



Bewegungsförderung 60+

Ein Leitfaden zur Förderung aktiver Lebensstile
im Alter.

LIGA.Praxis 6

Impressum

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

Bearbeitung

Gunnar Geuter

Redaktion

LIGA.NRW

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

Layout und Verlag

LIGA.NRW

Titelfoto

© Ute-Gräske/pixelio.de

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

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

Düsseldorf, September 2010

ISBN978-3-88139-168-9

Bewegungsförderung 60+

Ein Leitfaden zur Förderung aktiver
Lebensstile im Alter.

Inhalt

Hintergrund, Zielgruppe und Nutzen des Leitfadens.....	7
I. Was hat Bewegung mit Gesundheit zu tun?	11
II. Welche Rolle spielt Bewegung für die Gesundheit im Alter?	13
III. Was ist „gesundheitswirksame körperliche Aktivität“?	15
IV. Bewegung im Alter – was empfiehlt die Wissenschaft?	17
V. Bewegung im Alltag – so oft wie möglich	21
1. Spaziergangsgruppen.....	21
2. Wandern für die Gesundheit	24
3. Radfahren für die Gesundheit.....	25
VI. Was ist Bewegungsförderung?.....	27
VII. Warum ist Bewegungsförderung für ältere Menschen wichtig?	29
VIII. Was motiviert ältere Menschen sich zu bewegen?	31
IX. Bewegungsverhalten verändern – aber wie?	33
1. Von der Erklärung des Bewegungsverhaltens zur Veränderung.....	33
2. Von der Idee zur Umsetzung – wie entwickle ich Bewegungsprogramme?	33
X. Bewegte Praxis – was hat sich bewährt?	41
1. Bewegungsförderung auf der Ebene der Person.....	41
2. Bewegungsförderung über das soziale Umfeld	46
3. Bewegungsförderung auf struktureller und politischer Ebene	46
4. Bewegungsförderung auf mehreren Ebenen	48
5. Bewegte Praxis – Ein Fazit	50
XI. Wie kann Bewegungsförderung zielgruppenspezifisch gestaltet werden?	53
1. Frauen und Männer – maßgeschneiderte Bewegungsförderung	60
2. Multikulturell – maßgeschneiderte Bewegungsförderung.....	62
3. Hochaltrige und pflegebedürftige Menschen – maßgeschneiderte Bewegungsförderung.....	66
4. Menschen mit Behinderung – maßgeschneiderte Bewegungsförderung.....	68
XII. Bewegungsförderung in Settings – Stadtteile, Quartiere, Nachbarschaft	71
1. Die Besonderheiten des Settings Stadtteil oder Quartier	72
2. Nachbarschaft als Setting zur Gesundheits- und Bewegungsförderung	76
XIII. Wie hängen Bewegung und Ernährung zusammen?	79
XIV. Wie kann die Qualität von Bewegungsförderung gesichert und verbessert werden?	83
XV. Wie können Maßnahmen zur Bewegungsförderung evaluiert werden?.....	95

XVI. Wie können Maßnahmen zur Bewegungsförderung finanziert werden?	101
1. Bei der Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten kommt es auf Qualität an!.....	101
2. Möglichkeiten der Finanzierung.....	102
XVII. Öffentlichkeitsarbeit – wie mache ich mein Angebot bekannt?	109
1. Wer ist die Zielgruppe? Wie spreche ich sie an? – Schritt 1.....	109
2. Welche Medien nutze ich? – Schritt 2.....	110
3. Informationen über die Presse – wie verfasse ich eine Pressemitteilung? Schritt 3	111
XVIII. Wo finde ich Praxisprojekte?	113
XIX. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner – wo finde ich sie? (Stand: August 2010)	115
1. Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen	115
2. NRW In Form	115
3. Zentren für Bewegungsförderung in Deutschland – Übersicht über die Aktivitäten der anderen Bundesländer	116
4. Internationale Netzwerke der Bewegungsförderung	116
5. Übersicht über die Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen.....	117
6. Übersicht über die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen	122
7. Gesetzliche Krankenkassen und Krankenkassenverbände der GKV	128
8. Berufliche Vertretungen der Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen (Auswah)	130
9. Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen	131
10. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen e.V. .	132
12. Allgemeiner Deutscher Fahrrad-Club e.V. – Landesverband Nordrhein-Westfalen	138
13. Seniorenvertretungen und -arbeitsgemeinschaften.....	138
14. Gesunde Städte-Netzwerk.....	139
15. Soziale Stadt Nordrhein-Westfalen	139
16. Landesverband der Volkshochschulen von Nordrhein-Westfalen e.V.	140
XX. Weitere Literaturhinweise zum Themengebiet – eine Auswahl	141
XXI. Literatur	143

Hintergrund, Zielgruppe und Nutzen des Leitfadens

Warum ein Leitfaden Bewegungsförderung 60+?

Move for health – körperliche Aktivität zählt zu den bedeutendsten Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden.

Dennoch nutzen viele Menschen das gesundheitsförderliche Potenzial von Bewegung im Alltag noch zu selten – besonders ältere Menschen. Monotone Bewegungsabläufe und Bewegungsmangel kennzeichnen häufig ihre Lebensgewohnheiten. Insofern hat sich Bewegungsmangel (nicht nur) im höheren Alter zu einem ernsten gesellschaftlichen Gesundheitsproblem entwickelt und bildet heute in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ein zentrales Tätigkeitsfeld.

Um Gesundheit zu fördern und Krankheiten vorzubeugen, ist es entscheidend, Bewegung als Teil eines gesunden Lebensstils zu steigern.

Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung stehen dabei vor erheblichen Herausforderungen, zu deren Bewältigung sie nicht selten Unterstützung und Hilfestellung benötigen. Allerdings mangelt es unter anderem an umfassenden theorie- und qualitätsgesicherten Praxishilfen zur Bewegungsförderung.

Das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) möchte mit dem hier vorgelegten Leitfaden einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke leisten.

An wen richtet sich der Leitfaden, und welche Ziele hat er?

Der Leitfaden wendet sich an Akteurinnen und Akteure der Bewegungs- und Gesundheitsförderung, die auf den unterschiedlichsten Ebenen tätig sind wie in Vereinen und Bewegungszentren, Arztpraxen, den ambulanten Praxen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, in

der ambulanten Pflege, in Einrichtungen für ältere Menschen, bei den Krankenkassen, im öffentlichen Gesundheitsdienst, in der Stadtplanung und Geräteherstellung – und auf den Ebenen der Politik und Forschung.

Im Fokus des Leitfadens steht die Bewegungsförderung bei Menschen über 60 Jahre, die in Deutschland bereits circa 25 Prozent der Bevölkerung ausmachen (BMG 2002).

Der Bedarf ist hoch, denn:

- Erstens bewegen sich ältere Menschen im Vergleich zu anderen Altersgruppen besonders selten regelmäßig.
- Zweitens ist die Praxis der Bewegungsförderung für ältere Menschen im Vergleich zu anderen Altersgruppen – insbesondere der für Kinder und Jugendliche – wenig ausgeprägt.
- Und drittens setzt sich die internationale Forschung erst in den letzten Dekaden vermehrt mit dem Thema der Bewegungsförderung im höheren Alter auseinander. Die wenigen wissenschaftlich abgesicherten Ergebnisse müssen größtenteils noch für die Praxis aufbereitet und transferiert werden.

Genau hier setzt der vorliegende Leitfaden „Bewegungsförderung 60+“ an. Systematisch wurden die internationalen Forschungsergebnisse und Theorien insbesondere der Gesundheitswissenschaften und Sportwissenschaft analysiert, um sie für die Praxis der Bewegungsförderung nutzbar zu machen. Neben der wissenschaftlichen Literatur flossen zudem Beispiele gelungener Praxis der Bewegungsförderung in die Ausarbeitungen ein. Der Leitfaden soll Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung dazu befähigen, entsprechende Interventionen auf individueller und auf Bevölkerungsebene erfolgreich zu entwickeln, wirksam umzusetzen, zu evaluieren sowie bestehende Angebote kritisch zu reflektieren und stetig weiterzuentwickeln.

Konkret gibt der Leitfaden erste Antworten unter anderem auf folgende Fragestellungen:

- Wie kann das Bewegungsverhalten verändert werden?
- Wie können Interventionen zur Bewegungsförderung zielgruppenspezifisch gestaltet werden?
- Wie kann die Qualität von Interventionen zur Bewegungsförderung verbessert werden?
- Wie können Interventionen zur Bewegungsförderung evaluiert werden?
- Wie können Interventionen zur Bewegungsförderung finanziert werden?
- Welche Strukturen und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Bewegungsförderung gibt es in Nordrhein-Westfalen?

Was leistet der Leitfaden, und was leistet er nicht?

Der hier vorgelegte Leitfaden bietet damit einen theoretisch fundierten und gleichsam praxisnahen ersten Überblick über die im Kontext der Bewegungsförderung bei älteren Menschen besonders relevanten Aspekte. Er will dazu motivieren, sich intensiver mit der Thematik zu befassen.

Im Rahmen des Leitfadens können jedoch nicht alle Themen allumfassend bearbeitet werden. Vielmehr beschränkt sich der Leitfaden auf die wesentlichen Kernpunkte, gibt aber gleichzeitig zahlreiche Hinweise zu weiterführenden Informationen. Die Beispiele im Leitfaden verstehen sich als exemplarische Auswahl von Interventionen der Bewegungsförderung. Keinesfalls hat der Leitfaden diesbezüglich einen Anspruch auf Vollständigkeit.

Manche der oben aufgeführten Fragen können auf Basis der aktuellen Forschungsergebnisse gut beantwortet werden. Bei anderen Fragen fehlt es noch an eindeutigen Ergebnissen, auch wenn es erste Hinweise gibt. Deshalb kann der Leitfaden nicht an allen Stellen klare Empfehlungen aussprechen. In entsprechenden Fällen wird auf vielversprechende Ansätze gelungener Praxis zurückgegriffen, deren Wirksamkeit allerdings noch nicht nachgewiesen werden konnte.

Die Inhalte für den vorliegenden Leitfaden wurden mit großer Sorgfalt erstellt. Die beteiligten Autorinnen und Autoren sowie die Expertinnen und Experten waren darum bemüht, Aktualität, Korrektheit und Vollständigkeit sicherzustellen. Trotz sorgfältiger Erstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autorinnen und Autoren und Herausgeber übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Nutzung der Anweisungen oder Teilen davon entsteht.

Hinweis

Fünf unterschiedliche Symbole sollen Ihnen die Nutzbarkeit erleichtern:



Inhalte, die mit diesem Symbol versehen sind, enthalten wichtige oder zentrale Aussagen oder Hinweise.



Hier erhalten Sie zusätzliche Informationen oder ergänzende Hinweise.



Dieses Symbol bietet Ihnen die Möglichkeit, weitere Informationen im Internet zu finden.



Über dieses Symbol erhalten Sie ergänzende oder weiterführende Literaturhinweise.



Textpassagen, die mit diesem Symbol gekennzeichnet sind, enthalten konkrete Beispiele.

Außerdem finden Sie im Text wiederholt einen kleinen Pfeil (►). Dieser weist auf einen Begriff hin, der im Glossar erläutert wird. Ein Doppelpfeil (►►) zeigt, wo Sie innerhalb des Leitfadens weitere Ausführungen zum entsprechenden Thema finden.

Redaktionsschluss des Leitfadens war September 2010. Zukünftige Aktualisierungen und Ergänzungen werden in einen Onlineleitfaden eingearbeitet, der zurzeit vorbereitet und über die Internetseite des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen über www.liga.nrw.de/ZfB abzurufen sein wird.

Wie ist der Leitfaden aufgebaut?

Den Leitfaden „Bewegungsförderung 60+“ können Sie von Anfang bis Ende lesen. Alternativ dazu möchten wir Sie einladen, die einzelnen Themen- und Fragestellungen unabhängig von vorangegangenen Ausführungen zu nutzen. Die zentralen Fragestellungen können eine interessengeleitete Auseinandersetzung mit den Inhalten begünstigen.

Die Kapitel sind zudem durch zahlreiche Querverweise miteinander vernetzt und ein Glossar erklärt zentrale Begriffe des Leitfadens.

Fünf unterschiedliche Symbole sollen Ihnen die Nutzbarkeit erleichtern (s. Tabelle Hinweise)

Wer war an der Erstellung des Leitfadens beteiligt?

Zahlreiche Autorinnen und Autoren sowie ausgewiesene Expertinnen und Experten waren an der Entwicklung des Leitfadens „Bewegungsförderung 60+“ beteiligt.

Das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen möchte sich in diesem Zusammenhang bei allen bedanken, die maßgeblich dazu beigetragen haben dieses Werk in der vorliegenden Form und Themenvielfalt zu ermöglichen.

Neben **Gunnar Geuter** (Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen, LIGA.NRW) haben die nachfolgenden Autorinnen und Autoren Beiträge erarbeitet:

Thomas Altgeld (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.), **Patricia Beer** (Zentrum für Bewegungsförderung Nord, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.), **Malte Bödeker** (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld), **Svenja Budde** (LIGA.NRW), **Prof. Dr. Klaus Bös** (Institut für Sport und Sportwissenschaft, Karlsruher Institut für Technologie (KIT)), **Dr. Jens Bucksch** (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld), **Manfred Dickersbach** (LIGA.NRW), **Sabine Erven** (Zentrum für Bewegungsförderung Nord, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.), **Franziska Faselt** (Zentrum für Bewegungsförderung Sachsen; Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.), **Emily Finne** (Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld), **Wiebke Flor** (Bundeszentrale für gesund-

heitliche Aufklärung), **Dr. Ferdinand Gröben** (Institut für Sport und Sportwissenschaft; Karlsruher Institut für Technologie (KIT)), **PD Dr. Alfons Holleder** (LIGA.NRW), **Dr. Annett Horn** (Fakultät für Gesundheitswissenschaften; Universität Bielefeld), **Dr. Christiane Kelm-Dirkmorfeld** (LIGA.NRW), **Prof. Dr. Petra Kolip** (Fakultät für Gesundheitswissenschaften; Universität Bielefeld), **Dr. Lars Libuda** (Strategiezentrum Gesundheit; Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen), **Dr. Sabine Meier** (Health@Work®; Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz), **Dr. Odile Mekel** (LIGA.NRW), **Monika Nellen** (Strategiezentrum Gesundheit; Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen), **Stefan Pospiech** (Zentrum für Bewegungsförderung Berlin und Brandenburg, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.), **Eileen Reichelt** (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.), **Dr. Elfi Rudolph** (Zentrum für Bewegungsförderung Nord, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.), **Wiebke Sannemann** (Zentrum für Bewegungsförderung Nord, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.), **Dr. Georg Schick** (Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen e.V. (BSNW), **Tania-Aletta Schmidt** (Zentrum für Bewegungsförderung Nord, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.), **Dr. Norbert Seidl** (Fakultät für Gesundheitswissenschaften; Universität Bielefeld), **Dr. Sonja D. Stoffel** (Institut für Sport und Sportwissenschaft; Karlsruher Institut für Technologie (KIT)), **Nicole Tempel** (Zentrum für Bewegungsförderung Nord, Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Bremen e.V.), **Prof. Dr. Sylvia Titze** (Institut für Sportwissenschaft; Universität Graz), **Gudula Ward** (LIGA.NRW), **Wolfgang Werse** (LIGA.NRW), **Prof. Dr. Christoff Zalpour** (Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften; Fachhochschule Osnabrück).

Neben den Autorinnen und Autoren gilt der ausdrückliche Dank den Expertinnen und Experten, die die Entstehung dieses Leitfadens als Reviewer kritisch begleitet und mit Ihren Anmerkungen fachlich abgesichert und bereichert haben. Namentlich sind dies:

Prof. Dr. Petra Kolip (Fakultät für Gesundheitswissenschaften; Universität Bielefeld), **Dr. Günther Samitz** (Institut für Sportwissenschaft, Universität Wien), **PD Dr. Michael Tiemann** (Institut für Sport und Sportwissenschaft; Karlsruher Institut für Technologie (KIT)), **Prof. Dr. Sylvia Titze** (Institut für Sportwissenschaft; Universität Graz), **Prof. Dr. Klaus Völker** (Institut für Sportmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster).

Ausdrücklicher Dank gilt auch **Anke Zillessen** (Freie Journalistin und Physiotherapeutin), die die Entstehung dieses Leitfadens hinsichtlich der Struktur und inhaltlichen Vermittlung beratend unterstützt und dem Text einen letzten Schliff gegeben hat.



Weitere Informationen zum Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen finden Sie auf den Internetseiten des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen unter der Adresse www.liga.nrw.de/ZfB.

Dort können Sie sich auch über aktuelle Veranstaltungen und weitere Publikationen des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen informieren.



Weitere Auskünfte zur Arbeit des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen erhalten Sie unter:

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen
Zentrum für Bewegungsförderung
Nordrhein-Westfalen
Gunnar Geuter
Ulenbergstraße 127-131
40225 Düsseldorf

Tel.: 0521/8007-544

Fax: 0521/8007-297

E-Mail: gunnar.geuter@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de/ZfB

I. Was hat Bewegung mit Gesundheit zu tun?

Der Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gesundheit ist bereits sehr gut erforscht. Insbesondere in den vergangenen 30 Jahren sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Frage nach der gesundheitlichen Wirkung von körperlicher Aktivität systematisch und in einer Vielzahl von Studien nachgegangen (Fuchs 2007; King 2001; Leitzmann et al. 2007; Löllgen et al. 2009; Völker 2008; Werle et al. 2006). Der hohe Stellenwert körperlich aktiver Lebensstile für die Aufrechterhaltung der Gesundheit und die Vermeidung von chronischen Erkrankungen gilt heute als unumstritten.

Eine körperlich aktive Lebensweise hat dabei sowohl einen positiven Einfluss auf die Lebenserwartung als auch auf die Lebensqualität.

Die positiven gesundheitlichen Effekte von körperlicher Aktivität in Bezug auf zahlreiche psychische und physische Erkrankungen sind auch auf der Ebene von (►) Metaanalysen hinreichend belegt (Knoll 1997, Rütten/Abu-Omar 2003, Schlicht 1994, Woodcock et al. 2010). Gesundheitswirksame körperliche Aktivität ist als gesundheitliche Ressource klar identifiziert.

Eine körperlich aktive Lebensweise hat dabei sowohl einen positiven Einfluss auf die Lebenserwartung als auch auf die Lebensqualität.

Außerdem erhöht sie die Anzahl der gesunden Lebensjahre, also derjenigen Jahre eines Lebens, die frei von gravierenden funktionellen Einschränkungen sind und damit eine weitestgehend unabhängige und aktive

Lebensführung ermöglichen (Böhm et al. 2009; Fuchs 2003; Löllgen et al. 2009; Warburton et al. 2007).

Die aufgeführten Gesundheitseffekte stellen sich allerdings nicht „automatisch“ durch die eine oder andere Bewegung ein. Vielmehr sind sie abhängig von den Qualitäten der körperlichen Aktivitäten und auch von den Qualitäten der Rahmenbedingungen und Verhältnisse, unter denen entsprechende Aktivitäten realisiert werden (vgl. Tiemann 2010).



Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Einführung

(Schlicht und Brand 2007).

Physical Activity and Health

(Bouchard et al. 2007).

Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report

(U.S. Departments of Health and Human Services 2008). Zugriff unter: www.health.gov/PAGuidelines (Abruf: 25.08.2010).

Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln

(WHO 2010). Zugriff: www.euro.who.int (Veröffentlichungen) (Abruf: 25.08.2010).



Auf den Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter „Publikationen“ praxisnahe Broschüren mit ergänzenden Informationen zum Thema – zum Beispiel über den Zusammenhang zwischen gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität und geistiger Fitness im Alter oder über die psychische Gesundheit von Frauen. www.bmg.bund.de (Abruf: 25.08.2010).



© Ute-Gräske/pixelio.de

Infokasten 1

Auswirkungen von regelmäßiger körperlicher Aktivität auf die Gesundheit

(nach der Stärke ihrer Beweislage gereiht)

- Vermindertes Risiko für den vorzeitigen Tod
- Vermindertes Risiko für ischämische Herzkrankheiten
- Vermindertes Risiko für Schlaganfall
- Vermindertes Risiko für Bluthochdruck
- Vermindertes Risiko für das Metabolische Syndrom
- Günstige Beeinflussung der Blutfette
- Vermindertes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2
- Prävention der Körpergewichtszunahme
- Gewichtsreduktion, besonders bei gleichzeitiger Kalorienreduktion
- Verbesserte kardiovaskuläre und muskuläre Fitness
- Vermindertes Risiko für Stürze
- Vermindertes Risiko für Darmkrebs
- Vermindertes Risiko für Brustkrebs
- Reduktion von Depressionen
- Verbesserte kognitive Funktion (bei älteren Menschen)
- Verbesserung der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (bei älteren Menschen)
- Reduktion von Abdominalfett (Bauchfett)
- Vermindertes Risiko für Hüftfrakturen
- Vermindertes Risiko für Lungenkrebs
- Vermindertes Risiko für Gebärmutterkrebs
- Gewichtserhaltung nach Körpergewichtsreduktion
- Erhöhte Knochendichte
- Verbesserte Schlafqualität

Quelle: U.S. Department of Health and Human Services (2008, S. 9), vgl. Titze et al. (2010)

II. Welche Rolle spielt Bewegung für die Gesundheit im Alter?

Grundsätzlich lässt sich in jedem Alter durch eine gezielte Förderung der körperlichen Aktivität der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden entgegenwirken (Rütten et al. 2005; Stessman et al. 2009; Ueshima et al. 2010).

Doch gerade im Alter ist regelmäßige körperliche Aktivität besonders entscheidend für den Erhalt individueller Mobilität, wenn nicht gar Voraussetzung von persönlicher Lebensqualität und Lebenszufriedenheit (Cirkel/Juchelka 2009; Rütten et al. 2005). Denn bei der Betrachtung individueller Risikoprofile älterer Menschen tritt „Bewegungsmangel“ stets an vorderen Rangpositionen der Risikofaktoren auf (Eisfeld et al. 2003).

Bereits über 25 Prozent der Bevölkerung in Deutschland sind über 60 Jahre alt (BMG 2002). Die Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen wächst derzeit dynamisch. Für jeden einzelnen Menschen ist die gestiegene Lebenserwartung eine erfreuliche Entwicklung. Gleichzeitig ist sie aber auch eine Herausforderung für die Ausgestaltung des Lebensstils, denn jeder Mensch kann durch sein Verhalten Einfluss nehmen auf den eigenen Alterungsprozess. Aber auch Angebote und Maßnahmen der Bewegungs- und Gesundheitsförderung können ihren Beitrag zu gesundem Altern leisten.

Bewegung im Alter hat folglich positive Auswirkungen auf die Gesundheit: Regelmäßige gesundheitswirksame körperliche Aktivität (►► S. 15) nimmt eine zentrale Rolle bei der Vermeidung oder Verzögerung altersbedingter Gesundheitsprobleme sowie bei der Kompensation der damit verbundenen Folgen ein.

Ein körperlich aktiver Lebensstil wirkt biologischen Alterungsprozessen entgegen und trägt wesentlich zu einem gesunden Altern, zur Möglichkeit selbstständiger

Lebensführung und der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit bei. Regelmäßige Bewegung kann vor Stürzen schützen und die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems erhalten. Sie reduziert Depressionen oder mildert ihre Folgen ab. Sie ist damit ein zentraler verhaltensbedingter Faktor für gesundes und aktives Altern (WHO 2002).

Das Altern als biologischer Prozess kann zwar nicht aufgehalten werden. Regelmäßige körperliche Aktivität stellt aber eine gute Möglichkeit dar, damit verbundene Alterungsprozesse positiv zu beeinflussen beziehungsweise zu verlangsamen.

Der Förderung körperlicher Aktivität kommt deshalb im Rahmen von Interventionen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Alter eine exponierte Bedeutung zu, da von ihr selbst gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Menschen in besonderer Weise profitieren (Kruse 2006).



„Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien“ (Kruse, 2002).



© MEV-Verlag

III. Was ist „gesundheitswirksame körperliche Aktivität“?

In den Gesundheitswissenschaften werden die Begriffe „Bewegung“ und „körperliche Aktivität“ häufig synonym verwandt. Gemeint sind damit alle Aktivitäten, die eine Steigerung des Energieumsatzes zur Folge haben (Hollmann/Strüder 2009; Pate et al. 1995; Rütten et al. 2005; Salem et al. 2009).

In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion hat sich die Begriffspaarung der „gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität“ oder „gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität“ (international: health-enhancing physical activity – HEPA) durchgesetzt (Geuter 2010).



Informationen zum europäischen Netzwerk „HEPA Europe – European network for the promotion of health-enhancing physical activity“ der Weltgesundheitsorganisation finden Sie unter: www.euro.who.int/hepa (Abruf: 25.08.2010).

Basierend auf aktuellen Ergebnissen gesundheitswissenschaftlicher Forschung wird mittlerweile davon ausgegangen, dass die gesundheitsförderliche und krankheitspräventive Wirkung körperlichen Aktivitätsverhaltens durch das Zusammenspiel freizeitbezogener Bewegungsaktivitäten und (mit geringen Einschränkungen) alltäglicher körperlicher Aktivität erreicht werden kann und nicht etwa – wie in den 1990er Jahren propagiert – nur durch ein speziell gesundheitsorientiertes Fitness-Training (vgl. Rütten et al. 2005, S. 7). Der wissenschaftliche Begriff „gesundheitswirksame körperliche Aktivität“ basiert demnach auf einer lebensweltlichen Betrachtung von Bewegung im Sinne eines aktiven Lebensstils. Sie ist nach ihrem Zweck ausdifferenziert (Samitz/Baron 2002) und umfasst sowohl gesundheitsförderliche freizeitbezogene als auch entsprechende alltags- und arbeitsweltbezogene Bewegungsaktivitäten, die die Gesundheit fördern sowie Aktivitäten zu Mobilitätszwecken (Brehm 2006; Rütten et al. 2005):

- Unter freizeitbezogenen Bewegungsaktivitäten versteht man dabei alle in der Freizeit ausgeführten körperlichen Aktivitäten inklusive dem Gesundheitssport¹ beziehungsweise der Gesundheit dienenden Übungs- und Trainingseinheiten.
- Alltags- und arbeitsweltbezogene Bewegungsaktivitäten umfassen diejenigen körperlichen Aktivitäten, die im Kontext von Erwerbstätigkeit oder dem Arbeiten im Haushalt und in der Familie stattfinden sowie Aktivitäten um von A nach B zu gelangen.



Es lässt sich somit eine Vielzahl an Typen und Formen von Bewegung finden, wie:

- Spezifische Gesundheitssportprogramme für ältere Menschen
- Sport in der Freizeit
- Gehen und Fahrradfahren zum Einkaufen
- Gartenarbeit
- Hausarbeit
- Wandern

Alle diese Typen und Formen könnten jeweils Inhalt einer Bewegungsförderungsmaßnahme sein.



Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität umfasst Bewegung in allen drei Lebensbereichen: Freizeit, Alltag und Arbeit – im Sinne eines aktiven Lebensstils.

¹ Etwa seit Mitte der 1990er Jahre hat sich mit dem Konzept von „Gesundheitssport“ ein spezifischer bewegungszentrierter Ansatz zur Gesundheitsförderung entwickelt und etabliert. Im Unterschied zu dem praktisch alle muskulären Beanspruchungen einbeziehenden „HEPA“-Konzept bezieht sich das Konzept von „Gesundheitssport“ ganz gezielt „auf solche körperlichen bzw. sportlichen Aktivitäten, die hoch strukturiert auf gesundheitsförderliche Effekte bei Zielgruppen mit spezifischen Risiken, gesundheitlichen Problemen und Erkrankungen ausgerichtet sind“ (Brehm 2006, S. 247). Gesundheitssport unterscheidet sich damit auch wesentlich von anderen Feldern des Sports – die insbesondere auf Leistungsvergleich im Wettkampf (Wettkampfsport), Fitnessverbesserung und Körperleistung (Fitness-Sport), Freude an der Bewegung und Bewältigung der Natur (Fun- und Natursport) abzielen – und stellt einen genau umrissenen Ausschnitt aus gesundheitsförderlicher Aktivität im Schnittbereich des Sport- und Gesundheitssystems dar. Kennzeichnend für das Konzept von „Gesundheitssport“ sind weiterhin verschiedene Initiativen zur Verbesserung der Evidenzbasierung entsprechender Interventionen auf der Income- (Programme/Aktivitäten) ebenso wie auf der Outcome-Seite (Effekte).

IV. Bewegung im Alter – was empfiehlt die Wissenschaft?

Auf der Basis des Berichts des Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008) hat in Österreich ein interdisziplinäres Team aus Experten der Gesundheits- und Sportwissenschaften Bewegungsempfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität erarbeitet (Titze et al. 2010). Die aktuellen Empfehlungen sind geschlechterübergreifend gültig und unterscheiden drei Altersgruppen:

- Gesunde Kinder und Jugendliche
- Gesunde Erwachsene
- Gesunde ältere Menschen ab dem 65. Lebensjahr

„Gesund“ meint hier auch, dass es für diese Menschen keine Gegenanzeigen für körperliche Aktivität gibt.

Alle Menschen mit spezifischen Beeinträchtigungen der Gesundheit sollten eine umfassende medizinische Beratung in Anspruch nehmen, wenn sie an Bewegungsangeboten teilnehmen.

Die Empfehlungen sind grundsätzlich auch auf Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen übertragbar. Allerdings sollten sie vor der Teilnahme an Bewegungsangeboten eine umfassende medizinische Beratung in Anspruch nehmen. Gemeinsam mit einer Medizinerin oder einem Mediziner können so mögliche Risiken individuell abgeklärt und wichtige therapeutische Aspekte berücksichtigt werden. Es bietet sich an, in diesem Kontext einen spezifischen „Übungsplan“ zu entwickeln, der durchaus von den Empfehlungen abweichen kann und der regelmäßig angepasst werden sollte.



Eine erste Abschätzung des gesundheitlichen Risikos für Sporttreibende kann über den „Fragebogen für die Sportpraxis“ erfolgen: www.dgsp.de (Service) (Abruf: 30.09.2010).

Speziell für ältere Menschen gilt (Titze et al. 2010, S. 32):

Um die Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten...

- sollten sie mindestens 150 Minuten (2 1/2 Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten (1 1/4 Stunden) pro Woche Bewegung mit höherer Intensität oder eine adäquate Kombination aus Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität durchführen. Idealerweise sollte die Aktivität auf möglichst viele Tage der Woche verteilt werden. Jede Einheit sollte mindestens zehn Minuten durchgehend dauern.
- sollten sie – für einen zusätzlichen und weiter reichenden gesundheitlichen Nutzen – eine Erhöhung des Bewegungsumfangs auf 300 Minuten (5 Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder 150 Minuten (2 1/2 Stunden) pro Woche Bewegung mit höherer Intensität oder eine entsprechende Kombination aus Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität anstreben.
- sollten sie an zwei oder mehr Tagen der Woche muskelkräftigende Bewegungen mit mittlerer oder höherer Intensität durchführen, bei denen alle großen Muskelgruppen beansprucht werden.
- sollten sie – wenn sie aufgrund von Beschwerden nicht mehr in der Lage sind, 150 Minuten Bewegung mit mittlerer Intensität auszuführen – so viel Bewegung machen, wie es ihre Beschwerden zulassen.
- sollten sie körperliche Aktivitäten ausüben, die das Gleichgewichtsvermögen erhalten oder verbessern, um die Sturzgefahr zu reduzieren.

Abbildung 1: Bewegung für die Gesundheit



Bewegung meint körperliche Aktivitäten, bei denen große Muskelgruppen des Körpers aktiv sind. Um die Intensität entsprechender Aktivitäten grob einschätzen zu können, kann die nachfolgende Faustregel genutzt werden:

- Bei Bewegungen mit mittlerer Intensität² kann man in der Regel noch gut reden oder sich mit anderen unterhalten. Auf einer Skala von null bis zehn (0 = Sitzen und 10 = körperliche Verausgabung) liegt körperliche Aktivität im mittleren Intensitätsbereich bei ungefähr fünf bis sechs.
- Bewegungen mit höherer Intensität² dagegen führen dazu, dass nur noch kurze Wortwechsel möglich sind. Als körperliche Aktivitäten mit höherer Intensität können Bewegungen mit einem Skalenwert von sieben bis acht eingestuft werden (Titze et al. 2010).

Körperlich inaktive ältere Menschen oder ältere Menschen mit einem reduzierten Leistungsniveau können bereits einen gesundheitlichen Nutzen erzielen, wenn sie beginnen, moderat körperlich aktiv zu werden. Denn der Wechsel vom Zustand „körperlich inaktiv“ zum Zustand „geringfügig körperlich aktiv“ ist bereits ein wichtiger erster Schritt.

Ziel sollte es sein, die Bewegungsempfehlungen möglichst hinsichtlich ihrer Dauer, ihrer Häufigkeit und ihrer Intensität zu erreichen und sich so an das in den Empfehlungen beschriebene „Optimum“ anzunähern (Titze et al. 2010).

Grundsätzlich sollten sowohl körperliche Aktivitäten mit mittlerer als auch körperliche Aktivitäten mit höherer Intensität zumindest zehn Minuten andauern. Die empfohlene Gesamtdauer kann somit in kleinere Bewegungseinheiten aufgeteilt werden. Gut umsetzbar sind beispielsweise zwei Spaziergänge pro Tag von jeweils 15 Minuten Dauer. Um das Verletzungsrisiko zu senken, bietet es sich zudem an, dass die angegebene Gesamtzeit (150 Minuten pro Woche mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten mit höherer Intensität) auf mehrere Tage in der Woche verteilt wird. Eine bekannte Faustregel lautet beispielsweise: bereits 30 Minuten körperliche Aktivität mit mittlerer Intensität an fünf Tagen der Woche fördern die Gesundheit. Eine entsprechende Aufteilung erleichtert auch die Integration regelmäßiger Bewegung in den Alltag (Titze et al. 2010).

Zum Erhalt oder zur Verbesserung der Kraft oder Kraftausdauer bieten sich unterschiedliche Vorgehensweisen an. Treppen steigen oder die Arbeit im Garten sind Beispiele für eine leichte Einbindung in den Lebensalltag. Aber auch Krafttraining mithilfe von Gewichten oder unter Einsatz des eigenen Körpergewichts ist geeignet, um Kraft und Kraftausdauer zu steigern (Titze et al. 2010). Im Bereich des Gesundheitssports wird vorrangig ein Kraftausdauertraining durchgeführt, bei dem die jeweiligen Übungen etwa 15- bis 25-mal wiederholt werden. Neuere Untersuchungen haben dabei gezeigt, dass es weder notwendig noch sinnvoll ist, die einzelne Trainingsserie bis zur letztmöglichen Wiederholung durchzuführen. Der einzelne Satz wird vielmehr bei einem sub-

² Unter körperlicher Aktivität mit mittlerer Intensität (moderate intensity) versteht man Belastungen von etwa drei bis sechs metabolischen Äquivalenten (MET) oder einen Umsatz von 15 bis 29 KJ pro Minute. Dies entspricht einer Ergometerbelastung von etwa 75 bis 100 Watt. Körperliche Aktivitäten hingegen mit höherer Intensität (vigorous intensity) entsprechen einem metabolischen Äquivalent von mehr als sechs MET oder einem Umsatz von mehr als 29 KJ pro Minute (Löllgen 2003).

jektiven Belastungsempfinden (Anstrengungsempfinden) »mittel bis schwer« abgebrochen, das heißt deutlich vor Erreichen der letztmöglichen Wiederholung beendet. Zur Erzielung angemessener Kräfteffekte reicht es für Untrainierte dabei auch völlig aus, einen Satz (eine Serie) durchzuführen. Wie Studien der Universität Bayreuth zeigen, führt bereits ein Einsatztraining 1-mal pro Woche zu deutlichen Kraftzuwächsen (vgl. zum Beispiel Buskies/Boeckh-Behrens 2009).

Neben dem regelmäßigen Krafttraining wird insbesondere für Menschen mit einem erhöhten Sturzrisiko zu Gleichgewichtstraining geraten.

z.B. Hier eignen sich Balanceübungen wie das Gehen auf Zehenspitzen oder Fersen, das Gehen seitwärts oder beispielsweise Tai-Chi-Übungen.

Auch die Aufrechterhaltung oder die Verbesserung der Beweglichkeit ist im Alltag älterer Menschen von hoher Bedeutung. Viele Tätigkeiten des täglichen Lebens erfordern ein hohes Maß an Beweglichkeit:

z.B. So setzt beispielsweise das Anziehen von Schuhen voraus, dass eine ausreichende Beweglichkeit des Rumpfes und der Beine gegeben ist. Oder beim Aus- und Einräumen von Gegenständen aus Schränken benötigt man Beweglichkeit des Schultergürtels, der Arme und des Rumpfes.

Beweglichkeitsübungen sind demnach eine sinnvolle Ergänzung, obwohl sie keinen nachgewiesenen positiven Effekt auf die Gesundheit oder die Verletzungsprophylaxe haben. Geeignet sind hier insbesondere Dehn- und Gymnastikübungen, die in das tägliche Bewegungsprogramm eingebaut werden können (Titze et al. 2010).

Die Empfehlungen kombinieren Ausdauer-, Kraft-, Beweglichkeits- und Gleichgewichtsübungen, um

- dem altersbedingten Kraft- und Zellmassenverlust entgegenzuwirken,
- die Leistungsfähigkeit des Herz-Lungen-Systems positiv zu beeinflussen,
- die selbstständige Lebensführung zu erhalten und die Sturzgefahr zu mindern.

Bewegungsempfehlungen für ältere Menschen – die Faustregeln:

- Mit kleinen Bewegungseinheiten beginnen: Mindestens zehn Minuten am Stück.
- Bewegungseinheiten möglichst gleichmäßig auf die Woche verteilen: 5 mal 30 Minuten Bewegung fördern die Gesundheit.
- Kraftübungen, regelmäßiges Gleichgewichtstraining und Beweglichkeitsübungen.



Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (Titze et al. 2010).
Zugriff: www.fgoe.org (Abruf: 25.08.2010).

1. Konkrete Beispiele – welche Bewegung eignet sich?

Große Muskelgruppen – kontinuierlich und rhythmisch eingesetzt: Für ältere Menschen eignen sich besonders körperliche Aktivitäten, bei denen die großen Muskelgruppen des Körpers kontinuierlich und rhythmisch eingesetzt werden. Grundsätzlich eignen sich Alltagsbewegungen und sportliche Aktivitäten gleichermaßen.



Beispiele aus dem Alltag: Haushalts- und Gartenarbeit, Spazierengehen und schnelles Gehen. Auch das Zurücklegen alltäglicher Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß ist eine hervorragende Möglichkeit, körperlich regelmäßig aktiv zu sein.

Alle lebenslang ausgeführten Sportarten – gegebenenfalls in modifizierter Form. Insbesondere: Walken, Wandern, Gesundheitswandern (▶▶ vgl. S. 24), Bergwandern, Trekking, Joggen, Laufen, Tanzen, Kegeln, Schwimmen, Radfahren, Heimtraining, Skilanglauf und Skiwandern. Diese Sport- und Bewegungsarten können ältere Menschen in der Regel ohne besondere Anleitung durchführen.

Unter fachkundiger Anleitung eignen sich alle Angebote des altersspezifischen Gesundheitsports, gymnastische Übungen, Wassergymnastik, Tai Chi, Qigong, Yoga, Herzkreislauftraining an Fitnessgeräten und einfache Spiele, bei denen große Muskelgruppen eingesetzt werden wie zum Beispiel Sitzball, Faustball, Korbball, Prellball und Tischtennis.

2. Angemessene Bewegung bei gesundheitlicher Beeinträchtigung

Körperliche Bewegung wirkt nur dann gesundheitsfördernd, wenn sie der aktuellen Leistungsmöglichkeit angemessen entspricht. Ältere Menschen mit spezifischen Beeinträchtigungen der Gesundheit oder Menschen, die (wieder) beginnen körperlich aktiver zu sein, sollten daher vor der Umsetzung der Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (▶▶ S. 15) in jedem Fall eine umfassende medizinische Beratung in Anspruch nehmen.

Gemeinsam mit einer Ärztin oder einem Arzt können sie so mögliche Risiken individuell abklären und wichtige therapeutische Aspekte berücksichtigen. Ein spezifischer „Übungsplan“, der durchaus von den allgemeinen

Empfehlungen abweichen kann, sollte regelmäßig an die gesundheitlichen Möglichkeiten angepasst werden.

Bewegung ist auch bei bestehenden funktionellen Einschränkungen oder Behinderungen sinnvoll – möglicherweise mit der Unterstützung von Hilfsmitteln wie Rollatoren oder Elektrofahrrädern.

Neben einem Training der Ausdauer sollten ältere Menschen ihre Kraft und Kraftausdauer, das Gleichgewicht und die Beweglichkeit schulen. Hierfür eignen sich gymnastische Übungen, ein altersgerechtes Krafttraining sowie integrierte Übungen zum Erhalt und zur Verbesserung der Beweglichkeit der großen Muskelgruppen.



Eine erste Abschätzung des gesundheitlichen Risikos für Sporttreibende kann über den „Fragebogen für die Sportpraxis“ erfolgen: www.dgsp.de (Service) (Abruf: 30.09.2010).



„Sport pro Gesundheit“

Der Deutsche Olympische Sportbund hat gemeinsam mit der Bundesärztekammer mit „Sport pro Gesundheit“ ein Qualitätssiegel im Bereich des Gesundheitssports entwickelt. Die Kurse dienen je nach Ausrichtung der Vorbeugung von Erkrankungen oder der Rehabilitation bei bereits bestehenden Beschwerden. Sie werden von speziell ausgebildeten Übungsleitern durchgeführt.

Viele Krankenkassen haben das Siegel als qualifizierte Maßnahme zur Primärprävention anerkannt, sofern diese alle Kriterien des Leitfadens Prävention (GKV-Spitzenverband 2010) erfüllen. Mitglieder haben so die Möglichkeit, sich über § 20 SGB V einen Teil der Kurskosten rückerstatten zu lassen. Darüber hinaus sind die Angebote von Sport pro Gesundheit von einigen Kassen über § 65 SGB V in das Bonusprogramm aufgenommen worden.



Angebote in Ihrer Nähe finden Sie unter: www.sportprogesundheit.de (Abruf: 25.08.2010).

Weitere Informationen zu Sportarten für ältere Menschen finden Sie auf der Website des Deutschen Olympischen Sportbundes unter: www.richtigfitab50.de (Abruf: 25.08.2010).



© Edith-Ochs/pixelio.de

V. Bewegung im Alltag – so oft wie möglich

Häufig sind gerade alltägliche körperliche Aktivitäten dazu geeignet, Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und Gleichgewicht zu trainieren.

Älteren Menschen kann deshalb empfohlen werden, so oft wie möglich im Alltag körperlich aktiv zu sein und sitzende oder ruhende (körperlich inaktive) Phasen immer wieder zu unterbrechen (►► S. 17).

Körperliche Alltagsbewegungen sollten in die täglichen Routinen eingebaut werden und zur Gewohnheit werden.



- Treppen nutzen, Aufzüge und Rolltreppen meiden.
- Lieber den Schirm statt den Wagen nehmen.
- Einkäufe in der Wohnumgebung mit dem Fahrrad oder zu Fuß erledigen.
- Das Auto in der hintersten Ecke des Parkplatzes parken, den Rest zu Fuß gehen.
- Eine Straßenbahnstation früher aussteigen, den Rest zu Fuß gehen.

Ein Schrittzähler kann helfen, einen Überblick über die Schritte an einem Tag zu geben. Er kann dazu motivieren, an besonders „bewegungsarmen“ Tagen noch eine Extrarunde um den Wohnblock zu drehen (Bravata et al. 2007).



Unter dem Slogan „Jeden Tag 3.000 Schritte extra“ hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Kampagne gestartet. Ziel der Kampagne ist es, Menschen zu mehr Bewegung im Alltag zu motivieren. Ein virtueller „bewegungs.coach“, begleitet bei körperlichen Aktivitäten.



Auf der Internetseite „Die Prävention“ können Sie Informationen zur Kampagne abrufen: www.die-praevention.de (Abruf: 25.08.2010).



© Harald Richter/pitopia.de

Führen Sie Ihren Hund spazieren – auch wenn Sie keinen haben! ... so könnte das Motto zu mehr Bewegung im Alltag lauten.

1. Spaziergangsgruppen

Angeleitete Spaziergangsgruppen können Seniorinnen und Senioren aktivieren und ein alltagsnahes, niedrigschwelliges, kostenfreies, leicht umsetzbares und wohnortnahes Bewegungsangebot für ältere Menschen etablieren, das gleichzeitig einen Beitrag zur Sturzprophylaxe bietet.

Die Idee der „geführten Spaziergangsgruppen“ kommt aus Dänemark. Sie wurde dort im Rahmen von Modellprojekten des Gesunde-Städte-Netzwerkes entwickelt.



www.sund-by-net.dk (Abruf: 25.08.2010). Hier finden Sie Informationen in englischer Sprache zum dänischen Gesunde-Städte-Netzwerk.

In Deutschland liegen bisher wenig konkrete Erfahrungen mit angeleiteten Spaziergangsgruppen für ältere Menschen vor. Allerdings existieren erste vielversprechende Ansätze. Diese könnten Modellcharakter für ein noch zu erschließendes Feld aufweisen.

In Berlin beispielsweise wird durch das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin/Brandenburg zurzeit ein Konzept zu Spaziergangsgruppen umgesetzt, das auf Basis eines Modellprojektes im Bezirk Lichtenberg entwickelt wurde. Das Konzept setzt sich aus den folgenden Bausteinen zusammen:

- 1) Analyse der Angebotslandschaft und der Zielgruppe(n)
- 2) Aufbau von Spaziergangsgruppen
- 3) Durchführung der Spaziergänge
- 4) Weiterentwicklung des Angebotes und begleitende (►) Evaluation

1) Analyse der Angebotslandschaft und der Zielgruppe(n)

Am Beginn stehen die Analyse der vorhandenen Angebotslandschaft und die Auseinandersetzung mit der Zielgruppe der älteren Menschen vor Ort (►► S. 53 ff). Die Ergebnisse der Analyse bestimmen auch das weitere Vorgehen und die Konzeption des Angebotes (zum Beispiel Wahl der Ansprachestrategie und Zugangswege ►► S. 109).

Die Analyse der vorhandenen Angebote vermeidet den Aufbau von Doppelstrukturen oder konkurrierenden Angeboten und gewährleistet ein bedarfsgerechtes und zielgruppenspezifisches Angebot. Anknüpfungspunkte zu bereits bestehenden Strukturen, Einrichtungen, Angeboten und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können so aufgegriffen und genutzt werden.

In Berlin wurde zur Initiierung des Angebotes durch das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin/Brandenburg ein sogenanntes (►) World Café veranstaltet, um die Erfahrungen und Ideen der Akteurinnen und Akteure aus der Berliner Seniorenarbeit sowie die der Bewohnerinnen und Bewohner aufzugreifen und in die Projektentwicklung einfließen zu lassen.

Themen waren unter anderem:

- Der Zugang zu isolierten oder sozial benachteiligten älteren Menschen
- Orte der Bewegung und der Geselligkeit im Quartier
- Der Austausch über bestehende Angebote und Gruppen
- Die Entwicklung konkreter Ideen, wo die Spaziergangsgruppen eingerichtet werden könnten

- Die Entwicklung konkreter Ideen, wo potenzielle Orte der Anbindung an bestehende Gruppen im Kiez bestehen.

2) Aufbau von Spaziergangsgruppen

Kooperationen

Spaziergangsgruppen werden nur dann nachhaltig erfolgreich sein, wenn sie gut vernetzt sind. Insofern macht es Sinn, Kooperationen zu suchen und zu bilden.

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner können das Angebot zum einen hinsichtlich der Qualifizierung der Spaziergangspaten unterstützen und zum anderen bezüglich der Bereitstellung eines festen Treffpunktes für die Spaziergangsgruppen. Mögliche Kooperationen können sein: Wohnungsbaugesellschaften, Nachbarschaftshäuser, Seniorenwohnhäuser, Sportvereine oder Seniorenfreizeitstätten. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren können besonders im Hinblick auf die Bekanntmachung des Angebotes bei der Zielgruppe der älteren Menschen von entscheidender Bedeutung sein. In Berlin haben sich zu diesem Zweck Seniorenvertretungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Seniorentreffpunkten, Sozialkommissionen aber auch Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten bewährt.

Aufbauend auf den Ergebnissen des (►) World Cafés organisierten die Berliner Projektleiterinnen und -leiter ein Folgetreffen mit denjenigen Akteurinnen und Akteuren, die ein konkretes Interesse geäußert hatten, in ihrem Umfeld Spaziergangsgruppen aufzubauen. Sie erfassten unter anderem den Unterstützungsbedarf, tauschten Erfahrungen aus und trafen konkrete Absprachen zum weiteren Vorgehen.

Öffentlichkeitsarbeit

Um das Angebot der Spaziergangsgruppen im Bezirk bekannt zu machen, hat sich in Berlin eine Kombination aus unterschiedlichen Maßnahmen bewährt:

Die Akteurinnen und Akteure stellten das Angebot der Spaziergangsgruppen im Rahmen von seniorenrelevanten Veranstaltungen vor.

Gleichzeitig konnten sie über lokale Wochenblätter sowohl Spaziergangspatinnen und -paten gewinnen als auch Spaziergängerinnen und Spaziergänger aktivieren.

Schließlich bewährte sich auch die Einbindung von prominenten Vertreterinnen und Vertretern aus Politik oder Gesellschaft in die Auftaktveranstaltung und/oder in den ersten Spaziergang, um zusätzliches Interesse zu wecken und eine breite Außenwirkung zu erzielen.

Weitere Informationen zum Thema Öffentlichkeitsarbeit finden Sie ab ►► S. 109.

Checkliste: Spaziergangsgruppen planen

- ✓ Es besteht ein Überblick über die bestehende Angebotsstruktur zur Bewegungsförderung im Alter.
- ✓ Die Zielgruppe der Älteren vor Ort und deren Bedarf ist geklärt.
- ✓ Potentielle Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind für die Beteiligung an der Umsetzung des Angebots gewonnen.
- ✓ Zuständigkeiten und Aufgaben der zentralen Projektkoordination, der Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und der Patinnen und Paten innerhalb des Angebots sind geklärt und verteilt.
- ✓ Über einen multimedialen Ansatz werden Spaziergangspatinnen und -paten gewonnen und die Spaziergängerinnen und Spaziergänger beworben.
- ✓ Vor dem ersten Spaziergang haben die Patinnen und Paten an einer Qualifizierungsmaßnahme teilgenommen.
- ✓ Eine Spaziergangsgruppe wird idealerweise von zwei Patinnen beziehungsweise Paten „geleitet“.
- ✓ Die Spaziergangsgruppe umfasst nicht mehr als 10 Spaziergängerinnen und Spaziergänger.
- ✓ Es werden regelmäßig Treffen organisiert, die den Spaziergangspatinnen und -paten einen Austausch ermöglichen.
- ✓ Es existiert eine zentrale Anlaufstelle für die Patinnen und Paten.

So wird der Spaziergang gesundheitsförderlich:

- ✓ Die Spaziergänge sind auf die Bedürfnisse und die Leistungsfähigkeit der Spaziergängerinnen und Spaziergänger angepasst.
- ✓ Die Spaziergänge finden regelmäßig statt – zum Beispiel 1-2 Spaziergänge pro Woche.
- ✓ Die Spaziergängerinnen und Spaziergänger sind idealerweise mindestens 10 Minuten am Stück in Bewegung.
- ✓ Die Bewegungsphasen eines Spazierganges sind in der Summe idealerweise 30 Minuten lang.
- ✓ Auf der Spaziergangsrouten befinden sich Toiletten und Sitzgelegenheiten.
- ✓ Für Notfälle hat die Patin oder der Pate ein Handy, Wasser und Traubenzucker dabei.
- ✓ Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben bei Bedarf entsprechende Notfallmedikationen dabei.

Leitung der Spaziergangsgruppen – Patenschaften

Elementarer Bestandteil des Angebotes der Spaziergangsgruppen sind die ehrenamtlichen Patinnen und Paten. Sie leiten und führen die Spaziergangsgruppe (mit bis zu zehn Personen). Vor dem ersten Spaziergang nehmen alle Patinnen und Paten an einem für sie kostenfreien Basiskurs teil.

Der Basiskurs

- hat einen Umfang von zwei bis drei Zeitstunden
- dient dazu, die Patinnen und Paten auf ihre ehrenamtliche Aufgabe vorzubereiten
- klärt versicherungsrechtliche Fragen
- vermittelt Erste Hilfe-Kenntnisse und Unterstützungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen
- vermittelt Grundkenntnisse über die Gesundheit im Alter.

Ein Erfahrungsaustausch mit den Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Patinnen und Paten findet regelmäßig und fortlaufend statt – als Angebot der zentralen Projektkoordination.

3) Durchführung der Spaziergänge

Beginn und Ende des Spaziergangs sollte an einem fest definierten Treffpunkt (zum Beispiel einer Seniorenfreizeitstätte) sein. Bei der Planung der Route ist es wichtig darauf zu achten, dass diese barrierefrei ist und zwischendurch Möglichkeiten zum Sitzen bietet. Darüber hinaus sollten Toiletten am Weg liegen.

Um eine Überlastung der Patin oder des Paten zu vermeiden, sollte die Zahl der Spaziergängerinnen und Spaziergänger zehn Personen nicht überschreiten.

Um die Kontinuität des Angebots zu gewährleisten, hat es sich in der Praxis bewährt, zwei Patinnen oder Paten pro Spaziergangsgruppe aufzustellen. Dadurch kann im Verhinderungsfall einer Patin oder eines Paten der Spaziergang trotzdem stattfinden.

Die Länge und die Art der Strecke hängen in jedem Fall von der Leistungsfähigkeit der Gruppe ab und sollten darauf abgestimmt sein. Zudem gilt es zu beachten, dass die konditionellen Unterschiede innerhalb einer Gruppe nicht allzu hoch sind. Die Ausgestaltung muss dabei nicht allein auf den Schultern der Patin oder des Paten lasten. Vielmehr ist es für die Nachhaltigkeit des Angebots förderlich, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen in die Planung der Spaziergangsrouten einzubeziehen.

4) Weiterentwicklung des Angebotes und begleitende Evaluation

Um das Angebot der Spaziergangsgruppen weiterentwickeln zu können und dieses damit noch stärker auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie auf die Gegebenheiten im Quartier anzupassen, ist die Durchführung einer begleitenden (►) Evaluation wichtig (►► S. 95 ff).

Sowohl die Perspektiven der Zielgruppen (Spaziergängerinnen und Spaziergänger sowie Spaziergangspatinnen und -paten) als auch die der Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind dafür von Interesse. Ferner liefern regelmäßige Treffen der Spaziergangspatinnen und -paten einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung des Angebots.



Weitere Informationen zu den Stadtteilspaziergängen erhalten Sie über das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin – Brandenburg unter der Internetadresse: www.gesundheitberlin.de (Abruf: 25.08.2010).



Ein ähnlicher Ansatz wie in Berlin wird zurzeit in Köln erprobt. Unter dem Motto „gesund & mobil im Alter. Ein Rundgang – mit Tiefgang“ hat das Gesundheitsamt in Kooperation mit der Seniorenvertretung Köln Stadtteilrundgänge entwickelt, die zu Sehenswürdigkeiten, Besonderheiten und Eigentümlichkeiten in den jeweiligen Stadtteilen führen. Die Spaziergänge können mit Freunden, Bekannten, Nachbarn oder auch alleine durchgeführt werden.

Zu jedem Stadtteilspaziergang wurde eine kostenlose Broschüre angefertigt. Weitere Routen sind derzeit geplant. Zudem wird unter anderem darüber nachgedacht, auch angeleitete Führungen anzubieten. Informationen erhalten Sie über das Gesundheitsamt der Stadt Köln.

2. Wandern für die Gesundheit

Kern des Projektes ist das Gesundheitswandern als Kombination aus Wanderungen und gezielten Kräftigungs-, Mobilisations-, Koordinations- und Entspannungsübungen.

Hintergrund sind Forschungsergebnisse zum gesundheitlichen Nutzen des Wanderns (Schulze Temming/Zalpour 2009). So untersuchten beispielsweise

- Manson und Kollegen (1999) den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität beziehungsweise dem Walken, beziehungsweise Gehen und dem Auftreten von Herzerkrankungen bei 72.488 gesunden US-amerikanischen Krankenschwestern zwischen 40 und 64 Jahren. Über acht Jahre hinweg wurden Nachbeobachtungen angestellt. Dabei waren dieje-



nigen Frauen, die mehr als drei Stunden pro Woche zügig wanderten, weit weniger von Herzerkrankungen betroffen als diejenigen, die selten gingen.

- Hakim und Kollegen (1999) von 1991-1993 die tägliche Gehstrecke von 2.678 Männern im Alter von 71 bis 93 Jahren. Im Rahmen ihrer Nachbeobachtungen nach zwei und vier Jahren stellten Sie fest, dass Männer, die weniger als 0,25 Meilen (0,4 km) pro Tag gingen, ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko hatten wie diejenigen, die mehr als 1,5 Meilen (2,4 km) pro Tag gingen.

Gesundheitswandern ist ein niederschwelliges Angebot, das grundsätzlich für Menschen jeden Alters die Möglichkeit bietet, regelmäßig, kostenfrei (oder kostengünstig) körperlich aktiv zu sein. Gesundheitswandern eignet sich aufgrund der Beanspruchungsform auch für ältere Menschen besonders.

Dabei geht es nicht nur um die Verbesserung der Fitness. Vielmehr sollen mit dem Bewegungsangebot das soziale Miteinander und das Sozialerleben gefördert werden. Allerdings sollte nicht vergessen werden, dass zur Erreichung der Bewegungsempfehlungen (►► S. 17 ff) hinsichtlich der Häufigkeit sehr regelmäßig Wanderungen durchgeführt oder Gesundheitswanderungen mit anderen Bewegungsformen kombiniert werden sollten.

Gesundheitswanderungen gliedern sich typischerweise in eine Einstiegs-, eine Aufwärm-, eine Ausdauer-, eine Entspannungs- und eine Abschlussphase mit je spezifischen Schwerpunktsetzungen. Sie werden beispielsweise von Wandervereinen (►► S. 137) durch speziell dafür ausgebildete Gesundheitswanderführerinnen und Gesundheitswanderführer angeboten.

Wanderungen können dabei individuell an die physischen Voraussetzungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer angepasst werden. Dies geschieht klassischerweise über eine Anpassung der Streckenlänge, des Tempos und der Steigungen. Primäre Zielgruppe der

Gesundheitswanderungen sind Menschen im Alter von 55 und älter (Schulze Temming/Zalpour 2009).



www.in-form.de (Projekte) (Abruf: 25.08.2010). Hier finden Sie weitere Informationen zum Gesundheitswandern – Projekt: LET's GO.

3. Radfahren für die Gesundheit

Radfahren hat ein großes gesundheitsförderliches Potenzial. Das belegen mehrere Studien (unter Einbeziehung möglicher Effekte anderer Formen körperlicher Aktivität):

- Eine dänische Studie zeigt, dass bei Erwachsenen, die zumindest insgesamt drei Stunden pro Woche mit dem Rad zur Arbeit fahren, das Risiko, vorzeitig zu sterben, um rund 30 Prozent reduziert wurde (Andersen et al. 2000).
- Eine ähnliche Risikoreduktion für die Gesamtsterblichkeit zeigten die Ergebnisse einer Studie aus China, bei der Daten von 67.143 Frauen zwischen 40 und 70 Jahren ausgewertet wurden (Matthews et al. 2007).
- Motivierend sind die Ergebnisse einer dänischen Studie, bei der untersucht wurde, wie sich der Wechsel vom Verhalten „Nicht-Radfahrerin/Nicht-Radfahrer“ zu „Radfahrerin/Radfahrer“ bei zehnjährigen Kindern auf die Fitness auswirkt. Mädchen, die während eines Zeitraums von sechs Jahren vom motorisierten Transport beziehungsweise vom Zu-Fuß-Gehen auf das Radfahren umstiegen, verbesserten ihre Fitness um 6 Prozent, Jungen sogar um 21 Prozent (Cooper et al. 2008).
- Studien, die in Finnland (Oja et al. 1998) und in den Niederlanden (Hendriksen et al. 2000) durchgeführt wurden, ergaben eine Fitnessverbesserung bei jenen Personen, die begannen, mehr als dreimal pro Woche zwischen sechs und zehn Kilometer mit dem Rad zur Arbeit zu fahren.

- In Belgien (de Geus et al. 2009) blieb die Fitness der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer ähnlichen Interventionsgruppe unverändert. In der Vergleichsgruppe hingegen verschlechterte sich die Fitness.

Allerdings muss beim Radfahren berücksichtigt werden, dass bei einer Fahrt zirka 30 bis 40 Prozent gerollt wird, ohne in die Pedale zu treten. Anders ausgedrückt kann man sagen: eine halbe Stunde Joggen entspricht einer dreiviertel Stunde Fahrradfahren (vgl. Köhler 1999).

Radfahren und Sicherheit

Wie sicher Radfahren ist, hängt offenbar von der Verbreitung dieses Verkehrsmittels in einer Region ab. Wenn man die Daten verschiedener Länder zusammenfasst, erkennt man einen umgekehrten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Radfahrten und der Anzahl der Unfälle. Je mehr Strecken in einem Land mit dem Rad zurückgelegt werden, desto weniger Kollisionen gibt es zwischen Auto und Rad (Pucher/Dijkstra 2003).

Das könnte daran liegen, dass die Autofahrerinnen und Autofahrer einer Region die Radfahrerinnen und Radfahrer mehr beachten, wenn dort viele Radfahrerinnen und Radfahrer unterwegs sind.

Wie lange, wie häufig?

Bei einem niedrigen Ausgangsniveau dürften regelmäßige Radfahrten (≥ 3-mal pro Woche) mit Distanzen von zumindest sechs Kilometer pro Woche ausreichen, um die Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit um etwa 10 Prozent zu verbessern (Hendriksen et al. 2000).

Natürliche Experimente

Es gibt derzeit noch nicht viele Studien, in denen untersucht wurde, welche Einflussfaktoren – basierend auf dem sozial-ökologischen Rahmenmodell – die Benutzung des Rades als Verkehrsmittel beeinflussen. Besonders wünschenswert wären „natürliche Experimente“. Damit sind beispielsweise Verbesserungen der Radinfrastruktur gemeint (zum Beispiel neue Radwege oder

Radunterführungen), deren Effekte im Rahmen einer (►) Evaluation (►► S. 95 ff) überprüft werden.

Fahrradfahren als Win-Win-Situation

Viele Sektoren wie Gesundheit, Verkehr, Umwelt, Bildung, Denkmalschutz und vor allem die Menschen selbst werden zu „Gewinnern“, wenn in den Städten und auf dem Land viel öfter als bisher das Rad als Verkehrsmittel gewählt wird.

Auf politischer Ebene sind daher Maßnahmen notwendig, die die Verkehrsgruppe der Radfahrerinnen und Radfahrer unterstützen. Auf individueller Ebene geht es darum, Radfahren als tägliches Geschenk an sich selbst zu entdecken.



Hinsichtlich der Förderung des Radfahrens sollten Strategien beispielsweise die nachfolgenden Ebenen berücksichtigen:

- die politische Ebene (zum Beispiel eine radfreundliche Gesetzgebung)
- die Ebene der bebauten Umwelt (zum Beispiel ein engmaschiges und gut ausgebautes Radwegenetz)
- die soziale Ebene (zum Beispiel die Erhöhung des Stellenwerts der Radfahrenden)
- die individuelle Ebene (zum Beispiel die Kommunikation des Zusammenhangs zwischen Radfahren und Fitness) (Gesundheit Österreich im Druck).



www.adfc.de (Abruf: 25.08.2010) und www.adfc-nrw.de (Abruf: 25.08.2010). Auf den Internetseiten des Allgemeinen Deutschen Fahrradclubs können Sie beispielsweise Informationen zu Radwegen, geführten Radtouren, Gesundheitsprogrammen in Zusammenarbeit mit Krankenkassen sowie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern vor Ort abrufen.



© Ruth/pitopia.de

VI. Was ist Bewegungsförderung?

Der gesundheitswissenschaftliche Begriff „Bewegungsförderung“ umfasst Interventionen zur Unterstützung und zum Ausbau gesundheitswirksamer körperlicher Aktivitäten (►► S. 15) (vgl. Schlicht/Brand 2007).



Bewegungsförderung ist als Prozess zu verstehen.

Gemeint ist all das, was dazu beiträgt Menschen ein hohes Maß an körperlicher Aktivität zu ermöglichen – als Beitrag zur Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen und Teil eines gesunden Lebensstils.

Das können sowohl geführte Touren eines Wandervereins sein, als auch der Bau eines Radweges oder die Sitzbank für die Pause einer Spaziergangsgruppe.

Um das Bewegungsverhalten in der Bevölkerung nachhaltig verbessern zu können, müssen wir für die Bewegungsförderung alle Lebensbereiche berücksichtigen: Freizeit, Alltag und Arbeit. Die Unterstützung gesundheitsförderlicher Bewegung setzt damit auf die Integration entsprechender Angebote in die Lebenswelten von Menschen.

