

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

Mischa Kläber

Einleitung

Der demographische Wandel macht eine Intensivierung der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention unverzichtbar. Seit 1970 hat Deutschland eine der niedrigsten Geburtenraten der Welt. Wir erfreuen uns an einer steigenden Lebenserwartung und zunehmend flexibleren Arbeitszeiten. Letzteres allerdings mit den negativen Begleiterscheinungen von mehr Schichtarbeit, mehr unbefristeten Arbeitsverhältnissen und damit größerer Unsicherheit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Dies hinterlässt deutliche Spuren im Bereich der psychischen Gesundheit und erklärt die deutliche Zunahme von Burnout-Phänomenen. Deutschland zeichnet sich zudem durch steigenden Wohlstand trotz deutlich zunehmender Gefahr der Altersarmut aus. Oftmals fehlen entsprechend notwendige Zusatzversicherungen, um die über das übliche Maß der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Gesundheitsversorgung im Alter angemessen zu gewährleisten.

Medizinisch betrachtet haben wir es vor dem Hintergrund des demographischen Wandels mit einem Panoramawandel der Krankheiten zu tun: So haben wir in sämtlichen (westlichen) Industrienationen eine klare Zunahme nicht-übertragbarer Volkskrankheiten und assoziierter Krankheitslast zu konstatieren (vgl. Waddell & Burton, 2004). Körperliche Inaktivität ist inzwischen einer der gewichtigsten Risikofaktoren und das noch vor Übergewicht/Adipositas, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Krebs etc. Rund 20-25% der Krankheitskosten sind laut empirischer Befundlage bewegungsmangelassoziiert (vgl. Scriba & Schwartz, 2004). Die Demographie hält uns hierbei den Spiegel vor Augen: Die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter wird in den nächsten 40 Jahren um 23 bis 30 % sinken, die steigenden Kosten für die Sozialkassen müssen folglich von immer weniger Menschen erwirtschaftet werden. Kommen heute auf 100 Menschen im Erwerbsalter noch 34 Senioren, werden es 2060 schon 60 und damit beinahe doppelt so viele sein. Deutschland lässt sich heute die Behandlung von Krankheiten sehr viel kosten – allein die gesetzliche Krankenversicherung benötigt derzeit jährlich ca. 183 Milliarden Euro. Aber nur gut 5 Milliarden davon fließen – konservativ gerechnet – in die Prävention. Das sind noch nicht einmal 3 %. Es drängt sich die Frage auf, ob dies ein „gesundes“ Verhältnis vor dem Hintergrund ist, dass z.B. die Hälfte der deutschen Bevölkerung übergewichtig ist und wir damit in Europa an der Spitze liegen? Kurz: Die Förderung von körperlicher Aktivität ist „best-buy“ einer jedweden klugen Public-Health-Intervention (vgl. Robert Koch Institut, 2004).

Die wissenschaftliche Befundlage ist eindeutig: Regelmäßige Bewegung reduziert das Risiko für eine Vielzahl chronischer Krankheiten, wie Diabetes, Hypertonie etc., und die Leistungsfähigkeit tritt dabei als stärkster Prädiktor der Sterblichkeit – noch vor dem

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

Lebensalter, kardiovaskulären Risikofaktoren, dem Body-Mass-Index (BMI) – in Erscheinung (vgl. Kokkinos et al., 2008). Außerdem haben fittere Übergewichtige nachweislich ein vergleichbares Sterberisiko wie fittere Normalgewichtige (vgl. McAuley & Blair, 2011). Ein bestimmtes Grundmaß an Fitness ist für den Erhalt der Selbstständigkeit im Alltag erforderlich (vgl. Shephard, 2008) und die Muskelkraft in den großen Muskelgruppen steht in inverser Beziehung zum Gesamtsterberisiko und zum krebserkrankungsbedingten Sterberisiko (vgl. Ruiz et al., 2008).

Die sog. Physical Activity Guidelines geben in diesem Zusammenhang eine gute Orientierung zum notwendigen Bewegungs- und Belastungsumfang: 150 Minuten moderate oder 75 Minuten intensive Ausdaueraktivität pro Woche. Dabei können die Einheiten von mindestens 10 Minuten addiert werden. Moderate und intensive Aktivität kann zudem auch kombiniert werden. Es empfiehlt sich mindestens zweimal pro Woche eine gezielte Krafttrainingseinheit, bei der alle großen Muskelgruppen beansprucht werden (vgl. Physical Activity Guidelines Advisory Committee, 2008). Es sind dabei nicht zwingend erforderlich verbindliche Zeitangaben einzuhalten, aber es sollte bis kurz vor der physischen Erschöpfung trainiert werden (Gerätebasiert: 2-3 Serien bei 8-12 Wiederholungen). Generell ist ein Flexibilitäts- und Gleichgewichtstraining zu ergänzen. Dabei zählen die Faustregeln: Jedes Bisschen ist besser als gar Nichts! Und Vieles ist problemlos in den Alltag integrierbar.

Zusammengefasst: Sport und ausreichend Bewegung senken Erkrankungsrisiken und zentrale Risikofaktoren (wie z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Typ-2-Diabetes, Rückenbeschwerden, Übergewicht etc.); Sport fördert körperliche Fitness, physisches und mentales Wohlbefinden, Selbstvertrauen, Behandlungs- sowie Rehabilitationsprozesse und hebt nachhaltig die Lebensqualität (vgl. Braumann, 2015). Sport hat antidepressive Wirkungen und beeinflusst lebensstilprägende Verhaltensmuster im gesundheitsfördernden Sinne – und das in jedem Alter. Daher erstaunte es nicht, dass im Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung folgendes zu lesen ist: „Sport wollen wir in eine ressortübergreifende, bewegungsförderliche Gesamtpolitik einbinden, weil Sport, Gesundheitsförderung und Prävention zusammen gehören.“ (vgl. Koalitionsvertrag: „Deutschlands Zukunft gestalten“, S. 96). Aber wie gestaltet sich das deutsche Gesundheitssystem in Beziehung zu Sport, Bewegung und Gesundheit?

Vorüberlegungen zum Gesundheitssystem

Die heutigen Ausprägungen des deutschen Gesundheitssystems sind aus einem Wandlungsprozess des Medizinsystems entstanden. Ausgehend von einer strikt „kurativen Medizin“, die sich seit den 1940er Jahren über 150 Jahre hielt und stark somatisch ausgerichtet war, ist die gegenwärtige Medizin weitaus „ganzheitlicher“ und zugleich präventiver orientiert (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 159f.). Heute geht es innerhalb der Medizin nicht mehr ausschließlich um das Behandeln von körperlichen und/oder seelischen Krankheiten, sondern um die Perspektive ihrer wechselseitigen Bedingung und wie selbstverständlich auch um vorsorgliche Maßnahmen der Gesunderhaltung. Ebenso haben sehr komplexe, vielschichtige Krankheitsbilder und Syndrome einen Wandel des Selbstbildes der Medizin angestoßen (vgl. Dresen, 2012, S. 54f.). Über die Erkenntnis vielfältiger Ursachen und der Ausdifferenzierung der Sozialmedizin mit Blick auf die psychischen und sozialen Umwelten von Krankheitsprozessen codierte sich das Medizinsystem schließlich entsprechend neu. Bauch (1996) spricht dabei von einer Umkeh-

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

zung der Codierung krank/gesund. Heute müsse man treffender von der Codierung gesund/krank ausgehen. Demnach lässt sich das moderne Medizinsystem heute als Gesundheitssystem beschreiben, das Prävention betreibt, Krankheiten verhütet und die Gesundheit fördert (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010).

Für das Gesundheitssystem kann systemtheoretisch pointiert die Leitdifferenz „gesundheitsförderlich/gesundheits hinderlich“ abgeleitet werden (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 159ff.). Primär danach richtet sich das gesamte kommunikative Geschehen im Gesundheitssystem aus. Der für alle modernen Gesellschaften typische Leistungsgedanke als dynamische Triebkraft drückt sich hier im sowohl individuellen als auch kollektiven Gesundheitsgewinn aus. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind auf das bewusste Zurückdrängen von Risiken für Krankheiten ausgerichtet. Damit sind Eingriffshandlungen gemeint, die einerseits dem Vermeiden des Eintretens oder des Ausbreitens einer Krankheit dienen und andererseits der Stärkung von individuellen Fähigkeiten zur gesundheitsdienlichen Lebensbewältigung zuträglich sein sollen (vgl. Hurrelmann et al., 2010, S. 14f.). Typischerweise zeichnet sich das heutige Gesundheitssystem also ebenso über Formen der körperlichen Leistung aus, wodurch es eng an den traditionellen Sport gekoppelt ist, wie Abbildung 1 verdeutlicht.

