

HANS-JÜRGEN SCHULKE

Public Health als Herausforderung für Sport und Sportwissenschaft Anmerkungen zu Kooperationspotentialen in der Gesundheitsförderung

1 Annäherungsversuche?

Gesundheitssport ist eine feste Größe im Angebotspektrum der Sportorganisationen geworden mit überproportionaler Ausbreitungsdynamik. Entsprechend findet eine rege sportwissenschaftliche Auseinandersetzung zum Thema „Sport und Gesundheit“ mit zunehmend pragmatischer Ausrichtung statt. Außerhalb des Sports – im internationalen und nationalen Gesundheitsbereich – hat sich in den letzten 20 Jahren ein transsektorales konzeptionelles Denken und Handeln zu Gesundheit entfaltet, das über das etablierte medizinische System mit seinem kurativen Schwerpunkt hinausweist. Es firmiert inzwischen auch in Deutschland unter der Chiffre „Public Health“.

Seit Mitte der 90er Jahre sind Kontakte zwischen Sport und Public Health zu registrieren: Sportverbände wie der DTB laden Repräsentanten von Public Health zu gesundheitspolitischen Veranstaltungen ein bzw. führen 1996 eine gemeinsame Fachtagung durch, beim Deutschen Soziologentag 1997 wird ein Workshop zum Thema durchgeführt, in Sachsen und NRW ist Sport in Public Health-Interventionsprogramme eingebunden, der DSB beruft einen Public Health-Vertreter in seine Kommission Gesundheit, 1999 beinhalten der dvs-Hochschultag und der erste Internationale Public Health-Kongreß Workshops zu „Sport und Public Health“. Der vorliegende Beitrag will aus Perspektive der Sport- und Gesundheitssystemforschung Materialien über Kooperationsrealität und Forschungspotentiale beider Bereiche zusammentragen; die Punkte 6 und 7 beinhalten wissenschaftliche Konsequenzen.

2 Public Health als „Doppelpack“ politischer Intervention und Wissenschaft

Public Health ist von der Wortbedeutung am ehesten mit „Gesundheitsförderung“ gleichzusetzen. Dieser Begriff war durch das Verbot der während der Weimarer Republik entwickelten Sozialmedizin im NS-Staat und der Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) im Sinne spezifischer Krankheitsprophylaxe in der BRD in den Hintergrund gerückt. Erst die internationale Diskussion (insbesondere die Ottawa-Charta 1986) führten zum Aufgreifen des Public Health-Konzepts in Deutschland.

Inzwischen hat sich der Begriff Public Health praktisch auf zwei Ebenen entfaltet:

- Zum einen als über das medizinische System hinausgehendes Konzept, mit dem alle individuellen Ressourcen und gesellschaftlich-institutionellen Bedingungen für gesündere Lebensstile in gesunden Lebenswelten gestärkt werden sollen. Mit langfristigen, breit angelegten Interventionen sollen „gesunde Lebensorte“ geschaffen werden durch Netzwerke wie „Gesunde Städte“, „Gesunde Schulen“, durch Programme wie „Gesundes Altern“ etc. Weit vor Kuration oder Rehabilitation ansetzend, verlangt dieser

Ansatz ein „Neues Denken“ von allen Beteiligten im Gesundheitssystem („New Public Health“).

- Zum zweiten ist Public Health Synonym und komplexes Programm für eine „Gesundheitswissenschaft“, die interdisziplinär und anwendungsbezogenen Forschung, Lehre und Gesundheitspolitik zusammendenken will. Sie ist mittlerweile an 30 Hochschulen etabliert, verweist auf einen finanziell respektabel ausgestatteten Forschungsverbund, eine Koordinierungsstelle in Freiburg, eigene Publikationen und Gesellschaften.

Die Doppeldeutigkeit von Public Health hat Methode und Vorbild. Analog dem medizinischen System (Fakultäten mit Klinikum prolongieren ihren Kenntniserwerb in Krankenhäuser, Arztpraxen etc.) werden die Interventionskonzepte für die Praxis in enger Kooperation mit Grundlagen- und Feldforschungen, epidemiologischen Studien, Begleitforschung zu Interventionsaktivitäten und Evaluation/Dokumentation durchgeführt, d.h. wissenschaftlich gesteuert. In den neuen Studiengängen werden dementsprechend professionelle Kräfte ausgebildet, die die Interventionen auf wissenschaftlichem Niveau vorantragen sollen.