Sie zielt zum einen auf eine positive Veränderung der Rahmenbedingungen (Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen), zum anderen auf eine positive Veränderung des individuellen Verhaltens von Menschen ab.

Bewegungsförderung will sowohl die Gesundheit fördern und Krankheiten vorbeugen als auch (►) kurativ und rehabilitativ wirken (Geuter 2010).

Als Basis der Bewegungsförderung dient unter anderem die (►) Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation. Als wesentliche Konzepte der Gesundheitsförderung im Allgemeinen und der Bewegungsförderung im Speziellen sind hier (►) Empowerment, (►) Partizipation und der (►) Settingansatz zu nennen (Altgeld/Kolip 2004).

Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung sollten bei der Planung, Durchführung und (►) Evaluation ihrer Angebote zielgerichtet, systematisch und theoriebasiert vorgehen. Sie sollten dabei fortlaufende Aktivitäten der (►) Qualitätsentwicklung und -sicherung einsetzen (►► S. 83 ff).

Mittlerweile liegt umfangreiches Wissen zu möglichen Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten von Menschen – so auch von älteren Menschen – vor (►► S. 13). Theorien erklären das Gesundheitsverhalten (LIGA.NRW 2010). Daraus lassen sich zahlreiche Konsequenzen für die Bewegungsförderung ableiten. Außerdem wurde in den vergangenen Dekaden zunehmend die Interventionsforschung zur Bewegungsförderung auf- und ausgebaut. Dieser Forschungszweig liefert hochrelevante Ergebnisse zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Bewegungsförderung (►► S. 41 ff).



Auch wenn noch nicht alle Fragen geklärt sind, können Akteurinnen und Akteure auf zahlreiche Erkenntnisse aus der Forschung zurückgreifen, um vielversprechende, begründete und zielgerichtete sowie an den Bedürfnissen von Zielgruppen (►► S. 53 ff) orientierte Maßnahmen der Bewegungsförderung zu entwickeln.

VII. Warum ist Bewegungsförderung für ältere Menschen wichtig?



Für ältere Menschen ist die Förderung regelmäßiger gesundheitswirksamer Bewegung besonders wichtig. Denn im Vergleich zu anderen Altersgruppen bewegen sich ältere Menschen besonders selten regelmäßig:

Bewegungsverhalten: Statistiken zeigen: Etwa 80 bis 90 Prozent aller Erwachsenen in Deutschland sind von Bewegungsmangel betroffen (Tiemann/Brehm 2006; Mensink 2003). Körperliche Inaktivität wird sogar als das zentrale Gesundheitsproblem im dritten Jahrtausend bezeichnet (Blair 2000).

Aktuelle Daten zu körperlichem Aktivitätsverhalten älterer Menschen, die 2009 im Rahmen des Projektes „bewegt leben – Mehr vom Leben“ im nordrhein-westfälischen Rhein-Sieg-Kreis erhoben wurden, zeichnen im Gegensatz zu anderen Studien hinsichtlich der Prozentwerte zu körperlicher Inaktivität ein etwas positiveres Bild. Gleichwohl wird deutlich, dass sich immer noch knapp die Hälfte der über 55-jährigen Befragten nicht ausreichend bewegt.

Körperliche Alltagsbewegung: Die Hälfte der Befragten gibt an, mindestens viermal in der Woche körperlich anstrengende Alltagsaktivitäten auszuführen wie zum Beispiel zügiges Spazieren oder längere Strecken am Stück gehen, Heimwerken, Haus- oder Gartenarbeiten, Fahrrad fahren oder mit Kindern beziehungsweise Haustieren spielen.

Ein gutes Drittel ist nur an zwei bis drei Tagen pro Woche aktiv. Nur 13 Prozent sind einmal pro Woche oder seltener aktiv. Ein geringer Anteil von 3 Prozent sagt, dass sie gar keine anstrengenden Alltagsbewegungen ausführen. Befragt nach der Dauer der Aktivitäten gibt nur ein kleiner Teil (8 Prozent) an, weniger als 30 Minuten täglich für Alltagsbewegungen zu verwenden. Fast die Hälfte ist hingegen sogar mehr als 90 Minuten täglich im Alltag aktiv.

Sportliche Aktivität: 58 Prozent der Befragten geben an, dass sie aktuell Sport treiben. Zu den häufigsten aktuell betriebenen Sportarten im Sinne von Vereins-

sport, privat organisiertem Breitensport aber auch sportlich betriebener Freizeitbeschäftigungen zählen:

- Radfahren, Radsport (35 Prozent)
- Gymnastik, Aerobic (25 Prozent)
- Schwimmen (24 Prozent)
- Wandern (24 Prozent)
- Walken, Nordic Walking (16 Prozent)
- Fitness, Kraftsport, Bodybuilding (13 Prozent)
- Jogging, Laufen (9 Prozent)
- Tennis (8 Prozent)

Bei der Überlegung, sportliche Aktivität im Lebenslauf als Anknüpfungspunkt für weiteres „Bewegungsenagement“ zu nutzen, kann man auf einen Großteil der Zielgruppe zurückgreifen. Nur ca. 17 Prozent geben an, noch nie Sport getrieben zu haben.

Über die Hälfte der über 55-jährigen sportlich Aktiven betreibt den Sport für sich alleine.

Interessant ist, wie die sportliche Aktivität ausgeübt wird. Über die Hälfte der über 55-jährigen sportlich Aktiven gibt an, den Sport für sich alleine zu betreiben. Ein gutes Drittel ist im Verein aktiv oder führt die Sportaktivität mit Freunden und Bekannten durch. Ins Fitnessstudio gehen immerhin noch 11 Prozent (Mehrfachnennungen möglich).

Bei der Sportausübung in früheren Jahren zeigt sich eine deutlich andere Verteilung: So haben fast zwei Drittel den Sport im Verein ausgeübt, für sich alleine nur ca. 27 Prozent. Auch das Fitnessstudio war mit nur einem Prozent wesentlich weniger besucht.

Diese Zahlen zeigen, dass nur ein geringer Teil der Personen über 55 Jahren weder sportlich noch im Alltag

aktiv ist. Dennoch wird auch deutlich, dass nur gut die Hälfte die Empfehlungen der WHO zu gesundheitswirksamer Bewegung erfüllt. Hier ist also ein großes Präventionspotential noch nicht ausgeschöpft.

Als (►) Motivation für ihr sportliches Engagement oder ihre körperliche Aktivität im Alltag wurden genannt (Mehrfachnennungen möglich):

- Sich körperlich fit halten wollen (90 Prozent)
- Sich ausgeglichener fühlen (84 Prozent)
- Spaß (83 Prozent)
- Erkrankungen vorbeugen (77 Prozent)
- Mehr Zeit draußen verbringen (69 Prozent)
- Weil es sich im Alltag so ergibt (65 Prozent)
- Mit netten Leuten zusammen sein (48 Prozent)
- Von der Ärztin oder dem Arzt empfohlen (29 Prozent)
- Um neue Bekanntschaften zu knüpfen (27 Prozent)

Die (►) Motivation, sich mehr zu bewegen, haben 25 Prozent der Befragten. Differenziert man hier nach Altersklassen, zeigen sich erneut deutliche Unterschiede: Unter den 55 bis 65 Jahre alten Befragten wollen sich 35 Prozent mehr bewegen beziehungsweise Sport treiben. Bei den Personen zwischen 65 und 75 Jahren sind es immerhin noch 23 Prozent, bei den über 75-Jährigen allerdings nur noch 11 Prozent. Auf die Frage, was Sie konkret am Bewegungsverhalten ändern wollen, antworteten mehr als zwei Drittel, dass sie sich mehr im Alltag bewegen wollen (70 Prozent) und mehr privaten Sport betreiben wollen (62 Prozent).

Bei der Frage, warum Personen keinen, wenig oder nicht mehr Sport treiben, waren die Motivlagen deutlich unterschiedlicher:

- So gaben jeweils 34 Prozent an, keine Zeit zu haben oder an einer Verletzung oder körperlichen Behinderung zu leiden.
- 36 Prozent nutzen ihre Zeit lieber anders und
- 39 Prozent bewegen sich nach eigener Einschätzung bereits genug im Alltag.

Nutzung und Bekanntheit von Angeboten: Ein gutes Drittel (35 Prozent) der Befragten gibt an, altersspezifische Angebote zu kennen. Sportangebote eines Vereins (84 Prozent) und Bewegungsangebote zur Gesundheitsförderung (78 Prozent) sind dabei am bekanntesten. Angebote aus den Themenkomplexen Ernährung, Begegnung und Entspannung werden deutlich weniger benannt.



Fast zwei Drittel der Befragten kennen keine altersspezifischen Angebote und nutzen sie demnach auch nicht.

Hier gibt es also noch Nachholbedarf für die Anbieter – besonders bezüglich der Öffentlichkeitsarbeit und Werbung (►► S. 109 ff). Aber auch diejenigen, die die Angebote kennen, nutzen sie nur zu einem relativ geringen Prozentsatz. Analog zur Bekanntheit ist auch die Rangfolge bei der Nutzung: So liegen Sportangebote eines Vereins an der Spitze mit 24 Prozent, gefolgt von Bewegungsangeboten zur Gesundheitsförderung (20 Prozent).

Nur gut die Hälfte der über 55-Jährigen ist körperlich ausreichend aktiv!

Hochgerechnet auf die Gesamtheit der Befragten ergibt sich, dass 15 Prozent mindestens ein altersspezifisches Bewegungsangebot nutzen. Unter den Nicht-Nutzern altersspezifischer Angebote (85 Prozent der Befragten) zeigen nur wenige (8 Prozent) die (►) Motivation, dies in Zukunft zu tun. Die überwiegende Mehrheit von 60 Prozent gibt hingegen an, kein Interesse zu haben. Als Motivlagen, warum kein Angebot genutzt wird, gibt über die Hälfte (53 Prozent) an, dass sie ihre Aktivitäten lieber privat oder alleine gestalten, 43 Prozent wollen sich nicht auf feste Termine festlegen. Etwa ein Viertel nutzt die Angebote nicht, weil sie zu einer unpassenden Zeit stattfinden, sie sich noch nicht als Seniorin oder Senior betrachten und demnach nicht für diese Angebote interessieren oder weil sie sich nicht auf Mitgliedsbeiträge festlegen möchten.

Bei der Altersgruppe 66 bis 75 Jahre sind die Bedenken gegen (organisierte) Gruppenaktivitäten oder -angebote am weitesten verbreitet. Mit 60 Prozent gibt diese Altersgruppe signifikant häufiger an, dass sie ihre Aktivitäten lieber alleine beziehungsweise privat gestalten wollen. Bei den jüngeren (55-65 Jahre) und den älteren Altersgruppen (ab 75 Jahre) sind es im Vergleich nur 49 Prozent.



Auf der Internetseite von „bewegt leben – Mehr vom Leben“ können Sie weitere Informationen zum Projekt abrufen: www.bewegtleben.net (Abruf: 25.08.2010).

VIII. Was motiviert ältere Menschen sich zu bewegen?

Die Tatsache, dass Bewegung gut für die Gesundheit ist, ist vielen Menschen bewusst. Dies ist durch viele wissenschaftliche Studien belegt (U.S. Department of Health and Human Services (2008). (►► S. 13)

Werden Frauen und Männer gefragt, was sie tun könnten, um ihre Gesundheit zu verbessern, lautet ihre Antwort häufig: „ich sollte mich mehr bewegen!“ (vgl. Rittner/Breuer 1998). Dies führt allerdings nicht zwangsläufig dazu, dass Menschen sich tatsächlich ausreichend viel bewegen (Allender et al. 2006).



Nur ein Bruchteil der Menschen, die den gesundheitlichen Nutzen von Bewegung als hoch einschätzt, handelt danach (Martinez-Gonzalez et al. 2001; Mensink 1999, 2003; Rütten/Abu-Omar 2004a; Varo et al. 2003).

Es stellen sich also die folgenden Fragen:

- Gibt es einen „inneren“ Schweinehund, der Menschen immer wieder davon abhält, sich ausreichend zu bewegen, obwohl sie wissen, dass es ihrer Gesundheit dienen würde?
- Warum werden „gute“ Vorsätze, die eigene körperliche Aktivität zu steigern, oft nicht langfristig umgesetzt?
- Welche inneren und äußeren Bedingungen sind eigentlich notwendig, damit insbesondere ältere Menschen sich ausreichend viel bewegen?

Bewegungsverhalten hängt von vielen Einflussfaktoren ab, die auf verschiedenen Ebenen anzusiedeln sind: von der personenbezogenen über die soziale und kulturelle sowie die physische (insbesondere städtebauliche) bis hin zur gesellschaftlich-politischen Ebene (Bauman et al. 2002; Giles-Corti/King 2009; Sallis/Owen 2002).

Theorien und Modelle zur Erklärung des Bewegungsverhaltens gehen recht einheitlich davon aus, dass für ausreichende körperliche Aktivität zunächst eine ausreichende Bewegungsmotivation vorliegen muss (Absicht, Ziel). Die Bildung dieser Bewegungsabsicht hängt dabei in erster Linie ab von:

- persönlichen Kosten-Nutzen-Abwägungen (Konsequenzerwartungen, Verhaltensüberzeugungen, Einstellung, wahrgenommene Vor- und Nachteile, erwartete Hindernisse) sowie
- der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, auftretende Hindernisse bewältigen zu können.

Für die Umsetzung der Bewegungsabsicht in tatsächliches Bewegungsverhalten sind weitere Einflüsse zu berücksichtigen. Hier zeigt sich, dass konkrete Pläne (Wo? Wann? Wie?) die Umsetzung der Absicht fördern. Außerdem hängen positive Einschätzungen der eigenen Fähigkeit mit auftretenden Handlungshindernissen oder Rückschlägen umzugehen mit der erfolgreichen Ausführung zusammen, sofern schon eine Bewegungsabsicht vorliegt. Barrieren, welche der Umsetzung der Bewegungsabsicht erschwerend im Weg stehen, sollten hingegen minimiert werden.

Gibt es einen „inneren“ Schweinehund, der Menschen davon abhält, sich ausreichend zu bewegen?

Für eine langfristige Aufrechterhaltung regelmäßiger Bewegung scheint es vor allem förderlich, wenn es gelingt, Bewegung zu einer stabilen Gewohnheit werden zu lassen, da dann über die Ausführung von Absichten nicht mehr nachgedacht werden muss und diese keiner Willensanstrengung bedürfen (Verplanken 2005). Die Gewohnheit scheint dann bewusste Planungs- und Handlungskontrollstrategien zu ersetzen.

Theorien und Modelle zur Erklärung des Bewegungsverhaltens liefern allerdings nur wenige Anhaltspunkte dafür, welche konkreten Kosten- und Nutzenerwartungen für das Bewegungsverhalten älterer Menschen ausschlaggebend sind oder welche konkreten Hindernisse es sind, die besonders häufig der Umsetzung regelmäßiger Bewegung im Wege stehen.

Solche individuellen (►) Motive und Hindernisse müssen bei der Planung von Bewegungsförderungsmaßnahmen jedoch berücksichtigt werden, um Maßnahmen möglichst zielgenau entwickeln zu können (Kreuter/Skinner 2000; Kreuter et al. 2000). Bei den positiven Erwartungen spielen hier bei älteren Menschen beispielsweise die Erwartung, sich „fitter“ zu fühlen, mit den Enkelkindern aktiv sein zu können und den Alterungsprozess aufzuhalten, eine wichtige Rolle.

Befürchtete Verletzungen, die wahrgenommene und tatsächliche Entfernung zu Bewegungsräumen, ein schlechter Gesundheitszustand sowie die Vorstellung, Bewegung und Sport seien nur etwas für junge Leute, stellen dagegen häufig Bewegungshindernisse dar.

Zu beachten ist auch, dass für Frauen und Männer unterschiedliche (►) Motive und Barrieren von Bedeutung sind. Für ältere Frauen scheint das Motiv Gesundheit wichtiger zu sein als für ältere Männer (Pahmeier 2008). Andere Studien weisen darauf hin, dass für ältere Frauen Faktoren wie die soziale Unterstützung wichtiger sind als für Männer. Im Gegensatz dazu ist primär für Männer das Vorhandensein von Bewegungsgelegenheiten und -räumen wie Sportvereinen oder Grünflächen eine wichtige Einflussgröße (Brownson et al. 2005; Phongsavan et al. 2007) (►► S. 60 ff).

Nach Erkenntnissen aus der Forschung sollten Maßnahmen zur Bewegungsförderung bei älteren Menschen:

- die Selbstwirksamkeit, die Absicht sich zu bewegen, die wahrgenommenen Vor- und Nachteile und damit zusammenhängende erwartete Konsequenzen von Bewegung günstig beeinflussen.
- das soziale und unmittelbare Wohnumfeld günstig beeinflussen.
- Außerdem wird empfohlen, Ziele zu bilden, Pläne zu schmieden und die Handlungskontrolle zu fördern (zum Beispiel durch Selbstbeobachtung).
- Um ein ausreichendes Bewegungsmaß langfristig aufrechtzuerhalten, sollten
- die Selbstwirksamkeit, die Absicht sowie wahrgenommene Barrieren

- und das soziale sowie bauliche Umfeld beeinflusst werden.
- Außerdem deutet es sich an, dass Bewältigungspläne hilfreich sind (van Stralen et al. 2009).

Bei dieser Aufzählung ist hervorzuheben, dass gerade die soziale Unterstützung und Gegebenheiten des unmittelbaren Wohnumfeldes wichtig für eine Verhaltensänderung scheinen. Das Wissen hierzu wächst kontinuierlich an und sichert die vermuteten Zusammenhänge ab (Hall/McAuley 2010; Kerr et al. 2003; Owen et al. 2007; Sallis et al. 2009; Van Dyck et al. 2010; Wendel-Vos et al. 2007).



Forschungsergebnisse geben wichtige Hinweise auf Ansatzpunkte, um das Bewegungsverhalten von Menschen zu beeinflussen.

Sie zeigen auf, welche Faktoren verändert werden müssen, um das Bewegungsausmaß zu steigern. Entsprechende Forschungsergebnisse können also eine Antwort auf die Frage „Was muss sich ändern?“ geben (Fuchs 2003; U.S. Department of Health and Human Services 2005). Daraus können und sollten erste Konsequenzen für die Bewegungsförderung abgeleitet werden.



Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung (LIGA.NRW 2010).

Hier sind – ergänzend zum vorliegenden Leitfaden – aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesen Fragen systematisch zusammengefasst. Sie helfen zu verstehen, warum sich manche Menschen ausreichend bewegen, andere jedoch inaktiv bleiben.

Allerdings können entsprechende Erkenntnisse leider nicht eins zu eins in Maßnahmen der Bewegungsförderung überführt werden. Nicht immer ist eindeutig abzuleiten, was sie für die Umsetzung in praktische Maßnahmen bedeuten. Dazu muss vor allem die Frage „Wie können die Einflussfaktoren verändert werden?“ beantwortet werden.

IX. Bewegungsverhalten verändern – aber wie?

Neben Forschungserkenntnissen ist für Akteure der Bewegungsförderung das systematische Wissen darüber entscheidend, wie sich die verschiedenen Einflüsse auf das Bewegungsverhalten verändern lassen. Denn nur damit kann die Frage geklärt werden: „Wie können relevante Einflussfaktoren verändert werden, damit es überhaupt zu einer (möglichst nachhaltigen) Änderung des Bewegungsverhaltens kommen kann? (Fuchs 2003; U.S. Department of Health and Human Services 2005).

Nachfolgend wird deshalb systematisch auf die Frage nach der Planung und Umsetzung von Bewegungsförderungsmaßnahmen eingegangen.

1. Von der Erklärung des Bewegungsverhaltens zur Veränderung



Um von der Erklärung des Bewegungsverhaltens (in der Theorie) zur tatsächlichen Veränderung (in der Praxis) zu kommen, bedarf es mehr als des Wissens um die Erklärungsfaktoren. Dies wird am Beispiel der wahrgenommenen Hindernisse körperlich aktiv(er) zu werden verdeutlicht:

Wahrgenommene Bewegungshindernisse reduzieren nachgewiesenermaßen körperliches Aktivitätsverhalten älterer Menschen (Lees et al. 2005). Dieses Wissen bildet einen ersten wichtigen Ansatzpunkt für Interventionen. Es hilft bei der Klärung der Frage nach den Gründen, also dem „Warum“ für Bewegungsmangel. Für die Entwicklung von Maßnahmen der Bewegungsförderung reicht die Klärung der Gründe („Warum“) allerdings nicht aus. Hierfür muss noch eine zweite, ebenso wichtige Frage beantwortet werden – die Frage nach dem „Wie“: Wie lassen sich wahrgenommene Bewegungshindernisse abbauen?

Im vorliegenden Beispiel bietet sich als Strategie ein sogenanntes Barrierenmanagement an, das beispielsweise über ein Protokoll (siehe Infokasten 2) angestoßen werden kann.

2. Von der Idee zur Umsetzung – wie entwickle ich Bewegungsprogramme?

Es gibt eine große Anzahl an Modellen, die den Prozess der Planung von Maßnahmen der Bewegungsförderung schrittweise beschreiben.

Die bekanntesten Beispiele sind das „Intervention Mapping“ von Bartholomew und Kollegen (2006) oder auch das „Precede-Procede-Model“ von Green und Kreuter (2005).



Hilfreiche Informationen zu den beiden Modellen finden Sie im Internet unter: <http://interventionmapping.com> (Intervention Mapping) und unter: <http://www.lgreen.net/precede.htm> (Precede-Procede-Model) (Abruf: 25.08.2010).

Auf den Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) finden Sie zudem ein Glossar zu Konzepten, Strategien und Modellen in der Gesundheitsförderung. Dort ist das Precede-Procede-Model in deutscher Sprache beschrieben. Die Seite können Sie abrufen unter: www.leitbegriffe.bzga.de (Abruf: 25.08.2010).

Die wesentlichen Entwicklungsschritte von „theoriegeleiteten“ Maßnahmen zur Bewegungsförderung lassen sich zusammenfassend in vier Schritte untergliedern (Ward et al. 2007). Diese Schritte sollen Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung bei einer zielgerichteten Entwicklung von Maßnahmen unterstützen. Die Schritte sind im Einzelnen (►► Infokasten 3, S.35):

- Identifizierung des Zielverhaltens (►► S. 34 ff)
- Berücksichtigung von Einflussfaktoren (►► S. 36 f)
- Auswahl der Methoden/Maßnahmen (►► S. 37)
- Entwicklung von kreativen und umsetzbaren Strategien (►► S. 37 ff)

Infokasten 2

Der IDEA-Bogen als Instrument des Barrieremanagements (IDEA: Identifizieren, Denken, Evaluieren, Analysieren)

Identifizieren Sie eine Barriere, die Sie davon abhält aktiv zu bleiben oder aktiv zu werden!

Denken Sie über einige kreative Lösungen nach!

Evaluieren Sie die Lösungen. Schreiben Sie auf, welche der Lösung Sie umsetzen möchten. Halten Sie auch fest, wann diese zum Einsatz kommen!

Analysieren Sie, wie gut der Plan funktioniert hat und verändern Sie diesen falls nötig. Wenn der Plan gut ist: Gratulation! Falls der Plan nicht optimal ist, schauen Sie noch einmal die Liste der Lösungen an und schmieden Sie einen neuen Plan!

Quelle: Blair et al. 2001

Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung wird empfohlen, bei der konkreten Planung von Maßnahmen systematisch und theoriegeleitet vorzugehen. Dabei kann das in Infokasten 3 vorgestellte Arbeitsblatt – sowie die näheren Erläuterungen darunter – helfen.

2.1 Identifikation des Zielverhaltens – Planungsschritt 1

Im ersten Planungsschritt geht es darum, das genaue Ziel des Programms festzulegen: Ist es das Ziel, strukturierte sportliche Aktivitäten zum gezielten Herz-Kreislauf-Training zu entwickeln und durchzuführen? Oder aber soll die aktive Fortbewegung im Alltag durch die Förderung von Zulußgehen oder Fahrradfahren gesteigert werden? (►► S. 83 ff)

Vom identifizierten Zielverhalten lassen sich in den nachfolgenden Planungsschritten entsprechende Einflussfaktoren, aber auch Interventionsstrategien ableiten. Je nach identifiziertem Zielverhalten kommen in der Regel unterschiedliche Einflussfaktoren auf das Verhalten, aber auch unterschiedliche Interventionsstrategien zum Tragen.

Je genauer das gewünschte Zielverhalten identifiziert ist, desto zielgenauer können entsprechende Maßnahmen geplant werden.

Auch deshalb ist es empfehlenswert, die entsprechende Zielgröße so spezifisch und genau wie möglich zu definieren. Je genauer das gewünschte Zielverhalten identifiziert ist, desto zielgenauer können entsprechende Maßnahmen geplant werden. Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung sollten hierzu in jedem Fall die umseitig aufgeführten vier Fragen beantworten:

Infokasten 3

Schritt für Schritt zum Erfolg – Maßnahmen der Bewegungsförderung systematisch planen**Planungsschritt 1: Identifikation des Zielverhaltens**

Aufgabe: Identifizieren Sie möglichst genau denjenigen Aspekt körperlicher Aktivität, der gefördert werden soll.

Planungsschritt 2: Auflistung der wissenschaftlich fundierten Einflussfaktoren

Aufgabe: Listen Sie die wichtigsten Einflussgrößen für das ausgewählte Aktivitätsverhalten auf.

Personenbezogene Einflussfaktoren (zum Beispiel: Selbstwirksamkeit, Barrieren, Freude):

Einflussfaktoren der wahrgenommenen Umwelt (zum Beispiel: Attraktivität der städtischen Architektur, Sicherheit, Erreichbarkeit):

Einflussfaktoren der soziokulturellen Umwelt (zum Beispiel: soziale Unterstützung durch Familie, Freunde):

Einflussfaktoren der physischen und natürlichen Umwelt (zum Beispiel: Flächennutzung, Rad- und Fußwegenetz, Vorhandensein von Frei- und Grünflächen):

Einflussfaktoren der gesamtgesellschaftlich-politischen Umwelt (zum Beispiel: Bebauungspläne, Verkehrslenkung, Schadstoffgrenzwerte):

Planungsschritt 3: Auswahl der Methoden/Maßnahmen

Aufgabe: Identifizieren Sie entsprechende Interventionsmethoden/Maßnahmen zur Beeinflussung der identifizierten Einflussfaktoren.

Planungsschritt 4: Entwicklung von kreativen und umsetzbaren Strategien

Aufgabe: Entwickeln Sie spezifische (bezogen auf das Ziel), praktikable und konkrete Strategien, die umgesetzt werden sollen.

Quelle: Ward et al. 2007

- Welcher Typ körperlicher Aktivität ist von Interesse? (zum Beispiel: Sport, Tanzen, Fahrradfahren und Gehen als Alltagsbewegung oder zur Freizeitgestaltung, Gartenarbeit)
- Wie häufig sollte die körperliche Aktivität stattfinden? Wie oft pro Tag, pro Woche, pro Monat oder pro Jahr?
- Wie lange sollte die körperliche Aktivität andauern? Ist sie auf eine kontinuierliche Einheit bezogen oder sind mehrere Einheiten mit einer bestimmten Dauer anzustreben?
- Wie intensiv (leicht, moderat, anstrengend) sollte die körperliche Aktivität sein?



Eine mögliche Antwort auf diese Fragen könnte lauten: Das Zielverhalten nach der Maßnahme ist, dass sich die Zielgruppe im Alltag mit moderater Intensität insgesamt 150 Minuten pro Woche zusätzlich zu Fuß (Gehen, Wandern, Walken) oder mit dem Fahrrad bewegt. Die Gesamtdauer von 150 Minuten sollten dabei möglichst in mehrere Aktivitätsphasen pro Woche aufgeteilt werden. Einzelne Aktivitätsphasen sollen dabei mindestens 10 Minuten am Stück andauern (►► S. 17 ff).

Das Zielverhalten ist abhängig von der Zielgruppe und dem Setting

Neben der Beantwortung der aufgeführten Fragen müssen aber auch die Zielgruppe und das (►) Setting der geplanten Maßnahme identifiziert und auch näher definiert werden. Die Antworten auf die Fragen müssen auf die Zielgruppe, das übergeordnete Ziel und das (►) Setting der Intervention abgestimmt werden. Für die Zielgruppe der Menschen im Alter von 60 Jahren und älter gilt: Die Zielgruppe 60+ ist eine sehr heterogene Gruppe. Sie ist nicht einfach zu charakterisieren (►► S. 57 ff).



Das Spektrum reicht von Personen mit einer guten Gesundheit und einer sehr hohen körperlichen Leistungsfähigkeit über Personen mit spezifischen Krankheitsbildern oder Mehrfacherkrankungen bis hin zu Personen mit starken Mobilitätseinschränkungen oder sogar Pflegebedürftigkeit

Die Zielgruppe 60+ ist eine sehr heterogene Gruppe. Sie ist nicht einfach zu charakterisieren.

Menschen im Alter leben im eigenen Heim mit der Partnerin oder dem Partner oder sie leben allein. Andere leben in Einrichtungen des betreuten Wohnens oder in stationären Pflegeeinrichtungen. Es gibt Menschen mit einem hohen und Menschen mit einem niedrigen Bildungsstand, mit einem hohen und niedrigen sozioökonomischen Status. Menschen leben in barrierefreien Wohnungen und barrierearmen Wohnumfeldern, andere leben im dritten Stock ohne Aufzug und haben im direkten Wohnumfeld viele hohe Bürgersteige und Treppen. Dies sind nur einige Beispiele, die verdeutlichen sollen, dass es besonders wichtig ist, im Rahmen der Maßnahmenplanung die Zielgruppe und mögliche „Subgruppen“ sehr genau zu beschreiben. Nur so kann es gelingen entsprechende Maßnahmen zielgerichtet und an dem Bedarf und den Bedürfnissen der Zielgruppe auszurichten (►► S. 53 ff).

Das (►) Setting und die Rahmenbedingungen wie Ort und Zeit, unter denen die Maßnahme umgesetzt werden soll, kann die Wahl des Bewegungsziels ebenfalls beeinflussen.



Bei Interventionen in einem geschlossenen (►) Setting wie beispielsweise einem Sportverein stehen eher strukturierte Programme im Vordergrund. Die bauliche bewegungsförderliche Umgestaltung von Grünflächen im (►) Setting „Wohnquartier“ hingegen zielt eher auf „unstrukturierte“ Bewegungsanlässe wie das Spaziergehen, Walken oder Boule-Spielen.

Das übergeordnete Ziel

Das übergeordnete Ziel der Maßnahme kann sich ebenfalls auf die Auswahl des Aktivitätsziels auswirken.



Wenn beispielsweise im Vordergrund steht, die Gesundheit zu stärken, ist die Wahl der Intensität und Dauer der Bewegung besonders bedeutsam (►► S. 17 ff). Ist das übergeordnete Ziel einer Maßnahme die Förderung des sozialen Miteinanders, kann die Intensität und die Dauer der Bewegung zunächst einmal als weniger entscheidend eingeordnet werden. Denn hier dienen Aktivitätsanlässe dazu, miteinander in Kontakt zu kommen sowie soziale Netzwerke zu etablieren und auszubauen und nicht in erster Linie dazu, bestimmte physiologische Anpassungsreaktionen im Körper anzuregen.

2.2 Berücksichtigung von Einflussfaktoren – Planungsschritt 2

Der zweite Planungsschritt besteht darin, die relevanten Einflussfaktoren auf das identifizierte und definierte Zielverhalten auszuwählen. Was hindert meine Zielgruppe daran, das Zielverhalten zu zeigen? Welche fördernden Faktoren gibt es in Bezug auf das Zielverhalten?

In diesem Schritt wird also möglichst die Frage „Was muss verändert werden?“ geklärt.

Als Hilfestellung zur Beantwortung der Frage nach dem „Was“ kann das so genannte (►) sozial-ökologische Rahmenmodell dienen (LIGA.NRW 2010). Eine Orientierung an den Ebenen des Modells kann vor allem helfen, keine relevanten Einflussfaktoren zu übersehen. Empfohlen werden kann, systematisch die Ebenen des Modells – also: Person, soziokulturelle, (►) physische, (►) gesellschaftlich-politische Umwelt sowie wahrgenommene Umwelt – „abzuklopfen“ und für die Zielstellung relevante Einflussfaktoren zu identifizieren (LIGA.NRW 2010).



Führt man das oben aufgeführte Beispiel (Zielverhalten: Alltagsbewegung im Umfang von 150 Minuten pro Woche mit moderater Intensität) an dieser Stelle konkret weiter, so könnte das Ergebnis nach dem Planungsschritt zwei (stark gekürzt) lauten:

- Auf das anvisierte Zielverhalten wirken zahlreiche Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen des (►) sozial-ökologischen Rahmenmodells.
- Auf der personenbezogenen Ebene ist als wichtiger Faktor beispielsweise die (►) Selbstwirksamkeitserwartung zu nennen (sich als fähig wahrzunehmen viele Gelegenheiten im Alltag körperlich aktiv zu gestalten).
- Auf der Ebene der soziokulturellen Umwelt ist als wichtiger Faktor beispielsweise die Unterstützung durch Andere zu nennen (Ermutigung zu, beziehungsweise Begleitung bei alltäglichen Bewegungsanlässen).
- Auf der Ebene der (►) physischen und natürlichen Umwelt ist als wichtiger Faktor die Nähe zu Einrichtungen des täglichen Lebens zu nennen (zum Beispiel Geschäfte, kulturelle Angebote).
- Auf der Ebene der (►) gesellschaftlich-politischen Rahmenbedingungen ist als wichtiger Faktor die Verkehrs- und Stadtplanung zu nennen (zum Beispiel autofreie Wochentage oder Stadtzonen).

2.3 Auswahl der Methoden – Planungsschritt 3

In Planungsschritt 3 werden adäquate Methoden ausgewählt. Methoden sind dabei zu verstehen als grundsätzliche Ansätze, die geeignet sind, die aufgelisteten Einflussfaktoren positiv zu beeinflussen.



Welche Methode eignet sich beispielsweise zur Förderung der „Selbstwirksamkeit“, um mittelbar positiv auf das körperliche Aktivitätsverhalten einzuwirken? Als Methode könnte ein Zielsetzungstraining ausgewählt werden. Dabei sind ambitionierte aber dennoch realistische Ziele zu entwickeln und in Teilziele und kurz- und langfristige Ziele zu unterteilen (►► S. 83 ff).

Anders wird das Ergebnis bei der Suche nach einer adäquaten Methode zur positiven Beeinflussung des Faktors „wahrgenommene Umwelt“ ausfallen, der ja hinsichtlich des Be-

wegungsverhaltens im Alter eine bedeutsame Rolle zu spielen scheint. Hierzu eignet sich beispielsweise die Korrektur von „Fehlwahrnehmungen“, wie die Überschätzung von Entfernungen zu Bewegungsgelegenheiten/-räumen oder zu Sitzmöglichkeiten für eine Pause während des täglichen Spaziergangs (Hall/McAuley 2010; Lackey/Kaczynski 2009; Macintyre et al. 2008; Tucker-Seeley et al. 2009).

Eine Übersicht über bewährte Methoden ist nicht einfach zu finden, da das konkrete Vorgehen für die Praxis oftmals nicht systematisch berichtet wird (Brug et al. 2005). Dennoch kann es hilfreich sein, in existierenden (erfolgreichen) Bewegungsförderungsprogrammen nach Anregungen zu suchen.



From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques (Michie et al. 2008). Beiträge, die eine Übersicht über verschiedene grundsätzliche Methoden zur groben Orientierung bieten.

Planning Health Promotion Programs: Intervention Mapping (Bartholomew et al. 2006). Ebenfalls eine Übersicht über verschiedene grundsätzliche Methoden.

2.4 Entwicklung von kreativen und umsetzbaren Strategien – Planungsschritt 4

Im Planungsschritt 4 gilt es nun, zu den ausgewählten Methoden kreative und gleichzeitig praktikable Strategien für die konkrete Umsetzung zu entwickeln. Das in Infokasten 4 vorgestellte Arbeitsblatt verhilft dabei zu einem Überblick.



Planning Health Promotion Programs: Intervention Mapping (Bartholomew et al. 2006). In dieser Veröffentlichung findet sich eine Übersicht über gängige Strategien zur Änderung gesundheitsrelevanten Verhaltens.

Oftmals ist allerdings viel Kreativität gefragt, um praktikable Strategien für ein konkretes Projekt zu entwickeln.

Ein Beispiel für eine Strategie des Barrierenmanagements wurde mit dem IDEA-Protokoll (►► siehe Infokasten 2, S. 34) bereits gegeben. Anknüpfend an die Beispiele aus Planungsschritt 3, ist in Infokasten 5 ein Protokoll für Zielsetzungen als konkrete Strategie zu finden. Dieses kann genutzt werden, um Ziele in realistische Unterziele aufzuteilen. Gleichzeitig legt eine Person fest, wie sie sich belohnt, wenn sie eines ihrer Unterziele und das Endziel erreicht hat.

Infokasten 4

Arbeitsblatt zur Auswahl von Einflussfaktoren, Methoden sowie Strategien und Aktivitäten**Zielverhalten:**

Beispiel: Zusätzliche Alltagsbewegung im Umfang von 150 Minuten pro Woche mit moderater Intensität

Einflussfaktor(en)

Notieren Sie den/die identifizierten und definierten Einflussfaktoren.

Beispiel: Einflussfaktor „Steigerung der sozialen Unterstützung“

Methode

Notieren Sie geeignete Methoden, um die identifizierten Einflussfaktoren positiv zu beeinflussen

Beispiel: Aktivierung bestehender sozialer Netzwerke/ Bildung neuer Netzwerke

Strategien und Aktivitäten

Notieren Sie kreative und gleichzeitig praktikable Strategien für die konkrete (geplante) Intervention

Beispiel: Ehepartner werden gemeinsam aktiv/ Über eine Seniorenbegegnungsstätte der Kirchengemeinde oder des Quartiers werden neue Kontakte geknüpft und Termine vereinbart, um mit anderen Menschen mit gleichen Bewegungsinteressen gemeinsam aktiv zu werden.

Modifiziert nach Ward et al. 2007



Active living every day. 20 steps to lifelong vitality (Blair et al. 2001)

Motivation zu mehr Gesundheit
(Fuchs 2009)

Hoch motiviert! (Fuchs et al. 2009)

Beweg Dein Leben (Schlicht 2004a)

Das Aktivitätsbuch (Schlicht 2004b)

Aktiv werden – aktiv bleiben! Motivation für regelmäßiges Training und Sporttreiben
(Pahmeier/Tiemann 2009)

Alle sechs Literaturangaben enthalten weitere – teils englischsprachige – Ideen für Strategien auf der Personen- und soziokulturellen Ebene.



Um die Entfernungsüberschätzung zum nächsten Park zu reduzieren (wahrgenommene Umwelt), könnte eine Strategie beispielsweise sein, die Aufmerksamkeit auf den Park durch Informationsbroschüren, Ausrichtung eines Festes im Park oder durch geführte Begehungen zu steigern.

Eine zweite Strategie läge darin, den Park attraktiver für Anwohnerinnen und Anwohner umzugestalten, um ihn so als eine tatsächliche Bewegungsmöglichkeit im eigenen Wohnumfeld wahrzunehmen. Zu denken ist beispielsweise an zusätzliche Parkbänke, überdachte Unterstellmöglichkeiten oder den Bau eines generationsübergreifenden Aktivparks. Entsprechende Strategien umfassen allerdings den Einbezug politischer Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger und die Bildung sektorenübergreifender Kooperationen.

Infokasten 5

Protokoll zur Zielsetzung – Ziele planen und Erfolge belohnen!

Wenn ich mein Kurzzeitziel erreiche, welches das Folgende ist:

dann werde ich mich mit dem Folgenden belohnen:

Wenn ich mein Langzeitziel erreiche, welches das Folgende ist:

dann werde ich mich mit dem Folgenden belohnen:

Angelehnt an Blair et al. 2001



A healthy city is an active city: a physical activity planning guide (Edwards/Tsouros 2008). Publikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) über Strategien zur aktivitätsfreundlicheren Ausgestaltung von Wohnumfeldern und/oder Städten.

3. Theoriegeleitete Planung – eine Checkliste



Wir empfehlen Ihnen, auf die umseitig aufgeführten Aspekte zu achten, wenn Sie Interventionen zur Bewegungsförderung planen (vgl. Ward et al. 2007).

Checkliste: Bewegungsförderung planen

- ✓ **Zielgruppe, (►) Setting und Bewegungsverhalten berücksichtigen:** Die Einflussfaktoren sowie entsprechend die Methoden/Maßnahmen und Strategien sind so spezifisch wie möglich auf die Zielgruppe, das (►) Setting und das spezifische Bewegungsverhalten abzustimmen.
- ✓ **Prozessaspekt berücksichtigen:** Weiterhin sollte der Prozessaspekt der Verhaltensänderung berücksichtigt werden (LIGA.NRW 2010). Nach aktuellem Kenntnisstand ist es beispielsweise nur dann hilfreich, das Nachdenken über die Vorteile von mehr Bewegung anzuregen, wenn eine Person noch keine Absicht zur Änderung ihres Bewegungsverhaltens gebildet hat. Um bereits begonnene Bewegungsaktivitäten aufrechtzuerhalten oder weiter zu steigern, scheint dieses Vorgehen wenig erfolgversprechend (LIGA.NRW 2010).
- ✓ **Einflussfaktoren berücksichtigen:** Maßnahmen sollten auf ausreichend viele Einflussfaktoren abzielen. Damit sind zum einen Einflussfaktoren auf mehreren Ebenen des sozial-ökologischen Rahmenmodells gemeint (LIGA.NRW 2010). Zum anderen ist es generell empfehlenswert, mehrere Einflussfaktoren in einer Intervention zu berücksichtigen, da diese unter Umständen zusammenwirken. Dies bedeutet auch, dass es problematisch sein kann, Bewegungsförderungsprogramme nur mit einer einzigen Theorie zu unterlegen. Das körperliche Aktivitätsverhalten hängt einfach von zu vielen Einflüssen ab, die nicht durch eine Theorie allein abdeckt werden können.
- ✓ **Ressourcen berücksichtigen:** Die Intervention muss die eigenen personellen und finanziellen Ressourcen berücksichtigen. Hier heißt es, möglichst realistisch zu kalkulieren und abzuschätzen. Eine realistische Einschätzung kann auch bedeuten, dass man sich auf eine enge Auswahl der wichtigsten Einflussgrößen beschränken muss.
- ✓ **Kontext der eigenen Maßnahme berücksichtigen:** Die Zielgrößen sind im Kontext der eigenen Maßnahme auszuwählen. Es kann in einer ersten Sondierungsphase hilfreich sein, sich bei anderen Programmen hinsichtlich der Einflussfaktoren, der Umsetzungsmethoden und der Umsetzungsstrategien zu orientieren oder auch ein „Brainstorming“ in der Planungsgruppe durchzuführen. Es muss allerdings stets sorgsam geprüft werden, welche Einflussgrößen, Methoden und Strategien auf das spezifische Aktivitätsverhalten, die Zielgruppe und das (►) Setting der eigenen Maßnahme zutreffen.
- ✓ **Einflussfaktoren begründet festlegen:** Die Einflussfaktoren sind systematisch und begründet – orientiert am sozial-ökologischen Rahmenmodell – und nicht willkürlich festzulegen (LIGA.NRW 2010).
- ✓ **Prüfen, ob Methoden und Strategien zu den Zielgrößen passen:** Es gilt stets zu prüfen, ob Methoden und Strategien passgenau für die gewählten Zielgrößen gewählt wurden. Häufig wird auf gängige Methoden und Strategien vertraut. Diese zielen vor allem auf Einflussfaktoren der Personenebene ab, da diese am besten wissenschaftlich erforscht wurden. Diese Methoden und Strategien müssen jedoch nicht immer am besten geeignet sein, um in einem bestimmten Kontext das Bewegungsverhalten positiv zu beeinflussen.

X. Bewegte Praxis – was hat sich bewährt?

Nachfolgend werden wissenschaftliche Studien zum Erfolg von Programmen zur Bewegungsförderung überblickartig zusammengefasst. Da erst wenige Untersuchungen zur Wirksamkeit der Bewegungsförderung speziell bei älteren Menschen existieren, beziehen sich die Ergebnisse – sofern nicht anders berichtet – auf erwachsene Menschen im Allgemeinen.

1. Bewegungsförderung auf der Ebene der Person

1.1 Kampagnen über Massenmedien

Kampagnen zur Bewegungsförderung über Massenmedien wie Zeitungen, Fernseh- und Radio-Spots und Großplakate richten sich meist an die Gesamtbevölkerung. Sie enthalten in der Regel kurze Botschaften mit Aufrufen zu mehr Aktivität, Hinweisen auf Bewegungsangebote oder Argumenten zum gesundheitlichen Nutzen von Bewegung.

Über die Wirksamkeit von solchen Kampagnen als alleinstehende Maßnahme lassen sich keine abschließenden Aussagen machen, da hier zu wenig Ergebnisse wissenschaftlicher Studien vorliegen (Kahn et al. 2002; Task Force on Community Preventive Services 2002).

Es gibt Hinweise, dass entsprechende Kampagnen als ein Mittel geeignet sind, das Wissen über den gesundheitlichen Nutzen von Bewegung in der Bevölkerung zu steigern (Rütten/Abu-Omar 2004b; Williams et al. 2008). Zudem existieren einzelne Beispiele für vielversprechende Kampagnen zur Steigerung des Zufußgehens älterer Menschen (King 2001).

Massenmediale Kampagnen haben sich als Teil umfassender Programme in Kombination mit weiteren Aktivitäten zur Bewegungsförderung in der Gemeinde und strukturelle Maßnahmen zum Abbau von Teilnahmebarrieren in der Bewegungsförderung bereits bewährt (Kahn et al. 2002; World Health Organization 2009).



Wir empfehlen, Kampagnen zur Bewegungsförderung über Massenmedien immer in weitere Maßnahmen einzubetten. Die Kampagne allein kann zwar gegebenenfalls das Wissen der Bevölkerung über den gesundheitlichen Nutzen von Bewegung verbessern helfen und für das Thema sensibilisieren. Die Wirksamkeit hinsichtlich des Bewegungsverhaltens in der Bevölkerung konnte bisher allerdings noch nicht nachgewiesen werden.

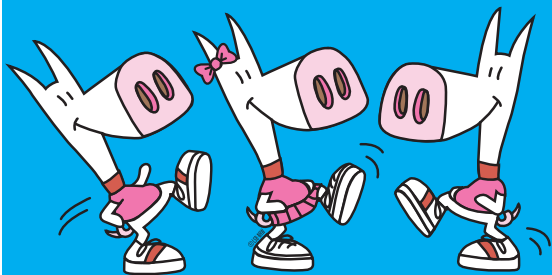


Überwinde deinen inneren Schweinehund – Erfahrungen einer laufenden Kampagne in Nordrhein-Westfalen

Die Kampagne des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen „Überwinde deinen inneren Schweinehund“ stellt das Thema Gesundheits-sport in den Vordergrund. Ziel der Kampagne ist eine Veränderung gesundheitsbezogener Wahrnehmungen und des Bewegungsverhaltens vor allem bei denjenigen Bürgern jeden Alters zu erreichen, die bisher keinen Sport im Verein betreiben und sich der Zusammenhänge zwischen Sport und Gesundheit nicht ausreichend bewusst sind.

Bestandteile der 2007 gestarteten Kampagne sind Großplakate mit der Comicfigur „Schweinehund“ (►► S.42) als Hauptmotiv und klaren Botschaften zum Zusammenhang von Gesundheit und Bewegung. Darüber hinaus wurde eine Internetseite mit angeschlossenem Onlineshop und Materialien wie Plakate und Flyer zur Verbreitung durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Sportvereine und Gesundheitsämter entwickelt.

Überwinde deinen
inneren Schweinehund!



www.ueberwin.de

Im Sportverein bewegen. Gesundheit stärken!



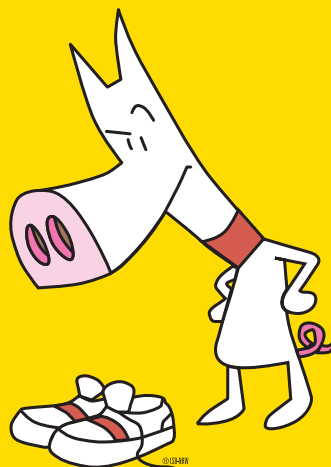
© LandeSportBund NRW

Die Kampagne wurde 2008/2009 evaluiert (Allmer 2008). Dabei zeigte sich, dass die Großplakate mit dem Schweinehund-Motiv durchaus Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Ebenso prägte sich die Botschaft „Gesundheit braucht Bewegung“ bei vielen Bürgerinnen und Bürgern ein. Allerdings fielen die Plakate vor allem bereits sportlich aktiven Menschen auf und erreichten die Zielgruppe der inaktiven Älteren (über 50 Jahre) nur unzureichend.

Zu mehr Bewegungsaktivität konnte die Plakataktion bislang nicht beitragen, obwohl zirka 25 Prozent der in der Studie Befragten angaben, die Plakate hätten ihre Bewegungsabsicht unterstützt. Eine Umsetzung dieser Absicht blieb aber zumeist aus.

Anhand der Erfahrungen dieser Kampagne bestätigt sich die Vermutung, dass Massenmedien ohne unterstützende Maßnahmen eher geeignet sind, das Bewusstsein für den Gesundheitsaspekt von Bewegung zu erhöhen, allein jedoch nicht ausreichen, um Verhaltensänderungen zu erreichen.

Überwinde deinen
inneren Schweinehund!



www.ueberwin.de

Gesundheit braucht Bewegung.
Sportvereine haben die Angebote.



© LandeSportBund NRW

1.2 Gesundheitsbildung und Gesundheitsinformation

Programme, die sich auf die reine Informationsvermittlung oder Gesundheitsbildung konzentrieren – also beispielsweise auf Trainingsanleitungen oder Informationen zur gesundheitlichen Wirkung von Bewegung – scheinen bei älteren Menschen nur kurzfristig wirksam zu sein. Zudem zeigen Ergebnisse der Forschung zu entsprechenden Maßnahmen, dass die erreichte Steigerung des körperlichen Aktivitätsverhaltens nur sehr moderat ausfällt (Conn et al. 2002; van der Bij et al. 2002).



Isolierte Programme zur Gesundheitsbildung/ Gesundheitsinformation sind offenbar wenig geeignet, das Bewegungsverhalten älterer Menschen langfristig und damit nachhaltig positiv zu verändern.

Entsprechende Ergebnisse aus der Forschung sind auch deshalb zukünftig besonders zu berücksichtigen, da in der momentanen Praxis der Bewegungsförderung genau diese (isolierten) Programme zur Gesundheitsbildung und Gesundheitsinformation zu denjenigen Strategien zählen, die am häufigsten angewendet werden (Conn et al. 2002; Conn et al. 2003).

1.3 Psychologische Ansätze zur Bewegungsförderung

Psychologische Ansätze zur Bewegungsförderung sind meist zugeschnitten auf die Interessen, Vorlieben und Bedürfnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer oder deren motivationale Bereitschaft.

In entsprechenden Maßnahmen und Programmen werden insbesondere Strategien vermittelt, um erfolgreich mehr Bewegung in den Alltag einzubauen. Die Programme verwenden oft Elemente zentraler Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens (LIGA.NRW 2010). Häufig wenden sich entsprechende Angebote an Gruppen oder bedienen sich dem Instrument der telefonischen Beratung und/oder schriftlicher Beratungsmaterialien (immer häufiger auch internetbasiert). Oftmals werden Strategien vermittelt, die darauf ausgerichtet sind, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu befähigen:

- Sich Ziele zu setzen,
- den eigenen Fortschritt beobachten zu können,
- soziale Unterstützung einzuholen,
- sich selbst zu belohnen,

- Probleme strukturiert lösen zu können,
- den Umgang mit Barrieren zu erlernen sowie
- Rückfälle zu vermeiden.

Psychologische Ansätze zur Bewegungsförderung erfordern eine sorgfältige Planung und Vorbereitung und gut ausgebildetes Personal (Kahn et al. 2002).



Insgesamt erweisen sich personenbezogene psychologische Programme als wirksam für die Bewegungsförderung bei Erwachsenen.

Noch nicht abschließend geklärt werden konnte allerdings, welche spezifischen Merkmale und Bestandteile den Erfolg ausmachen (Foster et al. 2009; Kahn et al. 2002; Task Force on Community Preventive Services 2002). Es deutet sich an, dass:

- eine professionelle Beratung
- in Kombination mit fortlaufender Betreuung und
- selbstgewählten Formen der Bewegung am erfolgreichsten sind.

Ob entsprechende Programme allerdings auch nachhaltig zu einem gesteigerten körperlichen Aktivitätsverhalten führen oder die Fitness steigern, bleibt bis heute

Infokasten 6

MoVo-LISA – Ein Kleingruppenprogramm zur Veränderung des Bewegungsverhaltens

Das MoVo-Konzept integriert die Erkenntnisse zentraler psychologischer Theorien und Modelle (vgl. zu Theorien und Modellen: LIGA.NRW 2010). MoVo steht dabei für „(►) Motivation und (►) Volition“, LISA steht für „Lebensstil-integrierte sportliche Aktivität“.

Das MoVo-LISA-Programm ist eine relativ kurze Maßnahme im Rahmen der stationären Rehabilitation. Sie soll Patienten befähigen, nach ihrer Entlassung regelmäßige sportliche Aktivität überdauernd in ihren Alltag zu integrieren.

Dazu werden sowohl Strategien zur Förderung der (►) Motivation (Bildung einer Bewegungsabsicht) als auch volitionale Strategien zur Förderung der Umsetzung der Bewegungsabsicht vermittelt.

Es finden zwei Gruppen- und ein Einzelgespräch während der stationären Rehabilitation sowie eine postalische Erinnerung drei Wochen nach Entlassung und ein telefonisches Gespräch sechs Wochen nach der Entlassung statt.

Zum Einsatz kommen folgende Strategien:

- Klärung persönlicher Gesundheitsziele und persönlich passender sportlicher Aktivitäten (selbstbestimmte Zielsetzung, Bewegungsabsicht)
- genaue Planung des eigenen Bewegungsprogramms (Handlungsplanung)
- Antizipieren von Umsetzungshindernissen
- darauf aufbauende Identifizierung von Strategien zur Überwindung entsprechender Hindernisse (Bewältigungsplanung)
- Protokollierung des Bewegungsverhaltens in der ersten Zeit nach der Entlassung aus der Rehabilitationsklinik (Selbstbeobachtung).

Das Programm wurde an Patientinnen und Patienten einer drei-wöchigen orthopädischen Rehabilitation erprobt (Durchschnittsalter zirka 50 Jahre). Es erwies sich dabei als erfolgreich in Bezug auf die Steigerung der körperlichen Aktivität der Teilnehmer: Ein Jahr nach der Entlassung waren die MoVo-LISA-Teilnehmerinnen und -teilnehmer durchschnittlich 96 Minuten pro Woche sportlich aktiv. Patienten, die nur die „normale“ drei-wöchige Rehabilitationsmaßnahme durchlaufen hatten, waren dagegen nur 68 Minuten pro Woche aktiv.

Außerdem verfügten die Programmteilnehmerinnen und -teilnehmer über eine höhere Selbstwirksamkeit, hatten eine positivere Einstellung zu Sport, stärkere Bewegungsabsichten, detaillierte Handlungspläne und ein günstigeres Verhältnis von wahrgenommenen Bewegungshindernissen und Bewältigungsstrategien.

Das MoVo-Konzept ist theoretisch fundiert und in Form einer Handlungsanleitung detailliert beschrieben (Göhner/Fuchs 2007). Es kann nach kurzer Einweisung auch durch andere Berufsgruppen als Psychologen durchgeführt werden.

unklar. Denn häufig werden in Studien nur kurzfristige Erfolge dokumentiert. Zudem liegen vor allem für gut gebildete und motivierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer Ergebnisse vor. Außerdem nehmen häufig wesentlich mehr Frauen an Angeboten teil als Männer. Ethnische oder kulturelle Minderheiten und Bevölkerungsgruppen mit geringem sozio-ökonomischen Status wurden bislang kaum untersucht (Foster et al. 2009). Die Ergebnisse aus der Forschung geben also erste Hinweise, können aber noch nicht alle Fragen in der Bewegungsförderung beantworten.

Ein Beispiel für ein erfolgreiches Programm aus Deutschland findet sich in Infokasten 6.



Für ältere Menschen stellte eine Forschergruppe um Conn (2002) fest, dass Maßnahmen effektiver sind, wenn sie:

- sich nur auf Bewegung (statt auf mehrere Verhaltensweisen wie Ernährung, Stressabbau und Nichtrauchen) konzentrieren,
- in Gruppen zu bestimmten Zeiten unter Aufsicht stattfinden statt in Eigenregie zuhause,
- Selbstbeobachtung einbeziehen,
- eine intensive und fortlaufende Anleitung bieten und
- moderat-intensive Aktivitäten empfehlen (►► S. 17 ff).

Bisher ließ sich im Rahmen von Studien allerdings nicht feststellen, ob Strategien wie soziale Unterstützung, Nutzung von Vorbildern, Gesundheitsinformation/-aufklärung, Zielsetzung oder Abwägen von Vor- und Nachteilen von Bewegung für Ältere vorteilhaft sind. Grundsätzlich ist zudem die Wirksamkeit von Programmen für Patientengruppen in der Regel höher als bei gesundheitlich nicht vorbelasteten älteren Patientinnen und Patienten (Conn et al. 2002; Conn et al. 2003).

Die langfristige Begleitung von Bewegungsprogrammen scheint auch über telefonische Kontakte wirksam, und erste Versuche mit computerbasierten Programmen zeigen kurzfristige Erfolge (King 2001; Williams et al. 2008).

Als theoretische Grundlage von Bewegungsförderungsmaßnahmen für ältere Menschen wurden vor allem die soziale Lerntheorie (ausführlich: LIGA.NRW 2010) und das Transtheoretische Modell (ausführlich: LIGA.NRW 2010) angewendet. In den meisten Programmen lässt sich jedoch keine klare theoretische Ausrichtung erkennen (Conn et al. 2002; Conn et al. 2003).

Angeleitete Gruppenprogramme zur Bewegungsförderung bei älteren Menschen steigern kurzfristig das Bewegungsausmaß – zeigte eine Forschungsgruppe. Erkenntnisse zum langfristigen Erfolg – im Verlauf eines

Angebotes – liegen bislang nur wenige vor. Diese zeigen zum Teil widersprüchliche Ergebnisse (Brehm et al. 2006; Tiemann 2010; Van der Bij et al. 2002).

Dabei gibt es einzelne positive Beispiele, in denen eine langfristige Bindung an ein Bewegungsprogramm über regelmäßige Kontakte, Geburtstagsgrüße und Erinnerungen gelang.

Programme, bei denen ältere Menschen Trainingsanleitungen in Eigenregie „zuhause“ umsetzen sollten, waren weniger erfolgreich (van der Bij et al. 2002). Allerdings stellen Ashworth und Kollegen (2005) fest, dass Über-50-Jährige mit kardiovaskulären Erkrankungen langfristig eher Bewegungsprogramme zuhause regelmäßig durchführten, als stark strukturierte Programme, welche in Kliniken stattfanden. Auch hier scheint es also auf die jeweilige Zielgruppe anzukommen, ob ein Programm wirksam ist oder nicht.

1.4 Beratung durch Gesundheitsexperten

Beratungen durch professionelle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen beziehungsweise geschultes Personal richten sich in der Regel insbesondere an Menschen, die ein erhöhtes gesundheitliches Risiko durch Bewegungsmangel, Übergewicht und/oder familiäre Vorbelastung durch Herz-Kreislauf-erkrankungen oder Diabetes haben.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Meine Empfehlungen zur richtigen Sportgruppe

Training des Herz-Kreislaufsystems und des Stoffwechsels

Training des Muskel-Skelettsystems

Stressbewältigung und Entspannung durch Bewegung, Spiel und Sport

Koordinations- u. Motorikförderung für Kinder

Gesundheitsförderung für Ältere durch Bewegung und Sport

Rezept für Bewegung


Regelmäßige körperliche Aktivität fördert die Gesundheit. Bewegung wirkt präventiv auf Krankheiten des **Herz-Kreislauf-** und des **Stoffwechsel-Systems** sowie des **Bewegungsapparates**.

Ich empfehle Ihnen bzw. Ihrem Kind ein gesundheitsorientiertes Bewegungsangebot. Qualitativ geprüfte Angebote finden Sie unter dem Siegel **SPORT PRO GESUNDHEIT**. Dort können Sie mit anderen erleben, wie gut es tut, sich zu bewegen.

Darüber hinaus empfehle ich, täglich mehr Bewegung in Ihren Alltag zu integrieren.

Die Teilnahme an den **SPORT PRO GESUNDHEIT**-Angeboten wird von den meisten gesetzlichen Krankenkassen finanziell unterstützt. Fragen Sie dort nach.


Spezielle Informationen für die Übungsleitung
(z. B. Besonderheiten, Umfang, Dosis)




Überwinde deinen inneren Schweinehund!

Stempel und Unterschrift des Arztes

Innenministerium
des Landes Nordrhein-Westfalen



LANDESPORTBUND
NORDRHEIN-WESTFALEN



© LandeSportBund NRW

Beratungen werden von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization 2009) als wirksame Strategie zur Bewegungsförderung eingeordnet, sofern sie mindestens einen Beratungskontakt mit einer Ärztin oder einem Arzt umfassen, in welchem gemeinsam erreichbare Bewegungsziele ausgehandelt werden, sowie anschließende fortlaufende Betreuung durch geschultes Personal erfolgt. Enthalten sein sollten außerdem zielgruppengerechte Informationen und eine Verbindung zu weiteren Akteurinnen und Akteuren und Strategien wie lokalen Sportvereinen oder massenmedialen Kampagnen.

Die einmalige Informationsvermittlung oder Kurzberatungen (oft abgestimmt auf das Veränderungsstadium nach dem Transtheoretischen Modell; siehe LIGA.NRW 2010) haben sich dagegen als wenig wirksam erwiesen (World Health Organization 2009). Zumindest langfristig scheinen sie keine Steigerung des Bewegungsausmaßes zu erzielen (Lawlor/Hanratty 2001).



Ärztliche Programme, die sich auf die reine Informationsvermittlung zur gesundheitlichen Wirkung von Bewegung und Trainingsanleitungen konzentrieren, tragen bei älteren Menschen nur kurzfristig zu einer Bewegungssteigerung bei (van der Bij et al. 2002).

Dabei bergen Programme im Gesundheitswesen viel positives Potenzial, da ältere Menschen häufig Kontakt zu professionellen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, zum Beispiel zu Ärztinnen und zu Ärzten haben. Zudem ist bekannt, dass diese Kontakte eine hohe soziale Bedeutung haben können (King 2001; van der Bij et al. 2002; vgl. LIGA.NRW 2010). Aktivitäten im Kontext der Beratung durch professionelle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen oder Gesundheitsexpertinnen und -experten könnten also zukünftig durchaus noch ausgebaut werden.

Ein erfolgversprechender Ansatz, der sich im Ausland bereits bewährt hat und die oben genannten Empfehlungen zu Beratungsprogrammen berücksichtigt, ist die ärztliche Verordnung von „Bewegung auf Rezept“, welche zurzeit unter anderem in Nordrhein-Westfalen erprobt wird (►► Infokasten 7).

Infokasten 7

Bewegung auf Rezept in Neuseeland und Nordrhein-Westfalen

Was steckt hinter dem Konzept, ein sogenanntes „Rezept für Bewegung“ auszustellen? Die Idee stammt aus Neuseeland und hat sich als Konzept zur Steigerung von Bewegung und Wohlbefinden unter dem Namen „Green Prescription“ („Grünes Rezept“) bewährt. Inzwischen wird es in Neuseeland landesweit angeboten (World Health Organization 2009).

Dabei wird inaktiven Menschen durch ihre Ärztin oder ihren Arzt Bewegung „auf Rezept“ verordnet. Bei einem kurzen Gespräch werden die Vorteile ausreichender Bewegung für die Gesundheit und das Wohlbefinden besprochen. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten werden Bewegungsziele formuliert und anschließend auf einem speziellen grünen Rezept verordnet. Das Rezept wird von der Ärztin oder vom Arzt an regionale Sportorganisationen weitergegeben. Ausgebildete Trainerinnen und Trainer übernehmen dann die Betreuung der Patienten und informieren diese regelmäßig über passende Angebote.

Seit Mai 2010 wird das Konzept auch in Nordrhein-Westfalen unter dem Label „Rezept für Bewegung“ angeboten. Dazu kooperieren der Landessportbund Nordrhein-Westfalen, die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Sportärztebünde Nordrhein und Westfalen. Eingebunden ist das Rezept auf Bewegung in die Kampagne "Überwinde deinen inneren Schweinehund" (►► S. 41 f).

Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte empfehlen ihren Patientinnen und Patienten Sportvereine und spezielle, qualitätsgeprüfte Gesundheitssportangebote (►► Sport pro Gesundheit, S. 20 und 132ff). Einige Krankenkassen übernehmen die regelmäßige Teilnahme an solchen Angeboten mit einem Zuschuss von bis zu 80 Prozent der Kosten, sofern diese alle Kriterien des Leitfadens Prävention (GKV-Spitzenverband 2010) erfüllen. Nähere Informationen und Materialien finden Sie im Internet unter der Adresse: www.ueberwin.de (Abruf: 25.08.2010). Ein ähnlich konturiertes Programm ist KoKoSpo (►► Infokasten 11, S. 56).