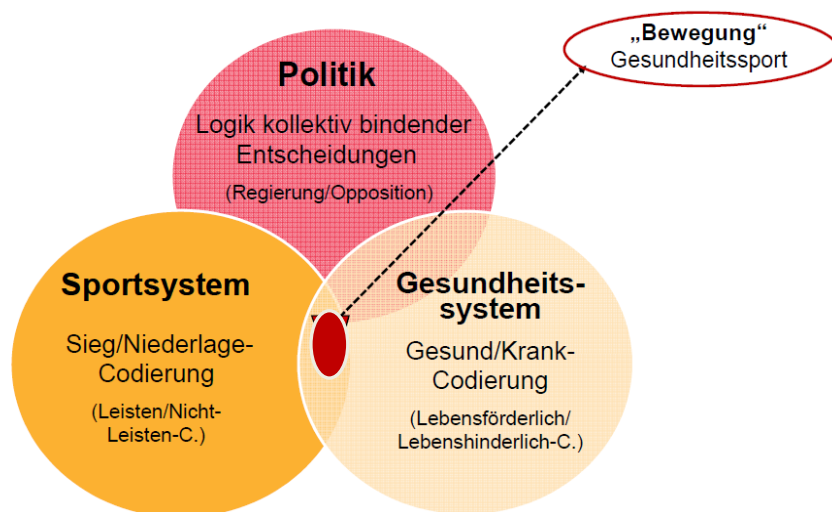


Abbildung 1: Gesundheitssport als strukturelle Koppelung (vgl. Dresen & Kläber, 2014)

Die strukturelle Koppelung zwischen Sport und Gesundheit als wechselseitige Leistungsbeziehung drückt sich im Konkreten darin aus, dass der Sport als „Mittel“ der systematischen Gesundheitserhaltung und -wiederherstellung entdeckt worden ist. So setzen zum Beispiel in zunehmenden Maße Krankenkassen in ihrem Gesundheitsangebot auf Sport, Bewegung und Ernährung (vgl. Kläber, 2014). In vielen Kliniken sind Abteilungen für Sport- und Bewegungstherapie sowie ambulante Rehabilitationsstrategien gewachsen. Ziel dieser Vereinnahmung des Sports für medizinische Zwecke ist dabei allerdings keine Konkurrenz mit Sportvereinen, sondern die Integration von sportabstinenten Risikogruppen in die Programmatik von Leistungsträgern des Gesundheitssystems (vgl. Cachay & Thiel, 2000, S. 163). Im umgekehrten Sinne bietet sich speziell der gemeinnützige Sport seit vielen Jahren als privilegierter Partner der Institutionen des Gesundheitssystems an und forciert entsprechende Vernetzungen. So blickt der ge-

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

meinnützige Sport in den inzwischen über 90.000 Sportvereinen mit seinen rund 27 Millionen Mitgliedern in den vergangenen Jahren auf eine quantitative und qualitative Erfolgsgeschichte in punkto Gesundheitssport zurück.

Diese Entwicklungsprozesse verweisen auf leistungsorientierte Dynamiken, die sich einerseits innersystemisch und andererseits in der strukturellen Koppelung der gesellschaftlichen Teilsysteme Sport und Gesundheit, aber auch Politik ausdrücken. So sind die systemspezifischen Leitorientierungen maßgeblich für eine Verortung des Gesundheitssports: Wichtig ist, dass sich die zu erbringende Leistung im Sport unabhängig von gesundheitssportlichen Aspekten zunächst primär an der Sieg-/Niederlage-Codierung bzw. an Abstufungen, wie dem Leisten-/Nicht-Leisten-Code orientiert (vgl. Kläber, 2014). Dahingegen richtet sich das Gesundheitssystem in seinem Kommunikationspanorama an der gesund-/krank-Codierung bzw. an der gesundheitsförderlich-/gesundheits hinderlich- Differenz aus. Aber wo ist hierbei der Gesundheitssport einzuordnen?

Die verzwickten Dimensionen körperlicher Leistung lassen sich aus besagten Logiken komplexitätsreduzierend erklären: Im Sport handelt es sich stets um die körperliche Eigenleistung in Bezug auf einen intendierten „Sieg“ oder aber auch um das Besiegen des „inneren Schweinehunds“. Dagegen geht es im Gesundheitssystem primär um körperliche Leistung zur Wiederherstellung oder Begünstigung der Gesundheit, zum Beispiel im Rahmen von Rehabilitations- oder Präventionsmaßnahmen (vgl. Weiher, 2012). Über die genannten Beispiele wird deutlich, dass bei Modellen und Programmen einer ‚Gesundheits-Gesellschaft‘ immer nach der grundlegenden Ausrichtung der körperlichen Leistungserbringung zu fragen ist. Nur danach entscheidet sich schließlich, in welche systemischen Logiken der Gesundheitssport vorrangig einzubetten ist. So ist er mit seinen inhärenten gesundheitsorientierten und sportiven Lebensstilen nicht als eigenständiges Subsystem zu begreifen, sondern gewissermaßen als sozialer Hybrid zwischen Sport- und Gesundheitssystem (vgl. Dresen & Kläber, 2014). In dieser dichotomen Ausprägung kann er sowohl in das Sportsystem als auch in das Gesundheitssystem fallen. Gesundheitssport ist letztlich als sozialer Hybrid nichts anderes als Ausdruck einer „strukturellen Koppelung“ zwischen Sport- und Gesundheitssystem und bisweilen auch zwischen Sport- und Politiksystem.

„Präventionsgesetz“: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention

Am 25. Juni 2015 ist das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (anders: oft verkürzt „Präventionsgesetz“ genannt) in seinen wesentlichen Teilen in Kraft getreten. Es trat in zwei Stufen in Kraft. Erste Stufe: Seit Juli 2015 erfolgten die inhaltlichen und strukturellen Änderungen, die das neue Gesetz vorsieht. Zweite Stufe: Seit Januar 2016 erfolgt auch die Änderung der finanziellen Ausstattung. Die primären Zielsetzungen liegen in der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken und der Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns. Das Gesetz regelt neue Aufgaben und Ausgabevolumina für die gesetzlichen Krankenkassen. Diese sind in den Sozialgesetzbüchern festgelegt (SGB V Gesetzliche Krankenversicherung, SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung, SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, SGB XI Soziale Pflegeversicherung etc.). Der GKV-Leitfaden Prävention regelt darüber hinaus die Qualitätsanforderungen bei einer Bezu-

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

schussung für „Präventionsleistungen“ durch die gesetzlichen Krankenkassen (vgl. Geene & Reese, 2015, S. 3f.).

Die strukturelle Architektur des Präventionsgesetzes ist überaus komplex und die Möglichkeit zur Mitwirkung fachbezogener Organisationen stark begrenzt. Im Gesetzestext wird im § 20e Nationale Präventionskonferenz im Absatz (2) das „Präventionsforum“ wie folgt aufgeführt:

„(2) Die Nationale Präventionskonferenz wird durch ein Präventionsforum beraten, das in der Regel einmal jährlich stattfindet. Das Präventionsforum setzt sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz nach Absatz 1 zusammen. Die Nationale Präventionskonferenz beauftragt die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. mit der Durchführung des Präventionsforums und erstattet dieser die notwendigen Aufwendungen. Die Einzelheiten zur Durchführung des Präventionsforums einschließlich der für die Durchführung notwendigen Kosten werden in der Geschäftsordnung der Nationalen Präventionskonferenz geregelt.“ (Bundesgesetzblatt Jg. 2015 Teil I Nr. 31, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2015, S. 1371f).

Die einerseits stimmberechtigten und andererseits nur beratenden Mitglieder des Hauptorgans, der Nationalen Präventionskonferenz, sind die Gesetzliche Krankenversicherung, die Gesetzliche Pflegeversicherung, die Deutsche Rentenversicherung, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, die Private Krankenversicherung, die Private Pflegeversicherung, der Bund, die Länder, die Kommunalen Spitzenverbände, die Bundesanstalt für Arbeit, die Gewerkschaften, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, die Patienten und das Präventionsforum. In § 12 der bereits am 26. Oktober 2015 beschlossenen Geschäftsordnung der Präventionskonferenz wird zur konkreten Zusammensetzung des Präventionsforums Folgendes ausgeführt:

„(...) Kriterien für die Mitwirkung von Organisationen im Präventionsforum sind Kompetenzen in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, der Bezug zu den Zielen und Handlungsfeldern der trägerübergreifenden bundeseinheitlichen Rahmenempfehlungen nach § 9, wissenschaftliche Expertise und ein bundesweiter Tätigkeitsbereich. Die zu beteiligenden Organisationen und Verbände sollten sich durch hohe Fachlichkeit auszeichnen und keine eigenen wirtschaftlichen Interessen vertreten.“

Das Präventionsgesetz sieht unabhängig von den strukturellen Rahmenbedingungen vor, die Leistungen der Krankenkassen zur Prävention und Gesundheitsförderung ab 2016 mehr als zu verdoppeln, von aktuell 3,09 Euro auf jährlich 7,00 Euro pro Versicherten. Demnach sollen die Krankenkassen künftig mindestens 490 Millionen Euro im Jahr für Prävention investieren. Hinzu kommt der Beitrag der Pflegekassen in Höhe von 21 Millionen Euro. Damit stehen künftig jährlich 511 Millionen Euro für gesundheitsfördernde Leistungen bereit. Allein die finanzielle Aufstockung für den Settingansatz – insbesondere in Bezug auf den Settingbereich allgemein (Kitas, Schulen, Universitäten, Altenpflegeheime etc.) und die BGF – beläuft sich auf jeweils 140 Millionen und damit auf 280 Millionen Euro und das allein für die Gesundheitsförderung in lebensweltbezogenen Settings. Wichtig ist:

„(1) Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports (vgl. Bundesgesetzesblatt, S. 1369).“

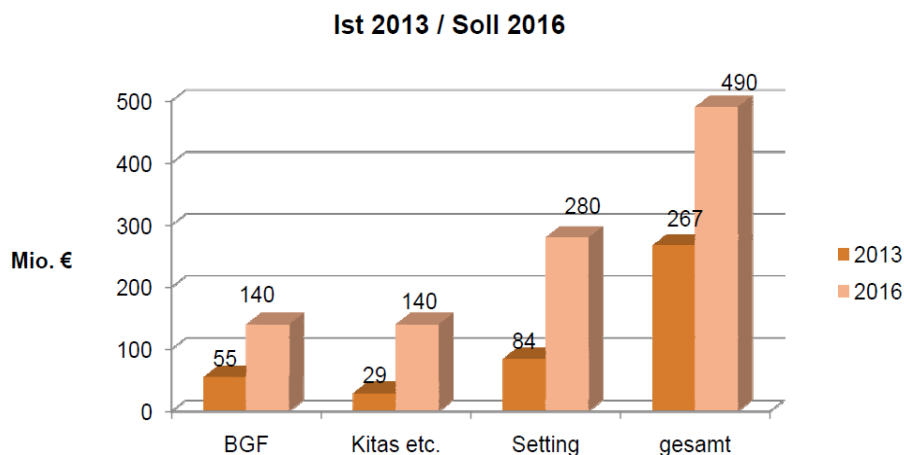


Abbildung 2: Aufwendungen der GKVEn im Settingbereich (eigene Abb.)