Gleichwohl fehlt es der Gesundheitswissenschaft noch weitgehend an Anspielpartnern in der gesellschaftlichen Praxis, sind doch bestehende Institutionen im Medizin-, Bildungs- und Sozialsystem rechtlich bzw. berufsständisch verankert und über ein unspezifisches Gesundheitsmotiv schwerlich neue Organisationsformen zu schaffen. Insofern steht die Gesundheitswissenschaft in der Gefahr, in Publikationen, Fachtagungen und Kongressen thematisch um sich selbst zu zirkulieren.

3 Zur Beziehungsrealität von Public Health und Sport

Public Health ist als wissenschaftlich geleitete Interventionsstrategie auf gesellschaftlich-institutionelle Resonanzböden angewiesen. Der Sport könnte ohne Zweifel einen solchen Resonanzboden darstellen: Hier sind weit über 30 Mio. Menschen in Vereinen, Volkshochschulen, Fitneßstudios etc. flächendeckend organisiert; die fachliche Grundlage ist körperliche Aktivität und somit wichtige Gesundheitsressource in einer „Transportgesellschaft“.

Tatsächlich stehen Public Health und Sport weitgehend beziehungslos nebeneinander; die anfangs konstatierten Berührungen vereinzelt abtasten. In keinem der vorbereitenden Kongresse zur Implementierung einer Public Health-Strategie war Sport ein eigenständiges Thema, in den Projekten der Forschungsverbände wird zum Sport Fehlanzeige vermeldet, in den Koordinierungsgremien oder im Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen sind keine Repräsentanten von Sport und Sportwissenschaft vertreten. Im Handbuch „Gesundheitswissenschaft“ (auch in der 2. Auflage) taucht Sport und Bewegungswissenschaft nicht neben Psychologie, Pädagogik, Medizin etc. auf.

Umgekehrt sind die Bemühungen des Sports, sich in gesundheitsorientierte „settings“ zu integrieren, an der „ortsnahen Koordination“ von gesundheitsfördernden Maßnahmen mitzuwirken, noch singulär. Die Sportwissenschaft hat die mittlerweile breit angelegte Public Health-Debatte kaum rezipiert, die Institutionalisierung der Gesundheitswissenschaft in Lehre und Forschung unbekümmert ignoriert. Die mit Public Health-Konzepten bzw. ihrem salutogenetischen Ansatz vertraute Kommission Gesundheit in der dvs bildet noch eine kleine, eher randständige Gruppierung. Auch das noch: Die „dvs-Informationen“ haben dankenswert rasch sportpolitische und sportwissenschaftliche Konsequenzen der Erklärungen der neuen Bundesregierung dokumentiert; der Gesundheitsbereich mit seiner Reaktivierung der gesetzlichen Grundlagen für die Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V) war nicht darunter.

4 Historie und System – Gründe für die Trennung von Sport und Gesundheit

Als Teil pädagogischer Aufklärung und einer der Vorläufer der Moderne versteht sich die Bewegungskultur (bes. Gymnastik und Turnen) in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit gesellschaftlichen Bereichen wie Medizin, Bildung, Gesundheit und Lebensführung konstitutiv verbunden. Allen Kräften im Gesundheitswesen geht es wesentlich um Kompetenz zur Alltagsbewältigung und die Beantwortung von Arbeitsanforderungen, individuelles Wohlbefinden und gesellschaftliche Produktivität.

Mit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung 1883 und der Konstituierung der ersten Sportverbände bzw. des IOC setzt eine konsequente organisatorische Trennung zwischen Medizinsystem und Sportsystem ein. Im ersteren wird über das Behandlungsmonopol der Ärzte und dessen finanzielle Absicherung durch Kassen ein professionelles Behandeln von Krankheiten verfolgt, dessen Ziel normierte Arbeitskraft in der Industrie und – heute unter Einsatz von aufwendiger Medizintechnologie und Intensivmedizin – Verlängerung und Erhalt menschlichen Lebens darstellt. Das Sportsystem hingegen wendet sich selbstverständlich an junge gesunde Menschen und will in spezifischen kulturellen Manifestationen (Sportarten) deren höchstmögliche physisch-psychische Leistungsfähigkeit präsentieren – heute z.T. unter erheblichen gesundheitlichen Risiken. Das medizinische System ist forschungsgeleitet, professionell, einheitlich und lukrativ organisiert. Das Sportsystem entwickelt sich öffentlichkeitsabhängig, lokal eigenständig, überwiegend ehrenamtlich, strukturell heterogen; die Sportwissenschaft folgt diesem Prozeß.

