezug auf Sport und Bewegung aufweisen (Rütten et al., 2009; Rütten et al., 2007).

Erfolgreiche Interventionen mit sozial Benachteiligten

Erfolgreiche Interventionen mit sozial Benachteiligten zeichnen sich durch unterschiedliche Faktoren aus. Hierzu zählen insbesondere (1) Beteiligung in Form systematischer Einbindung der spezifischen Zielgruppe in alle Interventionsphasen, (2) Befähigung der Teilnehmenden über zielgruppenspezifische und kultursensible Ansätze mit einem Fokus auf langfristige Erreichung und Bindung und (3) einer Integration von

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

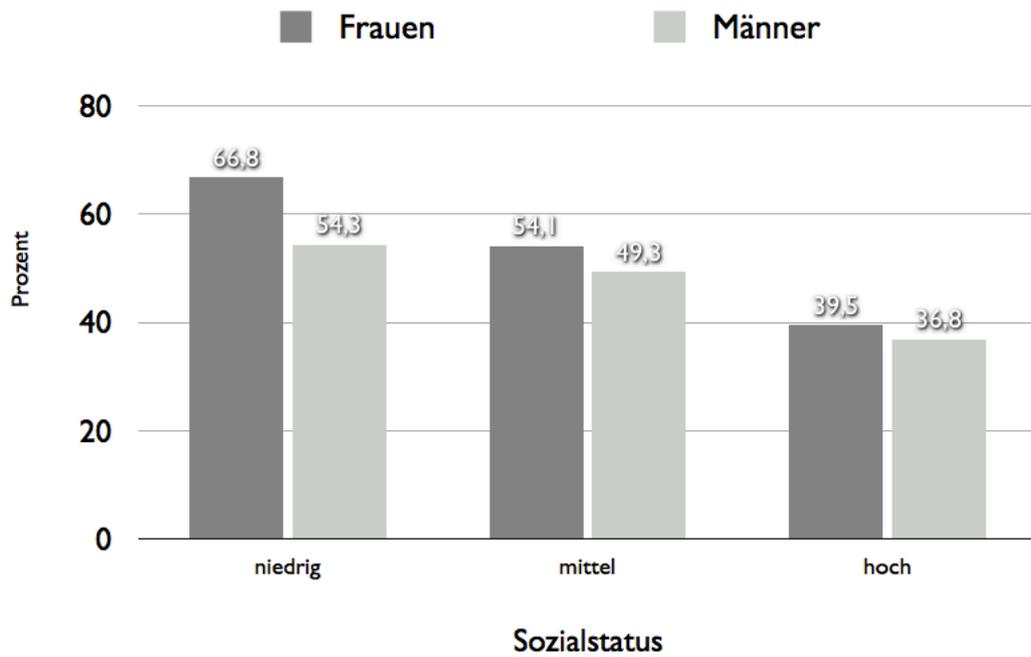


Abbildung 2: Anteil von Frauen und Männern über 65 Jahren, die sportlich inaktiv sind, nach Bildungsstatus (nach RKI, 2010)

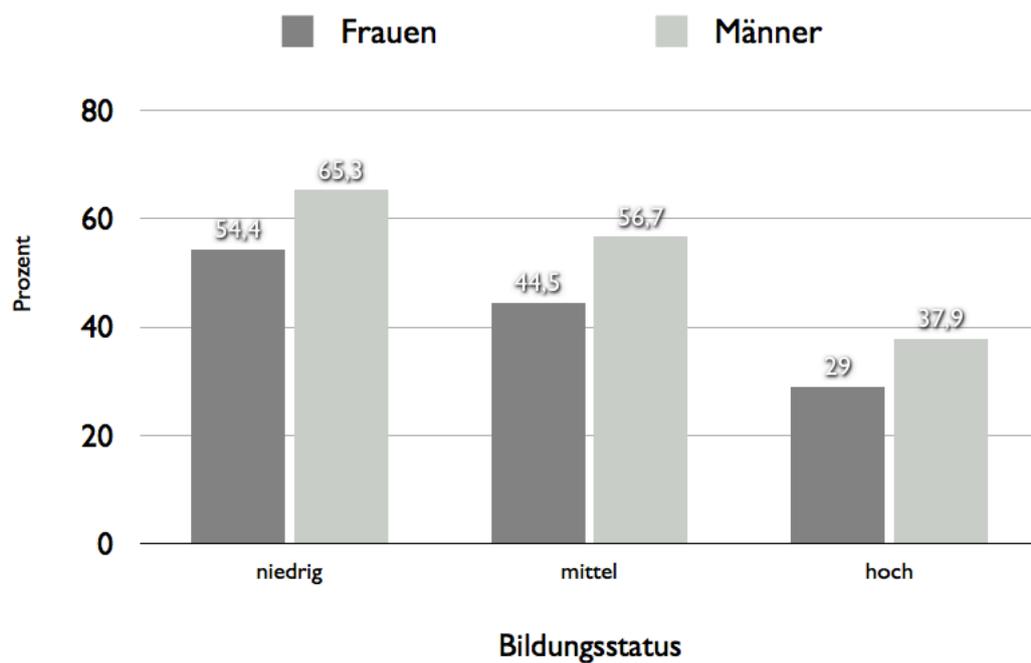
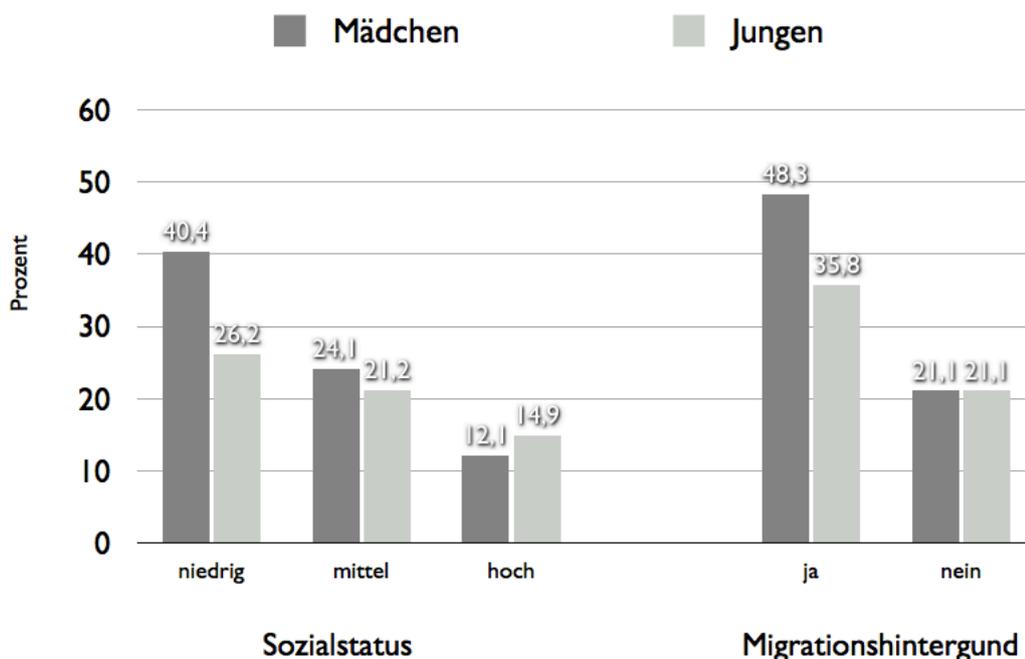


Abbildung 3: Anteil der 3- bis 10jährigen Jungen und Mädchen, die weniger als einmal pro Woche Sport machen, nach Status und Migrationshintergrund (nach Lampert et al., 2007)



verhältnis- und verhaltensbezogener Bewegungsförderung über realistische und lebensweltbezogene Interventionen. Kurzgefasst ist erfolgreiche Bewegungsförderung mit sozial Benachteiligten im Sinne der Gesundheitsförderung als **Empowerment** zu verstehen.

Systematische Analysen zu solchen multidimensionalen Interventionen in der Praxis sind rar; die Komplexität solcher Interventionen erfordert die Entwicklung neuer integrierter Evaluationsansätze (Frahsa et al., 2011). Erste Erkenntnisse bieten Studien der Weltgesundheitsorganisation WHO Europe zu „Tackling Obesity by creating healthy residential environments“ (WHO, 2007) und das 2010 gestartete WHO-Projekt „Physical Activity Promotion in Socially Disadvantaged Groups“.

Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, initiiert und getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, definiert zwölf Kriterien guter Praxis für Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (BZgA, 2010). Die Kriterien helfen, einen intersektoralen **Beteiligungs- und Befähigungsansatz** zu operationalisieren und weisen adaptiert große Relevanz für Bewegungsförderung in diesem Bereich auf.

Verschiedene Beispiele guter Praxis aus Deutschland deuten die Potentiale von Bewegungsförderung mit sozial Benachteiligten an: Hierzu zählen (1) „Bewegung als Investition in Gesundheit: Das BIG-Projekt“,

ursprünglich finanziert durch die BMBF-Präventionsforschung des Bundes, gegenwärtig an zehn Standorten in Deutschland überwiegend von Kommunen umgesetzt, (2) „Bewegung und Prävention“ im Landkreis Uckermark/Brandenburg, getragen vom Förderverein Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V., und (3) das Projekt „Naschgarten Holzminden“, getragen als public-private-partnership von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (vgl. zu den Projekten Tabelle 1).

4. Schlussfolgerungen

Sozial Benachteiligte bewegen sich vor allem in ihrer Freizeit und zum Zwecke des Sports weniger als Menschen mit einem hohen sozioökonomischen Status und haben zugleich ein höheres Krankheitsrisiko als die allgemeine Bevölkerung. Daher ist es ein zentrales Anliegen für Gesundheitsförderung, Interventionen zur Bewegungsförderung auf sozial Benachteiligte auszurichten. Die Evidenzlage aus wissenschaftlichen Studien zeigt ebenso wie oben angeführte Beispiele guter Praxis zentrale Kriterien erfolgreicher Interventionen in diesem Bereich auf. **Kontextbezogene** Gesundheitsförderung durch Bewegung mit sozial benachteiligten Menschen setzt dabei ganz besonders darauf, Menschen zu **befähigen**, die **Kontrolle** über **Determinanten ihrer Gesundheit** zu **erhalten** und so ihre Gesundheit zu verbessern (WHO, 1986; WHO, 1998).

Tabelle 1: Beispiele guter Praxis von Bewegungsförderung mit sozial Benachteiligten in der Übersicht.

	BIG	Bewegung und Prävention	Naschgarten
Ziel	Die Chancen von Frauen in schwierigen Lebenslagen zu verbessern, an den vielfältigen positiven Effekten von Bewegung teilzuhaben	Ältere Arbeitslose durch eine Qualifizierung in regionale Sportvereine zu integrieren und eine Verbesserung ihrer Beschäftigungsfähigkeit zu erreichen und darüber ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu verbessern	Adipositasprävention bei Klein- und Schulkindern über niedrigschwellige Naturspielerlebnisse in ihrer Lebenswelt durch die Schaffung und Nutzung eines Naschgartens in einem benachteiligten Wohnviertel
Zielgruppe	Frauen mittleren Alters in schwierigen Lebenslagen	Ältere Langzeitarbeitslose und Arbeitssuchende ab 50 Jahren	Jungen und Mädchen Klein- und Vorschulkinder Schülerinnen und Schüler
Trägerschaft	Öffentliche Hand – 10 Kommunen (erste Modellkommune, seit 2005: Stadt Erlangen) Kreissportbund Uecker-Randow e.V.	Verein Förderverein Akademie 2. Lebenshälfte im Land Brandenburg e.V.	Public-private-partnership Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Beteiligung & Befähigung	Kooperative Planung Kooperative Implementierung und Nachhaltigkeitssicherung	Coaching und Profiling Qualifizierung und Beschäftigung	Beteiligung der Kinder an Planung, Aufbau und „Ernte“ des Naschgartens Kompetenzentwicklung der Kinder in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Natur
Integration von Verhalten & Verhältnissen	Veränderung von Bewegungsverhalten kombiniert mit der Veränderung lokaler Bewegungsverhältnisse (Zugangsregelungen zu Sportanlagen, kommunale Koordinationsstelle für Bewegungsförderung mit sozial Benachteiligten)	Individuelle Änderung von Bewegungsverhalten und Qualifizierung verbunden mit der nachhaltigen Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen im Landkreis	Förderung von individuellem Bewegungs- und Ernährungsverhalten der Kinder verbunden mit der Schaffung eines bewegungsförderlichen Umfelds
Intersektoralität	Kooperation unterschiedlicher Sektoren öffentlicher Verwaltung, insbesondere Sport, Integration, Gleichstellung, Soziales und Gesundheit	Sportliche Qualifikation als Mittel zur Regionalförderung und sozialen Integration, Kooperation von Sportvereinen, Arbeitsagenturen und Unternehmen	Verbindung von Ernährung und Bewegung in der institutionalisierten Bildungs- und Gemeinwesenarbeit im Stadtteil über Planungs- und Steuerungsgruppen
Outputs	Bewegungsprogramme Bewegungsgelegenheiten (Frauenbadezeit) Übungsleiterinnen-ausbildung Zugangsregelungen zu Sportanlagen für nicht-vereinsgebundene Gruppen Projektbüros Kommunale Koordinationsstelle	Qualifizierung zu Übungsleiterinnen und Übungsleitern bzw. Trainerinnen und Trainern	8.000qm Naschgarten im Wohnumfeld feste Kindergruppen offene Bewegungsgelegenheiten (Seilgarten) Ferienangebote
Kontakt	www.big-projekt.de	www.lebenshaelfte.de	www.naschgarten.com

Bewegungsförderung mit sozial Benachteiligten ist so von Beginn an eine Querschnittsaufgabe, bei der die traditionellen Sportorganisationen und –verwaltungen ebenso zur Veränderung und zum Handeln aufgerufen sind wie andere Sektoren, beispielsweise Gesundheit, Soziales, Verkehr oder Stadtplanung. Unterschiedliche Sektoren öffentlicher Verwaltung können dabei in **intersektoraler Kooperation** zusammen mit der Privatwirtschaft und gemeinnützigen Organisationen Bewegungsförderung in unterschiedlichen Lebenswelten, das heißt in Schulen als auch zu Hause, am Arbeitsplatz und im Wohnquartier gemeinsam mit sozial Benachteiligten **partizipativ** planen und umsetzen.

29 der aktuell 104 ausgezeichneten Beispiele guter Praxis in der Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der BZgA stammen aus dem Feld „Bewegung und Sport“ (BZgA, 2011). Dies zeigt das Potential für erfolgreiche Gesundheitsförderung durch Bewegung, macht aber auch deutlich, dass das Thema Bewegung als besonders geeigneter Ansatz für sozial Benachteiligte noch weiter in die Praxis disseminiert werden kann. Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt auf die Verstetigung und die Verbreitung erfolgreicher Modellprojekte zu legen sein.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Der **soziale Gradient** gesundheitlicher Ungleichheit spiegelt sich im Bewegungsverhalten der Bevölkerung.
- Der **soziale Gradient von Bewegung** ist besonders stark ausgeprägt in Bezug auf sportliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen mittleren Alters.
- Individuelle, sozio-kulturelle und umweltbezogene Barrieren tragen zum Bewegungsmangel von sozial Benachteiligten bei.
- Erfolgreiche Interventionen adressieren diese multidimensionalen Barrieren über **Beteiligungs- und Befähigungsansätze (Empowerment)**.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Bewegungsförderung mit sozial Benachteiligten erfordert die weitere **Konzeptualisierung** und **Operationalisierung** eines breiten Bewegungsansatzes.
- Die Komplexität der Struktur- und Handlungszusammenhänge **bedingt innovative Interventionsstudien-designs** in der realen Welt, bei denen eine Orientierung an einer randomisierten kontrollierten Versuchsanordnung als dem „goldenen Standard“ nicht angemessen erscheint.
- Eine zentrale Rolle kann dabei die **Implementationsforschung** spielen, um Erfolgsfaktoren und Transferierbarkeit von Modellprojekten systematisch in die Fläche umsetzen und zur **Verstetigung** erfolgreicher Interventionsansätze beitragen zu können.
- Zur Erhebung von Verhaltens- und Verhältniswirkungen von Bewegungsförderung mit sozial benachteiligten Gruppen bedarf es neuer Ansätze **integrierter Evaluation**.

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- **Integration von verhältnis- und verhaltensbezogenen Ansätzen** ist in der Bewegungsförderung mit sozial Benachteiligten essentiell.
- **Intersektorale Zusammenarbeit** zur Verschränkung von Kompetenzen und Expertise unterschiedlicher Sektoren wie Sport, Sozialarbeit und Stadtplanung ist unabdingbar für erfolgreiche und nachhaltige Bewegungsförderung.
- Die Herausforderung zunehmender **Komplexität**, verbunden mit beträchtlichem Ressourceneinsatz, erfordert adäquates **Qualitätsmanagement**.
- Die **flächendeckende Umsetzung** und die **nachhaltige Institutionalisierung** erfolgreicher Ansätze mit sozial Benachteiligten werden in Zukunft eine Schlüsselrolle in der Interventionspraxis spielen.

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2010). Gesundheitsförderung konkret, Band 5. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (4., erw. und akt. Aufl.). Köln: BZgA.**
Der Band stellt zwölf **Kriterien guter Praxis** bei Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten vor und präsentiert konkrete Beispiele guter Praxis. Der Bereich Bewegung wird in 29 Beispielen berücksichtigt.
- **Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven (2., akt. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.**
Der Band gibt einen umfassenden interdisziplinären Überblick über den **Forschungsstand** in Theorie, Empirie und Praxis **zur gesundheitlichen Ungleichheit**.
- **Demarest, S., Roskam, A.J., Cox, B., Regidor, E., van Oyen, H., Mackenbach, J.P. & Kunst, A. (2007). Socio economic inequalities in leisure time physical activity. In: The Eurothine Project. Tackling Health Inequalities in Europe: An integrated approach, Final Report. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam, 2007. Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_16_frep_en.pdf, S. 442-454 [17.2.2011].**
Der Aufsatz verortet die Bedeutung von körperlicher Aktivität und Bewegungsförderung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit in Europa. Die Autoren diskutieren europaweit Prävalenzen körperlicher Aktivität unterschiedlicher sozio-ökonomischer Gruppen und darüber die Bedeutung relativer und absoluter Ungleichheit für Gesundheitsförderung in diesem Bereich.

Literatur

- 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. *Am J Prev Med*, 23 (2 Suppl), 5-14.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Onlineplattform Gesundheitliche Chancengleichheit, Praxisdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Verfügbar unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de> [31.1.2011].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2010). *Gesundheitsförderung kompakt. Band 5: Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (4. erweiterte und überarbeitete Auflage)*. Berlin: BZgA.
- Cavill, N., Kahlmeier, S. & Recioopi, F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Kopenhagen: World Health Organisation.
- Collins, M. (2004). Sport, physical activity and social exclusion. *Journal of Sports Sciences*, 22 (8), 727-740.
- CSDH (WHO Commission on Social Determinants of Health) (2008). *Closing the gap in a generation*.

- health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation.
- EC European Commission (2010). Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 334/Wave 72.3. Brüssel: Directorate-General Education and Culture.
- Frahsa, A., Rütten, A., Abu-Omar, K. & Wolff, A. (2011). Movement as investment for health: Integrated evaluation in participatory physical activity promotion among women in difficult life situations. *Global Health Promotion*, 18 (3).
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S.13-35). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kahn, E.B., Ramsey, L.T. & the Task Force on Community Preventive Services (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22 (4 Suppl), 73-107.
- Lampert, T. (2010). Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas: Assoziationen mit dem sozialen Status. *Dtsch Arztebl Int*, 107(1-2), 1-7.
- Lampert, T., Mensink, G.B., Romahn, N. & Woll., A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 50, 634-642.
- Lowther, M., Muthrie, N., & Scott, E.M. (2002.) Promoting physical activity in a socially and economically deprived community: a 12 month randomized control trial of fitness assessment and exercise consultation. *Journal of Sport Sciences*, 20 (7), 577-588.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2006). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann, U. Laser & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaft*. (S. 603-623). (4., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). Behaviour change at population, community and individual levels. NICE public health guidance 6. London: NICE.
- Richter, M. & Settertobulte, W. (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Jugendgesundheits survey: Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. (S. 99-157). Weinheim: Juventa.
- Robert-Koch-Institut (2010). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T. & Ziese, T. (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Körperliche Aktivität, Heft 26, Robert-Koch-Institut: Berlin.
- Rütten, A. (2006). Beyond sport and physical activity: the concept of movement in health promotion. *Sozial- und Präventivmedizin*, 51, 252-253.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Adlerwarth, W. & Meierjürgen, R. (2007). Bewegungsarme Lebensstile. Zur Klassifizierung unterschiedlicher Zielgruppen für eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivierung. *Gesundheitswesen*, 69, 393-400.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Meierjürgen, R., Lutz, A. & Adlerwarth, W. (2009). Was bewegt die Nicht-Beweger? Gründe für Inaktivität und Interessen für Personen mit bewegungsarmen Lebensstil. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 245-250.
- Rütten, A. & Frahsa, A. (2011). Bewegungsverhältnisse in der Gesundheitsförderung: Ein Ansatz zur theoretischen Konzeptualisierung mit exemplarischer Anwendung auf die Interventionspraxis. *Sportwissenschaft*, 41 (1), im Druck.
- Taylor, W.C., Baranowski, T., & Young, D. (1998). Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability. *American Journal of Preventive Medicine*, 15 (4), 334-343.
- Teufel-Shone, N.I., Fitzgerald, C., Teufel-Shone, L., & Gamber, M. (2009). Systematic review of physical activity interventions implemented with American Indian and Alaska Native populations in the United States and Canada. *American Journal of Health Promotion* 23 (6 Suppl), 8-32.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (2007). Tackling Obesity by creating healthy residential environments. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (1998). Health Promotion Glossary. Genf: WHO.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. Ottawa: WHO.
- Yancey, A.K., Ory, M.G. & Davis, S.M. (2006). Dissemination of physical activity promotion interventions in underserved populations. *American Journal of Preventive Medicine*, 31 (4 Suppl), 82-91.

