

## KLAUS BÖS/WALTER BREHM/ELKE OPPER/JOACHIM SAAM

# Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein – Eine Expertise im Auftrag des Deutschen Sportbundes (DSB)

## 1 Vorbemerkungen

In den letzten Jahren haben langfristig angelegte epidemiologische Studien, Querschnittstudien (vgl. z.B. WIAD 1996; WOLL 1996; OPPER 1997) sowie eine Vielzahl von Einzelstudien (vgl. im Überblick z.B. ABELE/BREHM/PAHMEIER 1997; BANZER/KNOLL/BÖS 1998; BOUCHARD/SHEPARD/STEPHENS 1994) Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und der Ausprägung verschiedener physischer und psychischer Gesundheitsmerkmale gezeigt.

Die Anzahl von Angeboten im gesundheitsorientierten Sport ist sowohl bei kommerziellen Anbietern als auch im organisierten Sport rapide angestiegen, Aussagen über die Qualität dieser Angebote liegen indes kaum vor. Auf Seiten des organisierten Sports haben der Deutsche Sportbund und seine Mitgliedsorganisationen mit der Verabschiedung der „Gesundheitspolitischen Konzeption“ im Dezember 1995 den Bereich „Sport und Gesundheit“ zu einer zentralen Zukunftsaufgabe der Verbände und der Vereine erklärt. Im Januar 1996 wurden durch den Bundesvorstand Breitensport des DSB erstmals sechs Qualitätskriterien umrissen, die sich auf Zielsetzung, zielgruppengerechte Inhalte, Qualifikation der Leiter, adäquate Räumlichkeiten, Gesundheitsvorsorgeuntersuchung sowie weiterführende Programmangebote bezogen.

Ausgehend von diesen Grundlagen wurde die Zielsetzung, qualitativ hochwertige gesundheitsorientierte Sportprogramme flächendeckend in Deutschland über die Verbände und Vereine anzubieten, mit den DSB-Leitlinien „Gesundheitsprogramme im Sportverein“ vom Dezember 1997 weiter konturiert (DSB 1998). Diese Leitlinien betonen insbesondere die Notwendigkeit eines einheitlichen Profils gesundheitsorientierter Sportprogramme (u.a. durch eine Orientierung an „Kernzielen“) sowie einer Sicherung der Qualität der Angebote. Integriert in die DSB-Leitlinien 1997 sind auch die Erfahrungen mit Programmen in anderen Verbänden, insbesondere jenen des Deutschen Turnerbundes, dessen „Schwerpunktprogramm Gesundheitssport“ in der 1996 erschienenen Broschüre „Gesundheitsförderung und Gesundheitssport im DTB“ zusammengefaßt wurde. Hier wurden als Gestaltungsschwerpunkte im gesundheitsorientierten Sport u.a. eine differenzierte Bewertung vorhandener Angebote sowie eine schrittweise Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung gefordert.

Der DSB hat vor diesem Hintergrund 1996 eine Kommission „Gesundheit“ eingesetzt, die als eine der internen Maßnahmen zur Qualitätssicherung 1997 eine Expertise an die Universitäten Frankfurt und Bayreuth vergeben hat. Diese, inzwischen vorliegende, Expertise (BÖS/ BREHM/OPPER/SAAM 1998) verfolgt mehrere Ziele: Zunächst werden Qualitätskriterien, die gesundheitsorientierte Sportprogramme auszeichnen, festgelegt und begründet (vgl. dazu BÖS/BREHM i.d.H.; DSB 1998). Im nächsten Schritt erfolgt eine Bestandsaufnahme und Bewertung gesundheitsorientierter Programme in Verbänden und Vereinen. Schließlich werden Konsequenzen für das Qualitätsmanagement in Verband und Verein aufgezeigt.

## 2 Methode und Untersuchungsdurchführung

Um einen Überblick zum Ist-Stand qualitätsgesicherter gesundheitsorientierter Sportprogramme zu erhalten, wurde erneut ein Literaturreview in Datenbanken durchgeführt und andererseits eine Befragung von Mitgliedsorganisationen des Deutschen Sportbundes (Landessportbünde, Fachverbände und Sportvereine des Freiburger Kreises), von gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie der Institute für Sportwissenschaft realisiert (n = 857) (vgl. Abb. 1).