Spätestens seit den 80er Jahren dieses Jahrhunderts zeigt sich, daß das medizinische System (Kuration, Rehabilitation, Pflege) nicht die epidemischen Krankheitsverläufe hinreichend eindämmen und die Kosten tragen kann. Mit dem § 20 im SGB V wird 1989 die Prävention als 4. Säule des Systems legitimiert und finanziert – das Konzept von Public Health erhält einen Rahmen und bildet erste Strukturen. Seine Akzeptanz bzw. Wirkung auf der operativen Ebene in der Bevölkerung ist gleichwohl mangels einer entfaltenen Infrastruktur noch gering. Parallel führt die Virtualisierung von Beruf und Alltag zu steigenden Bewegungsbedarfen in der Bevölkerung. Insbesondere Erwachsene – überwiegend solche ohne wettkampfsportliche oder sportartspezifische

Ambitionen – drängen in Vereine, Volkshochschulen und Fitneßstudios, um befürchtete, diskrete oder akute gesundheitliche Beschwerden durch Bewegungsaktivitäten zu verringern.

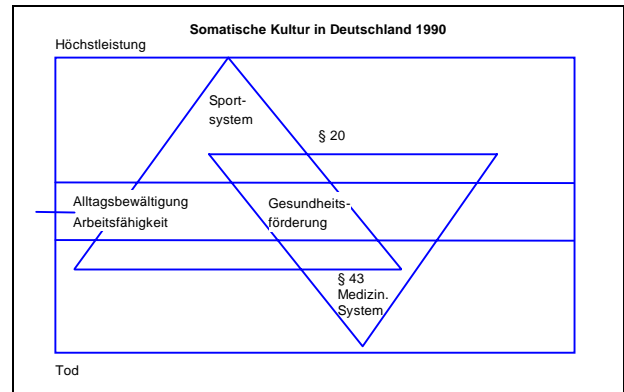


Abb. 1: Setzt man menschliche Leistungsfähigkeit in die Bandbreite (physischer) Tod bis (sportliche) Höchstleistung, so läßt sich als Normbreite für den Durchschnittsbürger Arbeitsfähigkeit und Alltagsbewältigung (Mobilität, Ernährung/Haushalt etc.) verorten. Das medizinische System ist in seiner Breite auf Erhalt dieser Kompetenzen und dessen Finanzierung ausgerichtet (u.a. Privileg der Krankschreibung), in seiner Zielrichtung auf Abwendung des Todesfalls (Hochleistungsmedizin). Das wettkampforientierte Sportsystem aktiviert gesunde/leistungsfähige Menschen mit dem Ziel der Präsentation körperlicher Höchstleistungen. Beide Systeme beginnen sich zu öffnen: Das Medizinsystem im Sinne der Prävention (§ 20) für Gesunde, das Sportsystem für Gefährdete und Erkrankte (Rehabilitation nach § 43). In der Entstehungsphase bestanden beide Systeme praktisch außerhalb der Normbreite und hatten insofern keine Berührungspunkte; mit ihrer Öffnung entsteht eine gemeinsame Schnittmenge, die es nunmehr konzeptionell, rechtlich und ordnungspolitisch auszugestalten gilt.

Indem Gesundheits- wie Sportsystem sich jeweils für (noch) Gesunde bzw. gesundheitlich Gefährdete öffnen, ergibt sich eine gemeinsame wachsende Schnittmenge an Betroffenen und ein noch auszuschöpfendes Kooperationspotential zwischen Sport und Public Health. Gesundheitssport und Public Health werden zu Verbündeten; Popularität trifft Dignität. Diese Annäherung ist gewöhnungsbedürftig, für die Akteure ob der gewachsenen Organisationswirklichkeiten noch unvermittelt. Public Health befindet sich in einer Phase der Selbstbehauptung gegenüber dem medizinischen System, in Legitimationsdruck bei staatlichen Geldgebern und bemüht sich um Arbeitsplatzsicherung für seine Absolventen. Das Sportsystem erscheint für Public Health in seinem salutogenetischen Potential konzeptionell übersetzungsbedürftig, ob seiner entwickelten organisatorischen Stärke und Eigensinns latent bedrohlich.