Was jedoch von diesen Geldern für verhältnispräventive Maßnahmen bei Sportvereinen ankommen wird, ist eher unbestimmt, stehen doch laut Gesetzestext beim Setting-Ansatz die Schulen, Kitas, Pflegeheime und Betriebe im Vordergrund und nicht etwa Sportvereine. Welche großflächigen Auswirkungen auf die Gesundheit eine breite Unterstützung für die rund 27 Millionen Mitglieder in deutschen Sportvereinen mit sich bringen würde, und zwar nicht nur für das individuelle Wohlbefinden, sondern ganz konkret für die Senkung der allgemeinen Behandlungskosten von Krankheiten, kann recht genau abgeschätzt werden. Dafür ist es aber unbedingt erforderlich, dass nicht nur die Vereine mit den besonders hochwertigen und mit dem Qualitätssiegel „SPORT PRO GESUNDHEIT“ ausgezeichneten Angebote einbezogen werden (vgl. Kapitel „Gesundheitssportliche Instrumentarien, S. 68 f.), sondern alle Sportvereine, die tagtäglich ihre Mitglieder in Bewegung bringen. Es müssen folglich auch niederschwellige Angebote in die Förderung aufgenommen werden, denn auch diese sind „gesund“ und verbessern nachweislich den Gesundheitsstatus (vgl. Braumann, 2015). Wenn nun ein Drittel der deutschen Bevölkerung als Vereinsmitglieder nachweislich und regelmäßig etwas für ihre Gesundheit tut, ist es schon erklärungsbedürftig, warum immer wieder aus dem Kreis der gesetzlichen Krankenversicherung der Hinweis kommt, dass man freizeit- und Breitensportliche Angebote seitens der Krankenkassen nicht mitfinanzieren will und hierbei insbesondere keine Dauerangebote, sondern nur zeitlich begrenzte Kurse. Und dies paradoxerweise, obwohl man eine nachhaltige Lebensstiländerung der Bürger intendiert. Selbst wenn man die von den Realisten geschätzten 20 % der Bevölkerung ansetzt, die ausreichend Sport treibt, um ihre Gesundheit zu verbessern, ergibt sich dadurch die große Chance für eine einmalige Wirkung in die Breite, die Behandlungskosten in Milliardenhöhe einsparen könnte (vgl. Breuer, Wicker & Orłowski, 2014, S. 107ff.).

Grundsätzlich muss man trotz der finanziellen Verbesserungen immer auch die historische Gewachsenheit derartiger „Erfolge“ im Blick behalten (vgl. Geene & Reese, 2015), kritisch abwägen und kann dann feststellen, dass der Weg zum Präventionsgesetz alles andere als ein einfacher und geradliniger war, wie es Abbildung 2 skizziert:

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

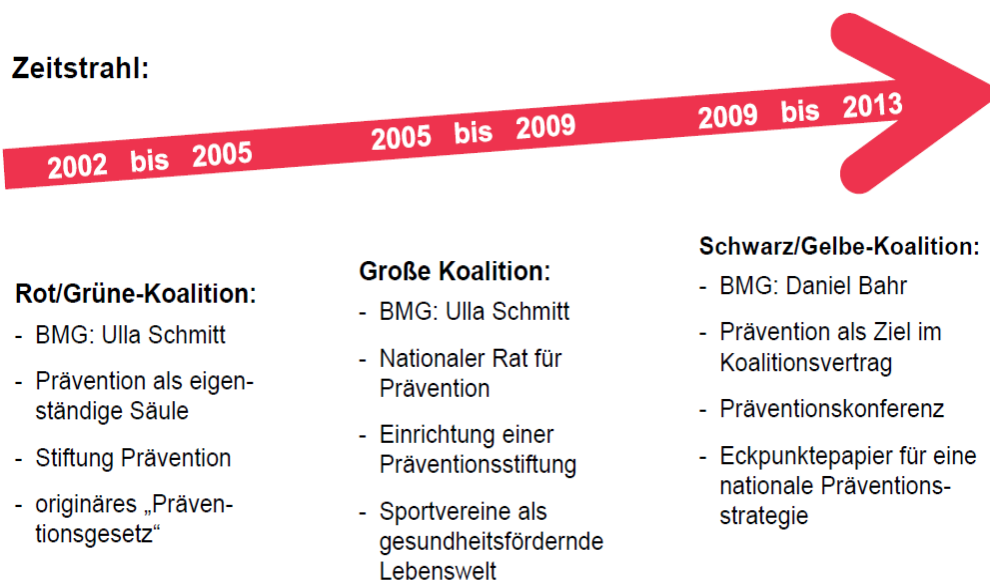


Abbildung 3: Historische Vorstufen zum heutigen Präventionsgesetz (eigene Abb.)

Nach drei gescheiterten Anläufen für ein „Präventionsgesetz“ – ursprünglich angedacht mit Prävention als vierte Säule neben Kuration, Pflege und Rehabilitation – kündigte die gegenwärtige Bundesregierung bereits in ihrem Koalitionsvertrag (Titel: „Deutschlands Zukunft gestalten“) für 2014 die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes an. Ende 2014 hatte das Bundeskabinett in diesem Zusammenhang den „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“ (Stand: 17. Dezember 2014) beschlossen. Das inzwischen beschlossene Gesetz soll nun als Grundlage dienen, damit Prävention und Gesundheitsförderung in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen als gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungsträger und aller relevanten Akteure in den Ländern und Kommunen ausgestaltet wird. Das Präventionsgesetz ist allerdings kein originäres Präventionsgesetz, wie einst als vierte Säule geplant, sondern „lediglich“ integraler Bestandteil des Sozialgesetzbuches SGB V und bezieht sich somit vor allem auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Ziele und Schwerpunkte des Kabinettsentwurfes, welcher auf den Referentenentwurf aus 2014 folgte, liegen insbesondere in der unmittelbaren Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten. Auch werden die Qualität von Präventionsmaßnahmen entsprechend sichergestellt, Leistungen weiterentwickelt und das Zusammenwirken von betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz verbessert. Die gesundheitsspezifischen Angebote der Sportvereine sowie der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) werden sowohl im Gesetzestext als auch im Begründungsteil genannt. Zudem wird im Begründungsteil explizit auf das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT und das „Rezept für Bewegung“ verwiesen (vgl. dazu das folgende Kapitel). Konkret heißt es:

„[...] Die Präventionsempfehlung wird in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt. Sie informiert über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und kann auch auf andere Angebote zur Ver-

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

haltensprävention hinweisen wie bspw. auf die vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer empfohlenen Bewegungsangebote in Sportvereinen sowie sonstige qualitätsgesicherte Bewegungsangebote in Sport- oder Fitnessstudios“ (Bundesgesetzesblatt, S. 1373).

Der DOSB begrüßte bereits den ihm im Oktober 2014 vorgelegten Referentenentwurf und reichte daher im Rahmen seiner Stellungnahme nur wenige Änderungsvorschläge und Kommentare ein (vgl. Fehres & Kläber, 2014). Nach der weitgehend positiven Beratung des Gesetzentwurfes im Bundesrat fand am 22. April 2015 die öffentliche Anhörung im Ausschuss Gesundheit des Bundestages statt, zu welcher der DOSB – wie schon beim dritten Anlauf zu einem Präventionsgesetz in der letzten Legislaturperiode – eine Einladung erhielt und sich entsprechend einbrachte. Nach der 2./3. Lesung im Bundestag Mitte Juni 2015 erfolgte am 7. Juli 2015 der zweite Durchgang durch den Bundesrat, bevor das Präventionsgesetz schließlich am 25. Juli 2015 in seinen wesentlichen Teilen in Kraft trat. Angesichts der neuen Rahmenbedingungen werden auf den gemeinnützigen Sport nun in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention anders gelagerte Herausforderungen, Chancen, aber auch Begrenzungen zukommen. Um als Sport auch weiterhin ein starker und verlässlicher Partner des Gesundheitswesens zu sein, muss der organisierte Sport sein gesundheitspezifisches Engagement bündeln und mit einer guten Strategie auf die sich wandelnden Rahmenbedingungen (Präventionsgesetz, Zentrale Prüfstelle Prävention, GKV-Leitfaden Prävention) reagieren.

Potentiale des gemeinnützigen Sports

Es gilt inzwischen als wissenschaftlich unumstritten, dass ein ausgewogenes Maß an Sport und Bewegung sowohl der physischen als auch der psychosozialen Gesundheit zuträglich sind (vgl. Simon, 2012; Braumann, 2015). Wie eingangs bereits dargestellt, belegt eine Vielzahl an Studien, dass sich sportliche Aktivität auf Gesundheitsparameter, wie z.B. Herzkreislauf- und Muskel-Skelettsystem oder Befindlichkeit und Zufriedenheit, positiv auswirkt. Daher implementieren deutsche Sportvereine in zunehmendem Maße gesundheitsorientierte Sportprogramme in ihr stetig pluralistischer werdendes Angebotsspektrum. Die zuständigen Sportverbände – insbesondere der DOSB als Dachorganisation des organisierten Sports samt seiner Mitgliedsorganisationen (den Spitzenverbänden, den Landessportbünden und den Verbänden mit besonderen Aufgaben) – setzen dazu auf Bundes- und Landesebene entsprechende Anreize und stellen für den gemeinnützigen Sport optimale Rahmenbedingungen sicher und das für alle Altersgruppen.