Abb. 1: Vorgehen bei der Recherche

### Literaturrecherche

Das Ziel der Literaturanalyse war eine möglichst lückenlose Erfassung aller in Deutschland publizierten gesundheitsorientierten Sportprogramme. Dazu wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Es bleibt festzuhalten, daß in erster Linie diejenigen gesundheitsorientierten Sportprogramme in Datenbanken erfaßt sind, die wissenschaftlich begleitet bzw. evaluiert und deren Ergebnisse anschließend publiziert worden sind. Aber selbst wissenschaftlich begleitete Programme sind teilweise nicht in den Literaturdatenbanken erfaßt, was für die Zugänglichkeit und Verbreitung dieser Programme denkbar ungünstig ist.

### Befragung

Bei der Befragung wurden folgende sieben Merkmale (Qualitätskriterien) zugrundegelegt:

- Zielsetzungen: Benennung und Begründung;
- Zielgruppen: Umgrenzung, Begründung, Ausschlußkriterien;
- Struktur des Programms: Bausteine, Dauer, Übungseinheiten/-sequenzen, notwendige Ausstattung, flankierende Maßnahmen, Eingangs-/Endtest;
- Übungsleiter: Qualifikationen;
- Interne und externe Vernetzung sowie Kommunikation des Programms;
- Dokumentation des Programms;
- Qualitätssicherung: Formen, Ergebnisse, Dokumentation.

**Stichprobe**

Die Gesamtstichprobe der Befragung wurde unterteilt in eine Teilstichprobe Verbände und Institutionen (n = 699) und eine Teilstichprobe Sportvereine des Freiburger Kreises (n = 158) (vgl. Abb. 2). Der Fragebogen wurde im März 1998 vom DSB verschickt.

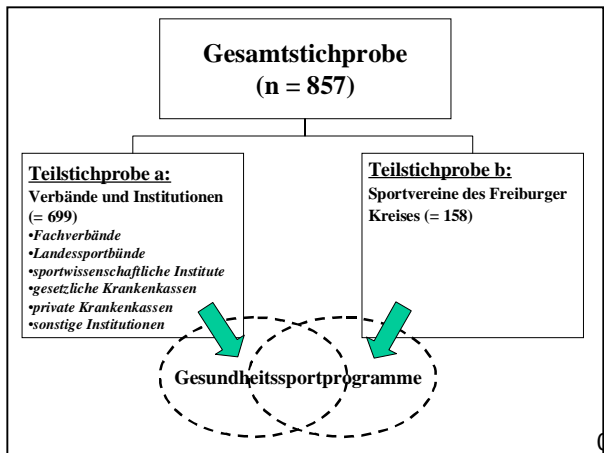


Abb. 2: Stichprobe der Befragung

Der Rücklauf betrug 46,3% (396 Fragebögen) mit insgesamt 103 Programmen. Von der Teilstichprobe „Verbände und Institutionen“ haben 44,9% geantwortet und von der Teilstichprobe „Sportvereine des Freiburger Kreises“ haben sich mit 51,9% mehr als die Hälfte der angeschriebenen Sportvereine an der Studie beteiligt.

Von den 314 Antworten der Teilstichprobe „Verbände und Institutionen“ waren 250 hinsichtlich eines Programmangebots im Gesundheitssportbereich negativ. Von den verbleibenden 64 Institutionen wurden 80 Programme per Fragebogen beschrieben und zumeist mit zusätzlichen Informationsmaterialien dokumentiert. Als „Therapieprogramme“ konnten 8 identifiziert werden, 6 Programme wurden nicht im Bereich der Sportorganisationen durchgeführt. Bei den verbleibenden 65 Programmen gab es 29 Überschneidungen, so daß schließlich 36 Programme in die qualitative Darstellung sowie in die quantitative Auswertung integriert werden konnten.