5 Kooperationsdruck und Partnerschaften

Die Etablierung der Prävention im Jahr 1989 war in der Sozialgesetzgebung ohne Vorbild, ihre Formulierung wenig konkret. Entsprechend unerfahren-vielgestaltig entfalten sich Präventionsangebote, Ausbildungswege und Forschungsprojekte: Fachliche Neigungen, regionale Besonderheiten, PR- und Vermarktungsinteressen, Ehrgeiz um Drittmittel erschwerten eine koordinierte Organisationsentwicklung zwischen den Akteuren. Die Verstümmelung des § 20 durch den Gesetzgeber im Jahr 1996 war insofern kurzzeitig durchsetzbar, auf Dauer aber unhaltbar. 1999 gibt es einen erklärten poli-

tischen Willen, die Prävention auf einem neuen Niveau wieder gesetzlich zu verankern: Bedarfsorientiert, kostengünstig, zielgruppenbezogen, qualitätsgesichert auf der Basis gemeinsamer Abstimmung zwischen Leistungserbringern und Leistungsfinanzierern, staatlichen Instanzen und wissenschaftlichen Einrichtungen (Kassen, Ärzteschaft, Sportverbände, berufsständische Organisationen, Gesundheitsämter usw.). Das Public Health-Konzept eines großflächigen Netzwerks zur Gesundheitsförderung hätte eine verbindliche Basis und finanzielle Fundierung erfahren; alle Akteure in diesem Feld wären zu konstruktiver Kooperation angehalten. Ein erster Schritt zur Aufwertung von Public Health ist die Besetzung des neuen Sachverständigenrats für das Gesundheitswesen überwiegend mit Vertretern aus den Forschungsverbänden.

Für die Sportorganisationen ist mit einem Präventionsparagrafen ein Bedeutungszuwachs zu erwarten: Die 86.000 Vereine (mit ihnen auch Volkshochschulen, Studios, Schulen usw.) bilden eine flächendeckende Infrastruktur, auf die eine praktisch ausgerichtete Public Health naheliegenderweise zurückgreifen sollte. Mit körperlicher Aktivität und sozialer Unterstützung beinhaltet ihr Produkt unumstritten wichtige gesundheitliche Ressourcen. Umgekehrt fordert die großflächige Vernetzung vom Sport ein erweitertes Selbstverständnis und eine erhebliche Organisationsentwicklung in Richtung Professionalität, Qualitätsmanagement und zielgerichteter Angebotsstruktur. Die Verlagerung erheblicher Angebotssegmente aus dem Sportsystem in die Gesundheitsförderung wird strukturelle Verwerfungen hervorrufen, ist aber unumgänglich. An ihrem Ende könnte insbesondere im Vereinssport ein grundlegend verändertes Förderungs-, Angebots- und Organisationssystem stehen; dessen Entwicklung hat insbesondere im Deutschen Turner-Bund bereits begonnen.

6 Sport- und gesundheitswissenschaftliche Forschungsperspektiven

Ein Bedeutungszuwachs ist auch für die gesundheitsorientierte Sportwissenschaft zu erwarten. Qualitätsentwicklung im Gesundheitssport bedarf intensiver Begleitung seitens der Sportwissenschaft; erweiterte Aktionsfelder der Gesundheitsförderung im Sport werden zu verstärkter Abfrage nach relevanten Befunden bei zuständigen Fachdisziplinen durch die Public Health-Forschung führen. Zugleich ist Public Health auch eine Herausforderung für die Sportwissenschaft. Der Blick der Gesundheitswissenschaft ist breiter bzw. ganzheitlicher, einzelne Themen und Befunde werden sogleich in ihren Wechselbeziehungen und Zusammenhängen gedeutet. Und die Gesundheitswissenschaft ist prägnanter auf die Organisationseffizienz des Gesundheitssystems ausgerichtet, während Gesundheitssportforschung bislang eher physisch-psychische Wirkungen und pädagogische Konzepte als Fokus hat.

Gleichwohl gibt es einen gemeinsamen Themenfundus, der durch intensivierte Austausch zu erschließen ist. Einige Beispiele:

- Weitreichende Basis für Public Health ist die Gesundheitssystemforschung mit Teilbereichen wie Organisationsgeschichte, Medizinsoziologie, Ethik (Zielfragen). Sportliche Verbandsforschung, Organi-

sationsentwicklung im Verein, Dopingproblematik könnten dazu weitergehende Beiträge liefern.