Korrespondenzadresse

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
 Institut für Sportwissenschaft und Sport
 Gebbertstraße 123b
 91058 Erlangen
 E-Mail: Annika.frahsa@sport.uni-erlangen.de

12. Gender Mainstreaming in der Bewegungsförderung

Ass.Prof. Dr. Rosa Diketmüller
Zentrum für Sportwissenschaften und Universitätssport, Abteilung Bewegungs- und Sportpädagogik, Universität Wien, Österreich

1. Hintergrund

Die Daten zum Bewegungsverhalten von Frauen und Männern weisen geschlechterspezifische Besonderheiten auf. Insgesamt sind Mädchen und Frauen weniger sportaktiv und bevorzugen zum Teil andere Sportarten (Individualsportarten, ästhetisch-kompositorische Sportarten, Figurtraining) und Bewegungsräume als Jungen und Männer (Kraft, Kampf, Mut, Wettbewerb, funktionelleres Körperverständnis) (unter anderem Breuer, 2003; Pahmeier, 2008; Pfeffer und Alfermann, 2006; Phongsavan, McLean und Bauman, 2007). Gerade im Kontext von Sport und Leistung sind diese Geschlechterdifferenzen besonders augenscheinlich. Begründet werden sie zum einen mit biologischen Ursachen. Geschlechterspezifische Präferenzen für bestimmte Sportarten lassen sich eher mit sozialkonstruktivistischen Ansätzen erklären. Gesellschaftliche Normen und Geschlechterbilder, die in Abhängigkeit von Gesellschaft und Zeit variieren und im alltäglichen Tun gefestigt und bestärkt werden, entscheiden über „Stimmigkeit“ und „Passung“ von Bewegungsformen für das jeweilige Geschlecht. Modelle des doing gender (Lorber, 1999; Hirschauer, 1996) legten den Forschungsfokus darauf, wie Geschlechterverhältnisse in der Männerdomäne Sport in Form von Unausgewogenheiten unter anderem in Medienpräsenz (10-15 % Frauen), Führungspositionen und Mittelverteilung hergestellt und aufrechterhalten werden (Hartmann-Tews und Rulofs, 2006). In weniger ressourcen- und machintensiven Bereichen wie im selbstorganisierten Breitensport, im gesundheitsorientierten Bewegen sowie in Bewegungsformen, die den Wunsch nach Formung und Stilisierung des Körpers aufgreifen, engagieren sich verstärkt Mädchen und Frauen. Stereotype Rollenbilder wie starke Männer und schöne Frauen gelten nach wie vor als Grundlage für Bewegungsentscheidungen (Schaufler, 2002), die übertrieben inszeniert sich auch negativ in Form riskanten Bewegungsverhaltens bei Männern oder in Essstörungen bei Frauen niederschlagen können.

2. Bewegungsförderung zwischen Frauenförderung und Gender Mainstreaming

Die Erkenntnis, dass Bewegung und Sport für alle entwicklungs- und gesundheitsförderlich sind, hat mit Ende des 19. Jahrhunderts zur Einführung von verpflichtendem Bewegungsunterricht, wenngleich auch

mit geschlechterspezifischen Vorzeichen und historischen Bedeutungsunterschieden, geführt. Mädchen und Frauen für mehr Bewegung und Sport zu begeistern, ist im Zuge der Emanzipationsbestrebungen verstärkt wieder in den 1960er-Jahren in den Blick gerückt und hat dazu geführt, dass es nahezu keine Sportart mehr gibt, die Mädchen und Frauen nicht per se ausüben könnten – zumindest in den westlich industrialisierten Gesellschaften. Von ausgewogenen Geschlechterverhältnissen kann jedoch nach wie vor nicht gesprochen werden. Frauenfördermaßnahmen zielten zunächst vorrangig auf Veränderungen des Verhaltens und blieben lange Angelegenheit der Frauen. Im Sport sind es neben fallweise installierten nationalen Frauenförderplänen internationale Bemühungen, die die Bewegungsförderung von Mädchen und Frauen voranzutreiben versuchten: Auf Ebene der Sportpolitik sind dies „European Women and Sport“ (EWS), „International Working Group on Women and Sport“ (IWG), „WomenSport International“ (WSI) sowie auf Ebene der (Aus-)Bildung die „International Association of Physical Education and Sport for Girls and Women“ (IAPESGW). Gemeinsam arbeiten sie daran, die Rahmenbedingungen weltweit zu optimieren und Empowermentprozesse in Gang zu setzen, damit Mädchen und Frauen ein selbstbestimmter und chancengleicher Zugang zu Bewegung und Sport ermöglicht wird, was in vielen Teilen der Welt nach wie vor nicht selbstverständlich ist. Für Jungen und Männer sah man lange Zeit keinen Förder- oder Handlungsbedarf, ebenso wenig für unterschiedliche sexuelle Orientierungen. Geschlechterungleichheiten aufzubrechen kann jedoch nur als gesamtgesellschaftliches Anliegen gelingen. Ähnlich wie in der Gesundheitsförderung gilt es, die Verhältnisse in den Blick zu nehmen, in die Verhaltensänderungen eingebettet werden können: In Organisationen und Institutionen eingeschriebene Routinen sind ebenso zu hinterfragen, wie die Lebenslagen von Menschen und sozialen Gruppen zu berücksichtigen sind. Die von der EU initiierte Richtlinie und von der WHO integrierte Strategie des Gender Mainstreaming strebt eine zielgerichtete Gleichstellung in allen Ebenen und Chancengleichheit an, bindet die Kategorie **Geschlecht strategisch in alle Handlungsfelder** ein und knüpft an alle Entscheidungen die Frage, ob diese die Lebenswelten von Frauen und Männern angemessen berücksichtigen und geschlechteradäquate Zugänge und Methoden integrieren. In Kombination mit Organisationsentwicklung erweisen sich Gender Mainstreaming-Maßnahmen als besonders zielführend (Dahmen und Hartmann-Tews, 2003). Als Doppelstrategie ergänzen sich Gender Mainstreaming (Veränderung sozialer Strukturen) und Frauen-/Männerförderung (in Fällen von Diskriminierungen qua Geschlecht oder sexueller Orientierung). Selbst Räume und Umgebungen werden hinsichtlich ihrer Barrieren für die

Teilhabe verschiedener Gruppen analysiert. Was theoretisch gut fundiert und gesellschaftspolitisch selbstverständlich scheint, ist in Sportpolitik und -praxis insbesondere des organisierten und medialen (Leistungs-)Sports erst ansatzweise realisiert.

3. Zielgruppengerechtes Arbeiten durch Erweiterung der Handlungsoptionen

Nach Meinung der WHO ist Gender Mainstreaming die effektivste Strategie, gesundheitliche Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern zu reduzieren (Kolip und Altgeld, 2006; Kolip und Müller, 2009). In der Gesundheitsförderung ist die Berücksichtigung von Geschlecht mittlerweile zu einem wichtigen Qualitätsmerkmal geworden. **Zielgruppengerechtes Arbeiten** findet sich in verschiedenen Leitlinien zur Bewegungsförderung mit der Forderung, für Frauen und Männer passgenaue Bewegungsförderkonzepte zu entwickeln (u.a. Europäische Kommission, 2008; Titze et al., 2010; Buksch, Finne und Geuter, 2010; BZgA, 2010). In der Praxis erweist sich die Umsetzung oft als schwierig, wie die geringe Beteiligung von Männern an Gesundheitssportangeboten beispielhaft belegt. Zudem ist Skepsis angebracht, angesichts der Vielfalt unter den Genusgruppen immer von homogenen Gruppen und Bedürfnissen auszugehen. Nur allzu leicht kann eine falsch verstandene Geschlechtergerechtigkeit bestehende unausgewogene Geschlechterverhältnisse sogar verstärken statt aufbrechen. Einzelne Männer und Frauen zu empowern und zur Mitgestaltung zu befähigen, erfordert

eine hohe Sensibilität, einen differenzierten Blick, ein fundiertes Wissen sowie ein breites Methodenrepertoire zur Eröffnung von Handlungsoptionen jenseits stereotyper Geschlechtergrenzen.

4. Schlussfolgerungen für Wissenschaft und Praxis

Wenig ist bislang über konkrete Wirkweisen von Gender Mainstreaming-Maßnahmen in Sportorganisationen und Bewegungsförderkonzepten bekannt. Ein fundiertes Wissen über Barrieren sowie über Models of Good Practice (unter anderem Kolip und Altgeld, 2006; Kolb und Diketmüller, 2006) kann weiterhelfen, dass Angebote passgenauer ihre Zielgruppen erreichen und Bewegungsempfehlungen besser als bisher von allen Zielgruppen umgesetzt werden. Dazu bedarf es der Berücksichtigung der Bewegungsettings mit Maßnahmen der Partizipation, der Prozessorientierung (statt festgefügtter Programme), der Systeminterventionen mit Einfluss auf Verhalten und Verhältnisse sowie der Verankerung von Gender als Querschnittsanforderung an die Kernroutinen des Settings (Altgeld, 2006). Die Kategorie Geschlecht in die Bewegungsförderung einzubinden, ist somit nicht mehr ein Anliegen benachteiligter Gruppen, sondern wurde zu einem wichtigen Qualitätskriterium der Bewegungsförderung, das die gesamte Gesellschaft bereichert.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- unausgewogene Beteiligung von Männern und Frauen an Bewegungs- und Sportkulturen
- Männer in den macht- und prestigeträchtigen Bereichen des Sports (Medien, Führung, Ressourcen)
- Frauen in den beziehungs-, körper- und gesundheitsorientierten Bereichen von Bewegung und Sport
- **Gender Mainstreaming** als verbindliche EU-Strategie zur Optimierung von Strukturen
- Frauen- und Männerförderung bei Diskriminierung
- Gender Mainstreaming als **Zielgruppenorientierung** und wichtiges **Qualitätsmerkmal in der Bewegungsförderung**
- Ziel ist ein **höheres Maß an Selbstbestimmung** über Bewegung, Erweiterung der Handlungsoptionen und selbstbestimmte Bewegungspartizipation

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Evaluierung von **Frauen- und Männerförderansätzen in der Bewegungsförderung**
- **Wirksamkeit von Gender Mainstreaming** in konkreten Projekten und Settings
- Erhebung und Analyse von **Models of Good Practice**
- Analyse von **Herstellungs- und Wirkmechanismen** von Geschlecht
- Bewegungsförderung mit Bezug auf **Verhalten und Verhältnisse** (Räume, Setting, Organisationen, Politik, ...)

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- Verankerung und **Umsetzung von Gender Mainstreaming** in allen relevanten Settings (mit Berichtssystemen)
- **Geschlechtergerechte Angebote** und zielgruppengenaue Passung durch **systemische Zugangsweisen, Gendersensibilität** und Methodenkenntnisse des Personals
- **Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten** statt Einengung auf stereotype Geschlechterrollen und Programme
- gendersensible **Sprachformen**
- **Gender Awareness** aller im Sport Beteiligten

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

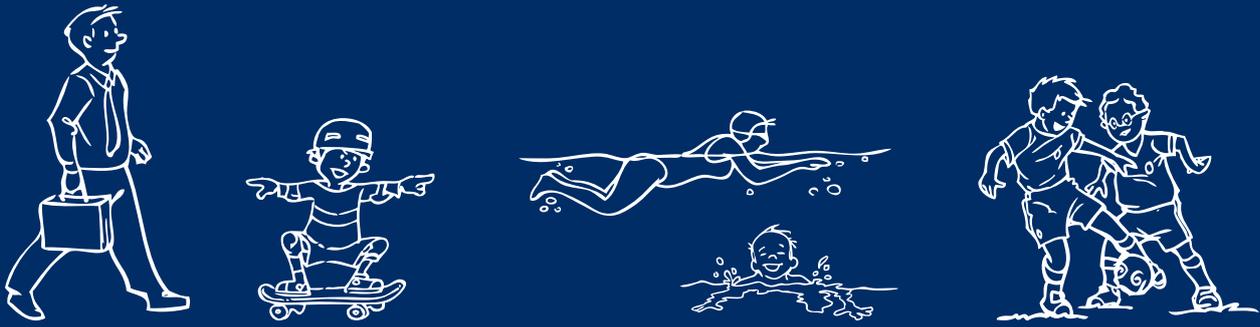
- **Hartmann-Tews, I. & Rulofs, B. (Hrsg.). (2006). Handbuch Sport und Geschlecht (Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport, Bd. 158). Schorndorf: Hofmann.**
Dieses Herausgeberwerk fasst den Stand der Forschung zu Sport und Geschlecht aus verschiedenen sportwissenschaftlichen Disziplinen zusammen und gibt einen Einblick in Theorien, Themenfelder und politische Strategien.
- **Dahmen, B. & Hartmann-Tews, I. (Red.). (2003). Organisationsentwicklung und Gender Mainstreaming in Sportverbänden. Verfügbar unter: http://www.wir-im-sport.de/templates/dokukategorien/dokumanagement/psfile/file/57/BR_Gender_486dd46b963aa.pdf [9.2.2011].**
Diese Broschüre bietet Hilfestellung, wie Gender Mainstreaming in Sportorganisationen umgesetzt werden kann.
- **Kolip, P. & Altgeld, T. (Hrsg.). (2006). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim, München: Juventa.**
Neben Grundlagenpositionen zu Gesundheitsförderung und Geschlecht finden sich ausgewiesene Models of Good Practice für Umsetzung und Zielorientierung.

Literatur

- Altgeld, T. (2006). Der Settingansatz als solcher wird es schon richten? Zielgruppengenauigkeit bei der Arbeit im Setting. In T. Altgeld & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis* (S. 75-88). Weinheim, München: Juventa.
- Altgeld, T. & Kolip, P. (2006). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In T. Altgeld & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis* (S. 15-26). Weinheim, München: Juventa.
- Breuer, C. (2003). Entwicklung und Stabilität sportlicher Aktivität im Lebensverlauf. Zur Rolle von Alters-, Perioden- und Kohorteneffekten. *Sportwissenschaft*, 33, 263-279.
- Buhsch, J., Finne, E. & Geuter, G. (2010). *Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung (LIGA.Fokus10)*. Düsseldorf: LIGA.NRW.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Hrsg.). (2010). *Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter (LIGA.Praxis, 6)*. Düsseldorf.
- Dahmen, B. & Hartmann-Tews, I. (Red.). (2003). *Organisationsentwicklung und Gender Mainstreaming in Sportverbänden*. Verfügbar unter: http://www.wir-im-sport.de/templates/dokukategorien/dokumanagement/psfile/file/57/BR_Gender_486dd46b963aa.pdf [10.2.2011]
- Europäische Kommission. (2008). *EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung*. Biarritz: Eigenverlag.
- Hirschauer, S. (1996). Wie sind Frauen, wie sind Männer? In C. Eifert (Hrsg.), *Was sind Frauen, was sind Männer?* (S. 241-257). Frankfurt: Suhrkamp.
- Hurrelmann, K. & Kolip, P. (Hrsg.). (2002). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
- Kolb, M. & Diketmüller, R. (2006). „Reife Äpfel“ – Gesundheitsförderung mit älteren Frauen im ländlichen Raum. In T. Altgeld & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis* (S. 145-161). Weinheim, München: Juventa.
- Kolip, P. & Müller, V. (Hrsg.). (2009). *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber.
- Lorber, J. (1999). *Gender-Paradoxien (Reihe Geschlecht und Gesellschaft, Bd. 15)*. Opladen: Leske + Budrich.
- Pahmeier, I. (2008). Sportliche Aktivität aus der Lebenslaufperspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(3), 168-176.
- Pfeffer, I. & Alfermann, D. (2006). *Fitnesssport für Männer – Figurtraining für Frauen?! Gender und Bewegung*. In P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.), *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 61-72). Weinheim, München: Juventa.
- Phongsavan, P., McLean, B., & Bauman, A. (2007). Gender differences in influences of perceived environmental and psychosocial correlates on recommended level of physical activity among New Zealanders. *Psychology of Sport and Exercise*, 8 (6), 939-950.
- Schaufler, B. (2002). „Schöne Frauen - starke Männer“: zur Konstruktion von Leib, Körper und Geschlecht (Augsburger Reihe zur Geschlechterforschung; Bd. 3). Opladen: Leske + Budrich.
- 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. (Hrsg.). (2010). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*. Wien: Eigenverlag.

Korrespondenzadresse

Universität Wien
 Zentrum für Sportwissenschaften und Universitäts-sport
 Abteilung Bewegungs- und Sportpädagogik
 Auf der Schmelz 6a
 1150 Wien
 E-Mail: rosa.diketmueller@univie.ac.at



D) Bewegungsförderung im Setting

13. Bewegungsförderung im Kindergarten

Prof. Dr. Alexander Woll und Annette Payr
Fachgruppe Sportwissenschaft, Universität
Konstanz

Hintergrund und Methode

Die Notwendigkeit von Bewegungsförderung in der frühen Kindheit kann sowohl aus gesundheitspolitischer als auch aus bildungspolitischer Perspektive begründet werden. Einschränkungen in der Bewegungswelt von Kindern (Schmidt, 2003) führen bereits im Vorschulalter zu einer Abnahme motorischer Alltagsbewegungen und einer Zunahme institutionalisierter sport-motorischer Aktivitäten (Woll et al., 2009). Als Folge dieser Entwicklungen werden eine tendenzielle Verschlechterung der motorischen Leistungsfähigkeit (Bös et al., 2009) und eine Steigerung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (Landsberg, Plachta-Danielzik und Müller, 2009), vor allem bei den weniger aktiven Kindern, beobachtet. Die Zusammenhänge zwischen Adipositas und weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren (Landsberg, Plachta-Danielzik und Müller, 2009) sowie allgemein zwischen körperlicher Inaktivität und gesundheitlichen Folgen im Erwachsenenalter (Völker, 2009)

betonen die Notwendigkeit für ein frühzeitiges Ansetzen von Maßnahmen zur Bewegungsförderung. Im Zusammenhang mit der bildungspolitischen Fokussierung auf den Bereich der Frühpädagogik wird Bewegung zudem als wichtiges Medium der Vermittlung grundlegender kognitiver, emotionaler und sozialer Lernprozesse und Bewegungsförderung als zentrale Aufgabe in der Begleitung frühkindlicher Bildungsprozesse verstanden (Zimmer, 2009, S. 230). Dabei setzen Konzepte zur Gesundheitsförderung und aktuelle Bildungskonzepte an den gleichen Kompetenzen und Ressourcen der Kinder an.

Der Kindergarten stellt als erste Stufe des Bildungssystems ein ideales Setting für Maßnahmen der Bewegungsförderung dar. Im Kindergarten wird ein Großteil der Kinder eines Jahrgangs erreicht, Bewegungsförderung kann frühzeitig ansetzen und die vorhandenen organisationalen Strukturen sowie das Dominieren einer einzigen Profession (Erzieher) (Rittner, 2002) begünstigen die Möglichkeiten der Implementierung bewegungsfördernder Maßnahmen zur Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt. Das Setting Kindergarten scheint darüber hinaus besonders geeignet um über das Medium Bewegung soziale Ungleichheiten im Gesundheits- und Bildungsbereich zu kompensieren (Schmidt, 2010).