2. Bewegungsförderung über das soziale Umfeld

2.1 Soziale Unterstützung in der Familie

Familiäre Unterstützung wurde in der Forschung bisher vorwiegend als Strategie für Kinder und Jugendliche untersucht. Grundsätzlich bietet sich die familiäre Unterstützung aber auch für ältere Menschen an. Unterstützung können beispielsweise Ehepartner oder Kinder, beziehungsweise Enkel geben.

Allerdings gibt es weltweit noch sehr wenige Studien zum Erfolg dieser Strategien. Momentan lässt sich deshalb noch keine belastbare Empfehlung ableiten (Kahn et al. 2002; Task Force on Community Preventive Services 2002). In Zukunft wird sich zeigen müssen, ob die familiäre Unterstützung als Form der Bewegungsförderung über das soziale Umfeld eine wirksame Strategie in der Bewegungsförderung älterer Menschen ist.

2.2 Soziale Unterstützung über soziale Netzwerke in der Gemeinde

Soziale Unterstützung über soziale Netzwerke in der Gemeinde meint den Neuaufbau oder die Förderung von vorhandenen sozialen (außerfamiliären) Netzwerken zur regelmäßigen Unterstützung körperlicher Aktivität (LIGA NRW 2010).

Dazu gehört beispielsweise der Aufbau von Gruppen zum gemeinsamen Spazierengehen (►► S. 21ff), Wandern oder Walken. Unterstützt werden kann der Netzwerkansatz durch die Etablierung von „Bewegungspartnerschaften“ in Form von Patenprogrammen oder der Bildung von Bewegungstandems. Denkbar sind auch unterstützende und motivierende Telefonanrufe durch andere Netzwerkmitglieder oder den „Kordinator“ eines Netzwerkes. Ein weiteres, unterstützendes Element kann der Abschluss von sogenannten Bewegungsverträgen sein. Diese Form sozialer Unterstützung hat sich für die Bewegungsförderung bei Erwachsenen bereits als wirksam erwiesen (Kahn et al. 2002; Task Force on Community Preventive Services 2002). Van der Bij und Kollegen (2002) finden allerdings in den von Ihnen ausgewerteten Studien keine deutlichen Belege zur Wirksamkeit von Techniken der sozialen Unterstützung in der Bewegungsförderung bei älteren Menschen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt in einem aktuellen Papier Angebote zur Bewegungsförderung, die vorhandene Gruppenstrukturen oder Treffpunkte wie Gemeindezentren oder Seniorenzentren nutzen, insgesamt als erfolgversprechend für die Förderung der Bewegung älterer Menschen ein (World Health Organization 2009). Als Vorteil ist zu sehen, dass durch eine Anbindung von Angeboten an bestehende (für die Zielgruppe relevanten) Strukturen oder Institutionen in Quartiersebene die Erreichbarkeit der Angebote steigt.

Dadurch können wahrscheinlich auch Teilnahmebarrieren verringert werden.



Es ist zwar noch nicht alles abschließend geklärt, aber soziale Unterstützung über soziale Netzwerke in der Gemeinde scheint ein vielversprechender Ansatz zur erfolgreichen Entwicklung von Bewegungsförderungsprogrammen zu sein.

3. Bewegungsförderung auf struktureller und politischer Ebene

3.1 Hinweisschilder zur Treppennutzung

Eine relativ einfache Maßnahme ist das Anbringen von Hinweisschildern oder Hinweispostern in der Nähe von Fahrstühlen oder Rolltreppen. Diese enthalten kurze Botschaften zu gesundheitlichen Vorteilen des Treppensteigens und/oder weisen den Weg zum nächsten Treppenaufgang.

Solche einfachen Hinweise zeigen zum einen eine Gelegenheit auf, sich mehr zu bewegen und zum anderen machen sie auf die Vorteile des Treppensteigens aufmerksam.

Hinweisschilder wurden in Gebäuden wie Einkaufszentren, Bibliotheken, Bürogebäuden, Universitäten und Bahnhöfen bereits erfolgreich erprobt (Kahn et al. 2002; Matson-Koffman et al. 2005; Soler et al. 2010; World Health Organization 2009).

Empfohlen wird, die Schilder an bestimmte Bevölkerungsgruppen und deren spezifische (►) Motive anzupassen, indem zum Beispiel die Betonung auf Herzgesundheit, Fitness oder gesundes Körpergewicht gelegt wird.

Bislang wurden die Wirkungen nur kurzfristig untersucht und ließen nach, wenn die Schilder abgenommen wurden (Foster et al. 2006). Es ist zudem noch nicht ausreichend erforscht, inwiefern sich die Wirkung verliert, wenn Hinweise dauerhaft für das gleiche Publikum sichtbar sind und ob das erreichte Ausmaß an zusätzlicher Bewegung ausreicht, um gesundheitlichen Nutzen zu bringen (Foster et al. 2006). Weiterhin ist unklar, wie sich die Wirkung bei verschiedenen Zielgruppen und (►) Settings unterscheidet. Welche Wirkung haben Hinweisschilder beispielsweise bei älteren Menschen allgemein, welche im (►) Setting einer stationären Altenhilfeeinrichtung? (Eves/Masters 2006; Foster et al. 2006; Kahn et al. 2002; King 2001). Wie müssten die Schilder zielgruppenspezifisch gestaltet werden?

Die Wirkung von Hinweisschildern zur Treppennutzung hängt vermutlich auch von der Sichtbarkeit und Erreichbarkeit von Treppenhäusern ab. Einige Studien haben Hinweisschilder außerdem zusammen mit Maßnahmen der Gestaltung von Treppenhäusern untersucht. Es wur-

den Wände gestrichen, Bilder aufgehängt, Teppiche verlegt und Musik eingespielt. Es gibt jedoch bisher noch zu wenig Studien, um belastbare Aussagen über den Nutzen von Treppenhausverschönerungen zu machen (Soler et al. 2010). In Zukunft wird sich zeigen müssen, ob Hinweisschilder zur Treppennutzung als Maßnahme der Bewegungsförderung im Alltag eine wirksame Strategie in der Bewegungsförderung älterer Menschen ist.

3.2 Veränderungen der baulichen Umwelt und Gestaltung von Bewegungsräumen

Bei diesen Maßnahmen zur Veränderungen der baulichen Umwelt und Gestaltung von Bewegungsräumen geht es darum, neue Gelegenheiten für Bewegung zu schaffen oder vorhandene Bewegungsräume attraktiver zu gestalten beziehungsweise besser zugänglich zu machen.

z.B. Beispiele sind der (Aus-)Bau von Rad- und Fußwegen sowie die Möglichkeit des öffentlichen Zugangs zu Sportanlagen und Sportgeräten.

Maßnahmen zur Veränderung der baulichen Umwelt und Schaffung von Bewegungsräumen umfassen politische und Planungsaktivitäten. In der Regel verlangen entsprechende Maßnahmen nach sektoren- und politikfeldübergreifenden Vorgehensweisen und einer Zusammenarbeit verschiedener Institutionen auch außerhalb des Gesundheitssektors (Bildungssektor, Verkehrs- und Stadtplanung, kommunale Sportstättenplanung).

Maßnahmen zur Veränderungen der baulichen Umwelt und Schaffung von Bewegungsräumen richten sich nicht an einzelne Personen, sondern zielen auf physische und organisatorische Strukturen ab. Sie erfordern eine lange Umsetzungszeit. Häufig wurden entsprechende Maßnahmen im Sinne der Verhältnis- und Verhaltensprävention mit Trainings- und/oder Beratungsangeboten, Screenings, Workshops, Überweisungen an Ärzte, Fitness- oder Gesundheitsprogrammen und sozialen Unterstützungssystemen kombiniert. In der Wirkung sind deshalb die einzelnen Faktoren und Komponenten nicht auseinanderzuhalten (Kahn et al. 2002; Task Force on Community Preventive Services 2002).

! Politische und bauliche Maßnahmen zum Abbau von Zugangsbarrieren sind in Kombination mit weiteren Angeboten oder der öffentlichkeitswirksamen Präsentation wirksam dabei, die Nutzung von Bewegungsräumen zu verbessern. Außerdem konnten durch entsprechende Maßnahmen die Einstellung zu Bewegung verbessert und das Bewegungsausmaß gesteigert werden (Kahn et al. 2002; Matson-Koffman et al. 2005; World Health Organization 2009).

Maßnahmen der Stadtplanung erweisen sich ebenfalls als erfolgreich, um regelmäßige Bewegung zu fördern. Verkehrsplanungsmaßnahmen wurden noch zu sel-

ten untersucht, um Aussagen über ihr Erfolgspotenzial machen zu können (Heath et al. 2006).

Allerdings fehlen weitere Studien, um sichere Aussagen darüber zu treffen, was diese Maßnahmen im Einzelnen erfolgreich macht und welche Zielgruppen erreicht werden. Bislang ist nur die kurzfristige Wirksamkeit belegt (Foster et al. 2006).

Unklar ist auch, ob die Schaffung von Gelegenheiten zu Bewegung tatsächlich dazu führt, dass sich inaktive Menschen mehr bewegen, oder ob sie in erster Linie zusätzliche Möglichkeiten für bereits Aktive bieten. Inwiefern das alleinige Einrichten von Bewegungsgemeinschaften ausreichend ist, damit diese auch genutzt werden, oder ob zusätzliche Angebote und begleitende Öffentlichkeitsarbeit notwendig sind, ist ebenfalls noch nicht systematisch untersucht worden, sollte aber zukünftig beachtet werden (Foster et al. 2006; Kahn et al. 2002; Parra et al. 2010).

Lit. **Bewegung in der Stadt. Bewegung, Spiel und Sport im Wohnungsbereich** (ILS 2001).

Ein Beispiel für die Schaffung öffentlicher Bewegungsräume insbesondere für ältere Menschen stellen die auch in Deutschland immer häufiger anzufindenden Mehrgenerationenparks dar (siehe Infokasten 8).



© playfit GmbH

Infokasten 8

Mehrgenerationenparks – ein vielversprechender Ansatz

Ein Ansatz, der Bewegungsmöglichkeiten an der frischen Luft für ältere Menschen bereitstellt, sind die Mehrgenerationenparks (auch Generationen- oder Seniorenspielplätze), die es inzwischen in einigen deutschen Städten gibt. Die Bezeichnung „Senioren-Spielplatz“ wird unter anderem von der Zielgruppe selbst als unglücklich angesehen und sollte daher nochmals überdacht werden.

Dabei handelt es sich um Outdoor-Fitnessanlagen beziehungsweise Bewegungsparks in öffentlichen Grünanlagen oder in Wohngebieten. Dort gibt es wetterfeste Trainingsgeräte für die Förderung von Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer für Menschen jeden – vor allem aber auch des höheren – Alters. Zudem finden sich Spiele wie Outdoor-Schach, Boccia, Outdoor-Kegelbahnen oder Minigolfanlagen. Die Plätze sind zum Teil an Kinderspielplätze angebunden und haben neben der Bewegungsförderung das Ziel, eine Begegnungsmöglichkeit für Jung und Alt zu schaffen.

Informationen zu Mehrgenerationenparks und eine Übersicht über in Deutschland bereits existierende Angebote finden Sie im Internet unter der Adresse www.zukunft-finden.de (Abruf: 25.08.2010).

Die Idee solcher Bewegungs- und Begegnungsstätten scheint vielversprechend. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Nutzung durch ältere Menschen liegen jedoch noch nicht vor. Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, dass auch hier die alleinige Einrichtung entsprechender Anlagen ohne begleitende Maßnahmen nur geringen Einfluss auf das Bewegungsverhalten von Menschen nehmen wird.

Der Landessportbund Berlin und der Familiensportclub e.V. laden beispielsweise einmal wöchentlich Seniorinnen und Senioren ein, die Mehrgenerationenplätze in Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf unter Anleitung einer Sportfachkraft unentgeltlich zu erkunden und den optimalen Einsatz der Geräte zu erlernen.

4. Bewegungsförderung auf mehreren Ebenen

Am umfassendsten sind Maßnahmen zur Bewegungsförderung, welche auf mehreren oder allen beschriebenen Ebenen des ► sozial-ökologischen Modells (LIGA.NRW 2010) zugleich ansetzen. Entsprechende Interventionen können sich auf einzelne Institutionen wie zum Beispiel den Betrieb oder Einrichtungen der stationären Altenhilfe beschränken oder regional begrenzt sein (Quartiere oder Stadtteile, Gemeinde, Städte, Regionen). Bei den sogenannten ► Mehrebenen-Interventionen werden politisch-strukturelle Maßnahmen mit der Schaffung sozialer Unterstützung und Vernetzung, Beratungs- und Informationsangebote sowie Öffentlichkeitsarbeit kombiniert.

4.1 Gemeinde

Umfassende, gemeindeweite Kampagnen beinhalten unterschiedlichste Maßnahmen der Bewegungsförderung und finden oft im Rahmen breit angelegter Kampagnen zum Beispiel zur Förderung der Herz-Kreislauf-Gesundheit über Bewegung, Ernährung und/oder Nichtrauchen statt. Dabei arbeiten verschiedene Institutionen und politische Sektoren – häufig über mehrere Jahre – mit einem gemeinsamen Ziel zusammen.

Meist kommen kombinierte Strategien zum Tragen, die aus:

- Informationen und Bekanntmachungen über verschiedene Medien (TV, Radio, Zeitungen, Plakate, Kinotrailer),
- Maßnahmen zur sozialen Unterstützung (beispielsweise Selbsthilfegruppen, Gruppenangebote),
- ► Screening-Programmen zur Erkennung von Risikofaktoren,
- Beratungs- und Informationsangeboten über Bewegung in verschiedenen ► Settings (beispielsweise Arbeitsplatz, Veranstaltungen wie Sportfeste) sowie
- Umwelt- und Politikmaßnahmen – wie beispielsweise die Einrichtung von Wander- und Spazierwegen, Fahrradwegen oder Walkingrouten – bestehen.

Der Arbeitsplatz hat einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit von Menschen: Ein durchschnittlicher Arbeitnehmer verbringt 60 Prozent seiner Tageszeit bei der Arbeit.

Diese umfassenden Ansätze der Gemeindeentwicklung haben sich als effektiv für die Bewegungsförderung erwiesen. Allerdings existieren erst wenige Erkenntnisse zur Nachhaltigkeit und Kosteneffektivität entsprechender Großprojekte. Auch bleibt die genaue Bedeutung einzelner Komponenten bisher ungeklärt (Kahn et al. 2002; Task Force on Community Preventive Services 2002; World Health Organization 2009).

4.2 Arbeitsplatz

Die Weltgesundheitsorganisation schließt aus der Auswertung internationaler Studien, dass Bewegungsförderungsprogramme am Arbeitsplatz erfolgreich sind (WHO 2009).

Betriebliche Bewegungs- und Gesundheitsförderung kann dazu beitragen, die Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhalten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Unternehmen auf die demografische Herausforderung vorzubereiten.



Der Initiativkreis „30, 40, 50plus - Älterwerden in Beschäftigung“ bietet eine Checkliste für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber (insbesondere kleiner und mittlerer Unternehmen) zur Selbsteinschätzung der demographischen Situation an. Daraus lassen sich Handlungsbedarfe und -felder der betrieblichen Bewegungs- und Gesundheitsförderung ableiten: www.inqa-demographie-check.de (Abruf: 25.08.2010).

Demografix ist ein Demographie-Analyse-Instrument für Klein- und Mittelunternehmen. Dieses handlungsorientierte Online-Instrument soll Unternehmen helfen, die Arbeitsbedingungen für über 50-jährige Mitarbeitende positiv zu beeinflussen. Abrufbar ist das Instrument unter: www.demografix.ch/public (Abruf: 25.08.2010).

Im Betrieb jedoch fühlen sich oftmals diejenigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch Gesundheitsangebote angesprochen, die bereits ein hohes Gesundheitsbewusstsein aufweisen. Weniger angesprochen fühlen sich die relevanten (Risiko-)Gruppen (vgl. Bös 1994). Auch die Teilnahmetreue der Teilnehmerinnen

und Teilnehmer erweist sich oft als begrenzt: Etwa 50 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Gesundheitssport-Angebots brechen dieses vorzeitig ab.

Der Arbeitsplatz hat einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit von Menschen: Ein durchschnittlicher Arbeitnehmer verbringt 60 Prozent seiner Tageszeit bei der Arbeit (Naidoo/Wills 2003).

Die WHO hat bereits 1986 in der Ottawa Charta den Arbeitsplatz als ein (▶) Setting für Gesundheitsförderung erwähnt: „Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ Die WHO hat diesen (▶) Settingansatz in der Folge stringent weiterentwickelt und entsprechende Handlungsempfehlungen erarbeitet, die unter anderem Betriebe als Interventionsfelder für Gesundheitsförderungsprogramme identifiziert.



In Betrieben besteht die Chance, eine Zielgruppe zu erreichen, die sonst kaum an Programmen und Maßnahmen der Bewegungsförderung teilnimmt: erwerbstätige Männer.

Interventionen der Gesundheitsförderung bergen in diesem (▶) Setting die Aussicht, die knappen vorhandenen Ressourcen wirksam einzusetzen. Zudem erkennen Unternehmen zunehmend die Notwendigkeit, sich in Zukunft mit den Auswirkungen des demographischen Wandels auseinander setzen zu müssen. Auch wenn bis jetzt das Durchschnittsalter der aktiven Erwerbstätigen durch Frühberentung und ähnliche sozialpolitische Maßnahmen eher niedrig gehalten wurde, zeichnet sich klar ab, dass der zukünftige Erfolg von Unternehmen davon abhängt, in wie weit ihre Arbeitnehmer auch in höherem

Tabelle 1 Mögliche Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention

Verhältnisprävention	Verhaltensprävention
<ul style="list-style-type: none"> • Ergonomische Maßnahmen (beispielsweise Anpassung von Tischen, Stühlen, Werkzeugen, Anordnung von Arbeitsmitteln) • Arbeitsorganisatorische Maßnahmen (beispielsweise Pausenregelungen, Vermeidung einseitiger körperlicher Belastung) • Erhöhung des Handlungsspielraumes • Abbau autoritären Führungsstils • Verbesserung der Unternehmenskommunikation • Personalentwicklung • Mitarbeiterbeteiligung 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterweisungen • Aufklärungs-, Beratungsangebote • Kurse zur Kräftigung und Dehnung der Rückenmuskulatur, Wirbelsäulengymnastik, Rückentraining • Bewegungs- und Sportangebote zum Abbau des Bewegungsmangels • Hebe- und Tragetraining (beispielsweise Training bei Ladetätigkeiten oder „Rückenfreundlicher Patiententransfer“) • Pausengymnastik • Stressbewältigungs-, Entspannungskurse • Schulung von Auszubildenden
<p>Arbeitsplatzprogramme, die ergonomische, arbeitsorganisatorische und verhaltensbezogene Aspekte verbinden</p>	

Alter noch leistungsfähig und vielfältig einsetzbar bleiben.

Wie Gesundheitsförderung im Betrieb umgesetzt werden kann und auf welche konkreten Interventionen oder Maßnahmen zurückgegriffen werden kann, wird in Tabelle 1 dargestellt:

Die Aufstellung in Tabelle 1 verdeutlicht, dass im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung körperliche Aktivität (hervorgehoben) lediglich einen – wenn gleich einen wichtigen – Aspekt darstellt. Betrachtet man diesen Ausschnitt der Betrieblichen Gesundheitsförderung genauer, so lässt sich festhalten, dass die Formen der Umsetzung von Bewegungs- oder Sportangeboten in Unternehmen in erheblichem Maße variieren. Übliche Organisationsformen sind:

- Betriebssport (Vereinsstruktur, wettkampforientiert)
- Bewegungsangebote im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung
- betriebsinterne Angebote (Sport zur Förderung der Gesundheit)
- eigene Sportkurse, eigene Fitness-Studios und eigenes Gesundheitszentrum mit Physiotherapie, Massage et cetera
- Angebot des betriebs- oder werksärztlichen Dienstes
- Zusammenarbeit mit externen Anbietern
- Kooperation mit Vereinen sowie mit kommerziellen Anbietern wie Fitnessstudios/Schwimmbädern
- Zusammenarbeit mit Volkshochschulen, Universitäten sowie mit Krankenkassen und Betriebskrankenkassen
- Unterstützung von Initiativen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Bereitstellung der Infrastruktur).

Dabei hat sich gezeigt, dass Bewegungs- und Sportförderung in Unternehmen immer von der Kooperation möglichst vieler betrieblicher Akteurinnen und Akteure profitiert: Müller (2000) benennt als Beispiel hierfür Betriebssportgemeinschaften, die mit Krankenkassen, dem betriebsärztlichen Dienst und externen Trainerinnen und Trainern zusammenarbeiten.

In einer (►) Metaanalyse weisen Sockoll und Kollegen (2008) auf die starke Evidenz hin, dass körperliche Übungsprogramme die physische Aktivität von Beschäftigten erhöhen und muskuloskelettalen Erkrankungen vorbeugen können. Nach ihrem Resümee scheinen sich individuelle Bewegungsprogramme im Betrieb auch auf Erschöpfungs- und Müdigkeitszustände auszuwirken.

Will man alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ansprechen, sehen beispielsweise Matson-Koffman und Kollegen (2005) großes Potential in verhältnispräventiven Maßnahmen. Sie weisen darauf hin, dass sich mit Hinweisschildern (zum Treppengehen) Erfolge erzie-

len lassen. Die Einrichtung von Bewegungsräumen und Bewegungsmöglichkeiten sowie Finesseinrichtungen vor Ort kann die Aktivität der Mitarbeiter ebenso fördern. Sockoll und Kollegen (2008) sehen in individuellen Beratungen oder spezifischen Verhaltenstrainings ein großes Potenzial. Ebenfalls sind multifaktoriell konzipierte Programme, in welchen die erfolgversprechenden Einzelmaßnahmen kombiniert zum Einsatz kommen, wirksamer als jede der Interventionen für sich.

Gesundheitsförderung im Betrieb umfasst demnach ergonomische, arbeitsorganisatorische und verhaltensbezogene Aspekte. Bewegungs- und Sportförderung im Betrieb profitiert durch die Kooperation möglichst vieler betrieblicher Akteurinnen und Akteure, beispielsweise die Zusammenarbeit von Betriebssportgemeinschaften, Krankenkassen, dem betriebsärztlichen Dienst und externen Trainerinnen und Trainern.



Auf europäischer Ebene hat sich ein Netzwerk zur Betrieblichen Gesundheitsförderung gebildet: „The European Network for Workplace Health Promotion“: (ENWHP): www.enwhp.org (Abruf: 25.08.2010).

5. Bewegte Praxis – Ein Fazit



Ein Überblick über die wissenschaftliche Forschung zeigt, dass sich durch Maßnahmen der Bewegungsförderung die körperliche Aktivität steigern lässt. Je mehr Ebenen die Maßnahmen ansprechen, desto erfolgversprechender sind sie.

Allerdings sind insbesondere (►) Mehrebenen-Interventionen aufwändiger und auch teurer.

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es leider noch viele Unklarheiten darüber, welches Vorgehen bei welchen Zielgruppen wirkt und vor allem, wie nachhaltig erreichte Veränderungen sind (Kahn et al. 2002; Matson-Koffman et al. 2005). Die Praxis der Bewegungsförderung auf Bevölkerungsebene steckt noch in den Kinderschuhen (Yancey et al. 2007). Aussagen zu Besonderheiten nach Geschlecht, kulturellem Hintergrund, Sozialstatus oder ähnlichem sind deshalb bestenfalls hinsichtlich einzelner Tendenzen, meist jedoch überhaupt nicht möglich.

Insgesamt sind Frauen in den Studien (und damit den Ergebnissen) überrepräsentiert. Spezielle Erkenntnisse zu älteren Menschen sind ebenfalls nur sehr begrenzt verfügbar. (►) Mehrebenen-Interventionen, welche sich insgesamt als erfolgreich erweisen, sind selten in Bezug auf ältere Menschen erprobt worden (Li et al. 2005a; Li et al. 2005b). Vorhandene Ergebnisse zur Zielgruppe der älteren Menschen beschränken sich zumeist lediglich auf ein strukturiertes Training statt auf Alltagsaktivitäten (Conn et al. 2003).

Dabei bedeuten fehlende wissenschaftliche Belege jedoch nicht zwangsläufig, dass entsprechende Maßnahmen nicht erfolgreich sein können, sondern oftmals nur, dass die Wirksamkeit noch nicht häufig genug wissenschaftlich belegt wurde. Insbesondere der langfristige Erfolg von Maßnahmen der Bewegungsförderung wurde erst selten überprüft.



Ein regelmäßig aktualisierter Überblick über die Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen der Bewegungsförderung finden Sie auf der englischsprachigen Homepage der Centers for Disease Control and Prevention unter der Adresse <http://www.thecommunityguide.org/pa/index.html> (Abruf: 25.08.2010).



Bewegungsförderung und aktives Leben im städtischen Umfeld. Die Rolle der Lokalverwaltung (WHO 2006). Eine Zusammenfassung der verfügbaren Erkenntnisse über körperliche Aktivität im städtischen Raum in einem Überblick samt Vorschlägen für die Politik und Praxis.

Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln

Unter: www.euro.who.int (Veröffentlichungen) (Abruf: 25.08.2010).

Die Toronto Charta für Bewegung: Ein weltweiter Aufruf zum Handeln (GAPA 2010): www.globalpa.org.uk (Abruf: 30.09.2010).

Im Infokasten 9 werden abschließend die Merkmale erfolgreicher Maßnahmen der Bewegungsförderung zusammengefasst.

Infokasten 9

Merkmale erfolgreicher Maßnahmen der Bewegungsförderung

Erfolgreiche Maßnahmen:

- beschränken sich nicht auf die Informationsvermittlung
- nutzen psychologische Veränderungsprinzipien
- setzen Gruppenangebote um
- bieten umfassende fortlaufende Beratung und Betreuung durch ausgebildete Bewegungs- und Gesundheitsexperten an
- schaffen sichere, attraktive und zweckmäßige Bewegungsmöglichkeiten und -räume und machen sie bekannt
- erinnern an Gelegenheiten zu Alltagsaktivitäten, zum Beispiel Treppensteigen
- kombinieren und vernetzen Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen



© Michael-Bührke/pixelio.de

XI. Wie kann Bewegungsförderung zielgruppenspezifisch gestaltet werden?

Menschen sind unterschiedlich. Jeder Mensch hat spezifische Erfahrungen im Verlauf seines Lebens gesammelt und individuelle Bedürfnisse, Wünsche und Ziele entwickelt. Menschen weisen verschiedene Lebenssituationen auf. Wirksame Maßnahmen der Bewegungsförderung orientieren sich an diesen Unterschieden und beschränken sich nicht darauf, lediglich auf einen objektiv festgestellten Bedarf zu antworten. Auch deshalb werden in der Bewegungsförderung spezifische Angebote und Maßnahmen für unterschiedliche Zielgruppen, ja sogar einzelne Individuen entwickelt.

Die Berücksichtigung relevanter Unterschiede zwischen Menschen wird dabei unter dem Begriff „diversity“ – also Vielfalt diskutiert. Um Chancengleichheit zu realisieren, müssen überall dort, wo relevante Unterschiede bestehen, bedürfnisgerechte Maßnahmen entwickelt werden.

Bei der Planung entsprechender Maßnahmen sind dabei nicht nur die unterschiedlichen kulturellen Ausprägungen von Menschen entscheidend. Deneke und Brunnett (2009) empfehlen daher, bei der Berücksichtigung von Vielfalt nicht von vornherein nur ethnische oder kulturelle Differenzen zwischen Bevölkerungsgruppen in den Blick zu nehmen. Während es in einem Fall sinnvoll sein kann, „ethnische Herkunft/kulturelle Prägung“ zu berücksichtigen, können in einem anderen Fall „chronische Erkrankungen/physische Fähigkeiten“ im Vordergrund stehen.



Maßnahmen zur Bewegungsförderung bei Älteren sind dann besonders wirkungsvoll, wenn sie die Interaktion verschiedener struktureller, biologischer und verhaltensbezogener Dimensionen berücksichtigen. Damit sind sie zugleich auch komplex (vgl. Deneke/Brunnett 2009, S.38).

In diesem Zusammenhang ist es erfreulich, dass (nicht nur) in der Bewegungsförderung das Bewusstsein gewachsen ist, dass es zielgruppenadäquater Angebote bedarf, die auch schwer erreichbare Zielgruppen ansprechen. Die Berücksichtigung von Vielfalt in der Bewegungsförderung bedeutet, die strukturellen Unter-

schiede innerhalb von Zielgruppen systematisch in die Umsetzung von Maßnahmen zu integrieren (Altgeld/Bächlein/Deneke 2006). Anders ausgedrückt: Es können nicht alle mit dem gleichen Ansatz und/oder der gleichen Maßnahme erreicht werden, denn die Gruppe der älteren Menschen ist vielfältig (►► S. 57 ff).

Für die Projektplanung heißt dies, dass eine Berücksichtigung der Lebensumstände, der Biografien und Wünsche der jeweiligen Zielgruppe schon bei der Angebotsplanung erfolgen sollte. Es gilt daher im Vorfeld einer Maßnahme sehr konkrete Überlegungen anzustellen, welche Gruppe man ansprechen möchte. Dabei sollten nicht allein Alter, Geschlecht und Herkunft sondern auch die kulturellen und Bildungshintergründe berücksichtigt werden (vgl. Qualitätsentwicklung (►► S. 83 ff)).

Die Entwicklung zielgruppenspezifischer, bedürfnisorientierter Maßnahmen stellt in der Bewegungsförderung auch die Chancengleichheit sicher.

Partizipation der Zielgruppe – ein Schlüssel zum Erfolg:

Ein oft zu gering berücksichtigter Aspekt ist die Einbindung (► Partizipation) der Zielgruppe in die Planung, Durchführung und (►) Evaluation von Maßnahmen der Bewegungsförderung. (►) Partizipation ermöglicht es, die Bedürfnisse der Zielgruppe von Beginn an zu berücksichtigen. Zudem kann eine „gelebte“ (►) Partizipation ein wesentlicher Schlüssel für die Vertrauensbildung von beispielsweise Teilnehmerinnen und Teilnehmern und der Kursleitung sein.

(►) Partizipation der Zielgruppe sensibilisiert für zielgruppenspezifische Besonderheiten. So können unter anderem die nachfolgenden Fragen geklärt werden:

- Welches Bewegungsangebot ist gewünscht?
- An welchem Wochentag und zu welcher Tageszeit soll das Angebot stattfinden?
- Können sowohl Frauen als auch Männer teilnehmen oder sind getrennte Gruppen gewünscht?

Infokasten 10

Ist mein Angebot zielgruppenspezifisch?	😊	☹️
Sie haben Ihre Zielgruppe definiert und sich mit zielgruppenspezifischen Besonderheiten wie Alter, Geschlecht, Herkunft, Kultur, Religion, Bildung und Sprache auseinandergesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie konnten Schlüsselpersonen identifizieren und dafür gewinnen Sie zu unterstützen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie haben sich mit geeigneten Kommunikationswegen auseinandergesetzt und setzen diese erfolgreich ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie verfolgen im Rahmen Ihres Vorhabens eine aufsuchende Strategie und bieten Ihr Angebot wohnortnah an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie sind sich bewusst über die Bedeutung einer Vertrauensbasis und streben ein langfristig angelegtes Angebot sowie die Einbindung von Schlüsselpersonen an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie kennen die Bedürfnisse der Zielgruppe und beteiligen diese an der Konzeption und Maßnahmenplanung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Welcher Ort ist vertraut, gut erreichbar beziehungsweise akzeptiert?
- Wie sollten die Räumlichkeiten gestaltet sein?
- Welche Hürden könnten einer Teilnahme entgegen stehen?
- Wodurch könnte ein Bewegungsangebot besonders interessant werden?
- Gibt es spezifische Wünsche oder Bedürfnisse?
- Möchten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einem Angebot in Sport- oder in Alltagskleidung teilnehmen?

Auch wenn die Einbindung der Zielgruppe zunächst mit einem erhöhten Zeitaufwand und gegebenenfalls mit der (begründeten) Neuformulierung oder Modifikation von bereits festgelegten Strategien verbunden ist, lohnt sich ein entsprechendes Vorgehen, da es zum Beispiel die Akzeptanz des Angebots erhöhen kann. Es hat sich in der Vergangenheit bereits mehrfach bewährt, entsprechende Zielgruppen bei der Projektplanung, -durchführung und -evaluation einzubinden.

Dies kann praktisch geschehen über:

- Bürgerbefragungen zum Thema Bewegung (zum Beispiel über Bedarfe und Bedürfnisse, bestehende Strukturen und deren Nutzung),

- die Durchführung von Ideenwerkstätten mit der Zielgruppe beziehungsweise deren Interessenvertretungen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Politik und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kommune und sonstiger relevanter Einrichtungen,
- die Initiierung von Arbeitsgruppen, Runden Tischen und Projekten unter Einbeziehung der bereits genannten Akteurinnen und Akteure,
- die Nutzung bereits vorhandener Strukturen zur Beteiligung.



Für Akteurinnen und Akteure lohnt sich in diesem Zusammenhang ein Blick auf eine Webseite, die gemeinsam von Gesundheit Berlin e.V. und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) aufgebaut wurde. Dort finden Sie Konzepte, Methoden und Praxisbeispiele der Partizipativen Qualitätsentwicklung. Die Rubrik „Methodenkoffer“ hält Beschreibungen einiger Instrumente vor, mit Hilfe derer Sie die Zielgruppe ganz konkret einbinden können: www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de (Abruf: 25.08.2010).

Die Reflexionsfragen in Infokasten 10 geben eine mögliche Orientierung zu Zielgruppenaspekten im Rahmen der Planung von Maßnahmen der Bewegungsförderung. Besonders relevante Zielgruppen für die Bewegungsförderung, aber auch die Gesundheitsförderung und Krank-

heitsprävention im Allgemeinen sind sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Soziale Benachteiligung gestaltet sich dabei vielfältig. Besonders betroffen sind unter anderem Menschen, die aufgrund ihrer Bildung, ihres Einkommens, ihrer Nationalität, ihres Alters oder Geschlechts von sozialer und gesundheitlicher Benachteiligung betroffen sein können.

Neben geringeren finanziellen Möglichkeiten und oft schlechteren Zugangswegen zu Angeboten und bewegungsförderlichen Strukturen zeigen sich auch deutliche Unterschiede im Wissen über gesundheitliche Risikofaktoren zwischen Ober-, Mittel- und Unterschichtsangehörigen.

Gesundheit ist durch viele soziale Einflussfaktoren bedingt. Gleichzeitig ist sie Voraussetzung für allgemeine gesellschaftliche Teilhabe, auch für Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Zahlreiche wissenschaftliche Studien und repräsentative Gesundheitsumfragen (Gesundheitssurveys) belegen, dass soziale Ungleichheiten oft auch zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen (Mielck 2005). Beispielsweise:

- haben Menschen aus niedrigen sozialen Schichten ein überproportional hohes Krankheitsrisiko.
- schätzen sie ihre eigene Gesundheit schlechter ein.
- ist die allgemeine Lebenserwartung bei Männern um 10 Jahre geringer, bei Frauen um 5 Jahre – im Vergleich zu gehobenen Schichten.

Zudem bewegen sich sozial benachteiligte Menschen in der Regel weniger als der Rest der Bevölkerung.



Der Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen setzt sich als Teil des bundesweiten Kooperationsverbundes zur „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ für (gesundheitliche) Chancengleichheit von Menschen ein:

Er hat sich zwei übergeordnete Ziele gesetzt:

Sensibilisierung

- Gesundheit und sozialer Status bedingen sich gegenseitig.
- Gesundheitsförderung kann helfen, benachteiligte Menschen leistungsfähiger zu machen und (wieder) besser zu integrieren.
- Gesundheitsförderung hilft anderen Politikfeldern, ihre Ziele zu erreichen.

Vernetzung und sektorübergreifendes Handeln

- Die Gesundheitsförderung ist in Nordrhein-Westfalen vielschichtig organisiert.
- Die Arbeit mit benachteiligten Zielgruppen findet häufig allerdings in anderen Bereichen statt – zum Beispiel in der Arbeitsförderung,

der Integration von Migrantinnen und Migranten, Förderung benachteiligter Stadtteile.

- Der Regionale Knoten führt Partner zusammen: Die Gesundheitsförderung erschließt neue (►) Settings und Zielgruppen – andere Bereiche nutzen die Potenziale und Ressourcen der Gesundheitsförderung.

Der Regionale Knoten NRW ist beim LIGA.NRW angesiedelt. Das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen ist inhaltlich eng angebunden an die Arbeit des Regionalen Knotens.



Weitere Informationen zum Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen finden Sie im Internet auf den Seiten des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen unter: www.liga.nrw.de/rk (Abruf: 25.08.2010).

Unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Abruf: 25.08.2010) finden Sie umfassende Informationen zum bundesweiten Kooperationsverbund zur „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“.

In einer Datenbank auf dieser Internetseite finden Sie auch die derzeitig bundesweit größte Zusammenstellung von Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Für die Recherche stehen Ihnen mehrere Möglichkeiten zur Verfügung: einfache Recherche, erweiterte Recherche, Volltextsuche, Archiv-Recherche und Listen-Recherche. Unter anderem kann in der Datenbank auch themenspezifisch gesucht werden (zum Beispiel zum Thema „Bewegung und Sport“ oder „Freizeit und Sport“).

Es mangelt noch immer an flächendeckenden kostenfreien Angebotsstrukturen oder Subventionsmöglichkeiten speziell für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

In diesem Zusammenhang ist auch die Frage nach den finanziellen Möglichkeiten sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu stellen. Viele Angebote der Bewegungsförderung kosten Geld. Auch wenn Jahresbeiträge in Sportvereinen oder Gebühren für Gesundheitskurse häufig nicht hoch ausfallen, stellen Sie für besonders einkommensschwache Bevölkerungsgruppen oft eine zu große finanzielle Herausforderung dar.

Es mangelt an flächendeckenden kostenfreien Angebotsstrukturen oder Subventionsmöglichkeiten speziell für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise kostenfreie oder deutlich ermäßigte Eintrittspreise in Schwimmbäder oder kostenfreie Angebote der Bewegungsförderung auf kommunaler Ebene, zum Beispiel in öffentlichen Parkanlagen (Parra et al. 2010).

Infokasten 11

Das Kooperative Konzept Gesundheitssport (KoKoSpo) (vgl. Tiemann 2010)

Mit dem »Kooperativen Konzept Gesundheitssport« (KoKoSpo) wird das Ziel einer flächendeckenden und nachhaltigen Institutionalisierung von zielgruppenspezifischen, evidenzbasierten Gesundheitssportprogrammen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit verfolgt. Damit soll das bislang häufig vernachlässigte Potenzial des Gesundheitssports für weite Bevölkerungskreise, insbesondere auch für gesundheitlich besonders gefährdete oder belastete Gruppen, besser erschlossen und die Gesundheitsversorgung optimiert werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, kommt dem Aufbau von tragfähigen Netzwerken zwischen Institutionen und Akteurinnen oder Akteuren des Sport- und des Gesundheitssystems eine Schlüsselrolle zu. Vor diesem Hintergrund sieht das kooperative Konzept »KoKoSpo« eine enge Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen und Anbietern von Gesundheitssport, insbesondere Sportvereinen und Fitness-Studios, vor. Ein besonderes Kennzeichen von »KoKoSpo« ist dabei die präzise Festlegung und Umgrenzung der jeweiligen – systematisch aufeinander abgestimmten – Aufgaben der Träger des Netzwerkes sowie die genaue Beschreibung der einzelnen Schritte der Interventionsmaßnahmen.

Auf Initiative der AOK Westfalen-Lippe (seit 2010: AOK NORDWEST) wird das kooperative Konzept »KoKoSpo« seit 1998 flächendeckend in Nordrhein-Westfalen (Landesteil Westfalen-Lippe) umgesetzt. Die (►) Evaluation der Institutionalisierung von »KoKoSpo« über einen Zeitraum von sieben Jahren (1999 bis 2005) hat gezeigt, dass dieses Konzept greift und sich in der Praxis bewährt hat. So ist es in dem genannten Zeitraum beispielsweise gelungen, Kooperationen mit 1.340 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aufzubauen, die ihren Patientinnen und Patienten die Teilnahme an spezifischen Gesundheitssportprogrammen (für Erwachsene mit chronischen Rückenschmerzen beziehungsweise mit multiplen Beschwerden) empfohlen haben. Ferner belegen die Evaluationsergebnisse, dass mit diesem Konzept vor allem auch solche Personengruppen erreicht werden, die einerseits gesundheitlich besonders gefährdet oder belastet, andererseits aber nur schwer zu erreichen und in Gesundheitssportprogrammen ansonsten deutlich unterrepräsentiert sind (zum Beispiel Arbeiterinnen und Arbeiter und Handwerkerinnen und Handwerker, Arbeitsunfähige, Erwerbslose, ältere Menschen). Damit leistet das Konzept »KoKoSpo« auch einen wichtigen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

**Soziale Ungleichheit und Gesundheit**

(Siegrist/Marmot 2008).

Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention (Kümpers 2008). Zugriff: www.wzb.eu (Publikationen) (Abruf: 25.08.2010).

In Infokasten 11 wird ein Projekt vorgestellt, das vor allem auch sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen einen Zugang zu evidenzbasierten Gesundheitssportprogrammen ermöglichen möchte.

Nachfolgend werden zentrale Aspekte der Zielgruppenorientierung von Angeboten der Bewegungsförderung zusammengefasst. Die Aspekte wurden vom Zentrum für Bewegungsförderung Nord auf Basis von Praxiserfahrungen aus den vier Bundesländern Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein erarbeitet (www.bewegung-im-norden.de) (Abruf: 25.08.2010).

Aspekte der Zielgruppenorientierung von Angeboten der Bewegungsförderung:

- Angebote sind niedrigschwellig, kostengünstig oder kostenfrei und wohnortnah
- Beteiligungsmöglichkeiten der Zielgruppe werden aufgezeigt und geschaffen (► Partizipation)
- Individuelle Bedürfnisse der Zielgruppe und relevanter Subgruppen werden beachtet (Diversity)

- Es existieren Angebote mit aufsuchendem Charakter (beispielsweise für mobilitätseingeschränkte oder pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige sowie sozial isoliert lebende Menschen)
- Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, sowohl aus der Zielgruppe selbst als auch Akteurinnen und Akteure mit Kontakt zur Zielgruppe sind einbezogen (zum Beispiel Pflegeberaterinnen und Pflegeberater, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Landfrauen, Vereinsvertreterinnen und Vereinsvertreter, Kirchenvertreterinnen und Kirchenvertreter)
- Bereits vorhandene beziehungsweise von der Zielgruppe anerkannte Strukturen werden genutzt, um Angebote zu verankern (zum Beispiel Seniorenbegegnungsstätten, Kirchengemeinden, Wohnungsbaugenossenschaften, Mehrgenerationenhäuser, Seniorenservicebüros, ehrenamtliche Besuchsdienste, Pflegeeinrichtungen, Mehrzweckräume in Gaststätten oder Hotels)
- Zugänge werden auch über andere, für die Zielgruppe relevante Themen ermöglicht (zum Beispiel soziale Kontakte in Begegnungsstätten, beim Seniorenfrühstück, generationenübergreifende Aktivitäten, Gesprächskreise)

- Es werden auf die Zielgruppe abgestimmte Medien und Methoden der Ansprache genutzt und Möglichkeiten der persönlichen Ansprache werden ausgetestet.

Was macht die Gruppe „60+“ aus?

Viele Angebote und Maßnahmen der Bewegungsförderung richten sich noch zu pauschal an alle Seniorinnen und Senioren. Dabei wird häufig nicht deutlich, auf welche „Teilgruppe“ sich das Angebot bezieht. Dies wäre allerdings notwendig, da man aus der gerontologischen Forschung weiß, dass die Gruppe der älteren Menschen äußerst heterogen ist. Sie besteht beispielsweise aus:

- Berufstätigen und Rentnern
- Gesunden, Erkrankten und Pflegebedürftigen
- Menschen mit und ohne Behinderungen
- familiär eingebunden oder allein lebenden Personen
- Menschen mit hohem und niedrigem sozio-ökonomischen Status
- Menschen mit hohem und niedrigem Bildungsniveau
- Menschen aus unterschiedlichen Kulturen
- Frauen und Männern

Daraus resultierende Unterschiede des körperlichen Aktivitätsverhaltens, aber auch des gesundheitlichen Status, der Selbstständigkeit oder der Mobilität, gilt es bei der Konzipierung und Etablierung entsprechender Maßnahmen und Interventionen zur Bewegungsförderung entsprechend zu beachten.

Alter als Abschnitt im Lebenslauf kann nicht mit dem Altern als individueller Prozess gleichgesetzt werden. Und das soziale Alter ist nicht gleichbedeutend mit dem biologischen und psychologischen Altern. „Es existiert kein kausaler, sondern lediglich ein konditionaler Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit. Auch bei Personen im identischen Alter und mit einem exakt übereinstimmenden Krankheitsbefund lassen sich erhebliche Unterschiede im Hilfebedarf, in der Lebenszufriedenheit und im Wohlbefinden feststellen.“ (bvpg 2009) Alter ist also relativ. Der Spruch: „man ist so alt, wie man sich fühlt“ ist diesbezüglich gar nicht so falsch.



Eine 65-jährige Frau beispielsweise könnte sich noch zu jung fühlen, um an einem Kurs zur Sitzgymnastik teilzunehmen, ein 60-jähriger Mann hingegen, der einen Schlaganfall erlitten hat, empfindet das entsprechende Angebot als herausfordernd. Und ein achtzigjähriger Mann könnte sich beim gleichen Angebot zu stark gefordert fühlen und könnte Angst haben sich zu überanstrengen.



„Man ist so jung, wie man sich fühlt“ – die Unterschiede im Alterungsprozess und damit die Heterogenität der entsprechenden Altersgruppen sind groß. Bei der Ausdifferenzierung von Interventionen sollte daher die jeweilige Zielgruppe berücksichtigt werden.

Dies gilt auch für die Entwicklung entsprechender, zielgruppenspezifischer Ansprachestrategien (zum Beispiel in der Ansprache das Alter oder Begriffe wie „Senioren“ ganz aussparen und über eine ausführliche Beschreibung der entsprechenden Inhalte und Anforderungen eines Programms die „Auswahl“ der Zielgruppe vornehmen) (►► S. 109 ff).



Nähere Informationen unter anderem zu Ansprachestrategien und Bedürfnissen älterer Menschen können Sie der Broschüre „Tipps & Anregungen für Anbieter von Bewegungs- und Ernährungsangeboten für ältere Menschen“ entnehmen: www.bewegtleben.net (Abruf: 25.08.2010).



Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Diese Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2007 fasst zusammen, wie die Zugänge zu älteren Menschen auf kommunaler Ebene aussehen. Unter www.bzga.de (Infomaterialien/Fachpublikationen) (Abruf: 25.08.2010).

Dennoch kann sich bei der Planung von Maßnahmen der Bewegungsförderung eine grobe Orientierung an Altersgruppen anbieten (zum Beispiel 60-70, 70-80, 80-90 Jahre). Anbieterinnen und Anbieter sollten altersgruppenspezifische Angebote der Bewegungsförderung jedoch möglichst genau beschreiben:

- Was sind die genauen Inhalte des Angebots?
- Welche Voraussetzungen müssen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mitbringen?
- Für welche Menschen eignet sich ein anderes Angebot besser?

So können sich Interessierte einen guten Überblick verschaffen und das passende Angebot herausuchen (►► S. 109 ff).

Ältere Menschen weisen – allen interindividuellen Unterschieden zum Trotz – gemessen an der Gesamtbevölkerung einen hohen Prozentsatz an Mehrfacherkrankungen auf. Auch deshalb sollten gerade ältere Personen mit spezifischen Beeinträchtigungen der Gesundheit vor der Umsetzung von Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung (►► S. 17 ff) in jedem Fall eine umfassende medizinische Beratung in Anspruch nehmen. Gemeinsam mit einem Mediziner können so mögliche Risiken individuell abgeklärt und wichtige therapeutische Aspekte berücksichtigt werden.

Tabelle 2: Fähigkeit, Tätigkeiten des täglichen Lebens ausführen zu können nach Alter (vgl. Mollenkopf/Flaschenträger2001)

	Insgesamt	55 - 64 Jahre	65 - 74 Jahre	75 - 79 Jahre	ab 80 Jahre
Treppensteigen*					
- ohne Schwierigkeiten	61	75	66	57	45
- mit Schwierigkeiten	33	24	29	37	45
- kann gar nicht	6	1	5	6	10
Außer Haus gehen*					
- ohne Schwierigkeiten	73	87	81	73	52
- mit Schwierigkeiten	20	11	13	22	36
- kann gar nicht	6	2	6	5	12
Einkäufe erledigen*					
- ohne Schwierigkeiten	72	86	79	71	50
- mit Schwierigkeiten	17	11	12	19	25
- kann gar nicht	12	3	9	10	25
Mind. 2 km gehen*					
- ohne Schwierigkeiten	64	85	70	57	43
- mit Schwierigkeiten	16	9	14	20	21
- kann gar nicht	20	6	15	22	36

Angaben in %;

* Unterschiede zwischen den Altersgruppen signifikant ($p < 0.01$);

N=804 (Datenbasis: Outdoor Mobility Survey 1995)

Zudem sind ältere Menschen häufiger als jüngere von Mobilitätseinschränkungen betroffen und haben bisweilen Mühe bei Aktivitäten des täglichen Lebens (vgl. Tabelle 2).

Der zentrale Bezugsrahmen älterer Menschen ist auch aufgrund von Mobilitätseinschränkungen häufig der unmittelbare Nahraum, in dem die Versorgung für das tägliche Leben erfolgt und in dem zwischenmenschliche Kontakte bestehen. Maßnahmen der Bewegungsförderung sollten dementsprechend möglichst dort etabliert werden, wo die entsprechende Zielgruppe der älteren Menschen wohnt und leicht Zugang findet (zum Beispiel in Räumen der Gemeinde, Gemeinschaftsräumen in Wohnanlagen, Gaststätten, Grünflächen oder in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung). Oder es sollten Begleit- und Fahrdienste vorgehalten werden (auch über ehrenamtliche und nachbarschaftliche Strukturen). Wichtig ist auch die möglichst bewegungsförderliche und möglichst barrierefreie Wohnumgebung.



Gründe, Bewegungsangebote anzunehmen

Erfahrungen des kommunalen Seniorenservice Hannover (vgl. Wedler 2009) haben beispielsweise gezeigt, dass ältere Menschen deshalb zu Angeboten der Bewegungsförderung gekommen sind, weil die Angebote:

- kostenlos waren oder nur sehr geringe Einzelgebühren erhoben wurden,
- keine Verpflichtungen zum Beispiel durch Vereinsstrukturen entstanden,
- kein Leistungsdruck vorherrschte und keine „Spezialkleidung“ notwendig war,
- zu für die Zielgruppe angepassten Zeiten stattfanden (zum Beispiel am späten Vormittag, nicht im Dunklen)
- auch mit körperlichen Einschränkungen gut auszuführen waren (zum Beispiel Sitztanz)

Infokasten 12

Das Seniorensport-Projekt „Mobil bis ins hohe Alter“

„Mobil bis ins hohe Alter“ – unter diesem Motto startete 2009 ein Pilotprojekt des Behinderten-Sportverbandes NRW e.V. (BSNW) in Kooperation mit dem Altenzentrum Haus Salem und dem TV Ratingen e.V.

Grundgedanke des Projekts ist ein Vor-Ort-Angebot für Bewohnerinnen und Bewohner zu schaffen, die nicht mehr in der Lage sind, außerhalb ihres vertrauten Wohnumfelds Vereinsangebote wahrzunehmen.

Nach zwei Informationsveranstaltungen, die dem gegenseitigen Kennenlernen sowie der Bedarfs- und Bedürfnisanalyse dienten, hat der TV Ratingen eine erste Rehabilitationssportgruppe im Haus Salem eingerichtet.

Den Voraussetzungen der Interessenten, die im Durchschnitt 87 Jahre alt waren, angepasst, orientieren sich die Inhalte und Methoden an den Schwerpunkten der Sturz- und Demenzprophylaxe.

Über den Behinderten-Sportverband NRW erhalten Sie weitere Informationen zum Projekt. Die Internetadresse lautet www.bsnw.de (Abruf: 25.08.2010).

- barrierefrei und gut erreichbar waren (zum Beispiel abgesenkte Bordsteine, ausreichende Straßenbeleuchtung, gute Anbindung an öffentlichen Personennahverkehr)
- in hellen und wohltemperierten und vertrauten Räumlichkeiten stattfanden sowie
- im Regelfall in der unmittelbaren Nachbarschaft stattfanden.

Die Erfahrungen decken sich durchaus mit Erkenntnissen der Wissenschaft (ex. Rütten et al. 2009).

Infokasten 12 gibt Informationen über ein vielversprechendes Pilotprojekt des Behinderten-Sportverbandes Nordrhein-Westfalen zur Bewegungsförderung bei hochaltrigen Menschen in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung.



Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze. (LIGA. NRW 2007). Zugriff: www.liga.nrw.de (Publikationen und Downloads) (Abruf: 25.08.2010).

Zukunft Altern – Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen (Kruse/Wahl 2010).

Mehr Gesundheit im Alter. Arbeitshilfen für Bewegungsförderung und Sturzprävention im Alter am Beispiel des Hamburger Arbeitskreises Sturzprävention. (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg/Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland 2009).

Evidenzbasierte Leitlinien für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. Zugriff: www.healthproelderly.com (Abruf: 25.08.2010).



Die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros und die Bundesarbeitsgemeinschaft

der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V. sind als Ansprechpartner gerne bereit, Ihnen zusätzliche Informationen zur Zielgruppe, zu Strukturen und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern vor Ort zu geben (►► vgl. S. 138 f).

Im Rahmen der Landesinitiative „Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren“, die Teil des Präventionskonzepts NRW ist, wird intensiv an Umsetzungsstrategien zur Sturzprävention gearbeitet.

Bewegungsförderung verbindet Generationen: Maßnahmen zur Förderung der Bewegung können aber auch generationenübergreifend konzipiert werden. Vor allem im gemeinsamen Spiel von Jung und Alt liegt eine große Chance. Im privaten Raum spielen beispielsweise Großeltern mit ihren Enkelkindern. Noch weniger verbreitet ist die generationsübergreifende spielerische Bewegungsförderung in der Nachbarschaft oder zwischen Kindertagesstätten und Einrichtungen der Seniorenarbeit.

Spielen fördert die physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten und leistet damit einen Beitrag zur Bewegungsförderung älterer und jüngerer Menschen (Baumann 2005). Das Spiel ist demnach eine gute Möglichkeit, dass ältere Menschen gemeinsam mit jüngeren aktiv werden.

Für Seniorinnen und Senioren fördert das Spiel Bewegung, trägt aber auch zur Entspannung und Erholung bei. Spielen kann die Gedächtnisleistung trainieren, Wissen aktivieren und zur Entwicklung neuer Fertigkeiten beitragen. Außerdem wirkt das Spiel in starkem Maße sozial integrativ und kann damit der Vereinsamung im fortschreitenden Lebensalter vorbeugen (Thole 2007).



Mit dem Generationenspiel „Gemeinsam gesund“ kann auf spielerische, interaktive Weise der Austausch der Generationen gefördert und der Prozess der Gesundheitsbildung bei Jung und Alt positiv beeinflusst werden (siehe Foto). Seniorinnen und Senioren treten dabei gemein-

sam mit Kindern zu den Themen Bewegung, Ernährung, Sinneswahrnehmung und Gedächtnis in Aktion.

Das Spiel wurde von der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. entwickelt und ist als konkretes Angebot für Einrichtungen der Seniorenarbeit, Kindertagesstätten und Mehrgenerationenhäuser gedacht.

Es bietet die Chance für eine generationenübergreifende, kooperative und integrative Bewegungs- und Gesundheitsförderung über Einrichtungsgrenzen hinweg.

Das Zentrum für Bewegungsförderung Sachsen hat das Spiel im Rahmen einer Aktionswoche „Gemeinsam bewegt“ in Einrichtungen der Seniorenarbeit gemeinsam mit Älteren und Kindern erproben können.

Weitere Informationen erhalten Sie über die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. über www.sifg.de (Abruf: 25.08.2010).



© Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung

1. Frauen und Männer – maßgeschneiderte Bewegungsförderung

Um Maßnahmen der Bewegungsförderung im Sinne des (►) Gender Mainstreaming gestalten zu können, sollten Akteurinnen und Akteure grundlegende Kenntnisse zum Rollenverständnis von Männern und Frauen haben, sowie zu den unterschiedlichen Lebenslagen, in denen sich Frauen und Männer befinden.

Nachfolgend sind übergeordnete Aspekte zur Thematik einer geschlechtergerechten Bewegungsförderung zusammengefasst.

1.1 Unterschied zwischen biologischem und sozialem Geschlecht?

Das biologische Geschlecht beschreibt biologische Charakteristika von Frauen und Männern wie zum Beispiel genetische, hormonelle, anatomische, immunologische und körperliche Eigenschaften (Jahn/Kolip 2002; Ritter et al. 2008). Wissenschaftlich wird das biologische Geschlecht auch als „Sex“ bezeichnet.

Eine andere Betrachtungsweise von Frauen und Männern wird durch das soziale Geschlecht ausgedrückt. Wissenschaftlich wird das soziale Geschlecht als „Gender“ bezeichnet. Genderaspekte berücksichtigen über die rein biologischen Eigenschaften von Frauen und Männern hinaus auch weitere Aspekte wie zum Beispiel gesellschaftlich bedingte Unterschiede zwischen Frauen und Männern, beispielsweise Rollenverhalten, Rechte, Pflichten, Verhaltens- und Lebensweisen. Bedeutsam ist die Unterscheidung zwischen Gender und Sex in Hinblick auf die mit den Begriffen Frau/Mann verbundenen Erwartungen und Zuschreibungen in der Gesellschaft (Jahn/Kolip 2002; Jansen 2007; Schofield et al. 2002).

In den Charakteristika des sozialen Geschlechts sind kulturelle Muster, persönliche Eigenschaften, institutionelle Aspekte und intime Beziehungen eines Individuums verankert. Diese Merkmale des sozialen Geschlechts sind nicht genetisch, hormonell, anatomisch, immunologisch oder körperlich festgelegt und nicht unabänderbar. Vielmehr sind sie erlernt. Folglich bestehen Möglichkeiten der Veränderung.

1.2 Frauen und Männer verhalten sich verschieden

Gesundheitliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern beruhen unter anderem auf verschiedenen (gesundheitsrelevanten) Verhaltensweisen.



Beispielsweise gibt es Unterschiede im Ernährungsverhalten. Frauen achten hier häufig eher auf eine gesunde Ernährung als Männer. Sie verzehren mehr Obst und Gemüse, während Männer häufig mehr Fleisch und Brot sowie Alkohol und Süßigkeiten konsumieren (Klotz 2002; Lademann/Kolip, 2008; Stopper/Gertler, 2002). Zudem nehmen Frauen häufiger an Präventionsangeboten der Krankenkassen teil als Männer (Kolip 2008). Dagegen zeigen Männer über alle Altersgruppen hinweg ein aktiveres Bewegungsverhalten als Frauen.

Zu beachten ist auch, dass für Frauen und Männer hinsichtlich körperlicher Aktivitäten unterschiedliche (►) Motive und Barrieren von Bedeutung sind. Für ältere Frauen scheint das Motiv Gesundheit wichtiger als für ältere Män-

ner (Pahmeier 2008). Andere Studien weisen darauf hin, dass für ältere Frauen Faktoren wie die soziale Unterstützung wichtiger sind als für Männer. Im Gegensatz dazu ist primär für Männer das Vorhandensein von Bewegungsgelegenheiten und -räumen wie Sportvereinen oder Grünflächen eine wichtige Einflussgröße (Brownson et al. 2005; Phongsavan et al. 2007).

1.3 Warum Gender Mainstreaming in der Bewegungsförderung?

Die Notwendigkeit des (▶) Gender Mainstreaming in der Gesundheits- und Bewegungsförderung wird heute nicht mehr bestritten. Allerdings wird in der Praxis noch zu selten darauf geachtet, ob das Geschlecht bei der Planung, Durchführung und (▶) Evaluation von Maßnahmen eine Rolle spielt oder nicht. Und wenn das Geschlecht eine Rolle spielt, dann werden Maßnahmen noch zu selten auch gendersensibel gestaltet.

Ziel von (▶) Gender Mainstreaming in der Bewegungs- und Gesundheitsförderung ist es, Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern zu ermöglichen. Eine gendersensible Bewegungsförderung berücksichtigt bestehende Unterschiede zwischen Frauen und Männern.



Dort, wo Frauen und Männer die gleichen Bedürfnisse haben, sollten sie auch die gleichen Angebote bekommen. Dort, wo Frauen und Männer unterschiedliche Bedürfnislagen aufweisen, benötigen sie auch entsprechend differenzierte Angebote und Angebotsstrukturen (Kolip 2008; Lademann/Kolip 2008).

1.4 Konsequenzen für die Bewegungsförderung

Um die Genderperspektive bei Maßnahmen der Bewegungsförderung berücksichtigen zu können, sollte bereits zu Beginn einer Maßnahmenplanung der Aspekt des (▶) Gender Mainstreaming beachtet werden. Nur so können projektrelevante Entscheidungen auf geschlechterspezifische Unterschiede abgestimmt und die Perspektiven beider Geschlechter angemessen berücksichtigt werden.

(▶) Gender Mainstreaming sollte in allen Phasen des Public-Health-Action-Zyklus (▶▶ S. 80) verwendet werden, um relevante Zielgruppen zu identifizieren, Maßnahmen zielgruppengerecht umsetzen und die Effekte geschlechterdifferenziert evaluieren zu können (vgl. Kolip 2008, S. 29).



Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, eine nationale Organisation, die Gesundheitsförderungsprojekte initiiert und das (▶) Qualitätsmanagement fördert, hat ein internetbasiertes Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das

unter anderem eine Checkliste zum Thema (▶) Gender Mainstreaming umfasst.

Mithilfe dieser Liste können Sie kritisch überprüfen, ob Sie die Unterschiede zwischen den Geschlechtern angemessen berücksichtigt haben: www.quint-essenz.ch (Qualitätssystem/Instrumente) (Abruf: 25.08.2010).

In bisherigen Angeboten der Bewegungsförderung wird noch zu selten auf (▶) Gender Mainstreaming geachtet (Pfeffer/Alfermann 2006).

Eine Differenzierung der Zielgruppen nach Geschlecht erhöht die Reichweite und die Qualität von Maßnahmen der Bewegungsförderung.

So planen Sie Bewegungsförderung geschlechtersensibel: Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung wird (insbesondere bei der Konzipierung von Angeboten) dazu geraten, die nachfolgend aufgeführten Hinweise für eine geschlechtersensible gesundheitsorientierte Bewegungsförderung zu beachten (vgl. Pfeffer/Alfermann 2006, S. 71f):

- Eine geschlechtersensible, gesundheitsorientierte Bewegungsförderung müsste Teilnahmebarrieren von Männern dadurch reduzieren,
- dass Angebote stärker das männliche Verständnis von Bewegung und ein maskulines Selbstkonzept berücksichtigen, indem beispielsweise gezieltes Training von Ausdauer, Kraft und Flexibilität angeboten wird, das dem von Männern bevorzugten Ziel der Leistungsverbesserung und des Muskelaufbaus entgegen kommt, ohne Gesundheitszielen zu widersprechen;
- dass Etikette zur Benennung der Angebote gewählt werden, die den männlichen Rollenerwartungen an Stärke und Aktivität entgegen kommen, zum Beispiel Muskeltraining statt Rückenschule; Fitnesstraining oder Ausdauertraining statt Body-shaping.
- Frauen verbinden mit Gesundheit eher Wohlbefinden. Gesundheitsorientierter Sport für Frauen sollte somit
- das Körperbild beeinflussen, zum Beispiel über Tanz, Gymnastik mit Musik und Ausdauersport
- und das Wohlbefinden fördern, wozu auch Sport mit Gleichgesinnten beitragen kann. Wichtig ist dabei, dass mit dem Sport positive Konsequenzen (Wohlbefinden, Körperbild, Geselligkeit) erfahren und verbunden werden.

Eine Differenzierung der Zielgruppen nach Geschlecht erhöht die Reichweite und die (▶) Qualität von Maßnahmen der Bewegungsförderung, da dadurch adäquate Angebote für (gegebenenfalls) unterschiedliche Bedürfnisse von Frauen und Männern entwickelt werden

können. Durch die Kenntnis der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, die für Männer und Frauen unterschiedlich sind, verfügen Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung über gute Voraussetzungen, um individuelle Verhaltensänderungen und nachhaltige strukturelle Änderungen zu erzielen (vgl. www.quintessenz.de) (Abruf: 25.08.2010).