Von den 82 Antworten aus der Teilstichprobe „Vereine des Freiburger Kreises“ waren 11 Angaben hinsichtlich eines Gesundheitssportangebots negativ. 11 Programme wurden als Therapieangebote klassifiziert und bei 14 Programmen kam es zu Überschneidungen. Die verbleibenden 67 Programme wurden in die quantitative Auswertung integriert.

**3 Ausgewählte Ergebnisse und Folgerungen**

*Qualitätsgesicherte Programme*

Tab. 1 gibt einen Überblick über die 36 Programme der Teilstichprobe „Verbände und Institutionen“, die im Rahmen der Expertise differenziert beschrieben und bewertet werden. Die Programme sind dabei in fünf Gruppen zusammengefaßt: Treffs (Tab. 1: Nr. 1, 6, 7), Programme für Kinder (Tab. 1: Nr. 3, 14, 23, 26, 35), Einzelprogramme für Erwachsene (Tab. 1: Nr. 11, 12, 13, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 34), Programme mit mehreren Angeboten (Tab. 1: Nr. 2, 8, 9, 10, 15, 16, 19, 30, 31, 36), Sonstige Programme (Tab. 1: Nr. 4, 5, 21).

Tab. 1: Programme-Sample der Teilstichprobe Verbände/Institutionen (n=36)

Nr.	Programmtitel	Institution
1	AOK-Radtreff	AOK Baden-Württemberg
2	Gesundheitsclub im Sportverein	Bayerischer Landes-Sportverband
3	Aktiv & gesund	Bayerischer Landes-Sportverband
4	Reiten als Gesundheits-sport	Deutsche Reiterliche Ver-einigung
5	Karate als Gesundheits-sport	Deutscher Karate-Verband
6	LAUF-TREFF	Deutscher Leichtathletik-Verband
7	WALKING	Deutscher Leichtathletik-Verband
8	Gesund und Fit im Wasser	Deutscher Schwimm-Verband
9	Pluspunkt Gesundheit.DTB	Deutscher Turner-Bund
10	Sport vor Ort – Hamburg in Bewegung	Hamburger Sportbund
11	GEK – Rückenpower	Hamburger Sportbund
12	Herz-Kreislauf-Prävention	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
13	Präventionssportgruppe	Institut für Sport- und Präventivmedizin
14	Mach mit bei Felix Fit	KSB Hötter
15	Hin & Wieder – Berlins neue Bewegung	Landessportbund Berlin
16	Präventionsprogramme	LSB Brandenburg
17	Gesundheitsförderung im Sportverein	Landessportbund Hessen
18	Präventive Rückenschule im Verein	Landessportbund Hessen
19	Aktiv im Ruhestand	Landessportbund Nordrhein-Westfalen
20	Altern und Bewegung	Landessportbund Nordrhein-Westfalen
21	Betriebe und Sportverein – Partner in der Gesundheitsförderung (BeVeGe)	Landessportbund Nordrhein-Westfalen
22	Ernährung und Bewegung	Landessportbund Nordrhein-Westfalen
23	Förderung von Kindern mit mangelnden Bewegungserfahrungen	Landessportbund Nordrhein-Westfalen
24	Haltung und Bewegung – Wirbelsäulenschonung in Sport und Alltag	Landessportbund Nordrhein-Westfalen
25	Herz-Kreislauf-Präventivsportgruppe	Landessportbund Nordrhein-Westfalen
26	Sportorganisationen als Träger von Bewegungskindergärten	Landessportbund Nordrhein-Westfalen
27	Streß und Bewegung	Landessportbund Nordrhein-Westfalen
28	FIF – Familien in Form	LSV Schleswig Holstein
29	Gesund & Bewegt	LSV Schleswig Holstein
30	Zeit für Bewegung	LSV Schleswig Holstein
31	„fit und gesund“	Schwäbischer Turnerbund
32	Dauerlaufen und Gesundheitsförderung	Universität Augsburg
33	Gesund & Aktiv – Mit Spaß fit sein	Universität Bayreuth/AOK Westfalen-Lippe
34	Sport und Ernährung	Universität Bremen
35	Gesundheitsförderung im Kinderturnen	Universität des Saarlandes
36	Gesund und Trainiert (G.U.T.)	Württembergischer Landessportbund