Die Analyse des Themenfeldes Bewegungsförderung im Kindergarten basiert auf einer Auswertung der vorliegenden theoretischen und empirischen Literatur auf zwei Ebenen. Zunächst werden ausgehend von konzeptionellen Überlegungen und den Ergebnissen von Evaluationsstudien die verschiedenen Maßnahmen und Bedingungsfaktoren von Bewegungsförderung im Setting Kindergarten analysiert. Anschließend werden empirische Befunde zu den Effekten von bewegungsfördernden Interventionen bei den Kindern vorgestellt.

Ergebnisse

Mögliche Maßnahmen der Bewegungsförderung setzen in unterschiedlichen Bereichen (organisatorischer, inhaltlicher, personeller und materieller Bereich) an und beeinflussen dort jeweils sowohl über die Verhältnisebene als auch über die Verhaltenesebene die Quantität und Qualität der Bewegungszeit. Voraussetzung für die Einleitung von Maßnahmen sind Aufmerksamkeit und Interesse am Thema Bewegungsförderung bei den Akteuren des Settings Kindergarten (Rittner, 2002). Bei den unmittelbaren Akteuren (Erzieher, Kinder, Eltern) müssen im Hinblick auf die Aktivierung Vorerfahrungen, Gewohnheiten, Einstellungen und Beziehungen und bei den institutionellen Akteuren unterschiedliche Ebenen des Denkens und Handelns (Rittner, 2002) berücksichtigt werden.

Zurzeit beträgt die angeleitete Bewegungszeit in Kindergärten deutschlandweit durchschnittlich 1,5 Stunden pro Woche (Bös et al., 2009). Über die Nutzung freier Bewegungszeiten und den Umfang von Alltagsbewegung im Kindergarten liegen keine umfassenden Daten vor. Die Analyse von einzelnen Faktoren der Bewegungsförderung zeigt jedoch, dass die Voraussetzungen für einen Ausbau von Bewegungsförderung im Kindergarten gut sind. Demnach zeigt sich in Befragungen bei einem großen Teil der Erzieherinnen und Erzieher sowie bei den Eltern ein allgemeines Problembewusstsein und Interesse am Thema Bewegungsförderung (Rittner, 2002; Rumpelstin und Schülert, 1997). In den Bildungsplänen der einzelnen Bundesländer nehmen nach einer Analyse von Zimmer (2009) die Themen Körper und Bewegung einen herausragenden Platz ein. Während es für die Ausbildung von Erziehern an den Fachschulen im Hinblick auf den Themenbereich Bewegung und Gesundheit keine entsprechenden Vorgaben der Kultusministerkonferenz gibt (Krüger, 1998), werden diese Themen im Orientierungsplan für Studiengänge der Frühpädagogik in mehreren Bausteinen berücksichtigt (RBS, 2008). Die Evaluation von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen mittels Befragungen bestätigt zudem durchwegs positive Effekte hinsichtlich der Einstellungen der Erzieherinnen und Erzieher zu und der

Umsetzung von Bewegungsförderung in den Kindergärten (Förster, 2010; Müller, 2002). Eine Studie zu unterschiedlichen Maßnahmen der Bewegungsförderung zeigt, dass mit einer Kombination von Fortbildung und Veränderung der materiellen Ausstattung des Kindergartens der größte Effekt erzielt wurde, gefolgt von der reinen Fortbildungsgruppe und zuletzt der reinen Materialgruppe (Prohl und Seewald, 1998). Die Bedeutung der Erzieherinnen und Erzieher im Rahmen von Bewegungsförderung und die Notwendigkeit der Berücksichtigung mehrerer Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen wurden hier eindrücklich bestätigt. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit von bewegungsfördernden Projekten wird zudem auf die Notwendigkeit der Vernetzung der Akteure hingewiesen. Dabei haben sich Maßnahmen wie die Bildung von Gesundheitsteams in den Einrichtungen, die Organisation von Netzwerktreffen, die zielgruppenorientierte Bereitstellung von Fortbildungen, Beratung und Materialien sowie nicht zuletzt die Einrichtung einer übergeordneten Koordinierungsstelle als Steuerungsorgan als erfolgreich erwiesen (AG:QME, 2007). Die Themen Bewegung und Gesundheit waren in den teilnehmenden Kindergärten dauerhaft präsent (AG:QME, 2007). Insgesamt werden ein konkreter Zielgruppenbezug, ein themenübergreifender Ansatz, die Berücksichtigung von Kooperation und Vernetzung sowie die Dokumentation und Evaluation als Qualitätskriterien bewegungsfördernder Projekte angesehen (BZgA, 2002).

In Deutschland wurde in den letzten Jahren eine Vielzahl von Projekten zur Bewegungsförderung, oft im Zusammenhang mit einer allgemeinen Gesundheitsförderung, in Kindergärten durchgeführt. Fast alle evaluierten Projekte berichten über eine verbesserte motorische Leistungsfähigkeit der Kindergartenkinder (Rethorst, Fleig und Willimczik, 2009). Die Ergebnisse zu weiteren Effekten sind inkonsistent. Im Bereich Gesundheit konnten teilweise positive Auswirkungen auf den diastolischen Blutdruck in Ruhe (Ketelhut, Mohasseb und Ketelhut, 2010) und den BMI (Summerbell et al., 2005) sowie Verbesserungen des Haltungs- und Bewegungsapparates (Weiß et al., 2004) nachgewiesen werden. Zudem zeigt sich ein präventiver Effekt im Hinblick auf Unfälle durch eine Verbesserung der Bewegungssicherheit (Kambas et al. 2004; Kunz, 1993). In einigen Studien wurden im Zusammenhang mit Bewegungsprogrammen in Kindergärten Verbesserungen im Bereich von kognitiven, sozialen und psychischen Fähigkeiten beobachtet, die jedoch noch differenzierter untersucht werden müssen (Rethorst, Fleig und Willimczik, 2009).

Schlussfolgerungen

Als Konsequenzen für die empirische Forschung kann erstens die Forderung nach mehr experimentellen Längsschnittstudien abgeleitet werden. Da die Kindheit eine gesundheitlich relativ stabile Phase darstellt (Völker, 2009) erscheint es sinnvoll mögliche Effekte von Bewegungsförderung vor einem größeren Zeithorizont zu untersuchen. Forschungslücken bestehen zudem hinsichtlich der Wechselwirkung verschiedener Faktoren, die über Bewegung beeinflusst werden können, wie Gesundheit, Stress, psychische und soziale Ressourcen im Kindesalter (Wagner und Kirch, 2006). Insgesamt werden die Effekte von Bewegungsförderung in den meisten Studien über die Auswirkungen auf die motorische Leistungsfähigkeit untersucht und nur wenige Studien erheben die direkte quantitative Steigerung der Bewegungsaktivitäten zum Beispiel über Fragebögen und noch seltener über Accelerometer, Pedometer oder Herzfrequenzmessung. Weitere Anregungen für die Forschung bietet der Umstand, dass häufig nur die direkten Effekte auf die Kinder untersucht werden während die Bedingungsfaktoren erfolgreicher Aus- und Weiterbildung, von Elternbildung und gelungener Vernetzung vergleichsweise selten evaluiert werden. In diesem Zusammenhang können theoretische Modelle zum Beispiel zur Selbsterfahrung, zur Verhaltensänderung, zur intersektoralen Kooperation und Organisationsentwicklung (Pelikan, 2007) herangezogen werden. Zudem erscheint es sinnvoll in der Evaluation von Aus- und Fortbildungen der Erzieher nicht nur die Veränderung von Einstellungen, sondern auch die direkten Effekte auf die tägliche bewegungsfördernde Arbeit in den Kindergärten zu betrachten. Besonders im Hinblick auf die Interaktion zwischen den Erziehern und den Kindern im Rahmen der Bewegungsförderung kann die Rolle von Bindungen (Krenz, 2010) und Emotionen (Franken, 2009) in diesen Prozessen noch stärker in den Blick genommen werden. Für alle diese Bereiche gilt es entsprechende Evaluationsmethoden zu entwickeln beziehungsweise weiterzuentwickeln.

Auf der praktischen Ebene ergibt sich aus den Überlegungen die Forderung, den Aufbau von regionalen und überregionalen Informations- und Austauschforen (Franzkowiak, 2002) zu unterstützen und die Steuerung der Organisationsentwicklung dieser Netzwerke in Koordinierungsstellen zu organisieren. Daneben muss in der Praxis im Sinne eines themenübergreifenden Ansatzes eine Vernetzung von Bewegungsförderung mit anderen Bildungs- und Gesundheitsthemen (zum Beispiel Sprache, Ernährung) erfolgen. Das Ziel ist dabei 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 Erziehern aber auch bei den Eltern zu unterstützen. Besonders die Erzieher als Schlüsselfiguren dieses Settings müssen Wissen und Kompetenzen entwickeln, um durch Bewegung gesundheitsförderliche Bildungsprozesse zu begleiten. Im Rahmen von Vernetzungsaktivitäten ist deshalb darauf zu achten, Erzieher nicht mit weiteren Zusatzaufgaben zu belasten, sondern sie durch Ressourcen von außen zu unterstützen (Richter und Utermark, 2004). In diesem Zusammenhang muss auch das Thema betriebliche Gesundheitsförderung (Schneewind, 2010) und die Möglichkeit der Bewegungsförderung bei den Erziehern angesprochen werden. Die Bewegungsförderung kann hier zudem einen Anknüpfungspunkt für die in Aus- und Fortbildung geforderten biographischen Bezüge zum Thema Bewegung darstellen. Als bildungs- aber auch gesundheitspolitische Forderung kann entsprechend die Verbesserung der Quantität und Qualität des Personals in den Kindergärten genannt werden. Die Unterstützung von Initiativen zur Bewegungsförderung in Kindergärten bildet eine wichtige Grundlage der Gestaltung einer alltäglichen Lebenswelt von Kindern, die Gesundheit und Bildung, nicht zuletzt im Hinblick auf soziale Chancengleichheit, fördert.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Bewegungsförderung im Kindergarten ist aus **gesundheitspolitischer** und **bildungspolitischer** Perspektive wichtig.
- Der **Kindergarten** stellt ein gut geeignetes Setting für bewegungsfördernde Maßnahmen dar.
- Maßnahmen der Bewegungsförderung im Kindergarten können auf **verschiedenen Ebenen** und bei allen **Akteuren** des Settings ansetzen.
- Neben Evaluation und Qualitätssicherung von Bewegungsförderung besteht ein zentrales Problem in der Sicherung der **Nachhaltigkeit**, zum Beispiel durch Vernetzung und Organisationsentwicklung in den Kindergärten.
- Eine Schlüsselrolle im Setting Kindergarten kommt den **Erzieherinnen und Erziehern** zu. Dies muss bei der Entwicklung von Aus- und Fortbildungskonzepten, im Rahmen der Vernetzung und bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen berücksichtigt werden.
- Evaluierte Projekte zur Bewegungsförderung berichten einheitlich über eine **verbesserte motorische Leistungsfähigkeit** der Kinder. Die Ergebnisse zu weiteren Effekten im physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Bereich sind inkonsistent und erfordern eine weitere Differenzierung.
- Bewegungsförderung im Kindergarten trägt zur Entwicklung von **Kompetenzen** und **Ressourcen** in den Bereichen Bildung und Gesundheit besonders auch bei sozial benachteiligten Kindern bei.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Untersuchung der **Wechselwirkungen** verschiedener physischer, psychischer und sozialer Faktoren im Rahmen von Bewegungsförderung im Kindergarten
- Experimentelle Studien zu **längerfristigen Effekten** von Bewegungsförderung
- Untersuchung der direkten Effekte von bewegungsfördernden Maßnahmen auf die **körperliche Aktivität** der Kinder zum Beispiel über Accelerometer
- Evaluation von **Aus- und Weiterbildung** von Erziehern im Bereich Bewegung im Hinblick auf die Effekte in der täglichen Arbeit in den Kindergärten
- Einbezug von **Theorien** zu Netzwerken, Organisationsentwicklung, Bindung und Emotionen bei der Analyse der verschiedenen Ebenen der Bewegungsförderung und der Konzeption und Evaluation von Maßnahmen
- Entwicklung von geeigneten **Evaluationsmethoden** zur Untersuchung der Effekte von Elternarbeit, von Fortbildung, von Netzwerken und weiteren bewegungsfördernden Maßnahmen

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- Beachtung des **Zielgruppenbezugs** in der Förderung von gesundheitsrelevanten Kompetenzen und Ressourcen bei Kindern, Erziehern und Eltern durch Bewegung
- Berücksichtigung eines **ganzheitlichen Bildungsverständnisses**, eines **ressourcenorientierten Gesundheitsverständnisses** und der Bewegungsbedürfnisse der Kinder bei der Planung und Umsetzung von Bewegungsförderung
- Ansetzen der Maßnahmen zur Bewegungsförderung auf verschiedenen Ebenen um die Qualität und Quantität sowohl der **angeleiteten** als auch der **freien Bewegungszeit** zu verbessern
- Aufbau von **Netzwerken** zum Informationsaustausch von Erzieherinnen und Erziehern zum Thema Bewegungsförderung und Steuerung der **Organisationsentwicklung** dieser Netzwerke durch Koordinierungsstellen zum Beispiel in Sport- und Gesundheitsämtern
- **Vernetzung** von Bewegungsförderung mit anderen Bildungs- und Gesundheitsthemen im Rahmen eines themenübergreifenden Ansatzes
- Entwicklung von **Qualitätskriterien** und **Evaluation** von bewegungsfördernden Projekten

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Schmidt, W. (Hrsg.). (2009). Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (2., überarbeitete Aufl.). Schorndorf: Hofmann.**
wissenschaftliche Grundlagen zur **Bedeutung von Bewegung und Sport** im Hinblick auf die individuelle Entwicklung mit dem Schwerpunkt Kindheit
- **BZgA (Hrsg.). (2002). „Früh übt sich...“. Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Band 16: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: BZgA.**
Dokumentation einer Expertentagung mit Beiträgen zu Ansätzen, verschiedenen Maßnahmen und Modellen der **Gesundheitsförderung im Kindergarten**
- **Zimmer, R. (2008). Handbuch der Bewegungserziehung. Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis. 19. neu bearbeitete Auflage. Freiburg i. Br.: Herder.**
umfassende Übersicht über theoretische und praktische Grundlagen der **frühkindlichen Bewegungsförderung**

Literatur

- AGQME. (2007). Evaluationsprojekte und Evaluationsergebnisse. Netzwerk „Bildung und Gesundheit - OPUS NRW“. Düsseldorf: Erziehungswissenschaftliches Institut der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Bös, K., Oberger, J., Lämmle, L., Opper, E., Romahn, N., Tittlbach, S., et al. (2009). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern. In W. Schmidt (Hrsg.), Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (2., überarbeitete Aufl.). (S. 137-157). Schorndorf: Hofmann.
- Bös, K., Worth, A., Opper, E., Oberger, J. & Woll, A. (2009). Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- BZgA. (2002). Kurzdarstellung der Models of good practice. In BZgA (Hrsg.), „Früh übt sich...“ - Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Band 16: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. (S. 197- 226). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Förster, H. (2010). LOTT JONN - Kindergarten in Bewegung. Gesundheitsförderung im Setting Kindertageseinrichtungen im Kreis Mettmann. *Haltung & Bewegung*, 30 (1), 5-16.
- Franken, U. (2009). Ein emotionsfokussiertes Modell als fruchtbarer Bezugsrahmen für Theorie und Praxis der Gesundheitswissenschaften. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4 (1), 23-34.
- Franzkowiak, P. (2002). Leitfragen, Empfehlungen und Perspektiven zur Gesundheitsförderung im Kindergarten. In BzGA (Hrsg.), „Früh übt sich...“ - Gesundheitsförderung im Kindergarten: Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Band 16: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. (S. 190-193). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- 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. & Ketelhut, R. G. (2010). Einfluss eines regelmässigen Bewegungsprogramms auf die Blutdruckentwicklung in Ruhe und bei Belastung sowie die motorische Entwicklung im Kindergartenalter. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 58 (4), 115-119.
- Krenz, A. (2010). Beziehungen bewegen Menschen! Warum bewegte Bindungserlebnisse zu bewegenden Bildungserfahrungen führen. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bildungschancen durch Bewegung - von früher Kindheit an!* (S. 90-97). Schorndorf: Hofmann.
- Krüger, F.-W. (1998). Die Ausbildung von Erzieherinnen: Ein Beitrag zur Psychomotorik im Kindergarten? *motorik*, 21 (2), 50-57.
- Kunz. (1993). Weniger Unfälle durch Bewegung. Mit Bewegungsspielen gegen Unfälle und Gesundheitsschäden bei Kindergartenkindern. Schorndorf: Hofmann.
- Landsberg, B., Plachta-Danielzik, S. & Müller, M.J. (2009). Risikofaktor Adipositas. In W. Schmidt (Hrsg.), *Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (2., überarbeitete Aufl.)*. (S. 115-124). Schorndorf: Hofmann.
- Müller, B. (2002). Lebensweltbezogene Gesundheitsförderung. Fortführung des Projektes „Hüpfdötchen - Kindergarten in Bewegung“. *Praxis der Psychomotorik*, 27 (3), 180-188.
- Pelikan, J. M. (2007). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2 (2), 74-81.
- Prohl, R. & Seewald, J. (1998). Offene Bewegungserziehung in Kindergärten. Bericht über ein kombiniertes Fortbildungs- und Forschungsprojekt in Thüringen. *motorik*, 21 (2), 58-68.
- RBS. (2008). *Frühpädagogik Studieren. Ein Orientierungsrahmen für Hochschulen*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- 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.
- Richter, A. & Utermark, K. (2004). *Gesund in allen Lebenslagen. Recherche zu Modellen und Konzepten einer settingbezogenen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder*. Verfügbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/recherche.netzwerk.kita.pdf> [2.2.2011].
- 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.
- Rumpeltin, C. & Schülert, T. (1997). Das Projekt „Hüpfdötchen - Kindergarten in Bewegung“. Ein Konzept zur lebensweltbezogenen Prävention für Kinder im Vorschulalter. *Praxis der Psychomotorik*, 22 (3), 185-190.
- Schmidt, W. (2003). Kindheiten, Kinder und Entwicklung: Modernisierungstrends, Chancen und Risiken. In W. Schmidt, I. Hartmann-Tews & W.-D. Brettschneider (Hrsg.), *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. (S. 19-42). Schorndorf: Hofmann.
- Schmidt, W. (2010). Bewegung, Spiel und Sport als soziale Chance. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bildungschancen durch Bewegung - von früher Kindheit an!* (S. 112-118). Schorndorf: Hofmann.
- Schneewind, J. (2010). Psychische Gesundheit von Erzieherinnen. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bildungschancen durch Bewegung - von früher Kindheit an!* (S. 126-131). Schorndorf: Hofmann.
- 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).

- Völker, K. (2009). Wie Bewegung und Sport zur Gesundheit beitragen - Tracking-Pfade von Bewegung und Sport zur Gesundheit. In W. Schmidt (Hrsg.), Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (2., überarbeitete Aufl.). (S. 89-106). Schorndorf: Hofmann.
- Wagner, N. & Kirch, W. (2006). Gesundheitsförderung im Vorschulalter. Prävention und Gesundheitsförderung, 1 (1), 33-39.
- 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.
- Woll, A., Jekauc, D., Mess, F. & Bös, K. (2009). Sportengagements und sportmotorische Aktivität von Kindern. In W. Schmidt (Hrsg.), Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (2., überarbeitete Aufl.). (S. 177-191). Schorndorf: Hofmann.
- Zimmer, R. (2009). Zur Bedeutung von Bewegung im Rahmen frühkindlicher Bildungsprozesse. In W. Schmidt (Hrsg.), Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht (2., überarbeitete Aufl.). (S. 211-236). Schorndorf: Hofmann.