Das Projekt BIGGER beispielsweise richtet sich mit Angeboten der Bewegungsförderung speziell an Frauen in schwierigen Lebenslagen:



BIGGER – Ein Modellprojekt zur Gesundheitsförderung für Frauen in schwierigen Lebenslagen

Das Projekt BIGGER zielt im Rahmen der Präventionsforschung auf die Entwicklung und (►) Evaluation adäquater Gesundheitsförderung durch Bewegung von Frauen in schwierigen Lebenslagen.

Mit einem sowohl verhältnis- als auch verhaltenspräventiven Ansatz will BIGGER die Chancen dieser Frauen verbessern, an den vielfältigen positiven Effekten von Bewegung teilzuhaben.

Zielgruppe sind Frauen in schwierigen Lebenslagen (zum Beispiel sozial benachteiligte Frauen, Transferhilfeempfängerinnen, Frauen mit Migrationshintergrund).

Weitere Informationen zum Projekt BIGGER und bisherige Erfahrungen – auch aus anderen Städten – finden Sie auf der Internetseite www.big-projekt.de (Abruf: 25.08.2010).



Gesundheit, Bewegung und Geschlecht. Beiträge aus dem Interdisziplinären Genderkompetenzzentrum in der Sportwissenschaft (Hartmann-Tews/Combrink 2008).

Aktiv sein – für mich. Auswirkungen von Bewegung auf die psychische Gesundheit von Frauen (BMG 2010). Zugriff: www.bmg.bund.de (Abruf: 25.08.2010).



An der Deutschen Sporthochschule in Köln ist das Interdisziplinäre Genderkompetenzzentrum in den Sportwissenschaften (IGiS) angesiedelt. Über die Homepage der Deutschen Sporthochschule finden Sie weitere Informationen (www.dshs.de) (Abruf: 25.08.2010).

2. Multikulturell – maßgeschneiderte Bewegungsförderung

Modellrechnungen zeigen, dass der Anteil älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland in den nächsten Jahren stark ansteigen wird. Während im Jahre 1995 der Anteil der Über 60-Jährigen bei der ausländischen Bevölkerung noch bei 5,8 Prozent lag, wird dieser bis zum Jahre 2030 auf 24,1 Prozent steigen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2000).

Gleichzeitig weist eine Befragung der BZgA darauf hin, dass insbesondere ältere Migrantinnen und Migranten zu den am wenigsten erreichten Zielgruppen im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Allgemeinen und in den Bereichen Bewegung und Sport im Speziellen gehören (Hollbach-Gröming/Seidel-Schulze 2007).

Infokasten 13

Der Frauengesundheitstreff Tenever in Bremen – ein kultursensibles Angebot

Der Frauengesundheitstreff Tenever in Bremen richtet sich speziell an Frauen in einem sozialen Brennpunktgebiet. Bereits seit über 20 Jahren bietet er unter anderem einen „offenen Treff“ zum Austausch, zur Beratung zu gesundheitlichen Fragen sowie verschiedene Aktivitäten an.

Beispielsweise wurde das „Frauenschwimmen“ in Kooperation mit den Bremer Bädern initiiert. Die Idee stammte von Migrantinnen, die darauf hinwiesen, dass sie wegen kultureller Auflagen lange nicht mehr schwimmen waren. Für die Umsetzung werden folgende Aspekte berücksichtigt:

- Das Hallenbad ist zu bestimmten Zeiten für Frauen reserviert
- Die Schwimmanlagen sind von außen nicht einsehbar
- Weibliches Aufsichtspersonal sowie eine weibliche Kursleiterin sind vor Ort
- Migrantinnen fungieren als Multiplikatorinnen, um anderen Frauen Mut zur Nutzung des Angebotes zu machen
- Es wird ein Kinderprogramm und eine Kinderbetreuung angeboten

Weitere Informationen zum Frauengesundheitstreff Tenever finden Sie in der Datenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei Sozial Benachteiligten im Internet unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Praxisdatenbank) (Abruf: 25.08.2010).

Daher ist eine kultursensible Bewegungsförderung älterer Migrantinnen und Migranten von besonders hoher Relevanz. Dabei sollte beachtet werden, dass in der Gruppe der älteren Migrantinnen und Migranten – anders als in der deutschen Bevölkerung – die Gruppe der jungen Alten überwiegt. Eine Statistik aus Bremen zeigt beispielsweise, dass der Anteil der Unter 70-jährigen ausländischen Seniorinnen und Senioren bei 67,2 Prozent liegt, während dieser bei den deutschen Seniorinnen und Senioren 48 Prozent beträgt (Tempel/Mohammadzadeh 2004).

Im Gegensatz zu den deutschen Seniorinnen und Senioren findet sich unter den ausländischen Seniorinnen und Senioren ein leicht höherer Anteil an Männern. Bisherige Angebote im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention richten sich dennoch überwiegend an Frauen mit Migrationshintergrund. Der Anteil unter den Angeboten, der sich an Männer und Jungen richtet, liegt gerade einmal bei 26 Prozent, der Anteil, der sich speziell an ältere Migrantinnen und Migranten richtet ist verschwindend gering (Razum et al. 2008).

2.1 Kultursensible Bewegungsförderung planen bedeutet, die Herkunft zu beachten

Insgesamt setzt sich die Gruppe der Migrantinnen und Migranten aus über 100 verschiedenen Nationalitäten mit zum Teil sehr unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zusammen (Tempel/Mohammadzadeh 2004). Die Zielgruppe muss deshalb differenziert betrachtet werden.



Zur Gruppe der Migrantinnen und Migranten zählen beispielsweise Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten aus Italien, Spanien, Griechenland, Türkei, Marokko und Portugal, die ab den frühen 60er Jahren (und später aus Jugoslawien und weiteren Ländern) nach Deutschland kamen, um in Deutschland zu arbeiten.

Dazu gehören auch Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler, die seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges vor allem aus der ehemaligen Sowjetunion, aus Polen, Rumänien, Ungarn und der ehemaligen Tschechoslowakei nach Deutschland kamen. Für diese Gruppe gilt, dass sie in den meisten Statistiken nicht berücksichtigt werden, weil sie aufgrund der Einbürgerung nicht „klassisch“ zu den Migrantinnen und Migranten ohne deutschen Pass gezählt werden.

Eine weitere Gruppe älterer Migrantinnen und Migranten sind Flüchtlinge. Viele von ihnen können nicht mehr in ihre Länder zurückkehren.

Menschen aus unterschiedlichen Ländern haben verschiedene Erwartungen an das Altern und unterschiedliche Bilder vom „Alt werden“ – in diesem Zusammenhang auch vom Bewegungsverhalten – vor Augen

(Razum et al. 2009). Beispielsweise sind Wandern, Yoga oder Kegeln nicht in jedem Kulturkreis bekannt oder beliebt.

2.2 Kultur und Sprache – Bedürfnisse beachten, Stolpersteine vermeiden

Die Religion ist als wesentliches Element der Kultur zu verstehen, die den Alltag vieler Migrantinnen und Migranten mitprägt. Es bietet sich daher an, wenn möglich bei der Planung von Maßnahmen der Bewegungsförderung auch auf Personen zurückzugreifen, die ausreichend über die kulturellen Hintergründe der Zielgruppe informiert sind und/oder den gleichen Hintergrund wie die Zielgruppe haben.



So ist es zum Beispiel bei muslimischen Frauen oftmals wichtig, eine sichere soziale Umgebung zu schaffen, die auf religiöse Ausprägungen Rücksicht nimmt.

Für die Zeitplanung migrationspezifischer Maßnahmen kann es zudem beispielsweise hilfreich sein, einen Kalender hinzuzuziehen, der die (religiösen) Feiertage anderer Kulturen aufgezeigt.

In Infokasten 13 finden Sie ein Beispiel gelungener Praxis in der Bewegungs- und Gesundheitsförderung von Migrantinnen.

Menschen aus unterschiedlichen Ländern haben verschiedene Erwartungen an das Altern und unterschiedliche Bilder vom „Alt werden“ – in diesem Zusammenhang auch vom Bewegungsverhalten – vor Augen!



Neben kulturellen Aspekten sollte bereits in der Konzeptionsphase beachtet werden, dass einige ältere Migrantinnen und Migranten die Sprache der Mehrheitsgesellschaft nicht gut beherrschen und/oder nicht gelernt haben, ihre Muttersprache zu lesen oder zu schreiben.

Nicht nur geschriebene Informationen sollten deshalb nach Möglichkeit in leichter Sprache vermittelt oder visualisiert werden. Vor diesem Hintergrund ist es hilfreich Personen einzubinden, die die Sprache der Zielgruppe sprechen. Alternativ sollte eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher zur Verfügung stehen. Gegebenenfalls ist darüber nachzudenken „Lotsen“ einzubinden, die bei sprachlich bedingten Schwierigkeiten helfen können.

Darüber hinaus sollten Informations- oder Kursmaterialien mitunter mehrsprachig bereitgestellt werden. Eine gute Möglichkeit bietet auch die Informationsweitergabe in muttersprachlichen Zeitungen, Zeitschriften oder Magazinen wie beispielsweise dem türkischsprachigen Gesundheitsmagazin „Benim Doktorum“, das seit 2010 vom Fiwa-verlag (www.fiwa-verlag.de; Abruf: 25.08.2010) verlegt wird und das kostenfrei unter ande-

rem in Arztpraxen, Apotheken und Sanitätshäusern zu erhalten ist.

Grundsätzlich sollte auch der Bildungsstand der Zielgruppe berücksichtigt werden, um Informationsmaterialien und Maßnahmen den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Zielgruppe entsprechend anpassen zu können.



Migesplus: Qualitätskriterien für migrationsgerechte Informationsmaterialien zu Gesundheitsthemen. Dieser umfangreiche Kriterienkatalog des Bundesamts für Gesundheit in der Schweiz kann für Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung im Zusammenhang mit der Erstellung von Informationsmaterialien sehr hilfreich sein: www.migesplus.ch (Publikationen) (Abruf: 25.08.2010).

2.3 Öffentlichkeitsarbeit für kultursensible Bewegungsförderung

Im Projektverlauf können bestimmte Aspekte die Erreichbarkeit von Migrantinnen und Migranten fördern. Viele dieser Aspekte sollten bereits während der Planung berücksichtigt werden, sind aber vor allem auch für eine erfolgreiche Umsetzung von Relevanz.

Um den Zugang zu ethnischen Gruppen und Gemeinschaften zu bekommen, sollten anerkannte Schlüsselpersonen gesucht und gewonnen werden.



Diese können zum Beispiel über eine enge Zusammenarbeit mit kulturellen Gemeindezentren, Begegnungsstätten, Wohlfahrtseinrichtungen, Kulturvereinen oder auch Ärztinnen und Ärzten identifiziert werden.

Darüber hinaus bietet sich die Einbindung von informellen Strukturen an. Dies könnten beispielsweise der Freundes- und/oder Familienkreis sein.

Um über Maßnahmen der Bewegungsförderung zu informieren, sollten Kommunikationswege gesucht werden, die von der Zielgruppe genutzt werden. Dies können zum Beispiel muttersprachliche Zeitungen, Radio oder Fernsehsender sein.

Dabei sollte auch der Bildungsgrad der Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigt werden. Es ist – wie bei jeder weiteren Zielgruppe auch – darauf zu achten dass Kommunikationsstrategien genutzt werden, die leicht verständlich und auf die Lebensrealität der Zielgruppe zugeschnitten sind. Förderlich ist ebenfalls eine direkte und kontinuierliche Ansprache und (►) Motivation von Migrantinnen und Migranten:

2.4 Niederschwellige Zugänge und aufsuchende Strategien

Der Zugang beziehungsweise die Teilnahme an Maßnahmen der Bewegungsförderung sollte darüber hinaus möglichst niedrigschwellig möglich sein. Deshalb bieten sich insbesondere wohnortnahe und kostenfreie oder sehr kostengünstige Angebote der Bewegungsförderung an. Wann immer möglich ist zu empfehlen, die Ansprache der Zielgruppe, aber auch die Maßnahme selbst in einer der Zielgruppe vertrauten Umgebung vorzunehmen. Anders ausgedrückt bedeutet dies, mit den entsprechenden Maßnahmen dort hinzugehen, wo sich Migrantinnen und Migranten aufhalten, wo sie leben. Dies können zum Beispiel soziale Einrichtungen im Stadtteil, Kulturvereine, Begegnungsstätten oder kulturelle Einrichtungen sein.

Maßnahmen der Bewegungsförderung (insbesondere für Migrantinnen und Migranten) sollten darüber hinaus möglichst auf entsprechende Zielgruppen zugehen. Komm-Strukturen, die darauf setzen, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer Angebote „von selbst“ aufsuchen, zeigen weniger Erfolge hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft als Angebote mit aufsuchenden Strategien. Dies gilt besonders für klassischerweise schwer erreichbare Zielgruppen.

Das nachfolgende Beispiel stellt das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ vor:



Mit Migranten für Migranten – Erfahrungen aus dem MiMi-Projekt

Das Projekt „MiMi – Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland“ wurde 2003 vom Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. (EMZ) entwickelt (www.ethno-medizinisches-zentrum.de; Abruf: 25.08.2010).

Ziel des Projekts ist es, mehrsprachige und kultursensible Gesundheitsförderung und Prävention für Migrantinnen und Migranten anzubieten. Derzeit sind entsprechende Materialien in 15 Sprachen ausgearbeitet.

Dazu werden engagierte Migrantinnen und Migranten zu interkulturellen Gesundheitsmediatorinnen und -mediatoren ausgebildet, die ihre Landsleute in der jeweiligen Muttersprache über das deutsche Gesundheitssystem und weitere Themen der Gesundheitsförderung und Prävention informieren. Nach ihrer Schulung führen die Mediatorinnen und Mediatoren selbstständig Veranstaltungen und Kampagnen zur Gesundheitsförderung durch. Sie bilden somit Brücken zwischen noch nicht so gut integrierten Migrantinnen und Migranten und dem deutschen Gesundheitssystem.

Infokasten 14

Migration und Gesundheit in NRW – Ein Internet-Portal zu Projekten und Programmen in Nordrhein-Westfalen

Das Portal „Migration und Gesundheit in NRW“ wurde 2010 vom Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen im bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ eingerichtet.

Es gibt Akteurinnen und Akteure sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einen Überblick über kommunale Projekte sowie landes- und bundesweite Institutionen, Programme und Datenquellen.

Es besteht im Schwerpunkt aus kommunalen Profilen, die wichtige Aktivitäten der Kommunen in Nordrhein-Westfalen auflisten.

Darüber hinaus bietet das Portal eine Linkliste zu überregionalen Daten, Institutionen, Aktivitäten und Projekten zu „Migration und Gesundheit“. Hier finden sich neben Programmen, Institutionen und Datenquellen aus Nordrhein-Westfalen auch Informationen zur Bundesebene.

Sie können das Portal auch nach inhaltlichen Schlagwörtern durchsuchen. Dabei erhalten Sie Kommunen angezeigt, in deren Angebotsbeschreibung sich die entsprechenden Schlagwörter finden.

Wichtige Quellen des Portals können Sie sich als PDF-Dokumente herunterladen.

Das Internet-Portal können Sie auf den Seiten des Regionalen Knotens Nordrhein-Westfalen am LIGA.NRW unter www.liga.nrw.de/rk abrufen (Abruf: 25.08.2010).

MiMi-Mediatorinnen und Mediatoren werden so geschult, dass sie Veranstaltungen entweder alleine oder im Tandem mit Angehörigen von Gesundheitsberufen durchführen können. Ihre Arbeit wird auf lokaler Ebene koordiniert.

Die Ausbildung folgt festgelegten Qualitätsstandards. Die Unterrichtsmaterialien (Wegweiser und Leitfäden, Foliensätze, Powerpoint-Präsentationen, Evaluationsinstrumente, Aktualisierungen, Übersetzungen) werden vom Ethno-Medizinischen Zentrum zur Verfügung gestellt. Themen sind zum Beispiel: Das deutsche Gesundheitssystem, Ernährung & Bewegung, Adipositas, Alter, Pflege und Gesundheit, Vorsorge und Früherkennung sowie Diabetes.

MiMi ist gegenwärtig an mehreren Standorten in unterschiedlichen Bundesländern vertreten. Darunter gibt es Landesprogramme in Nordrhein-Westfalen, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, die jeweils unterschiedliche Schwerpunktthemen haben.



Weitere Informationen zu MiMi erhalten Sie im Internet unter der Adresse: <http://mimi-online.bkk-bv-gesundheit.de/> (Abruf: 25.08.2010). Auf der Seite können Sie auch nach Mediatorinnen und Mediatoren sowie nach Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in Ihrer Nähe suchen.

Informationen zu MiMi in Nordrhein-Westfalen erhalten Sie über die Homepage des BKK-Bundesverbandes: www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig (Abruf: 25.08.2010).

2.5 Vertrauen durch Kontinuität

Während der Durchführung von Maßnahmen der Bewegungsförderung ist es besonders wichtig, dass Zeit eingerechnet wird, damit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Vertrauen zu den handelnden Akteurinnen und Akteuren aufbauen können. Vertrauen entsteht zum Beispiel darüber, dass es klare Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen beziehungsweise Ansprechpartner gibt, die möglichst nicht zu oft wechseln sollten. Vertrauen kann insbesondere mit Hilfe von Personen aufgebaut werden, die einen guten Kontakt zur Zielgruppe haben oder bereits das Vertrauen der Zielgruppe genießen.

Der Aufbau von Vertrauen durch Kontinuität kann langwierig sein, was sich in der zeitlichen Planung von Maßnahmen wiederfinden sollte.



Bewegung ist Leben (mehrsprachig vorliegend) und **Sport für Einsteiger und Umsteiger**. Publikationen des Bundesamts für Gesundheit in der Schweiz. Abzurufen unter: www.migesplus.ch (Publikationen) (Abruf: 25.08.2010).



Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, eine nationale Organisation, die Gesundheitsförderungsprojekte initiiert und das Qualitätsmanagement befördert, hat ein internetbasiertes Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das unter anderem eine Checkliste zum Thema Gesundheitsförderung von Migrantinnen und Migranten umfasst. Auf der Internetseite www.quint-essenz.ch (Qualitätssystem/Instrumente; Abruf: 25.08.2010) können Sie diese

Checkliste kostenfrei abrufen. Mithilfe der Liste können Sie kritisch überprüfen, inwiefern ihr Projekt die Situation von Frauen und Männern mit Migrationshintergrund mitberücksichtigt. Gleichzeitig gibt Sie Ihnen Anregungen, in welchen Bereichen Sie Ihre Arbeit so gestalten können, dass sie (auch) Menschen mit Migrationshintergrund gerecht wird.

2.6 Kultursensible Bewegungsförderung – Konsequenzen

Um die Perspektive von Migrantinnen und Migranten bei Maßnahmen der Bewegungsförderung berücksichtigen zu können, sollten bereits zu Beginn einer Maßnahmenplanung relevante Aspekte beachtet werden.

Nur so können projektrelevante Entscheidungen auf die Bedürfnisse von Migrantinnen und Migranten abgestimmt und entsprechende Perspektiven angemessen berücksichtigt werden.



In allen Phasen des Public-Health-Action-Zyklus (►► S. 88) sollten die spezifische Perspektive und die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund beachtet werden, um relevante Zielgruppen zu identifizieren, Maßnahmen zielgruppengerecht umsetzen zu können und die Effekte adäquat evaluieren zu können.

In Infokasten 14 (S. 65) finden Sie Informationen zum neuen Internet-Portal „Migration und Gesundheit in NRW“ des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.



Migration und Gesundheit (2008) Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Dieses und weitere Informationen über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland unter: www.gbe-bund.de (Abruf: 25.08.2010).

Die Broschüren **„Bericht über das Projekt Aktives Altern älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte“** vom 01.12.2007 bis 30.11.2009 und **„Aktives Altern älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Gute Beispiele in Europa“** können im Internet als PDF-Dokumente heruntergeladen werden. (Abruf: 25.08.2010).



Mit dem Netzwerkprojekt des Deutschen Olympischen Sportbundes, welches vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen von „In Form – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ gefördert wird, werden Erfahrungen aus den Arbeitsfeldern Integration, Gesundheit und Gleichstellung ge-

bündelt und genutzt, um mehr Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund zu sportlichen Aktivitäten zu motivieren. Dabei werden die Sportangebote mit Qualifizierungsangeboten wie beispielsweise Sprachkurse, Ernährungsberatung oder Hausaufgabenhilfe verbunden. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.in-form.de (Projekte) (Abruf: 25.08.2010).

3. Hochaltrige und pflegebedürftige Menschen – maßgeschneiderte Bewegungsförderung

Die Gruppe der hochaltrigen Menschen wächst derzeit. Es muss davon ausgegangen werden, dass vor allem ältere und hochaltrige Menschen das höchste Risiko aufweisen, langfristig an den Folgen physischer oder kognitiver Beeinträchtigungen zu leiden, pflegebedürftig zu werden und den Lebensalltag nicht mehr ohne fremde Hilfe bewerkstelligen zu können.

Dies verdeutlichen auch Zahlen aus der Pflegestatistik: So steigt die Pflegebedürftigkeit mit dem Alter deutlich an. Im Jahre 2003 waren beispielsweise 83 Prozent der Pflegebedürftigen 65 Jahre und älter. Frauen ab 70 Jahren haben ein höheres Pflegerisiko als Männer. Der Anteil der Pflegebedürftigen lag 2003 in der Altersgruppe der 90-jährigen und älteren Frauen bei 67 Prozent, bei den Männern in der entsprechenden Altersgruppe bei 38 Prozent. Erklärt wird dies unter anderem durch den Frauenüberhang und den resultierenden größeren Anteil von verwitweten und allein lebenden Frauen in den hohen Altersgruppen (Breckenkaamp et al. 2007, S. 19f).

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention älterer und hochaltriger Menschen gewinnen durch die demographische Entwicklung und die Zunahme (chronischer) Krankheit und Pflegebedürftigkeit verstärkt an Bedeutung.

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) prognostizierte auf der Basis von Daten für Deutschland aus dem Jahr 1999 für 2020 einen Anstieg von 1.929.000 auf 2.936.000 Pflegebedürftige. Übertragen auf NRW würde dies einen Anstieg von rund 457.000 auf etwa 696.000 pflegebedürftige Menschen bedeuten. Niedriger fallen die Zahlen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) aus, da diese nur den Anstieg der Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung berücksichtigen. Auf der Basis der Zahlen des MDK für Deutschland ist für NRW im Jahr 2020 von 569.000 Leistungsempfängern auszugehen (Breckenkaamp et al. 2007, S. 20).

Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung älterer und hochaltriger Menschen gewinnen durch die

demographische Entwicklung und die damit einhergehende Zunahme von (chronischer) Krankheit und Pflegebedürftigkeit verstärkt an Bedeutung.

Der Fokus sollte sich zunehmend auch auf Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen richten. Gesundheitsförderung sowie frühe Prävention sind – entgegen mancher früherer Annahmen – durchaus möglich und erfolgreich, um auch bei dieser Zielgruppe gesundheitserhaltend zu wirken. Gesund altern und Gesundheit im Alter werden zu zentralen Aspekten gesundheitspolitischer Planungen und Maßnahmen.



Es werden Konzepte der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention – auch der Bewegungsförderung – benötigt, die die zielgruppenspezifischen Bedürfnisse und Bedarfe hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen angemessen berücksichtigt.

Bewegungsförderung mit hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen – Konsequenzen: Der Blick auf bestehende Projekte zeigt, dass die Zielgruppe „hochaltrige und pflegebedürftige Menschen“ bisher noch zu selten Beachtung gefunden hat.

Dies liegt wahrscheinlich auch daran, dass der körperliche oder geistige Zustand eine selbständige Inanspruchnahme von Angeboten oft nicht ermöglicht und zu wenige Angebote darauf ausgerichtet sind, Teilnehmerinnen und Teilnehmer beispielsweise auf dem Hin- und Rückweg zu begleiten und sie gegebenenfalls auch zu transportieren.

Es mangelt insgesamt noch an zugehenden Angebotsstrukturen – beispielsweise in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, über ambulante Pflegedienste oder wohnungsnahen Angebotsstrukturen.

Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung müssen also neue Wege beschreiten und neue (►) Settings erschließen, um hochaltrige Menschen dort zu erreichen, wo sie leben. Der oft eingeschränkte Mobilitätswert sollte dabei zentral berücksichtigt werden.

Eine besondere Herausforderung ist in diesem Zusammenhang auch die Erreichbarkeit von pflegenden Angehörigen, die oftmals pflegerisch stark eingebunden sind und deshalb häufig wenig zeitliche Ressourcen und Möglichkeiten haben, die eigene Gesundheit zu fördern. Deshalb bedarf es hier unterstützender und entlastender Angebote und Strukturen oder Angebote der Bewegungs- und Gesundheitsförderung für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige.

Das Projekt „fit für 100“ richtet sich beispielsweise speziell an die Gruppe der hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen (auch) in Einrichtungen der stationären Langzeitversorgung, und das Projekt NADiA – Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen – richtet sich zusätzlich auch an Angehörige:



Bewegungsangebote für Hochaltrige und Menschen mit Demenz **Das Projekt „fit für 100“**

Auf der Grundlage vorliegender Erfahrungen wurde „fit für 100“ an der Deutschen Sporthochschule in Köln konzipiert. Das praxisnahe Bewegungsprogramm wurde entwickelt, um die Zielgruppe der Hochaltrigen gezielt zu trainieren.

Dabei werden vor allem die zur Alltagsbewältigung notwendigen Muskelgruppen durch Kräftigungsübungen gestärkt. Die Entwicklung von Kraft, Gleichgewicht und Beweglichkeit zur Wahrung der Selbstständigkeit steht als Hauptziel im Vordergrund. Somit kann einem altersassoziierten übermäßigen Verlust an Muskelmasse und Muskelkraft entgegen gewirkt und ein Beitrag zur Sturzprophylaxe geleistet werden. Das „fit für 100“-Bewegungsprogramm findet zweimal pro Woche für jeweils 60 Minuten statt.

Insgesamt haben 152 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Studie teilgenommen. Vor Beginn des Trainings und im Abstand von jeweils zwölf Wochen fanden über ein Jahr hinweg vier Messungen statt. Von 49 Teilnehmerinnen und Teilnehmern konnten an allen vier Messzeitpunkten sämtliche Daten erhoben werden. Erfasst wurden die Handgriffstärke, die Beweglichkeit, die Gleichgewichtsfähigkeit, die Aufstehleistung, die Auge-Hand-Koordination, die Alltagsbewältigung und die Pflegeabhängigkeit.

Durch das praxisnahe „fit für 100“-Bewegungsprogramm konnten zahlreiche positive Wirkungen erzielt werden. In der Praxis zeigte sich die gute Durchführbarkeit bei der angesprochenen Zielgruppe. Inzwischen wird bundesweit in über 70 „fit für 100“-Gruppen trainiert und es wurde ein Leitfaden „fit für 100“ konzipiert.

Projekträger ist „fit für 100“ am Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln.

Das Projekt NADiA

Im Jahr 2009 ist das Programm „NADiA - Neue Aktionsräume für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen“ gestartet.

Durch das praxisnahe und evaluierte „fit für 100“-Bewegungsprogramm sollen Demenzkranke und ihre Angehörigen gleichermaßen trainiert werden. Eine gesteigerte Krafftähigkeit, eine Verbesserung der Reaktions- und Gleichgewichtsfähigkeit und eine positive Wirkung auf die geistige Leistungsfähigkeit sollen die Alltagskompetenz der Demenzkranken verbessern, sowie einen Beitrag zur Sturzprävention leisten.

Die Angehörigen auf der anderen Seite profitieren sowohl durch die Stärkung der körperlichen als auch psychischen Ressourcen. Dadurch kann die aktuelle Pflegebelastung reduziert und der Angehörige optimal auf die zukünftige Pflege vorbereitet werden.

Eine Pilotstudie von „fit für 100“ mit demenziell erkrankten Menschen zeigte, dass ein gezieltes Training mit einer Dauer von 60 Minuten zusammen mit Angehörigen möglich ist und positive Auswirkungen auf körperliche und kognitive Leistungen erzielt werden können. Im Abstand von 12 Wochen finden verschiedene motorische und kognitive Tests über ein halbes Jahr statt. Zur Effektivitätsprüfung gibt es eine Interventions- und eine Kontrollgruppe. Bisher konnten an sieben Standorten NADiA-Gruppen initiiert werden (Stand August 2010).

Erste Ergebnisse stimmen hoffnungsfroh. Aber erst im Frühjahr 2011 werden erste detaillierte Ergebnisse erwartet. Im Anschluss an den Projektzeitraum sollen die „untersuchten“ Gruppen als niedrighwellige Betreuungsangebote beibehalten werden und langfristig soll das Angebot flächendeckend ausgeweitet werden.

Projekträger von NADiA ist ebenfalls „fit für 100“ am Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln.



Weitere Informationen zum Programm:
www.ff100.de (Abruf: 25.08.2010).

4. Menschen mit Behinderung – maßgeschneiderte Bewegungsförderung

Menschen mit Behinderung stehen oft vor besonderen Herausforderungen, um an Maßnahmen und Angeboten der Bewegungsförderung zu partizipieren.

Zum einen sind sie mit dem Problem der Zugänglichkeit oder Erreichbarkeit von Angeboten oder bewegungsfördernder Infrastruktur konfrontiert. Zum anderen können sie teilweise bestehende Angebote nicht sinnvoll nutzen, weil beispielsweise für sinnesbehinderte Menschen entsprechende Informationen fehlen.



So kommt es beispielsweise vor, dass grundsätzlich geeignete Angebote nicht erreicht werden können (also nicht zugänglich sind), weil etwa Treppenstufen mit Rollator oder Rollstuhl nicht bewältigt werden können.

Oder sinnesbehinderte Menschen können ein Angebot nicht sinnvoll nutzen, weil keine Übungsanweisungen zur Nutzung von Fitnessgeräten im Stadtpark in Brailleschrift (Blindenschrift) vorhanden sind, oder die Buchstaben schlicht zu klein gedruckt sind, um gelesen werden zu können.

Darüber hinaus mangelt es an integrativen Angeboten für Menschen mit und ohne Behinderung, an Angeboten mit bereitgestellten Hilfen oder der Möglichkeit, notwendige Hilfsmittel oder Assistenzen wie zum Beispiel einen Blindenführhund in eine Gymnastikhalle oder Umkleidekabine mitnehmen und einsetzen zu dürfen.

4.1 Menschen mit Behinderung – Konsequenzen für die Bewegungsförderung



Ziel von Maßnahmen der Bewegungsförderung sollte es sein, Lösungen zu finden, mit denen möglichst viele Menschen mit Behinderung Strukturen wie Einrichtungen oder Verkehrsinfrastruktur und Angebote barrierefrei nutzen können.

Barrierefreiheit meint dabei keine „Speziallösung“ für Menschen mit Behinderung. Vielmehr ist es Ziel des Abbaus von Barrieren, Maßnahmen so auszugestalten, dass sie für Menschen mit Behinderung in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind.

In den letzten Jahrzehnten sind aber auch zahlreiche integrative Bewegungs- und Sportangebote entstanden, die gerade für ältere Menschen mit bestehenden funktionellen Einschränkungen oder Behinderungen gut nutzbar sind.

Menschen mit Behinderung stehen oft vor besonderen Herausforderungen, um an Maßnahmen und Angeboten der Bewegungsförderung zu partizipieren.



Ein Beispiel sind die Angebotsstrukturen im Bereich des Rehabilitationssports, kurz Rehasports. Der Rehasport ist eine ärztlich verordnete Leistung zur Rehabilitation chronisch kranker und behinderter Menschen:

4.2 Rehabilitationssport

Angebote des Rehabilitationssports werden von qualifizierten Übungsleiterinnen und Übungsleitern in Gruppen durchgeführt. Die Angebote sind sportartenorientiert und zielgruppenorientiert ausgerichtet – die Sportarten also beispielsweise an unterschiedliche Behinderungen angepasst oder beispielsweise für Menschen mit spezifischen chronischen Erkrankungen ausgerichtet.

Rehasportangebote verfolgen mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele einen ganzheitlichen Ansatz. Ziel ist es, sowohl die konditionelle und koordinative Leistungsfähigkeit von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu verbessern, als auch das Selbstbewusstsein zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Mit diesem Ansatz ist das Ziel verbunden, die Selbstmanagementfähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die eigene Gesundheit zu fördern und die Eigenmotivation für körperliche Aktivität im Alltag zu stärken. Auf diese Weise kann der Rehasport für chronisch kranke und behinderte Menschen einen entscheidenden Beitrag zum Aufbau eines gesundheitsbewussten Lebensstils leisten, die Ziele der Rehabilitation dauerhaft zu sichern (Nachhaltigkeit) und darüber hinaus gesundheitsfördernde und krankheitspräventive Wirkungen entfalten.

Erfahrungen im Rehasport haben gezeigt, dass die gemeinsame körperliche Aktivität in der Gruppe die soziale Integration älterer Menschen stärken kann. Wesentliche Zielstellungen sozial-integrativer Angebote im Rehasport sind:

- Kontakt zwischen älteren Menschen herzustellen, die unterschiedliche gesundheitliche Handicaps mit unterschiedlichen Schweregraden aufweisen – zum Beispiel Fußgängerinnen und Fußgänger und Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrer
- soziale Beziehungen zwischen älteren Menschen mit unterschiedlichem sozialen und soziokulturellen Hintergrund aufzubauen und zu festigen
- Bewältigungsstrategien für den Umgang mit chronischer Erkrankung oder Behinderung in der Gemeinschaft zu entwickeln
- die sozialen Kontakte und Aktivitäten der Teilnehmer auf Wunsch auch außerhalb der Sportgruppe zu unterstützen und auszubauen.

Psychosoziale Kompetenzen zu fördern ist ein übergeordnetes Ziel des Rehasports in Gruppen. Durch Partnerübungen und Gruppenaktivitäten beispielsweise erfahren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht nur die körperlichen Effekte regelmäßiger körperlicher

Aktivität, sondern sie können trotz und mit bestehender chronischer Erkrankung oder Behinderung immer wieder Erfolgserlebnisse sammeln. In Verbindung mit gegenseitiger Unterstützung und Solidarität innerhalb der Gruppe wird so ein Beitrag für psychisches und soziales Wohlbefinden geleistet. Dadurch können auch negative Altersstereotype (wie Altern als Verschleiß, Defizit, Defekt oder Abbau) überwunden und mögliche positive Werte des Alterns entdeckt werden (wie Plastizität, Kompetenz, Selbstverantwortung und (►) Selbstbestimmung wie in wissenschaftlichen Studien gezeigt werden konnte (Schick 1998).

Die aktuelle Forschung weist außerdem darauf hin, dass gerade die Förderung dieser psychosozialen Ressourcen in der Sportgruppe für die erfolgreiche Prävention und Rehabilitation psychischer Erkrankungen im Alter, wie Depression und Demenz, entscheidende Bedeutung hat (zusammenfassend Schick 2005; 2009).

Für die Angebotsentwicklung hat sich der Aufbau von Netzwerkstrukturen bewährt, die sowohl auf die regionalen Bedingungen als auch auf die speziellen Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmt sind. Wenn beispielsweise ältere Menschen nicht mehr – oder nur mit größtem Aufwand – zum Vereinsangebot kommen können, dann kann das Angebot zu den älteren Menschen kommen – zum Beispiel durch die Etablierung einer Rehasportgruppe in einer Einrichtung der stationären Langzeitversorgung, um dort für die Bewohnerinnen und Bewohner entsprechende Angebote zu machen.



Der Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen e.V. (BSNW) hat das Ziel, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen in Nordrhein-Westfalen diejenigen sportlichen Angebote zu ermöglichen, die gewünscht oder benötigt werden. Der BSNW verfolgt beispielsweise durch seine Rehasportangebote im Verein das übergeordnete Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen zu erhalten oder zu verbessern sowie einen effektiven Beitrag zur sozialen Integration behinderter und von Behinderung bedrohter älterer Menschen zu leisten.



Der Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen bietet weitere Informationen wie Angebotsdatenbank, Qualifizierungsmöglichkeiten und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner: www.bsnw.de (Abruf: 25.08.2010).

Ein interessantes Angebot zur Integration von Menschen mit demenzieller Erkrankung und deren Angehörigen wird nachfolgend vorgestellt:



„Wir tanzen wieder“ – Menschen mit und ohne Demenz in Tanzschulen

Das Projekt „Wir tanzen wieder“ möchte einen Beitrag zur sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen leisten. Dazu werden Tanzschulen als öffentliche Orte für Menschen mit und ohne Demenz geöffnet, um Begegnung zu ermöglichen und gemeinsam körperlich aktiv zu sein.

Das Angebot besuchen monatlich 30-40 tanzbegeisterte junge und ältere, alleinstehende und in Partnerschaft lebende Menschen. Sie tanzen dort Walzer, Swing, Samba, Schlager- und Evergreenquizz, Rock 'n' Roll und Polonaise. Das abgestimmte Programm wird von einer Tanzlehrerin oder einem Tanzlehrer und einem professionellen Akteur im Gesundheitswesen

angeleitet. Es geht nicht um klassischen Tanzunterricht. Das Angebot knüpft eher an die biographischen Begebenheiten der Menschen an und ist Teil aktiver Erinnerungsarbeit.

Zielgruppe des Projekts sind: Menschen, die zu Hause leben, Angehörige, Freunde, Nachbarn, ehrenamtliche und professionelle Begleitpersonen, Menschen, die in stationären Einrichtungen der Langzeitversorgung leben und Menschen, die Spaß an Musik und Tanz haben.

Das große Interesse am Angebot mündete in ein Konzept für eine Multiplikatorenschulung in Tanzschulen.



Weitere Informationen erhalten Sie über das Demenz-Servicezentrum NRW Region Köln und das südliche Rheinland im Internet unter: www.demenz-service-koeln.de/ (Abruf: 25.08.2010).



XII. Bewegungsförderung in Settings – Stadtteile, Quartiere, Nachbarschaft

Im Kontext der Bewegungsförderung besonders erfolgversprechend sind komplexe Maßnahmen, die auf mehreren Ebenen wirken. Um besonders schwer erreichbare Zielgruppen zu erreichen, bietet sich der Zugang über so genannte (►) Settings, also Lebenswelten, an. Der (►) Settingansatz wird auch als Schlüsselstrategie in der Gesundheitsförderung bezeichnet. Was ist damit gemeint?

In der Bewegungsförderung bedeutet die Umsetzung eines (►) Settingansatzes, körperliches Aktivitätsverhalten mithilfe von Maßnahmen zu stärken,

- die auf Rahmenbedingungen Einfluss nehmen – ganz gleich ob die Rahmenbedingungen förderlich oder hinderlich sind (LIGA.NRW 2010).
- die dazu geeignet sind, Lebensbereiche, Systeme oder Organisationen bewegungs- und gesundheitsfreundlich zu gestalten (zum Beispiel eine Stadt, einen Stadtteil, ein Wohnquartier, einen Betrieb, ein Seniorenzentrum, eine Einrichtung der stationären Altenhilfe).

In der Bewegungsförderung älterer Menschen spielt das Setting „Stadtteil“ oder „Quartier“ eine zentrale Rolle.

Abbildung 1: Bewegungsförderung erfordert gemeinsames Handeln und ressortübergreifende Aktivitäten von Akteurinnen und Akteuren (in Anlehnung an Zentrum für Bewegungsförderung Nord; www.bewegung-im-norden.de)



Der (►) Settingansatz hat das Ziel, Menschen dort anzusprechen, wo sie einen (Groß-)Teil ihrer Lebenszeit verbringen, wo sie arbeiten und leben.

Für erfolgversprechende Maßnahmen der Bewegungs- und Gesundheitsförderung bedarf es dabei der intersektorellen Zusammenarbeit von Public Health, Stadtplanerinnen und Stadtplanern, Landschaftsarchitekten, Verkehrsplanerinnen und Verkehrsplanern in Wissenschaft und Praxis. Anders ausgedrückt: es bedarf der gemeinsamen Gestaltung von Wohngebieten und Gemeinden (Schöppe/Braubach 2007). In Abbildung 1 wird das mögliche Spektrum beteiligter Personen, Institutionen und Ressorts verdeutlicht.



Ein vielversprechendes Beispiel ist das Konzept „WohnQuartier“⁴⁴. Es setzt auf integrierte Stadt(teil)planung und Sozialraumorientierung, fördert den Aufbau von Vernetzungs- und Mitwirkungsstrukturen und beteiligt dabei von Beginn an die BewohnerInnen im Quartier – generationen- und kulturübergreifend. Seit 2008 wird das Modellkonzept mit Mitteln der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen an vier Modellstandorten erprobt. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.wohnquartier4.de (Abruf: 25.08.2010).



Gerade für ältere Menschen sind die direkte Wohnumgebung, der Stadtteil, das Quartier wichtige (►) Settings. Denn ihr „Mobilitätsradius“ nimmt mit zunehmendem Alter häufig ab (►► S. 58).

Wie aber können Stadtteile oder Quartiere als Lebenswelten bewegungsfreundlicher gestaltet werden? Welche Überlegungen sind hier zielführend?

1. Die Besonderheiten des Settings Stadtteil oder Quartier

Stadtteile oder Quartiere weisen im Gegensatz zu anderen (►) Settings wie beispielsweise Betrieben oder Einrichtungen der stationären Altenhilfe einige Besonderheiten auf (Reimann et al. 2010). Diese gilt es bei der Planung, Durchführung und (►) Evaluation von Maßnahmen der Bewegungsförderung zu beachten:

1. Der Stadtteil und das Quartier sind keine Organisationseinheiten, sondern räumliche Einheiten unterschiedlicher Größe.
2. Innerhalb eines Stadtteils oder eines Quartiers überlagern sich häufig unterschiedliche Zuschnitte von Fördergebieten, politischen Zuständigkeitsbereichen, statistischen Gebieten und so weiter.
3. Stadtteile oder Quartiere haben jeweils unterschiedliche Ausgangs- und Problemlagen (zum Beispiel in Hinblick auf die Sozial- und Wirtschaftsstruktur, die Qualität von

Wohnungen, die Lärmbelastung), die auf die Gesundheit Einfluss nehmen.

4. Im Vergleich zu anderen (►) Settings sind Stadtteile oder Quartiere vor allem hinsichtlich des Akteursspektrums und der Kooperationsstrukturen komplexer.
5. Stadtteile und Quartiere sind sehr heterogen in Bezug auf Strukturen, Verantwortlichkeiten et cetera.

Stadtteil- oder quartiersbezogene Bewegungs- und Gesundheitsförderung hat das Ziel, Kompetenzen und Ressourcen der Bewohnerinnen und Bewohner, der Akteurinnen und Akteure im Stadtteil und auf stadtteilübergreifende Ebene (zum Beispiel Krankenkassen) zu stärken. Damit gehen Verbesserungen auf der individuellen Ebene aber auch die Gestaltung von gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen einher.

Stadtteil- oder quartiersbezogene Bewegungsförderungsansätze binden möglichst viele relevante Personen oder Personengruppen ein (►► vgl. Partizipative Qualitätsentwicklung, S. 93). Über entsprechende Ansätze können nach Bär und Kollegen (2009):

- Zielgruppen verstärkt erreicht werden, die über andere (►) Settings oft nur sehr schwer oder überhaupt nicht erreicht werden – zum Beispiel sozial benachteiligte Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen, Erwerbslose.
- verschiedene Teilsettings wie beispielsweise Betriebe und Senioreneinrichtungen koordiniert und vernetzt werden.
- kollektive lokale Lernprozesse ermöglicht und gefördert werden.
- Aufgaben zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten als kommunale Aufgabe verankert werden.

Die Grundlage für die Entwicklung stadtteil- und quartiersbezogener Maßnahmen der Bewegungsförderung bildet eine möglichst genaue Beschreibung des Stadtteils oder des Quartiers. Handlungsleitende übergeordnete Fragestellungen sind dabei:

- Welche bewegungsfreundlichen Strukturen existieren bereits – zum Beispiel Fußwege, Radfahrwege, Parks?
- Welche Wege, Orte und Räumlichkeiten/Institutionen werden als Bewegungsräume von den Bewohnerinnen und Bewohnern genutzt? Gibt es dabei jahreszeitliche Unterschiede im Nutzungsverhalten?
- Welche hemmenden Strukturen sind im Stadtteil/Quartier zu finden – zum Beispiel Barrieren, kurze Ampelphasen, fehlende Bänke zum Verweilen?
- Welche öffentlichen Räume im Stadtteil oder Quartier werden von älteren Menschen zu anderen Zwecken bereits genutzt? Lassen sich diese bewegungsförderlich ausgestalten; und wenn ja, wie?

Checkliste: Bewegungsförderung planen

- ✓ Geschichte des Stadtteils oder Quartiers
- ✓ Baulich-räumliche Struktur, Verkehr und Mobilität – zum Beispiel Grünflächen, Wohnsubstanz, Straßen/Verkehr, Bänke, Art der Häuser, räumliche Enge
- ✓ Bewohnerinnen und Bewohner – zum Beispiel Alter, Mobilität, Einkommen, Nachbarschaftsverhältnisse, Feste, „Über-den-Zaun-Bekanntschaften“, Nachbarschaftshilfe
- ✓ Bild/Image des Stadtteils oder Quartiers – Werte, Traditionen, Nachbarschaftlichkeit, Leben auf der Straße, „soziales Leben“
- ✓ Infrastruktur – zum Beispiel Gewerbe, Dienstleistungen, Kirchen, Wirtschaft, Apotheken, Vereine, Bürgerinitiativen usw.
- ✓ Administrative Intervention – zum Beispiel Sozialhilfe, Wohngeld, Notrufe, Jugendamt, sozialpolitische Programme wie Soziale Stadt, Straßenbauamt
- ✓ Macht- und Einflusstruktur und politische Struktur – zum Beispiel Stadträte, Bezirksräte, Schlüsselpersonen, Cliques, Vorstände, Pfarrer, Initiativen, Demonstrationen, Medienarbeit/Öffentlichkeitsarbeit usw.
- ✓ Statistisches – zum Beispiel Anzahl Kinder, Erwachsene, Alter im Vergleich zu anderen Stadtteilen, Arbeitslose, Familien, Migrantinnen und Migranten, Familien, Einwohnerzahl, Familienstrukturen.

In Anlehnung an Früchtel et al. 2007

Oben finden Sie eine Checkliste, die Ihnen helfen kann, einen Stadtteil oder ein Quartier zu beschreiben.

1.1 Insider-Wissen nutzen

Auch vor dem Hintergrund der geforderten starken Einbindung von Zielgruppen bietet es sich an, Bewohnerinnen und Bewohner eines Stadtteils oder Quartiers zusätzlich persönlich zu befragen. So können „unverfälschte Insiderinformationen“ zu den Bedürfnissen vor Ort erhalten werden, die in die Planungen entsprechender Maßnahmen der Bewegungsförderung einbezogen werden können. Nach Früchtel und Kollegen (2007) könnten mögliche Fragen sein:

- „Wenn es im Stadtteil eine wichtige Veränderung in Bezug auf Bewegungsangebote und -plätze geben würde, dann sollte das.....sein.“
(„Satzergänzungsfrage“)
- „Stellen Sie sich vor, ein Fremder besucht Sie in diesem Stadtteil. Wie würden Sie ihm den Stadtteil beschreiben?“
(„Projektive Fragen“)
- „Was würde passieren, wenn Sie immobil wären und Ihre Wohnung nicht mehr verlassen könnten?“
(„Hypothetische Frage“)
- „Wie sollte Ihrer Meinung nach der Stadtteil bewegungsfreundlicher gestaltet werden? Was sind Ihre Vorschläge?“
(„Ideal-Frage“)
- „Wo bewegen Sie sich? Wo treffen Sie Leute? Welche Plätze mögen Sie im Stadtteil?“ („Klassische Berichtsfragen“)



Nachfolgend werden die so genannten Stadtteilbegehungen vorgestellt. Sie sind ein vielversprechendes Beispiel für ein partizipatives Vorgehen zur Schaffung bewegungsförderlicher Strukturen und Angebote auf der Ebene des Stadtteils oder des Quartiers.

1.2 Mit Stadtteilbegehungen für Bewegungsförderung sensibilisieren – Erfahrungen aus Bremen

Die Stadtteilbegehungen wurden vom Regionalen Knoten Bremen im bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt.

Sie werden durch das Zentrum für Bewegungsförderung Nord weitergeführt und weiterentwickelt.

Ziel der Stadtteilbegehungen ist es, Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch Akteurinnen und Akteure sowie (politische) Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger im Stadtteil oder Quartier für das Thema der Bewegungsförderung zu sensibilisieren und bewegungsförderliche Angebote und Strukturen anzustoßen.

Zudem sollen soziale Kontakte und nachbarschaftliche Netzwerke (►► S. 76 ff) gefördert werden. Darüber hinaus sollen die Begehungen zu einer Auseinandersetzung mit dem eigenen Stadtteil oder Wohnquartier anregen und zur Identifikation mit dem eigenen Wohnumfeld beitragen. Über das gemeinsame Kennenlernen und Aufsuchen von Angeboten und Strukturen sollen Schwellenängste reduziert werden. Nicht zuletzt sollen die Begehungen dazu motivieren, den Stadtteil/das Quartier aktiv mit zu gestalten.

Die Stadtteilbegehungen setzen sich aus fünf übergeordneten Bausteinen zusammen:

- Analyse der vorhandenen bewegungsförderlichen und -hinderlichen Strukturen im Stadtteil/Quartier
- Gruppeninterviews mit Seniorinnen und Senioren
- Gemeinsame Stadtteilbegehungen sowie Spaziergänge mit jeweils unterschiedlichen Zielorten
- Öffentliche Präsentation der Ergebnisse/Öffentlichkeitsarbeit
- Durchführung einer „Nachbegehung“ und/oder erneute Kontaktaufnahme zu Entscheidungsträgerinnen und -trägern

Im Rahmen der Planung von Begehungen sind Seniorinnen und Senioren sowie Akteurinnen und Akteure zentral eingebunden. Sie werden an der Routenplanung beteiligt, suchen Orte aus, die „abgegangen“ werden sollen und setzen eigene Schwerpunktthemen – zum Beispiel Sicherheit, Barrierefreiheit, Sitzmöglichkeiten.

Über die enge Beteiligung und die Verortung im (►)Setting kann es gelingen, unterschiedliche Träger und Seniorengruppen oder nachbarschaftliche Netzwerke zusammenzuführen und Kooperationen anzustoßen.

Planung und Durchführung von Stadtteilbegehungen

In der bisherigen Praxis haben sich die nachfolgenden Schritte für die Planung und Durchführung der Stadtteilbegehungen bewährt:

- Identifikation von Seniorengruppen beziehungsweise Partnerinnen und Partnern, die ein Interesse daran haben, eine Stadtteilbegehung umzusetzen
- Festlegung der Hauptverantwortung und Koordination – im Rahmen des Projekts Zentrum für Bewegungsförderung Bremen waren dies zum Beispiel Übungsleiterinnen, die Leiterin eines Gesprächskreises und das Quartiersmanagement
- Identifikation von Bewegungsangeboten und -strukturen – Bewegungsräume
- Vorstellung von identifizierten Angeboten und Strukturen bei Seniorinnen und Senioren. Beantwortung der Frage, welche weiteren Angebote und Strukturen bekannt sind beziehungsweise genutzt werden und welche Strukturen im Stadtteil zusätzlich von Bedeutung sind
- Spaziergangsrouten partizipativ entwickeln – Integration verschiedener Orte, Festlegung des Ziels
- Erkundung des Stadtteils/Quartiers hinsichtlich bewegungsfördernder und hemmender Strukturen; Zusammentragen der Ergebnisse und Eindrücke
- Weitertragen der gebündelten Ergebnisse an politische Entscheidungsträgerinnen und -träger – nach Möglichkeit nehmen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger bereits am Spaziergang teil und erfahren vor Ort von den Seniorinnen und Senioren über bewegungsfreundliche und -hinderliche Strukturen. Denkbar ist aber auch die Präsentation der Ergebnisse im Rahmen einer Veranstaltung
- Überprüfung der Ergebnisse von eingeleiteten Veränderungen der Angebote und Strukturen



Weitere Informationen und Erfahrungen zu den Stadtteilbegehungen erhalten Sie über das Zentrum für Bewegungsförderung Nord im Internet unter: www.bewegung-im-norden.de (Abruf: 25.08.2010).

Bewegungs- und Gesundheitsförderung in Stadtteilen oder Quartieren stellen für Kommunen, Krankenkassen und stadtteilbezogene Gesundheitsakteurinnen und -akteure eine besondere Herausforderung dar. Verantwortlichkeiten und Strukturen von Angeboten sind nicht

Infokasten 15

Bewegungsförderung für ältere Menschen im Stadtteil – Erfahrungen aus Hamburg

Der Hamburger Senat, das Bezirksamt Hamburg Mitte hat mit finanzieller Unterstützung des Bundes den Hamburger Stadtteil Billstedt neu gestaltet. Es wurden diverse Grünanlagen, Gehwege und Bewegungsräume umgebaut.

Grundlage bildete ein partizipativ entwickelter Handlungsleitfaden „Freiraum und Mobilität für ältere Menschen in Hamburg“.

Von Beginn an war dabei vorgesehen, sowohl Betroffene als auch Expertinnen und Experten sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren an der Entwicklung des Handlungsrahmens zu beteiligen, um theoretische und praktische Perspektiven in das Ergebnis einfließen zu lassen und die Bedürfnisse der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure zu beachten.

Das Projekt gliederte sich in vier Maßnahmenpakete:

- Zum einen wurde das vorhandene Netz wohnungsnaher Grünanlagen und Wegeverbindungen um den Schleemer Bach (Stadtteil Billstedt) durch den Abbau von Barrieren und Hindernissen für ältere Menschen besser zugänglich gemacht.
- Weiterhin erhöhte eine altersgerechte Ausstattung die Nutzungsvielfalt und förderte die Begegnung von Älteren und Jüngeren in diesem Bereich.
- Dem Sicherheitsbedürfnis älterer Menschen wurde das Konzept durch eine bessere Überschaubarkeit der Anlagen gerecht.
- Durch das Nebeneinander aus Umgestaltung der Freiflächen und der gleichzeitigen Begleitung des Umgestaltungsprozesses durch eine Seniorenlotsin konnte eine nachhaltige Nutzung der neu gestalteten Freiflächen für Alt und Jung erreicht werden.

Weitere Informationen zum Ansatz finden Sie im Internet unter: www.bewegung-im-norden.de (Zentrum für Bewegungsförderung Nord/Hamburg) (Abruf: 25.08.2010).

klar definiert, Interventionen sind oft schwerer zu konzipieren und zu evaluieren.

Ungeachtet davon ist der Stadtteil oder das Quartier ein zentrales (►) Setting der Bewegungs- und Gesundheitsförderung (gerade) älterer Menschen und schwer erreichbarer Zielgruppen. Neben dem Ausbau von Programmen und Angeboten der Bewegungsförderung bieten sich im (►) Setting Stadtteil und Quartier vor allem hervorragende Möglichkeiten Strukturen in den Blick zu nehmen und gemeinsam mit der Zielgruppe bewegungsfreundlicher zu gestalten. In Infokasten 15 finden Sie ein Beispiel für einen vielversprechenden Ansatz der Bewegungs- und Gesundheitsförderung im (►) Setting Stadtteil.



Bewegung in der Stadt. Bewegung, Spiel und Sport im Wohnungsnahbereich (LIS 2001).

Bewegungsförderung und aktives Leben im städtischen Umfeld. Die Rolle der Lokalverwaltung (WHO 2006; Übersetzung 2010) unter www.euro.who.in (Veröffentlichungen) (Abruf: 25.08.2010).

A healthy city is an active city: a physical activity planning guide (Edwards/Tsouros 2008). Dieser Leitfaden richtet sich an Stadtplanerinnen und Stadtplaner sowie weitere Akteurinnen und Akteure mit kommunaler Verantwortung und gibt Hilfestellung bei der Erarbeitung kommunaler Strategien der Bewegungsförderung: www.euro.who.in (Veröffentlichungen) (Abruf: 25.08.2010).

Collaboration between the Health and Transport Sectors in promoting Physical Activity: Examples from the European Countries (WHO 2006). Die Publikation fasst unter anderem europäische Erfahrungen ressortübergreifender Zusammenarbeit zwischen dem Verkehrs- und dem Gesundheitssektor zusammen: www.euro.who.in (Veröffentlichungen) (Abruf: 25.08.2010).

Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention (Kümpers 2008). Die Publikation des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung stellt Interventionsstrategien und Projekte der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention für ältere sozial benachteiligte Menschen im Stadtteil vor: www.wzb.eu (Publikationen) (Abruf: 25.08.2010).

Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme (BZGA 2007). Die Broschüre fasst zusammen, wie die Zugänge zu älteren Menschen auf kommunaler Ebene aussehen: www.bzga.de (Infomaterialien/Fachpublikationen) (Abruf: 25.08.2010).

Infokasten 16 skizziert umseitig ein wichtiges Städtebauförderungsprogramm des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) und der Länder zur gezielten Unterstützung von Aktivitäten in sozial benachteiligten Stadtteilen.

Infokasten 16

Das Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“

Das Programm „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – Soziale Stadt“ ist ein Städtebauförderungsprogramm des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) und der Länder. Es wurde im Jahr 1999 mit dem Ziel gestartet, die „Abwärtsspirale“ in benachteiligten Stadtteilen aufzuhalten und die Lebensbedingungen vor Ort umfassend zu verbessern.

Die Soziale Stadt startete im Jahr 1999 mit 161 Stadtteilen in 124 Gemeinden; in 2009 waren es bereits 571 Gebiete in 355 Gemeinden.

Seit 2006 bietet das Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung im Rahmen von Modellvorhaben die Möglichkeit, innerhalb des Programms Soziale Stadt auch Projekte und Maßnahmen im nicht-baulichen Bereich zu finanzieren.

Ältere Menschen in der sozialen Stadt (2010). In dieser Veröffentlichung (aus der Reihe „Info zum Bund-Länder-Programm Soziale Stadt“ – Nr. 24) finden Sie zahlreiche Beispiele zu erfolgversprechenden Ansätzen speziell für ältere Menschen: www.sozialestadt.de (Veröffentlichungen) abzurufen (Abruf: 25.08.2010).

Auf derselben Internetseite können Sie weitere Informationen zum Programm und zu Partnerprogrammen sowie viele Beispiele für Programmgebiete finden.

2. Nachbarschaft als Setting zur Gesundheits- und Bewegungsförderung

Nachbarschaft ist ein Gefüge sozialer Beziehungen von Bewohnerinnen und Bewohnern, die in überschaubarer Nähe leben und in gewissem Umfang an gleichen Einrichtungen partizipieren (Kawachi/Bergmann 2000).

Für Maßnahmen der Bewegungsförderung bietet das (►) Setting der Nachbarschaft mit seinen nachbarschaftlichen Strukturen und Beziehungen grundsätzlich gute Chancen. In Abgrenzung zum (►) Setting Familie oder Stadtteil, beziehungsweise Quartier, bietet es zudem zwei zentrale Vorteile:

- Das (►) Setting Nachbarschaft ist zum einen weniger komplex als Stadtteile oder Quartiere.
- Zum anderen ist die Zugangsbarriere der Privatsphäre (►) Setting Familie, weniger stark ausgeprägt.

Auf einer Skala mit den Polen „anonym“ auf der einen und „intim“ auf der anderen Seite ist die Lebenswelt der Nachbarschaft ungefähr mittig einzuordnen. Dörner (2010a, 2010b) spricht im Kontext der Nachbarschaft vom „dritten Sozialraum“. Dieser bietet Raum für das Gemeinwohl, hier können Integrationsprozesse gefördert und Engagement für andere („fremde“) Menschen entwickelt werden. Nachbarschaften können demnach als Untergliederung des (►) Settings Stadtteil oder Quartier, aber auch als eigenes, in sich geschlossenes System gesehen werden. Nachbarschaften bieten damit gute Bedingungen für die Bewegungs- und Gesundheitsförderung sowie zur Vermeidung von sozialen Ungleichheiten (Richter/Wächter 2009).

Die von Rosenbrock (2004) geforderten kontextbezogenen und kontextverändernden Maßnahmen in der Gesundheitsförderung können gerade in den kleinräu-

migen nachbarschaftlichen Strukturen umgesetzt werden. Unter Beteiligung der Bewohnerschaft können im (►) Setting Nachbarschaft bewegungs- und gesundheitsfördernde Strukturen und Netzwerke angestoßen und unterstützend begleitet werden (Richter/Wächter 2010; Rosenbrock 2004).

Das (►) Setting Nachbarschaft bietet insbesondere älteren Menschen mit eingeschränkter Mobilität gute Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe. Denn insbesondere ältere Menschen sind häufig auf unterstützende Netzwerke und Angebote in ihrem unmittelbaren Umfeld angewiesen, da ihr Aktionsradius oftmals eingeschränkt ist.

Nachbarschaftliche Strukturen sind demnach sehr gut geeignet, um ältere Menschen für das Thema Bewegung zu sensibilisieren, über Bewegungsangebote zu erreichen und das körperliche Aktivitätsverhalten zu erhöhen (Richter/Wächter 2009; Richter/Wächter 2010).



Tanzen auf der Wiese und türkische Straßenspiele – Erfahrungen mit einem nachbarschaftlichen Spaziergang durch Altona-Altstadt

Das nachfolgende Beispiel stellt einen vielversprechenden Ansatz aus Hamburg vor, der vor allem der Sensibilisierung für die eigene Nachbarschaft und dem Aufzeigen von Bewegungsmöglichkeiten und -räumen in der Wohnumgebung dient.

Der nachbarschaftliche Spaziergang war eine Initiative des Zentrums für Bewegungsförderung Nord. Ziel war es, Bewohnerinnen und Bewohnern Bewegungsräume und -strukturen in der Nachbarschaft aufzuzeigen und sie für die eigene Nachbarschaft zu sensibilisieren.

Der nachbarschaftliche Spaziergang in Altona-Altstadt brachte eine Gruppe älterer und jüngerer Menschen aus Altona-Altstadt zusammen, die für zwei Stunden eine „urbane Rückeroberung“ der Nachbarschaft erlebten und erprobten. Die Route des Spaziergangs wurde dabei von den Interessen aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer festgelegt, wobei der Treffpunkt für den Spaziergang im Vorfeld feststand.

Der öffentliche Raum sollte durch einen erlebnisreichen Spaziergang durchs Quartier Altona-Altstadt auf sein „bewegendes Potential“ hin erkundet werden und die Anonymität in der Nachbarschaft aufbrechen. Der Weg führte die Gruppe an diversen Stationen vorbei. Es erwarteten die Teilnehmerinnen dabei:

- kleine Spiele und (individuelle) Herausforderungen,
- Stadtdeutungen und Stadtwissen,
- Bewegungs- und Gesprächsanlässe (konkret: zum Beispiel Tanzen auf der Wiese, Mutter-Kind-Turnen auf dem Spielplatz, echte Treppen statt Indoor-Stepper, Park-Beete zum umgraben, Ringen und Raufen im Sand, barfuß gehen und im Rollstuhl fahren, türkische Straßenspiele und Hamburger Stadthistorie).



Weitere Informationen zum Ansatz können Sie über das Zentrum für Bewegungsförderung Nord (Hamburg) erfragen (www.bewegung-im-norden.de; Abruf: 25.08.2010).

Bewegungsfördernde Angebote für ältere Menschen, die im (▶) Setting Nachbarschaft integriert werden, haben neben dem primären Ziel der Unterstützung und der Stärkung gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivitäten weitere soziale und gesundheitsfördernde Auswirkungen (Richter/Wächter 2009):

- Nachbarschaftliche Netzwerke stärken die Teilhabe und haben einen integrativen Charakter – innerhalb der Nachbarschaft aber auch darüber hinaus
- Die Einbettung in nachbarschaftliche Strukturen ermöglicht einen niedrigschwiligen Zugang zu Unterstützungsleistungen und weiteren Angeboten sowie eine Stärkung der Selbsthilfekräfte der Zielgruppe

- Nachbarschaftsnetzwerke können als Ausgangspunkte für Empowermentprozesse (▶ Empowerment) betrachtet werden
- Im günstigen Fall entsteht Gleichberechtigung in der sozialen Beziehung zwischen „Nachbarn“, die sich nicht nur positiv auf das Wohlbefinden auswirkt, sondern es auch ermöglicht, Wissen und Informationen niedrigschwellig zu vermitteln
- In nachbarschaftlichen Strukturen erfolgt eine Steigerung des Selbstwertgefühls durch eine Kommunikation auf Augenhöhe und in der Folge oftmals die Entwicklung von Fähigkeiten zur Selbsthilfe und zur Übernahme von Verantwortung für sich und andere
- Die Kommunikationsstrukturen in Nachbarschaften ermöglichen darüber hinaus – wenn sie gefestigt und anerkannt sind – eine schnelle und lebensnahe Verbreitung von (bewegungs- und gesundheitsrelevanten) Informationen

Analyse von nachbarschaftlichen Strukturen: Um nachbarschaftliche Strukturen für Maßnahmen der Bewegungsförderung nutzen zu können, sollten Akteurinnen und Akteure im Rahmen der Planung entsprechender Maßnahmen entsprechende Strukturen analysieren. Dazu eignen sich Fragen wie:

- Weiß ich, wie es in der Nachbarschaft aussieht beziehungsweise wer dort wohnt? – zum Beispiel: Alter, Haushalte, Geschlecht, Nationalität, Geschichte der Nachbarschaft, Plätze, Infrastruktur, Kriminalität etc.
- Halten sich ältere Menschen in der Nachbarschaft auf? Wenn ja, wo? – zum Beispiel: Seniorentreff, Park, Wochenmarkt
- Gibt es etablierte Kommunikationsstrukturen? – zum Beispiel: Wochenblätter, Kirchenzeitung, „Schwarzes-Brett“
- Gibt es bereits aufsuchende Angebote in der Nachbarschaft?
- Gibt es bereits Netzwerke beziehungsweise Netzwerkstrukturen? – zum Beispiel: Runde Tische, Stammtische, Selbsthilfegruppen, Kegelclubs
- Beteiligen sich die Menschen aus der Nachbarschaft beispielsweise an Festen, Flohmärkten und anderen Aktionen?

