

# 19. Statuskonferenz | Dokumentation

## »Bewegung und Bewegungsförderung«



Frankfurt am Main | 5. März 2020

Unterstützt durch

Deutscher Olympischer Sportbund e.V. (DOSB)

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)



Gemeinsam Gesundheit fördern.

	<b>Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit</b>	<b>3</b>			
	<b>Joachim Becker</b>   Leiter der Abteilung »Medizin- und Berufsrecht, Prävention«				
	<b>Grußwort</b>	<b>4</b>			
	<b>Ute Bertram</b>   Präsidentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.				
<b>1</b>	<b>Block I: Evidenz</b>				
<b>1.1</b>	<b>Gesundheitsförderung und Prävention durch Bewegung</b>	<b>5</b>			
	<b>Prof. Dr. Andreas Nieß</b>   Medizinisches Universitätsklinikum Tübingen, Abteilung Sportmedizin				
<b>1.2</b>	<b>Nationale Empfehlungen Bewegung und Bewegungsförderung</b>	<b>6</b>			
	<b>Prof. Dr. Klaus Pfeifer</b>   Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Department Sportwissenschaft und Sport				
<b>2</b>	<b>Block II: Rahmenbedingungen zur Implementierung</b>				
<b>2.1</b>	<b>Leitfaden Prävention § 20 SGB V</b>	<b>7</b>			
	<b>Jens Hupfeld</b>   GKV-Spitzenverband				
<b>2.2</b>	<b>Ärztliche Präventionsempfehlungen/ Rezept für Bewegung</b>	<b>8</b>			
	<b>Prof. Dr. Dr. Christine Graf</b>   Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V.; Deutsche Sporthochschule Köln				
<b>2.3</b>	<b>Initiative »Sicherheit und Gesundheit im und durch den Schulsport«</b>	<b>9</b>			
	<b>Eckhard Drewicke</b>   Kultusministerkonferenz <b>Andrew Orrie</b>   Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.				
<b>2.4</b>	<b>Netzwerkakteure Bewegung/ Bewegungsförderung (SAMBA)</b>	<b>11</b>			
	<b>Dr. Hagen Wäsche</b>   <b>Prof. Dr. Alexander Woll</b>   KIT Karlsruhe, Institut für Sport und Sportwissenschaft; Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft e.V., Kommission Gesundheit				
<b>2.5</b>	<b>Organisierter Sport als bundesweit flächendeckender Bewegungsanbieter</b>	<b>12</b>			
	<b>Dr. Mischa Kläber</b>   Deutscher Olympischer Sportbund e.V.				
<b>3</b>	<b>Block III: Disseminierung/Umsetzung von Bewegungsförderung</b>				
<b>3.1</b>	<b>... im kommunalen Setting: »Platzwechsel – Bewege Dein Leben«</b>	<b>13</b>			
	<b>Melinda Strätz</b>   Deutscher Olympischer Sportbund e.V. <b>Dr. Ann-Katrin Kurz</b>   Team Gesundheit GmbH				
	<b>3.2 ... im schulischen Setting: DGVU Information 202-101 »Bewegung und Lernen«</b>		<b>14</b>		
	<b>Christian Ammann</b>   Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.				
	<b>3.3 ... im betrieblichen Setting: Münchner Abfallwirtschaftsbetrieb</b>		<b>15</b>		
	<b>Beate Huber</b>   Münchner Abfallwirtschaftsbetrieb				
	<b>3.4 ... in stationären Pflegeeinrichtungen: Stefan Peters</b>		<b>16</b>		
	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e.V. <b>Uwe Dresel</b>   DAK-Gesundheit				
	<b>3.5 ... für Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie mit Behinderungen: Matthias Poeppel</b>		<b>17</b>		
	Deutscher Behindertensportverband e.V.				
	<b>4 Ausblick</b>		<b>18</b>		
	<b>Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer</b>   Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Sportwissenschaft				
	<b>Impressum</b>		<b>19</b>		

## Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

### Joachim Becker |

Leiter der Abteilung »Medizin- und Berufsrecht, Prävention«



Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich danke sehr für die Einladung zu dieser Statuskonferenz.

Wie Sie wahrscheinlich wissen, hat es im Gesundheitsministerium Umstrukturierungen gegeben. In diesem Rahmen ist auch der Bereich Prävention neu aufgestellt worden. Ich selbst bin erst seit wenigen Tagen in diesem neuen Arbeitsbereich tätig. Aber schon nach dieser kurzen Zeit kann ich sagen, dass es ein sehr spannender Bereich ist, für den es lohnt, sich zu engagieren!

Sie werden sich vielleicht fragen, was bei der sehr aktiven Arbeit im Gesundheitsministerium – schon viele neue Gesetze wurden verabschiedet – im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung passiert.

Mit dem Präventionsgesetz hat die Bundesregierung eine wichtige Weichenstellung vorgenommen. So wurde zum Beispiel das Engagement der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention deutlich gestärkt.

Seit letztem Sommer liegt eine erste Zwischenbilanz der Arbeiten in diesem Bereich, der erste Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz, vor. Das Bundesministerium für Gesundheit wertet die Ergebnisse des Präventionsberichts aus und erarbeitet derzeit eine Stellungnahme. Das Ergebnis liegt noch nicht vor, aber ich kann schon so viel verraten: Es wird inhaltlich sehr konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung geben und diese werden mit Anregungen für die Umsetzung untermauert sein.

Es ist geplant, frühzeitig mit den Beteiligten in den Austausch zu treten, damit die gesetzliche Fortentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung rasch erfolgen kann.

Auch das Thema der Konferenz heute – Bewegung und Bewegungsförderung – ist wichtig für die Gesundheitsförderung und Prävention. Oftmals wird gefordert, dass zur Bekämpfung von Diabetes mellitus

oder Adipositas sogenannte Lifestyle Arzneimittel wie z. B. Appetitzügler freigegeben werden sollten, um auf diesem Wege Erfolge zu erzielen. Das jedoch sehe ich sehr kritisch.

Wir unterstützen das Anliegen Ihrer heutigen Statuskonferenz, Bewegung und Bewegungsförderung stärker in die Fläche zu bringen, sehr. Dafür sind die mit Förderung des BMG entwickelten »Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung« eine hervorragende Grundlage, da erstmals in Deutschland wissenschaftlich basierte Empfehlungen für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen sowie Erwachsene mit chronischen Krankheiten vorliegen. Wichtig ist, dass diese Empfehlungen verbreitet werden, damit sie alle Menschen erreichen. Dabei sind wir auf Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Sie angewiesen. Denn ohne Sie geht es nicht. Und umso eher werden wir die Menschen, die im Mittelpunkt unserer gemeinsamen Bemühungen stehen, vom Nutzen der Bewegung überzeugen können.

Als Gesundheitsministerium können wir aber nicht nur singular Themen in den Blick nehmen, sondern sehen Gesundheitsförderung und Prävention krankheitsübergreifend im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes, mit dem die Risiken für nicht übertragbare Erkrankungen effektiv minimiert werden sollen. Daher sollten wir über eine Dachstrategie, wie z. B. eine Strategie zur Prävention chronischer, nicht übertragbarer Erkrankungen nachdenken, denn viele der einzelnen gesundheitsrelevanten Themen haben Gemeinsamkeiten und können in einer gemeinsamen Strategie betrachtet werden.

Ich wünsche Ihnen bei der heutigen Statuskonferenz einen intensiven Austausch von Erkenntnissen und Meinungen und bin gespannt auf die Referate, die nun folgen.

### Ute Bertram |

Präsidentin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.



Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich freue mich, Sie hier in Frankfurt am Main beim Deutschen Olympischen Sportbund zur inzwischen 19. Statuskonferenz der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung begrüßen zu dürfen. Erlauben Sie mir, einen kurzen Blick zurück auf die vergangenen Veranstaltungen zu werfen.

Schon die erste Statuskonferenz im Jahr 2010 hatte mit dem Ziel stattgefunden, mehr Transparenz in den verschiedenen Handlungsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung zu schaffen. Und so haben wir in den vergangenen zehn Jahren das ganze Spektrum der Gesundheitsförderung aufgegriffen: mal ging es um Querschnittsthemen wie »Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung«, mal um »Dauerbrenner« wie »frühkindliche Gesundheitsförderung« oder »betriebliche Gesundheitsförderung«, aber es gab auch aktuelle politische bzw. gesellschaftliche Entwicklungen, die eine besondere Dringlichkeit besaßen und von uns thematisiert wurden, so zum Beispiel die Statuskonferenz zu »Flucht und Gesundheit« im Jahr 2016.

Das zeigt, dass die Statuskonferenz ein flexibel einsetzbares Format ist, mit dem wir mit unseren Mitgliedern und Kooperationspartnern auf verschiedenen Ebenen in den Austausch treten können.

Die in den letzten Jahren gestiegenen und seit einiger Zeit konstant hohen Anmeldezahlen zeigen das Interesse an den Veranstaltungen. Ganz offensichtlich haben wir hier einen guten Weg eingeschlagen, den wir gerne weiterverfolgen werden.