Kinder & Jugendliche: 24 Prozent der Vereinsmitglieder entstammen der Altersgruppe der unter 18-Jährigen und dies angesichts eines Anteils von lediglich 15,3 Prozent in der Gesamtbevölkerung. Das zeigt, dass entgegen so manch kritischer Stimme deutsche Sportvereine nach wie vor ein attraktives Angebotsspektrum für Kinder und Jugendliche vorhalten und zugleich ein hohes Potential in Bezug auf Minderjährige aufweisen, die es gilt, möglichst frühzeitig für nachhaltige Ausprägungen von Sport und Bewegung zu begeistern. Die Altersgruppe der sog. jungen Erwachsenen zwischen 19 und 26 Jahren ist dagegen deutlich schwerer dauerhaft als Vereinsmitglieder zu binden. Hierbei sind vermutlich berufliche und private Biografieentwicklungen oder die Dominanz anderer Interessen für die Unterrepräsentanz verantwortlich (vgl. DOSB, 2014, S. 13; Breuer & Feiler, 2015).

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

Erwachsene: Den mit Abstand größten Mitgliedereinbruch verzeichnen Sportvereine in der Altersgruppe zwischen 27 und 40 Jahren. Durch berufliche und familiäre Verpflichtungen ist hier eine Vereinsmitgliedschaft für viele Frauen und Männer nur schwer vereinbar. Insbesondere die Veränderungen in der gegenwärtigen Arbeitswelt mit hoher Flexibilität, ständiger Erreichbarkeit und vermehrter Schichtarbeit macht den Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) für Sportvereine zu einem vielversprechenden Zukunftsthema. Dem DOSB ist besonders daran gelegen, die beiden Settings „Sportverein“ und „Betrieb“ bezüglich BGF besser miteinander zu vernetzen. Der organisierte Sport verfügt bereits über bewährte Konzepte, die zeigen, wie Sportverbände und -vereine mit Betrieben zusammenarbeiten können und welche Voraussetzungen dabei zu beachten sind. Diese schwer erreichbare Altersgruppe der 27 bis 40 jährigen gilt es zielgruppenspezifisch anzusprechen (vgl. ebd.). Folgende Ansätze liegen dazu u.a. in den DOSB-Mitgliedsorganisationen bereits vor: das „3- Stufen-Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung“ des Landessportbundes Brandenburg, der „Pausenexpress“ des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbands, das Projekt „gesund leben – gesund arbeiten“ des Landessportbundes NRW, das Konzept „G.U.T. im Beruf – Das Modellprojekt“ des Württembergische Landessportbundes.

Mit seinen Erfahrungen in der Umsetzung von passgenauen Bewegungsangeboten für unterschiedliche Zielgruppen sowie fachlich gut ausgebildeten Übungsleiterinnen und Übungsleitern stellt der gemeinnützige Sport für Betriebe einen kompetenten Partner im Themenfeld der Betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Neben dem Deutschen Turnerbund (DTB), der Weiterbildungen speziell im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung anbietet (DTB-Zertifikat Betriebliche Gesundheitsförderung), sind es verschiedene Landessportbünde (z.B. Württembergischer Landessportbund, LSB Brandenburg etc.), die in verschiedenen Kooperationen erfolgreich bewiesen haben, dass eine Zusammenarbeit zwischen Sportvereinen und Betrieben nachhaltig umsetzbar ist. Diese Erkenntnisse und Kompetenzen werden inzwischen vielerorts dazu genutzt, systematisch Netzwerke aufzubauen und Partnerschaften zu vermitteln. In diesem Zuge hat sich auch der DOSB in den letzten Jahren mit dem Thema der BGF intensiver auseinandergesetzt.

In einem durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Bewegt im Betrieb“ hat der DOSB u.a. eine Broschüre entwickelt, die mit einem Vier-Wochen-Bewegungsplan und darin enthaltenen fünf niedrigschwelligen Job-Fit-Übungen zu mehr Bewegung im Betriebsalltag anregt. Darüber hinaus gibt es Tipps für mehr Bewegung im Arbeitsalltag. Die neue DOSB-Broschüre zeigt auf, dass Betriebe auch ohne großen organisatorischen und finanziellen Aufwand erste Schritte in Richtung systematische BGF machen können. Idealerweise ist dieses Bewegungsprogramm für den Betriebsalltag gewissermaßen der Auftakt zu einem dauerhaft verbesserten Bewegungsverhalten – längerfristig beispielsweise durch eine Vereinsmitgliedschaft der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer oder aber eine Kooperation des Betriebes mit einem vor Ort ansässigen Sportverein. Dafür ist jedoch entscheidend, dass sowohl Gesundheitsverantwortliche in den Betrieben als auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer das große, gesundheitsfördernde Potential von BGF-Maßnahmen erkennen und für sich nutzen wollen. Dieses Potential gilt es mit Hilfe des „Rückenwindes“ durchs Präventionsgesetz umzusetzen, um dem Ziel von einer bewegten und gesunden Gesellschaft ein weiteres Stück näher zu kommen. Dafür wird der organisierte Sport in den kommenden Jahren die sportvereinsbezogene Arbeit im Setting Betrieb weiterentwickeln, ausbauen und verfestigen.

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

Ältere & Hochaltrige: Im Gegensatz zu den besonders relevanten Altersgruppen der jungen Erwachsenen finden auch immer mehr Seniorinnen und Senioren die altersgerechten und facettenreichen Vereinsangebote hochattraktiv. Inzwischen sind laut statistischem Bundesamt 27 Prozent der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre alt und 19 Prozent von ihnen sind in Sportvereinen aktiv – Tendenz steigend (DOSB, 2014, S. 14). Daher halten die Vereine zunehmend mehr gezielte Angebote für Ältere vor – beispielsweise die DTB-Programme „Fit bis ins hohe Alter“, „Standfest und stabil“ oder die Kampagne des Landessportbund NRW „Bewegt älter werden in NRW“. Dass der DOSB in diesem Zusammenhang seit vielen Jahren ein wichtiger und geschätzter Partner im Gesundheitssystem ist und mit seinen Maßnahmen, Kampagnen und Aktivitäten einen wesentlichen Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung leistet, ist unumstritten. Aber wie drückt sich dies in konkreten Zahlen aus?

Generell ist zum Engagement der Sportvereine zu konstatieren, dass 34 Prozent der Sportvereine laut Sportentwicklungsbericht (SEB 2013/14) Kurse und Angebote zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation vorhalten (vgl. Breuer & Feiler, 2015). Mehr als 29.300 Sportvereine haben einen überdurchschnittlichen Gesundheitsbezug und genügen klar definierten und strikt kontrollierten Qualitätsstandards. Zudem sind aktuell rund 40.000 gültige Ausbildungslizenzen Übungsleiter B „Sport in der Prävention“ und über 41.000 Lizenzen Übungsleiter B „Sport in der Rehabilitation“ im Umlauf. Beide Lizenzen setzen Ausbildungsumfänge von mindestens 180 Lerneinheiten sowie eine informelle Lerntätigkeit im fachpraktischen Sportvereinskontext voraus. Beide DOSB-Lizenzausbildungen entsprechen zudem dem Kompetenzniveau Stufe 5 des Deutschen Qualifikationsrahmens (vgl. DOSB, 2013).

Zwischenfazit: Sportvereine können in Deutschland in einzigartiger Weise einen Beitrag zum Gelingen von nationalen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention leisten (vgl. Brehm, Janke, Sygusch & Wagner, 2013). Denn sie ...

- ... stehen für Leistung, Gesundheit, Lebensfreude und Wertevermittlung.
- ... leisten mit flächendeckend vorhandenen Angeboten – und das zu sozial verträglichen Gebühren – einen immens wichtigen Beitrag für eine sozial gerechte Gesundheitspolitik in unserem Land.
- ... sprechen im Sinne von Diversity-Management und Vielfältigkeit eine Vielzahl von speziellen Zielgruppen – von Frauen und Männern über Menschen mit Behinderung und Migrantinnen und Migranten bis hin zu sozial Benachteiligten – an.
- ... sind bereits seit vielen Jahren ein wichtiger Partner im Gesundheitssystem und leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Gesunderhaltung der Bevölkerung.

Immer mehr Sportvereine entwickeln sich vor diesem Hintergrund zu gesundheitsfördernden Lebenswelten im umfassenderen Sinne, indem sie Gesundheit zunehmend zur Leitidee ihrer Vereinskultur machen. Sie gewinnen damit als „Garant für nachhaltige Bewegungsförderung“ im Alltag deutlich an Bedeutung.

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

Gesundheitssportliche Instrumentarien

Der organisierte Sport hat eine Infrastruktur für den Gesundheitssektor zu bieten, die Ihresgleichen sucht: Es existieren keine anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen, die in vergleichbarem Umfang flächendeckend und zudem sozialverträglich Präventions- und Gesundheitsangebote vorweisen können. Der Anteil der Sportvereine im deutschen Gesundheitssektor wird im Bereich der Rehabilitations- und Präventionsangebote aktuell auf rund 20 Prozent beziffert (vgl. Breuer & Feiler, 2015). Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden das hohe Engagement des DOSB im hochdynamischen Handlungsfeld der Gesundheitsförderung und Prävention samt einer exemplarischen Auswahl an „gesundheitssportlichen Instrumentarien“ genauer skizziert.