In Infokasten 17 werden die Aktivitäten des Nachbarschaftsheim St. Pauli in Hamburg vorgestellt.

Infokasten 17

Das Nachbarschaftsheim St. Pauli – Beispiel für Bewegungs- und Gesundheitsförderung im Setting Nachbarschaft

Im Hamburger Stadtteil St. Pauli leben verhältnismäßig viele Menschen mit Migrationshintergrund und der Anteil der älteren Bewohnerinnen und Bewohner nimmt stetig zu.

Deshalb legt das Nachbarschaftsheim St. Pauli den Schwerpunkt seiner Arbeit auf die Arbeit mit sozial benachteiligten älteren Menschen mit Migrationshintergrund. Das Nachbarschaftsheim besteht bereits seit 55 Jahren.

Das Angebotsspektrum berücksichtigt die besonderen Problemlagen und lebensweltliche Hintergründe von Migrantinnen und Migranten durch eine niedrighschwellige, integrative Struktur. Ziel ist es, ein soziales Netzwerk zu fördern, um die soziale, psychische und körperliche Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner zu stabilisieren und zu verbessern.

Zum einen stellt das Nachbarschaftsheim dabei einen zentralen nachbarschaftlichen Treffpunkt im Stadtteil dar: Jung und Alt, Menschen mit unterschiedlichen Nationalitäten sowie mobile und immobile Menschen kommen hier in einen direkten Austausch und haben einen „Raum“ für soziale Kontakte. Zum anderen werden neben existenziellen Hilfen und Kommunikationsangeboten, nachbarschaftliche Bewegungsangebote in der Altentagesstätte angeboten.

Mit Erkundungsspaziergängen durch den Stadtteil, Gymnastik- und Schwimmgruppen sowie Ausflügen zu Sehenswürdigkeiten in der Nachbarschaft wird ein Schwerpunkt auf den Bereich Bewegung in nachbarschaftlichen Netzwerken, Gruppen und Strukturen gelegt.

Weitere Informationen zum Nachbarschaftsheim St. Pauli finden Sie in der Datenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei Sozial Benachteiligten im Internet unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Praxisdatenbank) (Abruf: 25.08.2010).

XIII. Wie hängen Bewegung und Ernährung zusammen?

Es ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich, wann und wie sich der Alterungsprozess bemerkbar macht. Trotz dieser individuellen Unterschiede kann aber gesagt werden, dass sich der Körper mit zunehmendem Alter verändert. Ältere Menschen haben beispielsweise eine andere (►) Körperzusammensetzung und eine vergleichsweise geringere Knochenmasse als in ihrer Jugend (Volkert 2004).

Aus diesen normalen, mit dem Alter einhergehenden Veränderungen resultieren wiederum besondere Anforderungen für die Ernährung, die nachfolgend thematisiert werden.

Mit steigendem Alter wird unter anderem Muskelmasse abgebaut, wodurch der Bedarf des Körpers an Energie sinkt. Dieser Effekt wird noch weiter verstärkt, wenn das körperliche Aktivitätsverhalten abnimmt. Einerseits kann dadurch der Verlust an Muskelmasse beschleunigt werden, andererseits wird der Energieverbrauch auch direkt vermindert. All das führt dazu, dass ältere Menschen weniger Energie zur Konstanthaltung des Körpergewichts benötigen, als in früheren Lebensabschnitten.

Wenn die Energiezufuhr nicht an den reduzierten Bedarf angepasst wird, kann das zu einem steigenden Körpergewicht durch vermehrte Fettspeicherung beitragen.



Trotz sinkendem Energiebedarf bleibt der Bedarf an (►) Nährstoffen wie (►) Vitaminen und (►) Mineralstoffen unverändert.

Bei (►) Vitamin D wird unter anderem aufgrund der geringeren Eigensynthesefähigkeit der Haut sogar eine höhere Zufuhr empfohlen (DGE 2000). Die bedarfsgerechte Zufuhr von Energie und (►) Nährstoffen kann nur dann erreicht werden, wenn besonders nährstoffreiche Lebensmittel Grundlage für die tägliche Ernährung sind. Dies gilt zwar auch in früheren Lebensphasen, ist aber im Alter besonders wichtig.

Aufgrund des hohen Nährstoffgehalts sind Lebensmittel wie Obst, Gemüse und (Vollkorn-)Getreideprodukte, aber auch tierische Lebensmittel wie fettreduzierte Milchprodukte, Fisch und Fleisch wichtige Bestandteile für eine gesunde Ernährung. Grundsätzlich gilt, dass sich eine bedarfsgerechte und damit gesunde Ernährungsweise an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zur vollwertigen Ernährung (DGE 2010) orientieren sollte (siehe Infokasten 18):

Infokasten 18

10 Regeln der Vollwertigen Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (vgl. DGE 2010)

1. Vielseitig Essen
2. Reichlich Getreideprodukte und Kartoffeln
3. Gemüse und Obst – Nimm „5 am Tag“
4. Täglich Milch und Milchprodukte; ein- bis zweimal in der Woche Fisch; Fleisch, Wurstwaren sowie Eier in Maßen
5. Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel
6. Zucker und Salz in Maßen
7. Reichlich Flüssigkeit (rund 1,5 Liter pro Tag)
8. Schmackhaft und schonend zubereiten
9. Nehmen Sie sich Zeit, genießen Sie ihr Essen
10. Achten Sie auf Ihr Gewicht und bleiben Sie in Bewegung

In der Realität zeigt sich, dass die Herausforderungen an die Ernährungssituation häufig nicht adäquat berücksichtigt werden. So wurde in einer repräsentativen Studie festgestellt, dass im Jahr 2008 mehr als 30 Prozent der 60- bis 69-Jährigen adipös, also fettleibig waren (Max Rubner Institut 2008). Grundsätzlich resultiert diese Fettleibigkeit aus einer langfristig über dem Energiebedarf liegenden Energiezufuhr.

Die Zufuhr an Energie muss also an den Bedarf angepasst werden. Um das zu überprüfen, sollte das Körpergewicht regelmäßig gewogen und dokumentiert werden. Auf der anderen Seite wird gerade bei Hochbetagten häufig eine (►) Mangelernährung festgestellt (Küpper 2010). Unter dem Begriff (►) Mangelernährung wird in der Regel eine allgemeine Unterernährung und/oder eine Unterversorgung mit einzelnen (►) Nährstoffen verstanden.

Im Sinne der Gesundheitsförderung ergänzen sich die Effekte einer gesunden Ernährungsweise und ausreichender körperlicher Aktivität optimal.

Eine im Mittel bei älteren Menschen unzureichende Zufuhr wurde für Ballaststoffe, Kalzium, (►) Vitamin D und (►) Folsäure festgestellt (Volkert 2004). Häufig ist aber auch die Versorgung mit Zink und Vitamin B12 kritisch (Küpper 2010). Gerade im Fall von (►) Vitamin D wird derzeit diskutiert, ob eine allgemeine Nahrungsmittelergänzung für ältere Menschen sinnvoll sein könnte, da die Zufuhrempfehlung über die normale Ernährung kaum erreicht werden kann. Zum jetzigen Zeitpunkt sollte über eine Nahrungsmittelergänzung einzelner (►) Nährstoffe allerdings nur nach Absprache mit dem Arzt nachgedacht werden.

Ein häufig kritischer Punkt gerade bei der Ernährung von älteren Menschen ist die Versorgung mit Flüssigkeit. Während jüngere Menschen durchschnittlich ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, wird im Alter auch aufgrund des nachlassenden Durstempfindens häufig zu wenig getrunken. Da der Gesamtgehalt an Körperwasser im Alter abnimmt, kann eine unzureichende Flüssigkeitszufuhr schnell zu Defiziten und damit zu ernsthaften gesundheitlichen Einschränkungen wie Schwindel und Verwirrtheit führen.

Da Durst erst eintritt, wenn bereits Flüssigkeitsverluste aufgetreten sind, ist dieser gerade bei älteren Menschen kein geeigneter Indikator zur Beurteilung der Flüssigkeitsversorgung. Es sollte daher nicht erst dann getrunken werden, wenn bereits Durst besteht. Wichtig ist es, stets auf eine regelmäßige und ausreichende Zufuhr von Getränken zu achten. Empfohlen wird eine Zufuhr von rund 1,5 l pro Tag (DGE 2000). Besonders gute Durstlöscher sind Wasser, ungesüßte Kräuter- und Früchtetees oder verdünnte Fruchtsaftschorlen.

Im Sinne der Gesundheitsförderung ergänzen sich die Effekte einer gesunden Ernährungsweise und regelmäßiger gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität optimal. Daneben bestehen zwischen diesen beiden Faktoren auch Wechselwirkungen. Körperliche Aktivität hat einerseits einen positiven Effekt auf den Energieverbrauch und kann damit langfristig zu einem konstanten Körpergewicht beitragen. Gleichzeitig entschärfen sich durch den höheren Energiebedarf bei aktiven Senioren auch die angesprochenen Anforderungen an die Nährstoffdichte. Darüber hinaus wirkt körperliche Aktivität fördernd auf den Appetit, wodurch wiederum das Risiko für eine (►) Mangelernährung durch unzureichende Nahrungsaufnahme verringert werden könnte.

Gesunde Ernährung ergänzt die Effekte von Bewegung: Auf der anderen Seite ergänzt auch eine gesunde Ernährungsweise die Effekte der körperlichen Aktivität. So gibt es Hinweise darauf, dass nicht nur die körperliche Aktivität, sondern beispielsweise auch eine ausreichende Proteinzufuhr den altersbedingten Verlust an Muskelmasse mindern kann.

Prinzipiell benötigen ältere Menschen bei gesteigerter körperlicher Aktivität nicht mehr (►) Vitamine und (►) Mineralstoffe. Aktivitäten im Freien können sogar zu einer Verbesserung der (►) Vitamin D-Versorgung beitragen, weil der Körper durch das Sonnenlicht zur Eigensynthese des Vitamins angeregt wird.

Unbedingt berücksichtigt werden sollte aber, dass durch körperliche Aktivität, auch wenn sie nicht mit starkem Schwitzen verbunden ist, der Bedarf an Flüssigkeit steigt. Aktive Senioren sollten also nicht vergessen, rechtzeitig und ausreichend zu trinken.



„Muskelkräftigung für Senioren. Ein Trainingsprogramm zum Erhalt und zur Verbesserung der Mobilität“ (Hesecker et al. 2005)



Hier finden Sie eine Zusammenfassung der Paderborner Trainingsstudie: www.deutscher-preventionspreis.de (Abruf: 25.08.2010).

Infokasten 19

PATRAS – Erfahrungen zum Zusammenhang zwischen Ernährung und Bewegung

Das in Paderborn entwickelte Projekt „PATRAS“ ist ein besonders vielversprechendes Projekt zur Förderung der körperlichen Aktivität und Vorbeugung der (►) Mangelernährung. Im Jahr 2005 war PATRAS Preisträger des Deutschen Präventionspreises.

PATRAS richtet sich besonders an hochbetagte Menschen und an Personen mit vielfältigen physischen und psychischen Einschränkungen bei der oralen Nahrungsaufnahme in Einrichtungen der Altenpflege.

Die Paderborner Trainingsstudie (PATRAS) hat das Ziel, den Ernährungszustand und die Bewegung bei hochbetagten Menschen in Einrichtungen der Altenpflege zu verbessern. Verbunden damit ist das Ziel, die Lebensqualität, Selbstständigkeit und das Wohlbefinden sowie die Mobilität von Bewohnerinnen und Bewohnern zu erhalten beziehungsweise zu fördern.

Entwickelt wurde der interdisziplinäre Ansatz an der Universität Paderborn. Die Grundlage bildeten Forschungsaktivitäten zur (►) Mangelernährung bei Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern. Als Ursache von (►) Mangelernährung wurde unter anderem der Bewegungsmangel eines Großteils der Bewohnerinnen und Bewohner identifiziert.

So verließen beispielsweise 30 Prozent von ihnen die Einrichtung höchstens einmal im Monat, obgleich sie ausreichend mobil waren. Den Bewohnerinnen und Bewohnern fehlte also zum einen der Kalorienverbrauch zwischen den Mahlzeiten. In der Folge hatten sie keinen Hunger und das Essen schmeckte nicht.

Hinzu kam ein fehlendes Problembewusstsein der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So wurden beispielsweise Mahlzeiten im abgedeckten Tablett auf die Zimmer gebracht und wieder abgeholt. Erst in der Küche fielen häufig die halb vollen Teller auf. Doch dort konnte nicht mehr zugeordnet werden, wer wie viel Essen zurückgehen ließ. Eine Situationsanalyse und das genaue Erfassen der Ernährungsgewohnheiten zeigten schließlich auch, dass die Bewohnerinnen und Bewohner schon vor der Heimunterbringung untergewichtig waren.

Entwickelt wurde ein Programm zur Muskelkräftigung in Altenheimen, das im Jahr 2002 vier Monate im Rahmen einer klinischen Studie getestet wurde. Ziel war es, durch mehr Bewegung den Appetit zu steigern und damit die Ernährung zu verbessern. Das Programm war erfolgreich. Denn die Bewohnerinnen und Bewohner hatten mehr Appetit und waren besserer Stimmung. Die Ergebnisse fanden Niederschlag in einem speziellen Bewegungs- und Ernährungskonzept.

In der Paderborner Trainingsstudie werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Pflege, Hauswirtschaft und sozialem Dienst der jeweiligen Einrichtung zunächst innerhalb von zwei Tagen nach dem Ernährungs- und Bewegungskonzept geschult.

1. Ernährungskonzept:

Ein umfangreiches Verpflegungskonzept sieht unter anderem vor, beim Einzug beispielsweise Ernährungszustand, Ess-Biographie, diätetische Erfordernisse und vorhandene Risiken im Zusammenhang mit der Ernährung zu erfassen. Dazu gehören etwa Lieblingsessen an Weihnachten oder Ostern oder Trinkgewohnheiten. Die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner haben ein Mitspracherecht bei der Gestaltung eines abwechslungsreichen Speiseplans, der sich an den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung orientiert. Festgehalten wird beim Einzug auch das Gewicht, sodass später eine Gewichtskurve erstellt werden kann. Falls die Nährstoffversorgung aus Alters- oder Krankheitsgründen mit einer ausgewogenen Ernährung nicht zu gewährleisten ist, werden maßgeschneiderte Lösungen gesucht. So haben viele alte Menschen einen kleinen Magen und können deshalb pro Mahlzeit nur kleine Mengen zu sich nehmen. In diesen Fällen helfen viele kleine Mahlzeiten, ein frühes Frühstück und eine geschickte Erhöhung der Kalorienzufuhr, zum Beispiel durch einen extra Stich Butter mehr in das Kartoffelpüree. Die Nahrungsmenge und -konsistenz sind an die Kau- und Schluckfähigkeiten sowie an andere besondere Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner angepasst.

Neben einer regelmäßigen Gewichtskontrolle werden Essens- und Trinkprotokolle der Bewohnerinnen und Bewohner geführt und in zweiwöchentlichen Abständen miteinander verglichen. So lässt sich genau feststellen, was sich verbessert hat oder auch nicht, und den Bewohnern kann gezielt geholfen werden.

Das Konzept berücksichtigt auch die Schnittstellenprobleme der Kommunikation und Verantwortlichkeiten zwischen Küche, Pflege und sozialem Bereich in den stationären Einrichtungen.

2. Bewegungskonzept:

Neben dem Ernährungskonzept bildet das Bewegungskonzept die zweite Säule. In einem zwei- bis dreimal wöchentlichen Muskelkräftigungsprogramm über etwa eine Stunde unter der Leitung von Gymnastik- und Sportlehrerinnen und -lehrern oder aber Ehrenamtlichen werden alle für ein selbstständiges Leben im Alter wichtigen Muskelgruppen trainiert, zum Beispiel die Kraft der Hände, um mit dem Messer ein kräftiges Stück Fleisch schneiden zu können, oder Muskelpartien, um sich zum Aufstehen vom Stuhl abdrücken zu können. Das Programm nimmt auch Rücksicht auf die individuellen Voraussetzungen der Teilnehmer, beispielsweise indem Säckchen mit eingenähten Metallkugeln in verschiedenen Gewichten angeboten werden. Zudem werden Entspannungs- und isometrische Übungen vorgenommen.



Ernährung im Alter (Volkert 1999) oder Ernährung des Menschen (Elmadfa 2004). Hier finden Sie weitere Informationen zum Thema Ernährung im Alter.



Auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. finden Sie weiterführende Informationen: www.dge.de (Abruf: 25.08.2010).

Auf den Internetseiten des Nationalen Aktionsplans: "IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung" finden Sie weitere Informationen zu den Themen gesunde Ernährung und gesundheitswirksame Bewegung: www.in-form.de (Abruf: 25.08.2010).

Die Verbraucherzentralen haben in Kooperation mit der Bundesgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Rahmen von „In Form – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ unter anderem ein kostenloses Kursangebot zu gesunder Ernährung im Alter entwickelt: www.bagso.de und www.dge.de (Abruf: 25.08.2010).

Auf der Homepage des Projekts „Fit im Alter“ erhalten Sie weitere Informationen – auch zu Kursen in Ihrer Nähe. Zudem Fachinformationen und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zum Thema gesunde Ernährung im Alter für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der ambulanten und stationären Seniorenarbeit. www.fitimalter.de (Abruf: 25.08.2010).

XIV. Wie kann die Qualität von Bewegungsförderung gesichert und verbessert werden?

(►) Qualität und (►) Qualitätsmanagement begegnen uns täglich in den verschiedensten Lebensbereichen. Unter dem Begriff „Qualität“ stellt sich zunächst einmal jeder etwas vor. Doch bei näherem Hinsehen ist es gar nicht so einfach, den Begriff für die Gesundheits- und Bewegungsförderung zu füllen.

1. Was ist Qualität? – Beispiele



Mit (►) Qualität und (►) Qualitätsmanagement haben wir alltäglich zu tun:

- Sie haben einen Yogakurs gebucht und ärgern sich, dass der Raum zu klein ist, so dass Sie beengt auf den Matten liegen.
- Ihre Fahrrad- oder Autowerkstatt ruft Sie eine Woche nach der Inspektion an, um zu erfahren, ob Sie zufrieden waren.
- Sie kaufen auf dem Markt an einem bestimmten Stand bevorzugt ein, weil Obst und Gemüse dort frischer sind, obwohl an einem anderen Stand die Bedienung viel netter ist.
- Sie haben ein Haushaltsgerät gekauft und stellen zuhause fest, dass es defekt ist, so dass Sie es ins Geschäft zurück bringen.

Der Begriff „Qualität“ leuchtet zunächst einmal intuitiv ein. Er hat etwas damit zu tun, dass

- ein Produkt fehlerfrei ist.
- eine Dienstleistung so erfüllt wurde, dass Sie als Kundin oder Kunde damit zufrieden sind – die Außensicht des Kunden oder der Nutzerin beziehungsweise des Nutzers.
- eine Dienstleistung so erfüllt wurde, dass die hinter dem Produkt oder der Dienstleistung liegende Arbeit möglichst reibungslos und mit vertretbarem Aufwand erfolgt – die Innensicht des Anbieters oder Herstellers.

Bei näherem Hinsehen ist es aber gar nicht so einfach, den intuitiven Begriff für die Gesundheitsförderung zu füllen. Der Qualitätsbegriff wurde in der Industrie entwickelt und ist zunächst einmal unabhängig vom Inhalt. In der DIN EN ISO-Norm 8402 wird (►) Qualität definiert als die „Gesamtheit von Merkmalswerten einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (zitiert nach Selbmann 2000). Für die industrielle Produktion lässt sich diese abstrakte Formulierung leicht übersetzen: (►) Qualität meint hier die Merkmale eines Produktes – beispielsweise eines Autoreifens – die zuvor festgelegten Kriterien – zum Beispiel leise zu rollen, gut zu haften und langlebig zu sein – zu erfüllen. Aber was sind die „Merkmalswerte“ in der Gesundheitsförderung?

Das US-amerikanische Institute of Medicine formuliert (►) Qualität im Gesundheitssektor als „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen“ (zitiert nach SVR 2001, S. 57).



Auf Gesundheitsförderung und Prävention übertragen ist (►) Qualität also damit verbunden, dass die Wahrscheinlichkeit gewünschter Ergebnisse steigt – also beispielsweise ein gesteigertes Bewegungsverhalten der über 65-jährigen Bewohnerinnen und Bewohner eines Quartiers – und die Intervention selbst wissenschaftlich fundiert ist – also zum Beispiel mit Bezug auf Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens geplant wurde.

Der amerikanische Professor für Public Health Avedis Donabedian war einer der ersten, der den Qualitätsbegriff auf den Gesundheitsbereich übertragen hat – seinerzeit noch mit Blick auf die medizinische und pflegerische Versorgung. Von ihm stammt die Unterteilung in Struktur-, Prozess- und (►) Ergebnisqualität (Donabedian 1966). Diese Einteilung eignet sich auch

für die Gesundheitsförderung, wird hier aber durch einen vierten Aspekt, die Planungs-/Konzept-/Assessmentqualität ergänzt (Ruckstuhl et al. 2001).

1.1 Planungs- oder Konzeptqualität

Die Planungs- oder (►) Konzeptqualität (auch „(►) Assessmentqualität“) bezieht sich unter anderem auf folgende Fragen:

- Ist der Bedarf sachlich dargestellt?
- Sind die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst?
- Sind die Vorerfahrungen aus anderen Projekten angemessen berücksichtigt?
- Sind die wissenschaftlichen Grundlagen aufbereitet und wurde die Intervention theoriegestützt entwickelt?

So ist es wichtig zu wissen, wie sich Menschen zu mehr Bewegung motivieren lassen. Ebenso bedeutsam ist es, die Wünsche von Bürgerinnen und Bürgern in Bezug auf Bewegung zu kennen und Modelle guter Praxis zu recherchieren, auf die sich das eigene Angebot stützen kann. Wenn solche vorbildhaften Modelle identifiziert wurden, ist im Rahmen der (►) Planungsqualität auch zu fragen, ob der Kontext der eigenen Intervention berücksichtigt werden muss. Das, was in Garmisch-Partenkirchen erfolgreich etabliert werden konnte, kann in Wanne-Eickel scheitern, weil der Kontext der Intervention ein gänzlich anderer ist. Eine kritische Reflexion der möglichen Übertragbarkeit ist deshalb besonders wichtig (Broesskamp-Stone 2009).

(►) Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen eines Gesundheitsangebotes, also beispielsweise auf die personelle, technische oder finanzielle Ausstattung, aber auch auf die räumlichen Gegebenheiten.

Die eingangs genannte Situation des zu kleinen Raumes für einen Yogakurs ist hierfür ein Beispiel. Der Aspekt der (►) Strukturqualität bezieht sich aber auch auf die administrativen, gesetzlichen und organisatorischen Bedingungen.

1.2 Prozessqualität

(►) Prozessqualität bezieht sich auf die Umsetzung einer Intervention oder eines Angebotes.

Sie zielt beispielsweise darauf, ob ein Rückentraining oder ein Yogakurs so umgesetzt werden, wie es geplant war. Dies impliziert, dass vorab festgelegt wird, wie eine Maßnahme implementiert werden soll (beispielsweise in einem detaillierten Ablaufplan oder einem Handbuch) und auch, dass der Umsetzungsprozess systematisch dokumentiert wird (zum Beispiel mit Dokumentationsbögen).

Der Begriff der (►) Prozessqualität ist eng verwandt mit dem der formativen Evaluation / Prozessevaluation. In der medizinischen Versorgung lässt sich zum Beispiel erfassen, ob eine medizinische Behandlung entsprechend der Leitlinie einer Fachgesellschaft erfolgt. In der Gesundheitsförderung gibt es solche Leitlinien aber nicht. Deshalb ist es umso bedeutsamer, die Umsetzungsschritte schriftlich zu fixieren, indem Sie beispiels-

SMART-Kriterien

SMART-Kriterien der Zielformulierung (Quelle: www.quint-essenz.ch)



Spezifisch:

Es ist klar, was durch das Projekt oder die Maßnahme genau bewirkt werden soll.



Messbar:

Es wird festgelegt, wie die Erreichung des Zieles überprüft werden soll.



Anspruchsvoll:

Das Erreichen des Zieles ist eine Herausforderung, das Ziel ist nicht zu niedrig gesteckt ...



Realistisch:

... aber das Ziel ist auch nicht zu anspruchsvoll, dass das Erreichen illusorisch bleibt



Terminiert:

Es wird festgelegt, in welchem Zeitraum das Ziel erreicht werden soll.

weise bei einem Bewegungskurs im Park festlegen, was in welcher „Übungseinheit“ passiert.

1.3 Ergebnisqualität

(►) Ergebnisqualität bezieht sich schließlich auf die Frage, ob mit der Intervention auch das erreicht wurde, was angestrebt war.

Um die (►) Ergebnisqualität zu überprüfen, ist es wichtig, sich vorab klar zu machen, welches das Ziel der Maßnahme ist und woran der Erfolg gemessen werden soll:

- Sollen mehr Schüler und Schülerinnen einer Schule einem Verein beitreten?
- Sollen mehr Seniorinnen und Senioren eines Stadtviertels mit dem Rad zum Einkaufen fahren?
- Sollen in einem Dorf weniger Menschen mit Übergewicht oder Adipositas leben?
- In welchen Zeiträumen denken Sie dabei?

Grundsätzlich eignet sich bei der Formulierung entsprechender Ziele eine Orientierung an den sogenannten „SMART-Kriterien der Zielformulierung“. SMART ist ein Akronym und steht für die links unten ausgeführten Kriterien.

In diesem Zusammenhang interessiert auch die Frage der Nachhaltigkeit. Damit ist zum einen gemeint, ob die Effekte, die möglicherweise durch die Intervention erzielt wurden, auch nach einer gewissen Zeit noch nachweis-

bar sind – also zum Beispiel eine Verhaltensänderung von Dauer ist. Nachhaltigkeit bezieht sich aber auch darauf, ob es gelungen ist, die Interventionen dauerhaft zu verankern – zum Beispiel indem ein Bewegungsangebot nach der Projektphase von einem Bildungsträger in das Regelprogramm aufgenommen wurde.

Um die Ergebnisqualität zu überprüfen, ist es wichtig, sich vorab klar zu machen, welches das Ziel der Maßnahme ist und woran der Erfolg gemessen werden soll.

Wenn Sie Ihr Ziel klar definiert haben, stellen sich für die Erfassung der (►) Ergebnisqualität weitere Fragen:

- Wie wollen Sie Ihre Zielindikatoren erheben?
- Wann ist für Sie eine Veränderung ein voller Erfolg, wann nur ein Teilerfolg?



Die (►) Ergebnisqualität wird im Rahmen von Evaluationsstudien erhoben, die mehr oder weniger aufwändig sein können. Wir empfehlen hier die Zusammenarbeit mit Universitäten und Fachhochschulen, die häufig über das entsprechende Know how verfügen, – beispielsweise im Rahmen von Qualifikationsarbeiten oder Studierendenprojekten eine Evaluationsstudie durchzuführen.



In den vergangenen Jahren wurden aber auch Webseiten entwickelt, die Praktiker und Praktikerinnen in die Prinzipien der (►) Evaluation

Typische Fragen...

Typische Fragen Planungs-/Konzept-/ (►) Assessmentqualität:

- Sind die Voraussetzungen für das Projekt geklärt?
- Sind die Bedürfnisse der Zielgruppe bekannt?
- Sind die Ziele klar benannt?
- Stützt sich die Intervention auf vorhandene Theorien und Forschungsergebnisse?
- Ist der Kontext der Intervention bedacht?

Typische Fragen zur Strukturqualität:

- Sind der organisatorische und institutionelle Rahmen angemessen?
- Sind die personellen und finanziellen Ressourcen angemessen?
- Gibt es eindeutige Aufgabenzuordnungen und Verantwortlichkeiten?

Typische Fragen zur Prozessqualität:

- Wird das Projekt wie geplant umgesetzt?
- Gibt es Probleme mit der Kommunikation oder dem Informationsfluss?
- Welche Hindernisse lassen sich identifizieren?
- Welche förderlichen Bedingungen lassen sich identifizieren?

Typische Fragen zur Ergebnisqualität:

- Erreicht das Projekt die gesteckten Ziele?
- In welchem Ausmaß werden die Ziele erreicht (Zielerreichungsgrad) und in welchen Bereichen?
- Sind die Ergebnisse nachhaltig?

einführen und praxistaugliche Instrumente bereit halten. Ein Beispiel ist die Seite „Evaluation für die Praxis“, die Instrumente für bewegungs- und ernährungsbezogene Interventionen vorhält. Die Internetadresse ist: <http://www.evaluationstools.de> (Abruf: 25.08.2010).



Die vier Qualitätsdimensionen sind eng miteinander verbunden: Nur wenn das Angebot den tatsächlichen Bedarf berücksichtigt, die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst, die strukturellen Voraussetzungen angemessen sind und das Angebot wie geplant umgesetzt wird, sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass auch das angestrebte Ergebnis erreicht wird. Dies bedeutet aber im Umkehrschluss leider nicht, dass sich bei einer hohen Planungs-, Struktur- und (►) Prozessqualität automatisch der Erfolg einer Intervention einstellt. Viele verschiedene Faktoren beeinflussen, ob sich Menschen zum Beispiel von einem Bewegungsangebot angesprochen fühlen und mitmachen. Aber wenn bereits die Voraussetzungen nicht stimmen, ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass eine Maßnahme Erfolg hat.

2. Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement – Qualitätsentwicklung: Was steckt hinter diesen Begriffen?

Wenn Sie sich mit dem Thema (►) Qualität in der Gesundheits- und Bewegungsförderung beschäftigen, werden Sie die verschiedenen Begriffe möglicherweise verwirren. Kein Wunder, werden sie doch häufig synonym, mitunter aber auch in Abgrenzung voneinander verwendet. Das Begriffswirrwarr kennzeichnet den Stand der Diskussion: Diese ist noch am Anfang, vieles ist im Fluss und noch nicht für die Gesundheitsförderung

angepasst und über die Ausrichtung der verschiedenen Ansätze wird kontrovers diskutiert.

2.1 Qualitätssicherung

In der Industrie ist (►) Qualitätssicherung ein Teil des (►) Qualitätsmanagements (siehe Infokasten 1).

Julika Loss und Kollegen (2007) schlagen eine ähnliche Begriffsdifferenzierung für die Gesundheitsförderung vor. Sie begreifen (►) Qualitätssicherung als Verfahren, das „auf die Gewährleistung, Erhaltung und Verbesserung der (►) Qualität von Prozessen und Angeboten“ abzielt (Loss et al. 2007, S. 199).

2.2 Qualitätsmanagement

Der Begriff (►) Qualitätsmanagement bezieht sich in der Industrie und dem Dienstleistungsgewerbe auf das gesamte Unternehmen („Qualität als Unternehmensphilosophie“) und umfasst drei aufeinander folgende Schritte:

1. Datenerhebung
2. Begutachtung
3. Rückkoppelung.

Besonders bekannt ist das Total Quality Management der European Foundation of Quality Management (EFQM), das ein umfassendes Zertifizierungssystem beinhaltet (siehe Infokasten 2).

TQM lässt sich nur als Ganzes in ein Unternehmen einführen, das macht die Übertragbarkeit auf Gesundheitsförderung schwierig. Die Grundgedanken – das Denken in Regelkreisen und (►) Qualität als Arbeitsprinzip – lässt sich aber auch ohne die Einführung von TQM in der Gesundheitsförderung erproben. In der Gesundheitsförderung wird (►) Qualitätsmanagement deshalb auch für kleinere Einheiten diskutiert und definiert. Häufig „passt“ ein Ansatz, der sich aus einem Projekt oder einer Maßnahme heraus entwickelt auch viel besser zu den Grundsätzen gesundheitsförderlicher Arbeit.

Infokasten 20

Qualitätsmanagement nach ISO EN DIN 9000:2000

Wie der Qualitätsbegriff ist auch das Qualitätsmanagement zunächst einmal unabhängig vom Produkt oder der Dienstleistung. Die International Standardisation Organisation (ISO) definiert in Übereinstimmung mit europäischen und deutschen Normen (EN/DIN) Qualitätsmanagement als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität“. Hierunter werden die Festlegung der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung verstanden. Qualitätssicherung meint jenen „Teil des Qualitätsmanagements, der auf die Schaffung von Vertrauen gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt sind“. Wenn das Produkt oder die Dienstleistung die zuvor definierte Qualität erreicht hat, gilt es sicherzustellen, dass dieses auch so bleibt. Ist die Qualität (noch) nicht erreicht, müssen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung getroffen werden (vgl. Selbmann 2000).

Infokasten 21

Total Quality Management der EFQM

Total Quality Management (TQM) wurde in der japanischen Autoindustrie entwickelt und durch die European Foundation of Quality Management (EFQM) auf Europa übertragen. Die EFQM wurde Ende der 1980er Jahre von 14 europäischen Spitzenunternehmen als gemeinnützige Organisation gegründet, die sich für die Entwicklung eines Qualitätsmanagementsystems nach einheitlichen Standards einsetzten. Die EFQM fördert den Total Quality Ansatz, der besagt, dass Qualität nur in einem ganzheitlichen Prozess umgesetzt werden kann, der sich am Ergebnis (des Produktes oder der Dienstleistung) orientiert und die Beziehung zwischen Unternehmen und Kunden in den Vordergrund stellt. „Kundenzufriedenheit“ ist deshalb auch einer der zentralen Begriffe. Nach dem TQM-Ansatz ist Qualität ein umfassendes Systemziel, das mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Unternehmens oder einer Institution erreicht werden soll. TQM bezeichnet also eine Unternehmenskultur, die von der Führungsebene vorgegeben, aber von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mitgetragen wird, Ziel ist Exzellenz, also die bestmögliche Praxis.

Die EFQM hat einen Kriterienkatalog erarbeitet, der von Unternehmen zur Selbstbewertung genutzt werden kann. Dieser Katalog umfasst 9 Hauptkriterien mit 32 Qualitätsindikatoren, die sich z.B. auf die kundenbezogenen Ergebnisse oder die Führung beziehen (vgl. Reimann 2003; Selbmann 2000).

2.3 Qualitätsentwicklung

Im Vergleich zu diesen allgemeinen Ansätzen wurde der Begriff der (►) Qualitätsentwicklung speziell für die Gesundheitsförderung vor allem im Rahmen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt.



Ein wichtiges Projekt dieses Verbundes ist die Datenbank www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Abruf: 25.08.2010), in die sich bis dato etwa 2.000 Projekte eingetragen haben.

In diesem Projekt wurden 12 Kriterien zur Selbstbeurteilung entwickelt, die Projekte an ihre eigene Arbeit anlegen können. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Gesundheit Berlin e.V., die den Kooperationsverbund initiiert haben, wählen für diesen Abgleich den Begriff „(►) Qualitätsentwicklung“, um deutlich zu machen, dass es vor allem um einen Sensibilisierungsprozess geht.

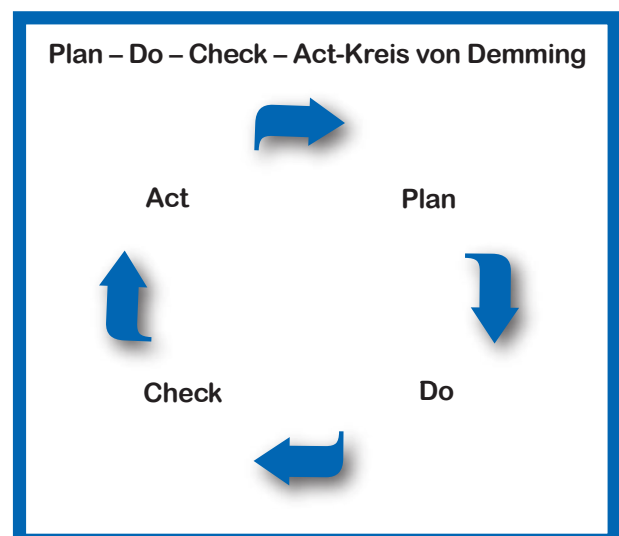
Letztlich werden die verschiedenen Begriffe im Zusammenhang mit (►) Qualität in der Gesundheitsförderung nicht trennscharf benutzt. Wie auch immer die verschiedenen Begriffe den Prozess akzentuieren: Es eint sie die Vorstellungen,

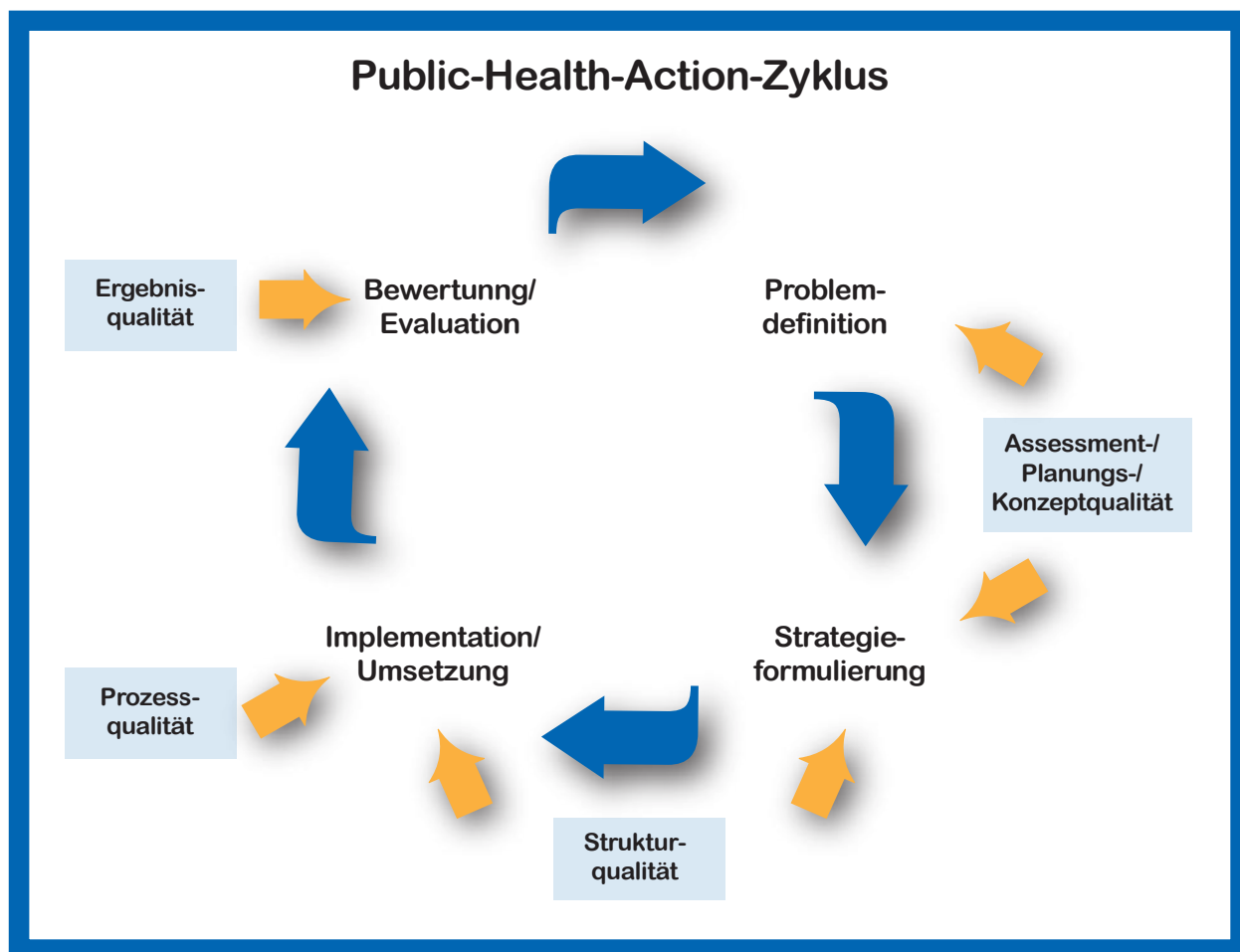
- dass sich (►) Qualität nicht automatisch einstellt („Gut gemeint ist nicht unbedingt gut gemacht“)
- dass mit (►) Qualitätsentwicklung, (►) Qualitätsmanagement und (►) Qualitätssicherung immer verbunden ist, die Ziele der Gesundheitsförderungsaktivitäten zu definieren und messbar zu machen
- dass (►) Qualität gemessen werden kann und muss
- und dass Entwicklung oder Sicherung von (►) Qualität immer mit einem Denken in Regelkreisen verbunden ist.

2.4 Denken in Regelkreisen:

Plan – Do – Check – Act

Das Denken in Regelkreisen wird im so genannten Deming- oder PDCA-Kreis deutlich, der in zahlreichen Varianten existiert. PDCA steht für Plan – Do – Check – Act (siehe unten). Der amerikanische Statistiker Edwards Deming hat ihn in den 1950er Jahren entwickelt, als er für die japanische Autoindustrie ein systematisches Vorgehen zur Qualitätsverbesserung etabliert hat. Die vier Phasen des Kreises werden mehrfach hintereinander durchlaufen – die Idee, dass (►) Qualitätsmanagement ein kontinuierlicher, nie endender Prozess ist, ist Kern des Konzepts von Deming: Einer Problemanalyse („Plan – Planen“) folgt die Erarbeitung und Umsetzung einer Problemlösung („Do – Umsetzen“), diesem Schritt die Bewertung und (►) Evaluation („Check – Überprüfen“) und anschließend die (►) Qualitätssicherung bzw. Qualitätsverbesserung („Act – Verbessern“) (vgl. Selbmann 2000).





2.5 Der Public-Health-Action-Zyklus

Der PDCA-Kreis erinnert Sie an den Public-Health-Action-Zyklus? Dies ist auch nicht verwunderlich, ist doch der Public-Health-Action-Zyklus der Versuch, den in der Industrieproduktion etablierten PDCA-Kreis auf Public-Health-relevante Fragestellungen zu übertragen.

In der Broschüre „Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument“ (Ruckstuhl et al. 1997) sind für die vier Phasen des Public-Health-Action-Zyklus die folgenden Leitfragen formuliert:

- Welche Informationen sind erforderlich, um eine Intervention zu legitimieren?
- Anhand welcher Kriterien wird das Zielpublikum festgelegt? (Problemdefinition)
- Wie kann bei der Entwicklung einer Intervention alles gut gehen oder alles schief laufen? (Strategieformulierung)
- Unter welchen Bedingungen kann eine Intervention möglichst erfolgreich durchgeführt werden? (Implementation/Umsetzung)
- Wie erfolgreich ist die Intervention? (Bewertung/►) Evaluation)

Diese Fragen sind richtungsweisend für die Planung, Durchführung und Bewertung von Projekten und werden durch „handlungsleitende Fragen“ spezifiziert. Anhand dieser können Sie beispielsweise kritisch reflektieren, ob:

- Ihre Datengrundlage für das Projekt ausreichend ist
- es überhaupt eine öffentliche Wahrnehmung für die von Ihnen anvisierte Problemstellung gibt
- Sie zentrale Aspekte für die Zusammenarbeit mit Partnerinnen und Partnern bedacht haben
- Sie die Kommunikation nach außen und nach innen fördern
- ob Sie Ziele formuliert haben und diese hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit überprüft haben.

In der Broschüre sind auf diese Weise Faktoren gebündelt, die zum Gelingen oder Misslingen von Projekten beitragen können. Zusätzlich wird die Bedeutung der einzelnen Phasen herausgestellt und es werden Beispiele aus der Praxis hinzugezogen sowie kritisch beleuchtet. In der Anwendung erfordert das Arbeitsinstrument vor allem die Fähigkeit, die eigene Arbeit kritisch zu beleuchten. Wenn Sie dabei auf Schwachstellen aufmerksam werden, sind Sie gefordert eigenständig Problemlösestrategien zu entwickeln.



Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument (Ruckstuhl et al. 1997). Die oben beschriebene Broschüre finden Sie im Internet unter: www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf (Abruf: 25.08.2010).

Planungshilfe für qualitätsgesicherte Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei Kindern (LIGA.NRW 2010). Die Landesinitiative Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter hat 2010 eine Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung von Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Diese nimmt ebenfalls Bezug auf den Public-Health-Action-Zyklus. Unter: www.praeventionskonzept.nrw.de (Abruf: 25.08.2010) kann die Planungshilfe im Internet abgerufen werden.

3. Ist Qualitätsmanagement das Gleiche wie Evaluation?

Die Begriffe (►) Qualitätsmanagement und (►) Qualitätssicherung und (►) Evaluation werden häufig als Synonyme benutzt, und in der Tat haben sie auch eine gemeinsame Schnittmenge. Wir schlagen folgende begriffliche Präzisierung vor, um die Diskussion etwas klarer zu machen, sind uns aber bewusst, dass die Begriffe nicht trennscharf sind:

Der Begriff der Evaluation bezieht sich vor allem auf die Ergebnisqualität, also auf die Frage, ob eine Maßnahme auch die geplanten Ziele erreicht hat.

Den Begriff (►) Evaluation beziehen wir vor allem auf die (►) Ergebnisqualität, also auf die Frage, ob eine Intervention auch die geplanten Ziele erreicht hat. So kann eine Evaluationsstudie danach fragen, ob durch die Schaffung von autofreien Quartieren mehr Menschen kleinere Distanzen zu Fuß oder mit dem Rad zurück legen, ob durch die Einrichtung von Bewegungsangeboten (Lauffreize, seniorengerechte Bewegungsareale) die älteren Bewohner und Bewohnerinnen eines Viertels sich mehr bewegen oder ob durch Tai Chi-Angebote im Park die Beweglichkeit der Teilnehmer und Teilnehmerinnen gesteigert wird. Methodisch stützen sich diese Evaluationsstudien auf das Repertoire der Sozialwissenschaften (Bortz/Döring 2006).

Den Begriff des (►) Qualitätsmanagements hingegen verwenden wir für die drei anderen Qualitätsdimensionen, also die Planungs-/Konzept-/Assesmentqualität sowie Struktur- und (►) Prozessqualität.

Der Public Health Action-Zyklus bietet sich hier als Rahmenmodell an (siehe erneut Abbildung 2). In ihm lassen sich die Begriffe wie folgt verorten:

- Die Planungs-/Konzept-/Assesmentqualität ist besonders in der Phase der Problemanalyse von Bedeutung, da die Erfassung gesundheitlicher Problemlagen der Bevölkerung hilft, das Problem zu verdeutlichen und sachlich den Interventionsbedarf zu begründen; sie spielt aber auch in die Strategieentwicklung hinein, da sie die Ableitung und Planung von Interventionen berührt.
- Die (►) Strukturqualität ist sowohl bei der Strategieentwicklung von Bedeutung, da diese natürlich davon beeinflusst wird, welche Ressourcen zur Verfügung stehen. Sie ist aber auch bei der Umsetzung

Infokasten 22

Formen der Evaluation

In der Evaluationsforschung werden folgende Begriffe voneinander unterschieden:

- ◆ **Summative Evaluation** ist ein Synonym für die Ergebnisevaluation, also das Gegenüberstellen der erwarteten mit den erreichten Ergebnissen.
- ◆ **Formative Evaluation** ist ein Synonym für die Prozessevaluation, also die Beurteilung der Umsetzung einer Maßnahme. Hier werden z.B. Dokumentationsbögen für einzelne Einheiten einer Maßnahme (z.B. Unterrichtsstunde) eingesetzt, aber es können auch im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung Interviews mit Kursleitern und Teilnehmenden geführt werden.
- ◆ Der Begriff **interne Evaluation** wird verwendet, wenn die Evaluation von der Institution durchgeführt wird, die auch die Maßnahme umsetzt. Er ist gleichbedeutend mit dem Begriff „Selbstevaluation“.
- ◆ **Externe Evaluation** ist immer damit verbunden, dass eine Person oder ein Team die Evaluation durchführt, die nicht mit der Institution verbunden ist, die die Maßnahme durchführt. Vielmehr wird fachliche und methodische Expertise „von Außen“ eingeholt.

wichtig, da die personellen und finanziellen Voraussetzungen „passen“ müssen, um eine planmäßige Umsetzung zu gewährleisten.

- Die (►) Prozessqualität bezieht sich auf Umsetzung
- die (►) Evaluation auf die Bewertung der Intervention (► Ergebnisqualität). Bei der Bewertung spielen zwei zentrale Fragen eine Rolle: Wurden mit der Maßnahme die angestrebten Ziele erreicht (Frage nach der Effektivität)? Und stehen die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen (Frage nach der Effizienz)? In der Evaluationsforschung wird die interne (Selbst-)Evaluation von der externen (Fremd-)Evaluation unterschieden (siehe Infokasten 22).

4. In welchen Phasen eines Projektes ist das Qualitätsmanagement besonders wichtig?

Das (►) Qualitätsmanagement ist in allen Phasen eines Projektes relevant. Allerdings sind je nach Projektphase jeweils unterschiedliche Fragen von Bedeutung.

In der Planungsphase ist vor allem die Konzept-, Assessment- und (►) Planungsqualität wichtig. Die Fragen beziehen sich zum Beispiel darauf, ob die Intervention theoretisch fundiert ist, ob auf die Vorerfahrung Anderer zurück gegriffen wurde und ob die Bedürfnisse der Zielgruppe angemessen erfasst wurden. In dieser Phase sollten auch die Ziele klar definiert werden und es sollten bereits zu diesem Zeitpunkt erste Überlegungen angestellt werden, wie der Erfolg der Maßnahme erfasst werden soll, um die (►) Evaluation zu planen (vgl. (►) Ergebnisqualität). Von Bedeutung sind auch Aspekte der (►) Strukturqualität, nämlich die Frage, ob zum Beispiel genügend Ressourcen zur Verfügung stehen und das Personal, das die Intervention umsetzen soll, ausreichend qualifiziert ist.

Das Qualitätsmanagement ist in allen Phasen eines Projektes relevant. Allerdings sind je nach Projektphase jeweils unterschiedliche Fragen von Bedeutung.

Wenn ein Projekt in die Durchführungsphase geht, ist die (►) Prozessqualität von zentraler Bedeutung, also die Frage, ob das Projekt auch wie geplant umgesetzt wird. Nicht immer läuft ein Projekt so, wie es ursprünglich geplant war, zum Beispiel weil sich die Rahmenbedingungen während des Projektes ändern, Personal wechselt oder Dinge, die Sie sich vorab überlegt haben, nicht „funktionieren“. Die Dokumentation des Ablaufes und eine Reflexion der Hindernisse, aber auch der förderlichen Faktoren, ist hier wichtig, um aus den Erfahrungen des Projektes lernen zu können.

In der Abschlussphase rückt die (►) Ergebnisqualität in den Vordergrund, also die Frage nach der Bewertung (und damit die (►) Evaluation): Wurden die gesteckten Ziele erreicht? Sind die Effekte nachhaltig, also bleibt zum Beispiel das veränderte Bewegungsverhalten stabil? Wurden Teile der Zielgruppe besser erreicht als andere? Lassen sich die Erfahrungen übertragen? Gerade für die letzte Frage ist es wichtig, dass die Ergebnisse dokumentiert werden, so dass andere bei der Planung neuer Maßnahmen auf Ihre Erfahrungen zurückgreifen können.

5. Wir stehen noch ganz am Anfang mit dem Thema Qualität – können wir trotzdem etwas machen?

Der Einstieg in das (►) Qualitätsmanagement scheint hürdenreich zu sein: Zu aufwändig sind die komplexen Managementsysteme, zu unübersichtlich die Angebote. Dennoch möchten wir Sie ermutigen, erste Schritte zu gehen, denn es ist gar nicht notwendig, sich gleich in ein umfassendes Managementsystem einzuarbeiten.

Es ist bereits ein „großer Schritt nach vorne“, erstens die Ziele der Intervention präzise zu definieren und sich zweitens klar zu machen, dass (►) Qualitätsmanagement bedeutet, bei der Planung und Umsetzung eines Angebotes ab und an innezuhalten und den Prozess systematisch zu reflektieren. Habe ich geklärt, welche Bedürfnisse meine Zielgruppe überhaupt hat? Bin ich mir bewusst, welche Ressourcen ich für das Angebot benötige? Habe ich die relevanten Akteure eingebunden? Habe ich mein Projekt in überschaubare Etappen untergliedert, die es mir ermöglichen, das Erreichen der Zwischenschritte zu kontrollieren? Dies könnten erste Fragen sein, die Sie sich stellen und für die Sie einzelne Instrumente aus verschiedenen Qualitätsmanagementsystemen nutzen können. Wenn Sie hiermit Erfahrungen gesammelt haben, können Sie Ihren Qualitätsmanagementansatz ausbauen und tiefer in die verschiedenen Systeme einsteigen.

Für den Einstieg empfehlen wir Ihnen folgende Instrumente:

5.1 Checklisten der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, eine nationale Organisation, die Gesundheitsförderungsprojekte initiiert und das (►) Qualitätsmanagement befördert, hat ein internetbasiertes Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das unter anderem einführende Texte zu unterschiedlichen Themen, aber auch Checklisten und andere Instrumente wie Steuerungstabellen umfasst (Ackermann et al. 2009).

Die Checklisten können Interessierte unter anderem nutzen, um zu reflektieren:

- ob die Unterschiede zwischen den Geschlechtern angemessen berücksichtigt wurden („Checkliste Gender“) (►► S. 60 ff).
- ob die Migrationsperspektive angemessen einbezogen wurde. („Checkliste zur Berücksichtigung der Migrationsperspektive“)
- welche Kosten bei der Planung eines Projektes oder einer Maßnahme eingeplant werden müssen („Checkliste Projektbudgetierung“).



Das internetbasierte Qualitätsmanagementsystem der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz können Sie kostenfrei nutzen: www.quint-essenz.ch (Abruf: 25.08.2010).

5.2 Methodenkoffer zur Partizipativen Qualitätsentwicklung

Wenn es Ihnen ein besonderes Anliegen ist, Ihre Zielgruppe bei der Projektplanung, -durchführung und -evaluation einzubinden, lohnt sich ein Blick auf eine Webseite, die gemeinsam von Gesundheit Berlin e.V. und dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) aufgebaut wurde.



Konzepte, Methoden und Praxisbeispiele der Partizipativen Qualitätsentwicklung können Sie hier kostenfrei nutzen: www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de (Abruf: 25.08.2010).

Die Rubrik „Methodenkoffer“ hält Beschreibungen einiger Instrumente vor.

6. Dokumentation – reicht das nicht?

Eine gute Projektdokumentation ist ein wichtiger Schritt im (►) Qualitätsmanagement, denn sie erlaubt nachzuvollziehen, wie Ihr Angebot umgesetzt wurde und wen Sie damit erreicht haben – wenn Sie also zum Beispiel eine Statistik der Nutzer und Nutzerinnen führen.



(►) Qualitätsmanagement geht aber noch einen Schritt weiter, indem weitere Aspekte betrachtet werden, so die Planungs- und (►) Strukturqualität, die Umsetzung entsprechend der Maßnahmenplanung (►) Prozessqualität und die Frage, ob mit dem Angebot auch die zuvor festgelegten Ziele erreicht wurden (►) Ergebnisqualität.

7. Ist Qualitätsmanagement nicht zu aufwändig?

Mit (►) Qualitätsentwicklung und (►) Qualitätsmanagement sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Initiativen zur Bewegungsförderung – sei es als Projekt oder langfristiges Angebot – auch die gewünschte Wirkung erzielen.

Jede und jeder, die/der ein solches Angebot entwickelt, möchte selbstverständlich, dass es etwas Positives bewirkt: dass mehr Menschen sich in ihrem Alltag bewegen, dass mehr Männer und Frauen einem Verein beitreten oder dass mehr Radwege gebaut werden.



Aber Qualität kommt nicht von allein. Sie benötigt einen systematischen Reflexionsprozess, der Feedback-Schleifen beinhaltet und eine Aussage darüber zulässt, ob das Projekt gut „aufgegleist“ ist und ob man noch „auf der richtigen Spur ist.“

Wenn man sich auf (►) Qualitätsmanagement einlässt, ist das natürlich immer damit verbunden, dass Ressourcen investiert werden müssen, seien es Zeit oder Personalkapazitäten. Dies ist zunächst einmal eine Hürde. Aber letztlich schaffen Sie mit (►) Qualitätsmanagement die Grundlagen dafür, dass Ihre Bemühungen um Bewegungsförderung auch nachhaltige Früchte tragen können.

Qualitätsmanagement schafft systematische Freiräume, das eigene Handeln zu reflektieren.

Die Vorteile des (►) Qualitätsmanagements werden Sie sicherlich bald erleben:

- es schafft systematische Freiräume, das eigene Handeln zu reflektieren
- es erlaubt differenzierte Antworten auf die Frage, ob Ihre Ressourcen gut eingesetzt sind
- es deckt Schwachstellen Ihrer Arbeit auf, aber auch Stärken, die sie ausbauen können
- es trägt zu Ihrer eigenen Kompetenzerweiterung bei.

8. Welche Qualitätssysteme haben sich für die Gesundheitsförderung bewährt?

Das Thema (►) Qualität in der Gesundheitsförderung „boomt“. In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche Angebote für Praktiker und Praktikerinnen entwickelt. Im Folgenden werden vier unterschiedliche Ansätze vorgestellt, mit denen derzeit im deutschsprachigen Raum Erfahrungen gesammelt werden.

8.1 QIP - Qualität in der Prävention

QIP – Qualität in der Prävention ist ein Angebot, das vom Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gemeinsam entwickelt wurde. Es ist ein externes Beurteilungsverfahren, das es Projekten und Initiativen ermöglicht, das eigene Angebot in Relation zu dem anderer Anbieter zu setzen.

QIP umfasst vier Schritte:

1. Interessierte füllen einen ausführlichen Dokumentationsbogen aus und senden ihn mit weiteren Unterlagen an das UKE. Der Bogen umfasst 28 Qualitätsdimensionen, die in 7 Haupt- und 11 Unterdimensionen unterteilt sind.
2. Geschulte, akademische Fachgutachter und -gutachterinnen beurteilen die Qualitätsdimensionen anhand einer vierstufigen Skala von 0=Problemzone bis 3=Vorbild.
3. Die Beurteilungen werden mit der QIP-Datenbank abgeglichen und es wird für das Projekt ein Profil erstellt, in das die durchschnittlichen Beurteilungen der anderen Projekte, die das Verfahren durchlaufen haben, als Referenz ausgewiesen wird.
4. Die Ergebnisse des Vergleichs werden mit konkreten Verbesserungsvorschlägen zurück gemeldet.

Das Ausfüllen des Dokumentationsbogens ist je nach Komplexitätsgrad des Angebotes aufwändig. QIP ermöglicht aber eine Standortbestimmung („Benchmarking“), die Ausgangspunkt für weitere (►) Qualitätsmanagement-Aktivitäten sein kann.



Weitere Informationen über QIP - Qualität in der Prävention im Internet unter www.uke.de/extern/qip (Abruf: 25.08.2010).



QIP – Qualität in der Prävention: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsförderung und Prävention (Töppich/Lehmann 2009).

8.2 Good Practice Kriterien

Kriterien guter Praxis sollen eine (Selbst-)Einschätzung von Projekten und Angeboten ermöglichen. Ausgangspunkt für die Entwicklung der Good Practice-Kriterien ist die Datenbank des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, in die sich etwa 2.000 Projekte eingetragen haben.

Nachdem die Datenbank eine gewisse Größe überschritten hatte, kam der Wunsch nach mehr Transparenz auf. Welche Projekte sind gut oder sogar leuchtende Vorbilder? Lässt sich die Spreu vom Weizen trennen? In einem Konsensusprozess wurden zwölf Kriterien entwickelt, die Projekte für eine Selbstbeschreibung nutzen können, unter anderem (►) Partizipation, Niedrigschwelligkeit und Innovation/Nachhaltigkeit.

Kriterien guter Praxis sollen eine (Selbst-)Einschätzung von Projekten und Angeboten ermöglichen.

Projekte, die sich in die Datenbank eintragen, können benennen, in welchen Bereichen sie besondere Stärken haben, „Leuchtturmprojekte“ können sich dann bewerben, als Good Practice-Projekt ausgezeichnet zu werden. Hierzu wurde ein mehrstufiges Begutachtungsverfahren etabliert (Kilian et al. 2009).

Good Practice-Projekte, die diesen Prozess erfolgreich durchlaufen haben, werden in der Datenbank hervorgehoben und können sich im Band „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der BZgA (BZgA 2010) präsentieren.

Der Kriterienkatalog eignet sich gut für eine Selbstreflexion und ermöglicht, die Stärken und Schwächen des eigenen Angebotes zu benennen, selbst wenn nicht angestrebt wird, das eigene Vorhaben als Good Practice-Projekt bewerten zu lassen.



Weitere Informationen über die Good Practice Kriterien erhalten Sie im Internet unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Abruf: 25.08.2010).



Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten (Kilian et al. 2009).

Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen (BZgA 2010).

8.3 Partizipative Qualitätsentwicklung

In der Ottawa-Charta, einem Leitdokument zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation WHO, werden (►) Partizipation und (►) Empowerment als zentrale Elemente der Gesundheitsförderung formuliert.

Diese Aspekte stehen im Zentrum der im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsprojektes des Wissenschaftszentrums für Sozialforschung Berlin (WZB) und Gesundheit Berlin e.V. erprobten Verfahren, die insbesondere auf die gleichberechtigte Einbindung der Zielgruppe in allen Phasen eines Projektes abheben.



Auf der Webseite zur Partizipativen Qualitätsentwicklung werden verschiedene Methoden und Möglichkeiten ausführlich und anschaulich beschrieben. Hier finden sich aber auch einige Praxisbeispiele, so dass das Vorgehen plastisch wird. Die Webseite ist besonders für diejenigen interessant, die nach Anregungen für die partnerschaftliche Einbindung der Zielgruppe suchen:

www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de (Abruf: 25.08.2010).



Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (Wright 2010). Dieses Buch führt in Konzepte und Methoden der Partizipativen Qualitätsentwicklung ein und klärt die Umsetzbarkeit der Methoden in die lebensweltorientierte Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Partizipative Qualitätsentwicklung (Wright et al. 2009). In diesem Beitrag können Sie zusätzlich nähere Informationen finden und sich einen guten Überblick über die Partizipative Qualitätsentwicklung verschaffen.

8.4 Das Qualitätssystem „quint-essenz“

Vor etwa 10 Jahren wurde das Qualitätssystem quint-essenz vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich für Praktiker und Praktikerinnen der Gesundheitsförderung entwickelt. Mittlerweile wird es von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz getragen und weiterentwickelt.

Quint-essenz ist das wohl umfassendste Qualitätssystem, das derzeit im deutschsprachigen Raum existiert. Es bezieht sich auf Gesundheitsförderung und Prävention und verbindet für diese Bereiche das Projektmanagement mit Qualitätskriterien.

Quint-essenz orientiert sich an sechs Hauptdimensionen – Gesundheitsförderung, Projektbegründung, Projektplanung, Projektorganisation, Projektsteuerung und Wirkungen – die jeweils mit drei bis fünf Kriterien hinterlegt sind. Die Kriterien werden den verschiedenen

Projektphasen zugeordnet und für jedes Kriterium erfolgt eine Selbstbewertung auf einer vierstufigen Skala (von -- bis ++), so dass eine Selbsteinschätzung möglich wird (Ackermann/Studer 2006).

Neben den erwähnten Checklisten bietet quint-essenz im Internet eine Fülle von praxisnahen Instrumenten, zum Beispiel Checklisten für unterschiedliche Qualitätsaspekte, Planungs- und Evaluationstabellen, die sich auch dann nutzen lassen, wenn der Einstieg in das gesamte System nicht geplant ist.

Wer tiefer in das (►) Qualitätsmanagement mit quint-essenz einsteigen will, kann das Online-Tool für das eigene Projektmanagement nutzen und gemeinsam mit anderen Projektbeteiligten verwalten. Die Registrierung hierfür ist einfach und die Nutzung ist kostenfrei.



Weitere Informationen zu quint-essenz erhalten Sie im Internet unter www.quint-essenz.ch/de (Abruf: 25.08.2010) und www.quint-essenz-info.de (Abruf: 10.08.2010).



quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (Ackermann et al. 2009). Hier können Sie sich einen guten Überblick über die Partizipative Qualitätsentwicklung verschaffen.

9. Wie kann ich tiefer in das Thema Qualitätsentwicklung und -sicherung einsteigen? – Kommentierte Literaturhinweise

Im Rahmen des vorliegenden Leitfadens haben wir Ihnen Informationen zum Thema Qualität in der Gesundheits- und Bewegungsförderung zur Verfügung gestellt. Auch wenn diese Informationen einen guten Einstieg ist Thema bieten, haben Sie gegebenenfalls Interesse, sich noch ausführlicher einzulesen. Deshalb haben wir Ihnen nachfolgend eine Auswahl an Literatur zusammengestellt:



Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention (Kolip/Müller 2009).