Das Thema unserer heutigen Konferenz »Bewegung und Bewegungsförderung« ist von etwas längerer Hand geplant worden, weil wir mit dieser Statuskonferenz wiederum ein Novum beschreiten. Diese Statuskonferenz wurde gemeinsam mit zwei unserer Mitgliedsverbänden, die in diesem Bereich viel Kompetenz mitbringen, geplant und organisiert. Unser besonderer Dank geht an dieser Stelle an den Deutschen Olympischen Sportbund und den Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie. Herr Dr. Kläber und Frau Baldus – vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Was also haben wir mit der heutigen Statuskonferenz vor? Zunächst möchten wir im ersten Block der Konferenz etwas über den gesundheitlichen Nutzen von Bewegung und körperlicher Aktivität erfahren. Wir möchten Antworten erhalten auf die Frage, was regelmäßige Bewegung für die Gesundheit tatsächlich bringt. Welche wissenschaftlichen Belege gibt es für den gesundheitlichen Nutzen regelmäßiger körperlicher Bewegung? Gleichzeitig ist zu klären, was eigentlich unter Bewegung und körperlicher Aktivität verstanden wird. Zählt »mit dem Hund spazieren gehen« oder »im Garten arbeiten« schon als Bewegung? Oder muss eine bestimmte Herzfrequenz erreicht werden, damit von Bewegung gesprochen werden kann? Wenn es ein Maß für gesundheitsförderliche Bewegung gibt, trifft dies dann auf alle Menschen gleichermaßen zu? Oder gibt es in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Herkunft, Bildung oder sozialem Milieu vielleicht Unterschiede, die zu berücksichtigen sind? Dies sind die spannenden Fragen, denen wir uns im ersten Teil der Konferenz widmen werden.

Am Nachmittag geht es dann um die Umsetzung von Bewegung und Bewegungsförderung. Ziel der Bemühungen in Prävention und Gesundheitsförderung ist es, die körperliche Aktivität als festen Bestandteil im Alltag zu verankern und bewegungsaktive Lebensstile der Bevölkerung zu fördern. Dass dies dringend notwendig ist, zeigte schon die Studie zur »Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS) 2013, in der etwa 75 Prozent der Männer und 80 Prozent der Frauen in Deutschland die Empfehlungen für körperliche Aktivität der WHO nicht erfüllen (Krug et al., 2013). Körperliche Inaktivität betrifft einen Großteil der Bevölkerung und stellt damit ein ernst zu nehmendes Public Health-Problem dar.

Was wird getan und was sollte getan werden, um Menschen in Bewegung zu bringen? Darauf fokussieren der zweite und dritte Block der Konferenz. Dazu gehen wir zunächst auf die Rahmenbedingungen zur Implementierung von Bewegung und Bewegungsförderung ein.

Rahmenbedingungen für Bewegungsförderung sind z. B.

- die Finanzierung von Bewegungskursen,
- die Qualifizierung von Kursleiterinnen und Kursleitern oder
- der Zugang zu geeigneten Kursen oder Programmen.

Danach, im dritten Block, schauen wir uns Beispiele für die praktische Umsetzung an. Wie kann Bewegungsförderung erfolgreich in Schulen, in Betrieben, in Kommunen oder stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden? Welche Fallstricke gibt es hier vielleicht und wie kann man sie umgehen? Wie gestaltet sich die Situation für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder für Menschen mit Behinderungen? Welche Angebote gibt es hier? Was gelingt hier besonders gut oder auch gar nicht?

Sie sehen, wir spannen mit dieser Statuskonferenz einen weiten Bogen! Und die zahlreichen Referierenden, die hier und heute zu Wort kommen, zeigen, dass auch Bewegungsförderung nicht die Aufgabe einer einzelnen Institution oder Organisation bleiben kann, sondern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden muss. Akteure aus Politik, Bildung, Kommunen, Sportverbänden, Gesundheitswesen, Medien und anderen Institutionen müssen sich zusammentun, um bei der Entwicklung und Implementierung von Bewegungsmaßnahmen effektiv zusammenzuarbeiten.



Bis 2025 will die WHO die körperliche Inaktivität weltweit um zehn Prozent reduzieren – ein wahrscheinlich kaum noch einzulösendes Ziel. Aber ich möchte an Sie appellieren, dass Sie sich nicht den Mut nehmen lassen. Machen Sie weiter, werden Sie aktiv, sowohl als Einzelperson für die eigene Gesundheit, aber auch in Ihrer jeweiligen Funktion als Gesundheitsförderin und Gesundheitsförderer für mehr Bewegung und körperliche Aktivität.

Damit wir heute nicht nur auf unseren Stühlen sitzen bleiben, haben wir Stehtische aufgebaut, die Ihnen die Möglichkeit geben, zwischendurch aufzustehen und vom Stehtisch aus das Programm zu verfolgen. Wir haben aber auch kleine vom Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverband (adh) angeleitete Bewegungspausen im Programm vorgesehen, die uns mobilisieren und die Konzentration erhöhen sollen. Wir freuen uns, wenn Sie daran teilnehmen!

Meine Damen und Herren, genug der Vorrede, jetzt möchte ich mit Ihnen in das Programm einsteigen. Ich hoffe, Sie sind genauso gespannt auf die Vorträge wie ich. Ich wünsche Ihnen einen regen Austausch untereinander, gute Gespräche und einen spannenden Tag!



## 1 Block I: Evidenz

### 1.1 Gesundheitsförderung und Prävention durch Bewegung

*»Zum Erzielen einer möglichst optimalen Wirkung körperlicher Aktivität in der Prävention und Therapie von Erkrankungen sollten vermehrt interdisziplinäre und personalisierte Ansätze beforscht und verfolgt werden.«*

**Prof. Dr. Andreas M. Nieß** |  
Innere Medizin V, Abteilung  
Sportmedizin, Universitäts-  
klinikum Tübingen und Inter-  
fakultäres Forschungsinstitut  
für Sport und körperliche  
Aktivität, Universität Tübingen



Epidemiologische Studien zeigen, dass nahezu alle Menschen, unabhängig von Alter, Geschlecht oder vorhandenen Vorerkrankungen von körperlicher Aktivität profitieren. Sowohl in Bezug auf freizeitsportliche Aktivitäten als auch die Gesamtaktivität zeichnen sich dabei bei den Gruppeneffekten in Abhängigkeit vom Krankheitsbild unterschiedliche Dosis-Wirkungs-Beziehungen ab. So scheinen z. B. bei der koronaren Herzkrankheit geringere Bewegungsumfänge notwendig zu sein als beim Brustkrebs, um dieselbe relative Risikoreduktion zu erreichen.

Die heutige Zeit ist geprägt durch den »sitzenden Lebensstil«. Die Frage ist, ob körperliche Aktivität das viele Sitzen ausgleichen kann. Hier zeigen Studien, dass Menschen, die insgesamt wenig aktiv sind, durch zusätzliche lange Sitzphasen ihr Sterblichkeitsrisiko nochmals deutlich erhöhen, wohingegen Personen, die genauso viel sitzen aber ansonsten körperlich sehr aktiv sind, das sitzbedingte Risiko reduzieren. Auch in Bezug auf die seelische Gesundheit hat eine Studie bei Kindern und Jugendlichen zeigen können, dass bereits regelmäßige moderate Bewegung zu einer deutlichen Verbesserung von depressiven Symptomen führt.

Die körperliche Aktivität wird aufgrund der vielen nachgewiesenen positiven Effekte auch als »Polypill« – also als Pille für alles – bezeichnet. Insbesondere für Diabetes und die koronare Herzkrankheit ist der Wirkmechanismus von Bewegung auf den Körper bzw. auf die Zellen teilweise gut erforscht. Für den Bereich der Krebserkrankungen dagegen bedarf z. B. die Absicherung einer möglichen Wirkung über eine Modulation der Immunfunktion noch weiterer Forschung.

## 1.2 Nationale Empfehlungen Bewegung und Bewegungsförderung

»Für Bewegungsförderung in Deutschland braucht es auf Bundes- und Landesebene bessere Strukturen und Anreize sowie mehr sektorenübergreifende Kooperation im Zusammenspiel zwischen Praxis, Politik und Wissenschaft.«

**Prof. Dr. Klaus Pfeifer** |  
Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg, Depart-  
ment Sportwissenschaft und  
Sport



Regelmäßige körperliche Aktivität ist ein gewichtiger Schutzfaktor gegen nicht ansteckende chronische Erkrankungen und gegen frühzeitiges Versterben. Bewegungsförderung hat erheblichen individuellen, kollektiven und ökonomischen Nutzen im Hinblick auf Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe. Entsprechend fordern die WHO, die Europäische Kommission, der Europäische Rat sowie auch national in einem gemeinsamen Beschluss die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) und die Sportministerkonferenz (SMK) mehr gesellschaftliches und politisches Engagement für Bewegungsförderung.

Die Relevanz dieser Forderung zeigt sich in der hohen und teilweise noch gestiegenen Prävalenz von Bewegungsmangel in großen Teilen der Bevölkerung, insbesondere bei Menschen mit sozialen Benachteiligungen.