### Zielsetzungen

Verbände geben zu 100%, Vereine zu 75% an, daß mit Hilfe der durchgeführten Programme *alle* Kernziele gesundheitsorientierter Sportprogramme angestrebt werden. D.h. physische, psychische und soziale Gesundheitsressourcen sollen gestärkt, Risikofaktoren sollen gemindert oder verhindert, Beschwerden und Mißbefindenzustände sollen bewältigt und der Lebensstil soll verändert bzw. Bindung an gesundheitsportliche Aktivitäten soll aufgebaut werden. Allerdings zeigt die Analyse:

- Das Kernziel „Stärkung physischer Gesundheitsressourcen“ (mit Schwerpunkt Verbesserung/Erhalt der Ausdauerfähigkeit) steht eindeutig im Vordergrund.
- Das Kernziel „Bewältigung von Beschwerden und Mißbefinden“ ist in einigen Programmbezeichnungen enthalten (z.B. Rückenschule, Funktionsgymnastik).
- Die Sequenzbildung orientiert sich überwiegend am „klassischen Stundenaufbau“ Aufwärmen, Hauptteil(e) und Abwärmen.
- Es fehlen insbesondere gezielt geplante und durchgeführte Informationssequenzen sowie systematische Interventionen zur Stärkung emotionaler, motivationaler und sozialer Ressourcen.

Aus diesen Ergebnissen folgt:

- Die Zielsetzungen der gesundheitsorientierten Sportprogramme im Verein müssen (noch) konsequenter und konsistenter mit zieladäquaten Inhalten, Bausteinen, Sequenzen und Übungsmethodik angesteuert werden.
- Als Voraussetzung zum Aufbau eines gesunden Lebensstils müssen in die einzelnen Übungseinheiten Informationssequenzen oder spezifische Wahrnehmungszentrierungen integriert werden.
- Soziale Unterstützung bzw. Stärkung sozialer Einbindung muß ebenso systematisch initiiert werden wie ein Stimmungsmanagement.

### Zielgruppen

- Die Zielgruppen sind in der Regel dann gut beschrieben, wenn Programme klare Zielsetzungen und eindeutige inhaltliche Strukturen aufweisen (z.B. Gesund und Trainiert, Gesund & Aktiv – mit Spaß fit sein, Mach mit bei Felix Fit).
- Nur sehr allgemeine Vorgaben zu den Zielgruppen finden sich bei Programmen mit „offener“ Programmstruktur (z.B. Sport vor Ort – Hamburg in Bewegung, Gesund und Fit im Wasser).

Hieraus kann gefolgert werden:

- Auch bei primärpräventiven Programmen sollten die Zielgruppen klar umgrenzt und evtl. Ausschlusskriterien benannt werden.
- Umgrenzungskriterien können sein:
  - Gesundheitszustand und Erkrankungsrisiken (mit oder ohne Symptomaten/Risiken, Beschwerden, Mißbefindenzustände).
  - Physischer Leistungszustand (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination).
  - Psychischer Leistungszustand (Streßwahrnehmung, Entspannungsfähigkeit).
  - Ausschlusskriterien (Kontraindikationen).
  - Alter (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte Menschen).
  - Geschlecht.

- Sportbiographie (Neu- und Wiedereinsteiger, kontinuierlich Aktive, etc).
- Lebensumfeld (Familie, Betrieb, Schule etc).