Mit diesem Sammelband beleuchten die Autorinnen und Autoren aus Deutschland, Kanada und der Schweiz die theoretischen und methodischen Grundlagen des (►) Qualitätsmanagements und der (►) Evaluation für die Felder der Prävention und Gesundheitsförderung. Sie stellen zahlreiche Ansätze vor. Der Band gibt einen Überblick über den Status Quo des Feldes und benennt offene Fragen. Er ist für Praktikerinnen und Praktiker geeignet, die einen wissenschaftlich fundierten Einstieg in das Thema suchen.

Besser mit Methode (Ackermann/Studer 2006).

Die "Macher" des Qualitätssystems quint-essenz führen in diesem Artikel anschaulich in Quint-essenz ein und erläutern die Qualitätskriterien und Indikatoren. Der Artikel, der in „Focus, Magazin der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz“ im März 2006 erschienen ist, ist auch im Internet zu finden: http://www.quint-essenz.ch/de/files/Focus26_QualK.pdf (Abruf: 25.08.2010).

Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. (BZgA 2010).

In dem Band werden zunächst die Kriterien guter Praxis, die im Rahmen des Kooperationsprojektes "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" erarbeitet wurden, anschaulich dargestellt und erläutert. Anschließend werden die ausgewählten Good Practice-Projekte vorgestellt. Der Band bietet einen guten Einstieg in das Thema Good Practice und eine Fülle von Anregungen für gelungene Gesundheitsförderungsprojekte. Er enthält auch die Liste der Kriterien und kann im Internet als pdf abgerufen oder kostenlos bestellt werden: www.bzga.de/informaterialien (Abruf: 25.08.2010).

Einführung in die Selbstevaluation: Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit (König 2007).

Dieser Leitfaden für die Selbstevaluation für die Soziale Arbeit lässt sich gut auf die Gesundheitsförderung übertragen und leistet einen wichtigen Beitrag zu Prozess- und (►) Ergebnisqualität. Anschaulich werden die verschiedenen Schritte der Selbstevaluation beschrieben, von der Zielformulierung über die Klärung der Ressourcen, die für die (►) Evaluation zur Verfügung stehen, die Festlegung der Forschungsfrage und der Bewertungskriterien bis hin zur Datenerhebung und Datenauswertung. Das Buch ist praxisnah und anschaulich geschrieben und bietet einen guten Einstieg in das Thema Selbstevaluation.

Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (Wright 2010).

Wie lassen sich die Zielgruppen an der Planung, Durchführung und Auswertung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen beteiligen? Dieser zentralen Fragestellung widmet sich dieses Buch.

Es führt in Konzepte und Methoden der Partizipativen Qualitätsentwicklung ein und klärt die Umsetzbarkeit der Methoden in die lebensweltorientierte Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

XV. Wie können Maßnahmen zur Bewegungsförderung evaluiert werden?

Akteure der Bewegungsförderung haben ein übergeordnetes Ziel: Sie möchten das körperliche Aktivitätsverhalten in der Bevölkerung als Beitrag zur Gesunderhaltung und als Teil eines gesunden Lebensstils verbessern.

Im Kontext der (►) Qualitätsentwicklung und -verbesserung sollten sie dabei möglichst auch kritisch reflektieren, ob eine Maßnahme auch die geplanten Ziele erreicht hat (► Ergebnisevaluation). Bisher sind systematische (►) Evaluationen in der Bewegungsförderung – als objektive Veränderungsmessung im Gegensatz zu der alltäglichen, subjektiven Beobachtung von Veränderungen – noch zu selten (Klever-Deichert et al. 2007).

Die (►) Ergebnisqualität wird im Rahmen von Evaluationsstudien erhoben, die mehr oder weniger aufwändig sein können. Wir empfehlen hier die Zusammenarbeit mit Universitäten und Fachhochschulen, die häufig über das entsprechende Know-how verfügen.

Eine (►) Evaluation lohnt sich in jedem Fall, denn:

- Durch die Ergebnisse, die in (►) Evaluationen aufgedeckt werden, können Maßnahmen der Bewegungsförderung stetig verbessert werden. Die Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten genau zu kennen (vgl. 36f; LIGA.NRW 2010), sich mit der (►) Qualität der internen Abläufe auseinanderzusetzen und auch Ergebnisse zu beobachten und zu messen, ist Kennzeichen professionellen Handelns.
- Sich mit anderen über Erfolg und Misserfolg einer Strategie auszutauschen, ist ein Beitrag zur (►) Qualitätsentwicklung in der Bewegungsförderung. Evaluationsergebnisse sind hierzu besonders wichtig. So können Kolleginnen und Kollegen sich an den erfolgreichen Strategien orientieren und diese adaptieren (►► S.41 ff).
- Regelmäßige körperliche Aktivität fördert die Gesundheit. Das bedeutet allerdings nicht, dass alle Maßnahmen der Bewegungsförderung automatisch auch der Gesundheit dienen. Es ist durchaus vorstellbar, dass bestimmte Ansätze wirkungslos bleiben oder im schlimmsten Fall sogar schädlich sind – zum

Beispiel weil sie zu Stigmatisierung führen. Deshalb sollten sie – wie etwa medizinische Maßnahmen auch – evaluiert werden, um erwünschte und unerwünschte Effekte zu erfassen (Razum et al. 2009).

- Für Maßnahmen der Bewegungsförderung müssen Ressourcen eingesetzt werden. Dieser Ressourceneinsatz sollte gerechtfertigt sein. Evaluationsstudien liefern Antworten auf die Frage, ob Ressourcen für bestimmte Maßnahmen effizient eingesetzt werden sollten, und sie verhindern, dass zeitliche oder finanzielle Ressourcen „vergeudet“ werden.

Es hat sich in der Bewegungs- und Gesundheitsförderung bewährt, sich bei der Planung, Durchführung und (►) Evaluation von Maßnahmen am Public-Health-Action-Zyklus zu orientieren (►► S.88). Als praktische Handlungsanweisung beschreibt der Public-Health-Action-Zyklus vier Schritte. Aufbauend auf (1) einer Problemanalyse, werden (2) Strategien entwickelt, die (3) umgesetzt und (4) anschließend bewertet beziehungsweise evaluiert werden.



Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument (Ruckstuhl et al. 1997).

Ausführliche Informationen zum Public-Health-Action-Zyklus als Arbeitsinstrument zur Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten: http://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf (Abruf: 25.08.2010).

Der Public-Health-Action-Zyklus ist als Regelkreis aufeinander aufbauender Arbeitsschritte zu verstehen (Kolip/Müller 2009). Die Bewertung oder (►) Evaluation als vierter Schritt des Public-Health-Action-Zyklus kann deshalb nicht losgelöst von der Problemanalyse, Strategieentwicklung und Umsetzung gedacht und umgesetzt werden. Eine (►) Evaluation ist die systematische Bewertung von Maßnahmen oder Programmen, um zu erfahren, ob diese wie erhofft wirken oder nicht (Riemann 2006). Ergebnisse vorangegangener Evaluationsstudien anderer Projekte können bereits in der Phase der Problemanalyse oder Strategieplanung wertvolle

Hinweise für die Entwicklung (neuer) Maßnahmen der Bewegungsförderung bieten. Die eigenen Evaluationsergebnisse wiederum geben wichtige Hinweise über den Erfolg der durchgeführten Maßnahme. Bleibt der Erfolg aus, so geben Sie wichtige Anhaltspunkte beispielsweise zur Überarbeitung der Strategie oder zu einem Strategiewechsel.

Eine Evaluation ist die systematische Bewertung von Maßnahmen oder Programmen, um zu erfahren, ob diese wie erhofft wirken oder nicht.

Für eine systematische und qualitätsgesicherte Bewegungsförderung sind deshalb Evaluationsergebnisse anderer und die (►) Evaluation der eigenen Maßnahme besonders wichtig.

1. Problemanalyse und Dokumentation der Ausgangssituation – Prozessschritt 1

Ausgangspunkt des Public-Health-Action-Zyklus ist die Problemanalyse. Diese dient dazu, ein möglichst umfassendes Verständnis darüber zu entwickeln,

- welche Personengruppen betroffen sind und
- welche Einflussfaktoren bei der weiteren Planung zu berücksichtigen sind (Kolip 2006).

Insbesondere die Relevanz des Problems, sprich dessen Verbreitung in der Bevölkerung, sollte in diesem ersten Schritt abgeschätzt werden (Razum et al. 2009). Wichtige Hinweise zur Relevanz des Problems können beispielsweise in den Gesundheitsberichten des Bundes und der Länder nachgelesen werden. Dort wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung analysiert und systematisch dargestellt.



Eine systematische Darstellung und Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen finden Sie im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit: www.liga.nrw.de (Gesundheit – Berichte und Daten; Abruf: 25.08.2010).



Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes informiert über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland. Unter www.gbe-bund.de (Abruf: 25.08.2010) können die entsprechenden Daten abgerufen werden und in gestaltbaren Tabellen für die eigenen Informationsbedürfnisse zugeschnitten werden (zum Beispiel für einzelne Bundesländer, Altersgruppen oder Geschlechter). Es werden auch Themen- und Schwerpunktheft aufgelegt. Für Akteure der Bewegungsförderung bei älteren Menschen können

vor allem Heft 10 „Gesundheit im Alter“ (2002) und Heft 26 aus dem Jahr 2005 „Körperliche Aktivität“ empfohlen werden. Alle Publikationen der Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie finden Sie auch auf der Homepage des Robert-Koch-Instituts unter der Adresse: www.rki.de (Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie; Abruf: 25.08.2010). Hier können Sie auch themenspezifisch nach entsprechenden Publikationen suchen. Für Akteure der Bewegungsförderung können hier insbesondere der Bundes-Gesundheitssurvey aus dem Jahr 2003 „Körperliche Aktivität“ und aus dem Jahr 2008 der Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes „Lebensführung und Sport“ sein.

Aber auch die Kreise und kreisfreien Städte bieten mittlerweile häufig auf Ihren Internetseiten lokale (teilweise auch sehr kleinräumige) Gesundheitsberichte oder Sozialberichte an, die wichtige Hinweise für Akteure der Bewegungsförderung bieten.

Für die spätere (►) Evaluation ist die Problemdefinition besonders relevant. Denn sie dokumentiert die Ausgangslage, die es durch eine Maßnahme zu verändern gilt. Nur wenn die Ausgangslage bekannt ist, kann auch ein Erfolg gemessen werden. Wurde die Ausgangslage nicht dokumentiert, so fehlen Daten, um Unterschiede bezüglich der Wirkungen aufzuzeigen. Leider kann im Rahmen der Problembeschreibung manchmal nicht auf bereits erhobene Daten zurückgegriffen werden. In diesem Fall müssen eigene Daten zur Ausgangslage erhoben werden. Denkbar ist beispielsweise im Rahmen einer Maßnahme zur Gewichtsreduktion, den Body-Mass-Index (BMI) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erfassen, oder das Bewegungsverhalten zu erfragen und mit Hilfe von Bewegungstagebüchern oder -protokollen festzuhalten.

Für die spätere Evaluation ist die Problemdefinition besonders relevant. Denn sie dokumentiert die Ausgangslage, die es durch eine Maßnahme zu verändern gilt.

Zur epidemiologischen Analyse gehört auch die Suche nach relevanten Teilgruppen (►► S. 53ff). Die Problemanalyse beinhaltet eine systematische Aufbereitung der wissenschaftlichen Literatur zu den Einflussfaktoren auf körperliches Aktivitätsverhalten von Menschen, um diejenigen Stellschrauben zu identifizieren, an denen zur Verbesserung des Bewegungsverhaltens gedreht werden kann (vgl. LIGA.NRW 2010).

2. Strategieentwicklung und Zielformulierung – Prozessschritt 2

Im zweiten Schritt des Public-Health-Action-Zyklus werden auf der Basis der Problemanalyse Ziele formuliert und eine Strategie entwickelt. In diesem Schritt erfolgt auch die Definition der Zielgruppe. Außerdem wird nach Möglichkeiten gesucht, die Zielgruppe unter Berücksichtigung zentraler Rahmenbedingungen und gegebener Ressourcen zu erreichen und zu fördern (Kolip/ Müller 2009).

Es kann hilfreich sein, bei der Suche nach einer erfolgversprechenden Strategie Evaluationsstudien vergangener Maßnahmen und Initiativen heranzuziehen. Sie zeigen, welche Maßnahmen an anderer Stelle bereits Wirkung gezeigt haben und welche nicht. Im Kontext der sehr berechtigten Forderung nach (►) Evidenzbasierung in der Bewegungs- und Gesundheitsförderung, sollte die Recherche nach entsprechenden Informationen selbstverständlicher Bestandteil (nicht nur) bei der Strategieentwicklung werden.

Im Rahmen der Zielformulierung und Strategieentwicklung ist außerdem zu berücksichtigen, welche Rahmenbedingungen vorliegen und welche personellen und finanziellen Ressourcen für die Maßnahme zur Verfügung stehen (Kolip 2006). Eine solche Analyse wird auch als (►) Strukturevaluation bezeichnet.

Ziele sollten klar sein und konkret formuliert werden

Nicht nur für die Planung einer Maßnahme, sondern auch zu ihrer späteren Bewertung sind klar und konkret ausformulierte Ziele besonders wichtig. Dabei ist zu beachten, die Ziele so zu formulieren, dass sie den späteren Ergebnissen auch gegenübergestellt werden können (Kolip 2006; Riemann 2006). Ziele sollten explizit überprüfbar sein. Um schon während der Strategieplanung testen zu können, ob ein Ziel so formuliert ist, dass es durch eine (►) Evaluation überprüfbar ist, bietet sich eine Orientierung an den so genannten SMARTen Kriterien der Zielformulierung an (►► vgl. Abbildung unten). Diese fordern, dass Ziele spezifisch, messbar, anspruchsvoll, zugleich realistisch und terminierbar sein.

Im Rahmen der Zielformulierung und Strategieentwicklung ist auch zu berücksichtigen, welche Rahmenbedingungen vorliegen und welche personellen und finanziellen Ressourcen für die Maßnahme zur Verfügung stehen.

Jeder, der schon einmal Ziele entsprechend entwickelt hat, weiß, dass dies gar nicht so einfach ist. Worin zeigt sich beispielsweise körperliches Aktivitätsverhalten? Und wie kann es gemessen werden? Durch die tägliche Anzahl von Schritten? Durch zurückgelegte Kilometer pro Tag? Durch verbrannte Kilokalorien? Wer soll was in welcher Zeit erreichen? Und wie kann die entsprechende Entwicklung zuverlässig gemessen werden?

Ziele spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch und terminiert zu formulieren ist also eine Aufgabe, für die sich Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung

SMART-Kriterien

SMART-Kriterien der Zielformulierung (Quelle: www.quint-essenz.ch)



Spezifisch:

Es ist klar, was durch das Projekt oder die Maßnahme genau bewirkt werden soll.



Messbar:

Es wird festgelegt, wie die Erreichung des Zieles überprüft werden soll.



Anspruchsvoll:

Das Erreichen des Zieles ist eine Herausforderung, das Ziel ist nicht zu niedrig gesteckt ...



Realistisch:

... aber das Ziel ist auch nicht zu anspruchsvoll, dass das Erreichen illusorisch bleibt



Terminiert:

Es wird festgelegt, in welchem Zeitraum das Ziel erreicht werden soll.

ausreichend Zeit nehmen sollten. Zu empfehlen ist auch, die Zielformulierung im Team durchzuführen. In jedem Fall sollten Ziele vor der Umsetzungsphase ausformuliert sein!

Um Wirkungen belegen zu können, müssen die Ziele messbar sein. Messbare Ziele bezeichnet man auch als Zielgrößen. Zielgrößen können Sie beispielsweise,

- selber erheben – indem Sie einen Schrittzähler an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines Bewegungsförderungsprogramms verteilen oder einen einfachen Konditionstest durchführen. Oder Sie können die entsprechenden Zielgrößen durch Dritte erheben lassen – indem Sie beispielsweise eine Expertin oder einen Experten beauftragen, einen ausgewählten Test vorzunehmen
- Sie können Zielgrößen aber auch mithilfe eines Fragebogens ermitteln
- Daneben besteht die Möglichkeit, Zielgrößen auf Basis von routinemäßig erhobenen Daten zu erheben.



Häufig werden Ziele zu global formuliert. Dann erfüllen sie das Kriterium „spezifisch“ der SMARTen Kriterien der Zielformulierung nicht und sind schwer (oder überhaupt nicht) zu messen. Es wird deshalb empfohlen, übergeordnete Ziele noch einmal in Teilziele zu untergliedern und sie dadurch zu spezifizieren (Razum et al. 2009).

Um Wirkungen belegen zu können, müssen Ziele formuliert werden, die messbar sind: so genannte Zielgrößen.

Entsprechende Teilziele sollten aber nicht nur spezifisch, messbar, anspruchsvoll, zugleich realistisch und terminierbar sein. Vielmehr sollten sich Akteure der Bewegungsförderung im Kontext der Zielformulierung auch Gedanken darüber machen, wie groß eine erzielte Veränderung eigentlich sein muss, damit entsprechende Ziele als erreicht gelten. Anders ausgedrückt: Akteure müssen sich Gedanken darüber machen, ab wann eine Maßnahme als erfolgreich bezeichnet wird und bis wann nicht.



Gilt eine Maßnahme zur Bewegungsförderung beispielsweise erfolgreich, wenn:

- 80 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Interventionszeitraum pro Woche mindestens 150 Minuten mit moderater Intensität körperlich aktiv sind (►► vgl. Empfehlungen S. 17 ff)?
- Sich die Anzahl der täglichen Schritte bei 90 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach der Intervention erhöht hat?

70 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Zeitraum bis 1 Jahr nach Ende der Maßnahme durchschnittlich mindestens 7500 Schritte pro Tag erreichen?

Oder gilt die Maßnahme nur dann als erfolgreich wenn alle drei Punkte zutreffen?



Eine gute Orientierung bietet das „Goal Attainment Scaling“ (Zielerreichungsskalen). Bei diesem Verfahren werden zunächst projektbezogene oder individuelle Ziele definiert. Anschließend werden Indikatoren festgelegt, anhand derer zu einem späteren Zeitpunkt die Zielerreichung erfasst werden soll. Auf Basis der Indikatoren wird eine fünfstufige Skala formuliert, in deren Zentrum das erwartete Ergebnis zu einem bestimmten Zeitpunkt steht. Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt dann zu dem in der Skala festgelegten Zeitpunkt. Eine Besonderheit des Goal Attainment Scaling ist, dass die Anwendung partizipativ erfolgt. Neben den Akteurinnen und Akteuren sollen daher auch Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe an der Festlegung der Ziele, der Bildung der Zielerreichungsskala sowie an der späteren Bewertung der Zielerreichung beteiligt werden.



Auf der Internetseite „Evaluation für die Praxis“, die Instrumente für bewegungs- und ernährungsbezogene Interventionen vorhält, können Sie den Leitfaden „Goal Attainment Scaling – Zielerreichungsskalen“ kostenfrei herunterladen (Methodenkoffer/übergreifende Instrumente). Die Internetadresse ist: <http://www.evaluations-tools.de> (Abruf: 25.08.2010).

3. Umsetzung – Prozessschritt 3

Im dritten Schritt des Public-Health-Action-Zyklus wird die zuvor formulierte Strategie durch konkrete Maßnahmen umgesetzt. Wichtig ist dabei auch, den Umfang und den zeitlichen Ablauf der Maßnahme festzulegen. Um Maßnahmen zielgerichtet und systematisch umzusetzen, sollten im Rahmen des (►) Qualitätsmanagements immer wieder die internen Abläufe und Prozesse kritisch hinterfragt und (nach)gesteuert werden.

4. Evaluation – Prozessschritt 4

Der Erfolg beziehungsweise die Wirksamkeit von Maßnahmen bemisst sich daran, inwieweit die definierten Ziele erreicht werden konnten. Bei der Bewertung spielen zwei zentrale Fragen eine Rolle: Wurden mit der Maßnahme die angestrebten Ziele erreicht (Frage nach der Effektivität)? Und stehen die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen (Frage nach der Effizienz)?

Im Rahmen der (►) Evaluation werden also die erzielten (gemessenen) Ergebnisse mit den ursprünglich formulierten Zielen abgeglichen. Nun zeigt sich, ob die Maßnahme wirksam war oder nicht. Bei fehlendem Erfolg beginnt ein erneuter Durchlauf durch den Public-Health-Action-Zyklus (Razum et al. 2009; Kolip 2006).

4.1 Evaluation von Ergebnissen, Prozessen und Strukturen

Die Ergebnisevaluation prüft, inwieweit die erwarteten Ergebnisse (Ziele) erreicht werden konnten, indem diese den erreichten Ergebnissen gegenübergestellt werden (Razum et al. 2009). Die Ergebnisevaluation wird auch als summative Evaluation bezeichnet.

Die formative Evaluation hingegen ist ein Synonym für die Prozessevaluation, also die Beurteilung der Umsetzung einer Maßnahme. Hier werden beispielsweise Dokumentationsbögen für einzelne Einheiten einer Maßnahme (zum Beispiel Unterrichtsstunde) eingesetzt, aber es können auch im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung Interviews mit Kursleiterinnen und Kursleitern und Teilnehmerinnen und Teilnehmern geführt werden. Gefragt werden kann beispielsweise nach der regelmäßigen und aktiven Teilnahme an einer Gruppe. Auch die Frage, ob die verantwortlichen Übungsleiterinnen und Übungsleiter das vereinbarte Konzept anwenden und angemessen auf die (körperlichen) Voraussetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingehen, ist Teil der Prozessevaluation (Razum et al. 2009). Wird hier Optimierungspotenzial erkannt, kann schon während der laufenden Maßnahme reagiert und „nachjustiert“ werden. Demnach begleitet die formative Evaluation die Umsetzung einer Maßnahme.

Die Strukturevaluation dient der Bewertung der Rahmenbedingungen und der zur Verfügung stehenden personellen sowie finanziellen Ressourcen. Hier wird beispielsweise nach der Ausstattung von Turnhallen oder nach der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefragt (Razum et al. 2009). Des Weiteren sollte auch kalkuliert werden, ob genügend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um beispielsweise Übungsleiter und Mieten oder bauliche Veränderungen zu tragen. Im Rahmen der Strukturevaluation sollte aber beispielsweise auch gefragt werden, ob vereinbarte Treffpunkte von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern leicht erreicht werden können (Verkehrsanbindung). Für die Bewegungsförderung besonders relevant ist darüber hinaus auch die Überlegung, ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus bewegungsfreundlichen Wohnumgebungen mit guten Möglichkeiten wie zum Beispiel Parks, Wäldern, Fuß-, Wander- und Radwegen kommen, oder ob Bewegung beispielsweise in den Arbeitsalltag integriert werden kann. All diese Überlegungen auf Strukturebene bestimmen darüber, welche Maßnahmen umgesetzt

werden sollten und welche Methoden zum Einsatz kommen.



In den vergangenen Jahren wurden Webseiten entwickelt, die Praktiker und Praktikerinnen in die Prinzipien der (►) Evaluation einführen und praxistaugliche Instrumente bereithalten. Ein Beispiel ist die Seite „Evaluation für die Praxis“, die Instrumente für bewegungs- und ernährungsbezogene Interventionen vorhält. Die Internetadresse ist: <http://www.evaluationstools.de> (Abruf: 25.08.2010).

Bei der Bewertung spielen zwei zentrale Fragen eine Rolle: Wurden mit der Maßnahme die angestrebten Ziele erreicht (Effektivität)? Und stehen die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen (Effizienz)?



Physical Activity Evaluation Handbook (CDC 2002). Die englischsprachige Broschüre bietet einen guten Überblick zum Thema Evaluation in der Bewegungsförderung. Das Handbuch finden Sie auf den Seiten des Centers for Disease Control and Prevention unter: www.cdc.gov/nc-cdphp/dnpa (Abruf: 25.08.2010).

4.2 Wer evaluiert? – Interne und externe Evaluation

Im Rahmen der Evaluationsforschung wird zudem die interne von der externen Evaluation unterschieden:

- Der Begriff interne Evaluation wird verwendet, wenn die (►) Evaluation von der Institution durchgeführt wird, die auch die Maßnahme umsetzt. Er ist gleichbedeutend mit dem Begriff „Selbstevaluation“.
- Externe Evaluation ist immer damit verbunden, dass eine Person oder ein Team die (►) Evaluation durchführt, die nicht mit der Institution verbunden ist, die die Maßnahme durchführt. Vielmehr wird fachliche und methodische Expertise „von außen“ eingeholt.

Die (►) Selbstevaluation hat sicherlich den Vorteil, dass die jeweils Verantwortlichen „ihre“ Maßnahme und die Strukturen sehr gut kennen. Schließlich haben sie die Maßnahme selber entwickelt und sich intensiv damit beschäftigt. Diese Kenntnisse können sie dann zur Beurteilung des Erfolgs einbringen. Allerdings lauert hier auch die Gefahr, zu emotional, zu positiv oder negativ, oder zu subjektiv zu evaluieren. Es fehlt bisweilen die nötige kritische Distanz. In der Folge können Ergebnisse und Rückmeldungen beispielsweise selektiv wahrgenommen werden, oder die Evaluatoreninnen und Evaluatoren sind sogar voreingenommen (Riemann 2006).

Umgangen werden kann dies, wenn (►) Evaluationen extern in Auftrag gegeben werden. In diesem Fall werden „neutrale“ Evaluatoreninnen und Evaluatoren zur Durchführung einer Evaluationsstudie beauftragt. Auch die (►) Fremdevaluation hat jedoch Nachteile. Sie kann relativ kostenintensiv sein. Außerdem sollte darauf geachtet werden, dass externe Evaluationsberichte praxistauglich und verständlich geschrieben oder zusätzlich eine Beratung zur weiteren Ausgestaltung der Maßnahmen vereinbart werden.

Bei der Durchführung von Evaluationsstudien sollten Standards beachtet werden. Auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für (►) Evaluation können diese abgerufen werden. Dort sind auch Empfehlungen für Selbstevaluationen und die Vergabe von (►) Evaluationen an Dritte verfügbar: www.degeval.de (Abruf: 25.08.2010).



Für die Beantwortung dieser Frage wurden mit freundlicher Genehmigung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. einige Textpassagen aus dem Newsletter zur Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., (2009) 63, 1 genutzt.

XVI. Wie können Maßnahmen zur Bewegungsförderung finanziert werden?*

Die Steigerung der körperlichen Aktivität von Menschen über 60 ist gleichzeitig auch immer eine Investition in Gesundheit, Gesundheitsförderung oder Krankheitsprävention. Hierfür finden sich nicht nur im Gesundheitswesen selbst, sondern auf allen gesellschaftlichen Ebenen Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung.

Ein tragfähiges Finanzierungsmodell bildet die Grundlage für eine nachhaltige Verankerung von Maßnahmen der Bewegungs- und Gesundheitsförderung. Bereits zu Beginn der Projektplanungen sollten sich Projektverantwortliche deshalb über Finanzierungsmöglichkeiten und Finanzierungsquellen Gedanken machen. Dabei gilt es nicht nur für die Projektlaufzeit zu denken, sondern auch über das Projektende hinaus zu planen. Gibt es Projektpartner, mit denen eine längerfristige Finanzierung sicherzustellen ist? Können entsprechende Projekte institutionell verankert und in die Regelfinanzierung überführt werden? Wie hoch ist der Finanzbedarf in der Anfangsphase, wie hoch in der Phase der Verstetigung?

Ein tragfähiges Finanzierungsmodell bildet die Grundlage für eine nachhaltige Verankerung von Maßnahmen der Bewegungs- und Gesundheitsförderung.

Leider ist die Suche nach potenziellen Geldgebern nicht immer ganz einfach und häufig sind Zuwendungen auch an konkrete Ziele oder Vorgaben gebunden. Bisher existieren noch nicht flächendeckend nachhaltige und transparente Strukturen und Finanzierungsstrategien für diesen Bereich. Finanzierungswege und Finanzierungsquellen der Gesundheitsförderung sind deshalb nur schwer zu gewichten und umfassend zu beschreiben. Hier soll der vorliegende Leitfaden eine erste Übersicht bieten. Denn für Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung lohnt es sich durchaus, den Finanzierungsdschungel der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu durchdringen.

Der größte Finanzierungsanteil der gesundheitsfördernden Maßnahmen und Präventionsprogramme wird immer noch aus öffentlichen Mitteln bestritten, auch wenn genaue Übersichten, die alle staatlichen Ebenen und verschiedene Primärpräventionsfelder berücksichti-

gen, fehlen. Mischfinanzierungen zwischen öffentlichen Geldern, Mitteln der Sozialversicherungsträger und privaten Trägern nehmen dennoch zu, was beispielsweise in der Auslobung des deutschen Präventionspreises deutlich wird.



Stöbern Sie in den Projektbeschreibungen bisheriger Preisträgerinnen und Preisträger des deutschen Präventionspreises. Dort finden Sie auch zahlreiche Anregungen zu Finanzierungsmöglichkeiten: www.deutscher-praeventionspreis.de (Abruf: 25.08.2010).

1. Bei der Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten kommt es auf Qualität an!

Wie bereits dargestellt kann (►) Qualität als Prozess verstanden werden, dessen Grundstein Sie bereits während der Konzeption Ihres Projekts legen (►► S. 83 ff). Schon hier entscheiden Sie zum Beispiel, welche Ziele Sie verfolgen, welche Strategien Sie für die Zielerreichung einsetzen möchten, welches Personal Sie einbeziehen und welche Partnerinnen und Partner Sie mit ins Boot holen wollen.

Diese und viele andere erste Überlegungen sind entscheidend für die weitere Entwicklung des Projekts – auch im Hinblick auf mögliche Geldgeberinnen und Geldgeber. Denn sie legen meist – und nachvollziehbar – großen Wert darauf, dass diese ersten Schritte mit Sorgfalt angegangen werden. Schließlich sollen die vorhandenen Mittel auch sinnvoll eingesetzt und Projekte unterstützt werden, die das Potenzial aufweisen, einen effektiven Beitrag zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu leisten.

Doch was genau erwarten Geldgeberinnen und Geldgeber eigentlich? Welche Kriterien werden zugrunde gelegt, wenn darüber entschieden wird, ob es sich bei dem beantragten Projekt um ein „förderungswürdiges“ Projekt handelt?

Je nach Förderer gibt es verschiedene Qualitätsanforderungen und Vorstellungen darüber, wie ein Antrag gestellt werden sollte. Deshalb sollten sich Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung mit den entsprechenden Kriterien vertraut machen, um dadurch ihre Chancen auf Förderung zu erhöhen. Zudem sollten sie ausreichend Zeit in eine eindeutige und genaue Projektplanung investieren.



Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hat das internetbasierte Qualitätsmanagementsystem „quint-essenz“ entwickelt. Dort finden Sie eine Reihe nützlicher Vorlagen, Planungsinstrumente und Checklisten, welche Ihnen helfen, die beschriebenen Qualitätsaspekte für die eigene Projektarbeit fruchtbar zu machen.

Im Kontext der Projektplanung beispielsweise können Ihnen die Vorlagen für Projektskizze und Konzept helfen, bei den Planungsarbeiten und der Vorbereitung der Antragstellung keine wichtigen Aspekte zu vergessen.

„www.quint-essenz.ch“ (Qualitätssystem/Instrumente) (Abruf: 25.08.2010).

2. Möglichkeiten der Finanzierung

2.1 Gesetzliche Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen (►► S. 128 f) sind ein wichtiger Partner in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, da sie Maßnahmen nach § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V finanzieren. Aus diesem Grund ist es wichtig, sich mit den Qualitätskriterien der Krankenkassen auseinander zu setzen. Im Folgenden erfahren Sie, welche Kriterien die gesetzlichen Krankenkassen beziehungsweise der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Förderung von Projekten im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung zugrunde legen.

Je nach Förderer gibt es verschiedene Qualitätsanforderungen und Vorstellungen darüber, wie ein Antrag gestellt werden sollte.

Der § 20 SGB V sieht vor, dass die Kassen Leistungen zur Primärprävention erbringen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere zu einer Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen (§ 20 SGB V, Abs. 1).

In Bezug auf die (►) Qualitätsentwicklung gibt dieser Absatz vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vorrangige Handlungsfelder und Kriterien für entsprechende Leistungen erarbeitet. Die konkreten Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung, die für die Leistungser-

bringung vor Ort verbindlich gelten, sind im Leitfaden Prävention detailliert ausgeführt.



GKV-Leitfaden Prävention. Hier finden sie weiterführende Informationen – insbesondere zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Der Leitfaden ist als PDF-Datei erhältlich: www.gkv-spitzenverband.de (Abruf: 25.08.2010).

Grundsätzlich legen die Kassen ein umfassendes Qualitätsverständnis zugrunde, welches sowohl die Planungs-, Struktur-, Prozess- als auch Ergebnisqualität umfasst. Dabei unterscheiden sie zwischen dem (►) Settingansatz und dem individuellen Ansatz und sehen hierfür jeweils unterschiedliche Förderkriterien vor.

Für den (►) Settingansatz sind einerseits allgemeine Förderkriterien für Maßnahmen im Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und andererseits spezielle Kriterien für die (►) Settings Kindertagesstätte, Schule und Kommune/Stadtteil formuliert.

In Bezug auf die allgemeinen Kriterien verweist der Leitfaden unter anderem auf die Kriterien guter Praxis und benennt die folgenden Qualitätsanforderungen (GKV-Spitzenverband 2010):

- Der Bedarf für die Aktivitäten ist begründet
- Mit dem Angebot werden vor allem sozial benachteiligte Zielgruppen erreicht
- Eine gesundheitsfördernde Lebensraumgestaltung für diese Zielgruppe ist initiiert
- Die Hauptakteurinnen und -akteure des (►) Settings sind in die Planung und Umsetzung eingebunden
- Die Aktivitäten zielen über die Krankheitsvermeidung hinaus auf die Stärkung von gesundheitsfördernden und -schützenden Rahmenbedingungen
- Der Projektverlauf und die Ergebnisse werden regelmäßig im Projektteam reflektiert (► Qualitätssicherung)
- Die Zielgruppe ist in die Planung und Durchführung der Maßnahmen aktiv eingebunden und wird zu gesundheitsförderlichen Verhalten befähigt (► Empowerment)
- Die Aktivitäten sind nachhaltig gestaltet
- Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen – auch über den Gesundheitsbereich hinaus – wird mit den geplanten Aktivitäten gefördert
- Die für das (►) Setting zuständige Trägerinstitution bringt einen angemessenen Anteil an Eigen-/Drittmitteln in die projektbezogenen Aktivitäten ein.

Darüber hinaus beinhaltet der GKV-Leitfaden spezifische Kriterien für die drei oben genannten (►) Settings. So werden zum Beispiel an das (►) Setting Kindertagesstätte grundsätzliche Anforderungen wie das Dokumentieren und Evaluieren des Angebots gestellt,

es werden Ziele definiert, die sich beispielsweise auf gesunde Ernährung und Bewegung beziehen und Aspekte zur Umsetzung benannt, die unter anderem Handlungsempfehlungen für Kooperationsmöglichkeiten umfassen.

In Bezug auf den individuellen Ansatz müssen sich die Angebote auf die prioritären Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und/oder Suchtmittelkonsum beziehen. Die Handlungsfelder sind, wie in Tabelle 3 ersichtlich, in unterschiedliche Präventionsprinzipien untergliedert. Für diese sind – neben Handlungsfelder übergreifenden Kriterien – ferner spezifische Qualitätsanforderungen benannt, die sich auf Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel der Maßnahme, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation beziehen. Zudem sind auch Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit beschrieben.

Der „Leitfaden Prävention“ umfasst somit umfassend ausformulierte Qualitätsanforderungen, die Sie bei der Beantragung Ihres Angebots berücksichtigen sollten. Die zur Förderung beantragte Maßnahme sollte den Kassen dabei in strukturierter Form vorgelegt werden. Auf der Basis der Kriterien des GKV-Leitfadens entscheiden die Kassen dann über die Förderung der Maßnahme (Stupardt/Wanek 2009).

Zusätzlich zu den Kriterien haben die Krankenkassen verschiedene Materialien entwickelt. So wurden beispielsweise sowohl für den (►) Setting- als auch für den Individualansatz Vorlagen zur Antragsstellung erarbeitet, die Sie unterstützend nutzen können (GKV-Spitzenver-

band 2010). Auch für die (►) Evaluation (►► S. 95 ff) wurden verschiedene Instrumente entwickelt.

Im Zuge einer erfolgreichen Antragstellung ist es insofern sinnvoll, sich mit den Kriterien der Kassen auseinanderzusetzen und sich nach entsprechenden Antragsvorlagen zu erkundigen.

2.2 Stiftungen

Für bestimmte Maßnahmen der Bewegungsförderung – meist entlang verschiedener Zielgruppen – kommen auch Stiftungen als potenzielle Mittelgeber in Frage. Deutschland hat eine große Anzahl regional und überregional tätiger Stiftungen, die jeweils eigene Schwerpunkte der Förderung aufweisen, also einen je spezifischen Stiftungszweck haben. Gleiches gilt für die Bedingungen der Antragsstellung und die Förderung an sich. Deshalb sind allgemein gültige Aussagen bezüglich der Förderung über Stiftungen nur schwer möglich.

2009 gab es in Deutschland ungefähr 2.000 Stiftungen, die im Gesundheitssektor aktiv waren (Kowark 2009). „Die Zahlen wirken für jene, die auf der Suche nach Fördermitteln sind, zunächst enorm, doch nur wenige Stiftungen kommen tatsächlich als Finanzierungsquelle in Frage. Denn nicht jede Stiftung vergibt Fördergelder, sondern verwirklicht ihre Zwecke selbst oder unterhält gar eigene Einrichtungen. Auch bieten fördernde Stiftungen nicht immer unbedingt die Möglichkeit, Anträge zu stellen; viele suchen sich ihre Partner häufig selbst. Außerdem sollten Fördersuchende berücksichtigen, dass mehr als 80 Prozent aller Stiftungen lokal oder

Tabelle 3: Handlungsfelder und Präventionsprinzipien für die Primärprävention in Anlehnung an GKV-Spitzenverband (2010)

Handlungsfeld	Präventionsprinzip
Bewegungsgewohnheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität • Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung • Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
Stressmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Stressbewältigungskompetenzen • Förderung der Entspannung
Suchtmittelkonsum	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des Nichtrauchens • Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol/ Reduzierung des Alkoholkonsums

regional tätig sind. Von den vielen tausend Stiftungen, die es in Deutschland gibt, werden folglich für eine lohnende Antragstellung letztlich eine Handvoll übrig bleiben.“ (Kowark 2009, S. 9)

Für Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung lohnt ein Blick auf die Stiftungslandschaft aber dennoch. Dabei sollte vor allem der Stiftungszweck mit den eigenen Zielen abgeglichen werden. Zudem werden in der Regel eine dezidierte Projektbeschreibung und Angaben zur (►) Qualitätssicherung erwartet. Eine zentrale Voraussetzung für die Förderung durch eine Stiftung ist die gute Vorbereitung und Konzeption der geplanten Maßnahme (Kowark 2009). Keine der Stiftungen fördert allerdings Projekte zu 100 Prozent.

Wenn das Projektkonzept steht, beginnt die Suche nach einer passenden Stiftung. Wenig sinnvoll erscheinen breit gestreute, allgemeine Anfragen, denn jede Stiftung will erkennen, dass die Anfrage bewusst an sie gerichtet ist (Kowark 2009).



Der Bundesverband Deutscher Stiftungen vertritt nach eigenen Angaben die Interessen der mehr als 17.300 Stiftungen in Deutschland (Stand: August 2010). Auf seiner Homepage können Interessierte unter anderem in einer Internetdatenbank unter mehr als 6.500 Einträgen zu Stiftungen, die eine Internetadresse haben, stichwortgeleitet suchen: www.stiftungen.org (Stiftungssuche) (Abruf: 25.08.2010).



Verzeichnis Deutscher Stiftungen – wird vom Bundesverband Deutscher Stiftungen herausgegeben. Nach Angaben des Verbandes ist dies das umfangreichste Nachschlagewerk zum deutschen Stiftungswesen. Zu beziehen unter: www.stiftungen.org (Abruf: 25.08.2010).

Neben dem Einholen entsprechender Informationen über Stiftungen kann es bei ausgewählten möglichen Förderern durchaus sinnvoll sein, persönlich Kontakt mit den entsprechenden Stiftungen aufzunehmen. Denn oft sagt der veröffentlichte Stiftungszweck noch nichts über die aktuellen Förderschwerpunkte oder die Fördertradition der Stiftung aus (Kowark 2009).

Im letzten Schritt muss ein Antrag auf Förderung formuliert werden. Bei einigen Stiftungen werden gerne Voranfragen oder Projektskizzen verhandelt, andere befassen sich nur mit vollständigen Anträgen. Viele Stiftungen bieten mehrmals im Jahr Stichtermine an, zu denen Anträge spätestens vorliegen müssen, damit zuständige Gremien im Rahmen von Sitzungen über den Antrag entscheiden können. Auch hier gilt: Informieren Sie sich umfassend über Antragsfristen (Kowark 2009).

So kann ein Antrag auf Förderung gelingen: Auch wenn die Details von Stiftung zu Stiftung variieren, kann davon ausgegangen werden, dass ein gelungener Antrag folgende Anforderungen erfüllt (Kowark 2009, S. 10):

- der Titel ist prägnant, kurz und ansprechend
- in der detaillierten Projektbeschreibung erschließt sich der Inhalt über einen logischen Aufbau
- die Idee ist verständlich erläutert und der Leser ermüdet nicht beim Studieren des Antrages
- die Ziele, die Vorgehensweise, die Zielgruppe sind genau beschreiben und aufeinander abgestimmt
- Ein Eigenanteil ist ausgewiesen oder es werden weitere Finanzierungspartnerinnen und -partner benannt.

Manchmal dauert es durchaus mehrere Monate, bis über einen Antrag entschieden wird. In dieser Zeit kann es für beide Seiten hilfreich sein, ein persönliches Gespräch zu führen. Bieten Sie dies in jedem Fall an und signalisieren Sie damit auch Ihr Interesse und Ihre Offenheit an der Arbeit der Stiftung. Eine solche Gelegenheit hilft auch beim Aufbau einer Kooperationsbasis mit der Stiftung und legt – eine positiven Zuwendungsbescheid vorausgesetzt – den Grundstein für eine zukünftige gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit (Kowark 2009, S. 10).

2.3 Fundraising – Spenden und Sponsoring

Der Begriff Fundraising umfasst in einer breiten Definition sowohl Spenden als auch Sponsoring. Die Existenz einer marktadäquaten Gegenleistung bildet die Basis, um eine Spende von Sponsoring zu unterscheiden. Eine entsprechende Abgrenzung ist dabei auch vor dem Hintergrund steuerrechtlicher Auswirkungen in der Praxis von Bedeutung. Unter einer Spende wird die freiwillige Übertragung von Ressourcen verstanden, die ohne marktadäquate Gegenleistung erfolgt. Entsprechende Einnahmen sind steuerfrei (Hohn 2009, S. 7).

Beim Sponsoring handelt es sich hingegen um ein Geschäft auf Gegenseitigkeit, das auf dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung fußt. Die Ziele der Unternehmenskommunikation für den Sponsoring-Geber können beispielsweise darin liegen, das Image des Unternehmens zu verbessern. Die Einnahmen aus dem Sponsorship können für Nonprofit-Organisationen je nach Ausgestaltung steuerpflichtig sein (Hohn 2009, S. 7).

Grundsätzlich steigt die Chance (neue) Spenderinnen und Spender zu gewinnen, je stärker ihre Beziehung zum Spendenzweck oder zur Organisation ist. Insbesondere für regionale Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung liegt hierin eine besondere Chance (Hohn 2009, S. 8). Die Spenden- und Sponsoringpraxis ist oft sehr stark lokal geprägt. Es lohnt sich für Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung deshalb, sich vor Ort genau über potenzielle Förderer zu informieren.

Allerdings bedarf es entsprechender Ressourcen. So müssen Kontakte zu potenziellen Spenderinnen und Spendern oder Sponsoren erst hergestellt werden. Das kostet Zeit und es bedarf mitunter mehrerer Gespräche, um mit den richtigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern in Kontakt zu kommen. Außerdem müssen potenzielle Spenderinnen und Spender sowie potenzielle Sponsoren überzeugt werden. Auch das kostet Zeit, denn das geplante Vorhaben muss ansprechend präsentiert werden und die möglichen Unterstützerinnen und Unterstützer müssen sich mit dem Projekt identifizieren.

Potenzielle Förderer für Fundraising können Unternehmen sein und/oder andere Akteurinnen und Akteure, die einen besonderen Bezug zu Inhalten, Zielgruppe und/oder Region der Maßnahme haben. In jedem Fall ist auch bei der finanziellen Unterstützung über Spenden und Sponsoring eine genaue Planung der Maßnahme notwendig, und es müssen Ziele klar herausgearbeitet sein.

Finanzielle Unterstützung über Spendengelder oder Sponsoring birgt aber auch Risiken in sich: So könnten beispielsweise Interessenkonflikte oder Abhängigkeiten entstehen. Auch die Gefahr der Kommerzialisierung ist gegeben. Es lohnt sich deshalb, sich im Vorfeld geplanter Fundraisinganstrengungen genau zu überlegen, welche Voraussetzungen potenzielle Spenderinnen und Spender sowie Sponsoren erfüllen sollten. Gegebenenfalls ist auch über eine Fundraisingberatung nachzudenken, wie sie beispielsweise über Hochschulen mit Studienangeboten für Nonprofit-Marketing oder Wohlfahrtsverbände kostengünstig angeboten werden.

2.4 Förderprogramme der Europäischen Union

Es gibt eine Vielzahl von Fördermöglichkeiten auf europäischer Ebene. Neben den Mitteln aus den Strukturfonds stellt die Europäische Union beispielsweise jährlich Mittel über Förderprogramme bereit. Damit werden innovative Maßnahmen und Projekte EU-weit anteilig finanziert.

In der Regel erfolgt eine Finanzierung entsprechender Vorhaben nämlich nur, wenn sich andere öffentliche Einrichtungen oder private Fördermittelgeber an der Gesamtfinanzierung beteiligen. Die Beteiligungssätze variieren meist zwischen 20-70 Prozent. Fördergelder aus Bundes- oder Landesprogrammen bilden die wichtigste Kofinanzierungsart. Bei den privaten Mitteln sollten auch Stiftungsprogramme (►► S. 103 ff) geprüft werden (www.berlin.de/rbmskzl/europa; Abruf: 25.08.2010).

Grundsätzlich werden die Aktionsprogramme durch die Europäische Kommission verwaltet. Entsprechende Mittel müssen deshalb auch meist direkt bei der Europäischen Kommission oder bei den beauftragten Kontaktstellen beantragt werden. Antragstellerinnen und

Antragsteller können Unternehmen, Verbände, Vereine, Universitäten, Forschungseinrichtungen oder regionale und lokale Gebietskörperschaften sein.

Die Projektmittel werden in europaweiten Ausschreibungen vergeben, die im Amtsblatt der EU veröffentlicht werden. Je nach Programm oder Jahr gibt es unterschiedliche Ausschreibungs- und Antragsmodalitäten. Meist sind die Antragsverfahren und auch die Förderkriterien recht anspruchsvoll und mit einer gewissen Menge an administrativen Aufgaben verbunden. Dies sollten sich Antragstellerinnen und Antragsteller im Voraus bewusst machen.

Für die Aktionsprogramme Gesundheit beispielsweise ist auf europäischer Ebene die Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz (DG SANCO) zuständig. Das zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich öffentlicher Gesundheit 2008-2013 ist am

1. Januar 2008 in Kraft getreten und hat folgende Ziele:

- Besserer Gesundheitsschutz der Bürgerinnen und Bürger
- Gesundheitsförderung, einschließlich der Verringerung von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung
- Schaffung und Verbreitung von Informationen und Wissen zu Gesundheitsfragen.

Das Gesundheitsprogramm 2008-2013 soll die Ergänzung, Unterstützung und Intensivierung der politischen Maßnahmen der Mitgliedstaaten ermöglichen und auf diese Weise – durch den Schutz und die Förderung der Gesundheit und Sicherheit der Bürger sowie durch die Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens – einen Beitrag zu mehr Solidarität und größerem Wohlstand in der EU leisten.



Das Gesundheitsprogramm 2008-2013 finden Sie im Internet unter: <http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013> (Abruf: 25.08.2010).

Insgesamt steht ein größeres Spektrum von Finanzierungsmechanismen zur Verfügung. Das Hauptfinanzierungsinstrument ist der Aufruf zum Einreichen von Projektvorschlägen. Für die Durchführung ist die Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) als Kontaktstelle beauftragt.



Alle Unterlagen, die mit dem jährlichen Arbeitsplan und dem Aufruf zum Einreichen von Vorschlägen im Zusammenhang stehen, finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/eahc/health/health.html> (Abruf: 25.08.2010).

Ein gutes EU-Projekt zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass übergeordnete europäische Themen angesprochen werden, und dass entsprechende Projektziele im Einklang mit den Zielen der Europäischen Union stehen.

Potenzielle Antragstellerinnen und Antragsteller sollten sich immer vergegenwärtigen, dass ein Projekt aus Sicht der Europäischen Union nur dann förderwürdig ist, wenn es einen Beitrag leistet, den europäischen Integrationsprozess voranzubringen. Zudem sollten sich potenzielle Antragstellerinnen und Antragsteller ausführlich über das Politikfeld informieren, in dem sie beabsichtigen EU-Fördermittel zu beantragen und auf Hinweise zu relevanten Dokumenten und Hintergrundmaterialien in den Ausschreibungsunterlagen achten. Die Europäische Kommission richtet in Absprache mit den nationalen Regierungen immer mehr Unterstützungsstellen – so genannte Nationale Agenturen – zu einzelnen EU-Förderprogrammen in den Mitgliedstaaten ein, um potenziellen Antragstellerinnen und Antragstellern mit Tipps und Hinweisen weiterzuhelfen (www.berlin.de/rbmskzl/europa; Abruf: 25.08.2010).

Ein Projekt ist aus Sicht der Europäischen Union nur dann förderwürdig, wenn es einen Beitrag leistet, den europäischen Integrationsprozess voranzubringen.



Antragstellerinnen und Antragsteller können weitere Informationen im Internet abrufen.

Die Internetseite www.nrweuropa.de (Abruf: 25.08.2010) ist die allgemeine Einstiegsseite für Nordrhein-Westfalen. Information zu aktuellen Ausschreibungen finden Sie unter: www.nrweuropa.de (Ausschreibungen, Recherchen, Links; Abruf: 25.08.2010).

Die Internetseite des Bundeslandes Berlin hält ebenfalls eine Datenbank mit den Förderprogrammen und Ausschreibungen der Europäischen Union vor. Die Datenbank ermöglicht einen systematischen Zugriff auf einzelne themen- oder zielgruppenorientiert geordnete Programminformationen. Sie erhalten darüber hinaus weiterführende Links zu wichtigen Dokumenten, Beratungsinstitutionen und Kontaktpersonen in der Europäischen Kommission: www.berlin.de/rbmskzl/europa (EU-Profil - Programme und Projekte finden leicht gemacht; Abruf: 25.08.2010).

2.5 Bußgeldmarketing – Gemeinnützige Einrichtungen als Empfänger von Geldauflagen

Das sogenannte Geldauflagen-Marketing – oder: Bußgeld-Marketing – ist eine eher wenig bekannte Möglichkeit für gemeinnützige Organisationen, um gegebenenfalls finanzielle Mittel für Maßnahmen der Bewegungs- und Gesundheitsförderung zu erhalten. Pro Jahr fallen hier in Nordrhein-Westfalen zweistellige Millionenbeträge an, die an gemeinnützige Organisationen oder die Staatskasse ausgezahlt werden.

Um an entsprechende Gelder zu gelangen, müssen sich gemeinnützige Organisationen, die als Empfänger von Geldauflagen in Betracht kommen, derzeit in entsprechende Listen bei den Landesgerichten (regionale Listen) oder bei den Oberlandesgerichten (überregionale Listen) eintragen.

In die Listen der Oberlandesgerichte werden Einrichtungen eingetragen, deren Wirkungskreis sich über mehrere Landgerichtsbezirke des jeweiligen Oberlandesgerichtsbezirks erstreckt und/oder Einrichtungen, die ihre Ziele in der gesamten Bundesrepublik (zum Beispiel Bundesverbände) oder (auch) im Ausland verfolgen.

Einrichtungen, die einen örtlich begrenzten, das heißt auf einen Landgerichtsbezirk beschränkten Wirkungskreis haben, haben die Möglichkeit, sich in die regionale Zusatzliste eintragen zu lassen, die bei dem jeweiligen Präsidenten des Landgerichts und dem leitenden Oberstaatsanwalt geführt wird.

Die Liste dient dazu, den in Strafsachen tätigen Richtern, Staatsanwälten, Amtsanwälten und Gnadenbeauftragten im Bedarfsfall die sachgemäße Bestimmung des Empfängers einer Geldauflage zu erleichtern.

Die Aufnahme in die Liste begründet jedoch keinen Anspruch auf Zuweisung von Geldauflagen und stellt auch keine Empfehlung der eingetragenen Einrichtungen dar.

Die Listenführung ist durch die allgemeine Verfügung des Justizministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen vom 26.06.1985 in der Fassung vom 16.04.1996 (4100 – III A. 210) geregelt. Um in die entsprechenden Listen aufgenommen zu werden, müssen definierte Voraussetzungen gegeben sein, und es müssen bestimmte Unterlagen beigefügt werden:

Voraussetzung für die Aufnahme in die Liste ist, dass die Einrichtung:

- ihre Satzung oder andere entsprechende Unterlagen, wie zum Beispiel den Gesellschaftsvertrag, über ihre Ziele vorlegt und ein Konto angibt, auf das Zahlungen geleistet werden können

- den zuletzt erteilten Körperschaftssteuerfreistellungsbescheid oder eine vorläufige Bescheinigung des zuständigen Finanzamtes beibringt, dass sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftssteuergesetzes von der Körperschaftsteuer befreit ist oder erklärt, dass sie nicht unbeschränkt körperschaftsteuerpflichtig ist
- das für sie zuständige Finanzamt von der Wahrung des Steuergeheimnisses (§ 30 Abs. 4 Nr. 3 AO) soweit entbindet, dass dieses die listenführenden Gerichte, Staatsanwaltschaften und Gnadenstellen von der Gewährung oder Versagung von Steuervergünstigungen wegen Verfolgung gemeinnütziger, mildtätiger oder kirchlicher Zwecke unterrichten darf.

Für die Einreichung entsprechender Unterlagen sind spezielle Vordrucke zu verwenden. Darüber hinaus hat die Einrichtung verschiedene Verpflichtungserklärungen abzugeben. Auch hierfür gibt es Vordrucke. Diese können am Bildschirm ausgefüllt, ausgedruckt und per Post eingereicht werden. Eine Antragstellung per E-Mail ist nicht zulässig. Außerdem gilt zu beachten, dass die von der Einrichtung abzugebenden Erklärungen für ihre Wirksamkeit von der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter beziehungsweise den gesetzlichen Vertretern (in vertretungsberechtigter Anzahl) unterschrieben werden müssen (Oberlandesgericht Hamm 2010; www.olg-hamm.nrw.de; Abruf: 25.08.2010).

Hinweis: Derzeit wird das Vorgehen bei der Listenführung überarbeitet. Zukünftig ist geplant, alle Listen in Nordrhein-Westfalen zentral bei der Generalstaatsanwaltschaft in Düsseldorf zu führen. Nach Auskunft des Justizministeriums ist eine entsprechende Umstellung im Kalenderjahr 2011 wahrscheinlich.

Infokasten 23

Leitfragen zur Finanzierung von Maßnahmen der Bewegungs- und Gesundheitsförderung

- Mit welchen Mitteln wurden andere ähnlich gelagerte Maßnahmen oder Projekte finanziert?
- Aus welchen „Töpfen“ der öffentlichen Förderung könnte die Maßnahme oder das Projekt gegebenenfalls gefördert werden?
- In welchen Ressorts sind hinsichtlich der Zielrichtung der Maßnahme oder des Projektes relevante Ansprech- und/oder Finanzierungspartner zu finden?
- Welche Förderprogramme haben eine Ausrichtung, die den Handlungsfeldern und thematischen Schwerpunkten der Maßnahme oder des Projektes entspricht?
- Welche Stiftungen, Spender oder Sponsoren haben gegebenenfalls ein Interesse an den Inhalten der Maßnahme oder des Projektes?
- Stimmt der Themenschwerpunkt des Projektes mit der inhaltlichen Ausrichtung des Leitfadens Prävention zu § 20 SGB V überein (vgl. GKV-Spitzenverband 2010)?
- Besteht gegebenenfalls Kontakt zu einer lokalen Krankenkasse, die eine Kooperation unterstützt?
- Modifiziert nach www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Abruf: 25.08.2010).

2.6 Ressortübergreifende Finanzierungsmöglichkeiten

Die Finanzierung von Maßnahmen der Bewegungs- und Gesundheitsförderung kann aus unterschiedlichsten Förderprogrammen erfolgen. Leider ist oft nur schwer zu durchschauen, welche Fördermöglichkeiten tatsächlich bestehen. Oft müssen für die Erschließung entsprechender „Töpfe“ die Grenzen des Gesundheitsressorts überschritten werden.



Auf der Internetseite des bundesweiten Kooperationsbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ werden beispielsweise ausgewählte Programme und mögliche Partner für die Bewegungs- und Gesundheitsförderung im Stadtteil oder Quartier vorgestellt.

Dort können unter anderem Informationen zum Bund-Länder-Programm „Soziale Stadt“ und Partnerprogramme der Sozialen Stadt wie zum Beispiel das ESF-Bundesprogramm „Soziale Stadt – Bildung, Wirtschaft, Arbeit im Quartier (BIWAQ)“ oder das Programm „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ (LOS) abgerufen werden (►► S. 139); www.gesundheitliche-chancengleichheit.de (Abruf: 25.08.2010).



Handbuch Fundraising. Spenden, Sponsoring, Stiftungen in der Praxis (Haibach 2006). Hier finden Sie ausführliche Informationen zu Finanzierungsmöglichkeiten über Fundraising und Stiftungen.

XVII. Öffentlichkeitsarbeit – wie mache ich mein Angebot bekannt?

Das beste Angebot oder die beste Maßnahme der Bewegungsförderung nützt wenig, wenn es nicht gelingt, das Angebot bei der potenziellen Zielgruppe bekannt zu machen. Nachfolgend werden einige grundlegende Hinweise zur Ansprache der Zielgruppe „Menschen ab 60 Jahren“ gegeben.

Zurückgegriffen wird dabei auch auf die Ergebnisse einer in 2009 erfolgten Erhebung im Rhein-Sieg-Kreis. Die Erhebung fand im Rahmen des Projektes „bewegt leben – Mehr vom Leben“ statt. Die nachfolgenden Hinweise richten sich insbesondere an Personen und Institutionen, die Bewegungs- oder Gesundheitsförderungsangebote für ältere Menschen vorhalten oder planen und nach (neuen) Möglichkeiten suchen, diese bekannt zu machen.

1. Wer ist die Zielgruppe?

Wie spreche ich sie an? – Schritt 1

Zunächst sollten Sie sich Klarheit über die Zielgruppe Ihres Angebots verschaffen. Denn die Altersgruppe ab 60 Jahren ist keine einheitliche Gruppe, sondern hat sehr unterschiedliche Wünsche und (►) Motive im Hinblick auf Bewegung oder Sport. Falls Sie bereits ein bestehendes Angebot für ältere Menschen haben, sollten Sie daher noch einmal genau überprüfen, wer das Angebot momentan nutzt und wen Sie als Teilnehmerinnen oder Teilnehmer hinzugewinnen möchten.

Falls Sie ein neues Angebot entwickeln möchten, sollten Sie die Frage beantworten können, wen genau Sie mit den gewählten Inhalten erreichen wollen und realistischerweise auch können. Die Form der Ansprache und der Weg der Informationsvermittlung sollte dann basierend auf diesen Überlegungen abgestimmt werden.

Einige Grundsätze gilt es dabei zu beachten:

1.1 Angemessene Ansprache

- Vermeiden Sie Trendbezeichnungen wie „Best Ager“ oder „Junggebliebene“.
- Überlegen Sie, ob Sie eine Altersangabe in den Titel nehmen oder besser über die Beschreibung der Inhalte oder über Abbildungen deutlich machen, für wen das Angebot geeignet ist. Befragungen zeigen, dass sich Menschen mit 60 Jahren durchschnittlich etwa 10 Jahre jünger fühlen. Rechnet man dies weiter hoch, würden Angebote mit dem Titel 60+ erst für 70-Jährige interessant (Sozialverband VdK 2010).
- Überlegen Sie gut, ob beziehungsweise wann Sie den Begriff „Seniorin oder Senior“ verwenden. Die Befragung im Rhein-Sieg-Kreis hat ergeben, dass ein Drittel der 55 – 65-Jährigen Angebote deshalb nicht nutzt, weil sie sich noch nicht als Senioren betrachten. Diese Einschätzung nimmt zwar mit dem Alter ab, aber immerhin noch ein Fünftel der 66 bis 75-Jährigen und 16 Prozent der Über-75-Jährigen betrachten sich noch nicht als Senioren.

1.2 Seriöse Information

Stellen sie stichhaltige Informationen zur Verfügung, damit sich die Interessierten ein umfassendes Bild machen können. Dazu gehören:

- Daten und Fakten über Umfang, Dauer und Art der angebotenen Aktivitäten. Sie sollten auch deutlich machen, ob es bestimmte Voraussetzungen (zum Beispiel in puncto Fitnesszustand, sportartspezifische Vorerfahrungen) gibt, um das Angebot wahrnehmen zu können. Handelt es sich zum Beispiel um ein Angebot für Einsteiger? Gibt es ein klares Ziel, beispielsweise eine bestimmte Strecke zu wandern?

- Geben Sie eine Adresse an, unter der nähere und ergänzende Informationen zu bekommen sind. Bei einer Telefonnummer sollte sicher gestellt werden, dass der Ansprechpartner auch zu den angegebenen Zeiten erreichbar ist. Wenn Sie auf eine Website verweisen, sollten Sie immer sicherstellen, dass diese regelmäßig aktualisiert und gepflegt wird.
- Als besonders verlässliche und seriöse Information gilt immer noch die Mund-zu-Mund-Propaganda. Überlegen Sie daher, ob Sie bereits aktive Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbinden können um Freunde und Bekannte zu werben.

1.3 Richtige Motive der Zielgruppe ansprechen

Bei der Konzipierung oder Bekanntmachung eines Angebotes ist es sinnvoll, sich über die (►) Motive der potentiellen Interessentinnen und Interessenten Klarheit zu verschaffen und diese gezielt anzusprechen:

- Gesundheit und Fitness, aber auch Spaß und Ausgeglichenheit stehen bei vielen Über-60-Jährigen im Vordergrund (LIGA.NRW 2010).
- Geselligkeit ist für viele ein wichtiger Aspekt von Sport und Bewegung. Die Befragung im Rhein-Sieg-Kreis zeigt, dass das Knüpfen neuer Bekanntschaften allerdings nur für ein gutes Viertel der befragten Personen im Rhein-Sieg-Kreis von Bedeutung ist. Dieses sollten Sie bei der Beschreibung ihres Angebots berücksichtigen und das Motiv Neue-Leute-Kennenlernen nur herausstellen, wenn es explizit Inhalt des Angebots ist.
- Im hohen Alter gewinnen vor allem zwei (►) Motive an Bedeutung: funktionale Fitness und (►) Autonomie. Das heißt so lange wie möglich selbständig, mobil und geistig fit zu sein, werden mit zunehmendem Alter immer wichtigere (►) Motive für Bewegung und sportliche Aktivitäten (LIGA.NRW 2010).
- Zusätzlich sollten Sie sich auch mit den Gründen beschäftigen, warum Personen (Sport)Angebote nicht nutzen.

Darüber hinaus sollten Sie an die Lesbarkeit der Informationen denken. Denken Sie beispielsweise bei der Schriftgröße und dem Kontrast daran, dass viele ältere Menschen nicht mehr so gut sehen können. Auch sollten Sie sprachliche oder Genderaspekte falls nötig berücksichtigen (►► S. 60 ff).

2. Welche Medien nutze ich? – Schritt 2

Um Ihr Angebot bekannt zu machen, können Sie verschiedene Medien nutzen. Die am meisten genutzten Medien in der Altersklasse ab 60 Jahren sind

- lokale Tageszeitungen,
- lokales Fernsehen und das
- Lokalradio.

Sie werden von jeweils über 70 Prozent der Befragten im Rhein-Sieg-Kreis genutzt. Es folgen kostenlose Zeitschriften (Apotheke, Gemeinde- und Stadtmagazine sowie Anzeigenblätter), die von über der Hälfte der Befragten gelesen werden.

Beim Internet zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Altersgruppen: So geben 70 Prozent der 55 bis 65-jährigen Befragten im Rhein-Sieg-Kreis an, dass Internet zu nutzen, bei den 66 bis 75-Jährigen sind es noch 40 Prozent. Unter den Über-75-Jährigen nutzt hingegen nur noch jeder 10. das Internet. Bei der Nutzung des Internet als Werbepattform sollten Sie diese Erkenntnisse berücksichtigen und die Wirkung realistisch betrachten.