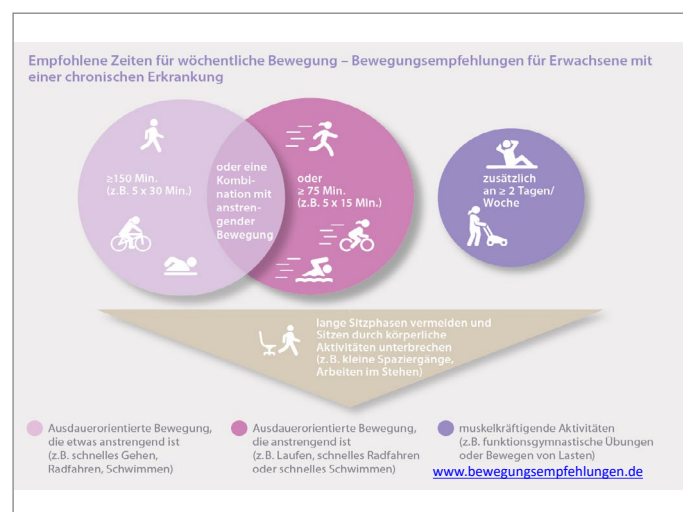


Abbildung: Vortragsfolie Prof. Dr. Klaus Pfeifer

**Wirksamkeit körperlicher Aktivität - Qualitative Aspekte**

**Kraft vs. Ausdauertraining**

Variable	Aerobes Ausdauertraining	Krafttraining
Maximale Sauerstoffaufnahme	↑ ↑ ↑	↑/↑
Leistung an der individuellen anaeroben (Laktat-)Schwelle	↑ ↑ ↑	↑/↑
Körperfettanteil (%)	↓ ↓ ↓	↓
Fettfreie Körpermasse	↑/↑	↑ ↑
Muskelkraft	↑/↑	↑ ↑ ↑
Ektope Fettspeicher (Leber, viszeral)	↓ ↓ ↓	↑/↓
Insulinsensitivität	↑ ↑	↑ ↑
HDL-Cholesterin	↑	↑/↑
LDL-Cholesterin	↑/↓	↑/↓
Ruheumsatz	↑	↑
Herz-Kreislauf-System:		
• Ruheherzfrequenz	↓ ↓	↑/↓
• Schlagvolumen	↑ ↑	↑↑
• Ruheblutdruck (systolisch)	↓	↓
• Ruheblutdruck (diastolisch)	↓	↓


Nieß & Thiel (2017) Diabetologie 12: 112-126  
Adapted from Pollok et al., 2001; Mandic et al., 2012  
Fagard et al. 2006

Abbildung: Vortragsfolie Prof. Dr. Andreas M. Nieß

Durch körperliche Aktivität können zahlreiche positive Wirkungen auf krankheitsrelevante Zielgrößen erreicht werden. Dabei weisen verschiedene Bewegungsformen wie z. B. Ausdauer- und Krafttraining teilweise unterschiedlich stark ausgeprägte Effektstärken auf. Weiterhin ist zu beachten, dass Personen teilweise sehr individuell auf Trainingsreize reagieren. Die in diesem Zusammenhang häufiger postulierte Non-Response auf Training scheint eher im Sinne einer individuell variablen Dosis-Wirkungs-Beziehung zu existieren. Um eine möglichst optimale Wirkung bei einem Individuum erzielen zu können, sollten in der aktivitätsbezogenen Präventionsforschung auch vermehrt personalisierte Ansätze verfolgt werden.

Zusammengefasst gibt es große Evidenz zur Wirksamkeit körperlicher Aktivität aus epidemiologischen Studien mit Hinweisen zu Dosis-Wirkungs-Beziehungen (Gruppeneffekte) als robuste Basis für Empfehlungen zur aktivitätsbasierten Prävention. Zudem finden wir wachsende Erkenntnisse zu den zugrundeliegenden Mechanismen körperlicher Aktivität bei der Risikoreduktion mit präzisierenden Hinweisen zur Dosis-Wirkungs-Beziehung und Reizqualität sowie unter entitätsspezifischen Gesichtspunkten. Die individuelle Dosis-Wirkungs-Beziehung körperlicher Aktivität erweist sich als »offene Flanke« in der aktivitätsbezogenen Prävention mit der Notwendigkeit des Verfolgens interdisziplinärer Forschungsansätze.

**Prof. Dr. Andreas M. Nieß** | Seit 2004 Ärztlicher Direktor und Lehrstuhlinhaber für Sportmedizin am Universitätsklinikum Tübingen. Klinische Schwerpunkte: Leistungsdiagnostik und Trainingsberatung, Sportmedizinische Betreuung im Leistungssport, Klärung der körperlichen Belastbarkeit bei Patienten mit internistischen Erkrankungen, bewegungsassoziierte Prävention und Therapie. Forschungsschwerpunkte: Physische Stressantwort bei Belastung und Trainingsanpassung bei Sportlern und Patienten. Incoming Vorsitzender des Wissenschaftsrats der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP).


Für Deutschland wurden 2016 wissenschaftlich begründete »Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung« (NEBB) veröffentlicht: [www.bewegungsempfehlungen.de](http://www.bewegungsempfehlungen.de) 

Diese beschreiben als Empfehlungen für Bewegung einerseits Art, Umfang und Intensität der für Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Erwachsene und Menschen mit chronischen Erkrankungen empfohlenen gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität. Zum anderen beschreiben konkrete Empfehlungen für Bewegungsförderung, wie es in den Lebenswelten der genannten Zielgruppen oder auch für die gesamte Bevölkerung gelingen kann, den Anteil gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität zu erhöhen. Entsprechend bieten die NEBB einen bedeutsamen Orientierungsrahmen für die Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen der Bewegungsförderung in Deutschland.

Durch Projektförderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden 2017 unter Beteiligung und Aktivierung von Vertretern der Zielgruppen und Lebenswelten, von Akteuren und Organisationen im Gesundheitswesen sowie der Wissenschaft

- a) zielgruppengerechte Medien und Materialien erstellt sowie
- b) passfähige Verbreitungs- und Implementierungsstrategien entwickelt.

Die NEBB fanden Eingang in die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz und in den Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes. Zudem erfolgten unterstützende politische Beschlüsse zur Verbreitung und Anwendung der Empfehlungen der GKM sowie des Deutschen Ärztetages.

Erste konkrete Implementierungsansätze verfolgt ein durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V gefördertes Projekt (KOMBI), bei dem unter Beteiligung von Modellkommunen bedarfsorientiert, praxisbezogen und wissenschaftlich fundiert neue Wege der kommunalen Bewegungsförderung erprobt werden. Auch das BMG adressiert das Thema körperliche Aktivität mit dem im Juni 2018 ausgeschriebenen Förderschwerpunkt »Bewegung und Bewegungsförderung«. Dort werden anknüpfend an die NEBB derzeit zehn Vorhaben in unterschiedlichen Settings umgesetzt: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bewegung-und-bewegungsfoerderung.html> 

Die in den verschiedenen Projekten zur Disseminierung und Umsetzung der NEBB beteiligten Akteure und Organisationen formulieren den starken Bedarf einer koordinierten und strukturell verankerten Bewegungsförderung in Deutschland.

**Prof. Dr. Klaus Pfeifer** | Lehrstuhl »Bewegung und Gesundheit« an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Forschungsschwerpunkte liegen u.a. im Bereich Bewegungsförderung, bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz, Bewegungstherapie, Motorik und Gesundheit.

## 2 Block II: Rahmenbedingungen zur Implementierung

### 2.1 Leitfaden Prävention § 20 SGB V: GKV-Engagement für Bewegung und Bewegungsförderung

*»Das GKV-Engagement für Bewegung und Bewegungsförderung wird nachhaltig wirken, wenn Kommunen gesundheitsfördernde Strukturen schaffen, in denen das GKV-Engagement verankert werden kann. Mit dem Kommunalen Förderprogramm des GKV-Bündnisses für Gesundheit leistet die gesetzliche Krankenversicherung einen wesentlichen Beitrag zum Aufbau dieser Strukturen.«*

**Jens Hupfeld** |  
GKV-Spitzenverband



Der GKV-Spitzenverband definiert mit seinem Leitfaden Prävention einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung. Der Leitfaden gibt den verbindlichen Rahmen vor, innerhalb dessen die Krankenkassen vor Ort selbstständig entscheiden, welche konkreten Angebote sie machen. Der umfangreiche Leistungskatalog gliedert sich in:

- Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V,
- Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V,
- Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben nach §§ 20b und 20c SGB V.

Die Leistungen der Krankenkassen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung werden jährlich im Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes und seines Medizinischen Dienstes (MDS) dokumentiert. Der Präventionsbericht schafft bundesweit Transparenz über die Aktivitäten der Krankenkassen in nichtbetrieblichen Lebenswelten wie Kitas, Schulen und Kommunen, über das Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Nutzung von Präventionskursen durch die Versicherten. Mit mehr als 544 Millionen Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2018 Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Betrieben und für einzelne Versicherte unterstützt. Das entspricht 7,49 Euro je Versicherten – damit übertrafen die Krankenkassen den gesetzlich vorgesehen Orientierungswert von 7,34 Euro. Einen besonderen Fokus legt die GKV beim qualitätsgesicherten Ausbau ihres Engagements auf die Förderung von präventiven Maßnahmen in Lebens-



welten und Betrieben. Inhaltlich konzentriert sich ein Großteil der Aktivitäten in allen Leistungsbereichen auf die Themen Bewegung und Bewegungsförderung.