### Programmstruktur

- *Bausteine:* Bei den Verbänden setzen sich etwa die Hälfte der gesundheitsorientierten Sportprogramme aus mehreren, über die Woche verteilten, unterschiedlichen Angeboten zusammen. Diese Bausteine beziehen sich:
  - auf unterschiedliche Kernziele (z.B. Angebote mit Schwerpunkt Ausdauer sowie mit Kraft und Beweglichkeit);
  - und/oder auf den Leistungsstand der Teilnehmer/innen (z.B. Einsteiger, Fortgeschrittene).
- *Dauer:* Über die Hälfte der von den Vereinen angebotenen Programme sind Kurzzeitangebote (bis 6 Monate), 20% zielen auf einen Jahresturnus, bei 30% wird keine Zeitbegrenzung angegeben. Bei den Verbänden sind die Kurzzeitprogramme seltener.
- *Einheiten und Sequenzen:* Im Durchschnitt dauert eine Einheit 60 bis 90 Minuten bei 1 oder 2 Einheiten die Woche. *Aber:* Nahezu die Hälfte der Anbieter machen keine Angabe zur Dauer und zur Zahl der Einheiten! 90% der Einheiten sind durch Sequenzen gegliedert, diese Gliederung orientiert sich allerdings primär am Kernziel „Stärkung physischer Ressourcen“.
- *Ausstattung:* Für etwa die Hälfte der gesundheitsorientierten Sportprogramme wird eine besondere Ausstattung benötigt (meist Kleingeräte wie z.B. Therabänder).
- *Teilnehmerbegrenzung:* Wird von etwa 40% der Anbieter benannt. Durchschnittliche Teilnehmerzahl etwa 25.
- *Tests:* Werden bei etwa 40% der von den Verbänden initiierten Angeboten durchgeführt (allerdings häufig im Rahmen einer begleitenden Evaluation).
- *Flankierende Maßnahmen:* Sind bei etwa der Hälfte der Programme vorgesehen, u.a. Ernährungsberatung, Sauna, Wanderungen.

Gefolgert werden kann:

- Die Kernziele gesundheitsorientierter Sportprogramme sollten sich klarer in den Programmstrukturen widerspiegeln.
- Eine Sequenzbildung sollte differenzierter erfolgen.
- Die Dauer des Programms sowie die Abfolge von Bausteinen sollte konsistenter am Ziel des Aufbaus von Bindung orientiert sein.
- Tests sollten verstärkt in die Programme integriert werden.

### Qualifikationen der Übungsleiter

- Zu 100% werden spezifische Qualifikationen der Übungsleiter/innen zur Durchführung von Gesundheitssport vorausgesetzt.
- 67% der Übungsleiter/innen (ÜL) der Sportverbände (45% der ÜL der Sportvereine) sind auf der 1. Lizenzstufe ausgebildet, die zu 50% zusätzliche Qualifikation (Angaben der Sportverbände und -vereine) und/ oder zu 47% Fortbildungen (50% der Sportvereine) benötigen.
- 47% der ÜL der Sportverbände sind auf der 2. Lizenzstufe Prävention inklusive angebotsspezifischer Zusatzqualifikationen und Fortbildungen ausgebildet (45% der ÜL der Sportvereine).
- Berufliche Ausbildungen wie z.B. Sportlehrer/innen oder Krankengymnasten/innen werden anerkannt.

- Allerdings bekommen nur knapp ein Viertel der ÜL, die in den Sportvereinen Gesundheitssport anbieten, spezielle Einweisungen in die gesundheitsorientierten Sportprogramme. Nur 40% stehen Materialien (z.B. Manual) zur Programmdurchführung zur Verfügung.

Als Folgerungen ergeben sich:

- Sicherung einer speziellen Einweisung der Übungsleiter/innen in die gesundheitsorientierten Sportprogramme.
- Bereitstellung von Programm-Manuals/Curricula/Arbeits-/Infoblätter, etc.
- Befähigung zur internen Qualitätssicherung (z.B. durch Tests, Befragung, Dokumentation).
- Befähigung zur Realisierung der psychosozialen und verhaltensbezogenen Kernziele (z.B. Informationssequenzen/Wahrnehmungslenkung/Stimmungsmanagement/soziale Einbindung).

#### *In- und externe Vernetzung sowie Kommunikation*

- 90% der Gesundheitssportprogramme in Verbänden werden in überregionaler Kooperation durchgeführt.
- Wichtigste Kooperationspartner sind Krankenkassen, Ministerien und sportwissenschaftliche Institute.
- Der Vernetzungsgrad an der Basis ist geringer: Nur 38% der Vereine geben an, Gesundheitssportprogramme mit Kooperationspartnern durchzuführen.