Neben den oben genannten Medien gibt es noch weitere Stellen beziehungsweise Personen in einer Gemeinde, die sie nutzen können, um Informationen zu verbreiten. Als wichtigste Person wird dabei der Haus- oder Facharzt beziehungsweise die Apotheke genannt. Über 74 Prozent der Befragten im Rhein-Sieg-Kreis geben an, sich in den letzten 12 Monaten dort informiert zu haben. Auch Aushänge in Supermärkten und Geschäften sowie bei Kirchengemeinden werden von über einem Drittel genutzt um sich zu informieren.

Weitere Infoquellen sind:

- Vereine (30 Prozent)
- Gemeinde-/Stadtverwaltung (28 Prozent)
- Kommerzielle Anbieter (15 Prozent)
- Einrichtungen der Erwachsenenbildung (11 Prozent)
- Beratungsstellen (8 Prozent)
- Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege (8 Prozent)

Hier zeigen sich wieder Unterschiede bei den verschiedenen Altersklassen, die bei der Auswahl der geeigneten Stelle berücksichtigt werden sollten. Die Über-66-Jährigen informieren sich signifikant häufiger bei Ärzten und Apotheken sowie über die Kirchengemeinde. Einrichtungen der Erwachsenenbildung wie Volkshochschulen werden zwar eher selten zur Information aufgesucht, aber dann signifikant häufiger von den 55- bis 65-Jährigen. Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege (►► vgl. S. 131 f) werden dagegen signifikant häufiger von den Über-75-Jährigen als Informationsquelle genutzt.

3. Informationen über die Presse – wie verfasse ich eine Pressemitteilung? Schritt 3



Tipps & Anregungen für Anbieter von Bewegungs- und Ernährungsangeboten für ältere Menschen. Hier finden Sie weitere Informationen zu Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit und zum Projekt „Bewegt leben – Mehr vom Leben“: www.bewegtleben.net (Abruf: 25.08.2010).

Medienarbeit in Bewegung bringen. Die Broschüre der Bertelsmann Stiftung gibt einen guten Überblick in zentrale Aspekte einer professionellen Medien- und Öffentlichkeitsarbeit. Sie ist im Internet abrufbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_30730_30731_2.pdf (Abruf: 25.08.2010).

Beispiel einer Terminankündigung

Was in Ihrer Pressemitteilung auf keinen Fall fehlen darf.

IHR LOGO — Ihr Logo

Pressemitteilung — „Pressemitteilung“

Mühlbach, 22.06.2010 — Ort und Datum

Offene Bewegungstreffs für Ältere ein Erfolgsmodell
Laufen, feiern und gewinnen — Überschrift und Unterüberschrift

W Mit einem großen Vereinsfest feiert **W** der TV Mühlbach
W am Sonntag, dem 12. Juli, **W** die erfolgreiche Einführung der offenen
 Bewegungstreffs vor einem Jahr. Um 10 Uhr beginnen die Feierlichkeiten
W mit einem „Oldie but Goldie“-Bürgerlauf über fünf Kilometer, an dem
 auch Landrat Willy XXX und Bürgermeisterin Erika ZZZ teilnehmen
 werden, **W** auf dem Marktplatz. Anschließend bietet der TV Mühlbach sein-
 en Mitgliedern und allen Besuchern bis in den Abend ein unterhaltsames
 und genussreiches Programm mit Live-Musik, Bewegungsangeboten für
 drinnen und draußen, Schaukochen, Ernährungstipps und vielen attrak-
 tiven Angeboten für die ganze Familie. Beim 50+Slacklining können ältere
 Besucher ihre Geschicklichkeit testen. Als Gewinn winkt ein....

W **W-Fragen:**
 Wer?
 Was?
 Wann?
 Wo?
 Wie?
 Warum?

Vor einem Jahr startete der TV Mühlbach sein neues Konzept. Mit den
 offenen Bewegungstreffs und vor allem der Einführung von Streifenkarten
 sollten speziell ältere Menschen angesprochen und motiviert werden. „Ein
 voller Erfolg, auf den wir stolz sind,“ betont Vereinsvorsitzende Martina
 Mustermann.

Für Rückfragen und weitere Informationen: — Medienkontakt:
 Vorname Name
 Adresse
 Telefon
 Fax
 E-Mail
 Anlage(n)

Martin(a) Mustermann, Am Sportplatz 12, 12345 Mühlbach
 Tel.: (0123) 4567, Fax: (0123) 4568
 E-Mail: info@tv-muehlbach.de, Internet: www.tv-muehlbach.de
 Anlage: Flyer "Offene Bewegungstreffs"

XVIII. Wo finde ich Praxisprojekte?

Das Angebotsspektrum im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist vielfältig. Es existieren zahlreiche Projekte und Aktivitäten (nicht nur zur Bewegungsförderung).

Die Frage ist häufig nur: Wie findet man diese? Entsprechende Projektdatenbanken können weiterhelfen und einen Überblick verschaffen.



Auf den Internetseiten des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen finden Sie eine aktuelle Auswahl an Datenbanken. In vielen Datenbanken können Sie auch kriteriengeleitet und damit zielgerichtet nach Projekten recherchieren. Sie finden die Zusammenstellung unter: www.zfb.nrw.de (Praxisprojekte; Abruf: 25.08.2010).

In Nordrhein-Westfalen werden neue Ansätze der gesundheitlichen Versorgung und effektive Umsetzungsstrategien von der Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ aufgezeigt und bekannt gemacht (siehe Infokasten 24).

Insbesondere innovative und qualitätsgesicherte Projekte geben Anreize für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und regen zum Nachahmen an. Deshalb werden sie in dem Informationsportal „Projekte zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen“ ausführlich dargestellt. Die Datenbank des Infoportals ermöglicht sowohl standardisierte als auch freitextliche Abfragen, unter anderem nach Themen, (►) Setting, Städten und Regierungsbezirken, Handlungsfeldern (wie Sport und Bewegung), nach Kooperationspartnern oder bestimmten Zielgruppen.

Infokasten 24

„Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“

Auf Beschluss der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen wurde die Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ eingerichtet, die seitdem ein fester Bestandteil der nordrhein-westfälischen Gesundheitspolitik ist und die Umsetzung der nordrhein-westfälischen Gesundheitsziele unterstützt.

Jährlich wird seitdem ein Wettbewerb zu einem Schwerpunktthema ausgeschrieben um sowohl (►) Qualität und Effizienz in der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen, als auch für Transparenz zwischen den Akteuren der Gesundheitssektoren zu sorgen.

Bislang erreichten über 200 Institutionen, Initiativen und Organisationen die Mitgliedschaft in der Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“. Sie hatten ihre Projekte in einem 17-seitigen Online-Fragebogen ausführlich dargestellt. Nach einem gesundheitswissenschaftlichen Preranking hatte sich der Vorbereitende Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen für ihre Aufnahme entschieden.

Auf diese Weise entsteht eine stetig wachsende Datenbank zum „Gesunden Land Nordrhein-Westfalen“ – mit einer Vielzahl von qualitätsgesicherten Projekten, neuen, kreativen Ideen und Möglichkeiten für die Akteure zur Kontaktaufnahme, Vernetzung und Nachahmung. Besonders herausragende „best practice-Projekte“ werden mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet.

Nähere Informationen finden Sie im Internet unter www.infoportal-gesundesland.NRW.de und www.gesundheitspreis.nrw.de (Abruf: 25.08.2010).

XIX. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner – wo finde ich sie? (Stand: August 2010)

Auf den nachfolgenden Seiten geben wir Ihnen einen Überblick über zentrale Strukturen und Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner der Bewegungs- und Gesundheitsförderung (Schwerpunkt: Nordrhein-Westfalen; Stand: August 2010).

1. Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen

Als zentrale Fachstelle für Bewegungsförderung in Nordrhein-Westfalen ist es Ziel des Zentrums für Bewegungsförderung, einen Beitrag zur Bewegungsförderung im Lebensalltag von Menschen zu leisten. Regelmäßige gesundheitsförderliche Bewegung und körperliche Aktivität sollen als Teil eines gesunden Lebensstils gestärkt und verbessert werden.

Das Zentrum konzentriert sich dabei momentan insbesondere auf die Förderung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivitäten für die Zielgruppe der Über-60-Jährigen und arbeitet vornehmlich auf der Ebene der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie der Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung in Nordrhein-Westfalen.

Träger des Zentrums für Bewegungsförderung NRW ist das LIGA.NRW. Das Zentrum wird als Modellprojekt im Rahmen des Nationalen Aktionsplans "IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung" durch das Bundesministerium für Gesundheit sowie vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW unterstützt.

Um vorhandene Netzwerkstrukturen optimal zu nutzen, ist das Zentrum inhaltlich eng am Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen im bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ angebunden.

Weitere Informationen zum Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen erhalten Sie auf den Internetseiten des Zentrums (www.liga.nrw.de/ZfB) oder über die folgende Kontaktadresse:

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen

Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen

Gunnar Geuter

Ulenbergstraße 127-131

40225 Düsseldorf

Tel.: 0521/8007-544

Fax: 0521/8007-297

E-Mail: gunnar.geuter@liga.nrw.de

www.zfb.nrw.de

www.liga.nrw.de/ZfB

2. NRW In Form

Den Themengebieten gesunde Ernährung und mehr Bewegung hat sich in Nordrhein-Westfalen eine interministerielle Arbeitsgruppe gewidmet.

Ziel ist, dass Kinder gesünder aufwachsen, Erwachsene gesünder leben, dafür eigenverantwortlich handeln und so alle von einer höheren Lebensqualität und einer gesteigerten Leistungsfähigkeit profitieren. Krankheiten, die durch einen ungesunden Lebensstil mit einseitiger Ernährung und Bewegungsmangel mit verursacht werden, sollen deutlich zurückgehen. Erreicht werden soll das durch die nachhaltige Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie durch gezielte Maßnahmen gegen Übergewicht.



Unter www.nrw.de (Abruf: 25.08.2010) können Sie über die Suchfunktion (NRW In Form) weitere Informationen zu NRW In Form abrufen.

3. Zentren für Bewegungsförderung in Deutschland – Übersicht über die Aktivitäten der anderen Bundesländer

Um regelmäßige körperliche Aktivität als Teil eines gesunden Lebensstils möglichst breit zu verankern, sind mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit in allen Bundesländern Zentren für Bewegungsförderung eingerichtet worden.

Die Aktivitäten der Zentren für Bewegungsförderung richten sich vorwiegend an ältere Menschen. Im Mittelpunkt steht die Bewegung im Alltag. Sozial Benachteiligte und Inaktive sollen hierbei besonders berücksichtigt werden. Die Zentren für Bewegungsförderung haben als zentrale Fach- und Vernetzungsstellen das Ziel, die Lebensqualität der Seniorinnen und Senioren im jeweiligen Bundesland zu verbessern.



Auf der Homepage von IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und Bewegung finden Sie eine Übersicht über die Zentren für Bewegungsförderung aller Bundesländer sowie deren Arbeitsschwerpunkte: www.in-form.de/bewegungsfoerderung (Abruf: 25.08.2010).

4. Internationale Netzwerke der Bewegungsförderung

International haben sich in den letzten Jahren mehrere Netzwerke zur Bewegungsförderung etabliert.

Ein Blick auf die jeweiligen Internetseiten lohnt sich. Denn für die Entwicklung von Strategien, aber auch Maßnahmen der Bewegungsförderung können der Blick über den Tellerrand und der internationale Austausch von Erfahrungen sehr hilfreich sein.

Neben vielen interessanten Dokumenten finden sich auf den nachfolgend aufgeführten Internetseiten auch Anregungen und Empfehlungen für Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung.



Hier eine Auswahl zentraler internationaler Netzwerke der Bewegungsförderung:

- www.euro.who.int/hepa (Abruf: 25.08.2010)
Homepage von HEPA Europe – European network for the promotion of health-enhancing physical activity
- www.eunaapa.org (Abruf: 25.08.2010)
Homepage von EUNAAPA – European Network for Action on Ageing and Physical Activity
- www.rafapana.org (Abruf: 25.08.2010)
Homepage von RAFA/PANA – Red de Actividad Física de las Américas/Physical Activity Network of the Americas
- www.ap-pan.org (Abruf: 25.08.2010)
Homepage von APPAN – The Asia Pacific Physical Activity Network
- www.agitamundo.org (Abruf: 25.08.2010)
Homepage des Agita Mundo Networks
- www.ispah.org (Abruf: 25.08.2010)
Homepage von ISPAH – International Society for Physical Activity and Health

5. Übersicht über die Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen

Die Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen übernehmen vielfältige Aufgaben zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen. Grundlage der Arbeit bildet das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW).

Die Gesundheitsämter arbeiten mit anderen an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Einrichtungen, Gruppen und Personen zusammen und regen Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung an. Außerdem beraten und informieren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter die Bevölkerung in Fragen der Gesundheit.

Gesundheitsamt	Leiterin/ Leiter	Adresse, T.-Nr., E-Mail
StädteRegion Aachen A 53 Gesundheitsamt	Dr. med. Hubert Plum	Trierer Str. 1 52078 Aachen Tel.: 0241.5198-5390 E-Mail: hubert.plum@staedteregion-aachen.de
Stadt Bielefeld Gesundheits-, Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt, Amt 53	Dr. Ruth Delius	Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9 33602 Bielefeld Tel.: 0521.51-2022 E-Mail: ruth.delius@bielefeld.de
Stadt Bochum Gesundheitsamt	Dr. Frank Theodor Fischer	Westring 28-30 44787 Bochum Tel.: 0234.910-3200/3201 E-Mail: FFischer@bochum.de
Stadt Bonn Gesundheitsamt	Dr. Inge Heyer	Engeltalstr. 6 53103 Bonn Tel.: 0228.77-3760 E-Mail: amtleitung.amt53@bonn.de
Kreis Borken Fachbereich Gesundheit	Dr. Gerhardt Ettlinger	Burloer Str. 93 46325 Borken Tel.: 02861.82-1165 E-Mail: g.ettlinger@kreis-borken.de
Stadt Bottrop Gesundheitsamt	Dr. Klaus-Dieter Erkrath	Gladbecker Str. 66 46236 Bottrop Tel.: 02041.70-3500 E-Mail: amt53@bottrop.de
Kreis Coesfeld 153.2 – Untere Gesundheitsbehörde	Dr. Heinrich Völker- Feldmann	Schützenwall 16 48653 Coesfeld Tel.: 02541.18-5300/5400 E-Mail: dr_heinrich.voelker-feldmann@kreis-coesfeld.de
Stadt Dortmund Gesundheitsamt – Sozialmedizinischer Dienst	Dr. Annette Düsterhaus	Hövelstr. 8 44137 Dortmund Tel.: 0231.502-3526 E-Mail: duesterhaus@stadtdo.de
Stadt Duisburg Gesundheitsamt	Dr. Rolf Behler	Landfermannstr. 1 47049 Duisburg Tel.: 0203.283-2755 E-Mail: dr.behler@stadt-duisburg.de

Gesundheitsamt	Leiterin/ Leiter	Adresse, T.-Nr., E-Mail
Kreis Düren Gesundheitsamt	Dr. Marianne Hoff-Gehlen	Bismarckstr. 16 52348 Düren Tel.: 02421.22-2410 E-Mail: m.hoff-gehlen@kreis-dueren.de
Stadt Düsseldorf Gesundheitsamt	Prof. Dr. Heiko Schneitler	Kölner Str. 180 40227 Düsseldorf Tel.: 0211.899-3531 E-Mail: heiko.schneitler@stadt.duesseldorf.de
Ennepe-Ruhr-Kreis Gesundheitsamt	Dr. Hans-Joachim Boschek	Hauptstr. 92 58332 Schwelm Tel.: 02336.93-2468 E-Mail: hans-joachim.boschek@en-kreis.de
Stadt Essen Stadtamt 53-4-7 B1/2	Dr. Rainer Kundt	Hindenburgstr. 29 45127 Essen Tel.: 0201.8853-000 E-Mail: friedhelm.berger@gesundheitsamt.essen.de
Kreis Euskirchen Gesundheitsamt	Dr. Bernhard Ziemer	Jülicher Ring 32 53879 Euskirchen Tel.: 02251.15454 E-Mail: bernhard.ziemer@kreis-euskirchen.de
Stadt Gelsenkirchen Fachbereich Gesundheit	Dr. Gregor Barthlen	Kurt-Schumacher-Str. 4 45881 Gelsenkirchen Tel.: 0209/169-2224 E-Mail: referat.gesundheit@gelsenkirchen.de
Kreis Gütersloh Abt. Gesundheit	Dr. Matthias Gubba	Herzebrocker Str. 140 33334 Gütersloh Tel.: 05241.85-1664 E-Mail: matthias.gubba@gt-net.de
Stadt Hagen Gesundheitsamt	Dr. Claudia Sommer	Berliner Platz 22 58089 Hagen Tel.: 02331.207-3691 E-Mail: gesundheitsamt@stadt-hagen.de
Stadt Hamm Gesundheitsamt	Dr. Frieda Dockx- Reinken	Heinrich-Reinköster-Str. 8 59061 Hamm Tel.: 02381.17-6423 E-Mail: dockx-reinken@stadt.hamm.de
Kreis Heinsberg Fachbereich Gesundheit	Dr. Karl-Heinz Feldhoff	Valkenburger Str. 45 52525 Heinsberg Tel.: 02452.13-5301 E-Mail: karl-heinz.feldhoff@kreis-heinsberg.de
Kreis Herford Gesundheitsamt	Dr. Ursula Muchow	Amtshausstr. 2 32051 Herford Tel.: 05221.13-2116 E-Mail: u.muchow@kreis-herford.de
Stadt Herne Gesundheitsamt	Rudolf Pinkal	Rathausstr. 6 44649 Herne Tel.: 02323.16-3386 E-Mail: gesundheitsamt@herne.de

Gesundheitsamt	Leiterin/ Leiter	Adresse, T.-Nr., E-Mail
Hochsauerlandkreis Gesundheitsamt	Dr. Peter Kleeschulte	Steinstr. 27 59872 Meschede Tel.: 0291.94-1203 E-Mail: peter.kleeschulte@hochsauerlandkreis.de
Kreis Höxter Fachbereich Gesundheit- und Veterinärwesen	Dr. Ronald Woltering	Moltkestr. 12 37671 Höxter Tel.: 05271.965-234 E-Mail: r.wolterin@kreis-hoexter.de
Kreis Kleve Fachbereich Gesundheitsangelegenheiten	Dr. Martina Scherbaum	Nassauer Allee 12-16 47533 Kleve Tel.: 02821.85-320 E-Mail: martina.scherbaum@kreis-kleve.de
Stadt Köln Gesundheitsamt	Dr. Anne Bunte	Neumarkt 15-21 50667 Köln Tel.: 0221.2212-6048 E-Mail: anne.bunte@stadt-koeln.de
Stadt Krefeld Gesundheitsamt	Dr. Heinz Gert Schmitz	Gartenstr. 30-32 47798 Krefeld Tel.: 02151.863500 e-mail: dr.h-g.schmitz@krefeld.de
Stadt Leverkusen Fachbereich Gesundheit und Soziales	Dr. Hans Eckhard Linstaedt	Miselohestr. 4 51379 Leverkusen Tel.: 0214.406-5301 E-Mail: sabine.zaal@stadt.leverkusen.de
Kreis Lippe Abteilung Gesundheit	Dr. Renate Stolze	Felix-Fechenbach-Str. 5 32756 Detmold Tel.: 05231.62-253 E-Mail: r.stolze@lippe.de
Märkischer Kreis Gesundheitsamt	Volker Schmidt	Heedfelder Str. 45 58509 Lüdenscheid Tel.: 02351.9666660 E-Mail: vschmidt@maerkischer-kreis.de
Kreis Mettmann Kreisgesundheitsamt	Dr. Rudolf Lange	Düsseldorfer Str. 47 40822 Mettmann Tel.: 02104.99-2251 E-Mail: kreisgesundheitsamt@kreis-mettmann.de
Kreis Minden-Lübbecke Gesundheitsamt	Dr. Peter Witte	Portastr. 13 32423 Minden Tel.: 0571.807-2846 E-Mail: peter.witte@minden-luebbecke.de
Stadt Mönchengladbach Gesundheitsamt	Dr. Sigrid Feldhoff vom Stein	Am Steinberg 55 41061 Mönchengladbach Tel.: 0261.25-6500 Z E-Mail: gesundheitsamt@moenchengladbach.de
Stadt Mülheim Gesundheitsamt	Dr. Georg Ohde	Heinrich-Melzer-Str. 3 45468 Mülheim Tel.: 0208.455-5301 E-Mail: Georg.ohde@stadt-mh.de

Gesundheitsamt	Leiterin/ Leiter	Adresse, T.-Nr., E-Mail
Stadt Münster Gesundheitsamt	Dr. Christiane Kappenstein	Stühmerweg 8 48127 Münster Tel.: 0251.492-5300 E-Mail: groweg@stadt-muenster.de
Oberbergischer Kreis Gesundheitsamt	Dr. Jorg Nürnberger	Am Wiedenhof 1-3 51643 Gummersbach Tel.: 02261.88-5301 E-Mail: jorg.nuermberger@obk.de
Stadt Oberhausen Bereich Gesundheitswesen	Dr. Hans-Henning Karbach	Tannenbergestr. 11-13 46042 Oberhausen Tel.: 0208.825-2445 E-Mail: henning.karbach@oberhausen.de
Kreis Olpe Fachdienst Gesundheit und Veterinärwesen	Christoph Ochel	Westfälische Str. 75 57462 Olpe Tel.: 02761.81-483 E-Mail: c_ochel@kreis-olpe.de
Kreis Paderborn Gesundheitsamt	Dr. Georg Alles	Aldegrevestr. 10-14 33102 Paderborn Tel.: 05251.308-272 E-Mail: fb53@kreis-paderborn.de
Kreis Recklinghausen Gesundheitsamt	Dr. Ulrike Horacek	Kurt-Schumacher-Allee 1 45657 Recklinghausen Tel.: 02361.53-4134 E-Mail: u.horacek@kreis-recklinghausen.de
Stadt Remscheid Gesundheitsamt	Dr. Frank Neveling	Hastener Str. 15 42855 Remscheid Tel.: 02191.16-3900 E-Mail: neveling@str.de
Rhein-Erft-Kreis Gesundheitsamt	Dr. Franz-Josef Schuba	Willy-Brandt-Platz 1 50126 Bergheim Tel.: 02271.83-4530 E-Mail: franz-josef.schuba@rhein-erft-kreis.de
Rheinisch-Bergischer-Kreis Gesundheitsamt	Dr. Norbert Petruschke	Am Rübezahwald 7 51469 Bergisch Gladbach Tel.: 02202.13-2210 E-Mail: n.petruschke@rbk-online.de
Rhein-Kreis Neuss Gesundheitsamt	Dr. Michael Dörr	Auf der Schanze 1 41515 Grevenbroich Tel.: 02181.6015300 E-Mail: gesundheitsamt@rhein-kreis-neuss.de
Rhein-Sieg-Kreis Gesundheitsamt	Erich Klemme	Kaiser-Wilhelm-Platz 1 53721 Siegburg Tel.: 02241.13-2500 E-Mail: erich.klemme@rhein-sieg-kreis.de
Kreis Siegen-Wittgenstein Gesundheitsamt	Dr. Christoph Grabe	Kohlbettstr. 17 57072 Siegen Tel.: 0271.333-2840 E-Mail: c_grabe@siegen-wittgenstein.de

Gesundheitsamt	Leiterin/ Leiter	Adresse, T.-Nr., E-Mail
Kreisverwaltung Soest Abt. 4.3 Gesundheit	Dr. Frank Renken	Hoher Weg 1-3 59494 Soest Tel.: 02921.30-2131 E-Mail: frank.renken@kreis-soest.de
Stadt Solingen Staddienst Gesundheit	Joachim Eichenberg	Rathausplatz 3 42651 Solingen Tel.: 0212.290-2730 E-Mail: Staddienst.gesundheit@solingen.de
Kreis Steinfurt Gesundheitsamt	Dr. Werner Lammers	Tecklenburger Str. 10 48565 Steinfurt Tel.: 02551.69-2844 E-Mail: dr.werner.lammers@kreis-steinfurt.de
Kreis Unna Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz	Josef Merfels	Platanenallee 16 59425 Unna Tel.: 02303.27-1053 E-Mail: josef.merfels@kreis-unna.de
Kreis Viersen Gesundheitsamt	Dr. Frank Dinse	Rathausmarkt 3 41747 Viersen Tel.: 02162.391450 E-Mail: gesundheitsamt@kreis-viersen.de
Kreis Warendorf Gesundheitsamt	Dr. Norbert Schulze Kalthoff	Waldenburger Str. 2 48231 Warendorf Tel.: 02581.53-2043 E-Mail: Norbert.SchulzeKalthoff@kreis-warendorf.de
Kreis Wesel Fachbereich Gesundheitswesen	Dr. Christoph Grabe	Mühlenstr. 9-11 47441 Moers Tel.: 02841.202-1118 E-Mail: christoph.goedde@kreis-wesel.de
Stadt Wuppertal Gesundheitsamt	Dr. Jörg Rieger	Willy-Brandt-Platz 19 42105 Wuppertal Tel.: 0202.563-2237 E-Mail: joerg.rieger@stadt-wuppertal.de

6. Übersicht über die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen

Gesundheitskonferenzen sind etablierte Strukturelemente in Nordrhein-Westfalen. Dies gilt sowohl für die Landesebene (Landesgesundheitskonferenz) als auch für die der Kreise und kreisfreien Städte (Kommunale Gesundheitskonferenzen). Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) NRW aus dem Jahr 1997 hat alle Kreise und kreisfreien Städte zur Einrichtung von Kommunalen Gesundheitskonferenzen verpflichtet.

In der vom Rat oder vom Kreistag einberufenen Konferenz kommen alle an der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung beteiligten Institutionen, die Selbsthilfe, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie politische Vertreter zusammen.

Aufgaben sind der Aufbau von Kooperationsstrukturen, die Schaffung von Transparenz, die Problemdiskussion relevanter Themen auf der kommunalen Ebene, die Findung gemeinsamer Lösungen und die Verabschiedung von Empfehlungen zur Optimierung der Versorgungssituation. Gegenstand der Arbeit sind neben der Bewegungsförderung zum Beispiel Sucht, Drogen, Abhängigkeitserkrankungen, Gesundheitsförderung, Kinder- und Jugendgesundheit, psychiatrische Versorgung oder die Versorgung chronisch kranker Menschen.

Die Geschäftsführung der kommunalen Gesundheitskonferenzen ist in der Regel bei den Gesundheitsämtern angesiedelt. In der nachfolgenden Tabelle finden Sie die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner.

Gesundheitskonferenz	Koordinatorin/Koordinator	Adresse, T.-Nr., E-Mail
StädteRegion Aachen A 53 Gesundheitsamt, A 53.01 Kommunales Gesundheitsmanagement	Thilo Koch	Trierer Str. 1 52078 Aachen Tel.: 0241.5198-5303 E-Mail: thilo.koch@staedteregion-aachen.de
Stadt Bielefeld Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Cornelia Petzold	Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9 33602 Bielefeld Tel.: 0521.51-6737 E-Mail: cornelia.petzold@bielefeld.de
Stadt Bochum Geschäftsstelle Gesundheitsprojekte	Michael Sprünken	Gustav-Heinemann-Platz 2-6 44777 Bochum Tel.: 0234.910-1663 E-Mail: mspruenken@bochum.de
Stadt Bonn Gesundheitsamt Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Franz-Albert Kluth	Kurfürstenallee 2-3 53177 Bonn Tel.: 0228.77-3612 E-Mail: franz-albert.kluth@bonn.de
Kreis Borken Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Regina Kasteleiner	Burloer Str. 93 46325 Borken Tel.: 02861.821154 E-Mail: r.kasteleiner@kreis-borken.de

Gesundheitskonferenz	Koordinatorin/Koordinator	Adresse, T.-Nr., E-Mail
Stadt Bottrop Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Wolfgang Brockmann	Gladbecker Str. 66 46236 Bottrop Tel.: 02041.703528 E-Mail: wolfgang.brockmann@bottrop.de
Kreis Coesfeld Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Marcus Hagenbrock	Schützenwall 16 48651 Coesfeld Tel.: 02541.185308 E-Mail: gesundheitskoordination@kreis-coesfeld.de
	Paul Kiffmeyer	Tel.: 02541.185309 E-Mail: paul.kiffmeyer@kreis-coesfeld.de
Stadt Dortmund Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Ulrike Sundermann	Hövelstr. 8 44137 Dortmund Tel.: 0231.5025483 E-Mail: usundermann@stadtdo.de
Stadt Duisburg Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Bettina Schumacher	Landfermannstr. 1 47051 Duisburg Tel.: 0203.283-3938 E-Mail: gesundheitskonferenz@stadt-duisburg.de
Kreis Düren Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Dirk Philippsen	Bismarckstr. 16 52348 Düren Tel.: 02421.222-396 E-Mail: d.philippsen@kreis-dueren.de
	Nicole Savelsberg	Tel.: 02421.222-422 E-Mail: nicole.savelsberg@kreis-dueren.de
Stadt Düsseldorf Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Renate Hoop	Kölner Str. 180 40227 Düsseldorf Tel.: 0211.89-96950 E-Mail: renate.hoop@stadt.duesseldorf.de
Ennepe-Ruhr-Kreis Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Katrin-Johanna Kügler	Hauptstr. 92 58332 Schwelm Tel.: 02336.932651 E-Mail: K.Kuegler@en-kreis.de
Stadt Essen Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Lisa Schwermer	Hindenburgst.r 29 45127 Essen Tel.: 0201.8853118 E-Mail: lisa.schwermer@gesundheitsamt.essen.de

Gesundheitskonferenz	Koordinatorin/Koordinator	Adresse, T.-Nr., E-Mail
Kreis Euskirchen Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Klaus Schmitz	Jülicher Ring 32 53879 Euskirchen Tel.: 02251.15471 E-Mail: nikolaus.schmitz@kreis-euskirchen.de
Stadt Gelsenkirchen Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Angelika Rasseck	Kurt-Schumacher-Str. 4 45881 Gelsenkirchen Tel.: 0209.169-2253 E-Mail: angelika.rasseck@gelsenkirchen.de
Kreis Gütersloh Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Christel Kunz	Herzebrocker Str. 140 3334 Gütersloh Tel.: 05241.851660 E-Mail: Christel.kunz@gt-net.de
Stadt Hagen Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Richard Matzke	Berliner Platz 22 58089 Hagen Tel.: 02331.207-3423 E-Mail: richard.matzke@stadt-hagen.de
Stadt Hamm Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Gudrun Henneke Gabriele Siemer	Heinrich-Reinköster-Str. 8 59065 Hamm Tel.: 02381.17-2983 E-Mail: henneke@stadt.hamm.de Tel.: 02381.17-6472 E-Mail: siemer@stadt.hamm.de
Kreis Heinsberg Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Reinhard Kowald	Valkenburger Str. 45 52525 Heinsberg Tel.: 02452.135303 E-Mail: reinhard.kowald@kreis-heinsberg.de
Kreis Herford Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Renate Ricken	Amtshausstr. 2 32051 Herford Tel.: 05221.13-2133 E-Mail: R.Ricken@Kreis-Herford.de
Stadt Herne Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Klaus Winkler	Hauptstr. 272-274 44649 Herne Tel.: 02323.164574 E-Mail: klaus_winkler2000@yahoo.de
Hochsauerlandkreis Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Karl Josef Fischer	Steinstr. 27 59872 Meschede Tel.: 0291.941-469 E-Mail: Karl-Josef.Fischer@hochsauerlandkreis.de

Gesundheitskonferenz	Koordinatorin/Koordinator	Adresse, T.-Nr., E-Mail
Kreis Höxter Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Alfred Wiemers	Moltkestr. 12 37671 Höxter Tel.: 05271.965-2400 E-Mail: a.wiemers@kreis-hoexter.de
Kreis Kleve Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Georg Wolffram	Nassauer Allee 15-23 47533 Kleve Tel.: 02821.85-507 E-Mail: georg.wolffram@kreis-kleve.de
Stadt Köln Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Wolfgang Klier	Neumarkt 15-21 50667 Köln Tel.: 0221.221-23539 E-Mail: wolfgang.klier@stadt-koeln.de
Stadt Krefeld Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Jeanette Drees	Gartenstr. 30-32 47798 Krefeld Tel.: 02151.86-3503 E-Mail: jeanette.drees@krefeld.de
	Birgit Paas	Tel.: 02151.86-3563 E-Mail: birgit.paas@krefeld.de
Kreis Mettmann Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Regina Kohnert	Düsseldorfer Str. 47 40822 Mettmann Tel.: 02104.992256 E-Mail: regina.kohnert@kreis-mettmann.de
Stadt Leverkusen Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Dorothea Skerhut	Miselohestr. 4 51379 Leverkusen Tel.: 0214.406-5055 E-Mail: Dorothea.Skerhut@stadt.Leverkusen.de
	Helga Vogt	Tel.: 0214.406-5310 E-Mail: helga.vogt@stadt.leverkusen.de
Kreis Lippe Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Nicole Krüger	Felix-Fechenbach-Str. 5 32756 Detmold Tel.: 05231.62-429 E-Mail: n.krueger@kreis-lippe.de
Märkischer Kreis Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Klaus-Peter Isenberg	Heedfelder Str. 45 58509 Lüdenscheid Tel.: 02351.9666667 E-Mail: k.isenberg@maerkischer.kreis.de

Gesundheitskonferenz	Koordinatorin/Koordinator	Adresse, T.-Nr., E-Mail
Kreis Minden-Lübbecke – Sozialamt Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Dr. Christian Adam	Portastr. 13 32423 Minden Tel.: 0571.807-2831 E-Mail: c.adam@minden-luebbecke.de
	Doreen Evans	Tel.: 0571.807-2831 E-Mail: d.evans@minden-luebbecke.de
Stadt Mönchengladbach Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Dr. Gabriele Schmitz-Buhl	Am Steinberg 55 41061 Mönchengladbach Tel.: 02161.256514 E-Mail: gabriele.schmitz-buhl@moenchengladbach.de
	Berthold Seibel	Tel.: 0261.256502 E-Mail: berthold.seibel@moenchengladbach.de
Stadt Mülheim (Ruhr) Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Gabriel Melloch	Heinrich-Melzer-Str. 3 45468 Mülheim an der Ruhr Tel.: 0208.455-5306 E-Mail: Gabriel.Melloch@stadt-mh.de
Stadt Münster Gesundheitsamt Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Brigitte Kempe	Gasselstiege 13 48159 Münster Tel.: 0251.492-5306 E-Mail: kempeb@stadt-muenster.de
Oberbergischer Kreis Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Dr. Friedhelm Ortlieb	Am Wiedenhof 1-3 51643 Gummersbach Tel.: 02261.885310 E-Mail: friedhelm.ortlieb@obk.de
Stadt Oberhausen Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Norbert Turra-Ebeling	Tannenbergr. 11-13 46045 Oberhausen Tel.: 0208.8252984 E-Mail: norbert.turra@oberhausen.de
Kreis Olpe Fachdienst Gesundheit und Verbraucherschutz	Siegfried Hanke	Westfälische Str. 75 57462 Olpe Tel.: 02761.81-482 E-Mail: s_hanke@kreis-olpe.de
Kreis Paderborn Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Monika Riesenberg	Aldegreverstr. 10-14 33102 Paderborn Tel.: 05251.308288 E-Mail: riesenbergm@kreis-paderborn.de
Kreis Recklinghausen Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Annette Schmidt	Kurt-Schumacher-Allee 1 45657 Recklinghausen Tel.: 02361.53-4831 E-Mail: annette.schmidt@kreis-recklinghausen.de

Gesundheitskonferenz	Koordinatorin/Koordinator	Adresse, T.-Nr., E-Mail
Rhein-Erft-Kreis Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Hans-Peter Müller	Willy-Brand-Platz 1 50126 Bergheim Tel.: 02271.83-4533/4531 E-Mail: hans-peter.mueller@rhein-erft-kreis.de
Rheinisch-Bergischer Kreis Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Heike Döhmann	Am Rübezahlwald 7 51469 Bergisch-Gladbach Tel.: 02202.13-2452 E-Mail: doehmann@rbk-online.de
Rhein-Kreis Neuss Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Carsten Rumpeltin	Lindenstr. 16 41515 Grevenbroich Tel.: 02181.601-5387 E-Mail: carsten.rumpeltin@rhein-kreis-neuss.de
Rhein-Sieg-Kreis Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Anne Hippertchen	Kaiser-Wilhelm-Platz 1 53721 Siegburg Tel.: 02241.132-255 E-Mail: anne.hippertchen@rhein-sieg-kreis.de
	Gisela Giebelmeyer	Tel.: 02241.132-530 E-Mail: gisela.giebelmeyer@rhein-sieg-kreis.de
Siegen Wittgenstein Gesundheitsamt Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Dr. Christoph Grabe	Bismarckstr. 45 57076 Siegen Tel.: 0271.333-2840 E-Mail: c_grabe@siegen-wittgenstein.de
Kreis Soest Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Sabine Saatmann	Hoher Weg 1-3 59494 Soest Tel.: 02921.30-2155 E-Mail: sabine.saatmann@kreis-soest.de
Stadt Solingen Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Christiane Tobis	Rathausplatz 3 42651 Solingen Tel.: 0212.290-2523 E-Mail: c.tobis@solingen.de
Kreis Steinfurt Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Reinhard Barnow	Tecklenburger Str. 10 48565 Steinfurt Tel.: 02551.692847 E-Mail: reinhard.barnow@kreis-steinfurt.de
Kreis Unna Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Dr. Jochen Hartlieb	Platanenallee 16 59425 Unna Tel.: 02303.272754 E-Mail: jochen.hartlieb@kreis-unna.de
Kreis Viersen Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz	Axel Hummen	Rathausmarkt 3 41747 Viersen Tel.: 02162.39-1638 E-Mail: axel.hummen@kreis-viersen.de

7. Gesetzliche Krankenkassen und Krankenkassenverbände der GKV

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten zum einen eigene Programme zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention an. Zum anderen beteiligen sie sich an den Kosten für ihre Versicherten, die an entsprechenden qualitätsgesicherten ambulanten Bewegungsangeboten anderer Anbieter teilnehmen (zum Beispiel Sportvereine, Familienbildungsstätten, Volkshochschulen).

Voraussetzung hierfür ist jedoch in jedem Fall, dass die jeweils aktuellen Kriterien des Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbandes berücksichtigt werden, und die Leistungsanbieter hinsichtlich ihrer Konzepte sowie ihrer Qualifikation den Voraussetzungen des Leitfadens entsprechen.

Die regional oder überregional förderfähigen Programme können bei den Kassen erfragt werden oder teilweise auch im Internet in entsprechenden (Kurs-)Datenbanken abgerufen werden.

Neben den Angeboten der Verhaltens- beziehungsweise Individualprävention (Kurse) beteiligen sich die Krankenkassen auch an Projekten in (►) Settings. Die Möglichkeit von Kooperationen oder einer Förderung ist dabei im Einzelfall zu klären.

Die Präventionsreferentinnen und Präventionsreferenten der Krankenkassen auf Landesebene geben als Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner gerne weitere Auskünfte und vermitteln gegebenenfalls auch Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort.

Allgemeine Ortskrankenkassen

AOK NORDWEST

PD Dr. Michael Tiemann
 Nortkirchenstraße 103-105
 44263 Dortmund
 Tel.: 0231/4193-136
 E-Mail: Michael.Tiemann@wl.aok.de

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Klaus Menge
 Geschäftsbereich Prävention/Gesundheitssicherung
 Kasernenstraße 61
 40213 Düsseldorf
 Tel.: 0211/87 91 1312
 E-Mail: klaus.menge@rh.aok.de

Betriebskrankenkassen

BKK Landesverband Nordwest

Thomas Wagemann
 Referat: Gesundheit/Versicherung
 - Hauptverwaltung Essen -
 Kronprinzen 6, 45128 Essen
 Tel.: (0201) 179 - 1608
 E-Mail: Thomas.Wagemann@bkk-nordwest.de

Knappschaft

Claus Bockermann/Claudia Röttger
 Knappschaft Bochum
 Leistungsmanagement Krankenversicherung
 Dezernat I.5.2
 44781 Bochum
 Tel.: 0234/304 -15201 (Bockermann) bzw. -
 15204 (Röttger)
 E-Mail: claus.bockermann@kbs.de oder
 claudia.roettger@kbs.de

Landwirtschaftliche Krankenkassen

Paul Florian
 Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
 Hauptverwaltung Münster
 Hoher Heckenweg 76-80
 48147 Münster
 Tel.: 0251 2320 473
 E-Mail: Paul.Florien@lsv.nrw.de

Innungskrankenkassen**Vereinigte IKK**

Georg Hensel/ Theresia Kempf
 Vereinigte IKK
 Zentrum für Gesundheitsförderung
 Kölner Str. 3
 51429 Bergisch Gladbach
 Tel.: 01880 455-1271 (Hensel) bzw. -1276 (Kempf)
 E-Mail: georg.hensel@vereinigte-ikk.de oder
 theresia.kempf@vereinigte-ikk.de

Ersatzkassen**BARMER GEK**

Anne Rickert
 BARMER GEK Landesgeschäftsstelle NRW
 Mecumstr. 10
 40223 Düsseldorf
 Tel.: 01850067-3303
 E-Mail: anne.rickert@barmer-gek.de

Techniker Krankenkasse (TK)

Sandra Schäpker
 TK Landesvertretung NRW
 Bismarckstr. 101
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/ 93600-0
 E-Mail: sandra.schaepker@tk-online.de

DAK – Unternehmen Leben

Angelika Karrer
 DAK Geschäftsgebiet NRW
 Graf-Adolf-Str. 89
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/ 946840 - 1113
 E-Mail: angelika.karrer@dak.de

KKH-Allianz

Anke Dagele
 KKH-Allianz Hauptverwaltung
 Karl-Wiechert-Allee 61
 30625 Hannover
 Tel.: 0511/ 280233-42
 E-Mail: anke.dagele@kkh-allianz.de

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Maren Stobbe
 Hauptverwaltung
 Wandsbecker Zollstr. 86-90
 22041 Hamburg
 Tel.: 040/ 65696-1144
 E-Mail: maren.stobbe@hek.de

hkk

Antje Haschen
 Tannenstr. 11-13
 26122 Oldenburg
 Tel.: 0441/ 97261302
 E-Mail: antje.haschen@hkk.de

Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V.

Dirk Ruiss/Bärbel Brünger
 vdek NRW
 Graf-Adolf-Str. 67-69
 40210 Düsseldorf
 Tel.: 0211/ 38410-15 (Ruiss) bzw. -20 (Brünger)
 E-Mail: dirk.ruiss@vdek.com oder
 barbel.bruenger@vdek.com

8. Berufliche Vertretungen der Gesundheitsberufe in Nordrhein-Westfalen (Auswahl)

Ärzttekammer Nordrhein

Die Ärztekammer Nordrhein ist die berufliche Vertretung der Ärztinnen und Ärzte im Landesteil Nordrhein (Regierungsbezirke Köln und Düsseldorf). Zugleich nimmt sie in Selbstverwaltung öffentliche Aufgaben im Gesundheitswesen wahr und erfüllt weisungsgebunden staatliche Aufgaben.

Die Ärztekammer Nordrhein ist – gemeinsam mit anderen Akteurinnen und Akteuren – an Gesundheits- und Bewegungsförderungsprojekten wie „Rezept für Bewegung“, „Sport pro Gesundheit“ und „Gesund+mobil im Alter“ beteiligt.

Ansprechpartnerin der Ärztekammer Nordrhein für den Bereich Prävention/Gesundheitsberatung:

Ärzttekammer Nordrhein
Sabine Schindler-Marlow
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/4302-1378
Email: sabine.schindler-marlow@aekno.de



Weitere Informationen zur Ärztekammer Nordrhein und den genannten Gesundheits- und Bewegungsförderungsprojekten erhalten Sie im Internet unter der Adresse: www.aekno.de (Abruf: 25.08.2010).

Ärzttekammer Westfalen-Lippe

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe ist die berufliche Vertretung der Ärztinnen und Ärzte im Landesteil Westfalen-Lippe (Regierungsbezirke Arnsberg, Detmold und Münster). Zugleich nimmt sie in Selbstverwaltung öffentliche Aufgaben im Gesundheitswesen wahr und erfüllt weisungsgebunden staatliche Aufgaben.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe ist – gemeinsam mit anderen Akteurinnen und Akteuren – an Gesundheits- und Bewegungsförderungsprojekten wie „Sport pro Gesundheit“ beteiligt.

Ansprechpartnerin der Ärztekammer Westfalen-Lippe für den Bereich Prävention:

Ärzttekammer Westfalen-Lippe
Susanne Hofmann
Gartenstraße 210-214
48145 Münster
Tel.: 0251/929 20 43
E-Mail: hofmann@aekwl.de



Weitere Informationen zur Ärztekammer Westfalen-Lippe und den Projekten im Bereich Prävention erhalten Sie im Internet unter der Adresse: www.aekwl.de (Abruf: 25.08.2010).

Deutscher Verband für Pflegeberufe – Regionalverband Nordwest

Der Deutsche Verband für Pflegeberufe – Regionalverband Nordwest ist die Interessenvertretung von Beschäftigten und Selbstständigen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege in Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Ansprechpartnerin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, Regionalverband Nordwest (insb. für den Bereich Sturzprävention):

DBfK Nordwest e.V.
Patricia Drube
Müller-Breslau-Straße 30a
45130 Essen
Tel.: 0201 - 36 55 70
Fax 0201 – 36 55 7 11
E-Mail drube@dbfk.de

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.

Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e. V. ist der Berufsverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und beschäftigt sich unter anderem mit den Themenfeldern der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zu diesem Arbeitsbereich können Sie über die Geschäftsstelle des Verbandes erfragen:

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
Postfach 22 08
76303 Karlsbad-Ittersbach
Tel.: 07248 - 91 81 - 0
E-Mail: info@DVE.info



Weitere Informationen zum Deutschen Verband der Ergotherapeuten e.V. erhalten Sie im Internet unter der Adresse: www.dve.info (Abruf: 25.08.2010).

Landesverband nordrhein-westfälischer Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V.

Der Landesverband nordrhein-westfälischer Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. vertritt die Interessen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Nordrhein-Westfalen.

Über den Verband können Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention erfragt werden.

Theodor-Heuss-Ring 16
50668 Köln
Tel.: 0221-9318780
E-Mail: info@zvknrw.de



Weitere Informationen zum Landesverband nordrhein-westfälischer Physiotherapeuten/Krankengymnasten e.V. erhalten Sie im Internet unter der Adresse: www.zvknrw.de (Abruf: 25.08.2010).

9. Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen

Nordrhein-Westfalen hat sechs Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, die als Dachverbände ihre jeweiligen Mitgliedsverbände beziehungsweise -organisationen vertreten: Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz und Landesverband der Jüdischen Gemeinden.

Auf Landesebene haben sich die Spitzenverbände zur Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen zusammengeschlossen.

Arbeiterwohlfahrt**Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V.**

Detmolder Straße 280
33605 Bielefeld
Tel.: 05 21 / 92 16-0
Fax: 05 21 / 92 16-150

Bezirksverband Westl. Westfalen e.V.

Kronenstraße 63-69
44139 Dortmund
Tel.: 02 31 / 54 83-0
Fax: 02 31 / 54 83-209

Bezirksverband Niederrhein e.V.

Lützowstraße 32
45141 Essen
Tel.: 02 01 / 31 05-0
Fax: 02 01 / 31 05-276

Bezirksverband Mittelrhein e.V.

Rhonestraße 2a
50765 Köln
Tel.: 02 21 / 5 79 98-0
Fax: 02 21 / 5 79 98-160

Caritasverbände**Caritasverband für das Bistum Aachen e.V.**

Kapitelstraße 3
52066 Aachen
Tel.: 02 41 / 4 31-0
Fax: 02 41 / 4 31-450

Caritasverband für das Bistum Essen e.V.

Am Porscheplatz 1
45127 Essen
Tel.: 02 01 / 8 10 28-0
Fax: 02 01 / 8 10 28-88

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.

Kardinal-von-Galen-Ring 45
48149 Münster
Tel.: 02 51 / 89 01-0
Fax: 02 51 / 89 01-396

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.

Am Stadelhof 15
33098 Paderborn
Tel.: 0 52 51 / 2 09-0
Fax: 0 52 51 / 2 09-202

Diakonie**Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.**

Lenastraße 41
40470 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 63 98-0
Fax: 02 11 / 63 98-299
Friesenring 32/34
48147 Münster
Tel.: 02 51 / 27 09-0
Fax: 02 51 / 27 09-573

Diakonisches Werk der Lippischen Landeskirche e.V.

Leopoldstraße 27
32756 Detmold
Tel.: 0 52 31 / 97 66-0
Fax: 0 52 31 / 97 66-90
Diakonisches Werk der Ev. Kirche im Rheinland e.V.
(siehe oben)
Diakonisches Werk der Ev. Kirche von Westfalen e.V.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband**Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.**

Loher Straße 7
42283 Wuppertal
Tel.: 02 02 / 28 22-0
Fax: 02 02 / 28 22-428

Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Nordrhein e.V.

Aufm Hennekamp 71
40225 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 31 04-0
Fax: 02 11 / 31 04-162

Deutsches Rotes Kreuz, Landesverband Westfalen-Lippe e.V.

Sperlichstraße 25
48151 Münster
Tel.: 02 51 / 97 39-0
Fax: 02 51 / 97 39-106

Landesverband der Jüdischen Gemeinden von Nordrhein

Zietenstraße 50
40476 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 44 68 09
Fax: 02 11 / 48 84 01

Landesverband der Jüdischen Gemeinden von Westfalen-Lippe

Prinz-Fr.-Karl-Straße 12
44135 Dortmund
Tel.: 02 31 / 52 84 95
Fax: 02 31 / 5 86 03 72



Weitere Informationen zu den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege erhalten Sie auf den Internetseiten der freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen unter der Adresse: www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de (Abruf: 25.08.2010).

10. Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen e.V.

Der Landessportbund Nordrhein-Westfalen e.V. versteht sich als Interessenvertreter des organisierten Sports in Nordrhein-Westfalen. Er ist der Dachverband der Sportfachverbände, und der Stadt- und Kreissportbünde in Nordrhein-Westfalen. Der Landessportbund Nordrhein-Westfalen ist einer der 16 Landessportbünde innerhalb des Deutschen Olympischen Sportbundes.

Er hat zahlreiche Programme zur Förderung der sportlichen Aktivität älterer Menschen aufgelegt. Im Bereich Breitensport zeichnen sich für den Sport der Älteren sowie Sport und Gesundheit die nachfolgenden Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner verantwortlich:

Referat Breitensport/ Sporträume

Michael Heise (Referatsleiter)
Tel.: 0203-7381-890
E-Mail: Michael.Heise@lsb-nrw.de

Gruppe: Familie, Generationen, Trends und Innovationen

Anke Borhof
Tel.: 0203-7381-861
E-Mail: anke.borhof@lsb.nrw.de

Ältere im Sport

Petra Dietz
Tel.: 0203-7381-879
E-Mail: Petra.Dietz@lsb-nrw.de

Gruppe: Sport und Gesundheit

Dr. Michael Matlik
Tel.: 0203-7381-838
E-Mail: michael.matlik@lsb-nrw.de
Prävention/ Betriebliche Gesundheitsförderung
Hans-Georg Schulz
Tel.: 0203-7381-946
E-Mail: hans-georg.schulz@lsb-nrw.de



Die Aus- und Fortbildung von Übungsleiterinnen und Übungsleitern ist ein Schwerpunkt des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen – und zwar auf allen Lizenzstufen – um Übungsleiterinnen und Übungsleiter für die Arbeit mit den unterschiedlichsten Zielgruppen in den Sportvereinen zu qualifizieren. Dies betrifft auch die Arbeit mit älteren Menschen, für die sich mittlerweile entsprechende Angebote etabliert haben. Eine Übersicht über Qualifizierungsangebote der Stadt- und Kreissportbünde können Sie im Internet abrufen: www.qualifizierungimспорт.de (Abruf: 25.08.2010).

Zur Qualifizierung der Übungsleiter/innen im Bereich „Ältere im Sport“ werden die folgenden Ausbildungen angeboten:

- auf der 1. Lizenzstufe: die Übungsleiter-C-Ausbildung Erwachsene oder Zielgruppen übergreifend (Basis- und Aufbaumodul)
- auf der 2. Lizenzstufe: Übungsleiter-B-Ausbildungen „Ältere im Sport“ und „Gesundheitstraining für Ältere“
- ergänzt wird das Angebot durch eine Reihe themenspezifischer Fortbildungen, unter anderem zur Sturzprävention.



Über den Landessportbund Nordrhein-Westfalen gibt es eine Reihe kostenloser Materialien zum Themengebiet Sport und ältere Menschen.

Ausführliche Materialien zum Thema Sport der Älteren sowie Sport und Gesundheit sind zu beziehen über den Sportshop im Internet unter: www.lsb-shop.de (Abruf: 25.08.2010).

Auf der Homepage des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen finden Sie unter anderem zahlreiche Informationen rund um das Themengebiet Sport, Gesundheit und Alter sowie zum Angebotsspektrum der Sportvereine im Bereich Gesundheitssport: www.wir-im-sport.de (Breitensport; Abruf: 25.08.2010).

Der Deutsche Olympische Sportbund hat gemeinsam mit der Bundesärztekammer mit „SPORT PRO GESUNDHEIT“ ein Programm im Bereich des Gesundheitssports entwickelt. Die Kurse dienen je nach Ausrichtung der Vorbeugung von Erkrankungen oder der Rehabilitation bei bereits bestehenden Beschwerden. Sie werden von speziell ausgebildeten Übungsleitern durchgeführt.

Viele Krankenkassen haben das Siegel als qualifizierte Maßnahme zur Primärprävention anerkannt, sofern diese alle Kriterien des Leitfadens Prävention (GKV-Spitzenverband 2010) erfüllen. Mitglieder haben so die Möglichkeit, sich über § 20 SGB V einen Teil der Kurskosten rückerstatten zu lassen. Darüber hinaus sind die Angebote von Sport pro Gesundheit von einigen Kassen über § 65 SGB V in das Bonusprogramm aufgenommen worden. Hilfe bei der Suche nach Angeboten in Ihrer Nähe finden Sie auf den Internetseiten des Deutschen Olympischen Sportbundes unter www.sportprogesundheit.de (Abruf: 25.08.2010).

Weitere Informationen zum Sport und zu Sportarten für ältere Menschen finden Sie auch auf der Seite des Deutschen Olympischen Sportbundes unter: www.richtigfit-ab50.de (Abruf: 25.08.2010).

Die nachfolgende Tabelle enthält Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner des organisierten Sports auf kommunaler Ebene (Stadt- und Kreissportbünde).



© LandeSportBund NRW/Andrea Bowinkelmann

Mitgliedsorganisation	Adresse	Telefon E-Mail
Bottroper Sportbund e. V.	Hans-Böckler-Str. 60 46236 Bottrop	02041 779000 service@bottroper-sportbund.de
Essener Sportbund e. V.	Steeler Str. 38 45127 Essen	0201 81460 info@essener-sportbund.de
Gelsensport (SSB Gelsenkirchen) e. V.	Grenzstr. 1 45881 Gelsenkirchen	0209 9479610 contact@gelsensport.de
Kreissportbund Aachen e. V.	Mauerfeldchen 50 52146 Würselen	02405 479380 info@ksb-aachen.de
Kreissportbund Borken e. V.	Hoher Weg 19-21 46325 Borken	02862 418790 info@ksb-borken.de
Kreissportbund Coesfeld e. V.	Borkener Str. 13 48653 Coesfeld	02541 82988 ksb-coesfeld@t-online.de
Kreissportbund Düren e. V.	Kirchfeld 23 52355 Düren	02421 502373 info@ksb-dueren.de
Kreissportbund Ennepe-Ruhr e. V.	Westfalenstr. 75 58453 Witten	02302 914500 info@ksb-en.de
Kreissportbund Euskirchen e. V.	Jülicher Ring 32 53879 Euskirchen	02251 15679 kontakt@ksb-euskirchen.de
Kreissportbund Gütersloh e. V.	Herzebrocker Str. 140 33334 Gütersloh	05241 851441 ksb@gt-net.de
Kreissportbund Heinsberg e. V.	Stapper Str. 36 52525 Heinsberg	02452 904005 info@ksb-heinsberg.de
Kreissportbund Herford e. V.	Amtshausstr. 3 32051 Herford	05221 131436 ksb.herford@gmx.de
Kreissportbund Hochsauerlandkreis e. V.	Am Sportplatz 14 59872 Meschede	02903 851335 g.rieger@hochsauerlandsport.de
Kreissportbund Höxter e. V.	Moltkestr. 12 37671 Höxter	05271 921902 info@ksbhoexter.de
Kreissportbund Kleve e. V.	Kevelaerer Str. 53 47626 Kevelaer	02832 98646 info@ksb-kleve.de
Kreissportbund Lippe e. V.	Felix-Fechenbach-Str. 5 32756 Detmold	05231 627901 info@ksb-lippe.de
Kreissportbund Märkischer Kreis e. V.	Werner-Jakobi-Platz 12 58636 Iserlohn	02371 2171057 info@ksb-mk.de
Kreissportbund Mettmann e. V.	Mittelstr. 9 40822 Mettmann	02104 976100 info@ksbmettmann.de
Kreissportbund Minden-Lübbecke e. V.	Hahler Str. 112 32427 Minden	0571 8290750 info@ksb-ml.de

Mitgliedsorganisation	Adresse	Telefon E-Mail
Kreissportbund Oberberg e. V.	Hindenburgstr. 37 51643 Gummersbach	02261 911930 info@ksb-oberberg.de
Kreissportbund Olpe e. V.	Kolpingstr. 12 57462 Olpe	02761 943377 info@ksb-olpe.org
Kreissportbund Paderborn e. V.	Am Bischofsteich 42 33102 Paderborn	05251 32971 info@ksb-paderborn.de
Kreissportbund Recklinghausen e. V.	Lehmbecker Pfad 31 45770 Marl	02365 502822 meuer@kreissportbund-re.de
Kreissportbund Rhein-Erft e. V.	Chaunyring 11 50126 Bergheim	02271 43057 buero@ksb-rhein-erft.de
Kreissportbund Rheinisch-Bergischer Kreis	Am Rübezahlwald 7 51469 Bergisch Gladbach	02202 200328 info@kreissportbund-rhein-berg.de
Kreissportbund Rhein-Sieg e. V.	Wilhelmstr. 66 53721 Siegburg	02241 69060 ksb.rhein-sieg@t-online.de
Kreissportbund Siegen-Wittgenstein e. V.	Bismarckstr. 45 57076 Siegen	0271 41115 ksb-siegen-wittgenstein@online.de
Kreissportbund Soest e. V.	Hoher Weg 1-3 59494 Soest	02921 302483 paul.stewen@kreis-soest.de
Kreissportbund Steinfurt e. V.	Windstr. 1 48565 Steinfurt	02551 833630 info@ksb-steinfurt.de
Kreissportbund Unna e. V.	Friedrich-Ebert-Str. 65 59425 Unna	02303 251200 info@kreissportbund-unna.de
Kreissportbund Viersen e. V.	Rathausmarkt 3 41747 Viersen	02162 391744 ksb@kreis-viersen.de
Kreissportbund Warendorf e. V.	Roonstr. 6 59227 Ahlen	02382 781878 info@ksb-warendorf.de
Kreissportbund Wesel e. V.	Stralsunder Str. 23-25 46483 Wesel	0281-21823 kreissportbundwesel@gmx.de
Mülheimer Sportbund a. d. Ruhr e. V.	Südstr.25 45470 Mülheim a.d.Ruhr	0208 3085030 msb-muelheimersportbund@t-online.de
Solinger Sportbund e. V.	Am Neumarkt 27 42651 Solingen	0212 202229 info@solingersport.de
Sportbund Leverkusen e. V.	Robert-Blum-Str. 10 51373 Leverkusen	0214 8684040 info@sportbund-leverkusen.de
Sportbund Remscheid e. V.	Jan-Wellem-Str.29 42859 Remscheid	02191 341443/389160 info@sportbund-remscheid.de
Sportbund Rhein-Kreis Neuss	Lindenstr.2 41515 Grevenbroich	02181 6012442 mail@ksbneuss.de

Mitgliedsorganisation	Adresse	Telefon E-Mail
Stadtsportbund Aachen e. V.	Sigmundstr. 18 52070 Aachen	0241 512923 info@sportinaachen.de
Stadtsportbund Bielefeld e. V.	August-Bebel-Str. 57 33602 Bielefeld	0521 5251550 ssb@sportbund-bielefeld.de
Stadtsportbund Bochum e. V.	Westring 32 44787 Bochum	0234 96139-0 info@sport-in-bochum.de
Stadtsportbund Bonn e. V.	Am Frankenbad 2 53111 Bonn	0228 692296 kontakt@ssb-bonn.de
Stadtsportbund Dortmund e. V.	Beurhausstr.16-18 44137 Dortmund	0231 5011111 info@ssb-do.de
Stadtsportbund Duisburg e. V.	Bertaallee 8 b 47055 Duisburg	0203 3000811 ssb@ssb-duisburg.de
Stadtsportbund Düsseldorf e. V.	Arena-Str. 1 40474 Düsseldorf	0211 2005440 kontakt@ssbduesseldorf.de
Stadtsportbund Hagen e. V.	Hochstr. 74 58095 Hagen	02331 25540 info@stadtsportbund-hagen.de
Stadtsportbund Hamm e. V.	Stadthausstr. 3 59065 Hamm	02381 15155 ssb.hamm@t-online.de
Stadtsportbund Herne e. V.	Bahnhofstr. 143 44623 Herne	02323 53693 info@ssb-herne.de
Stadtsportbund Köln e. V.	Ulrich-Brisch-Weg 1 50858 Köln	0221 92130022 info1@ssbk.de
Stadtsportbund Krefeld e. V.	Girmesgath 135 47803 Krefeld	02151 771021 ssb-krefeld@t-online.de
Stadtsportbund Mönchengladbach e. V.	Berliner Platz 19 41061 Mönchengladbach	02161 294390 stadtsportbund@mg-sport.de
Stadtsportbund Münster e. V.	Mauritz-Lindenweg 95 48145 Münster	0251 30334 info@stadtsportbund-ms.de
Stadtsportbund Oberhausen e. V.	Sedanstr.34 46045 Oberhausen	0208 825 3121 stadtsportbundbuero@oberhausen.de
Stadtsportbund Wuppertal e. V.	Bundesallee 243-247 42103 Wuppertal	0202 456055 ssb-wuppertal@t-online.de

11. Landesarbeitsgemeinschaft und Mitgliedsvereine des Deutschen Wanderverbandes in Nordrhein-Westfalen (Stand: März 2010)

Der Deutsche Wanderverband vertritt als Dachverband der deutschen Gebirgs- und Wandervereine die Interessen der Wanderer in Deutschland.

Die Wandervereine organisieren beispielsweise Tages- und Mehrtageswanderungen oder Gesundheitswanderungen (►► S. 24 f). Außerdem bieten sie meist ein umfangreiches Freizeitprogramm mit Radtouren, Skifreizeiten, Heimatabenden oder Tanzgruppen an. Sie markieren und pflegen Wanderwege, sie unterhalten Wanderheime und andere Einrichtungen zur Förderung des Wanderns und geben Wanderkarten, Wanderliteratur und Heimatzeitschriften heraus.

Deutscher Wanderverband

Wilhelmshöher Allee 157-159
34121 Kassel
Tel.: 05 61-9 38 73-0
Fax: 05 61-9 38 73-10
E-Mail: info@wanderverband.de
Internet: www.wanderverband.de (Abruf: 25.08.2010).

Landesarbeitsgemeinschaft der Wandervereine Nordrhein-Westfalen

Geschäftsstelle: c/o Sauerländischer Gebirgsverein e.V.
Hasenwinkel 4, 59821 Arnsberg
Tel: 0 29 31/52 48-13, Fax 0 29 31/52 48-15
E-Mail: info@sgv.de
Internet: www.sgv.de (Abruf: 25.08.2010).

Eggegebirgsverein e.V.

Geschäftsstelle des Eggegebirgsvereins e.V.
Auf dem Krähenhügel 7, 33014 Bad Driburg
Tel: 05253/931176, Fax 05253/931176
E-Mail: info@eggegebirgsverein.de
Internet: www.eggegebirgsverein.de (Abruf: 25.08.2010).

Kölner Eifelverein e.V.

c/o Am Flachsrostweg 24, 51061 Köln
Tel: 0221/646619, Fax: 0221/9911426
E-Mail: info@koelner-eifelverein.de
Internet: www.koelner-eifelverein.de (Abruf: 25.08.2010).

Sauerländischer Gebirgsverein

SGV-Hauptgeschäftsstelle
Hasenwinkel 4, 59821 Arnsberg
Tel: 02931/5248-13, Fax: 02931/5248-15
E-Mail: info@sgv.de
Internet: www.sgv.de (Abruf: 25.08.2010).

Teutoburger-Wald-Verein e.V.

Ravensberger Str. 61, 33602 Bielefeld
Tel: 0521/63019, Fax: 0521/63019
E-Mail: teutoburgerwaldverein@t-online.de
Internet: www.teutoburgerwaldverein.de (Abruf: 25.08.2010).