**Verhaltensbezogene Prävention: Gesundheitskurse**

**GKV Spitzenverband**

- Handlungsfelder (% aller Teilnahmen):
  - Bewegungsgewohnheiten 69%
  - Stressbewältigung/Entspannung 27%
  - Gesunde Ernährung/Übergewicht 3%
  - Reduz. des Suchtmittelkonsums 1%
- Die Mehrzahl der Krankenkassen hat die Zentrale Prüfstelle Prävention mit der Prüfung der Fördervoraussetzungen beauftragt
- seit 2001 fördert die GKV die Nutzung von Kursen, die das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ haben und den Kriterien des Leitfadens Prävention entsprechen

1,7 Mio. Kursteilnehmer/Innen im Jahr 2018

2,94 € Je Versicherten 2018

6100 Teilnehmer/Innen

**ZENTRALE PRÜFSTELLE PRÄVENTION**

**SPORT PRO GESUNDHEIT**  
Zertifiziertes Angebot  
DGSB

Statuskonferenz Bewegung und Bewegungsförderung, Jens Hupfeld | 05.01.2020 | Seite 9

Abbildung: Vortragsfolie Jens Hupfeld

Die kommunale Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention wird im Leitfaden Prävention betont. Insbesondere das Engagement der GKV zum Aufbau und zur Stärkung gesundheitsfördernder Strukturen auf kommunaler Ebene sowie die Förderung von Aktivitäten, die auf Angehörige vulnerabler Zielgruppen ausgerichtet sind, haben Fahrt aufgenommen. Das »GKV-Bündnis für Gesundheit«, eine gemeinsame Initiative der Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten ist als ein gutes Beispiel dafür zu nennen: [www.gkv-buendnis.de](http://www.gkv-buendnis.de)

Das Kommunale Förderprogramm des »GKV-Bündnisses für Gesundheit« ist Anfang des Jahres 2019 gestartet und unterstützt in den kommenden fünf Jahren den Aufbau von kommunalen Strukturen und Projekten zur Gesundheitsförderung mit insgesamt 90 Millionen Euro.

**Jens Hupfeld** | Seit 2016 Leiter des Referats Prävention beim GKV-Spitzenverband. Hauptaufgabenbereiche sind der Leitfaden Prävention, die Nationale Präventionsstrategie und das GKV-Bündnis für Gesundheit.

## 2.2 Ärztliche Präventionsempfehlungen/ Rezept für Bewegung

»Bewegung ist Medizin.«

**Prof. Dr. Dr. Christine Graf** | Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V.; Deutsche Sporthochschule Köln



Der Nutzen von Bewegung und Sport ist heutzutage unumstritten; nichtsdestotrotz erreichen nur etwa 20 Prozent der Frauen und 35 Prozent der Männer die aktuellen Bewegungsempfehlungen von 150 Minuten moderater Aktivität pro Woche plus Krafttraining. Eine Möglichkeit, Menschen zu mehr Bewegung zu bringen, stellt das Rezept für Bewegung bzw. die ärztliche Präventionsempfehlung dar. Aufgrund ihrer hohen Glaubwürdigkeit sind Ärztinnen und Ärzte wichtige Vermittler in puncto lebensstiländernde Maßnahmen; außerdem kontaktieren etwa 80 bis 90 Prozent der erwachsenen Bevölkerung (mindestens) einmal jährlich ihren Hausarzt oder -ärztin.

**Rezept für Bewegung**

Deutsche Sporthochschule Köln | Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaften | Abt. Bewegungs- und Gesundheitsförderung

Das Rezept für Bewegung ist eine Empfehlung, ein sogenanntes **SPORT PRO GESUNDHEIT** Angebot zu nutzen. Sollten Angebote in Ihrer Nähe fehlen, Sie im Internet unter [www.gesundheitsportal.de](http://www.gesundheitsportal.de) suchen.

Erfüllen Sie die folgenden Kriterien, werden Sie sich selbst im **Präventionssiegel** auszeichnen lassen.

Bitte Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Geburtsdatum angeben.

**REZEPT FÜR BEWEGUNG**

**SPORT PRO GESUNDHEIT**  
Zertifiziertes Angebot  
DGSB

Die folgenden Kriterien sind für die Zertifizierung erforderlich:

- 1. Zielvorgabe: Zielvorgabe des Bewegungsprogramms
- 2. Zielvorgabe: Zielvorgabe des Bewegungsprogramms
- 3. Zielvorgabe: Zielvorgabe des Bewegungsprogramms

Bitte die Kriterien im Detail angeben, wie sie im Programm umgesetzt werden. Sollten Sie keine Kriterien erfüllen, geben Sie dies an.

Bitte Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Geburtsdatum angeben.

Bitte die Kriterien im Detail angeben, wie sie im Programm umgesetzt werden. Sollten Sie keine Kriterien erfüllen, geben Sie dies an.

Bitte Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und Geburtsdatum angeben.

Bitte die Kriterien im Detail angeben, wie sie im Programm umgesetzt werden. Sollten Sie keine Kriterien erfüllen, geben Sie dies an.

[www.dgsp.de](http://www.dgsp.de)

Abbildung: Vortragsfolie Prof. Dr. Dr. Christine Graf

Das Rezept für Bewegung genießt in verschiedenen Formen eine lange Tradition und wurde vom DOSB, der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin e.V. (DGSP) vereinheitlicht. Das Ziel war bzw. ist nach wie vor, (inaktive) Patientinnen und Patienten in mit dem Siegel »Sport pro Gesundheit« zertifizierte Angebote zu vermitteln. Auch wenn nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen über den Nutzen einer solchen ärztlichen Beratung vorliegen, trieben laut einer hessischen Untersuchung von Vogt et al. (2019) vier Monate nach dem Einsatz 53 Prozent der beratenen



Patientinnen und Patienten mehr Sport. 51 Prozent waren im Alltag insgesamt aktiver geworden. Zusätzlich wurde von den Befragten die Kombination aus ärztlicher Beratung und dem Instrument »Rezept« besonders positiv wahrgenommen.

Ärztinnen und Ärzte wiederum sehen in nationalen und internationalen Studien den Einsatz vor allem aus organisatorischen Gründen kritisch; so fehlt es insbesondere an Zeit, aber auch an der Honorierung für eine Beratung zu lebensstiländernden Maßnahmen. Das einfache Ausstellen eines Rezepts bringt niemanden dazu, sich mehr zu bewegen. Es bedarf zusätzlich entsprechender Kompetenzen und Rahmenbedingungen. Dies betrifft allerdings nicht nur das Rezept für Bewegung, sondern auch das seit 2017 eingesetzte Formular zur Empfehlung von verhaltensbezogener Primärprävention, das »Muster 36«, bzw. die ärztliche Präventionsempfehlung. Ziel ist, Patientinnen und Patienten in Angebote (zumeist der Krankenkassen) in den Handlungsfeldern Bewegung, Entspannung, Ernährung, Sucht und Sonstiges im Rahmen der Gesundheitsuntersuchungen zu vermitteln, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert wurden. Ungünstig ist, dass es bislang keine Plattform gibt, auf der anbieter- bzw. kassenübergreifend entsprechend geeignete Maßnahmen zu finden sind. Auch eine Vernetzung der im Gesundheitssektor tätigen Professionen ist wünschenswert, um Wege kurz zu machen, Hürden abzubauen und letztlich damit Ressourcen einzusparen. Sinnvoll wäre daher die Einbettung in ein entsprechendes ärztliches Präventionsmanagement, das laut Bundesärztekammer auf folgenden Grundsätzen basieren sollte:

- Bekenntnis zur Primärprävention auf Seiten der Ärztin/ des Arztes
- Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen
- Geeignete Anlässe für primärpräventive Maßnahmen, z. B. Gesundheitsuntersuchungen
- Identifikation gesundheitlicher Risiken und psychosozialer Belastungen
- Ggf. eine weitergehende zielgerichtete Abklärung gesundheitlicher Probleme und deren Behandlung
- Einbezug der medizinischen Fachangestellten
- Eigene Maßnahmen sowie Weiterleitung an externe Angebote: durch die ärztliche Präventionsempfehlung (Muster 36), das Rezept für Bewegung sowie andere schriftliche Informationen (z. B. »Infozept« – ein Beratungs- oder Verhaltensrezept)

Zentral und begleitend in diesem Ansatz bleibt das ärztliche Präventionsgespräch, z. B. in Form der motivierenden Beratung, in dem die individuellen Neigungen und Wünsche sowie die förderlichen und hemmenden Faktoren erfasst werden. Auf dieser Basis können die für die Patientinnen und Patienten geeigneten Präventionsangebote ausgewählt werden.

**Prof. Dr. Dr. Christine Graf** | Leiterin der Abteilung für Bewegungs- und Gesundheitsförderung an der Deutschen Sporthochschule in Köln. Arbeitsschwerpunkte sind Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Sie ist Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. sowie Vorsitzende des Sportärztekundes Nordrhein.

## 2.3 Initiative »Sicherheit und Gesundheit im und durch den Schulsport«

*»Bewegung, Spiel und Sport beeinflussen die körperliche, geistige, emotionale und soziale Entwicklung junger Menschen. Zum Schulsport gehört eine konsequente Hinwendung zu einer pro-aktiven Präventionsstrategie.« (Eckhard Drewicke)*

*»Schulsportunfälle sind ein multifaktorielles Ereignis. Daher bedarf es einer zeitgemäßen und angemessen differenzierten Präventionsstrategie, die in der Lage ist, alle wesentlichen Handlungsebenen, Akteure und Institutionen zu berücksichtigen.« (Andrew Orrie)*

**Eckhard Drewicke** |  
Kultusministerkonferenz



**Andrew Orrie** |  
Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e.V.




Die Kultusministerkonferenz (KMK) hat in den zurückliegenden 50 Jahren mehrere Beschlüsse zum Sporttreiben von Schülerinnen und Schülern gefasst.

Nach der Routinestatistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) ereignen sich im Lebensraum Schule rund 40 Prozent der von den Trägern der gesetzlichen Schülerunfallversicherung jährlich registrierten 1,3 Mio. Schülerunfälle mit Verletzungsfolgen im Bereich des Schulsports. Der Schulsport umfasst den Sportunterricht und den außerunterrichtlichen Sport im Verantwortungsbereich der Schule.