Korrespondenzadresse

Universität Konstanz
Sportwissenschaft
Postfach D 30
78457 Konstanz
E-Mail: Alexander.Woll@uni-konstanz.de

14. Bewegungsförderung in der Schule

Prof. Dr. Roland Naul, Dorothee Schmelt und Dr. Dirk Hoffmann
Institut für Sport- und Bewegungswissenschaften, Universität Duisburg-Essen

Hintergrund

Die Bewegungsförderung in der Schule hat einen ideen- und sozialgeschichtlichen Hintergrund von rund zweihundert Jahren, der zyklische Entwicklungsphasen der Förderung und Vernachlässigung mit einer terminologischen Begriffsvielfalt widerspiegelt (Pädagogische Gymnastik, Schulturnen, Leibeserziehung, Sportunterricht, Bewegungserziehung, Bewegung, Spiel und Sport in der Schule). Der Begriff der Bewegungsförderung als einer schulischen Veranstaltung umfasst nicht nur historisch betrachtet ein breites Feld an verschiedenen **Schultypen/Schulformen, Angebotsinhalten und Angebotsformen**, sondern auch und gerade in der Gegenwart sind unterschiedliche Konturen und vielfältige Ausdifferenzierungen vorhanden. Denn gesellschaftliche Veränderungsprozesse führen seit Jahren zu einem bewegungsinkaktiven Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in ihren verschiedenen Lebenswelten (Settings) mit nachweisbaren gesundheitlichen Folgen für die junge Generation. Neue fachwissenschaftliche Erkenntnisse sowie institutionelle Umstrukturierungsprozesse im Erziehungs- und Schulsystem (zum Beispiel Ganztagschule) zeigen Möglichkeiten und Grenzen der Bewegungsförderung in der Schule. In den letzten 10 Jahren rückt eine nachhaltige Bewegungsförderung in Schulen in den Fokus sozial-, bildungs-, sport- und gesundheitspolitischer Maßnahmen in nationalen (Berufsverbände, Sportverbände, Ministerien, Stiftungen) und europäischen (WHO, EC) Kontexten. Beeinträchtigt und erschwert werden diese Maßnahmen in ihrem Erfolg oft durch die Konzentration auf nur einen Lebensbereich von Kindern und Jugendlichen (nur Familie oder Schule oder Sportverein) und durch nur einseitige Interventionsprogramme (nur Ernährung oder nur Bewegung oder nur Bewegungsumwelt).

Methode

Für den vorliegenden Beitrag wird eine inhaltsanalytische Methode gewählt, die die Bandbreite des Begriffs „Bewegungsförderung“ erläutert und erklärt und dabei die Institution „Schule“ in ihrer gegenwärtigen Ausdifferenzierung nach Schulstufen (Primar-, Sekundarstufe) und Schulformen (Grundschule, offene Ganztagschule, Hauptschule, Realschule, Gymnasium, gebundene Ganztagschule, Gesamtschule, Berufskolleg) berücksichtigt. Dabei wird

weniger die Bildungsvielfalt anhand der 16 Bundesländer nachgezeichnet, sondern prototypisch auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen Bezug genommen, mit gelegentlichen Verweisen auf Besonderheiten in anderen Bundesländern. Die Darlegungen erfolgen systematisch nach der Ausdifferenzierung von **vier zentralen Bereichen der Angebotsinhalte** für eine Bewegungsförderung und der Beschreibung von **vier zentralen Angebotsformen** zur Bewegungsförderung in der Schule. Dabei wird für jede der vier Angebotsformen eine empirische Detailanalyse der vorliegenden Untersuchungsergebnisse zur Bewegungsförderung in der Schule (Synopsis) vorgenommen, um nachweisbare Fördereffekte der verschiedenen Interventionsmaßnahmen in diesen Bereichen zu dokumentieren.

Ergebnisse

Die Bandbreite der **Angebotsinhalte** reicht von der kompensatorischen Bewegungsförderung durch Sportförderunterricht bis zum leistungssportlichen Training von Sportarten. Bei den Angebotsinhalten können vier Bereiche unterschieden werden:

1. Basismotorische Kompetenzen, die den fünf motorischen Grundfähigkeiten entsprechen: Koordination, Kraft, Ausdauer, Schnelligkeit (energetische Fähigkeiten) sowie Beweglichkeit (mechanische Fähigkeit).
2. Alltagsmotorische Kompetenzen, die motorische Grundformen umfassen, die mit den oberen und unteren Extremitäten unter Mitwirkung des Rumpfes durchgeführt werden: zum Beispiel Gehen, Laufen, Steigen, Hüpfen, Springen; Werfen, Pellen, Fangen; Tragen und Halten, Ziehen und Schieben.
3. Sportartbezogene Kompetenzen, die motorische Techniken in einzelnen Sportarten umfassen wie zum Beispiel eine spezielle Sprungtechnik im Weit- oder Hochsprung oder spezielle Wurftechniken im Basketball (zum Beispiel Sprungwurf oder Korbleger).
4. Bewegungsfeldumgreifende Kompetenzen, die als erweiterte sportartspezifische Bewegungsfertigkeiten verstanden werden, um die Funktionalität von Sporttechniken, Sportgeräten und Bewegungsräumen, aber auch von Regelwerken zur Durchführung einzelner Sportarten zu erweitern und zu transzendieren (zum Beispiel Reaktionsfähigkeit, Raumwahrnehmung).

Die Bandbreite der **Angebotsformen** zur Bewegungsförderung reicht vom regulären Sportunterricht durch fachspezifisch ausgebildete Lehrpersonen der Schule bis zu lizenzierten außerschulischen Kräften wie Übungsleitern und Übungsleiterinnen, Erziehern und Erzieherinnen oder Trainer und Trainerinnen

aus Sportvereinen. Auch hier sind vier verschiedene Angebotsformen zu unterscheiden:

1. Sportunterricht, differenziert nach Schulstufen und Schulformen. Während nachweisliche Kompensationsergebnisse für bewegungsschwache Kinder im Rahmen des Sportförderunterrichts vorliegen, ist die Ergebnislage für die Bewegungsförderung im alltäglichen Sportunterricht ambivalent: Signifikante Verbesserungen sportmotorischer Grundlagen schon nach mehrmonatigen Interventionsprogrammen stehen Ergebnisse gegenüber, die keine entsprechenden Effekte zeigen. Die Ambivalenz ist darauf zurückzuführen, dass diese Interventionsstudien sehr stark in ihrem Design (Minutenvolumen und Intensität pro Tag, Häufigkeit pro Woche, Gesamtzeit der Intervention, verschiedene Altersgruppen) streuen. Ein Hauptproblem besteht darin, dass es in Deutschland – im Gegensatz zu einigen EU-Nachbarländern (unter anderem Finnland, Niederlande) – keine mehrjährigen Längsschnittuntersuchungen mit Vergleichskohorten gibt und entsprechende Zeitreiheneffekte nicht nachweisbar sind.
2. Außerunterrichtliche Angebote, die von vielfältigen Pausenaktivitäten mit alltagsmotorischen Inhalten bis zum sportartspezifischen, schulischen Wettkampfwesen reichen. Auch die vorliegenden Untersuchungsergebnisse zum Thema „Bewegte Pause“ zeigen keine signifikanten Fördereffekte für einzelne motorische Kompetenzen, belegen aber positive Auswirkungen auf verschiedene psycho-soziale Parameter für pro-soziales Verhalten.
3. Bewegungsbezogenes Lernen und Bewegungspausen in anderen Unterrichtsfächern, um eine „Rhythmisierung“ des kognitiven Lernens mit Elementar- und Alltagsbewegungen und die Re-Aktivierung der Konzentration und Aufmerksamkeit im jeweiligen Fachunterricht zu erreichen. Dieser Untersuchungsbereich steht gegenwärtig im Fokus des Forschungsinteresses, um die Auswirkungen motorischer Handlungsprozesse im Kontext kognitiven Lernens (Sprache, Rechnen) zu analysieren und zu bestimmen. Hier sind bei den erst wenigen Studien leichte bis deutliche kognitive Lernfördereffekte im Kontext bewegungsorientierter Lern- und Handlungsprozesse nachweisbar.

4. Vielfältig erweiterte außerunterrichtliche Angebote durch außerschulische Partner (Sportvereine) im Rahmen der offenen Ganztagschule. Die Lerneffektforschung im Rahmen von Evaluationsstudien zum „ganztägigen Lernen“ (unter anderem StEG, Wissenschaftlicher Kooperationsverbund NRW) steckt noch in den Kinderschuhen, nicht nur für das Thema der Bewegungsförderung. Allerdings zeigen erste Forschungsergebnisse (SpOGATA-NRW-Hauptstudie), dass Grundschüler an offenen Ganztagschulen über einen höheren BMI-Wert und ein schlechteres Motorikprofil verfügen als altersgleiche Schüler, die nicht an ganztägigen Angeboten teilnehmen.

Schlussfolgerung

Die prinzipielle Möglichkeit, eine nachhaltige Bewegungsförderung mit gesundheitlichen Effekten (Normalgewicht, adäquate HKS-Werte, breite und altersadäquate motorische Basiskompetenzen, aktive Lebensstil-Einstellung, psycho-somatisches Wohlbefinden unter anderem) zu erreichen, verlangt eine „doppelte Vernetzung“ der Angebotsinhalte und Angebotsformen:

1. Eine Vernetzung aller Inhaltsbereiche und Angebotsformen in der Schule mit den Nachmittagsangeboten in der Ganztagschule oder in den Sportvereinen (= integratives Konzept)
2. Eine Vernetzung zur Förderung der täglichen Bewegungsförderung (60 bis 90 Minuten) mit Stakeholdern für Erziehung, Jugendhilfe, Sport und Gesundheit in kommunalen Bildungslandschaften (= „gesunde Kinder in gesunden Kommunen“ (gkgk))

Infokasten 1**Zentrale Ergebnisse**

- Eine systematische und altersadäquate Bewegungsförderung findet noch zu wenig in den Schulen statt. Hauptursachen werden in der mangelnden sportfachlichen Qualifizierung von Lehrkräften gesehen, die diesen Unterricht erteilen, und in bei den ausgebildeten Sportlehrern oft nicht vorhandenen Kompetenzen zur Bewegungsdiagnose mit der regelmäßigen Überprüfung des motorischen Lernentwicklungsstandes.
- Ergebnisse von empirischen Studien zur Bewegungsförderung (Bewegte Schule) und Interventionsstudien zur Förderung eines aktiven Lebensstils sind jeweils ambivalent: Signifikante Verbesserungen (BMI, motorische Kompetenzen, mehr Bewegungszeiten) stehen Stagnation und regressive Entwicklungsmuster gegenüber. Die Vermehrung von täglichen Bewegungszeiten in einem Wochenrhythmus (fünf Tage) und die individuelle Dosierung der motorischen Belastung haben einen nachweislich positiven Einfluss auf die Bewegungsförderung.
- In der Regel dominieren additiv-duale Konzepte für die Bewegungsangebote im Sportunterricht und in der Ganztagschule am Nachmittag. Zwar haben flächendeckend alle Ganztagschulen in NRW nachmittägliche Bewegungsangebote, allerdings nur ein- bis zweimal pro Woche für jedes Grundschulkind. Dabei spielen gesundheitsfördernde Angebote mit ca. 6% aller Angebote im Bereich von „Bewegung, Spiel und Sport“ (BeSS) so gut wie keine Rolle.

Infokasten 2**Zentrale Empfehlungen für die Forschung**

- themenspezifische Längsschnittstudien über mindestens vier Jahre mit einem Interventionsdesign, das mehrere Settings (Familie, Schule, Sportverein, Kommune) und Programmkomponenten umfasst (Bewegung, Ernährung, Medienkonsum) umfasst

Infokasten 3**Zentrale Empfehlungen für die Praxis**

1. Curriculare und außerschulische Verzahnung der Interventionsangebote; lokales Netzwerk aller Stakeholder für Schule, Jugendhilfe, Gesundheit, Sport und Stadtentwicklung. Dafür müssen starke Partner gefunden werden, um das vernetzte Konzept zu tragen.
2. Inhalte zur Bewegungsförderung, die motorische Leistungsdiagnostik und die individuelle Förderung spezieller Schülergruppen verstärkt in die Aus- und Fortbildung von Lehrkräften und außerschulischen Fachkräften aufnehmen.
3. Nachhaltigkeit und langfristige Implementation von Projekten, Bewegungsangeboten und Maßnahmen zur Bewegungsförderung verstärkt in den Fokus rücken und überprüfen.
4. Aufbau eines Monitoring-Systems im Wissenschaftsverbund mit staatlichen Institutionen und dem organisierten Sport zur Bewegungsförderung in der Schule.

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)

Korrespondenzadresse

Universität Duisburg-Essen
Institut für Sport- und Bewegungswissenschaften
Gladbecker Straße 180
45141 Essen
E-Mail: roland.naul@uni-due.de

15. Bewegungsförderung im Betrieb – ein wichtiger Baustein der multifaktoriell konzipierten Betrieblichen Gesundheitsförderung

Dr. Sonja D. Stoffel^{1,2,3}, Dr. Ferdinand Gröben¹, Dr. Nicolaas P. Pronk, PhD^{3,4} und Prof. Dr. Klaus Bös¹

¹ Institut für Sport und Sportwissenschaft, Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

² Centre for Sport & Exercise Education, Camosun College, Victoria, Kanada

³ Department of Society, Human Development, and Health, Harvard School of Public Health, Boston, USA

⁴ JourneyWell und HealthPartners Research Foundation, Bloomington, USA

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 beispielsweise durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken. Ziel dieses Kapitels ist es, die Evidenzlage zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und im Speziellen zur Bewegungsförderung im Betrieb zusammenzufassen und Empfehlungen für die Forschung und die Praxis aufzuzeigen.

Methode

Die Ergebnisse einer ausführlichen Literaturliteraturanalyse sind hier dargestellt. Gesucht wurde nach systematischen Reviews und Konsensus-Dokumenten beispielsweise des National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). 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, krankensversicherungsrelevante Kosten fallen dort als betriebswirtschaftliche Positionen an. Unter anderem wurden die Datenbanken Medline (PubMed), SPORTDiscus, PsycINFO, Cochrane Collaboration und National Library of Medicine mit Suchbegriffen wie physical activity, exercise,

workplace, worksite, fitness, comprehensive, multi-component kombiniert mit systematic review oder meta-analysis durchsucht.

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 Literaturliteraturanalyse, 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, zur Reduktion von Fehlzeiten und können oft eine positive Wirtschaftlichkeitsanalyse aufweisen. Manche Studien weisen keinen oder einen neutralen Effekt auf; kein Review berichtet über negative Ergebnisse.

Effektivitätssteigernd und ergänzend zur Bewegungsförderung und anderen verhaltensorientierten Maßnahmen ist der Einbezug von Faktoren der Arbeitsumgebung und -organisation. In der Literatur finden sich zahlreiche organisatorische Erfolgsfaktoren für die Inanspruchnahme, die Akzeptanz und die Nachhaltigkeit der BGF-Angebote, wie unter anderem in der NIOSH 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** sollten die Integration von Bewegungsförderung in ein umfassendes Gesundheitsförderungs-, Präventions- sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz-Programm, effektive Kommunikation, die Verbindung zu den Geschäftszielen, die Partizipation der Beschäftigten sowie die Beachtung individueller Bedürfnisse, die Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit, die Stärkung der Kontrollwahrnehmung und eine realistische Zielsetzung beachtet werden.
- 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** angewendet. Dieses schließt vier Ebenen ein: Individuelle, inter-individuelle und organisatorische Ebene sowie die Umwelt-Ebene.

Im Folgenden werden Beispiel-Interventionen zu den vier Ebenen aufgeführt. Diese müssen jedoch an die lokalen Gegebenheiten, wie beispielsweise die Organisationskultur, die spezifische Zielgruppe und die jeweils übliche Kommunikationsform, angepasst werden:

- Beispiele zur **individuellen Ebene** sind Einzelberatungen 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, weiterführenden Bildungsangeboten und Folgeberatung sowie die Aufwertung der Bewegungsumgebung, beispielsweise durch Verschönerung des Treppenhauses.
- Beispiele zur **Umwelt-Ebene** sind das Vorhalten von Garderoben und Duschen, sichere Fahrradständer und ein betriebsinternes Fitness-Studio oder Gesundheitszentrum.

Schlussfolgerungen

Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen für die **Praxis**: Neben der Berücksichtigung der vier Einflus-

sebenen (individuell, inter-individuell, organisatorisch und umweltbezogen) sollte Bewegungsförderung möglich, einfach, sozial unterstützend, finanziell interessant, für die Organisation relevant und mit der Gesellschaft verbunden sein. Bewegungsförderung sollte ein Baustein eines umfassenden, vom Unternehmen bezahlten Gesundheits-Management-Programms sein. Weiter sollten evidenzbasierte Bewegungsförderungs-Programme eine Wahlmöglichkeit enthalten, individuell zugeschnitten, die Privatsphäre schützend sowie dem eigenen Lernstil angepasst sein. Bewegungs- und Sportförderung im Betrieb profitiert durch die Kooperation möglichst vieler betrieblicher Akteure, beispielsweise die Zusammenarbeit von Betriebs-sportgemeinschaften, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Betriebsärzten und externen Trainern. Essenziell für die Integration ist, dass die oberste Führungsetage die BGF unterstützt und diese in den Unternehmensleitlinien verankert.

Zukünftige Forschung sollte unter anderem die Messung der körperlichen Fitness und des Energieverbrauchs einschließen, beispielsweise mit Messinstrumenten, die verschiedene Arten der körperlichen Aktivität im Beruf und in der Freizeit erfassen können. Diese Technologien sollten jedoch erschwinglich, breit einsetzbar und nachhaltig sein. Weiter sollte die BGF-Forschung die Besonderheiten der einzelnen Unternehmen und die Diversität der Arbeitsplätze abdecken. Beispiele hierfür sind verschiedene Zielgruppen wie ältere Mitarbeitende, Schichtarbeiter, kleine und mittlere Unternehmen, lokale und internationale Unternehmen sowie die Integration von Arbeitsgesundheit und -sicherheit. Für die Ausweitung und Qualitätssteigerung der BGF ist weiterhin die Evidenzbasierung der Interventionsmaßnahmen unverzichtbar. Dabei sollte die Bewegungsförderung Teil eines umfassenden Mehrkomponenten-Programms mit individueller Wahlmöglichkeit sein und es sollte neben der Wirksamkeit der Maßnahmen und dem gesundheitlichen auch der ökonomische Nutzen berücksichtigt werden.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Förderung der körperlichen Aktivität ist ein **Baustein** eines **umfassenden multifaktoriell konzipierten BGF-Programms**. Isolierte Bewegungsförderungs-Programme sind im Betrieb nicht effektiv.
- Solche Mehrkomponenten Programme führen zu **signifikanten Verbesserungen** von Gesundheitsvariablen und zur Reduktion von Fehlzeiten und können eine positive Wirtschaftlichkeitsanalyse aufweisen.
- Effektivitätssteigernd und ergänzend zu verhaltensorientierten Maßnahmen ist der **Einbezug von Faktoren der Arbeitsumgebung und -organisation**.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- **Messungen** des **Energieverbrauchs** im Beruf und in der Freizeit sowie der **körperlichen Fitness**
- BGF-Forschung deckt die **Besonderheiten der einzelnen Unternehmen** und die **Diversität** der Arbeitsplätze ab.
- Evaluation der **Wirksamkeit** der Maßnahmen sowie des **gesundheitlichen** und des **ökonomischen Nutzens**
- Bewegungsförderung ist Teil eines **umfassenden Mehrkomponenten-Programms** mit individueller Wahlmöglichkeit und Beratung.

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- **Bewegungsförderung ist** möglich, sozial unterstützend, finanziell interessant, für die Organisation relevant und mit der Gesellschaft verbunden.
- **Kooperation möglichst vieler betrieblicher Akteure**, beispielsweise die Zusammenarbeit von Betriebsportgemeinschaften, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Betriebsärzten und externen Trainern
- **Die oberste Führungsetage** unterstützt die BGF und diese ist in den **Unternehmensleitlinien** verankert.

Infokasten 4

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. Champaign, IL: Human Kinetics: Journal of Physical Activity and Health 6 (Suppl 2), S220-S235.**
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. Universität Karlsruhe, 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

Literatur

Pronk, N.P. (2009). Physical Activity Promotion in Business and Industry: Evidence, Context, and Recommendations for a National Plan. Champaign, IL: Human Kinetics: Journal of Physical Activity and Health 6 (Suppl 2), 220-S235

Korrespondenzadresse

Dr. Sonja Stoffel
Karlsruher Institut für Technologie (KIT)
Institut für Sport und Sportwissenschaft,
Engler-Bunte-Ring 15
76131 Karlsruhe
E-Mail: sonja.stoffel@gmail.com

16. Bewegungsförderung in der Arbeitsförderung

Monique Faryn-Wewel¹ und
PD Dr. Alfons Holleder²

¹ Team Gesundheit – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH, Essen

² Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA.NRW)

Hintergrund: Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und schlechtem Gesundheitszustand wurden bereits in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts beschrieben (Jahoda et al., 1933 u.a.). Dabei wurde schon frühzeitig die Verbindung zu geringer körperlicher Fitness und sportlicher Betätigung hergestellt (Dohrn, 1931). Waren diese frühen Studien noch rein deskriptiv angelegt, so existieren heute zu den Wechselbeziehungen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit zahlreiche elaborierte Studien, Überblicksarbeiten sowie mehrere internationale Metaanalysen (McKee-Ryan et al., 2005; Paul und Moser, 2009; u.a.). Im wissenschaftlichen Diskurs sind zwei grundlegende Thesen zu unterscheiden: Die Kausationshypothese nimmt an, dass Arbeitslosigkeit Beeinträchtigungen der Gesundheit verursacht. Die Selektionshypothese hingegen postuliert, dass ein schlechterer Gesundheitsstatus zu Arbeitslosigkeit führt. Nach heutigem Forschungsstand wirken die durch Arbeitslosigkeit kausal hervorgerufenen Gesundheitsbelastungen parallel zu Selektionen bei den Übergängen von und in Beschäftigung. Viele repräsentative Vergleichsuntersuchungen belegen übereinstimmend, dass das Morbiditätsrisiko von Arbeitslosen bei physischen und besonders bei psychischen Erkrankungen deutlich höher als bei Beschäftigten ist. Eine Reihe von Einflussfaktoren moderiert dabei die Effekte von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit. Das zugrunde liegende Wirkungsgefüge ist aber noch nicht vollständig geklärt. Verschiedene theoretische Ansätze versuchen die negativen Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit zu erklären, so die Theorie der „psychischen Deprivation“ (Jahoda, 1983) oder die Handlungsrestriktionstheorie aufgrund der Verarmungsprozesse in Arbeitslosigkeit (Fryer, 1986).