Einige Folgerungen:

- Die Chancen für eine zukünftige verbesserte Kooperation steigen mit der Neugestaltung des § 20 SGB V.
- Die bestehenden überörtlichen Kooperationen müssen konsequent bis an die Vereinsbasis transportiert werden.
- Die Chancen für eine verbesserte Kooperation steigen mit der Dokumentation, der Qualitätssicherung und der Kommunikation der Programme.
- Kooperationshindernisse vor Ort (auf der Ebene der Vereine) müssen durch überörtliche Kooperationsvereinbarungen (auf der Ebene der Verbände) überwunden werden.

#### *Dokumentation des Programms*

- Die gesundheitsorientierten Sportprogramme der Verbände sind fast alle (94%) dokumentiert.
- Bei den gesundheitsorientierten Sportprogrammen der Vereine sind nur 46% dokumentiert.
- Dokumentationsformen sind Manuale, Curricula, Broschüren, Evaluationsberichte oder Buchpublikationen.

- Die Qualität der Dokumentation ist bei den Verbandssportprogrammen besser als bei den Vereinsprogrammen.
- Die Dokumentationen sind häufig nicht differenziert genug. Entweder erfüllen sie das Kriterium „Programmbeschreibung“ (Teilnehmermaterial, 60%) oder das Kriterium „Programmumsetzung, 81%). Benötigt wird beides (vgl. Walking im DLV).

Wünschenswert wäre die Entwicklung eines Standards für Programmdokumentationen mit folgenden Qualitätskriterien:

- Programmtitel;
- Anschrift, Kontaktadressen, Ansprechpartner;
- Zielsetzungen des Programms;
- Zielgruppen;
- Leitfaden für die Gestaltung der Programmstrukturen;
- Leitfaden für das Gesundheitsmarketing (Arbeitshilfen);
- Hinweise zur Erfassung programmrelevanter Daten über die durchgeführten Maßnahmen;
- Qualitätssichernde Maßnahmen (Arbeitshilfen für das interne Qualitätsmanagement).

#### *Qualitätssicherung*

- Etwa drei Viertel (72,2%) der Gesundheitssportprogramme in den Verbänden werden wissenschaftlich begleitet
- Bei etwa der Hälfte der Programme (44,4%) ist die wissenschaftliche Qualitätssicherung abgeschlossen.
- Zwei Drittel (66,7%) der qualitätssichernden Maßnahmen in den Verbänden sind dokumentiert (aber nur knapp 20% der Gesundheitssportprogramme in Vereinen).
- 80,6% wenden interne Maßnahmen zur Qualitätssicherung an (z.B. Qualitätszirkel, Arbeitskreise, Zertifizierungen, Qualifizierungen der Übungsleiter).
- 58,3% sichern die Qualität durch externe Maßnahmen (z.B. Befragungen von Übungsleitern und Teilnehmern). Die wichtigsten Partner bei der externen Qualitätssicherung sind sportwissenschaftliche Institute.

Anzumerken ist hierzu:

- In der künftigen Diskussion um Gesundheitssportprogramme wird die Frage der Qualitätssicherung eine entscheidende Rolle spielen.
- Es steht zu erwarten, daß es für die Programmanbieter eine Verpflichtung zur regelmäßigen Evaluation und Qualitätssicherung geben wird.
- Es gilt Standards zu definieren, was unter Qualitätssicherung zu verstehen ist. Die Kosten-Nutzen-Frage ist dabei zu berücksichtigen.

### **G. BÄUMLER / G. BAUER (Hrsg.): Sportwissenschaft rund um den Fußball.** Beiträge und Analysen zum Fußballsport IX.

(Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, 96).

Hamburg: Edition Czwalina 1998. 200 Seiten. ISBN 3-88020-326-1. DM 40,00.\*

\*Auslieferung gegen Rechnung und zzgl. Versandkosten. dvs-Mitglieder erhalten 25% Rabatt auf den Ladenpreis.