## Ziel und Träger der Initiative »Sicherheit und Gesundheit im und durch den Schulsport« (SuGiS)

Das Ziel der Schulsportinitiative SuGiS ist die Verbesserung der Sicherheit im unterrichtlichen und außerunterrichtlichen Schulsport sowie der Gesundheitsförderung durch Schulsport. Vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Zielsetzung verfolgen die KMK und die DGUV mit der Schulsportinitiative vier konkrete Teilziele:

1. Es ist ein Management von Sicherheit und Gesundheit etabliert worden.
2. Sicherheit und Gesundheit sind Teil der programmatischen Grundlagen des Schulsports.
3. Es besteht eine inhaltliche Verknüpfung mit der Präventionskampagne »kommitmensch« der DGUV: [www.kommitmensch.de](http://www.kommitmensch.de) 
4. SuGiS wirkt sich im Sinne der Strategie »Vision Zero« aus.

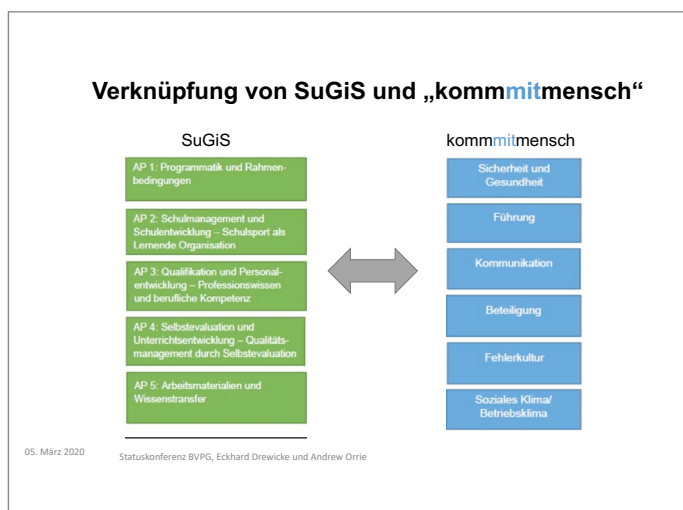


Abbildung: Vortragsfolie Eckhard Drewicke und Andrew Orrie

Träger und Umsetzer der Schulsportinitiative »Sicherheit und Gesundheit im und durch Schulsport« sind auf Bundesebene die KMK und die DGUV. Die operative Steuerung und Koordination erfolgt durch eine Steuerungsgruppe bestehend aus Mitgliedern der Kommission Sport der KMK und des Sachgebietes »Schulen« im Fachbereich »Bildungseinrichtungen« der DGUV.

Auf der Länderebene haben sowohl die beteiligten Ministerien und Senatsbehörden als auch die beteiligten Unfallversicherungsträger jeweils eine Person benannt, die als Ansprechperson für die Steuerungsgruppe fungiert und die Umsetzung der Maßnahmen auf der Landesebene koordiniert.

### Dauer und Durchführung

Die Laufzeit der Initiative beträgt bis zu 15 Jahre. Sie begann im Januar 2019 und es konnten seitdem mehrere Maßnahmen auf der Bundes- und Landesebene umgesetzt werden. Für die Durchführung von SuGiS wurde ein wellenförmiger Verlauf gewählt, der Zwischenevaluationen der Einzelbausteine und/oder der Initiative sowie einen

Wechsel zwischen intensiveren und abgeschwächten Phasen erlaubt und ermöglicht.

Die zu realisierenden Maßnahmen werden zum einen alle Ebenen des Schulsports – Administration, Curriculum, Aus- und Fortbildung, Schule und Unterricht – betreffen, zum anderen können sie sich inhaltlich und zeitlich überschneiden. Die Schulsportinitiative ist inhaltlich und zeitlich mit der Präventionskampagne »kommitmensch« der DGUV verknüpft.

### Umsetzungsphasen

Im Mittelpunkt der konzeptionell gefassten Schulsportinitiative SuGiS steht eine in mehreren Phasen gegliederte Umsetzung von Maßnahmen – zugeordnet zu insgesamt fünf Arbeitspaketen. Die konkreten Maßnahmen haben ein ganzheitliches und dynamisches Bildungs- und Gesundheitsverständnis als Grundlage. Die Themen zum Schutz und der Förderung von Sicherheit und Gesundheit mit dem Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule im Allgemeinen und des Schulsports im Besonderen sind verknüpft. Die Umsetzungsphasen stellen sich zeitlich wie folgt dar:

Phase 1 (1/2019 bis 12/2021)

Phase 2 (1/2022 bis 12/2024)

Phase 3 (1/2025 bis 12/2027)

Phase 4 (ab 2028)

**Eckhard Drewicke** | Dipl.-Lehrer für Sport und Geographie; seit 1998 Referent für Schulsport im Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg; Fachvertreter der Kultusministerkonferenz für Schulsport.

**Andrew Orrie** | Dipl.-Sportlehrer und Magister der Gesundheitswissenschaften; seit 2007 bei der Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung e.V.; seit 2015 Referatsleiter für den Bereich »Schüler-Unfallversicherung«.

## 2.4 Netzwerkakteure Bewegung/ Bewegungsförderung (SAMBA)

»Effektive Bewegungsförderung in Deutschland bedarf der Kooperation relevanter Akteure und Stakeholder. Grundlage ist die systematische Netzwerkentwicklung und -steuerung unter Einbindung vorhandener Strukturen und Kompetenzen.«

**PD Dr. Hagen Wäsche** |  
KIT Karlsruhe, Institut für Sport und Sportwissenschaft; Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft e.V., Kommission Gesundheit



**Prof. Dr. Alexander Woll** |  
KIT Karlsruhe, Institut für Sport und Sportwissenschaft; Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft e.V., Kommission Gesundheit (ohne Bild)

Bewegung unterstützt in vielfältiger Weise die Gesundheit von Menschen jeden Lebensalters. Dennoch ist die Prävalenz körperlicher Inaktivität in Deutschland hoch und die meisten Menschen erreichen den von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Bewegungsumfang nicht. Zudem verursacht körperliche Inaktivität beträchtliche Gesundheitskosten in Deutschland. Mit den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung wurde ein wichtiger Schritt in Richtung einer systematischen und flächendeckend effektiven Bewegungsförderung in Deutschland unternommen.

Eine Disseminierung dieser Empfehlungen setzt jedoch die Kenntnis der Stakeholder bzw. der relevanten Akteure voraus, welche in Deutschland einen direkten oder indirekten Beitrag zur Bewegungsförderung leisten. Des Weiteren stellt die Einbindung und Vernetzung dieser Akteure die Grundlage einer koordinierten, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Bewegungsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar.

Im Rahmen des Forschungsprojektes SAMBA wurden in einem explorativen Ansatz zwei Ziele verfolgt:

1. Die Identifikation relevanter Akteure, Berufsgruppen und Multiplikatoren der Bewegungsförderung in Deutschland und
2. der strukturellen Vernetzung dieser Akteure.

Zudem sollten Empfehlungen zur nachhaltigen Entwicklung eines nationalen Netzwerkes der Bewegungsförderung formuliert werden. Hierzu wurden qualitative Experteninterviews sowie eine anschließende Netzwerkanalyse und -visualisierung durchgeführt. Basierend auf den Ergebnissen wurden Empfehlungen zur Netzwerkentwicklung und -steuerung abgeleitet.

Es zeigte sich, dass das Feld der Akteure im Bereich der Bewegungsförderung ausgesprochen heterogen und umfangreich hinsichtlich

verschiedener Akteursformen, Interessen, Gesellschaftsbereiche und Bezugsräume ist. Insgesamt konnten 128 Akteure identifiziert werden. Neben einzelnen Organisationen und Personen umfasst dies auch Akteursgruppen wie etwa Schulen, Krankenkassen oder Kommunen. Insgesamt 22 Akteure wurden in Schlüsselpositionen gesehen. Bei den Multiplikatoren wurden 19 aktuelle und 16 weitere potenzielle Multiplikatoren identifiziert. Die strukturelle Vernetzung hinsichtlich einer Zusammenarbeit der Akteure ist nur schwach ausgeprägt.

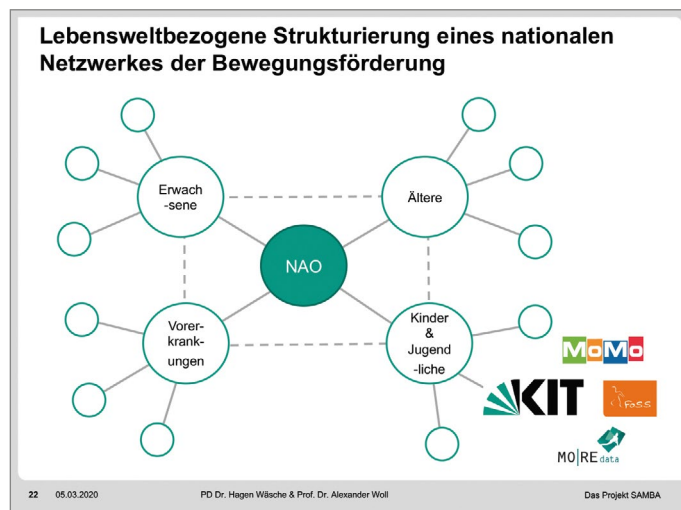


Abbildung: Vortragsfolie PD Dr. Hagen Wäsche und Prof. Dr. Alexander Woll

Für eine nachhaltige Netzwerkentwicklung und -steuerung sind vor allem eine politische Unterstützung, die Formulierung gemeinsamer und konkreter Ziele sowie ein effektives und effizientes Netzwerkmanagement notwendig. Aufgrund der Größe des Netzwerkes, unterschiedlicher Interessenslagen und einer starken Fragmentierung ist die Einrichtung einer neutralen Koordinierungsstelle notwendig. Im Rahmen der Netzwerkentwicklung sollten vorhandene Initiativen, Plattformen, Organisationen und Kompetenzen vernetzt werden, um Synergieeffekte zu erreichen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Um alle Bevölkerungsgruppen abzudecken, könnte eine Strukturierung des Netzwerkes in Kompetenzcluster mit Bezug auf die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen, Älteren, Menschen mit Vorerkrankungen etc. erfolgen.