Methode

Die Ergebnisse basieren auf nationalen und internationalen Forschungsergebnissen, Reviews und Metaanalysen zur Gesundheit bei Arbeitslosen mit Bezügen zu körperlicher Aktivität. Sie werden ergänzt durch Recherchen in Literatur- und Projektdatenbanken.

Ergebnisse

1. Körperlich aktives Verhalten als Teil eines gesunden Lebensstils bei Arbeitslosen

Signifikante Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen werden nicht nur beim Gesundheitszustand, sondern auch beim Gesundheits-, Bewegungs- und Ernährungsverhalten beobachtet. Die Datenlage ist insgesamt aber noch rudimentär in Deutschland. Wird die sportliche Aktivität mit mindestens einer Stunde pro Woche gemessen, sind nach dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 nur ca. 30% der arbeitslosen Männer wie Frauen im Vergleich zu ca. 40% der Berufstätigen aktiv (Grobe und Schwartz, 2003). Ernährungsgewohnheiten und das Ausmaß körperlicher Aktivität wirken sich auf das Körpergewicht aus. Aktuelle Mikrozensus-Analysen von Holleder (2010) belegen sowohl bei Männern als auch bei Frauen in allen untersuchten Altersgruppen, dass Arbeitsuchende in Relation deutlich häufiger stark übergewichtig (BMI > 30) sind als Erwerbstätige. Der Anteil der stark übergewichtigen arbeitsuchenden Frauen (im Alter von 18 bis 64 Jahren) ist im Mikrozensus 2005 mit 16,8% fast doppelt so hoch wie bei den erwerbstätigen Frauen mit 8,7%.

Die wissenschaftlichen Erklärungsversuche folgen im Prinzip den oben beschriebenen Theorien. Möglicherweise weisen Menschen mit hohem Arbeitslosigkeitsrisiko von vornherein einen inaktiven Lebensstil auf, weil weitere Einflussfaktoren, wie geringer Bildungsgrad, sowohl mit Arbeitslosigkeit als auch körperlichem Aktivitätsverhalten assoziiert sind („Selektion“). Es könnte aber auch ein Arbeitsplatzverlust aufgrund des Wegfalls der manifesten und latenten Funktionen zu einer Reduktion sportlicher Betätigungen führen, wenn sich zum Beispiel die Tageszeitstrukturierung verändert oder Verarmungsprozesse zur Abmeldung aus Sportvereinen führen („Kausation“).

2. Bewegungs- und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Aufgrund der erhöhten Morbiditätslast von Arbeitslosen sind die Zusammenhänge zwischen Bewegungsförderung und physischer sowie psycho-sozialer Gesundheit von großem Interesse. Ausdrücklich zu nennen sind die „antidepressive“ Wirkung intensiver körperlicher Aktivität und die kompensatorischen Effekte von Sport und Bewegung als basale Strategie der palliativ-regenerativen Stressbewältigung. Darüber hinaus werden dem Sport soziale Funktionen zugeschrieben (Rittner und Breuer, 2000). Insbesondere soziale Integrationsaspekte können für Arbeitslose als wichtige Ressource erschlossen werden, da durch sportliche Betätigung in der Gruppe der Verlust von (beruflichen) Erfolgserlebnissen, der Wegfall von sozialen Kontakten sowie das Wegbrechen einer

Tagesstruktur abgemildert werden könnten. Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke sind nicht nur bei der Bewältigung von Arbeitslosigkeit, sondern auch im Krankheitsfall und bei der Stellensuche wichtige Einflussfaktoren.

Eine Datenbankrecherche zeigt aber einen Mangel an gezielten Bewegungsförderungsansätzen für die Gruppe der Arbeitslosen in Theorie und Praxis auf. Eine aktuelle Auswertung der Datenbank PubMed ergibt nur wenige Studien, welche die Auswirkungen spezifischer Bewegungsförderungsangebote speziell auf die physische und psychosoziale Gesundheit der Arbeitslosen untersuchten. Methodisch sind solche Studien bisher meist deskriptiv gehalten. Auch eine Recherche in der Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ mit über 2.000 deutschen soziallagenbezogenen Gesundheitsförderungsprojekten ergibt nur wenige vorgehaltene Bewegungsangebote für Arbeitslose.

Arbeitslose werden bisher von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung nur im geringen Maße erreicht, da sie über die etablierten Zugangswege nach dem Settingansatz (zum Beispiel Betriebe oder Schule) kaum erreicht werden. Ihre Inanspruchnahme bei den individuumorientierten Kursen nach

§ 20 SGB V liegt stark unter dem Durchschnitt. Ein häufig berichtetes Hemmnis besteht dabei in der finanziellen Vorauslage und dem finanziellen Eigenanteil. Modellprojekte wie AmigA, AktivA, JobFit und das Bundesprogramm Perspektive 50+ entwickeln derzeit mit guten Ergebnissen neue Ansprache- und Umsetzungsstrategien in Settings der Arbeitsförderung. Sie verzahnen Ansätze der arbeitsmarktintegrativen Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Arbeitsförderung.

Schlussfolgerungen

Insgesamt stellt die Entwicklung spezifischer Bewegungsförderung für Arbeitslose eine große Herausforderung dar. Vor dem Hintergrund der Gesundheitswirksamkeit körperlicher Aktivität ist das zielgruppenspezifische Angebot für Arbeitslose zu wenig qualitativ und quantitativ ausgebaut. Auf struktureller Ebene besteht die Notwendigkeit zur engeren Zusammenarbeit zwischen Arbeitsförderung und Gesundheits- bzw. Bewegungsförderung. Vor allem durch eine sektorenübergreifende Kooperation der Akteure könnten zielgruppenspezifische Maßnahmen der Bewegungsförderung besser umgesetzt werden. Zudem ist ein Mangel an Forschung über die Wechselwirkungen von Gesundheit, körperlichem Aktivitätsverhalten und Arbeitslosigkeit sowie an Interventionsstudien in diesem Handlungsfeld zu konstatieren.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Die **wechselseitigen Wirkungen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit** sind evident, insbesondere im Bereich der **psychischen Gesundheit zeigt sich ein erhöhtes Morbiditätsrisiko**.
- Mikrozensus-Auswertungen belegen, dass Arbeitssuchende im Vergleich zu Erwerbstätigen **häufiger adipös** sind – bei den **Frauen ist der Anteil fast doppelt so hoch**.
- Angebote zur **Bewegungsförderung berücksichtigen konzeptionell die spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe Arbeitslose bislang kaum**.
- **Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung** stellt einen vielversprechenden Ansatz dar, um **die Zielgruppe zu erreichen**. Strukturell ist eine **stärkere Verzahnung** von Akteuren in der Bewegungs-/Gesundheitsförderung mit der Arbeitsförderung nötig.
- Große Herausforderungen bestehen bei der **Entwicklung** spezifischer Bewegungsförderungsangebote für Arbeitslose qualitativ wie quantitativ.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- weitere Forschung und Theorienentwicklung zum körperlichen Aktivitätsverhalten im Kontext von Arbeitslosigkeit und Gesundheit
- Entwicklung adäquater Interventionen mit formativer und summativer Evaluation unter Berücksichtigung folgender arbeitslosenspezifischer Besonderheiten:
 - a) Rahmenbedingungen: Erreichbarkeit, Freiwilligkeit, Akzeptanz, Kosten
 - b) Zielgruppe: Bedarfsgerecht und differenziert für unterschiedliche Arbeitslosengruppen
 - c) Inhalte: Gesundheitswirksame Bewegungsförderung, alltagsnahe Bewegungsförderung, sozialintegrative Funktionen von Sport und Gruppenangeboten

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- **Entwicklung niederschwelliger und lebensweltorientierter Angebote der Gesundheits- und Bewegungsförderung für die Zielgruppe der Arbeitslosen**
- Kooperationsprojekte zwischen Akteuren der Bewegungs-/Gesundheitsförderung und der Arbeitsförderung und Bildung **regionaler Netzwerke**
- finanziell attraktive Gesundheitsförderungsangebote für Arbeitslose, die zum Beispiel auf Vorauslage und Zuzahlungen freiwillig verzichten (vorbildlich zum Beispiel AOK Berlin-Brandenburg)
- Programmentwicklung mit sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierten Maßnahmen

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Paul, K. I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. Journal of Vocational Behavior 74, 264-82.**
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 well-being during unemployment: A meta-analytic study. Journal of Applied Psychology 90, 53-76.**
Die Metaanalyse berücksichtigt insgesamt 104 Primärstudien und untersucht Zusammenhänge der psychischen Gesundheit mit anderen Variablen innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen.
- **Hollederer, A. (2009) (Hrsg.). 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.

Literatur

- Dohrn, K. (1931). Gesundheitliche Folgen der Erwerbslosigkeit. In: Moses, J. (1931). Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit: eine Denkschrift für die Regierung und Parlamente (S. 50-55). Berlin: Scholem.
- Fryer, D. (1986). Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects. *Social Behavior*; 1 (3), 3-23.
- Grobe, T.G. & Schwartz, F.W. (2003). Arbeitslosigkeit und Gesundheit. In Robert Koch Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin: RKI.
- Holleder, A. (2010). Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale: Ergebnisse des Mikrozensus 2005. VS-Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 301 Seiten.
- Jahoda M. (1983). *Wieviel Arbeit braucht der Mensch?* Weinheim: Beltz Verlag.
- McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wanberg, C.R. & Kinicki, A.J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology* 90, 53-76.
- Paul, K.I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior* 74, 264-82.
- Rittner, V. & Breuer, C. (2000): *Soziale Bedeutung und Gemeinwohlorientierung des Sports*. Köln.

Korrespondenzadresse

Team Gesundheit – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH
Rellinghauser Straße 93
45128 Essen
E-Mail: Wewel@teamgesundheit.de

17. Bewegungsförderung im Sportverein

PD Dr. Michael Tiemann
 Institut für Sport und Sportwissenschaft,
 Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

Hintergrund

Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit sind nicht nur elementare individuelle Anliegen, sondern auch in vielerlei Hinsicht bedeutsame gesellschaftliche und sozialpolitische Ziele. Angesichts der dramatischen, für die öffentliche Gesundheit (Public Health) lange Zeit unterschätzten Folgen von Bewegungsmangel und körperlicher Inaktivität werden seit einiger Zeit von verschiedenen Institutionen und Organisationen verstärkt Anstrengungen zur Steigerung der körperlich-sportlichen Aktivität in der Bevölkerung unternommen. In diesem Kontext spielen die Sportverbände, mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) als Dachverband an der Spitze, sowie die 91.000 Turn- und Sportvereine, in denen 27,5 Millionen Menschen aus allen Altersgruppen organisiert sind, eine zentrale Rolle.

Methode

Die folgenden Ausführungen fassen den aktuellen Stand zur Bewegungsförderung im Sportverein zusammen und geben insbesondere einen Überblick über Qualitätsmerkmale und Evidenzen von Gesundheitssportprogrammen sowie über Ansätze zur Entwicklung von Sportvereinen zu „gesunden Lebenswelten“. Die Ergebnisse basieren auf einer Literatur- und Internetrecherche sowie auf – zum Teil eigenen – Studien zu den Effekten spezifischer Gesundheitssportprogramme (vgl. zum Beispiel Brehm et al., 2006; Tiemann, 2010).

Ergebnisse

Obwohl Körperübungen bereits seit dem Altertum gesundheitsförderliche Wirkungen zugeschrieben werden und „Gesundheit“ für drei Viertel aller Erwachsenen das zentrale Zugangsmotiv zu körperlicher beziehungsweise sportlicher Aktivität darstellt, sind Prävention und Gesundheitsförderung im Sportssystem lange Zeit nur eine nachrangige Bedeutung beigemessen worden. Primäres Ziel des organisierten Sports ist traditionell der Leistungsvergleich im Wettkampf, für dessen erfolgreiches Bestehen nicht selten sogar Gefährdungen der Gesundheit toleriert und bewusst in Kauf genommen werden.

Im Laufe der letzten drei Jahrzehnte hat sich das Angebotsspektrum der Vereine jedoch immer mehr erweitert und ausdifferenziert und umfasst heute – neben den traditionellen Sportarten – eine große Viel-

falt an unterschiedlichsten Bewegungsformen. Einen wahren Boom erleben dabei seit Mitte der 1980er-Jahre gesundheitsorientierte Bewegungsangebote, die inzwischen zu einer wichtigen Säule des organisierten Sports geworden sind. Neben dem Fitness-Sport, der eine breite Palette an (Trend-)Angeboten umfasst und insbesondere auf eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Fitness) und/oder Körperformung abzielt, hat sich mit dem „Gesundheitssport“ ein neuer, an modernen Gesundheitsförderungsansätzen im Sinne der Ottawa Charta der WHO (1986) orientierter Bereich entwickelt und etabliert.

Gesundheitssport und Gesundheitssportprogramme

beziehen sich dabei auf solche körperlich-sportlichen Aktivitäten, die hoch strukturiert auf gesundheitsförderliche Effekte bei Zielgruppen mit Bewegungsmangel und damit assoziierten gesundheitlichen Risiken und Erkrankungen ausgerichtet sind. Der Gesundheitssport unterscheidet sich damit von den anderen Feldern des Sports (Wettkampf-, Fun-, Natur- und Fitness-Sport) ebenso wie vom Konzept einer „gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität“ (Health Enhancing Physical Activity – HEPA), das insbesondere auf die Förderung von Alltagsaktivitäten fokussiert. Orientiert an den Zielen einer Gesundheitsförderung im Sinne der Paradigmen des New Public Health-Ansatzes, sind Gesundheitssportprogramme gleichermaßen auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältnismwirkungen ausgerichtet, zu deren Realisierung folgende sechs spezifische Kernziele systematisch angesteuert werden:

1. Stärkung physischer Ressourcen
2. Prävention von Risikofaktoren
3. Stärkung psychosozialer Ressourcen
4. Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden
5. Bindung an gesundheitssportliches Verhalten
6. Schaffung beziehungsweise Optimierung unterstützender Settings beziehungsweise gesundheitsförderlicher Verhältnisse

Zur Durchführung eines Gesundheitssports im hier verstandenen Sinne stehen inzwischen einige (wenige) zielgruppenspezifische Programme (zum Beispiel das Programm „Fit und 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 jedoch noch mehr als „nur“ Anbieter und Ort vielfältiger Bewegungsgelegenheiten. Sie können darüber hinaus auch „**gesunde Lebensorte**“ sein, in denen Menschen aller Lebensalter 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. Dabei kann der Verein auf viele Rahmenbedingungen von Gesundheit Einfluss nehmen:

- Speiseangebote im Vereinsheim oder am Getränkeautomaten verhindern oder ermöglichen die Auswahl gesundheitsfördernder Nahrungsmittel.
- Mit der Architektur wird – unter anderem durch Beschallung, Beleuchtung, Raumgröße und Farbgebung – auch das Wohlbefinden beeinflusst.
- Ökologische Aspekte wie die Begrünung einer Anlage, schadstofffreie Baumaterialien oder eine funktionierende Frischluftzufuhr können positive Auswirkungen auf die „Ökologie des Körpers“ haben.
- Sanitäre Einrichtungen, wie komfortable Duschen, Entmüdungsbecken, Sauna und Ruheräume, können den Gesundheitsgewinn intensivieren.

Des Weiteren verfügen viele Sportvereine über zahlreiche Kontakte mit gesundheitsfördernder Relevanz und können ein wichtiger **Partner in einem „Netzwerk Gesundheit“** sein. Einen seit vielen Jahren in Nordrhein-Westfalen (Landesteil Westfalen-Lippe) erfolgreich umgesetzten Ansatz stellt das „**Kooperative Konzept Gesundheitssport (KoKoSpo)**“ dar, das eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenkassen (hier: AOK NORDWEST) und Sportvereinen vorsieht. Die Evaluation dieses Konzepts über einen Zeitraum von sieben Jahren (1999 bis 2005) hat gezeigt, dass es in der Praxis greift und einen wichtigen Beitrag zur Förderung der öffentlichen Gesundheit, insbesondere auch von vulnerablen Personengruppen, leisten kann (vgl. Tiemann, 2010). Ferner können durch die Zusammenarbeit von Sportvereinen mit Kinderärzten und Kin-

dergärten frühzeitig Angebote für Kinder mit motorischen Auffälligkeiten gemacht werden oder durch die Kooperation mit Schulen und karitativen Einrichtungen kann die Fortsetzung von gesundheitsförderlichen Sportangeboten in den jeweiligen Einrichtungen sichergestellt werden. In diesem Kontext ist allerdings einschränkend zu konstatieren, dass hierzu bislang nur wenige Veröffentlichungen und belastbare Ergebnisse vorliegen.

Schlussfolgerungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das flächendeckende Angebot an Sportvereinen in Deutschland (zumindest theoretisch) ideale Voraussetzungen für eine bewegungsbezogene Förderung der öffentlichen Gesundheit im Sinne der Paradigmen des New Public Health-Ansatzes sowie moderner Konzepte der Lebenswelten orientierten Gesundheitsförderung bietet.

Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass weitere Gesundheitssportprogramme für spezifische Zielgruppen entwickelt, flächendeckend implementiert und mittels qualitativ hochwertiger Studien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit (Evidenz) evaluiert werden. Dabei bedarf es insbesondere kontrollierter Längsschnittstudien im Feld, die die Nachhaltigkeit von Gesundheits- und Verhaltenseffekten spezifischer Gesundheitssportprogramme überprüfen. Des Weiteren sollten auch Konzepte zur Weiterentwicklung der Sportvereine zu „gesunden Lebenswelten“ entwickelt und wissenschaftlich evaluiert werden.