- Gesundheitswissenschaftliche Forschung bearbeitet Organisationsprozesse, Konflikte und Effizienz in Settings und Netzwerken. Der Verein kann als Setting gesehen werden; manche der vorliegenden Verbands- und Vereinsstudie läßt sich reinterpreten, so daß Integrationspotentiale etwa für die kommunale Gesundheitsförderung prognostiziert werden können.
- Für die Gesundheitsberichterstattung mit epidemiologischen Daten, Versorgungsbedarfen (Bedarfs-ermittlung bei Zielgruppen!) sind sportspezifische Befunde aus Eingangstests, Sportabzeichenabnahmen, Angebotsprofilen, Mitgliedsstatistiken zu prüfen und ggf. zu nutzen.
- Die Wirkung sozialer Unterstützung und Selbstmedikation bei Laien oder den Selbsthilfegruppen beinhaltet Fragen, die auch für Vereinsgruppen gestellt werden können, mitunter unter anderen Begrifflichkeiten schon bearbeitet werden.
- Die Steuerung bestimmter Gesundheitssysteme, gezielte Organisationsentwicklung und kontinuierliches Qualitätsmanagement, Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement sind Themen der Gesundheitswissenschaft, die auch für den Auf- und Ausbau des Gesundheitssports von entscheidender Bedeutung sein werden.

Insofern sollte der Austausch zwischen beiden Disziplinen intensiviert und fokussiert werden; hierbei wird die Sportwissenschaft mit ihren Forschungsergebnissen bspw. über Risiko- und Bindungsverhalten, ehrenamtliches Engagement und Laienqualifikation, Sport- und Gesundheitsmotiven von Erwachsenen, motorische Koordinationskompetenz bei Vorschulkindern keineswegs mit leeren Händen stehen. Noch sind in den Public Health-Verbänden wenig Anzeichen zu erkennen, die Vielzahl gesundheitssportlicher Forschungen zu verarbeiten und sich mit deren Autoren in Kongressen oder Publikationen auszutauschen.

7 Lehr-Meinungen

Mittlerweile nähert sich die Zahl der Hochschulen mit gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen denen der Sportwissenschaft, wenngleich die Zahl der Sportstudierenden weit überwiegt. Noch fördert auch hier die systematische Zuordnung die Distanz. An den meisten Hochschulen fehlt es an gegenseitiger Wahrnehmung, personellen Grenzüberschreitungen (z.B. Bielefeld, Bremen) folgt keine institutionelle Kooperation, in Magdeburg sucht (immerhin) Gesundheitswissenschaft direkt und ohne „Umweg“ über die Sportwissenschaft die Kooperation zum Verbandssport.

Gemeinsame Schnittmengen in der Lehre sind offensichtlich, werden jedoch kaum genutzt. Das konzeptionelle Denken der Public Health-Forschung kann für die Sportstudierenden ebenso anregend sein wie die Organisationsdynamik (und Praxisrelevanz!) des Sports für Public Health-Absolventen. Gegenseitige Anerkennung von Lehrveranstaltungen, gemeinsame Studienelemente, integrierte Praxisphasen und anererkennungsfähige Abschlüsse für angrenzende Berufsfelder sind diskussions- und entscheidungswürdig. Für die praktische Gesundheitsförderung stimulierend, könnte ein Zusammenrücken beider Studiengängen mehr hochschul- und bildungspolitisches Gewicht verleihen.

8 Schluß-Licht

Sport und Public Health haben sich lange Zeit weitgehend unabhängig voneinander entwickelt; die beiderseitige Annäherung steht noch am Anfang. Der beginnende Austausch kann die Gesundheitsförderung in Deutschland beschleunigen und das Sportsystem erweitern. Eine Intensivierung des Austausches ist deshalb erstrebenswert, aber nicht hinreichend. Erforderlich sind gemeinsame, repräsentative und effektive Organisationen beider Bereiche in Forschung, Lehre und Intervention. Erst mit verbindlichen und streitbaren Gremien kann das Kooperationspotential dauerhaft und zielgerichtet ausgeschöpft werden. Das könnte sogar zu einem ergänzenden „Gesundheitssystem“ zwischen Sport- und Medizinsystem führen...