**PD Dr. Hagen Wäsche** | Privatdozent und Akademischer Rat am Institut für Sport und Sportwissenschaft des Karlsruher Instituts für Technologie; Arbeitsschwerpunkt u. a. zu sozialen Strukturen und dem Management von Bewegung und Bewegungsförderung; seit 2018 Sprecher der Kommission Sport und Raum in der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft e.V.

**Prof. Dr. Alexander Woll** | Professor für Sozial- und Gesundheitswissenschaften des Sports und Leiter des Instituts für Sport und Sportwissenschaft am Karlsruher Institut für Technologie; Arbeitsschwerpunkt Bedingungen von körperlich-sportlicher Aktivität und deren Wirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung im Lebenslauf; seit 2006 Sprecher der Kommission Gesundheit in der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft e.V.

## 2.5 Organisierter Sport als bundesweit flächendeckender Bewegungsanbieter

»Angesichts des scheinbar unaufhaltsam zunehmenden Bewegungsmangels in Deutschland, braucht es dringend ein nationales Gesundheitsziel „Bewegungsmangel reduzieren“.«

**Dr. Mischa Kläber** |  
Deutscher Olympischer  
Sportbund e.V.



Menschen zu motivieren, Sport nicht länger nur als Zuschauer in den Stadien oder in den TV-Medien zu verfolgen, sondern auch selbst aktiv zu werden, hat sich der Deutsche Olympische Sportbund e.V. (DOSB) samt seinen angeschlossenen Verbänden und Vereinen zum Ziel gesetzt. Der gemeinnützige Sport bietet flächendeckend Angebote zu sozialverträglichen Gebühren für Menschen in allen Altersgruppen; er verhilft Menschen zu mehr sportlicher Aktivität und Bewegung im Alltag und somit zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil. Auch werden dabei gezielt vulnerable Gruppen (Migrantinnen und Migranten, Arbeitslose, Menschen mit Behinderung etc.) über spezielle Maßnahmen und Projekte in den Fokus genommen.

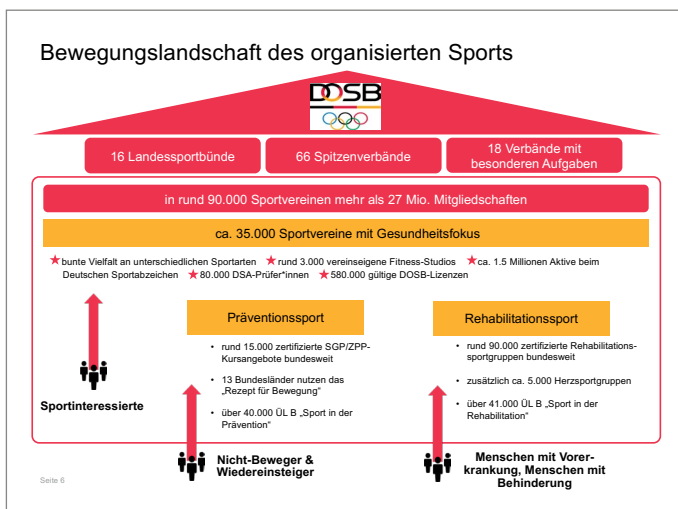


Abbildung: Vortragsfolie Dr. Mischa Kläber

Aus dem jahrzehntelangen Engagement des organisierten Sports resultiert eine bemerkenswerte Bewegungslandschaft, die allerdings im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention leider immer noch in weiten Teilen ungenutzt bleibt. Gleichzeitig sind die einzelnen Bereiche von allgemeiner Bewegungsförderung durch Sport, Präven-

tionssport und Rehabilitationssport zu stark versäult und wirken weitgehend isoliert voneinander, was eine reibungslose Bewegungsver-sorgungskette verhindert.

Um diese Missstände zu beheben, braucht der DOSB Partner und es braucht das Zusammenwirken unterschiedlicher Organisationen. Der DOSB arbeitet daher mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), der Bundesärztekammer, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), IN FORM, dem Kooperationsverbund gesundheitsziele.de und vielen weiteren Partnern seit Jahren vertrauensvoll zusammen, um Deutschland in Bewegung zu bringen und zu halten.

Erschwerend ist in diesem Zusammenhang, dass Bewegungsförderung in Bezug auf politische Verantwortungsübernahme strukturell nicht angemessen verankert ist. Bewegungsförderung hat bezeichnenderweise als Thema keine klare ministeriale Heimat wie etwa Ernährung im Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL). Es gibt für Bewegung und gesundheitsorientierten Sport keine unmittelbar zuständige Ministerin bzw. keinen zuständigen Minister. Auch bei IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung – lässt sich ein Schiefstand zu Ungunsten des Bewegungsthemas feststellen. Lediglich das BMG und hier die IN FORM-AG »Bewegungsförderung im Alltag«, unter der Leitung von Frau Dr. Ute Winkler, setzt sich seit Jahren für das Bewegungsthema ein. Prävention als vierte Säule neben Kuration, Pflege und Rehabilitation wäre wichtig gewesen. Die Bundesländer und Kommunen müssen sich am Präventionsgesetz finanziell beteiligen. Darüber hinaus wäre ein nationales Gesundheitsziel »Bewegungsmangel reduzieren« richtungsweisend. Die bisher ausgelobten Gesundheitsziele sind zumeist krankheitsorientiert oder aber wie z. B. mit »Gesund aufwachsen« und »Gesund älter werden« so gefasst, dass dort die immens wichtige Bewegungsförderung lediglich als Querschnittsthema auftaucht. Das ist aus Sicht des organisierten Sports und angesichts der schlagenden empirischen Evidenz (hier sei u. a. auf die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung verwiesen) zum einen nicht nachvollziehbar und zum anderen dringend korrekturbedürftig. Der DOSB setzte sich daher bereits in 2017 im Rahmen seines »3. Gesundheits- und präventionspolitischen Abends« zusammen mit der Sportministerkonferenz (SMK) mit Nachdruck für die Etablierung eines eigenen Gesundheitsziels »Bewegungsmangel reduzieren« ein. Gelänge dies, wäre ein erster wichtiger Schritt hin zu einer besseren strukturellen Verankerung der Bewegungsförderung getan.

**Dr. Mischa Kläber** | Seit 2012 Ressortleiter für Präventionspolitik & Gesundheitsmanagement beim DOSB. Zudem ist er Lehrbeauftragter für Sport und Gesundheit an der TU Darmstadt (TUD) und FAU Erlangen-Nürnberg. Von 2009 bis 2012 war er wissenschaftlicher Assistent an der TUD und von 2006 bis 2009 Promotionsstipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes.



### 3 Block III: Disseminierung/Umsetzung von Bewegungsförderung

#### 3.1 Disseminierung/Umsetzung von Bewegungsförderung im kommunalen Setting: »Platzwechsel – Bewege dein Leben«

»Bewegungsförderung in der Kommune kann nur gelingen, wenn die verantwortlichen Akteure motiviert und engagiert an einem Strang ziehen und auch nachhaltig agieren können.«

**Melinda Strätz** |  
Deutscher Olympischer  
Sportbund e.V.

**Dr. Ann-Katrin Kurz** |  
Team Gesundheit GmbH  
(ohne Bild)



Auf Grundlage der Erkenntnis, dass körperliche Inaktivität zu einem Massenphänomen geworden ist und ein ernstes Public Health-Problem darstellt, wurde in Partnerschaft mit dem Deutschen Olympischen Sportbund e.V. (DOSB), den BKK-Landesverbänden und der Team Gesundheit GmbH im Jahr 2017 die bundesweite Kampagne »Platzwechsel – Bewege dein Leben« projektiert. Ziel ist es, Bürgerinnen und Bürger in Kommunen runter von der Couch und dem Bürostuhl und rein in die Bewegung zu bringen – also, den Platz zu wechseln. Ortsansässige Sportvereine und Betriebskrankenkassen setzen sich gemeinsam mit kommunalen Partnern dafür ein, gemäß des Präventionsgesetzes nach § 20 SGB V, Bewegung zu fördern und bewegungsfreundliche Strukturen in Kommunen voran zu treiben.

Seit 2017 wurde an dreizehn »Spielorten« ein »Platzwechsel« durchgeführt. 2018 kam es durch die Förderung der ortsansässigen pronova BKK zur Umsetzung des Projekts im nordhessischen Korbach. Zur Initialzündung offerierte der TSV Korbach 1850/09 e.V. mit Unterstützung kommunaler Partner insbesondere für jüngere Erwachsene sowie Familien zehn verschiedene Bewegungsangebote zu Vereins- und Trendsportarten über einen Zeitraum von acht Wochen. Zusätzlich wurden öffentliche Bewegungsräume in Form eines Bewegungsparcours geschaffen bzw. wiederbelebt. Die niedrigschwelligen Angebote waren für die Teilnehmenden allesamt kostenfrei. Die Dokumentation und Evaluation erfolgte durch eine übergeordnete Projektleitung.