Die Sportvereine sind in ihrer praktischen Arbeit gefordert, die vorliegenden evidenzbasierten Gesundheitssportprogramme in ihrer Angebotsstruktur fest zu verankern und regelmäßig durchzuführen. In diesem Kontext sollten, mit Unterstützung der Sportverbände, auch zunehmend Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Angebote eingeführt und routinemäßig umgesetzt werden. Ferner sollten sich (mehr) Sportvereine noch systematischer zu „gesunden Lebensorten“ (weiter-)entwickeln sowie Kooperationen mit Ärzten und kommunalen Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen, Seniorenheimen, Ämtern et cetera eingehen, um ihr Potential zur Förderung der öffentlichen Gesundheit noch besser einzubringen.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Das **flächendeckende Angebot an Sportvereinen** in Deutschland bietet grundsätzlich hervorragende Möglichkeiten zur Förderung der Bewegung und der öffentlichen Gesundheit (Public Health).
- Ein großes gesundheitsförderliches Potential besitzen insbesondere **Gesundheitssportprogramme**, die hoch strukturiert auf gesundheitsförderliche Effekte bei spezifischen Zielgruppen ausgerichtet und **evidenzbasiert** sind.
- Sportvereine sind prinzipiell auch als „**gesunde Lebensorte**“ anzusehen, in denen Menschen aller Lebensalter nicht nur körperlich aktiv sind, sondern auch ihre psychosozialen Ressourcen entwickeln können.
- Viele Sportvereine verfügen über zahlreiche Kontakte zu wichtigen kommunalen Akteuren und Einrichtungen und können ein wichtiger **Partner in einem „Netzwerk Gesundheit“** sein/werden. Hierzu ist allerdings kritisch anzumerken, dass die Vereinslandschaft sehr heterogen ist und es nach wie vor ein großes Leistungsgefälle im Bereich gesundheitsorientierter Sport- und Bewegungsangebote gibt.
- Zur besseren Nutzung des gesundheitsförderlichen Potentials des Gesundheitssports bedarf es sektorenübergreifender **Vernetzungen zwischen Akteuren des Sport- und des Gesundheitssystems** sowie weiterer **qualitativ hochwertiger Studien** über die spezifischen Effekte unterschiedlicher Programme und Interventionen.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Entwicklung weiterer, **zielgruppenspezifischer Gesundheitssportprogramme** auf der Grundlage moderner Ansätze zur Gesundheitsförderung und der daraus abgeleiteten Kernziele von Gesundheitssport
- Weitergehende Absicherung und Verbesserung der Evidenz von körperlich-sportlicher Aktivität und spezifischen Gesundheitssportprogrammen durch **qualitativ hochwertige, kontrollierte Studien** über die spezifischen Effekte der Interventionen
- Festlegung (Abstimmung) von **Mindeststandards für Evaluationen** von Maßnahmen zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivität sowie von spezifischen Gesundheitssportprogrammen
- Entwicklung eines **Tools an Untersuchungsinstrumenten** zur (möglichst) einheitlichen Durchführung von Programm-Evaluationen
- Entwicklung, Erprobung und Evaluation von **Konzepten zur Weiterentwicklung der Sportvereine zu „gesunden Lebenswelten“**
- Entwicklung, Erprobung und Evaluation von (weiteren) **Konzepten zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit** auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung beziehungsweise zur engeren Verzahnung des Sport- und des Gesundheitssystems

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- systematische, **flächendeckende Umsetzung** möglichst weitgehend evidenzbasierter Gesundheitssportprogramme durch die Sportvereine
- konsequente **Verbindung von** zeitlich begrenzten (zum Beispiel von Krankenkassen unterstützten) **Kursprogrammen mit** qualitätsgesicherten **Folge- bzw. Dauerangeboten** im Verein
- regelmäßige Durchführung / Etablierung von Maßnahmen zur **Qualitätssicherung der Angebote** (Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), zum Beispiel Durchführung von Qualitätszirkeln
- Schaffung **niedrigschwelliger Angebote und Zugangswege**, insbesondere für sozial benachteiligte und vulnerable Personengruppen
- **soziale Unterstützung** – insbesondere von „Einsteigern“ – beim Aufbau einer langfristigen, möglichst dauerhaften Bindung an gesundheitssportliche Aktivität
- **(Weiter-) Entwicklung** der Sportvereine zu „**gesunden Lebensorten**“, zum Beispiel durch Erweiterungen der Angebotsstruktur sowie infrastrukturelle und organisatorische Veränderungen im Setting
- **Aufbau von Kooperationen und Vernetzung** mit wichtigen Akteuren und Institutionen des Gesundheitssystems sowie mit kommunalen Einrichtungen

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Brehm, W., Janke, A., Sygusch, R. & Wagner, P. (2006). Gesund durch Gesundheitssport. Weinheim, München: Juventa.**
Dieser Band beschreibt die **Konzeption, Institutionalisierung und Evaluation eines spezifischen Gesundheitssportprogramms** („Gesund und Fit“) und liefert fundierte Hinweise und Anregungen für die Weiterentwicklung und Durchführung einer zielgruppenorientierten Gesundheitsförderung im Sportverein. In der über einen dreijährigen Zeitraum durchgeführten kontrollierten Studie wurden die Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte des Programms umfassend evaluiert.
- **Hartmann, H., Opper, E. & Sudermann, A. (2005). Qualitätsmanagement von Gesundheitssport im Verein. Schorndorf: Hofmann.**
In dieser Publikation werden theoretische Grundlagen zum **Qualitätsmanagement von Gesundheitssport** im Sportverein ausgeführt. Darüber hinaus wird die Entwicklung, modellhafte Erprobung und Evaluation eines spezifischen Qualitätsmanagement-Konzeptes des Deutschen Turner-Bundes dargestellt.
- **Tiemann, M. (2010). Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssport. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.**
Dieses Buch gibt einen Überblick über **bewegungsbezogene Ansätze zur Förderung der öffentlichen Gesundheit** und deren **Evidenzbasierung**. Ferner werden das „**Kooperative Konzept Gesundheitssport (KoKoSpo)**“ unter Einschluss von Ärzten, Krankenkassen und Sportvereinen sowie die Ergebnisse zweier Längsschnittstudien über die Umsetzung dieses Konzepts und die Effekte der in diesem Kontext durchgeführten Programme beschrieben.

Literatur

- Brehm, W., Janke, A., Sygusch, R. & Wagner, P. (2006).
Gesund durch Gesundheitssport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitssportprogrammen. Weinheim, München: Juventa.
- Brehm, W., Pahmeier, I. & Tiemann, M. (2011). Fit und Gesund. Ein Allround-Gesundheitssportprogramm für die Halle. Aachen: Meyer & Meyer (im Druck).
- Tiemann, M. (2010). Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssport. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Michael Tiemann
Schneiderstraße 116
44229 Dortmund
E-Mail: Michael.Tiemann@ish.de

18. Bewegungsförderung auf kommunaler Ebene

Dr. Jens Bucksch¹, Dr. Thomas Claßen² und Prof. Dr. Sven Schneider³

¹ Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG4 Prävention und Gesundheitsförderung, Universität Bielefeld

² Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 7 Umwelt und Gesundheit, Universität Bielefeld

³ Mannheimer Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin sowie Kompetenzzentrum für Sozialmedizin und betriebliche Gesundheitsförderung, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Hintergrund

Neben kompositionellen (also soziodemographischen und psychosozialen) Faktoren erklären vor allem kontextuelle Umweltfaktoren das Bewegungsverhalten in der Wohnumwelt. Bezüglich konkreter Ansatzpunkte und Strategien zur bewegungsförderlichen Veränderung kontextueller Umweltfaktoren ist bis dato jedoch relativ wenig bekannt. Valide Kenntnisse sind diesbezüglich jedoch notwendig, um verhältnispräventive Maßnahmen im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung oder auch der Toronto-Charta für Bewegung im kommunalen Raum zu realisieren. Sozial-ökologische Ansätze bieten hier einen übergeordneten theoretischen Rahmen an (Sallis et al., 2006).

Methode

Bewegungsförderliche bzw. -hemmende kontextuelle Faktoren der physischen Umwelt (natürlich und baulich-technisch) sowie wirksame Ansätze zur Bewegungsförderung im kommunalen Raum wurden über eine Literaturrecherche in einschlägigen wissenschaftlichen Literaturdatenbanken identifiziert und synthetisiert. Die Evidenz entstammt unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen (unter anderem Gesundheits-, Raum- und Verkehrswissenschaften). Sie basiert auf zwei Typen von Studien: Auf Beobachtungsstudien, die den Zusammenhang zwischen kontextuellen Umweltfaktoren und Bewegungsverhalten empirisch untersuchten und auf Interventionsstudien, die versuchten, das Bewegungsverhalten durch eine veränderte physische Umwelt zu beeinflussen.

Ergebnisse

Die vorliegenden Beobachtungsstudien berichten eine Vielzahl an Zusammenhangsvariablen. Dabei sind spezifische Verhaltensweisen (zum Beispiel Gehen oder Fahrradfahren) und Bewegungsdomänen (zum Beispiel Transport, Freizeit) mit jeweils spezifischen kontextuellen Merkmalen der physischen Umwelt

assoziiert (Giles-Corti und King, 2009). Beispielsweise hängt freizeitbezogenes Bewegungsverhalten (wie Sport und Spazierengehen) mit freizeitbezogenen Ressourcen aus der Umwelt (zum Beispiel der Erreichbarkeit und dem Zugang zu Grünflächen) und mit dem Erscheinungsbild eines Quartiers (zum Beispiel attraktives Erscheinungsbild der Wohnumwelt) zusammen. Transportbezogenes Gehen ist wiederum vor allem mit Merkmalen der Flächennutzung verbunden. Frank und Kavage (2009) sprechen hier auch von den vier „D“:

- „Diversity“ entspricht dem Flächennutzungsmix eines Wohnquartiers.
- „Density“ kann als Verdichtungsgrad eines urbanen Raums interpretiert werden. In einem derartigen Raum ist gleichzeitig eine hohe Nähe zu verschiedenen Zielpunkten vorzufinden.
- „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.

Die vier „D“ werden auch in einem kumulativen walkability-Index dargestellt (Frank et al., 2010). Das Gesamtausmaß an Bewegung (über alle Domänen hinweg) eines Individuums gilt als wichtiger Indikator für die Gesundheit (Bucksch und Schlicht, 2006) und ist mit allen beschriebenen kontextuellen Umweltfaktoren assoziiert. Dies unterstreicht die Bedeutsamkeit der Umwelt als Ansatzpunkt für die Bewegungsförderung im kommunalen Raum. Ergänzend ist zu erwähnen, dass differenziert für spezifische Bevölkerungsgruppen (zum Beispiel Kinder, Jugendliche, Migranten, Ältere oder sozial benachteiligte Gruppen) nur wenige Ergebnisse vorliegen, welche aber im Ergebnis in eine ähnliche Richtung deuten.

Aus Interventionsstudien leiten sich vielversprechende Maßnahmen zur Bewegungsförderung auf kommunaler Ebene ab. Sie umfassen die potentiellen Interventionsbereiche Transport, Gebäudeplanung, Stadtplanung und -gestaltung sowie die natürliche Umwelt. Exemplarisch reichen diese von der Schließung von Straßenabschnitten, der Verbesserung der Fahrradinfrastruktur über die Schulhofgestaltung, die Begrünung und bessere Beleuchtung von Straßen auf Baublockebene bis hin zur Erhöhung des Flächennutzungsmix in einem Stadtteil (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008).

In der Synopse beruht die Mehrheit der vorliegenden Studienergebnisse auf defizitären Studiendesigns. Damit sind Kausalschlüsse zum Effekt von veränderten kontextuellen Umweltfaktoren auf ein Bewe-

gungsverhalten problematisch. Dieses liegt nicht zuletzt daran, dass das individuelle Verhalten aus einem komplexen Zusammenspiel kompositioneller und kontextueller Faktoren resultiert. Den kontextuellen Einfluss dabei zu separieren, ist vielen Studien aufgrund methodischer Einschränkungen nicht valide möglich (Diez Roux und Mair, 2010). Bei der Erfassung von kontextuellen Einflussfaktoren aus der physischen Umwelt stellt sich zudem die Problematik einer nur geringen Übereinstimmung zwischen subjektiv wahrgenommenen gegenüber objektiv gemessenen Umweltmerkmalen. Erschwerend kommt hinzu, dass individuelle Präferenzen die Wahl des Wohnortes beeinflussen können und damit Ursache und Wirkung zwischen Umwelt und Bewegungsverhalten schwer zu differenzieren sind (Williams, 2007). Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Methoden, mit denen Umweltmerkmale und Bewegungsverhalten gemessen werden. Hier stellt eine objektive Messung noch immer eher die Ausnahme dar. Insgesamt ist zudem festzuhalten, dass Studien aus Deutschland bis dato eine Ausnahme darstellen.

Schlussfolgerungen

Im Mittelpunkt hier ausgeführter Betrachtungen steht der kontextuelle Einfluss der physischen Umwelt auf das Bewegungsverhalten. Dabei scheint ein alleiniges Intervenieren auf der Umweltebene nicht ausreichend. Nach sozialökologischem Verständnis bedarf es statt dessen eines Mehrebenen-Ansatzes, der

kompositionelle gemeinsam mit den beschriebenen kontextuellen Faktoren unter den vorliegenden rechtlich-politischen Rahmenbedingungen bearbeitet (Salis et al., 2006). Für eine evidenzbasierte, integrierte bewegungs- und gesundheitsförderliche Kommunalentwicklung können unterschiedliche Schwerpunkte identifiziert werden. Diese umfassen unter anderem die Mobilitäts- und Verkehrsentwicklung, öffentliche Freiflächen- und Grünraumentwicklung, Stadterneuerung und -entwicklung, Gebäude- und Wohnumweltgestaltung sowie die kommunale Sportentwicklung (Bornstein, Pate und Pratt, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Rudinger, Holz-Rau und Grotz, 2004). Dabei sind neben den beteiligten Akteuren gesetzliche und politische Rahmenbedingungen, die geographische Ebene, die zeitliche Umsetzungsperspektive sowie der Grad der Realisierbarkeit zu berücksichtigen. In Anlehnung an ein Grundlagendokument der Weltgesundheitsorganisation WHO (Edwards und Tsouros, 2008) kann ein idealtypischer Prozess zur Entwicklung einer bewegungs- und gesundheitsförderlichen Kommune dargestellt werden. Dieser sollte folgende Phasen umfassen: Sensibilisierung, Etablierung einer Steuerungsgruppe, Leitbildentwicklung, Bedarfsanalyse, Handlungsziel- und Strategieentwicklung, Prüfung des Finanzierungskonzeptes, Umsetzung der Maßnahmen, Evaluation und Streuung der Ergebnisse. Dabei sollte ein hoher Partizipationsgrad von Bürgerinnen und Bürgern sowie allen potentiellen Akteuren angestrebt werden.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Bewegungsverhalten im kommunalen Raum ist abhängig von **kompositionellen** und **kontextuellen** Einflussfaktoren
- Als kontextueller Faktor spielt vor allem die **physische Umwelt** (natürlich und baulich-technisch) eine besondere Rolle, da alle Einwohner davon beeinflusst werden können.
- Es bestehen spezifische Zusammenhänge zwischen Bewegungsdomänen und Dimensionen der physischen Umwelt (unter anderem **freizeitbezogene Ressourcen, Elemente der Flächennutzung, Erscheinungsbild eines Quartiers**)
- Das **Gesamtbewegungsausmaß** ist mit all diesen Dimensionen der physischen Umwelt verbunden.
- Die **Evidenz** bezüglich Richtung und Stärke des Zusammenhangs zwischen Umwelteinflüssen und Bewegung ist **defizitär** und **schwierig zu beurteilen**, da Designs und methodische Zugänge der Studien Schwächen aufweisen.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Durchführung nationaler Studien unter stärkerer Berücksichtigung der **internationalen Diskussion**
- **Integrierte Untersuchung** von kompositionellen und kontextuellen Einflussfaktoren
- **Objektivierung** der Umweltmerkmale über Geographische Informationssysteme (GIS)
- **spezifische Untersuchung** der Zusammenhänge zwischen kontextuellen Umweltmerkmalen und Bewegungsdomänen
- **Konzeption und Evaluation** von modellhaften Mehrebenen-Interventionen in der Kommune

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- **Entwicklung eines Leitbildes** zur bewegungsförderlichen Kommune
- **verbesserte Streuung des Wissens** unter kommunalen Akteuren zu evidenzbasierten Ansatzpunkten der Bewegungsförderung
- **stärkere Vernetzung** und **Steuerung** der beteiligten Akteure aus den zuständigen kommunalen Ressorts

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **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 Review 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.
- **van Lenthe, F. (2006). Aggregate deprivation and effects on health. In: J. Siegrist & M. Marmot (Hrsg.), Social Inequalities in Health. New evidence and policy implications (167-192). Oxford: University Press.**
Der Sozialepidemiologe van Lenthe fasst in diesem theoretischen Beitrag die aktuellen **Definitionen zu kontextuellen und kompositionellen Einflüssen** der Wohnumgebung und seiner Bewohner auf Verhalten und Gesundheit zusammen. Darauf aufbauend entwickelt er ein einfaches konzeptuelles Modell.
- **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.

Literatur

- Bornstein, D.B., Pate, R.R. & Pratt, M. (2009). A review of the national physical activity plans of six countries. *Journal of Physical Activity and Health*, 6 Suppl 2, S245-64.
- Bucksch, J. & Schlicht, W. (2006). Health-enhancing physical activity and the prevention of chronic diseases - An epidemiological review. *Sozial- und Präventivmedizin*, 51, 281-301.
- Diez Roux, A.V. & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125-45.
- Edwards, P. & Tsouros, A. (2008). A healthy city is an active city: a physical activity planning guide. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Frank, L. & Kavage, S. (2009). A national plan for physical activity: the enabling role of the built environment. *Journal of Physical Activity and Health*, 6 Suppl 2, S186-95.
- Frank, L.D., Sallis, J.F., Saelens, B.E., Leary, L., Cain, K., Conway, T.L. & Hess, P.M. (2010). The development of a walkability index: application to the Neighborhood Quality of Life Study. *British Journal of Sports Medicine*, 44, 924-33.
- Giles-Corti, B. & King, A.C. (2009). Creating active environments across the life course: „thinking outside the square“. *British Journal of Sports Medicine*, 43, 109-13.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). NICE public health guidance 8 - Promoting and creating built or natural environments that encourage and support physical activity. National Institute for Health and Clinical Excellence, London.
- Rudinger, G., Holz-Rau, C. & Grotz, R. (2004) (Hrsg.). Freizeitmobilität älterer Menschen (FRAME), Kolan-der & Poggel, Dortmund.
- 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.
- Williams, C.H. (2007). The built environment and physical activity: What is the relationship? The Robert Wood Johnson Foundation, Princeton.

Korrespondenzadresse

WHIO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion
 Universität Bielefeld
 Fakultät für Gesundheitswissenschaften
 AG4 Prävention und Gesundheitsförderung
 Postfach 100131
 33501 Bielefeld
 E-Mail: jens.bucksch@uni-bielefeld.de

19. Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung

Dr. Annett Horn, Dr. Michaela Brause und Prof. Dr. Doris Schaeffer
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
AG 6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld

Hintergrund

Gesundheits- und Bewegungsförderung wurden für das Setting Langzeitversorgung lange Zeit tendenziell vernachlässigt. Ein Umdenken setzt erst langsam ein. Doch gerade in diesem Setting müssen die beiden Konzepte besonderen Bedingungen gerecht werden, die dem Charakter der Langzeitversorgung geschuldet sind. Daher soll zunächst die Definition geklärt und im Anschluss daran sollen die Bedingungen in der Langzeitversorgung betrachtet werden.

Im deutschen Sprachraum wird der Begriff Langzeitversorgung eher selten genutzt. Im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch (=long term care) wird er definiert als: „a wide range of health and health-related support services provided on an informal or formal basis to people who have functional disabilities over an extended period of time with the goal of maximizing their independence.“ (Evashwick, 2005, S. 4). Die Langzeitversorgung umfasst demnach formelle und informelle Versorgungsleistungen und das Setting ist davon gekennzeichnet, dass hier Menschen über einen langen Zeitraum versorgt werden, die unter chronischen Krankheiten, altersbedingten Einbußen und Funktionseinschränkungen bis hin zu Multimorbidität leiden und damit oftmals einen hohen Bedarf an Pflege und Unterstützung aufzeigen. Die gesundheitliche Situation der Nutzer der Langzeitversorgung zeichnet sich zusammenfassend durch ein hohes Maß an Fragilität und auch Vulnerabilität aus. Speziell Nutzer der stationären Langzeitversorgung leiden darüber hinaus unter den häufig erst spät im Krankheitsprozess stattfindenden Übergängen in eine stationäre Einrichtung, die an sich ein stresshaltiges Ereignis darstellen und mit zahlreichen Anpassungs-herausforderungen einhergehen.

Doch trotz dieser defizitären Lage verfügen auch die Nutzer stationärer Einrichtungen der Langzeitversorgung über gesundheitliche Ressourcen, die es lohnt zu fördern und zu unterstützen, auch wenn diese bisher kaum bekannt sind (Horn et al., 2010; Schaeffer und Büscher, 2009). In diesem Setting ist es demnach das Ziel gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen – und als solche sehen wir Bewegungsförderung –, die Nutzer in ihrem Zustand „bedingter Gesundheit“ (von Ferber, 1993) zu unterstützen und

sie zu befähigen, die Ausweitung und Verschlimmerung bereits vorhandener gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu verhindern bzw. zu verzögern.

Methode

Der Beitrag basiert auf einer Literaturrecherche, die zum Thema „Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung/Long-Term Care (LTC)“ im Jahr 2009 durchgeführt wurde. Die Recherche erfolgte in den vier Datenbanken „CINAHL“, „PsycLit“, „PubMed“, sowie „GeroLit“. Zusammengefasst wurde bei der Recherche deutlich, dass die Methode des systematischen Reviews allein nicht geeignet war, dieses wissenschaftlich wenig evaluierte Feld zu beschreiben (siehe hierzu Horn et al., 2010). Daher wurde in einer weiteren Recherche das Thema Bewegungsförderung als eine mögliche gesundheitsförderliche Maßnahme für die Nutzer des Settings in den Vordergrund gestellt.