Dieser Band enthält die Beiträge zur 12. Jahrestagung der dvs-Kommission Fußball, die vom 22.-26.9.1996 in München stattgefunden hat. In 17 Referaten werden wissenschaftliche Forschungsergebnisse dargelegt und praxisrelevante Aspekte vom Lernen und Trainieren im Fußballsport behandelt. Die Schwerpunkte der fußballbezogenen Beiträge liegen auf den Gebieten „Techniktraining“, „Leistungsdiagnostik und Spielanalyse“, „Coaching und Wettkampfvorbereitung“ sowie „Sporttraumatologie und Sportorthopädie“.

Bitte richten Sie Ihre Bestellung an die

**dvs-Geschäftsstelle · Postfach 73 02 29 · D-22122 Hamburg · Tel.: (040) 67 94 12 12 · Fax: (040) 67 94 12 13**



#### 4 Fazit

Die Expertise erbringt einen Überblick über in Deutschland durchgeführten gesundheitsorientierten Sportprogramme bei Verbänden und anderen Institutionen. Es zeigt sich, daß die Angebotspalette sehr vielfältig ist und daß verschiedene Ziel- und Altersgruppen berücksichtigt werden. Die Studie macht jedoch auch deutlich, daß die derzeitigen Programmstrukturen im Gesundheitssport der Verbände und Vereine uneinheitlich, manchmal inkonsistent und diffus sind. Daher gilt es, die Kernziele für gesundheitsorientierte Sportprogramme konsequent umzusetzen (DSB 1998).

Die Übungsleiter, die gesundheitsorientierte Sportprogramme in der Praxis durchführen, sind die Multiplikatoren für die Qualität der Angebote. Sie sollten daher alle Unterstützung von Seiten der Sportverbände bekommen, gesundheitsorientierten Sport erfolgreich an der Basis umzusetzen, was durch eine Erweiterung der Ausbildungsprofile bzw. durch weitere Fortbildungsangebote mit Schwerpunktthemen in der Ausbildung zu erreichen wäre.

Zudem ist zu empfehlen, daß auch weiterhin mit verantwortlichen Politikern in den Gesundheits- und Sportausschüssen, mit den kassenärztlichen Vereinigungen, mit den Krankenkassenverbänden, mit einzelnen Krankenkassen und anderen Partnern des Gesundheitswesens über Kooperationen verhandelt wird. Dies wird um so erfolgreicher ausfallen, desto besser der Deutsche Sport mit allen seinen Mitgliedsorganisationen die Qualitäten seiner gesundheitsorientierten Sportprogramme und deren Wirksamkeit beschreiben kann.

Zum Aspekt der Verbreitung sowie der Kosten der gesundheitsorientierten Sportprogramme kann aufgrund fehlender Angaben innerhalb der Expertise keine Aussagen gemacht werden. Die Sportverbände ebenso wie die Sportvereine konnten in den meisten Fällen weder genaue Angaben zur Anzahl der durchführenden Vereine noch zur Anzahl der teilnehmenden Personen oder zur Anzahl der Teilnehmer, die vorzeitig die Programme abbrechen, machen. Hier sind die Sportverbände gefordert, über ein entsprechendes Berichtswesen oder „Controlling“ gesundheits-sportrelevante Daten (beobachtbare Ergebnisse) zu erfassen. Ein solches Controlling kann z.B. als weiteres Gütekriterium für die Vergabe eines „Gütesiegels gesundheitsorientierter Sport“ eingefordert werden. Eine weitere Zielsetzung könnte sein, den Sportvereinen über eine Profilbildung von gesundheitsorientierten Sportprogrammen Hilfestellungen für die örtliche Öffentlichkeitsarbeit (Gesundheitsmarketing) zu liefern.

Für das Qualitätsmanagement von gesundheitsorientierten Sportprogrammen in Sportvereinen sollte ein Standard für Programmdokumentationen entwickelt werden, in der Qualitätskriterien in einer Form beschrieben werden, daß Übungsleiter im Sportverein diese als Basismaterial und als Gestaltungsleitfaden für gesundheitsorientierte Sportangebote verwenden können.