Zahlreiche Korbacher Bürgerinnen und Bürger (Ø 37 Jahre) haben an den Aktionen teilgenommen – viele von ihnen nutzen bis heute die Angebote des Vereins. Der als Bewegungsparcours wiederbelebte Waldsportpfad wird fortan wieder rege genutzt und der TSV Korbach 1850/09 e.V. bietet seitdem regelmäßig Trainings- und Bewe-

gungsangebote rund um den Parcours an. Das Projekt vermittelt den Teilnehmenden in erster Linie Spaß an Bewegung und Sport, ein wichtiger Aspekt zur Reduktion von Bewegungsmangel. Neben den Teilnehmenden profitieren auch die Projektpartner von der Durchführung von »Platzwechsel« in Korbach, denn für den Verein kam beispielsweise eine neue Erwachsenen-Trainingsgruppe im Fechten zustande. Die pronova BKK hat mit dem TSV Korbach 1850/09 e.V. einen engagierten Gesundheitspartner vor Ort gewonnen, mit dem bedarfsorientiert weitere Projekte zur Gesundheitsförderung angestoßen werden.

A presentation slide with a white background and a blue header. The title is 'PLATZWECHSEL KORBACH - GOOD PRACTICE'. Below the title, there is a section 'Was wurde angeboten' with a bulleted list of activities: 'Fit mit Badminton', 'Lauffreff für Anfänger\*innen', 'Drums Alive - Trommel dich fit!', 'Fecht-Workshop für Erwachsene', and 'Kraulen lernen - darauf kommt es an!'. To the right of the list is a photograph of people in a gymnasium. Below the list are two smaller photographs: one showing people in a badminton court and another showing people in a gymnasium. In the bottom right corner, there is a logo for 'PLATZWECHSEL KORBACH'.

Abbildung: Vortragsfolie Melinda Strätz und Dr. Ann-Katrin Kurz

Die Umsetzung des Projekts in Korbach zeigt eindrücklich auf, wie bedeutsam motivierte und engagierte Partner vor Ort sind, um möglichst viele Bürgerinnen und Bürger zu erreichen und zu bewegen. Weitere wichtige Aspekte für den Erfolg des Projekts waren die Einbindung des bestehenden kommunalen Netzwerks von Beginn an sowie eine frühzeitige Planung.

Der nachhaltige Projekterfolg zeichnet sich vor allem durch die fortbestehende Zusammenarbeit der Akteure vor Ort aus. Seit 2017 werden jährlich »Platzwechsel«-Aktionen in der Kommune durchgeführt und auch weitere gemeinsame Projekte in anderen Lebenswelten befinden sich in der Umsetzung.

**Melinda Strätz** | Sportwissenschaftlerin; seit 2018 Referentin im Ressort Präventionspolitik und Gesundheitsmanagement im DOSB.

**Dr. Ann-Katrin Kurz** | Sportwissenschaftlerin; seit 2016 Projektleitung im Fachbereich »Prävention in Lebenswelten« bei der Team Gesundheit GmbH in Essen; zuvor dort seit 2013 Projektleitung für Betriebliche Gesundheitsförderung; 2009 bis 2012 akademische Mitarbeiterin am KIT in Karlsruhe; 2003 bis 2013 freiberufliche Tätigkeit als Referentin für verschiedene Gesundheitsthemen.

### 3.2 Disseminierung/Umsetzung von Bewegungsförderung im schulischen Setting: DGUV Information 202-101 »Bewegung und Lernen«

»Schule in Bewegung zu bringen heißt: Schulentwicklungsprozesse anzustoßen sowie die Wahrnehmung und Anerkennung von Bewegung und als Schlüssel für ganzheitliches Lernen.«

**Christian Ammann** |  
Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e.V.



Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Information 202-101 »Bewegung und Lernen« bietet einen umfassenden Zugang zum Konzept der »Bewegten Schule«. Als Teilmaßnahme der von der Kultusministerkonferenz (KMK) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) gemeinsam durchgeführten Initiative »Sicherheit und Gesundheit im und durch Schulsport« (SuGiS) orientiert sich diese Schrift an den konzeptionellen Grundlagen und praktischen Umsetzungshilfen für die Idee der »Bewegten Schule«, den Prinzipien der Schulentwicklung, der Prävention im Kindes- und Jugendalter und am Ansatz der Ganztagschulen.

Schule in Bewegung zu bringen kann auf vielfältige Weise umgesetzt werden, heißt jedoch immer, Schulentwicklungsprozesse anzuregen. Dies kann u.a. durch eine lerngerechte Rhythmisierung des Unterrichts, durch bewegte Pausen, durch bewegendes und selbstständiges Lernen, durch beteiligende sicherheits- und gesundheitsförderliche Organisationsstrukturen sowie durch die Anerkennung von Bewegung und Wahrnehmung als Schlüssel für ganzheitliches Lernen erfolgen.

Ziel der Schrift ist es, allen für die Verwirklichung der »Bewegten Schule« Verantwortlichen und Interessierten Anregungen für eine bewegungsorientierte Schulentwicklung zu geben. Darüber hinaus bietet diese DGUV-Information wichtige Grundlagen sowie vielfältige Beispiele für eine zeitgemäße Verwirklichung des Leitgedankens der »Bewegten Schule« für alle Schulstufen und alle Schulformen. Grundlage dieser DGUV-Information bildet eine von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, dem niedersächsischen Kultusministerium und der Webplattform für Unterrichtsentwicklung (IQES online) herausgegebene Schrift mit gleichnamigem Titel.

Bei der Umsetzung der Idee der »Bewegten Schule« wird modellhaft auf die Ansätze der »Guten gesunden Schule« und des »Zahnradmodells« zurückgegriffen, die zusammenwirken können. Gemein-

sam ist ihnen die Orientierung an der Bewegung als natürliche Ressource und die Ausrichtung, durch mehr Bewegung die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern und den Lehrkräften zu fördern. Das »Zahnradmodell« besteht aus drei Handlungsfeldern (»Lehren und Lernen«; »Lern- und Lebensraum Schule«; »Steuern und organisieren«). Dessen ineinandergreifende Impulse für eine »Bewegte Schule« können und sollen in mehreren Handlungsfeldern gesetzt werden. Je besser die Aktivitäten miteinander verzahnt werden, desto besser können Kräfte ineinandergreifen und gemeinsame Bewegung übertragen werden. Zwischen den Handlungsfeldern »Lehren und Lernen«, »Lern- und Lebensraum Schule«, »Steuern und organisieren« besteht ein wechselseitiger Zusammenhang. Deshalb ist es notwendig, alle drei Handlungsfelder bei der Entwicklung einer »Bewegten Schule« zu berücksichtigen.

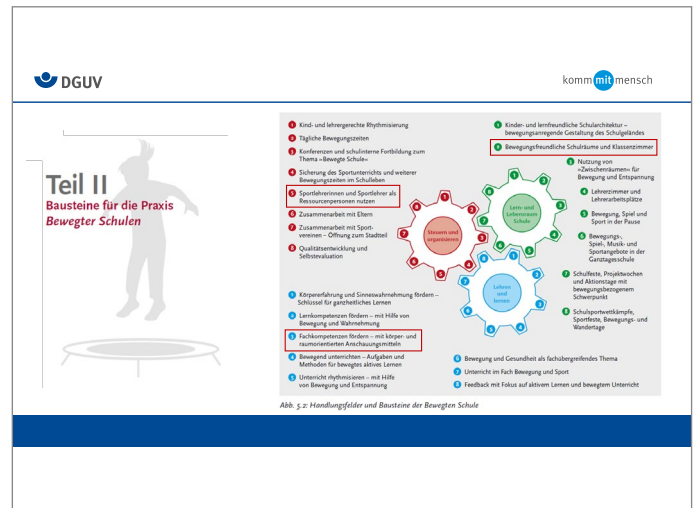


Abbildung: Vortragsfolie Christian Ammann

**Christian Ammann** | Seit 2018 als Referent der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) im Referat »Bildung und Gesundheit« in der Prävention für den Schulbereich tätig. Zuvor wissenschaftlicher Mitarbeiter der Deutschen Sporthochschule Köln sowie bis 2016 Referent bei verschiedenen Sportverbänden auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene in der Prävention und Gesundheitsförderung.

### 3.3 Disseminierung/Umsetzung von Bewegungsförderung im betrieblichen Setting: Bewegungsförderung im Abfallwirtschaftsbetrieb München

»Die Teilnehmermotivation durch persönliche Ansprache von verschiedenen Seiten und der niederschwellige Zugang zum Bewegungsangebot sind essenziell.«

**Beate Huber** |  
Münchner Abfallwirtschaftsbetrieb



Der Abfallwirtschaftsbetrieb München (AWM) ist ein kommunaler Eigenbetrieb, der für die Einsammlung, Entsorgung und Verwertung von Restmüll, Papierabfall und Bioabfall zuständig ist. Etwa 1600 Beschäftigte sorgen dafür, dass diese Aufgabe verlässlich erfüllt wird. Circa dreiviertel der Dienstkräfte sind im operativen Bereich, z. B. im Mülleinsammeldienst oder im Wertstoff- und Problemstoffs-service tätig. Einviertel der Dienstkräfte sind Mitarbeitende der Verwaltung. Anhand dieser Beschäftigtengruppen ergeben sich sehr unterschiedliche physische Belastungen durch die Arbeitstätigkeit. Während die Dienstkräfte im operativen Bereich (oft einseitige) schwere Arbeit, z. B. durch das Heben, Ziehen oder Schieben von Mülltonnen (Kleinbehälter bis zu 240 Liter, Großbehälter bis zu 1.100 Liter) leisten und täglich große Strecken zu Fuß bewältigen müssen, birgt ein Büroarbeitsplatz eher das Risiko eines sitzenden Lebensstils, der Bewegungsmangel begünstigt.