Ergebnisse

Die analysierten Forschungsbefunde zeigen, dass Gesundheitsförderung und Prävention in allen Phasen des Alters sinnvoll sind und positive Effekte mit sich bringen. Sie deuten auch an, dass die für andere Altersgruppen empfohlene Trias von a) Bewegungsförderung, b) gesunder Ernährung und c) Bewältigungs- beziehungsweise Ressourcenstärkung auch für die Nutzer der stationären Langzeitversorgung gilt (vgl. Schaeffer und Büscher, 2009). Mit anderen Worten: auch sie dürften von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen in den genannten Bereichen profitieren.

Es zeigt sich jedoch auch, dass das Thema „Bewegungsförderung im Setting Langzeitversorgung“ im deutschsprachigen Raum bisher aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht noch nicht ausreichend beachtet wurde. Zwar existieren bereits Gesundheitsförderungsprojekte in der stationären Langzeitversorgung, doch zielen diese vermehrt auf die Mitarbeiter der Einrichtungen und konzentrieren sich auf die Ebene der Organisation (Brause et al., 2010), die Nutzer hingegen erhalten weniger Aufmerksamkeit. Wenn das Thema Bewegungsförderung in der (ambulanten und stationären) Langzeitversorgung umgesetzt wird, erfolgt dies oft noch ungezielt und wenig systematisch (siehe hierzu zusammenfassend Horn et al., 2010). Werden die Angebote zur Bewegungsförderung näher betrachtet, fällt auf, dass sich unter diesem Begriff Sitztanzangebote für Seniorengruppen, Schwimmkurse für ältere Menschen mit Migrationshintergrund, Maßnahmen zur Sturzprävention bei Hochaltrigen, gezieltes Muskeltraining für demenzerkrankte Pflegeheimbewohner oder Yoga- und Kinaesthetikkurse sammeln – und die Liste wäre

noch fortzusetzen. Das heißt, Bewegungsförderung wird je nach Ansatz als sportliche Aktivität, Training, physio-/ergotherapeutisches Angebot, Prävention/ (Prophylaxe) und Gesundheitsförderung oder aktivierendes (Pflege-)Konzept verstanden.

Die meisten bestehenden Konzepte zur Bewegungsförderung konzentrieren sich auf die sogenannten jungen und alten Alten, während sie die hochaltrigen, pflegebedürftigen und/oder demenziell erkrankten Nutzer der stationären Langzeitversorgung aus dem Blick verlieren. Doch selbst die Konzepte, die diese Zielgruppe anvisieren, fokussieren vornehmlich die noch relativ gesunden Klienten. So können beispielsweise an den zur Bewegungsförderung entwickelten Programmen „SimA-P“ (Oswald, Ackermann und Gunzelmann, 2006) und „Fit für 100“ (MAGS o.J.) nur Bewohner teilnehmen, die noch relativ mobil sind. Bereits immobile, bettlägerige Nutzer der Langzeitversorgung können von diesen Angeboten nicht profitieren.

Schlussfolgerungen

Angesichts der Tatsache, dass der demografische Wandel auch die Langzeitversorgung erreicht, dass dort für die kommenden Jahre ein massiver Zuwachs

des Klientels erwartet wird und dass dieser Bereich schon heute unter einem massiven Wandel an Herausforderungen leidet, sind dringend Konzepte gefragt, die das Setting langfristig entlasten. Bezogen auf das Klientel der stationären Langzeitversorgung 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 und Verschlimmerung 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 Autonomiepotentiale zu stärken.

Gesundheitsförderung und Prävention stellen auch in der stationären Langzeitversorgung eine überaus wichtige Aufgabe dar, müssen aber mehr als bislang von der Situation der Nutzer her konzeptualisiert und angegangen werden. Allerdings liegt über die meist hochaltrigen Nutzer der Langzeitversorgung, ihre gesundheitlichen Potentiale und die Möglichkeiten und Effekte von Bewegungsförderung noch zu wenig empirisches Wissen vor, so dass es ergänzend zur Konzeptentwicklung auch weiterer Forschung bedarf.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Bewegungsförderung ist in allen Phasen des Alters und somit auch im hohen Alter sinnvoll und effektiv.
- Die stationäre Langzeitversorgung ist jedoch ein Setting, das nicht nur durch das hohe Alter der Nutzer geprägt ist, sondern auch von Vulnerabilität, gesundheitlichen Einbußen und Pflegebedürftigkeit.
- Konzepte zur Bewegungsförderung für dieses Setting und seine vulnerablen Nutzer können deshalb nicht allein darauf abzielen, gesundheitliche Risiken zu vermeiden (Prävention).
- Bewegungsförderungsmaßnahmen für dieses Setting sollten a) die Ausweitung und Verschlimmerung bereits vorhandener funktionaler Einbußen verhindern und b) die trotz bedingter Gesundheit noch vorhandenen Ressourcen und Autonomiepotentiale stärken (Gesundheitsförderung).
- Konzepte, die nicht fordern, sondern fördern und damit protektiver Art sind, liegen jedoch kaum vor.

Infokasten 2**Zentrale Empfehlungen für die Forschung**

- Es gilt die konzeptionelle Lücke zu schließen, damit zukünftig auch Nutzer mit bedingter Gesundheit von Bewegungsförderungsmaßnahmen profitieren können.
- Dabei kann sicherlich an vorhandene Konzepte für die „fitten Alten“ angeschlossen werden, aber es bedarf auch der Neuentwicklung von Konzepten, die noch differenzierter als bisher auf das Setting Stationäre Langzeitversorgung und dessen Nutzer zugeschnitten sind.
- Mit dem demografischen Wandel steigen die Herausforderungen an das Setting, die Belastungen zu reduzieren und vorhandene Ressourcen zu stärken. Bewegung sollte hier als gewichtiger, aber nicht einziger Aspekt von Gesundheitsförderung verstanden werden.
- Es bedarf vermehrt gesundheitsförderlicher nutzerorientierter Konzepte, um darauf aufbauend auch die Ebene der Mitarbeiter und Organisation zu involvieren.

Infokasten 3**Zentrale Empfehlungen für die Praxis**

- Die Praxis wird aufgrund der jetzigen und zukünftigen Bewohnerstruktur gezwungen sein, sich vermehrt mit Gesundheitsförderung bei bedingter Gesundheit und Prävention im Sinne der Vermeidung von Verschlimmerung und Ausweitung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit auseinanderzusetzen.
- Vorhandene Angebote müssen hinsichtlich ihrer Angemessenheit für die Bewohnerstruktur überprüft werden. Die Herausforderung für die Praxis wird hier nicht zuletzt darin liegen, zwischen Gesundheitsförderung, Prävention und Prophylaxe (zum Beispiel bei den Expertenstandards) zu unterscheiden. Nicht um auf theoretischer Ebene die Begriffe definieren zu können, sondern um zu wissen und damit zu entscheiden, welche Bewegungsprogramme, -konzepte und -maßnahmen für welche Zielgruppe in ihrem Setting geeignet sind.
- Die Mitarbeiter sollten für die Themen Bewegung und Gesundheitsförderung sensibilisiert werden. Denn die Maßnahmen müssen von ihnen konstruktiv aufgegriffen und umgesetzt werden, sonst besteht die Gefahr von Implementationsproblemen.
- Die Einführung von Maßnahmen der Gesundheits- und Bewegungsförderung wirkt sich nicht nur auf die Bewohner aus, sondern auch auf die Arbeit der pflegenden und betreuenden Mitarbeiter, die hierfür dringend qualifiziert und geschult werden sollten.

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Horn, A., Brause, M., Schaeffer, D. und Büscher, A. (2010). Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung Teil I. Bielefeld: IPW.**
Literaturanalyse zur Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung mit dem Fokus auf vorhandene Maßnahmen für Nutzer
- **Kuhlmey, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.). (2008). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.**
Die Beiträge des Handbuchs schaffen einen Überblick über die derzeitige Diskussion und die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Gesundheit und Krankheit im Alter.
- **McCabe, B.W., Hertzog, M., Grasser, C.M. & Walker, S.N. (2005). Practice of health-promoting behaviours by nursing home residents. Western Journal of Nursing Research 27, 8, 1000-1016.**
Ein Beispiel für internationale Studien zur nutzerorientierten Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung

Literatur

- Brause, M., Horn, A., Schaeffer, D. & Büscher, A. (2010). Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung - Teil II. Bielefeld: IPW.
- Evashwick, C.J. (2005). The Continuum of Long-Term Care. 3rd Edition. New York: Thomson Delmar Learning.
- Horn, A., Brause, M., Schaeffer, D. & Büscher, A. (2010): Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung Teil I. Bielefeld: IPW.
- MAGS (o.J.). „fit für 100“ - Ein Bewegungsprogramm zur Förderung der Mobilität und Selbstständigkeit für Hochaltrige. Konzeptidee, Möglichkeiten der Implementierung in Einrichtungen der Altenhilfe, Kurzanleitung und exemplarische Stundendarstellung. Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Oswald, W.D., Ackermann, A. & Gunzelmann, T. (2006). Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 19 (2), 89-101.

Schaeffer, D. & Büscher, A. (2009). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung in der Langzeitversorgung. Empirische Befunde und konzeptionelle Überlegungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, 441-451.

von Ferber, C. (1993). Pflege und Pflegedürftigkeit - eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit. In H.-W. Müller (Hrsg.). Pflegenotstand - Not der Pflegenden und Gepflegten - Krankenpflege im Dienst der Gesundheit. Kongressbereich 1992. Frankfurt am Main: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege E.V., 9-21.

Korrespondenzadresse

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 6, Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld
E-Mail: annett.horn@uni-bielefeld.de

20. Bewegungsförderung in der Rehabilitation

Wolfgang Geidl, Jana Hofmann und
Prof. Dr. Klaus Pfeifer
Institut für Sport und Sportwissenschaft,
Arbeitsbereich „Bewegung und Gesundheit“,
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

Hintergrund

Das zentrale Ziel der Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder Verbesserung der Funktionsfähigkeit zur Sicherung der sozialen Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gesellschaft. Um dieses Ziel zu erreichen, sind körperliche Aktivitäten und das Bewegungsverhalten der Betroffenen von großer Bedeutung.

Für die heute in der Rehabilitation vorherrschenden Gesundheitsstörungen wie muskuloskeletale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, onkologische Erkrankungen und psychische Erkrankungen besitzen körperliche Aktivitäten ein hohes präventives und rehabilitatives Potential (Pedersen und Saltin, 2006; Professional Associations for Physical Activity, 2010). Das umfassende Wirkungsspektrum angemessener körperlicher Aktivität erstreckt sich dabei im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (DIMDI, 2005) auf Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation, personale Kontextfaktoren sowie die Prävention sekundärer Gesundheitsstörungen (Nieuwenhuijsen et al., 2006).

Als gesundheitsförderliche Mindestdosis körperlicher Aktivität empfiehlt die WHO bei Erwachsenen mit und ohne chronische Erkrankungen 150 Minuten moderat-intensive körperliche Ausdaueraktivitäten pro Woche bzw. mindestens 75 Minuten bei höheren Belastungsintensitäten (WHO, 2010). Indikationsspezifische Praxisleitlinien empfehlen teils wesentlich höhere Bewegungsumfänge, zum Beispiel werden für adipöse Menschen, die ihr Körpergewicht reduzieren möchten Ausdaueraktivitäten von bis zu 420 Minuten pro Woche empfohlen (Sigal et al., 2006).

Nur wenigen gesunden Erwachsenen gelingt es, den Bewegungsempfehlungen nachzukommen (Rütten und Abu-Omar, 2005). Menschen mit chronischen Erkrankungen fällt es oft noch schwerer, ein angemessenes Niveau körperlicher Aktivität aufrechtzuerhalten und den jeweiligen Praxisleitlinien für Sport und körperliche Aktivität gerecht zu werden (Arne et al., 2009; Harrison, Hayes und Newman, 2009; Plotnikoff et al., 2008; Rosemann et al., 2008; Zhao et al., 2008). Ein inaktiver Lebensstil und mangelnde körperliche Akti-

vität sind typische Charakteristika von Menschen mit chronischen Erkrankungen (Cieza et al., 2004; Ewert et al., 2004).

Um optimale gesundheitsförderliche Wirkungen zu erzielen, müssen körperliche Aktivitäten regelmäßig und langfristig durchgeführt werden. Ein wichtiges Rehabilitationsziel ist deshalb die langfristige Integration von gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität in das Alltagsleben chronisch Kranker (DRV, 2007b; Miles, 2007).

Die zentrale therapeutische Intervention zur Bewegungsförderung in der Rehabilitation ist die Bewegungstherapie. Bewegungstherapeutische Interventionen machen für die in der Rehabilitation dominierenden chronischen und degenerativen Erkrankungen über 50% der erbrachten therapeutischen Leistungen aus (Brüggemann und Sewöster, 2010). In der stationären Rehabilitation bilden bewegungstherapeutische Maßnahmen dabei zum Beispiel mit einer durchschnittlichen wöchentlichen Interventionsdauer von 9,4 Stunden die umfangsreichste Intervention (Brüggemann und Sewöster, 2010). Unter Bewegungstherapie wird ärztlich indizierte und verordnete Bewegung verstanden, die vom Fachtherapeuten bzw. der Fachtherapeutin geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt oder der Ärztin kontrolliert und mit dem Patienten oder der Patientin alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird (Arbeitsgruppe Bewegungstherapie, 2009). Diese Definition beinhaltet jene Interventionen, die die körperliche Bewegung des Menschen als Therapieinhalt nutzen. Mit Bezug zur Klassifikation therapeutischer Leistungen (DRV, 2007a) sind damit insbesondere die Sport- und Bewegungstherapie sowie die Physiotherapie gemeint.

Die Wirkungen der Bewegungstherapie liegen in funktionell somatischen, psychosozialen und pädagogischen Bereichen und zielen auf die Förderung einer nachhaltigen Gesundheitskompetenz. Fokussierend auf die Bedeutung der individuellen Auseinandersetzung mit einem Gesundheitsproblem (Bewältigungskompetenz) und mit deren Auswirkungen auf den funktionalen Gesundheitszustand lassen sich für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation drei übergeordnete Zielbereiche formulieren:

proximal/interventionsnah

1. Wiederherstellung, Erhalt und Stärkung von Körperfunktionen und -strukturen einschließlich Ressourcen, die im Sinne der ICF zum Teil auch als personale Kontextfaktoren verstanden werden können;
2. Hinführung zu und Bindung an regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität;

distal beziehungsweise durch die Erreichung der proximalen Ziele vermittelt

3. Minderung von Beeinträchtigungen sowie Erhalt und Ausbau von Möglichkeiten im Bereich von Aktivitäten und Partizipation.

Methode

Aufbauend auf internationale Metaanalysen und Übersichtsarbeiten sowie Kontrollgruppenstudien aus dem deutschen Rehabilitationssetting wird ein Überblick der aktuellen Evidenz zur Förderung des Bewegungsverhaltens innerhalb der Bewegungstherapie in der Rehabilitation gegeben.

Ergebnisse

Für körperliche Trainingsmaßnahmen liegen international vielfältige Wirksamkeitsnachweise vor. Insbesondere sind für das Ausdauer- und Krafttraining Verbesserungen von Körperfunktionen und -strukturen und damit verbundene positive Effekte auf Pathophysiologie, Symptomatik, Leistungsfähigkeit sowie auf das Auftreten von Folge- und Begleiterkrankungen für verschiedene rehabilitationsrelevante Indikationen nachgewiesen (Pedersen und Saltin, 2006; Professional Associations for Physical Activity, 2010). Für die Beeinflussbarkeit der subjektiven Gesundheit und der Lebensqualität sowie zu verhaltensrelevanten Fragen im Bereich der Aktivitäten und Partizipation, zum Beispiel die Beeinflussung gesundheitsförderlicher Lebensstile oder die Förderung psychosozialer Ressourcen, existieren nur wenige Arbeiten für die verschiedenen Formen der Bewegungstherapie. Innerhalb der deutschen Rehabilitationsforschung nahm die wissenschaftliche Analyse bewegungstherapeutischer Interventionen bislang nur einen kleinen Raum ein. Dies gilt im Sinne der formativen Evaluation (Zielsetzungen, Inhalte, Methoden) als auch im Bezug auf die summative Evaluation erwünschter und tatsächlich

erreichter Wirkungen der Bewegungstherapie. Für den Bereich der Rehabilitation liegen dementsprechend bisher wenig evidenzgesicherte Interventionskonzepte und Ergebnisse vor.

Moderne Rehabilitationskonzepte fördern die Krankheits- beziehungsweise Gesundheitskompetenz, befähigen den Patienten zur Regulierung seiner Lebensweise und dazu, sein Verhalten langfristig zu verändern. Innerhalb der Bewegungstherapie spielen deshalb der Aufbau von bewegungsbezogenen individuellen Handlungskompetenzen im Umgang mit Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit und die Hinführung zu und Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil eine herausragende Rolle. Für die Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils nach der Rehabilitation benötigen Menschen mit chronischen Erkrankungen ausreichend Motivation zu mehr körperlicher Aktivität und darüber hinaus vor allem bewegungsbezogene selbstregulatorische Fähigkeiten für eine konkrete Umsetzung, zum Beispiel hinsichtlich selbständiger Belastungs- und Trainingssteuerung, eigenständiger Formulierung von Bewegungsplänen und Strategien zum Umgang mit Hindernissen.

Schlussfolgerung

Zur strukturierten und zielgerichteten Förderung verhaltensbezogener Aspekte werden in einer zeitgemäßen Bewegungstherapie geeignete Elemente des körperlichen Trainierens systematisch mit pädagogischen Elementen der Patientenschulung und verhaltensbezogenen motivationalen und volitionalen Techniken verknüpft. Dieses Vorgehen wird als zentrale Voraussetzung betrachtet, um eine nachhaltige Bewegungsförderung in der Rehabilitation zu erzielen und damit die biopsychosozialen Gesundheitspotentiale körperlich-sportlicher Aktivitäten bei Menschen mit chronischen und degenerativen Erkrankungen mittel- und langfristig ausschöpfen zu können (vgl. Pfeifer et al., 2010).

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- Menschen mit chronischen Krankheiten sind häufig körperlich eher inaktiv, profitieren aber in besonderem Maße von körperlichen Aktivitäten.
- Bewegungsförderung trägt für Menschen mit chronischen Erkrankungen zentral zur Erreichung des primären Rehabilitationsziels einer optimalen funktionalen Gesundheit und Teilhabe bei.
- Grundlegende Intervention zur Bewegungsförderung innerhalb der Rehabilitation ist die Bewegungstherapie.
- Zur strukturierten und zielgerichteten Förderung verhaltensbezogener Aspekte werden in einer zeitgemäßen Bewegungstherapie geeignete Elemente des körperlichen Trainierens systematisch mit pädagogischen Elementen der Patientenschulung und verhaltensbezogenen motivationalen und volitionalen Techniken verknüpft.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Erstellung strukturierter und evidenzgesicherter verhaltensbezogener Interventionskonzepte. Diese sollten auf Basis der vorliegenden Indikationen und der begleitenden Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen Zielsetzungen konkretisieren, entsprechende zielbezogene Inhalte und Methoden spezifizieren und standardisierte Medien und Manuale für Therapeuten und Rehabilitanden bereitstellen.
- Untersuchung von Dosis-Wirkungs-Beziehungen bewegungstherapeutischer Interventionen in Bezug auf physische, psychosoziale und mentale Funktionen (inklusive Mindestvolumina, Deckeneffekte, Belastung versus Erholung und so weiter)
- Analyse gender-, alters- und indikationsspezifischer Aspekte der Bewegungstherapie im Hinblick auf Struktur- und Prozessanforderungen sowie auf eine differenzielle Wirksamkeit
- Entwicklung und Evaluation von Assessmentverfahren für die Planung und Umsetzung von Bewegungstherapie (funktionelle Diagnostik, Voraussetzungen/Erfahrungen, Motivation/Volition, bedarfsbezogene Zuweisung)

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- Der Aufbau von individuellen Handlungskompetenzen im Umgang mit Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit und die Hinführung zu und Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil sollten im Mittelpunkt der Rehabilitation stehen.
- Für eine angemessene Ansteuerung dieser Ziele sollte innerhalb der Rehabilitation eine systematische Verknüpfung von Elementen des körperlichen Übens und Trainierens mit pädagogischen Elementen der Patientenschulung und verhaltensbezogenen Techniken stattfinden.