Qualitätssiegel: SPORT PRO GESUNDHEIT

Allerorts springen einem die verschiedensten Güte-, Prüf- und Qualitätssiegel ins Auge. Doch nicht immer wird klar, nach welchen Gesichtspunkten das jeweilige Zertifikat vergeben wurde. Das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT hingegen steht für Transparenz. Es hat klar definierte Ziele und Kriterien und schafft somit Orientierung im Dschungel der zahlreichen Programme des Gesundheitssports. Es hilft Interessenten, aber auch Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen bei der erfolgreichen Suche nach dem passenden Gesundheitskurs und unterstützt die Sportvereine bei der Bildung eines gesundheitsorientierten Profils. Weitere Vorteile unserer SPORT PRO GESUNDHEIT-Angebote: Sie sind flächendeckend, kostengünstig und zugangsoffen; damit entsprechen sie der stetig und vehement eingeforderten gesundheitlichen Chancengleichheit. Doch ein solch komplexes und hochwertiges Qualitätssiegel entsteht keineswegs von heute auf morgen. Folgendes gilt es zur Historie des Siegels festzuhalten (vgl. DOSB, 2015, 16f.):

- Die folgenden Kampagnen des DSB aktivierten Millionen Menschen zum Sporttreiben und führen zu einem neuen Bewegungsbewusstsein:
 - 1970 – 1980: „Ein Schlauer trimmt die Ausdauer“,
 - „Laufen ohne zu schnaufen“
 - 1983: „Trimming 130 – Bewegung ist die beste Medizin“.
- Vorreiter-Organisationen im organisierten Sport waren einzelne Landessportbünde (LSB), der Deutsche Turner-Bund und der Deutsche Schwimm-Verband. Sie entwickelten ab 1993 mit dem „Pluspunkt Gesundheit“ und „Fit und Gesund im Wasser“ die ersten Qualitätssiegel für den Gesundheitssport im Verein.
- Vorreiter für die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft war der LSB Berlin. Dieser entwickelte 1997 das „Qualitätssiegel Gesundheitssport“ mit der Landesärztekammer mit verpflichtenden Qualitätskriterien. Analog dazu wurde das Siegel „SPORT PRO GESUNDHEIT“ auf Bundesebene entwickelt.
- 1997 wurden Richtlinien für die DOSB-Lizenz-Ausbildung „Sport in der Prävention“ verabschiedet.

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass sich ein großer Prozentsatz der Gesundheitskosten durch Prävention vermeiden lässt. Zugleich ist unstrittig, dass Bewegung und Sport zentrale Bestandteile einer erfolgreichen Prävention sind. SPORT PRO GESUNDHEIT verfolgt daher kurzfristige Ziele wie die Stärkung von physischen und psychosozialen

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

Gesundheitsressourcen sowie die Verminderung von Risikofaktoren. Im Kern zielen die Bemühungen von SPORT PRO GESUNDHEIT aber auf eine langfristige Bindung an gesundheitssportliche Aktivität sowie die Bildung einer eigenen Gesundheitskompetenz; auf eine Nachhaltigkeit also, die sich im Idealfall im lebenslangen Sporttreiben äußert. In besonderem Maße gilt dies für Menschen, die nie oder lange nicht mehr Sport getrieben haben. Sie auf ihrem Weg in ein sportbegeistertes Leben zu begleiten, ist Anspruch und Ansporn zugleich. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, erfüllen sowohl die Kurse, die mit dem Siegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet werden, wie auch deren Übungsleiterinnen und Übungsleiter, als auch die anbietenden Vereine sechs Qualitätskriterien (vgl. DOSB, 2015, S. 16f.).

Qualitätskriterium 1 „Zielgruppengerechtes Angebot“: Das Angebot ist einem der Bereiche „Herz-Kreislauf“, „Muskel-Skelettsystem“, „Entspannung/Stressbewältigung“ oder „Allgemeiner Präventionssport“ zugeordnet, zudem ist die Zielgruppe zu benennen, an die sich das Angebot schwerpunktmäßig richtet. Insbesondere muss zwischen Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen sowie älteren Menschen differenziert werden. Weiterhin werden das Geschlecht, die Bewegungsbiografie und das Lebensumfeld berücksichtigt.

Qualitätskriterium 2 „Qualifizierte Leitung“: Die Übungsleitenden sind Garanten für die Qualität der Programme. Ihre Ausbildung ist über die Richtlinien des DOSB abgesichert. Die Leiterin/der Leiter eines Gesundheitssportangebotes verfügt über die Übungsleiterausbildung „Sport in der Prävention“ auf der 2. Lizenzstufe. Mit dem Erwerb dieser Lizenz ist der Ausbildungsprozess jedoch nicht abgeschlossen. Die erworbenen Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten sollen durch regelmäßige Fortbildungen vertieft und aktualisiert werden. Für die Angebotsprofile sind die jeweils passenden Ausbildungsprofile erforderlich. Alternativ zur Übungsleiterausbildung „Sport in der Prävention“ auf der 2. Lizenzstufe kann die Leiterin/der Leiter auch eine höherwertige bewegungs- und sportbezogene Berufsausbildung einbringen.

Qualitätskriterium 3 „Einheitliche Organisationsstrukturen“: Die Gruppengröße ist auf maximal 15 Teilnehmende je Angebot begrenzt. Ein Kurs dauert 10 bis 15 Unterrichtseinheiten und umfasst mindestens eine Unterrichtseinheit wöchentlich.

Qualitätskriterium 4 „Präventiver Gesundheitscheck“: Vor der Teilnahme an einem Sportprogramm wird eine Gesundheitsvorsorgeuntersuchung angeraten: Teilnehmenden ab dem 18. Lebensjahr wird ein Gesundheits-Check empfohlen, ab dem 35. Lebensjahr sollte generell eine Gesundheitsvorsorgeuntersuchung nach § 20 (1) SGB V erfolgen. Bei Kindern und Jugendlichen, die vom Schulsport ausgeschlossen sind oder waren, sollten Rücksprachen mit dem Hausarzt getroffen, oder eventuell eine Jugenduntersuchung in Betracht gezogen werden. In begründeten Fällen kann von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine ärztliche Bescheinigung gefordert werden. Aus gesundheitlichen Gründen können Personen von der Teilnahme auch ausgeschlossen werden.

Qualitätskriterium 5 „Begleitendes Qualitätsmanagement“: Ein begleitendes Qualitätsmanagement hat insbesondere die Aufgabe, sicherzustellen, dass Gesundheitssportprogramme ihre formulierten Ziele erreichen. Dazu müssen die Qualitätskriterien konsequent umgesetzt werden. Die Betreuung der Übungsleiterinnen und der Übungsleiter und der Vereine in diesem Bereich erfolgt über die für das Qualitätssiegel zugelassenen Mitgliedsorganisationen mit Unterstützung des DOSB. Diese werden zweimal jährlich vom DOSB zur Bundes-Arbeitsgemeinschaft SPORT PRO GESUNDHEIT eingeladen, die sich mit der Qualitätssicherung und -entwicklung des Siegels befasst. Wesentliche Vo-

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

raussetzung für ein begleitendes Qualitätsmanagement ist die Bereitschaft der Übungsleiterin oder des Übungsleiters zur Teilnahme an regionalen Qualitätszirkeln und an weiteren Maßnahmen im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wie z.B. Teilnehmerbefragungen, Begleituntersuchungen oder Qualitätsbewertungen (Audits).

Qualitätskriterium 6 „Der Verein als Gesundheitspartner“: Auf Verbandsebene sind die Voraussetzungen geschaffen, um z.B. mit ärztlichen Standesorganisationen – insbesondere den Bundes- und Landesärztekammern – oder verschiedenen Versicherungsträgern zu kooperieren. Auf örtlicher Ebene geht es vor allem darum, entsprechende Zielgruppen zu erreichen und über die Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheitsbereich Teil eines Netzwerkes „Gesundheitsförderung“ zu werden. Der Verein sollte bereit sein, mit Ärzten, Schulen, Kindergärten, Seniorenorganisationen, Gesundheitsämtern, Krankenkassen und Krankenhäusern zu kooperieren. Besonders die Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft wird empfohlen. Der Sportverein sollte eine aktive Rolle bei der Schaffung eines gesundheitsorientierten Umfeldes für die angebotenen Sportprogramme spielen. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist die grundsätzliche Bereitschaft zur gesundheitsorientierten Weiterentwicklung des Vereins. Dies schließt insbesondere eine Unterstützung der Übungsleiterinnen und Übungsleiter vor Ort und eine Vernetzung der Gesundheitssportprogramme auf allen Ebenen mit ein (vgl. ebd.).

Auf der Homepage www.sportprogesundheit.de steht eine Datenbank zur Verfügung, mit deren Hilfe man schnell und einfach bundesweit ein passendes Angebot finden kann. Das Suchergebnis ist ein Verein mit Kursangebot und Kontaktangaben zur Kursleitung. Für diejenigen, die ein Qualitätssiegel beantragen möchten, steht ein Online-Assistent zur Verfügung. Alle Kursangebote werden zentral in der Datenbank verwaltet. Die Homepage verfügt über weitere Serviceangebote: Tipps und Infos rund um das Thema „Gesundheit und Sport“, ein Lexikon, das über Fachbegriffe aufklärt und einen Downloadbereich. Wer macht mit? Aktuell sind 24 Mitgliedsorganisationen für das Qualitätssiegel akkreditiert: Sie haben durch den DOSB die Berechtigung erhalten, das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT an entsprechende Angebote in ihren Vereinen zu vergeben. Hierzu zählen die 16 Landessportbünde sowie acht deutsche Spitzenverbände (Deutscher Karate Verband, Deutscher Leichtathletik-Verband, Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft, Deutsche Reiterliche Vereinigung, Deutscher Schwimm-Verband, Deutscher Tischtennis-Bund, Deutscher Turner-Bund und Deutscher Tanzsportverband). Dass weitere Verbände Interesse am Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT zeigen, veranschaulicht seine hohe Attraktivität (vgl. ebd.).