SABINE WEDEKIND

Die gesundheitspolitische Konzeption des Deutschen Sportbundes

Mit Verabschiedung der „Gesundheitspolitischen Konzeption“ hat der Deutsche Sportbund gemeinsam mit seinen Mitgliedsorganisationen den Bereich „Sport und Gesundheit“ zu einer zentralen Zukunftsaufgabe der Verbände und Vereine erklärt. Unter dem Aspekt „Sport und Gesundheit“ wird dabei ein eigenständiges Ziel- und Strategiekonzept verfolgt. Leitidee ist es, über die Mitgliedsorganisationen bewegungsbezogene qualitativ

Literatur

- BÖS, K./BREHM, W. (Hrsg.): Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf 1998
- DTB (Deutscher Turner-Bund): Gesundheitsförderung und Gesundheitssport im DTB. Frankfurt/Main 1996
- RÜTTEN, A. (Hrsg.): Public Health und Sport. Stuttgart 1998
- SCHULKE, H.-J. u.a. (Hrsg.): Gesundheitssport und Public Health. (Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften, 7). Freiburg 1997
- TROSCHKE VON, J. u.a. (Hrsg.): Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. (Schriftenreihe der Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health, 6). Freiburg 1996

hochwertige Gesundheitsangebote zu entwickeln und möglichst flächendeckend in Deutschland bereitzustellen. Neben dem Ziel der Flächendeckung stehen ein professionelles Qualitätsmanagement sowie eine hohe Wirtschaftlichkeit – mit dem Ergebnis einer hohen Sozialverträglichkeit der Angebote – im Vordergrund. Folgendes Produktprofil wird schwerpunktmäßig verfolgt (Tab. 1).

Tab. 1: Produktprofil „Gesundheitsprogramme im Sportverein“

Zielsetzung:	Eigenständiger Angebotsbereich für unterschiedliche Zielgruppen im Rahmen der Primärprävention, mit dem Ziel der Herausbildung eines gesunden Lebensstils (Stärkung von Gesundheitsressourcen, Verminderung von Risikofaktoren).
Qualitätskriterien:	Ganzheitliche Zielsetzung (Stärkung von Gesundheitsressourcen im Sinne physischer, psychischer und sozialer Schutzfaktoren), qualifizierte Leitung (i.d.R. 2. Lizenzstufe), eingegrenzte Personenzahl, ausgewählte Zielgruppe etc.; Qualitätskriterien in Abstimmung mit der Bundesärztekammer in Vorbereitung.
Umsetzung:	Entwicklung und Betreuung über die Landessportbünde und Spitzenverbände (insbesondere DTB); gesundheitspolitische Koordination, Qualitätsmanagement etc. über den DSB in Abstimmung mit den Verbänden.
CI (Corporate Identity):	Gütesiegel in Vorbereitung; bisher kein bundesweites CI.
Verbreitung:	Ist: 10.000 Vereine; 1 Millionen Teilnehmer pro Jahr Soll: 15.000 Vereine; 1,5 Millionen Teilnehmer pro Jahr

Für die gesundheitspolitische Situation erwartet der DSB einen Neuanfang. Die Kritik am Beitragsentlastungsgesetz sowie dem „Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ wurde von der heutigen Regierung mitgetragen.

Entscheidend ist, daß es wieder eine gesetzliche Grundlage für die Gesundheitsprogramme der Sportvereine gibt, die den Kassen Möglichkeiten der Förderung bietet. Die Einreihung der Sportvereine in das Aufgabenspektrum der Selbsthilfegruppen ist kein gangbarer Weg. Im Mittelpunkt einer Förderung muß die Infrastruktur stehen. Nicht Einzelangebote oder Einzelpersonen gilt es zu fördern, sondern Ausbildungsmaßnahmen, Modellprojekte, Informationsprogramme etc. Nur so können die Gesundheitsangebote der Vereine kontinuierlich weiter ausgebaut werden und neben einer starken Qualität eine Flächendeckung bieten, wie über keine andere Organisation in Deutschland.

Veröffentlichungen des DEUTSCHEN SPORTBUNDES (Hrsg.) zum Thema „Sport und Gesundheit“

„Gesundheitspolitische Konzeption des Deutschen Sportbundes“
Politische Verankerung der Gesundheitsförderung in den Sportorganisationen; Interessenvertretung des Sports im Rahmen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (verabschiedet 1995)

„WIAD-Studie: Sport und Gesundheit“

Bewegung als zentrale Größe von Zufriedenheit, Leistungsfähigkeit und Gesundheitsstabilität; Wissenschaftliche Darlegung des Zusammenhangs von Gesundheit und sportlichen Aktivitäten auf der Datenbasis der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (1. Auflage 1996), erstellt vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD)

„Qualitätskriterien zur Durchführung gesundheitsorientierter Angebote im Sportverein“

Formulierung von Kriterien für eine Gesundheitsförderung durch Sport zur qualitativen Absicherung der Angebote in den Sportorganisationen (verabschiedet 1996)

„Hier wird Gesundheit mittrainiert“