Wanderfreunde Bad Salzuflen e.V. (1981)

Postfach 1873, 32070 Bad Salzuflen
Tel: 05222/50257

Wanderverein Porta Westfalica-Mittelweser e.V.

Postfach 33 30, 32390 Minden
Tel: 0571/76033
E-Mail: info@wanderverein-porta-westfalica-mittelweser.de
Internet: www.wanderverein-porta-westfalica-mittelweser.de (Abruf: 25.08.2010).

Wiehengebirgsverband Weser-Ems e.V.

Rolandsmauer 23a, 49074 Osnabrück
Tel: 0541/29771, Fax: 0541/201618
E-Mail: wgv-weser-ems@t-online.de
Internet: www.wgv-weser-ems.de (Abruf: 25.08.2010).



Weitere Informationen zum Deutschen Wanderverband erhalten Sie im Internet:
www.wanderverband.de (Abruf: 25.08.2010).

12. Allgemeiner Deutscher Fahrrad-Club e.V. – Landesverband Nordrhein-Westfalen

Der Allgemeine Deutsche Fahrrad-Club e.V. – Landesverband Nordrhein-Westfalen ist der größte Landesverband des Allgemeinen Deutschen Fahrrad-Clubs. In 38 Kreisverbänden und 92 Ortsgruppen ist der Allgemeine Deutsche Fahrrad-Club e.V. – Landesverband Nordrhein-Westfalen momentan vor Ort in den Kreisen, Städten und Gemeinden aktiv. Er setzt sich für eine umweltfreundliche Verkehrspolitik ein, bietet aber auch gemeinsame Touren an und berät in allen Fragen rund um das Fahrrad.

Als Landesverband arbeitet er vor allem in und an Projekten für das Land Nordrhein-Westfalen, für Städte und Gemeinden sowie für die Tourismusverbände in Nordrhein-Westfalen. Dabei steht die Entwicklung einer umfassenden Radverkehrsinfrastruktur im Mittelpunkt.

Allgemeiner Deutscher Fahrrad-Club
Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V.
Hohenzollernstr. 27-29
40211 Düsseldorf
Tel.: (0211) 68708-0
Fax: (0211) 68708-20
E-Mail: info@adfc-nrw.de



Weitere Informationen zum Allgemeinen Deutschen Fahrrad-Club e.V. – Landesverband Nordrhein-Westfalen erhalten Sie auf der Internetseite: www.adfc-nrw.de (Abruf: 25.08.2010).

Hier finden Sie auch Informationen zum Radwegenetz und zu Projekten des Verbandes und gemeinsame Touren vor Ort.

Informationen zum Bundesverband erhalten Sie unter: www.adfc.de (Abruf: 25.08.2010).

13. Seniorenvertretungen und -arbeitsgemeinschaften

Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e.V.

Die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e.V. ist die Dachorganisation der kommunalen Seniorenvertretungen und Mitglied in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesseniorenvertretungen.

Sie unterstützt die kommunalen Seniorenvertretungen und versteht sich als Sprachrohr der Seniorenvertretungen auf Landesebene. Gerne vermittelt Sie Kontakt zu Seniorenvertretungen in Ihrer Nähe.

Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e.V.
Gasselstiege 13
48159 Münster
Tel.: 02 51/21 20 50
E-Mail: info@lsv-nrw.de



Weitere Informationen zur Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen e.V. erhalten Sie im Internet: www.lsv-nrw.de (Abruf: 25.08.2010).

Dort finden Sie auch die Kontaktdaten zu allen Seniorenvertretungen der nordrhein-westfälischen Regierungsbezirke.

Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros ist ein Zusammenschluss der Träger von Seniorenbüros. Sie fördert das freiwillige Engagement älterer Menschen und wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Sie unterstützt unter anderem Kommunen beim Auf- und Ausbau von Seniorenbüros.

Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V.
Bonngasse 10
53111 Bonn
Tel.: 0228 - 61 40 74
E-Mail: bas@seniorenbueros.org



Weitere Informationen zur Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros erhalten Sie im Internet: www.seniorenbueros.org (Abruf: 25.08.2010).

Dort finden Sie auch die aktuellen Kontaktdaten zu den lokalen Seniorenbüros in Deutschland.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V. tritt als Interessenvertretung der älteren Generationen in Deutschland vor allem dafür ein, dass jedem Menschen ein selbstbestimmtes Leben im Alter möglich ist und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Die BAGSO ist an Projekten der Gesundheits- und Bewegungsförderung, wie beispielsweise an dem Projekt „Aktiv im Alter“ und der Kampagne „Fit im Alter: Gesund essen, besser leben“, beteiligt.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V.

Ursula Lenz

Bonngasse 10

53111 Bonn

Tel.: 02 28 / 24 99 93 18

E-Mail: lenz@bagso.de



Weitere Informationen zur Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e.V. erhalten Sie im Internet: www.bagso.de (Abruf: 25.08.2010).

14. Gesunde Städte-Netzwerk

Das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik versteht sich als Teil der „Gesunde Städte“-Bewegung der WHO.

In der gesunden Stadt stehen Gesundheit, körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden im Mittelpunkt aller – nicht zuletzt der politischen – Entscheidungen.

Zu den Zielen des Netzwerkes gehört es daher, Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitische Aufgabe im öffentlichen Bewusstsein zu verankern. Es verfolgt dieses Ziel in enger Zusammenarbeit mit Fachleuten des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, der Arbeitsgebiete Umwelt, Wohnen, Stadtentwicklung, mit Initiativen, Projekten und der Selbsthilfebewegung.

Ein wichtiges Prinzip der Arbeit ist die Vernetzung, die den Transfer von Impulsen und Erfahrungen erleichtert.

Gesunde Städte-Netzwerk

Gesunde Städte-Sekretariat

Gesundheitsamt Münster

48127 Münster

E-Mail: gsn@stadt-muenster.de



Weitere Informationen zum Gesunde Städte-Netzwerk erhalten Sie auf den Internetseiten des Netzwerkes unter der Adresse: www.gesunde-staedte-netzwerk.de (Abruf: 25.08.2010).

15. Soziale Stadt Nordrhein-Westfalen

Soziale Stadt NRW steht für Solidarität in der Stadt und mit den Städten.

Das Programm wurde 1993 unter dem Titel 'Integriertes Handlungsprogramm der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für Stadtteile mit besonderem Erneuerungsbedarf' ins Leben gerufen.

Vorbild dieser Initiative von Land und Kommunen waren zunächst neue Ansätze der Stadterneuerung in europäischen Nachbarländern. Aber auch bereits bestehende umfangreiche Aktivitäten einiger großer Kommunen in NRW fanden Eingang in die Konzeption zur Unterstützung bestimmter Stadtteile im Strukturwandel.

Ausgangslage für das Programm waren anhaltende negative Entwicklungen in ökonomischer, ökologischer und sozialer Hinsicht, die das Gesicht der Städte deutlich veränderten. Der Verlust von Arbeitsplätzen war für ganze Stadtteile gleichbedeutend mit dem Verlust ihrer wirtschaftlichen Basis. Dadurch veränderten sich auch die Anforderungen an das Miteinander der Menschen und an ihre Lebensräume.

Die Soziale Stadt in NRW ist Antwort auf diese Entwicklungen und widmet gerade den Quartieren in den Städten besondere Aufmerksamkeit, die durch den Wandel stark belastet werden. Ihre Leitidee ist es, vorhandene Kräfte zu mobilisieren, um den Prozess des Strukturwandels positiv gestalten zu können. Ziel ist es, in diesen Quartieren eine stabilisierende Entwicklung in Gang zu bringen: Es muss gelingen, dass die Bewohner der Stadtteile Teil der städtischen Gemeinschaft bleiben und dass die Quartiere selbst als Wohn-, Arbeits- und Lebensraum bestehen können.

Dafür stehen 3 Grundsätze:

- Konzentrierte Anstrengungen für einen begrenzten Zeitraum sollen mobilisieren und motivieren für eine zukünftige Entwicklung aus eigener Kraft.
- Durch interdisziplinäres und ebenenübergreifendes Arbeiten bringen zahlreiche beteiligte Institutionen ihre fachlichen Kompetenzen ein.
- Jeder Stadtteil hat seine Qualitäten – Sie müssen genutzt werden! Bewohner, Akteure und ortsansässige Unternehmen sind gefragt, aktiv mitzuwirken.



Weitere Informationen zur Sozialen Stadt Nordrhein-Westfalen sowie zu Programmen und Projekten erhalten Sie im Internet: www.soziale-stadt.nrw.de (Abruf: 25.08.2010).

16. Landesverband der Volkshochschulen von Nordrhein-Westfalen e.V.

Der Landesverband der Volkshochschulen von Nordrhein-Westfalen e.V. vertritt als größte Landesorganisation der Weiterbildung in Nordrhein-Westfalen die Interessen von 135 Volkshochschulen.

Die Geschäftsstelle bietet Service und Support für die Mitgliedseinrichtungen, insbesondere in den Bereichen Fortbildung, Zertifikatsprüfungen, Konzeptentwicklung, Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und verbandsinterne Kommunikation.

Wie auch die anderen 15 Landesverbände der Volkshochschulen in der Bundesrepublik ist der Landesverband der Volkshochschulen von Nordrhein-Westfalen e.V. Mitglied des Deutschen Volkshochschul-Verbandes e.V.

Die Volkshochschulen bieten zahlreiche Kurse im Bereich der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention an. Beim Verband, aber auch den Volkshochschulen vor Ort finden Sie dazu weitere Informationen.

Landesverband der Volkshochschulen von Nordrhein-Westfalen e.V.

Ingrid Pieper-Sentürk
Bismarckstraße 98
40210 Düsseldorf
Tel.: 0211/542141-11
E-Mail: piepersentuerk@vhs-nrw.de



Weitere Informationen zum Landesverband der Volkshochschulen von Nordrhein-Westfalen e.V. sowie zum Kursangebot der Volkshochschulen erhalten Sie auf den Internetseiten des Verbandes unter der Adresse: www.vhs-nrw.de (Abruf: 25.08.2010).

XX. Weitere Literaturhinweise zum Themengebiet – eine Auswahl

Bouchard, C./Blair, S.N./Haskell, W.L. (Hg.) (2007): Physical Activity and Health.

Champaign, IL: Human Kinetics

Das englischsprachige Buch bietet eine umfassende Einführung in die Thematik der körperlichen Aktivität und Gesundheit. Es werden zunächst grundlegende Erklärungen zu Gesundheit, Krankheitslast, körperlicher Aktivität und Fitness geliefert. Darüber hinaus werden Erklärungen zu der Beziehung zwischen Gesundheit und körperlicher Aktivität gegeben, indem zum Beispiel die Effekte regelmäßiger körperlicher Aktivität auf bestimmte Krankheiten wie Krebs, Diabetes und die Mortalität beschrieben werden.

Das Buch richtet sich sowohl an Akteurinnen und Akteure als auch an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die ein Interesse an umfangreichen Informationen zum Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit haben.

Dugdill, L./Crone, D./Murphy, R. (Hg.) (2009): Physical Activity & Health Promotion

Oxford: John Wiley & Sons

Der englischsprachige Sammelband von Lindsey Dugdill fasst die aktuellen Ergebnisse internationaler Forschung zum Themengebiet körperliche Aktivität, Gesundheit und Gesundheitsförderung zusammen und leitet Konsequenzen für die Praxis der Bewegungsförderung ab.

Er fasst unter anderem die Erkenntnisse zu Bewegungsförderung auf kommunaler Ebene, im betrieblichen Kontext, für ältere Menschen und die internationalen Entwicklungen der Bewegungsförderung zusammen.

Das Buch richtet sich an Akteurinnen und Akteure der Gesundheits- und Bewegungsförderung.

Marcus, B.H./Forsyth, LA.H. (2009): Motivation People to Be Physically Active.

Champaign, IL: Human Kinetics

Die englischsprachigen Veröffentlichungen „Physical Activity Intervention Series“ widmen sich dem Thema Bewegungsförderung und vermitteln spezielle Informationen, Methoden und Techniken zur körperlichen Aktivität. Die Handbücher dienen Akteurinnen und Akteuren als Unterstützung bei der Planung, Entwicklung, Einführung sowie bei der (►) Evaluation von Bewegungsförderungsmaßnahmen.

Die vorliegende Veröffentlichung aus dieser Serie beantwortet unter anderem die Frage, wie Menschen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden können. Zudem gibt sie der Leserin und dem Leser praktische Werkzeuge wie Fragebögen und Arbeitsblätter an die Hand.

Das Buch richtet sich an Akteurinnen und Akteure der Gesundheits- und Bewegungsförderung.

Oja, P./Borms, J. (Hg.) (2004): Health Enhancing Physical Activity.

Oxford: Meyer & Meyer Sports

Die von dem International Council of Sport Science an Physical Education (ICSSPE) herausgegebene englischsprachige Schriftenreihe „Perspektives“ widmet sich verschiedenen sportwissenschaftlichen Themen. Der vorliegende Band 6 befasst sich mit dem Thema der gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität und bearbeitet Fragestellungen zu dem Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit. Außerdem werden die gesundheitlichen Risiken durch körperliche Inaktivität aufgezeigt. Zudem werden den Leserinnen und Lesern Strategien zur Bewegungsförderung vorgestellt.

Dieses Buch richtet sich an Fachleute sowie Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung.

Schlicht, W./Brand, R. (2007): Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Eine interdisziplinäre Einführung.

Weinheim: Juventa

Dieses Buch bietet eine interdisziplinäre Einführung in das Thema der körperlichen Aktivität und der Gesundheit, indem die verschiedenen Perspektiven aus Public Health, Sportpsychologie, Sportmedizin und Trainingswissenschaft betrachtet werden.

Die Leserinnen und Leser erhalten eine theoretische Einführung in das komplexe Themengebiet und werden über relevante Krankheitsrisiken, die mit körperlicher Inaktivität einhergehen, aufgeklärt. Zudem werden Informationen zu Gesundheitsförderung und Gesundheitsverhaltensänderungen gegeben und Kriterien für die erfolgreiche Umsetzung von Bewegungsförderungsmaßnahmen aufgezeigt.

Dieses Buch richtet sich an Praktikerinnen und Praktiker sowie an Fachleute der Bewegungsförderung.

XXI. Literatur

- Ackermann, G./Studer, H./Ruckstuhl, B. (2009): Quint-essenz: Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P./Müller, V. (Hg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Verlag Hans Huber, 137-156
- Ackermann, G./Studer, H. (2006): Besser mit Methode. Focus, Magazin der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, März 2006, 18-21. Abzurufen unter: http://www.quint-essenz.ch/de/files/Focus26_QualK.pdf (Stand: 04.08.2010)
- Allen, N.A. (2004): Social Cognitive Theory in Diabetes Exercise Research: An Integrative Literature Review. *The Diabetes Educator* 30, Nr. 5, 805-819
- Allmer, H. (2008): Evaluationskonzept zur LSB-Bewegungskampagne "Überwinde deinen inneren Schweinehund". In: Knoll, M./Woll, A. (Hg.): Sport und Gesundheit in der Lebensspanne. Ahrensburg: Czwalina, S. 80-84
- Altgeld, T. (2009): „Im Finanzierungsdschungel von Gesundheitsförderung und Prävention.“ „Eher Trampelpfade als verlässliche Finanzierungswege – Investition in Gesundheitsförderung und Prävention“. In: Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., 63,1-3
- Altgeld, T./Bächlein, B./Deneke, C. (Hg.) (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag
- Altgeld, T./Kolip, P. (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In: Kolip, P./Altgeld, T. (Hg.): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim: Juventa Verlag, 15-26
- Altgeld, T./Kolip, P. (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In:
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 41-51
- Andersen, L.B./Schnohr, P./Schroll, M./Ole Hein, H. (2000): All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Archives of Internal Medicine* 160, Nr. 11, 1621-1628
- Ashworth, N.L./Chad, K.E./Harrison, E.L./Reeder, B.A./Marshall, S.C. (2005): Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Nr. 1, CD004017
- Bär, G./Böhme, C./Reimann, B. (2009): Kinder- und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik GmbH
- Bartholomew, L.K./Parcel, G.S./Kok, G./Gottlieb, N.H. (2006): Planning Health Promotion Programs: Intervention Mapping. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Baumann, H. (2005): Bewegung und Spiel bereichern auch im Alter das Leben – Anmerkungen aus entwicklungstheoretischer und sportwissenschaftlicher Sicht. *European Journal of Geriatrics* 7, Nr. 2, 99-107
- Bauman, A.E./Sallis, J.F./Dzewaltowski, D.A./Owen, N. (2002): Toward a better understanding of the influences on physical activity: the role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American journal of preventive medicine* 23, Nr. 2 Suppl 1, 5-14
- Blair, S.N./Dunn, A.L./Marcus, B.H./Carpenter, R.A./Jaret, P. (2001): Active living every day. 20 steps to lifelong vitality. Champaign, IL: Human Kinetics
- Blair, S.N. (2000): Physical inactivity: The major Public health Problem of the next millennium. 5th Annual Congress of the European College of Sport Science. Jyväskylä 2000. Finland
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2002): Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden: Nomos
- Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Statistisches Bundesamt; Deutsches Zentrum für Altersfragen; Robert Koch-Institut (RKI)
- Bortz, J./Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. überarbeitete Auflage. Berlin: Springer
- Bös, K. (1994): Akzeptanz und Effektivität von Gesundheitsförderungsprogrammen im Betrieb. Bad Schönborn: IDAG (Institut für präventive Diagnostik, Aktivitäts- und Gesundheitsförderung)
- Boukal, C./Meggeneder, O. (2006). Healthy Work in an Ageing Europe. A European Collection of Measures for Promo-

- ting the Health of Ageing Employees at the Workplace. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag
- Bravata, D.M./Smith-Spangler, C./Sundaram, V./Gienger, A.L./Lin, N./Lewis, R./Stave, C.D./Okin, I./Sirard, J.R. (2007): Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *Journal of the American Medical Association* 298, Nr. 19, 2296-2304
- Breckenkamp, J./Hellmeier, W./Terschüren, C./Annuß, R. (2007): Demographie und Gesundheit. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): *Gesundheitsberichte Spezial. Band 4: Gesundheit und Alter – demographische Grundlagen und präventive Ansätze*. Düsseldorf: LIGA.NRW, 9-20
- Brehm, W. (2006): Gesundheitssport – Kernziele, Programme, Evidenzen. In: Kirch, W./Badura, B. (Hg.): *Prävention*. Berlin: Springer, 243-265
- Brehm, W./Janke, A./Sygusch, R./Wagner, P. (2006): *Gesund durch Gesundheitssport. Zielgruppenorientierte Konzeption, Durchführung und Evaluation von Gesundheitssportprogrammen*. Weinheim: Juventa
- Broesskamp-Stone, U. (2009): Gute, viel versprechende, beste Praxis? Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip, P./Müller, V. (Hg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber, 115-136
- Brownson, R.C./Hagood, L./Lovegreen, S.L./Britton, B./Caito, N.M./Elliott, M.B./Emery, J./Haire-Joshu, D./Hicks, D./Johnson, B./McGill, J.B./Morton, S./Rhodes, G./Thurman, T./Tune, D. (2005): A multilevel ecological approach to promoting walking in rural communities. *Preventive Medicine* 41, Nr. 5-6, 837-842
- Brug, J./Oenema, A./Ferreira, I. (2005): Theory, evidence and Intervention Mapping to improve behavior nutrition and physical activity interventions. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 2, Nr. 2
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000)
- Buskies, W./Boeckh-Behrens, W.-U. (2009): *Fitness-Gesundheitstraining. Die besten Übungen und Programme für das ganze Leben*. Reinbek: Rowohlt
- bvpg (2009): *Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.*
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2010): *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz - Beispiele - Weiterführende Informationen. 4., erweiterte und überarbeitete Auflage*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Abzurufen unter: <http://www.bzga.de/pdf.php?id=df0211e4054429896a7fe5568c7c7e99> (Stand: 09.08.2010)
- BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2007): *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme*. Abzurufen unter: www.bzga.de (Stand: 09.08.2010)
- Cirkel, M./Juchelka, R. (2009): *Gesundheit und Mobilität im Alter*. *Public Health Forum* 15, Nr. 3, 24-26
- Conn, V.S./Minor, M.A./Burks, K.J./Rantz, M.J./Pomeroy, S.H. (2003): Integrative Review of Physical Activity Intervention Research with Aging Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 51, Nr. 8, 1159-1168
- Conn, V./Valentine, J./Cooper, H. (2002): Interventions to increase physical activity among aging adults: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 24, Nr. 3, 190-200
- Cooper, A.R./Wedderkopp, N./Jago, R./Kristensen, P.L./Moller, N.C./Froberg, K./Page, A.S./Anderson, L.B. (2008): Longitudinal associations of cycling to school with adolescent fitness. *Preventive Medicine* 47, Nr. 3, 324-328
- de Geus, B./Joncheere, J./Meeusen, R. (2009): Commuter cycling: effects on physical performance in untrained men and women in Flanders: minimum dose to improve indexes of fitness. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 19, Nr. 2, 179-187
- Deneke, C./Brunnett, R. (2009): Vielfalt als Herausforderung – Bedarf, Ansatzpunkte und Perspektiven für eine „differenzorientierte“ Gesundheitsförderung bei älteren Menschen. In: *Gesundheit Berlin - Brandenburg (Hg.): Gesundheit im Alter fördern – eine Zukunftsaufgabe der Kommunen*. Dokumentation. Regionalkonferenz Berlin. 36-39
- DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.) (2010): *Vollwertiges Essen und Trinken nach den 10 Regeln der DGE*. Abzurufen unter: <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=15> (Stand: 30.06.10)
- DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.) (2000): *„Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr“*. Frankfurt: Umschau/Braun
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, 166-203
- Dörner, K. (2010a): *Wie gute Nachbarschaft heilt. Fünfzehn Thesen*. In: *Stadtunkte Ausgabe 2*. Hamburg: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
- Dörner, K. (2010b): *Kultur eines „Dritten Sozialraumes“ – Nachbarschaft im kommunalen Kontext*. In: Göpel, E. (Hg.): *Nachhaltige Gesundheitsförderung*. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag, 216-227
- Dugdill, L./Crone, D./Murphy, R. (Hg.) (2009): *Physical Activity and Health Promotion: Evidence-based Approaches to Practice*. John Wiley & Sons
- Edwards, P./Tsouros, A. (2008): *A healthy city is an active city: a physical activity planning guide*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Eisfeld, K./Wiesmann, U./Hannich, H.-J./Hirtz, P. (2003): *Gesund und bewegt ins Alter – Interdisziplinäre Ansätze für eine Community Medicine*. In: Eisfeld, K./Wiesmann, U./Hannich, H.-J./Hirtz, P. (Hg.): *Gesund und bewegt ins Alter - Interdisziplinäre Ansätze für eine Community Medicine*. Butzbach-Griedel: Afra, 1-6
- Elmadfa, I. (2004): *Ernährung des Menschen*. Stuttgart: UTB
- Eves, F.F./Masters, R.S. (2006): An uphill struggle: effects of a point-of-choice stair climbing intervention in a non-English speaking population. *International journal of epidemiology* 35, Nr. 5, 1286-1290
- Foster, C./Hillsdon, M./Thorogood, M. (2009): Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Nr. 1, CD003180
- Foster, C./Hillsdon, M./Cavill, N./Bull, F./Buxton, K./Crombie, H. (2006): *Interventions that use the environment to encourage physical activity. Evidence review*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence

- Früchtel, F./Budde, W./Cyprian, G. (2007): Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Fuchs, R. – Techniker Krankenkasse (2009): Motivation zu mehr Gesundheit. Hamburg: Techniker Krankenkasse
- Fuchs, R./Göhner, W./Knaack, N. – Techniker Krankenkasse (2009): Hoch motiviert! TK-Trainingsbuch zur Broschüre "Motivation zu mehr Bewegung". Hamburg: Techniker Krankenkasse
- Fuchs, R. (2007): Bewegung, Gesundheit und Public Health. In: von Lengerke, T. (Hg.): Public Health-Psychologie. Weinheim: Juventa, 77-91
- Fuchs, R. (2003): Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe
- GAPA ISPAH (2010) (Global Advocacy Council for Physical Activity of International Society for Physical Activity and Health): Die Toronto Charta für Bewegung: Ein weltweiter Aufruf zum Handeln. Toronto. Abzurufen unter: www.globalpa.org.uk (Stand: 10.08.2010)
- Geuter, G. (2010): Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit – Befunde aus der Wissenschaft. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz "Bewegung im Alter" am 8. Dezember 2009. Düsseldorf: LIGA.Fokus 6, 19-29
- Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds gesundes Österreich (Hg.) (im Druck): Gesundheitlicher Nutzen des Radfahrens als Transportmittel und Einflussfaktoren auf das Radfahren als Transportmittel. Wien: Gesundheit Österreich GmbH
- GKV-Spitzenverband (Hg.) (2010): Leitfadens Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. Berlin: GKV-Spitzenverband
- Göhner, W./Fuchs, R. (2007): Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe.
- Green, L.W./Kreuter, M.W. (2005): Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. New York: McGraw-Hill Higher Education
- Haibach, M. (2006): Handbuch Fundraising. Spenden, Sponsoring, Stiftungen in der Praxis. 3. Auflage. Frankfurt/M.: Campus Verlag
- Hakim, A.A./Curb, J.D./Petrovitch, H./Rodriguez, B.L./Yano, K./Webster-Ross, G./White, L.R./Abbott, R.D. (1999): Effects of walking on coronary heart disease in elderly men: The Honolulu Heart Program. *Circulation* 100, Nr. 1, 9-13
- Hall, K.S./McAuley, E. (2010): Individual, social environmental and physical environmental barriers to achieving 10 000 steps per day among older women. *Health Education Research* 25, Nr. 3, 478-488
- Heath, G.W./Brownson, R.C./Kruger, J./Miles, R./Powell, K.E./Ramsey, L.T./Task Force on Community Preventive Services (2006): The Effectiveness of Urban Design and Land Use and Transport Policies and Practices to Increase Physical Activity: A Systematic Review. *Journal of Physical Activity and Health* 3, Suppl 1, 55-76
- Hendriksen, I.J.M./Zuiderveld, B./Kemper, H.C.G./Bezemer, P.D. (2000): Effect of commuter cycling on physical performance of male and female employees. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32, Nr. 2, 504-510
- Hohn, B. (2009): Fundraising. In: Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., 63, 7-8
- Hollbach-Gröming, B./Seidel-Schulze, A. (2007): Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Hollmann, W./Strüder, H.K. (2009): Sportmedizin. Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin. 5., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer
- Jahn, I./Kolip, P. (2002): Die Kategorie Geschlecht als Kriterium für die Projektförderung von Gesundheitsförderung Schweiz. Bremen: Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin
- Jansen, C. (2007): Geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung. *Arbeitsrecht im Betrieb*. 11, 656-659
- Kahn, E.B./Ramsey, L.T./Brownson, R.C./Heath, G.W./Howze, E.H./Powell, K.E./Stone, E.J./Rajab, M.W./Corso, P. (2002): The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 22, Nr. 4 Suppl 1, 73-107
- Kawachi, I./Berkman, L. F. (2000): Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman, L. F./Kawachi, I. (Hg.): *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 174-190
- Kerr, J./Eves, F.F./Carroll, D. (2003): The environment: the greatest barrier. In: McKenna, J./Riddoch, C. (Hg.): *Perspectives on health and exercise*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 203-225
- Kilian, H./Brandes, S./Lehmann, F. (2009): Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten". In: Kolip, P./Müller, V. (Hg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber, 97-113
- King, A.C. (2001): Interventions to Promote Physical Activity by Older Adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56, Suppl 2, 36-46
- Kleiver-Deichert, U./Lüngen, M./Gerber, A. (2007): International erfolgreiche Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Übertragbarkeit auf Deutschland. Abzurufen unter: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2006-832-4-3.pdf (Stand: 16.05.2010)
- Klotz, T. (2002): Spezifische Gesundheitsprobleme von Männern. In: Hurrelmann K./Kolip, P. (Hg.). *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit – Männer und Frauen im Vergleich*. Bern: Verlag Hans Huber, 241-257
- Knoll, M. (1997): Sporttreiben und Gesundheit. Eine kritische Analyse vorliegender Befunde. Schorndorf: Hofmann
- Köhler, B. (1999): Belastungscharakteristika Breitensportlichen Fahrradfahrens. Dissertation: Deutsche Sporthochschule Köln
- Kolip, P./Müller, V. (Hg.) (2009): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber

- Kolip, P. (2008): Was bietet die Forschung für die Facharbeit? In: Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 21-29
- Kolip, P. (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1, Nr. 4, 234-239
- König, J. (2007): Einführung in die Selbstevaluation: Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis Sozialer Arbeit. 2., neu überarbeitete Auflage. Freiburg: Lambertus
- Kowark, K. (2009): Stifterland Deutschland – die Chance für Ihr Projekt? In: Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., 63, 9-10
- Kreuter, M.W./Skinner, C.S. (2000): Tailoring: what's in a name? *Health Education Research* 15, Nr. 1, 1-4
- Kreuter, M.W./Farrell, D./Olevitch, L./Brennan, L. (2000): Tailoring health messages: customizing communication with computer technology. Erlbaum: Mahwah
- Kruse, A. (2006): Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. *Bildungsforschung* 3, Nr. 2, 1-25
- Kruse, A. (2002): Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Band 146: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: BMG
- Lackey, K.J./Kaczynski, A.T. (2009): Correspondence of perceived vs. objective proximity to parks and their relationship to park-based physical activity. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 6, Nr. 1, 53
- Lademann, J./Kolip, P. (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hg.). *Fehlzeiten – Report 2007*. Heidelberg: Springer, 5-20
- Lawlor, D.A./Hanratty, B. (2001): The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *Journal of Public Health* 23, Nr. 3, 219-226
- Lees, F.D./Clarke, P.G./Nigg, C.R./Newman, P. (2005): Barriers to exercise behavior among older adults: a focus-group study. *Journal of aging and physical activity* 13, Nr. 1, 23-33
- Leitzmann M.F./Park Y./Blair A./Ballard-Barbash R./Mouw T./Hollenbeck A.R./Schatzkin A. (2007): Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. *Archives of Internal Medicine* 167, Nr. 22, 2453-2460.
- Li, F./Fisher, J./Brownson, R.C. (2005a): A multilevel analysis of change in neighborhood walking activity in older adults. *Journal of aging and physical activity* 13, Nr. 2, 145-159
- Li, F./Fisher, K.J./Brownson, R.C./Bosworth, M. (2005b): Multilevel modelling of built environment characteristics related to neighbourhood walking activity in older adults. *Journal of epidemiology and community health* 59, Nr. 7, 558-564
- LIGA.NRW (2010): Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter – eine Einführung. Düsseldorf: LIGA.Fokus 10
- Löllgen, H./Bockenhoff, A./Knapp, G. (2009): Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. *International Journal of Sports Medicine* 30, Nr. 3, 213-224
- Loss, J./Eichhorn, C./Reisig, V./Wildner, M./Nagel, E. (2007): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2, Nr. 4, 199-206
- Löllgen, H. (2003): Primärprävention kardialer Erkrankungen: Stellenwert der körperlichen Aktivität. *Deutsches Ärzteblatt* 100, Nr. 15, 987-996
- Macintyre, S./Macdonald, L./Ellaway, A. (2008): Lack of agreement between measured and self-reported distance from public green parks in Glasgow, Scotland. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 5, Nr. 26
- Manson, J.E./Hu, F.B./Rich-Edwards, J.W./Golditz, G.A./Stampfer, M.J./Willett, W.C./Speizer, F.E./Hennekens, C.H. (1999): A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine* 341, Nr. 9, 650-658
- Martinez-Gonzalez, M.A./Varo, J.J./Santos, J.L./De Irala, J./Gibney, M./Kearney, J./Martinez, J.A. (2001): Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine and science in sports and exercise* 33, Nr. 7, 1142-1146
- Matson-Koffman, D.M./Brownstein, J.N./Neiner, J.A./Greaney, M.L. (2005): A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion* 19, Nr. 3, 167-193
- Max Rubner Institut (2008): Nationale Verzehrsstudie –Ergebnisbericht“. Abzurufen unter: <http://www.was-esse-ich.de/index.php?id=74> (Stand: 30.06.10)
- Mensink, G.B. (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. *Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI)
- Mensink, G.B. (1999): Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, 126-131
- Michie, S./Johnston, M./Francis, J./Hardeman, W./Eccles, M. (2008): From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. *Applied Psychology: an International Review* 57, Nr. 4, 660-680
- Mielck, A. (Hg.) (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Verlag Hans Huber
- Mollenkopf, H./Flaschenträger, P. (2001): *Erhaltung von Mobilität im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer
- Müller, R. (2000): Der Betriebssport- eine Schnittstelle in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Kurzfederat zur Auftaktveranstaltung „Kampagne betriebliche Gesundheitsförderung“ am 20. Mai 2000 in Münster
- Naidoo, J./Wills, J. (2003): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Oja, P./Borms, J. (Hg.) (2004): *Health Enhancing Physical Activity*. Oxford: Meyer & Meyer Sport
- Oja, P./Vuori, I./Paronen, O. (1998): Daily walking and cycling to work: their utility as health-enhancing physical activity. *Patient Education and Counseling* 33, 87- 94
- Owen, N./Cerin, E./Leslie, E./duToit, L./Coffee, N./Frank, L.D./Bauman, A.E./Hugo, G./Saelens, B.E./Sallis, J.F. (2007):

- Neighborhood walkability and the walking behavior of Australian adults. *American journal of preventive medicine* 33, Nr. 5, 387-395
- Pahmeier, I./Tiemann, M. (2009): Aktiv werden – aktiv bleiben! Motivation für regelmäßiges Training und Sporttreiben. Halver: Bell Verlag
- Pahmeier, I. (2008): Sportliche Aktivität aus der Lebenslaufperspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, Nr. 3, 168-176
- Parra, D.C./McKenzie, T.L./Ribeiro, I.C./Ferreira Hino, A.A./Dreisinger, M./Coniglio, K./Munk, M./Brownson, R.C./Pratt, M./Hoehner, C.M./Simoës, E.J. (2010): Assessing Physical Activity in Public Parks in Brazil Using Systematic Observation. *American Journal of Public Health* 100, Nr. 8, 1420-1426
- Pate, R.R./Pratt, M./Blair, S.N./Haskell, W.L./Macera, C.A./Bouchard, C./Buchner, D./Ettinger, W./Heath, G.W./King, A.C. (1995): Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association* 273, Nr. 5, 402-407
- Pfeffer, I./Alfermann, D. (2006): Fitnesssport für Männer – Figurtraining für Frauen?! Gender und Bewegung. In Kolip, K./Altgeld, T. (Hg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention*. Weinheim: Juventa Verlag, 61-72
- Phongsavan, P./McLean, B./Bauman, A. (2007): Gender differences in influences of perceived environmental and psychosocial correlates on recommended level of physical activity among New Zealanders. *Psychology of Sport and Exercise* 8, Nr. 6, 939-950
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2008): *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services
- Pucher, J./Dijkstra, L. (2003): Promoting safe walking and cycling to improve Public Health: Lessons from The Netherlands and Germany. *American Journal of Public Health* 93, Nr. 9, 1509-1516
- Razum, O./Breckenkamp, J./Brzoska, P. (2009): *Epidemiologie für Dummies*. Weinheim: Wiley-VCH
- Razum, O./Zeeb, H./Meesmann, U./Schenk, L./Bredehorst, M./Brzoska, P./Dercks, T./Glodny, S./Menkhaus, B./Salman, R./Saß, A.-C./Ulrich, R. (2008): Migration und Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.): *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI)
- Reimann, B./Böhme, C./Bär, G. (2010): Mehr Gesundheit im Quartier. *Prävention und Gesundheitsförderung in der Stadtteilentwicklung*. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik GmbH
- Reimann, K. (2003): Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo, 193-195
- Richter, A./Wächter, M. (2010): Nachbarschaft und Gesundheit. In: *Engagement für gute Nachbarschaft. Merkmale – Anforderungen – Beispiele*. Verband norddeutscher Wohnungsunternehmen e. V. (Hg.): Hamburg: Hammonia-Verlag GmbH
- Richter, A./Wächter, M. (2009): Zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Band 36. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Riemann, K. (2006): Evaluation. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim a. d. Selz: Sabo, 32-34
- Rittner, V./Breuer, C. (1998): Sport – ein vernachlässigtes Medium in der Public-Health-Diskussion. In: Rütten, A. (Hg.): *Public Health und Sport*. Stuttgart: Nagelschmid, 259-272
- Ritter, M./Elsigan, G./Kittel, G. (2008): Projekt „Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung“. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2007*. Heidelberg: Springer, 193-210
- Rosenbrock, R. (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. 13 Befunde und Empfehlungen zur Umsetzung des § 20, Absatz 1, SGB V. Essen
- Ruckstuhl, B./Kolip, P./Gutzwiller, F. (2001): Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 38-50
- Ruckstuhl, B./Somaini, B./Twisselmann, W. (1997): Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten: der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Meierjürgen, R./Lutz, A./Adlwarth, W. (2009): Was bewegt die Nicht-Beweger? *Prävention und Gesundheitsförderung* 4, Nr. 4, 245-250
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Lampert, T./Ziese, T. (2005): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Heft 26. Körperliche Aktivität. Berlin: Robert Koch-Institut (RKI)
- Rütten, A./Abu-Omar, K. (2004a): Prevalence of physical activity in the European Union. *Sozial- und Präventivmedizin* 49, Nr. 4, 281-289
- Rütten, A./Abu-Omar, K. (2004b): Bevölkerungsbezogene Förderung körperlicher Aktivität aus Sicht einer Evidenzbasierung (The promotion of physical activity in populations from an evidence-based perspective). *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 55, Nr. 7/8, 183-187
- Rütten, A./Abu-Omar, K. (2003): Prävention durch Bewegung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 11, Nr. 3, 229-246
- Salem, G.J./Skinner, J.S./Chodzko-Zajko, W.J./Proctor, D.N./Fiafarone Singh, M.A./Minson, C.T./Nigg, C.R. (2009): Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 41, Nr. 7, 1510-1530
- Sallis, J.F./Saelens, B.E./Frank, L.D./Conway, T.L./Slymen, D.J./Cain, K.L./Chapman, J.E./Kerr, J. (2009): Neighborhood built environment and income: examining multiple health outcomes. *Social science & medicine* 68, Nr. 7, 1285-1293
- Sallis, J.F./Owen, N. (2002): Ecological models of health behavior. In: Glanz, K./Rimer, B.K./Lewis, F.M. (Hg.): *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 462-484
- Samitz, G./Baron, R. (2002): Epidemiologie der körperlichen Aktivität. In: Samitz, G./Mensink, G.B.M. (Hg.): *Körperliche*

- Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfa-
den für Klinik und Praxis München: Hans Marseille, 11-31
- Schick, G. (2009): Rehabilitationssport im Alter. In: Will, H. (Hg.):
Handbuch Rehabilitationssport. 4. Auflage. Hannover: Neuer
Start Verlag, 724-737
- Schick, G. (2005): Heuristisches Modell der Bewegungs- und
Sportaktivitäten in den subjektiven Gesundheitstheorien
Älterer – Entwicklung und Anwendung in einer integrativen
Analyse empirischer Forschung. Dissertation an der Deut-
schen Sporthochschule Köln.
- Schick, G. (1998): Motivation Älterer zu Bewegungs- und
Sportaktivitäten – eine kritische Analyse empirischer Studi-
en. Sportwissenschaft 28, 195-212
- Schlicht, W./Brand, R. (2007): Körperliche Aktivität, Sport und
Gesundheit: Eine interdisziplinäre Einführung. Weinheim:
Juventa
- Schlicht, W. (2004a): *Beweg Dein Leben*. Stuttgart: Hampp-
Verlag
- Schlicht, W. (2004b): *Das Aktivitätsbuch*. Stuttgart: Hampp-Ver-
lag
- Schlicht, W. (1994): *Sport und Primärprävention*. Göttingen,
Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- Schofield, T./Connell, W./Walker, R.W./Wood, J.F./Butland,
D.L. (2002): Das Konzept des Geschlechterverhältnisses
in Forschung, Politik und Praxis. Hurrelmann K. /Kolip, P.
(Hg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit – Männer und
Frauen im Vergleich*. Bern: Verlag Hans Huber, 67-83
- Schöppe, S./Braubach, M. (2007): Wohnen, Bewegung und Ge-
sundheit. Public Health Forum 15, Nr. 56, 2.e1-2.e5
- Schulze Temming, B.-S./Zalpour, C. (2009): „LET's GO – jeder
Schritt hält fit“. Entwicklung eines Gesundheitswanderungs-
konzeptes. Zeitschrift für Physiotherapeuten 61, Nr. 05, 456-
460
- Selbmann, H.-K. (2000): Qualitätsmanagement im Gesundheits-
wesen. In: Kolip, P. (Hg.): *Gesundheitswissenschaften. Eine
Einführung*. Weinheim: Juventa, 247-268
- Siegrist, J./Marmot, M. (Hg.) (2008): *Soziale Ungleichheit und
Gesundheit - Erklärungsansätze und gesundheitspolitische
Folgerungen*. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Sockoll I./Kramer I./Bödeker W. (2008): Wirksamkeit und Nutzen
betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusam-
menstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006:
Initiative Gesundheit & Arbeit (IGA)
- Soler, R.E./Leeks, K.D./Buchanan, L.R./Brownson, R.C./He-
ath, G.W./Hopkins, D.H. (2010): Point-of-decision prompts
to increase stair use. A systematic review update. American
Journal of Preventive Medicine 38, Nr. 2 Suppl 1, 292-300
- Sozialverband VdK Deutschland (2010): Generation "60plus"
fühlt sich zehn Jahre jünger. Sozialverband VdK Deutsch-
land. Abzurufen unter: [http://www.vdk.de/perl/cms.
cgi?ID=de19645](http://www.vdk.de/perl/cms.cgi?ID=de19645) (Stand: 22.07.2010)
- Stessman, J./Hammerman-Rozenberg, R./Cohen, A./Ein-Mor,
E./Jacobs, J.M. (2009): Physical activity, function, and longe-
vity among the very old. Archives of Internal Medicine 169,
Nr. 16, 1476-1483
- Stopper, H./Getler, M. (2002): Physikalische Umwelt und Ge-
sundheit. In: Hurrelmann K. /Kolip, P. (Hg.): *Geschlecht, Ge-
sundheit und Krankheit – Männer und Frauen im Vergleich*.
Bern: Verlag Hans Huber, 439-459
- Stuppardt, R./Wanek, V. (2009): Qualitätssicherung der primär-
präventiven Leistungen der Gesetzlichen Krankenversiche-
rung nach § 20 SGB V. In: Kolip, P./Müller, V.E. (Hg.): Qua-
lität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans
Huber, 177-200.
- SVR — Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Ge-
sundheitswesen (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirt-
schaftlichkeit. Gutachten 2000/2001*. Bd. II: Qualitätsent-
wicklung in Medizin und Pflege. Bundestagsdrucksache
14/5661
- Task Force on Community Preventive Services (2002): *Recom-
mendations to increase physical activity in communities*.
American Journal of Preventive Medicine 22, Nr. 4 Suppl,
67-72
- Tempel, G./Mohammadzadeh, Z. (2004): *Ältere Migrantinnen
und Migranten in Bremen*. Bremen: Gesundheitsamt Bremen
- Thole, B. (2007): Eine Brücke zwischen den Generationen.
Gruppe & Spiel 4, 30-32
- Tiemann, M. (2010): *Öffentliche Gesundheit und Gesundheits-
sport*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Tiemann, M./Brehm, W. (2006): Qualitätsmanagement im Ge-
sundheitssport. In: *Prävention und Gesundheitsförderung 1*,
Nr. 4, 262-268
- Titze, S./Ring-Dimitriou, S./Schober, P.H./Halbwachs, C./Sa-
mitz, G./Miko, H.C./Lercher, P./Stein, K.V./Gäbler, C./Bauer,
R./Gollner, E./Windhaber, J./Bachl, N./Dorner, T.E./Arbeits-
gruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österrei-
chischen Gesellschaft für Public Health (2010): Bundesmi-
nisterium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH,
Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hg.): *Öster-
reichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewe-
gung*. Wien: Eigenverlag
- Titze, S./Stronegger, W./Janschitz, S./Oja, P. (2008): Association
of built-environment, social- environment and personal fac-
tors with bicycling as a mode of transportation among Austri-
an city dwellers. Preventive Medicine 47, Nr. 3, 252-259
- Töppich, J./Lehmann, H. (2009): QIP - Qualität in der Präven-
tion: Ein Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätsverbesse-
rung in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Kolip,
P./Müller, V. (Hg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und
Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber, 223-238
- Tucker-Seeley, R.D./Subramanian, S.V./Li, Y./Sorensen, G.
(2009): Neighborhood safety, socioeconomic status, and
physical activity in older adults. American journal of preven-
tive medicine 37, Nr. 3, 207-213
- Ueshima, K./Ishikawa-Takata, K./Yorifuji, T./Suzuki, E./Kashima,
S./Takao, S./Sugiyama, M./Ohta, T./Doi, H. (2010): Physical
activity and mortality risk in the Japanese elderly: a cohort
study. American Journal of Preventive Medicine 38, Nr. 4, S.
410-418
- U.S.Department of Health and Human Services (2008): *Physical
Activity Guidelines Advisory Committee Report*
- U.S. Department of Health and Human Services (2005): *Theory
at a glance. A guide for health promotion practice*
- Van der Bij, A.K./Laurant, M.G.H./Wensing, M. (2002): Effec-
tiveness of physical activity interventions for older adults: a

- review. *American Journal of Preventive Medicine* 22, Nr. 2, 120-133
- Van Dyck, D./Cardon, G./Deforche, B./Sallis, J.F./Owen, N./De Bourdeaudhuij, I. (2010): Neighborhood SES and walkability are related to physical activity behavior in Belgian adults. *Preventive medicine* 50, Suppl 1, 74-79
- Van Stralen, M./De Vries, H./Mudde, A.N./Bolman, C./Lechner, L. (2009): Determinants of initiation and maintenance of physical activity among older adults: a literature review. *Health Psychology Review* 3, Nr. 2, 147-207
- Varo, J.J./Martinez-Gonzalez, M.A./De Irala-Estevez, J./Kearney, J./Gibney, M./Martinez, J.A. (2003): Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *International journal of epidemiology* 32, Nr. 1, 138-146
- Verplanken, B. (2005): Habits and implementation intentions. In: Kerr, J./Weitkunat, R./Moretti, M. (Hg.): *The ABC of behavioural change*. Oxford, UK: Elsevier Science, 99-109
- Völker, K. (2008): Wie Bewegung und Sport zur Gesundheit beitragen. In: Zimmer, R./Völker, K./Schmidt, W. (Hg.) *Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schwerpunkt: Kindheit. 2., überarbeitete Auflage 2009*. Schorndorf: Hofmann-Verlag, S. 89-106
- Volkert, D. (2004): Körperzusammensetzung im Alter; Aktuelle Ernährungsmedizin 29, Nr. 2, 69-77
- Volkert, D. (1999): *Ernährung im Alter*. Stuttgart: UTB
- Warburton, D.E./Katzmarzyk, P.T./Rhodes, R.E./Shephard, R.J. (2007): Evidence-based guidelines for physical activity of adult Canadians. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism* 32 Suppl 2F, 17-S74
- Ward, D./Saunders, R./Pate, R.R. (2007): Physical activity interventions in children and adolescents. Champaign, IL: Human Kinetics
- Wedler, G. (2009): Alltagsbewegung (für Senioren) als Aufgabe in der Kommune. Vortrag anlässlich der Fachtagung Bewegung im Norden am 15. September 2009 in Hannover
- Wendel-Vos, W./Droomers, M./Kremers, S./Brug, J./van Lenthe, F. (2007): Potential environmental determinants of physical activity in adults: a systematic review. *Obesity reviews* 8, Nr. 5, 425-440
- Werle, J./Woll, A./Tittlbach, S. (2006): *Gesundheitsförderung. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer
- Williams, D.M./Matthews, C.E./Rutt, C./Napolitano, M.A./Marcus, B.H. (2008): Interventions to Increase Walking Behavior. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 40, Nr. 7, 567-S573
- Woodcock, J./Franco, O.H./Orsini, N., Roberts, I. (2010): Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, 1-18
- World Health Organization (WHO) (2009): *Interventions on diet and physical activity: what works: summary report*. Geneva: World Health Organization (WHO)
- Wright, M. (Hg.) (2010): *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber
- Wright, M./Block, M./von Unger, H. (2009): *Partizipative Qualitätsentwicklung*. In: Kolip, P./Müller, V. (Hg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber, 157-175
- Yancey, A.K./Fielding, J.E./Flores, G.R./Sallis, J.F./McCarthy, W.J./Breslow, L. (2007): Creating a Robust Public Health Infrastructure for Physical Activity Promotion. *American Journal of Preventive Medicine* 32, Nr. 1, 68-78

XXII. Glossar

A

Assessmentqualität (auch Konzept- oder Planungsqualität) bezieht sich auf die Fragen, ob der Bedarf sachlich dargestellt wird, die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst sind, ob die Vorerfahrungen aus anderen Projekten angemessen berücksichtigt und die wissenschaftlichen Grundlagen aufbereitet sind und die Intervention theoriegestützt entwickelt wurde.

Autonomie bezeichnet einen Zustand der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. Eine Person trifft Entscheidungen selbstgewählt und aus eigenem Willen. Nach der Selbstbestimmungstheorie gehört das Erleben von Autonomie zu den psychischen Grundbedürfnissen, die jeder Mensch hat beziehungsweise nach deren Befriedigung er strebt (► Selbstbestimmung).

B/C/D/E

Empowerment meint die Befähigung, eigene Bedürfnisse und Forderungen zu äußern und entweder alleine oder gemeinsam mit anderen umzusetzen.

Mit der **Ergebnisevaluation** wird die Ergebnisqualität erfasst (Effektivität und Effizienz; siehe Ergebnisqualität). Synonym: Summative Evaluation.

Die **Ergebnisqualität** bezieht sich auf zwei Aspekte: die Abschätzung der Wirksamkeit (Gegenüberstellung der Ziele und der Ergebnisse) und/oder der Effizienz (Kosten-Nutzen-Bewertung). Sie wird in der Regel im Rahmen von wissenschaftlichen Evaluationsstudien erfasst.

Evaluation ist die systematische Bewertung von Maßnahmen oder Programmen, um zu erfahren, ob diese wie erhofft wirken oder nicht. Evaluation bezieht sich in der Regel auf die Erfassung der Ergebnisqualität. Unterschieden werden interne Evaluation (durch die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter) und externe Evaluation (durch eine unabhängige Institution). Unterschieden wird zudem zwischen summativer Evaluation (► Ergebnisevaluation) und formativer Evaluation (Prozessevalua-

tion), die sich nicht auf die Ergebnisse einer Intervention bezieht, sondern eine Nähe zum Qualitätsmanagement hat.

F

Folsäure, auch Vitamin B 9 oder Folat (die Summe der folatwirksamen Verbindungen) genannt, ist ein hitze- und lichtempfindliches (►) Vitamin aus dem B-Komplex. Es ist wasserlöslich und hat wichtige Funktionen bei der Zellteilung. Folsäure ist in geringen Mengen in Vollkornprodukten, grünem Blattgemüse, roter Bete, Brokkoli, Karotten, Spargel, Rosenkohl, Tomaten, Eigelb und Nüssen sowie in Obst, Fisch und Fleisch enthalten. Zu den natürlichen Folsäurelieferanten zählen insbesondere Weizenkeime und -kleie und Kalbs- und Geflügelleber.

G

Gesellschaftlich-politische Rahmenbedingungen/ Umwelt bezeichnen Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten im (►) sozial-ökologischen Ansatz. Sie können einen nachhaltigen Einfluss ausüben, da sie an grundsätzlichen Rahmenbedingungen der Bewegungsförderung wie Verkehrspolitik, Stadtplanung oder monetärer Ressourcenplanung ansetzen.

Gender Mainstreaming – Der Begriff „Gender“ bezieht sich auf das soziale Geschlecht und „Mainstreaming“ bedeutet, dass etwas bisher kaum Beachtetes in den Vordergrund des Interesses rückt und somit in den „Hauptstrom“ hineinfließt. In diesem Sinne bedeutet „Gender Mainstreaming“, dass das zuvor gering berücksichtigte soziale Geschlecht von Männern und Frauen in den Fokus des Interesses gerückt wird (vgl. Altgeld/Kolip 2006).

H//J/K

Die **Körperzusammensetzung** des Menschen wird anhand verschiedener Modellvorstellungen, sogenannter Kompartimentmodelle beschrieben. Vereinfacht betrachtet setzt sich das Körpergewicht (nach dem Zwei-Kompartiment-Modell) aus Fett und fettfreier Masse (FFM = ca. 75-80%) zusammen. Dabei ist die FFM (in der Praxis als Magermasse – LBM – genannt), die Summe der fettfreien Komponenten und besteht zum größten Teil aus Wasser, Muskulatur, Skelett, Stützgewebe und Organgewebe.

Das drei-Kompartiment-Modell unterscheidet zwischen Fett, Körperzellmasse (BCM= body cell mass) und Extrazellulärmasse (ECM). Die Körperzellmasse (BCM) ist definiert als die Summe der sauerstoffverbrauchenden, kaliumreichen, glukoseoxydierenden Zellen. Hier sind Zellen der Skelettmuskulatur, des Herzmuskels, der glatten Muskulatur, der inneren Organe, des Gastrointestinaltraktes, des Blutes, der Drüsen und des Nervensystems gemeint. Die BCM ist die zentrale Größe bei der Einschätzung des Ernährungszustandes eines Patienten, wobei die Erhaltung der BCM die Hauptaufgabe der ernährungsmedizinischen Maßnahmen ist. Die ECM (extrazelluläre Masse) ist Teil der Magermasse außerhalb der Zellen der BCM. ECM bezeichnet bindegewebige Strukturen, vor allem Skelettsystem und extrazelluläre Flüssigkeit.

Konzeptqualität (auch Planungs- oder ►) Assessmentqualität) bezieht sich auf die Fragen, ob der Bedarf sachlich dargestellt wird, die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst sind, ob die Vorerfahrungen aus anderen Projekten angemessen berücksichtigt und die wissenschaftlichen Grundlagen aufbereitet und die Intervention theoriegestützt entwickelt wurde.

Kurativ ist definiert als heilende beziehungsweise auf Heilung ausgerichtete Vorgehensweise.

L/M

Mangelernährung ist die Bezeichnung für eine ungenügende oder falsch zusammengestellte Ernährung, die im Gegensatz zu einer Diät nicht indiziert oder ärztlich verordnet ist. Eine Unterversorgung mit Energie und/oder einzelnen ► Nährstoffen ist die Folge von Mangelernährung. Unterschieden wird zwischen Unterernährung und Fehlernährung, aber es gibt auch Mischformen, die durch Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder konsumierenden Erkrankungen verursacht werden. Bei der Unterernährung (quantitative Mangelernährung) wird der Energiebedarf durch die Nahrung nicht gedeckt und Betroffene leiden unter Eiweiß-, Fett-, Vitamin- und Mineralstoffmangel. Unter Fehlernährung (qualitative Mangelernährung) wird die Unterversorgung mit ► Vitaminen und ► Mineralstoffen verstanden.

Unter **Mehrebenen-Interventionen** versteht man im Zusammenhang der Bewegungsförderung Programme, welche mit verschiedenen Maßnahmen gleichzeitig mehrere Ebenen des ► sozial-ökologischen Ansatzes ansprechen (zum Beispiel Person, soziale und ► physische Umwelt).

Unter einer **Metaanalyse** versteht man die Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Untersuchungen zum selben Thema. Eine Metaanalyse zielt auf eine Gesamteinschätzung des untersuchten Effekts ab.

Mineralstoffe sind lebensnotwendige, anorganische ► Nährstoffe, die menschliche und tierische Organismen nicht selbst herstellen können und mit der Nahrung zugeführt werden müssen. Anders als einige ► Vitamine sind nichtorganische Mineralstoffe gegen die meisten Zubereitungsmethoden unempfindlich, werden durch Hitze oder Luft nicht zerstört. Sie können allerdings durch übermäßig langes Kochen in zu viel Wasser aus Lebensmitteln „ausgelaugt“ werden. Dies gilt insbesondere, wenn das Kochwasser (z.B. bei Suppen) nicht mit verzehrt wird.

Unter **Motivation** versteht man in der Psychologie die innere Antriebskraft zu zielgerichtetem Verhalten. Von der Motivation als Antriebskraft wird die sogenannte ► Volition unterschieden.

Motive sind die Beweggründe zu zielgerichtetem Handeln, es sind die Gründe bestimmte Ziele erreichen zu wollen. Aus der Gesamtsumme aller Motive entsteht der gegenwärtige Motivationszustand (Stärke und Richtung).

N

Als **Nährstoffe** werden verschiedene organische und anorganische Stoffe bezeichnet, die von Lebewesen zu deren Lebenserhaltung aufgenommen und verstoffwechselt werden. Die Art, Herkunft, Verwendung und der mengenmäßige Bedarf von Nährstoffen ist die Grundlage für die Bildung von Nährstoffgruppen als Kategorisierung. Auf verpackten Lebensmitteln ist inzwischen häufig eine Kennzeichnung von Nährwerten in Form von Nährwerttabellen abgebildet. Der jeweilige Energiegehalt wird als Brennwert angegeben.

O

Die **Ottawa-Charta** der Weltgesundheitsorganisation wurde auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21. November 1986 in Ottawa verabschiedet. Die Charta ist ein Plädoyer zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und darüber hinaus. Sie ist ein zentrales Dokument für die Gesundheitsförderung.

P

Partizipation bedeutet Teilhabe und (▶) Selbstbestimmung von Bürgerinnen und Bürgern bei allen wesentlichen Fragen ihrer der Lebensgestaltung. Gesundheits- und Bewegungsförderung im Sinne der (▶) Ottawa-Charta zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an (▶) Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Die Erforschung der **physischen und natürlichen Umwelt** als mögliche Einflussebene auf das Bewegungsverhalten ist in den letzten Jahren enorm gestiegen. Es wird als eine zentrale Ebene des ▶ sozial-ökologischen Ansatzes angesehen. Es lassen sich darunter Faktoren wie Grünflächen, Stadtarchitektur, Flächennutzung, Luftverschmutzung und Klima fassen.

Planungsqualität (auch Konzept- oder (▶) Assessmentqualität) bezieht sich auf die Fragen, ob der Bedarf sachlich dargestellt wird, die Bedürfnisse der Zielgruppe erfasst sind, ob die Vorerfahrungen aus anderen Projekten angemessen berücksichtigt und die wissenschaftlichen Grundlagen aufbereitet und die Intervention theoriegestützt entwickelt wurde.

Prozessqualität bezieht sich auf die Umsetzung einer Intervention (entsprechend der zuvor definierten Prozessschritte); hierzu ist erforderlich, dass die geplante Umsetzung auch schriftlich festgehalten wird (z.B. in einem Manual).

Q

Qualität wird vom US-amerikanischen Institute of Medicine definiert als das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen.

Qualitätsentwicklung ist ein Begriff, der im Rahmen des Kooperationsverbundes "Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte" geprägt wurde und einen Sensibilisierungsprozess bezeichnet, der u.a. durch die Anwendung der Good Practice-Kriterien in Gang gesetzt werden kann.

Das **Qualitätsmanagement** wurde in der Industrie entwickelt und meint ein umfassendes System, das ein gesamtes Unternehmen umfasst. Wichtiges Element ist das Denken in Regelkreisen.

Die **Qualitätssicherung** ist Teil des Qualitätsmanagements (wenn die angestrebte Qualität erreicht wurde). Wird in der Gesundheitsförderung nur selten verwendet.

R

Der **reziproke Determinismus** ist eine Grundannahme des (▶) sozial-ökologischen Ansatzes und steht für eine dynamische Wechselwirkungen zwischen Person

(inklusive Gedanken und Erwartungen), Verhalten und Umwelt.

S

In **Screening-Programmen** (synonym Früherkennungsuntersuchungen) werden bestimmte Personengruppen bevölkerungswelt Untersuchungen unterzogen, um Hinweise auf nicht symptomatische Frühstadien von Erkrankungen beziehungsweise das Vorliegen von Risikofaktoren zu erhalten.

Selbstbestimmung bezeichnet einen Zustand, der frei ist von ungewollter Einflussnahme von außen (▶ Autonomie). Eine Person, welche selbstbestimmt handelt, trifft die Entscheidung dazu eigenständig, und ihr Verhalten dient nach der Selbstbestimmungstheorie der Erreichung persönlich wertgeschätzter Ziele beziehungsweise der Erfüllung psychischer Grundbedürfnisse. Den Gegensatz bilden kontrollierende Formen der (▶) Motivation, bei denen der Grund von Handlungen erwartete äußere oder innere Belohnungen oder Bestrafungen sind.

Bei der **Selbstwirksamkeitserwartung** handelt es sich um die eigene Zuversicht, eine beabsichtigte Handlung – trotz eventuell auftretender Hindernisse – ausführen zu können; sie bezeichnet das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.

Als **Setting** (Lebenswelten) werden Orte oder soziale Zusammenhänge bezeichnet, in denen sich der Alltag von Menschen abspielt und die einen wichtigen Einfluss auf ihre Gesundheit haben (zum Beispiel Arbeitsplatz, Wohnumfeld, Freizeiteinrichtungen, Familie, Nachbarschaft). Der Settingsansatz der Gesundheitsförderung berücksichtigt die Settings, in denen sich Zielgruppen bewegen und legt Interventionen für bestimmte Settings an. In der (▶) Ottawa Charta ist die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten ein zentrales Handlungsfeld.

Der **sozial-ökologische Ansatz** (sozial ökologisches Modell/sozialökologisches Rahmenmodell) geht davon aus, dass Bewegung sowohl durch personenbezogene Merkmale als auch durch (▶) soziokulturelle und (▶) physische Umweltfaktoren sowie (▶) gesellschaftlich-politische Rahmenbedingungen bestimmt ist. Dem sozial-ökologischen Ansatz ist es zu verdanken, dass Erklärungsversuche zur Verhaltensänderung weg von rein (▶) personenbezogenen Faktoren gehen. Eine Grundannahme liegt in der Interaktion der verschiedenen Ebenen (▶) reziproker Determinismus)

Die **soziokulturelle Umwelt** (soziokulturelle Umweltfaktoren) stellt eine weitere Ebene des (▶) sozial-ökologischen Ansatzes dar. Als soziokulturelle Einflussfaktoren sind beispielsweise kulturelle Prägungen, das Einkommen, der soziale Zusammenhalt in einem Wohnquartier oder auch die soziale Unterstützung durch Familie, Freunde oder Nachbarn zu fassen.

Strukturqualität bezieht sich auf die strukturellen Voraussetzungen einer Intervention, also z.B. die Qualifikation des Personals oder die zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen.

T/U/V

Vitamine sind organische Verbindungen, die der Organismus nicht als Energieträger, sondern für andere lebenswichtige Funktionen benötigt, die jedoch der Stoffwechsel zum größten Teil nicht synthetisieren kann. Sie müssen deshalb mit der Nahrung aufgenommen werden. Vitamine werden in fettlösliche (lipophile) und wasserlösliche (hydrophile) Vitamine unterteilt. Allgemein werden nur die für Menschen lebenswichtigen, aber nicht selbst produzierbaren Substanzen als Vitamine bezeichnet. Eine Ausnahme ist das (►) Vitamin D, das der menschliche Körper selbst herstellen kann, wenn er ausreichende Mengen Sonnenlicht erhält.

Vitamin D ist die Bezeichnung für in Lebewesen physiologisch vorkommendes Cholecalciferol (auch Colecalciferol, kurz Calciferol oder Calcisol). Es wird von der Haut mit Hilfe von ultraviolettem Licht (UV B) gebildet. In der Nahrung kommt es im Wesentlichen in fetthaltigen Fischen vor. Vitamin D spielt eine wichtige Rolle bei der Regulierung des Calcium-Spiegels im Blut und beim Knochenaufbau. Ein Vitamin-D-Mangel kann bei Kinder zu Rachitis und bei Erwachsenen zu Osteomalazie führen.

In der Psychologie meint **Volition** Prozesse, die der Ausführung und Steuerung willentlicher Handlungen dienen. Dazu gehören Prozesse der Planung, Selbststeuerung und Handlungskontrolle. Volitionale Prozesse werden sowohl als Teil von (►) Motivation (als übergeordneter Begriff) gesehen als auch von motivationalen Prozessen der Zielsetzung bzw. Absichtsbildung unterschieden.

W

Das so genannte **World Café** ist die Bezeichnung einer Methode, die Menschen im Rahmen von zum Beispiel Workshops oder Tagungen miteinander in Austausch bringen möchte. Ziel ist es, möglichst viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Wort kommen zu lassen und ihnen so eine aktive Mitwirkung und Mitgestaltung an Prozessen zu ermöglichen. Die Gespräche finden dabei klassischer Weise in einer entspannten Atmosphäre statt. Daher rührt der Name Café.

X/Y/Z



Auf den Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finden Sie eine Vielzahl weiterer „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung“. Unter www.leitbegriffe.bzga.de sind die entsprechenden Begriffe abrufbar.

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

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

www.liga.nrw.de