Seit nunmehr 15 Jahren gibt es das Qualitätssiegel, welches eine große Erfolgsgeschichte darstellt. Viele Krankenkassen erkennen das Siegel als qualifizierte Maßnahme zur Primärprävention an. Für bestimmte Kursangebote bieten sie ihren Versicherten die Möglichkeit, die Kursgebühren bis zu 80 Prozent zu erstatten. Zudem bekam SPORT PRO GESUNDHEIT in den letzten Jahren besonders viel gesundheitspolitische Aufmerksamkeit:

- Im Rahmen von IN FORM (seit 2008 die bundesweite „Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ in Verantwortung des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft sowie des Bundesgesundheitsministeriums) wurde SPORT PRO GESUNDHEIT sowie das Rezept für Bewegung 2013 als Best-Practice-Beispiel ausgezeichnet.

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

- SPORT PRO GESUNDHEIT und der Übungsleiter B „Sport in der Prävention“ werden in der Neu-Auflage des GKV-Leitfadens Prävention (2014) jetzt neben dem 1. Präventionsprinzip auch im 2. Präventionsprinzip unter Sturzprävention genannt.
- Im Januar 2014 wurde eine bundeseinheitliche Prüfstelle – die Zentrale Prüfstelle Prävention – für primärpräventive Kursangebote eingeführt, welche für inzwischen nahezu alle gesetzlichen Krankenkassen nach gleichen Maßstäben auf „Leitfadenkonformität“ prüft. Die dahinterstehende Kooperationsgemeinschaft der GKVen hat dazu 2015 mit dem DOSB eine Vereinbarung abgeschlossen, dass die Zertifizierung für SPORT PRO GESUNDHEIT ab 2016 über eine neue Serviceplattform des Sports erfolgt und in diesem Prozess zugleich die Prüfung durch die Krankenkassen erfolgt. Kurz: Ein Antrag führt im Idealfall zur Verleihung von zwei Siegeln, (erst SPORT PRO GESUNDHEIT, dann „Standard Deutscher Prävention“ der Krankenkassen).
- SPORT PRO GESUNDHEIT sowie das Rezept für Bewegung werden 2015 sowohl im Begründungsteil des Gesetzesentwurfs zum Präventionsgesetz explizit genannt und erörtert als auch im finalen Gesetzestext aufgezeigt.

Rezept für Bewegung

Ärztinnen und Ärzte sind als Multiplikatoren für das Thema „Prävention durch Bewegung“ sowie in der Beratung für einen gesunden und aktiven Lebensstil sehr wichtige Partner für den gesundheitsorientierten Sport. Deshalb arbeitet der DOSB schon seit vielen Jahren erfolgreich mit Ärzteverbänden zusammen: So wurde beispielsweise das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT gemeinsam mit der Bundesärztekammer (BÄK) ins Leben gerufen. Um die Zusammenarbeit zwischen dem organisierten Sport und der Ärzteschaft zu vertiefen und ihnen eine praktische Hilfestellung in der „Bewegungsberatung“ zu geben, wurde zudem das „Rezept für Bewegung“ entwickelt (vgl. DOSB, 2015, 23f.).

Ärztinnen und Ärzte, die ihren Patientinnen und Patienten nahe legen, sich mehr zu bewegen, können mittels des „Rezepts für Bewegung“ bereits seit 2005 ihre allgemeine Empfehlung „Mehr Bewegung ist gut für Ihre Gesundheit“ mit einem konkreten Bewegungsangebot aus einem nahegelegenen Sportverein versehen. Das „Rezept für Bewegung“ stellt neben den DOSB-Qualitätssiegeln SPORT PRO GESUNDHEIT und SPORT PRO FITNESS eine weitere Maßnahme dar, die Zielgruppe der inaktiven Menschen direkt anzusprechen (vgl. Kläber & Koch, 2013).

Bundeseinheitliches „Rezept für Bewegung“ seit 2011: Die bundesweite Initiative zum „Rezept für Bewegung“ wird seit 2011 zusammen mit der BÄK und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) umgesetzt. Hierfür haben die drei Partner ein Rezept-Formular sowie Begleitmaterialien erstellt, die bisher in zwölf Bundesländern eingesetzt werden. Die Ärztinnen und Ärzte empfehlen vorwiegend Kurse aus dem Pool der mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT zertifizierten Bewegungsangebote in Sportvereinen. Sie können auf dem Rezeptformular einen für die Patientin und den Patienten passenden Schwerpunkt ankreuzen: Herz-Kreislauf, Muskel- und Skelettsystem, Entspannung/Stressbewältigung oder Koordination/motorische Förderung sowie weitere Hinweise an die Übungsleitung einfügen (vgl. DOSB, 2015). Wenn die Ärztin oder der Arzt ein Rezept ausgestellt hat, können mit regionalen Angebotsverzeichnissen oder in der Datenbank des DOSB

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

(www.sportprogesundheit.de), beispielsweise per Postleitzahl wohnortnahe Angebote abgerufen werden. Die Kurs-Suche ist serviceorientiert und einfach handhabbar.

Anfallende Kurs- oder Vereinsgebühren müssen von den Teilnehmenden selbst bezahlt werden. Bewegungsangebote mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT können von den Krankenkassen bezuschusst werden. Für die Ärztinnen und Ärzte ist wichtig zu wissen, dass die Ausstellung des „Rezepts für Bewegung“ eine freiwillige Leistung ist, die sie bislang noch nicht über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. 2005 setzten die ersten Landessportbünde das „Rezept für Bewegung“ um, mittlerweile sind es zwölf: Bayerischer Landes-Sportverband, LSV Baden Württemberg, LSB Berlin, LSB Bremen, Hamburger Sportbund, LSB Hessen, LSB Niedersachsen, LSB Nordrhein-Westfalen, LSB Rheinland-Pfalz, LSV Schleswig-Holstein, LSB Sachsen und LSB Thüringen (vgl. ebd.).

Die auf dem Sportärztekongress 2014 in Frankfurt erstmals präsentierte Studie von Gubisch, Hoppe, Vogt, Füzéki, Friedrich, Koch et al. (2014), welche die Wirksamkeit des „Rezepts für Bewegung“ aus Patientensicht evaluiert, konnte aufzeigen, dass die ärztliche Beratung im Sinne des „Rezepts für Bewegung“ als effektives Instrument zur Sensibilisierung für das Thema Bewegung und Gesundheit beitragen kann. Über die Hälfte der befragten Patienten (55 Prozent) besuchte nach eigenen Angaben im Anschluss der Beratung ein Bewegungsangebot im Sportverein. Die Rezeptverschreibung kann folglich zu einer entsprechenden Steigerung der körperlichen Aktivität im Sportverein und überdies zur Erhöhung der Alltagsaktivität beisteuern.

Die drei Absender DOSB, BÄK und DGSP haben als allgemeine Starthilfe für die Landesverbände ein umfangreiches Materialpaket erstellt, welches sie bei der Anbahnung, Einführung und finalen Umsetzung unterstützt. Die Materialien können mit den Logos, Kontaktdaten und Marketingaktivitäten der Landessportverbände regionalisiert und in Teilen individualisiert werden. Das Materialpaket enthält:

- Rezeptformular
- Plakat zur Information
- Ärztflyer „Prävention in Deutschland. Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport“
- Empfehlungen zur Umsetzung in der Arztpraxis
- Ausfüllhilfe für LSB
- Ausfüllhilfe für Ärztinnen und Ärzte



Die Umsetzung des „Rezepts für Bewegung“ orientiert sich an den Nutzungsbedingungen, in denen u. a. dazu aufgerufen wird, regionale Netzwerke zu bilden und eine adäquate Angebotsstruktur vorzuhalten und auszubauen. Bundesweit verfügbar ist ein Flyer, der speziell für Ärztinnen und Ärzte erstellt wurde. Dieser Flyer „Prävention in Deutschland. Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport“ gibt Ärztinnen und Ärzten Informationen zum präventiven Nutzen von Bewegung und Sport sowie Empfehlungen zu körperlicher Aktivität für Menschen, die sich bisher nicht genug bewegt

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

haben. Die Ärzteschaft soll damit für das Thema sensibilisiert und in die Lage versetzt werden, Personen mit Bewegungsmangel Hilfestellungen für einen bewegten Alltag und den Sporteinstieg zu geben. Der DOSB rechnet damit, dass die im Präventionsgesetz vorgesehene Verbesserung der ärztlichen Präventionsberatung zeitnah realisiert wird (vgl. Kapitel „Präventionsgesetz“). Der Vereinssport und seine gesundheitsportlichen Angebote sollten nach Ansicht des DOSB integraler Bestandteil darin werden. Einen wichtigen Beitrag dazu liefert u. a. auch das „Rezept für Bewegung“: 1. Ärztinnen und Ärzte können damit speziell die Nicht- oder Noch-Nicht-Beweger für körperliche Aktivität motivieren. 2. Hierfür können sie auf zertifizierte, zielgruppenspezifische und sozialverträgliche Präventionskurse nahezu flächendeckend zurückgreifen. 3. Die Ärzteschaft wird damit in die Lage versetzt, sinnvolle und wirksame Maßnahmen vorzuschlagen, um das Entstehen von Krankheiten und dem einhergehenden Medikamentenverbrauch vorzubeugen (vgl. DOSB 2015, S. 23f.).