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.). (erscheint 2011). Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzteverlag.**
Lehrbuch mit grundlegender Darstellung der Bewegungstherapie in der ambulanten und stationären Rehabilitation
- **Deimel, H., Huber, G. Pfeifer, K. & Schüle, K. (2007). Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.**
neue Facetten und Inhalte der Bewegungstherapie in verschiedenen Indikationsbereichen
- **Fuchs, R., Göhner, W. & Seelig, H. (Hrsg.). (2007). Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Theorie, Empirie und Praxis. Göttingen: Hogrefe.**
Lehrbuch mit Interventionsbeispielen zum Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils

Literatur

- Arbeitsgruppe Bewegungstherapie. (2009). Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Die Rehabilitation*, 48, 252-255.
- Arne, M., Janson, C., Janson, S., Boman, G., Lindqvist, U., Berne, C. & Emtner, M. (2009). Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: Chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27 (3), 141-147.
- Brüggemann, S., & Sewöster, D. (2010). Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. *Bewegungstherapie & Gesundheitssport*, 26 (6), 266-269.
- Cieza, A., Ewert, T., Ustün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine, Supplement*, Supplement (44), 9-11.
- DIMDI (Hrsg.). (2005). World Health Organization. ICF : Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf/Neu-Isenburg.
- DRV. (2007a). KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der Medizin. Ausgabe 2007. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/04_klassifikationen/dateianh_C3_A4nge/ktl_2007_pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ktl_2007_pdf [9.4.2008].
- DRV. (2007b). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_10154/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01_sozialmedizin_forschung/05_konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/rahmen-konzept_medizinische_reha [15.1.2011].
- Ewert, T., Fuessl, M., Cieza, A., Andersen, C., Chatterji, S., Kostanjsek & Stucki G. (2004). Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *Journal of Rehabilitation Medicine, Supplement*, Supplement (44), 22-29.
- Harrison, S., Hayes, S.C., & Newman, B. (2009). Level of physical activity and characteristics associated with change following breast cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology*, 18 (4), 387-394.
- Miles, L. (2007). Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, 32 (4), 314-363.
- Nieuwenhuijsen, E.R., Zemper, E., Miner, K.R., & Epstein, M. (2006). Health behavior change models and theories: Contributions to rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 28 (5), 245-256.
- Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. [Review]. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 16 (SUPPL. 1), 3-63.
- Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S., & Huber, G. (2010). DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. *Die Rehabilitation*, 49, 224-236.
- Plotnikoff, R. C., Karunamuni, N.D., Johnson, J.A., Kotovych, M., & Svenson, L.W. (2008). Health-related behaviours in adults with diabetes: associations with health care utilization and costs. *Can J Public Health*, 99 (3), 227-231.
- Professional Associations for Physical Activity. (2010). Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease. Verfügbar unter: <http://www.fhi.se/PageFiles/10682/Physical-Activity-Prevention-Treatment-Disease-webb.pdf> [15.1.2011].
- Rosemann, T., Kuehlein, T., Laux, G., & Szecsenyi, J. (2008). Factors associated with physical activity of patients with osteoarthritis of the lower limb. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14 (2), 288-293.
- Rütten, A., & Abu-Omar, K. (2005). Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 1-26. Verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_048/nn_204544/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/themenhefte__node.html?__nnn=true [15.1.2011].
- Sigal, R.J., Kenny, G.P., Wasserman, D.H., Castaneda-Sceppa, C., & White, R.D. (2006). Physical activity/exercise and type 2 diabetes: A consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 29 (6), 1433-1438.
- WHO. (2010). Global recommendations on physical activity for health. Verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf [15.1.2011].
- Zhao, G., Ford, E.S., Li, C., & Mokdad, A.H. (2008). Are United States Adults With Coronary Heart Disease Meeting Physical Activity Recommendations? *American Journal of Cardiology*, 101 (5), 557-561.

Korrespondenzadresse

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
 Institut für Sportwissenschaft und Sport
 Gebbertstraße 123b
 91054 Erlangen
 E-Mail: wolfgang.geidl@sport.uni-erlangen.de



E) Bewegungsförderung in Europa

21. Methoden und Beispiele der Förderung körperlicher Aktivität in Europa – politische Strategien, Programme und Interventionen

Dr. Pekka Oja, PhD¹, Paul Kelly² und Prof. Dr. Sylvia Titze³

¹ UKK Institute for Health Promotion Research, Tampere, Finnland

² Department of Public Health, Oxford University, Großbritannien

³ Institut für Sportwissenschaft, Universität Graz, Österreich

Hintergrund

Bei der globalen Strategie zur Ernährung, Bewegung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2004) handelt es sich um ein Dokument von entscheidender Bedeutung, in dem im Kontext der Prävention und der Kontrolle chronischer Erkrankungen die körperliche Inaktivität als ein entscheidender Risikofaktor identifiziert wurde. Zur Bekämpfung der körperlichen Inaktivität setzt die WHO eine Strategie fort, die darin besteht, Anleitungen auf Bevölkerungsebene für Methoden (WHO, 2007a) und für Interventionen (WHO, 2009) zur Steigerung der

körperlichen Aktivität insbesondere auf nationaler Ebene zu liefern. Unterstützt durch diese und andere Belege haben das Wissen und die Erfahrung bezüglich der Steigerung der körperlichen Aktivität bei unterschiedlichen Zielgruppen im Verlauf der letzten Jahre kontinuierlich zugenommen. In diesem Kapitel wird ein zusammenfassender Überblick über die politischen Strategien, Programme und Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität mit dem Ziel der Förderung der öffentlichen Gesundheit gegeben.

Methode

Ein narrativer Überblick über die den Autoren zugängliche publizierte und graue Literatur zu politischen Strategien, Programmen und Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität auf nationaler und lokaler Ebene sowie in zielgruppenspezifischen Settings.

Ergebnisse und Diskussion

1. Politische Strategien

Der Leitfaden der WHO für populations-basierte Methoden zur Förderung der körperlichen Aktivität (WHO, 2007a) soll die Mitgliedsstaaten und andere Stakeholder bei der Entwicklung und Umsetzung eines nationalen Plans zur Steigerung der körper-

lichen Aktivität unterstützen. Gleichzeitig soll der Leitfaden über alternative politische Strategien zur effektiven Förderung der körperlichen Aktivität auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene informieren. In dem Leitfaden werden die folgenden Elemente als wichtig für erfolgreiche politische Strategien und Pläne hervorgehoben: Politisches Engagement auf höchster Ebene, Einbindung in nationale politische Strategien, Identifizierung nationaler Ziele beziehungsweise Zielsetzungen, allgemeine Gesundheitsziele, spezifische Zielsetzungen, Finanzierung, Unterstützung durch Stakeholder, kulturelle Sensibilität, Einbindung der körperlichen Aktivität in andere verwandte Bereiche, Koordinationsteam, vielfältige Interventionsstrategien, Ansprache der ganzen Bevölkerung wie auch spezifischer Bevölkerungsgruppen, gut erkennbare Programmlinie, Umsetzung auf unterschiedlichen Ebenen innerhalb des lokalen Settings, Führungskompetenz und Entwicklung von Arbeitskräften, Verbreitung, Kontrolle und Evaluation. Der Leitfaden enthält außerdem einen schrittweise strukturierten Rahmen zur Planung und Umsetzung sowie Beispiele für Handlungsfelder.

HEPA Europa, das europäische Netzwerk zur Förderung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität, führte in enger Zusammenarbeit mit dem regionalen WHO-Büro für Europa eine Analyse der nationalen Strategiepapiere zur Förderung der körperlichen Aktivität durch (Daugbjerg et al., 2009). 49 nationale Strategiepapiere wurden identifiziert. Die Strategien decken Projektelemente wie Ziele, Umsetzung, Zeitrahmen, Verantwortlichkeiten und Evaluation gut ab, lieferten jedoch nur eingeschränkt Belege für eine intersektorale Zusammenarbeit und für jene Zielgruppen, die im Hinblick auf eine gesteigerte körperliche Aktivität einen besonderen Bedarf aufweisen.

In einem weiteren Leitfaden der WHO Europa findet sich ein Rahmenmodell zur Förderung der körperlichen Aktivität (WHO, 2007b). Dieser ist an politische Entscheidungsträger und Experten in den Mitgliedsstaaten gerichtet und zielt auf die Gestaltung und Umsetzung von Strategien und Aktionen zur Förderung der körperlichen Aktivität als Teil einer nationalen Agenda zur öffentlichen Gesundheit und multisektoralen Zusammenarbeit ab. Das Dokument enthält Abschnitte zu den Herausforderungen, Handlungsprinzipien und Richtlinien sowie zur Zielsetzung und zur Erfolgsmessung.

2. Programme

Cavill und Kollegen (2006) erläuterten einen theoriebasierten Förderungsansatz anhand einer Analyse nationaler Programme zur Förderung der körperlichen Aktivität aus Finnland, England und der Schweiz. Der allgemeine Ansatz basiert auf vier Aufgaben:

1. Verwendung der Belege für die gesundheitlichen Vorteile körperlicher Aktivität zur argumentativen Unterstützung und zur Steigerung der Aktionen der Entscheidungsträger,
2. Durchführung einer Berichterstattung zur Sammlung von Belegen für die Verbreitung körperlicher Aktivität,
3. Durchsicht von Belegen im Hinblick auf das „was funktioniert“, wenn es um die Steigerung der körperlichen Aktivität und die Beeinflussung der Praxis geht,
4. Evaluation der Praxis. Die Analyse zeigte klare Unterschiede im Umgang mit diesen vier Aufgaben in den betreffenden Ländern. Des Weiteren legte die Analyse dar, wie kulturelle und politische Faktoren die Förderungsbemühungen unterstützen.

Im Rahmen eines HEPA-Projekts wurden unterschiedliche Methoden zur Förderung der körperlichen Aktivität und des Sports bei Kindern und Jugendlichen unter Anwendung von Fallstudien aus sechs europäischen Ländern analysiert (Kelly, Cavill und Foster, 2009). Die Fallstudien stammten aus den Niederlanden, aus Schweden, Deutschland, Spanien, Finnland und der Schweiz. Die Analyse zielte auf die Identifikation der Erfahrungen und der aus der Projektumsetzung zu ziehenden Lehren ab. Gemäß dieser Analyse spielen die folgenden Elemente für erfolgreiche Projekte eine wichtige Rolle:

- Ausreichend Zeit für die Projektplanung und -entwicklung; idealerweise Durchführung eines Pilotprojekts inklusive formativer Evaluation
- Der Einbindung der Eltern und Lehrer in die Entwicklung, Rekrutierung und Umsetzung eines Projekts kommt eine entscheidende Bedeutung zu.
- Ein kleines zwei- bis vierwöchiges Projekt mit Eventcharakter bietet Flexibilität und die Möglichkeit, die Vorgehensweisen auf unterschiedliche Zielgruppen zuzuschneiden.
- Das dauerhafte Erreichen der Aktiven sollte als Erfolg betrachtet werden, während das Erreichen der Inaktiven möglicherweise individuell angepasste Zugangsmethoden erfordert.
- Der bei Jugendlichen häufig beobachtbare Abbruch der sportlichen Aktivität hat seine Ursache möglicherweise im sich durch den Sport und seitens der Sportvereine aufbauenden Leistungsdruck und den damit einhergehenden Verpflichtungen.
- Das Internet entwickelt sich zum wichtigen Werkzeug für derartige Projekte, sowohl hinsichtlich der Einbindung der Kinder und Jugendlichen als auch zur Unterstützung und zur Kommunikation mit Umsetzern, Lehrern und Eltern.
- Schulen stellen ein gut geeignetes Setting für das Erreichen vieler Zielgruppen und bestimmter Subgruppen dar; Sportvereine wiederum verfügen über

die Ressourcen und Einrichtungen für ein umfassendes Aktivitätsangebot.

- Die Evaluation der Projekte spielt eine wichtige Rolle für das Verständnis der Bedürfnisse der Zielgruppen und für die Information über Verfeinerungen und Verbesserungen der zukünftigen Arbeit.

3. Interventionen

In einem ausführlichen Überblicksbericht der WHO (2009) wurden 395 veröffentlichte Studien identifiziert, in denen über 261 Interventionen zur Ernährung und körperlichen Aktivität berichtet wird. Die Belege wurden unter acht Kategorien vorgestellt:

1. Politische Strategie und Umwelt,
2. Massenmedien,
3. Schulsetting,
4. Arbeitsplatz,
5. Wohnumfeld,
6. primäre Gesundheitsversorgung,
7. ältere Erwachsene und
8. religiöse Settings.

Interventionen, die mehrere Komponenten berücksichtigen und an örtliche Zusammenhänge angepasst sind, erwiesen sich als am erfolgreichsten. Interventionen, die die vorhandenen sozialen Strukturen einer Wohngemeinde nutzen, wie zum Beispiel Schulen oder die wöchentlich stattfindenden Zusammenkünfte älterer Erwachsener, trugen zum Abbau von Umsetzungsbarrieren bei. Effektive Interventionen

banden unterschiedslos die Teilnehmer in die Planungs- und Umsetzungsstufen ein. Dieser Überblick liefert eine aktuelle Zusammenfassung der Ergebnisse bewährter Interventionen, die darauf abzielen, das Risiko chronischer, nichtübertragbarer Erkrankungen zu reduzieren.

Schlussfolgerungen

Die WHO und die WHO Europa haben mehrere aktuelle Handreichungen herausgegeben, die die Länder bei der Entwicklung von Strategien zur Förderung der körperlichen Aktivität im Rahmen der öffentlichen Gesundheit unterstützen sollen. Viele europäische Länder haben bereits derartige Strategien entwickelt, meist als Bestandteil ihrer allgemeinen Gesundheitsstrategien. Ausgewählte nationale Programme zur Gesundheitsförderung und zur Förderung körperlicher Aktivität sowie Projekte für Erwachsene und Jugendliche wurden zur Identifizierung ihrer Stärken und Schwächen sowie zu der Bedeutung der auf derartige Programme einwirkenden kulturellen und politischen Einflüsse analysiert. Ein ausführlicher, aktueller Überblick bietet eine Zusammenfassung bewährter, auf die Ernährung und die körperliche Aktivität bezogener Interventionen, die primär auf die Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen abzielen.

Infokasten 1

Zentrale Ergebnisse

- WHO und WHO Europa haben Handreichungen veröffentlicht, die die Mitgliedsstaaten und andere Stakeholder bei der Entwicklung und Umsetzung nationaler Pläne zur Steigerung der körperlichen Aktivität unterstützen und über alternative politische Strategien zur effektiven Förderung der körperlichen Aktivität auf nationaler und regionaler Ebene informieren sollen.
- Die meisten europäischen Länder haben die Förderung der körperlichen Aktivität in ihre nationalen Gesundheitsstrategien integriert. Es besteht die Notwendigkeit, diese Strategien kontinuierlich sowohl methodisch als auch inhaltlich zu aktualisieren.
- Drei nationale Programme zur Förderung der körperlichen Aktivität für Erwachsene und sechs Programme für Kinder und Jugendliche wurden einer systematischen Untersuchung unterzogen. Diese Programme unterstreichen die Bedeutung der kulturellen und politischen Umgebung für die Programmplanung und -umsetzung. Gleichzeitig werden die Stärken und Schwächen derartiger Programme offensichtlich.
- Im Rahmen einer ausführlichen, von der WHO in Auftrag gegebenen Überblicksstudie wurden über 200 veröffentlichte Interventionen zur Ernährung und körperlichen Aktivität zur Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen identifiziert und bewertet. Die Interventionen waren auf unterschiedliche Strategiebereiche, Settings und Bevölkerungsgruppen ausgerichtet. Die Elemente erfolgreicher Interventionen wurden identifiziert.

Infokasten 2

Zentrale Empfehlungen für die Forschung

- Es wurden relativ wenige auf Strategie, Umwelt, Massenmedien und auf die Wohngemeinde bezogene Interventionen wissenschaftlich evaluiert, insbesondere im Hinblick auf ihre Auswirkungen und Wirtschaftlichkeit. In diesen Bereichen besteht daher weiterer Forschungsbedarf.
- Evidenzbasierte Informationen über Interventionen mit dem Schwerpunkt auf individuelle Verhaltensänderungen in unterschiedlichen Settings und bei spezifischen Zielgruppen haben zugenommen. Andererseits bestehen im Hinblick auf ihre Wirtschaftlichkeit Wissensdefizite.
- Die zukünftige Forschung sollte sich nicht nur auf die Steigerung der körperlichen Aktivität, sondern auch auf die Reduzierung der Inaktivität konzentrieren.

Infokasten 3

Zentrale Empfehlungen für die Praxis

- Es liegen ausreichende Informationen zu den allgemeinen Richtlinien der Planung und Umsetzung von politischen Strategien zur Förderung der körperlichen Aktivität vor. Nationale und regionale Strategien sollten zunehmend die kulturellen, politischen und ökonomischen Besonderheiten des Zielbereichs berücksichtigen und sich daran anpassen. Auch wurde das Potential multisektoraler Herangehensweisen bislang nur begrenzt ausgeschöpft und sollte daher stärker berücksichtigt werden.
- Praktiker im Bereich der Förderung körperlicher Aktivität sollten verstärkt danach streben, mit anderen Wissenschaftlern sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene zusammenzuarbeiten und sich mit ihnen vernetzen.

Infokasten 4

Literaturempfehlungen zur weiteren Vertiefung des Themas

- **Cavill, N., Foster, C., Oja, P., Martin, B. W. (2006). An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies. IUHPE – Promotion & Education 13 (2), 20-27.**

In dieser Publikation wird ein theoriebasierter, vierstufiger Förderansatz beschrieben und durch die Analyse nationaler Programme zur Förderung der körperlichen Aktivität aus Finnland, England und der Schweiz untermauert.

- **Kelly, P., Cavill, N., Foster, C. (2009). An analysis of national approaches to promoting physical activity and sports in children and adolescents. World Health Organisation Europe. Verfügbar unter: http://www.physicalactivityandhealth.ch/hepaeurope/materials/09_Oxford_children_analysis_summary_report.pdf.pdf [30.1.2011].**

In diesem Bericht wird eine Analyse von Projekten zur Förderung der körperlichen Aktivität und des Sports bei Kindern und Jugendlichen aus sechs europäischen Ländern vorgestellt. In der Synthese werden sieben gemeinsame Projektelemente identifiziert, die in erfolgreichen Projekten behandelt werden.

- **WHO (2009). Interventions on diet and physical activity: what works: summary report. Genf, World Health Organisation. Verfügbar unter: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf> [30.1.2011].**

Dieser ausführliche State-of-the-Art-Bericht bietet eine aktuelle Zusammenfassung der Ergebnisse publizierter Interventionen, die darauf abzielen, das Risiko chronischer, nichtübertragbarer Erkrankungen durch Ernährung und körperliche Aktivität zu reduzieren. Die Merkmale erfolgreicher Interventionen werden identifiziert.

Literatur

- Cavill, N., Foster, C., Oja, P. & Martin, B.W. (2006). An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies. *IUHPE – Promotion & Education* 13 (2), 20-27.
- Daugbjerg, S.B., Kahlmeier, S., Racioppi, F., Martin-Diener, E., Martin, B., Oja, P. & Bull, F. (2009). Promotion of physical activity in the European region: Content analysis of 27 national policy documents. *Journal of Physical Activity and Health*, 6, 805-817.
- Kelly, P., Cavill, N. & Foster, C. (2009). An analysis of national approaches to promoting physical activity and sports in children and adolescents. World Health Organisation Europe. Verfügbar unter: http://www.physicalactivityandhealth.ch/hepa-europe/materials/09_Oxford_children_analysis_summary_report.pdf [30.1.2011].
- WHO (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Genf, World Health Organisation. Verfügbar unter: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf [30.1.2011].
- WHO (2007a). A Guide for Population-based Approaches to Increasing Levels of Physical Activity. Implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Genf, World Health Organisation. Verfügbar unter: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-promotion-2007.pdf> [30.1.2011].
- WHO Europe (2007b). Steps to health. A European framework to promote physical activity for health. Kopenhagen, WHO Regional Office for Europe. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/1016841E90191.pdf [30.1.2011].
- WHO (2009). Interventions on diet and physical activity: what works: summary report. Genf, World Health Organisation. Verfügbar unter: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf> [30.1.2011].

Korrespondenzadresse

Dr. Pekka Oja, PhD
 F.E. Sillanpään katu 4 A 16
 33230 Tampere, Finnland
 E-Mail: pekka.oja@uta.fi

Weitere Publikationen des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen im LIGA.NRW:

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010). Bewegungsförderung 60+. Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile im Alter. LIGA.Praxis 6.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010). Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung. LIGA.Fokus 10.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010). Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“. LIGA.Fokus 6.

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010). Qualität in der Gesundheits- und Bewegungsförderung verbessern. LIGA.Aktuell 9.

Diese und andere Publikationen finden Sie auch auf der Homepage des LIGA.NRW unter:
www.liga.nrw.de/service/downloads/index.html

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

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