Wichtig ist weiterhin die Entwicklung neuer Kommunikationsstrukturen zwischen den Sportverbänden und den Sportvereinen, um ein erfolgreiches internes Gesundheitsmanagement zu installieren bzw. fortzuführen. Hier könnte über die Standard-Dokumentationen ein Berichtswesen oder „Gesundheits-Controlling“ (s.o.) eingeführt werden.

#### Literatur

- ABELE, A./BREHM, W./PAHMEIER, I.: Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln: Auswirkungen, Voraussetzungen und Förderungsmöglichkeiten. In: SCHWARZER, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen, Toronto, Zürich 21997, 115-149
- BANZER, W./KNOLL, M./BÖS, K.: Sportliche Aktivität und physische Gesundheit. In: BÖS, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998, 17-32
- BÖS, K./BREHM, W./OPPER, E./SAAM, J.: Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein. Expertise im Auftrag des DSB. (Projektbericht). Frankfurt/Main 1999
- BOUCHARD, C./SHEPARD, R.J./STEPHENS, T. (Eds.): Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign, IL. 1994
- DSB: Mitglieder-Rundschreiben (1998), 1, 8-11
- OPPER, E.: Sportliche Aktivität – ein Instrument zur Gesundheitsförderung für alle? Aachen 1998
- WIAD (WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS): Sport und Gesundheit – Bewegung als zentrale Größe von Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheitstabilität. Frankfurt/Main 1996
- WOLL, A.: Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Neu Isenburg 1996

#### Qualitätskriterien für Gesundheitsprogramme im Sportverein

Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um eine Neuformulierung des § 20 SGB V zur Gesundheitsvorsorge und Prävention hat der Bundesvorstand Breitensport des Deutschen Sportbundes Qualitätskriterien formuliert, wie sie für die Umsetzung von Gesundheitsprogrammen im Sportverein gelten sollen. Im Rahmen eines Workshops an der Führungs-Akademie Berlin des Deutschen Sportbundes wurden diese Kriterien in Abstimmung mit Mitgliedsorganisationen überarbeitet. Die Kriterien sind auch bereits mit der Bundesärztekammer abgestimmt, sollen jedoch erst nach Abschluß der gesundheitspolitischen Diskussion um diesen Themenbereich in ihre endgültige Form gebracht werden. In der Einleitung des Entwurfs zu den Qualitätskriterien heißt es:

„Der Deutsche Sportbund, seine 91 Verbände und 86.236 Vereine bekennen sich zu einer zukunftsorientierten Gesundheitsförderung und haben sich verpflichtet, die im Sport bestehenden Strukturen für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu nutzen und auszubauen. Der organisierte Sport ist in besonderer Weise geeignet, dem Qualitätsanspruch einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung gerecht zu werden, denn er ist besonders sozialintegrativ und schafft langfristige Verhaltensbindungen. [...]

Neben dem traditionell gewachsenen Breitensport haben sich in den vergangenen Jahren in der Sportlandschaft der Vereine und Verbände eine Reihe von speziellen Gesundheitsprogrammen herausgebildet, die besonders qualifiziert angelegt sind. Über gemeinsame verbindliche Grundsätze verpflichtet sich der organisierte Sport, die Qualität dieser Angebote vor Ort zu sichern. Für diese Angebote gelten folgende Kriterien:

1. Ganzheitliche Zielsetzung
2. Spezifizierte Maßnahmenplanung
3. Qualifizierte Leiter/innen
4. Einheitliche Organisationsstrukturen
5. Gesundheitsvorsorgeuntersuchung
6. Information und Rückmeldung
7. Qualitätssicherung und Evaluation
8. Örtliche Vernetzung

\*Die Kriterienbeschreibungen basieren auf einer wissenschaftlichen Expertise, die 1998 im Auftrag des Deutschen Sportbundes durchgeführt wurde (BÖS, K./BREHM, W./OPPER, E./SAAM, J.: Gesundheitsorientierte Sportprogramme im Verein. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement. Dezember 1998). ...“