Qualitätssiegel: SPORT PRO FITNESS

Ein vereinseigenes Gesundheits- und Fitness-Studio bietet Sportvereinen die Möglichkeit, ihre Angebotspalette für Vereinsmitglieder auszubauen. Denn viele Mitglieder wollen Sport, Beruf, Familie unter einen Hut bringen und suchen zeitlich flexible Sportmöglichkeiten und qualifizierte Übungsleiterinnen/Übungsleiter und Trainerinnen/Trainer. Hierfür bieten die Gesundheits- und Fitness-Studios im Verein hervorragende Voraussetzungen. Für diese Studios hat der DOSB gemeinsam mit dem Deutschen Turner-Bund und dem Bundesverband Deutscher Gewichtheber das Qualitätssiegel SPORT PRO FITNESS entwickelt, das auf Antrag und nach Prüfung verliehen werden kann.

Gesundheits- und Fitness-Studios erweitern die Angebotspalette des Vereins und tragen dazu bei, dass gerade Menschen, die aufgrund ihrer beruflichen und familiären Situation auf zeitlich flexible Angebote angewiesen sind, für Sportvereine dauerhaft gewonnen werden können. Zudem zeichnen sich Vereine durch einen hohen Geselligkeits- und sozialen Vernetzungswert aus. Vereine, die das Siegel SPORT PRO FITNESS erhalten, verpflichten sich zu hohen Qualitätsstandards, und schaffen so Vertrauen für die Mitglieder. Kontinuierliche Qualitätssicherung und -entwicklung werden durch ein Team gewährleistet, in dem neben dem DOSB der Deutsche Turner-Bund, Bundesverband Deutscher Gewichtheber, Hamburger Sportbund, und Landessportbund Hessen mitarbeiten. Über diese Zusammenarbeit und die Kooperation mit weiteren Partnern im Gesundheitsbereich werden besagte Vereine Teil eines Netzwerkes „Gesundheitsförderung“. Der Verein sollte in diesem Sinne stets bereit sein, mit Ärzten, Schulen, Kindergärten, Seniorenorganisationen, Gesundheitsämtern, Krankenkassen und Krankenhäusern zu kooperieren. Besonders die Zusammenarbeit mit der niedergelassenen Ärzteschaft wird empfohlen. Der Sportverein sollte eine aktive Rolle bei der Schaffung eines gesundheitsorientierten Umfeldes für die angebotenen Sportprogramme spielen. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist die grundsätzliche Bereitschaft zur gesundheitsorientierten Weiterentwicklung des Vereins. Dies schließt insbesondere eine Unterstützung der Übungsleiterinnen/Übungsleiter vor Ort und eine Vernetzung der Gesundheitssportprogramme auf allen Ebenen mit ein.

Aktuell sind mehr als 70 Studios bundesweit mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO FITNESS ausgezeichnet. Eine Liste der zertifizierten Gesundheits- und Fitness-Studios steht auf der Seite des DOSB (www.sportprofitness.de) zur Verfügung. Die zertifizierten SPORT PRO FITNESS-Studios haben eine verpflichtende Erklärung unterschrieben,

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

gegen Medikamentenmissbrauch und Doping in ihrem Studio vorzugehen und präventive Maßnahmen einzuleiten. Sportvereine, die das Siegel tragen, verpflichten sich also zu einem hohen Qualitätsstandard und müssen eine Reihe von Kriterien erfüllen: Qualifikation des Leitungs- und Betreuungspersonals durch DOSB-Lizenzen, sportfachliche Betreuung, Geräteausstattung, Kursangebote, Präventionsmaßnahmen, räumliche Bedingungen, Service und Umweltkriterien. Die Qualitätskriterien werden von einem Expertenteam bei einer Begehung im Sportverein überprüft und mit Punkten bewertet. Ist die gebotene Punktzahl erreicht, wird das Qualitätssiegel SPORT PRO FITNESS verliehen. Die Vorteile für Vereinsmitglieder sind folgende:

- Nachgewiesene Qualifikation des Betreuungspersonals
- Regelmäßige Überprüfung des Qualitätsstandards – alle zwei Jahre
- Hoher Geselligkeits- und sozialer Vernetzungswert
- Vielfältige Sportangebote im Verein insgesamt
- Gestaltung eines dopingfreien Umfelds

DOSB, Deutscher Turner-Bund, Bundesverband Deutscher Gewichtheber und einige Landessportbünde unterstützen Vereine bei der Planung für die Einrichtung eines Studios im Verein. Ein ausführlicher Leitfaden, den der DOSB herausgegeben hat, bietet Vereinen wichtige Orientierungshilfen für Planung und Betrieb vereinseigener Gesundheits- und Fitness-Studios. Der Handlungsleitfaden „DOSB. Das Fitness-Studio im Sportverein. Planung – Realisierung – Betrieb. Ein Leitfaden“ befindet sich auf der Seite www.sportprofitess.de. Mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO FITNESS dokumentieren Vereine ihren hohen Qualitätsanspruch im Gesundheits- und Fitness-Studio, verstärken ihr eigenständiges Profil und geben damit ein Güteversprechen ab. Alle Sportvereine mit einem vereinseigenen Gesundheits- und Fitness-Studio sind eingeladen, das Qualitätssiegel beim DOSB zu beantragen. Vereinsmitgliedern will SPORT PRO FITNESS eine Orientierungshilfe sein und signalisieren, dass transparente und definierte Anforderungen an das Vereinsstudio erfüllt sind.

Deutsches Sportabzeichen

Die oben vorgestellten gesundheitssportlichen Instrumentarien stellen lediglich eine Auswahl dar und ließen sich beliebig erweitern. Ohne den Rahmen dieses Beitrags sprengen zu wollen, ist aufgrund der langjährigen Erfolgsgeschichte und seines beachtlichen Beliebtheitsgrades an dieser Stelle auch das Deutsche Sportabzeichen zu nennen. Obwohl das Dt. Sportabzeichen im engeren Sinne kein originäres „gesundheitssportliches Instrumentarium“ darstellt, sondern eher ein Art „Leistungsorden“, hat es dennoch ein hohes und noch weitestgehend ungenutztes Potential im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention – ganz besonders als probates Mittel zur geschlechtsspezifischen Ansprache von Männern, die bekanntermaßen für traditionelle Präventionskurse deutlich schwerer zu begeistern sind als Frauen. Außerdem ist das Ablegen des Dt. Sportabzeichens im Rahmen diverser Boniprogrammen der gesetzlichen Krankenkassen anerkannt und wird dementsprechend honoriert.

Seit 1913 wurde das Dt. Sportabzeichen rund 33 Millionen Mal verliehen und ist somit die beliebteste und stärkste Marke des organisierten Sports in Deutschland; es ist das erfolgreichste Auszeichnungssystem außerhalb des klassischen Wettkampfsports. Das Sportabzeichen hält als „Fitness-Orden“ Menschen jeden Alters in Bewegung, schürt deren Motivation für regelmäßige Bewegung und steht so seit über 100 Jahren für

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

Freude am Sport und an der sportlichen Leistungserbringung. 2013 wurde das Deutsche Sportabzeichen umfassend reformiert und dabei – u. a. angesichts des demographischen Wandels – in Bezug auf das Altersspektrum ausgeweitet: So wird aktuell auch ein Leistungskatalog für Kinder ab sechs Jahren (zuvor ab acht Jahren) und für Ältere ab 80 Jahren vorgehalten. Grundsätzlich orientieren sich die zu erbringenden Leistungen an den motorischen Grundfähigkeiten im Bereich Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit und Koordination. Zwischen 1,5 bis 2 Millionen Menschen versuchen sich jährlich am Sportabzeichen und eine Vielzahl davon meistert diese individuelle Herausforderung immer wieder mit Bravur.

Fazit und Ausblick

Prävention ohne Bewegung und Sport? Kaum vorstellbar. Deshalb hat der Vereinssport in Initiativen zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention adäquat Berücksichtigung zu finden. Die präventiven Bewegungskurse, die beispielsweise mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden, sind fachlich geprüft und unterliegen einem sorgfältig durchdachten Qualitätsmanagement. Die fachlich eigens dafür ausgebildeten Kursleiter/innen (Übungsleiter B „Sport in der Prävention“) garantieren dabei den hohen Qualitätsstandard der Vereinsangebote (vgl. Brehm et al., 2006). Besagte Vereinsangebote und -programme sind kostengünstig und ermöglichen die Teilnahme für Menschen aller Bevölkerungsgruppen. Gemäß des Mottos „Sport für alle“ heißt es dann auch „Gesundheit für alle“. Gesundheitsförderung und Prävention sind daher für den DOSB – nicht zuletzt auch angesichts des demographischen Wandels – ein Zukunftsthema von essentieller Bedeutung (vgl. Doll-Tepper & Kläber, 2015).

Um als organisierter Sport in diesem Zusammenhang (noch) effektiver mit der Politik zusammenarbeiten zu können, bedarf es eines verbesserten Beobachtungsmanagements. Die Verantwortung der tragenden Gesundheitsakteure aus den relevanten Gesellschaftsbereichen Sport, Gesundheitssystem, Politik etc. brauchen dabei eine höhere „Systemempathiefähigkeit“ als bisher. Das bedeutet: Sie müssen die Kompetenz erwerben, die Beobachter der jeweiligen Subsysteme beim Beobachten der Akteure aus anderen Subsystemen zu beobachten, um deren jeweilige Handlungslogiken – samt Begriffsverständnisse, Systemzwänge etc. – in ihrem eigenen Handeln berücksichtigen zu können (vgl. Simon, 2012). Nur auf dieser Basis ist eine nachhaltige Kooperation, Koordination und Vernetzung mit durchschlagender Wirkung möglich. Gelingt dies nicht – oder auch nur unzureichend – sind absorbierende Missverständnisse, divergierende Begriffsverständnisse, generelles Nicht-Verstehen-Können oder auch Nicht-Verstehen-Wollen des Anderen und ein wechselseitiges Ignorieren auch weiterhin kooperationsbremsend und kooperationsverhindernd (vgl. ebd.).

Die zunehmende Themenvielfalt und das vielseitige wie auch facettenreiche Engagement des DOSB, seiner Mitgliedsorganisationen und nicht zuletzt natürlich der Sportvereine vor Ort veranschaulichen, dass der organisierte Sport sowohl für das Gesundheitswesen als auch für die Politik ein wichtiger, professioneller und stets verlässlicher Partner ist. Mit seinen umfassenden Strukturen bietet der gemeinnützige Sport fest verankert in Sportdeutschland die besten Voraussetzungen für gezielte und vor allen Dingen auch sozial gerechte Maßnahmen in der hiesigen Gesundheitsförderung und Prävention. Doch das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass der gemeinnützige Sport zugleich gefordert ist, sich den gesellschaftlichen Entwicklungen, den neuen Rahmen-

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

bedingungen und Herausforderungen entsprechend anzupassen (vgl. Doll-Tepper & Kläber, 2015).

Sofern Gesundheitsförderung und Prävention wirklich als eine „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ zu begreifen und auch zu bearbeiten ist, geht – wie dieser Beitrag aufzeigt – kein Weg am Vereinssport vorbei. Wenn kein Aufbau neuer Strukturen vollzogen werden soll, sondern die vorhandenen Strukturen zu nutzen sind, ist es geradezu grob fahrlässig, den Vereinssport in der Gesundheitsförderung und Prävention außen vor zu lassen. Das neue Präventionsgesetz setzt auf Kooperation, Koordination und Vernetzung und kommt somit nicht ohne die hervorragende und flächendeckende Struktur der deutschen Vereins- und Verbandslandschaft aus. Dennoch gilt es, in den nächsten Jahren vielseitige Schiefstände in der Gesundheitsförderung und Prävention zielstrebig und weitsichtig aufzuarbeiten. Dieser Beitrag schließt daher mit acht Kernthesen, die als allgemeine Handlungsimpulse für sportinterne wie auch -externe Stakeholdergruppen – insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung des Präventionsgesetzes – zu verstehen sind:

1. Sportvereine und -verbände sind als Präventionsanbieter Nr. 1 (SPG-Kurse, Rezept für Bewegung etc.) gesundheitspolitisch ernst zu nehmen und strukturell zu verankern.
2. SPORT PRO GESUNDHEIT muss konsolidiert und ausgebaut werden sowie vollumfänglich Eingang in den Leistungskatalog der Krankenkassen finden.
3. Die Kooperations- sowie Strategiefähigkeit der Sportverbände, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung engagieren, gilt es zu stärken (Stichwort: Qualifizierung).
4. Die gesundheitsfördernden Strukturen der „Lebenswelt Sportverein“ gilt es in Bezug auf den außerbetrieblichen Settingansatz systematisch-planvoll auszubauen.
5. Spezifische Voraussetzungen für mehr Kooperation und Koordination mit sportexternen Partnern (z.B. Krankenkassen, Betriebe, Schulen etc.) sind abzusichern.
6. „Mittler“ für Anliegen sind zu suchen! Die öffentliche Sportverwaltung und etablierte Sportorganisationen (z.B. Landessportbünde, Kreis- und Stadtsportbünde etc.) sind in gesundheitsfördernde Maßnahmen intensiver und verbindlicher einzubinden.
7. Das stark „versäulte Denken“ (Rehabilitation, Prävention, Sportamt, Gesundheitsamt etc.) ist im deutschen Gesundheitssystem zu überwinden, um somit mehr Raum für ressortübergreifendes Agieren zu schaffen (Stichwort: Versorgungsketten).
8. Auf Seiten der Gesundheitssysteme und -akteure ist eine Öffnung für neue Wege und Formen der Partnerschaft – u.a. und insbesondere mit dem organisierten Sport – notwendig, damit Kooperation, Koordination und Vernetzung auch gelingen kann.

Den gemeinnützigen Vereinssport in Deutschland gilt es in Bezug auf diese acht Kernthesen und gemäß seines frappierenden Potentials für die Gesundheitsförderung und Prävention als (der) „Anwalt für Bewegung“, struktureller Netzwerkpartner und bewegungsspezifischer Leistungserbringer strukturell in entsprechende Maßnahmen zu integrieren.

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

Kontakt:

Dr. Mischa Kläber
Ressortleiter: Präventionspolitik und Gesundheitsmanagement
Deutscher Olympischer Sportbund
T +49 69 6700-440
Email: klaeber@dosb.de

Literatur

- Bauch, J. (1996). *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim, München: Juventa.
- Bette, K.-H. (1999). *Systemtheorie und Sport*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Braumann, K.-M. (2015). *Die Heilkraft der Bewegung. Gesund und aktiv durchs Leben*. Hamburg: Ellert & Richter.
- Brehm, W., Janke, A., Sygusch R. & Wagner, P. (2006). *Gesund durch Gesundheitssport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitssportprogrammen*. Weinheim: Juventa.
- Brehm, W., Bös, K., Graf, C. H., Hartmann, H., Pahmeier, I., Pfeifer, K., Rütten, A., Sygusch, R., Tiemann, M., Tittlbach, S., Vogt, L. & Wagner, P. (2013). Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung. Eine Expertise. *Bundesgesundheitsblatt*, 56 (10), S. 1385–1389. doi:10.1007/s00103-013-1798-y.
- Breuer, Ch., Wicker, P. & Orłowski, J. (2014). *Zum Wert des Sports. Eine ökonomische Betrachtung*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Breuer, Ch. & Feiler, S. (2015). Sportvereine in Deutschland – ein Überblick. In: C. Breuer (Hrsg.): *Sportentwicklungsbericht 2013/2014. Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland*. Köln: Sportverlag Strauß.
- Cachay, K. & Thiel, A. (2000). *Soziologie des Sports. Zur Ausdifferenzierung und Entwicklungsdynamik des Sports in der modernen Gesellschaft*. Weinheim: Juventa.
- Deutscher Olympischer Sportbund (2010). *SPORT PRO GESUNDHEIT. 10 Jahre Qualitätssiegel*. Frankfurt a. M.: DOSB.
- Deutscher Olympischer Sportbund (2011). *Sport und Gesundheit. Ein Strategiekonzept für den DOSB und seine Mitgliedsorganisationen*. Frankfurt a. M.: DOSB.
- Deutscher Olympischer Sportbund (2015). *Sport und Gesundheit. Zur Bedeutung von Sport und Bewegung in Gesundheitsförderung und Prävention. Maßnahmen – Projekte – Initiativen*. Frankfurt a. M.: DOSB.
- Doll-Tepper, G. & Kläber, M. (2015) Sportverbände und -vereine als Partner und Leistungserbringer in der Gesundheitsförderung und Prävention. [Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der BZgA]. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Sonderband 01* (S. 244-256).
- Dresen, A. (2012). Fremdverstehen als Deutungsarbeit einer "integrativen Sportwissenschaft". *Spectrum der Sportwissenschaft*, 24 (1), S. 53-56.
-

NEUE ENTWICKLUNGEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND IHRE BEDEUTUNG FÜR SPORTVEREINE

Dresen, A. & Kläber, M. (2014). Sport und Gesundheit in funktional differenzierten Gesellschaften. In: S. Becker (Hrsg.), *Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit* (S. 49-78). Wiesbaden: Springer VS Verlag.

Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3. überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.

Fehres, K. & Kläber, M. (2014). *Stellungnahme des Deutschen Olympischen Sportbunds zum „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“* Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (Stand: 20. Oktober 2014). Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, S. 1-5.

Geene, R. & Reese, M. (2015). Kein großer Wurf, aber viele kleine (Fort-) Schritte. Die wichtigsten Neuregelungen des Präventionsgesetzes. *Info_Dienst für Gesundheitsförderung. Zeitschrift von Gesundheit Berlin-Brandenburg*, 15 (2), S. 3-8.

Gubisch, R., Hoppe, I., Vogt L., Füzéki, E., Friedrich, G., Koch, A., Cöster, E. & Banzer, W. (2014). Wirksamkeit des Rezepts für Bewegung aus Patientensicht: ärztliche Beratung und Handlungskonsequenzen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 6 (7-8), S. 206.

Hurrelmann, K., Klotz, Th. & Haisch, J. (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Auflage). Bern: Hans Huber.

Kläber, M. & Koch, A. (2013). Das Rezept für Bewegung – ein Instrument zur Bewegungsförderung im Alltag. *Impulse für Gesundheitsförderung*, 80 (3), S. 21-22.

Kläber, M. (2014). Gesundheit für alle!? Zur politischen Relevanz von Sport und Bewegung. In: Ch. Siegel & D. Kuhlmann (Hrsg.), *Sport gestaltet Gesellschaft. Schriftenreihe Sportentwicklung des DOSB, Band 2* (S. 137-150). Hamburg: Feldhaus.

Luhmann, N. (1987). *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Luhmann, N. (2009). Der medizinische Code. In: N. Luhmann (Hrsg.), *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven* (S. 176-188, 4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lütz, M. (2002). *Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult*. München: Knauer Taschenbuch Verlag.

Robert Koch Institut (2011). *Kolibri. Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit*. Berlin: Robert Koch Institut.

Schimank, U. (1988). Die Entwicklung des Sports zum gesellschaftlichen Teilsystem. In: Mayntz, Renate (Hrsg.), *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme* (S. 181-232). Frankfurt a.M.: Campus.

Simon, F. B. (2012). *Die andere Seite der "Gesundheit". Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie*. Heidelberg: Carl-Auer.

Weiber, S. (2012). *Der Körper als Letztfundierung. Gesundheit und Wohlbefinden systemtheoretisch beobachtet*. Carl-Auer Verlag: Heidelberg.