Deswegen haben sich im AWM zielgruppenadäquate Bewegungsangebote etabliert. Für die Verwaltungsmitarbeitenden haben sich fixe Bewegungskurse, Spontan-Angebote und auch aktive Pausen bewährt. Für die Mitarbeitenden der operativen Bereiche steht das sogenannte Bewegungscoaching als Einzel- oder Gruppenformat zur Verfügung. Die Bewegungskurse sind feststehende, wöchentliche Angebote (je 60 min.), die eine Anmeldung und Kostenbeteiligung pro Kurs erfordern. Spontan-Angebote (je 30 min.) hingegen können – spontan und ohne Anmeldung – in Alltagskleidung besucht werden. Die Beteiligung an den Kosten erfolgt über die Entwertung einer Wertmarke. Die etwa 10-minütige »Aktive Pause« ist kostenlos und steht allen Mitarbeitenden offen. Die Angebote erfreuen sich großer Beliebtheit.

Das Bewegungscoaching richtet sich an operativ Mitarbeitende. Es erfolgt ohne Anmeldung und orientiert sich örtlich an den Aufenthaltsräumen der potenziellen Teilnehmenden (z. B. Pausenräume). In der Gruppe ist das Training funktional, auf die physischen Anfor-

derungen, je nach Mitarbeitergruppe z. B. Mülladerinnen und Müll-lader oder Mechanikerinnen und Mechaniker, ausgerichtet (Schwerpunkt Wirbelsäule). Das Angebot kann zu bestimmten Zeiten auch von einzelnen Dienstkräften anonym genutzt werden. Hierbei stehen die individuellen physischen Gesundheitsprobleme (oft orthopädisch) im Vordergrund. Es wird gerne als Maßnahme des Betrieblichen Eingliederungsmanagements bzw. nach längerer Krankheit in Anspruch genommen.

A presentation slide titled "Gesundheits- und Präventionsangebote im AWM". The slide lists 31 offers per week for different target groups, structured according to need. It highlights "Schwerpunkt Bewegung" (Focus Movement) with sub-points: fixed (certified) courses, spontaneous offers (with value mark), movement coaching (in group + individual), active breaks (ca. 10 min. movement), prevention program Betsi (DRV), and ergonomic instruction. A small calendar icon is labeled "Bild: Wochenplan der Gesundheitsangebote in der Zentrale". The slide has a decorative orange and yellow geometric background on the right side.

Abbildung: Vortragsfolie Beate Huber

Bei den operativen Dienstkräften gestaltet es sich etwas schwieriger, diese für die Angebote zu gewinnen. Die Erfahrung zeigt, dass die persönliche Ansprache und Befürwortung der Teilnahme von verschiedenen Seiten, z. B. durch die Führungskraft und die Betriebsärztin, den Zugang dazu anbahnen kann. Darüber hinaus erscheint die persönliche und fachliche Akzeptanz der Trainerinnen und Trainer essenziell. Gleichfalls erweist sich die Möglichkeit der anonymen Teilnahme bei Einzelmaßnahmen als hilfreich. Aber auch der niederschwellige Zugang zum Angebot ist sehr wichtig. Dies impliziert eine plakative Werbung und das Aufsuchen sowie Motivieren von potenziell Teilnehmenden durch die Bewegungsfachkraft.

**Beate Huber** | Seit 2017 Leiterin des Sachgebiets Gesundheit beim Abfallwirtschaftsbetrieb München. Davor war sie als freiberufliche Dozentin in der Erwachsenenbildung tätig und forschte im Bereich der Gesundheitspsychologie. Von 2011 bis 2015 arbeitete sie als Projektmanagerin für Prävention und Qualitätssicherung bei der Deutschen Diabetes-Stiftung.

### 3.4 Disseminierung/Umsetzung von Bewegungsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen: POLKA – ein Modellvorhaben der DAK-Gesundheit zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen

»Es besteht gute Evidenz für körperliche Aktivität zur Prävention und Gesundheitsförderung bei Mitarbeitenden und Bewohnenden in stationären Pflegeeinrichtungen. Diese wird bisher von den Akteuren nicht ausreichend genutzt.«

**Stefan Peters** |  
Deutscher Verband für  
Gesundheitssport und  
Sporttherapie e.V. (DVGS)



**Uwe Dresel** |  
DAK-Gesundheit  
(ohne Bild)

Die Kranken- und Pflegekassen haben den gesetzlichen Auftrag, die Gesundheit von Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF, § 20b SGB V und PpSG, 2019) sowie die Gesundheitspotenziale von Pflegebedürftigen in der stationären Pflege (§ 5 SGB XI) zu fördern.

Da die Strukturen und Organisationsformen in der lebensweltlichen Umsetzung ähnlich sind, hat die DAK-Gesundheit die Maßnahmen sowohl für Mitarbeitende wie auch für die Bewohnenden in einem Projekt gebündelt. Das Modellvorhaben POLKA wird in Zusammenarbeit mit ca. 40 stationären Pflegeeinrichtungen (Start in Schleswig-Holstein) umgesetzt und wissenschaftlich begleitet.

Die Altenpflege ist gekennzeichnet durch hohe Arbeitsverdichtung und -belastung. Die AU-Daten der DAK Gesundheit aus dem Jahr 2019 zeigen, dass der Krankenstand, die Betroffenenquote sowie die Fallzahl der Altenpflege deutlich erhöht sind und die Falldauer länger ist als in anderen Branchen. Dies betrifft in erster Linie Erkrankungen des Muskelskelettsystems und psychische Erkrankungen. Zur Prävention der Erkrankungen besteht gute Evidenz für körperliche Aktivität, die bisher unzureichend genutzt wird.

Dreiviertel der Pflegebedürftigen sind in der Bewegung eingeschränkt. Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention sind neben Medizin und Pflege dringend notwendig. Ein Einzug in ein Heim scheint Mobilitätseinbußen zu begünstigen (Wingenfeld, 2014). 40 Prozent der Menschen, die mobil sind, wenn sie in ein Pflegeheim einziehen, entwickeln innerhalb von 18 Monaten Mobilitätseinschränkungen. Dieser Mobilitätseinschränkung und Erhöhung der Gefahr von Sarkopenie und Stürzen kann durch die Verbesserung der körperlichen Aktivität und Bewegung präventiv entgegengewirkt werden

(Rütten & Pfeifer: Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung, 2016).



Abbildung: Vortragsfolie Stefan Peters und Uwe Dresel

Die DAK-Gesundheit ist Trägerin des Modellvorhabens und kooperiert hierzu mit dem Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) als Projektleiter sowie den Projektpartnern Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL), Heidelberger Institut für Gesundheitsmanagement (HIG) und Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Heidelberg (ISSW).

Für die Weitergabe bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz an die Pflegebedürftigen und das Personal der Pflegeeinrichtungen sind sogenannte »Tandems« vorgesehen: Je eine Steuerungsperson (Lotse) gibt Kompetenzinhalte an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Expertinnen und Experten) weiter. Interne oder externe Fachkräfte (z. B. aus Sportwissenschaft und Physiotherapie) werden zu Lotsen für Bewegungsförderung und BGF qualifiziert, interne Mitarbeitende der Einrichtung (z. B. Pflegefachkraft) zu Expertinnen und Experten.

Nach Situations- und Bedarfsanalyse in den Pflegeeinrichtungen werden individuell passende Interventionen ausgewählt. In allen Planungsabschnitten wird ein partizipativer Ansatz mit allen Stakeholdern verfolgt. Das Projekt umfasst den Zeitraum von Juli 2019 bis Juni 2024.

**Stefan Peters** | Diplom-Sportwissenschaftler, seit 2018 Ressortleiter Wissenschaft im Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS), zuvor wissenschaftlicher Mitarbeiter Universität Würzburg (Medizinische Psychologie) bzw. Universität Erlangen-Nürnberg (Sportwissenschaft); 2017 bis 04/2020 Vorstandsmitglied LZG Bayern e.V.

**Uwe Dresel** | Seit 2001 Mitarbeiter in der Zentrale der DAK-Gesundheit im Fachbereich Prävention und dort seit 2011 für den Schwerpunkt Betriebliche Gesundheitsförderung zuständig. Zu den Aufgaben gehören neben konzeptionellen und strategischen Entscheidungen, Produkt- und Projektentwicklungen die Vertretung der Kasse bei gesundheitspolitischen Themen der Prävention.



### 3.5 Disseminierung/Umsetzung von Bewegungsförderung für Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie mit Behinderungen

»Menschen mit Behinderung müssen gleichberechtigt und selbstbestimmt an allen Angeboten zur Bewegung und Bewegungsförderung teilhaben können. Die Voraussetzungen sind von jedem Anbieter sicherzustellen.«

**Matthias Poeppel** |  
Deutscher Behindertensportverband e.V.



Der Deutsche Behindertensportverband e.V. (DBS) trägt mit über 6.300 Vereinen dazu bei, dass Menschen mit Behinderung nicht nur in Bewegung kommen, sondern auch in Bewegung bleiben. Somit ist er größter Anbieter von Bewegung und Sport für Menschen aller Behinderungen in Deutschland. Darüber hinaus bietet der DBS als größter Leistungserbringerverband im Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX mit über 70.000 Angeboten einen qualitätsgesicherten (Wieder-)Einstieg in das Themenfeld Bewegung und Sport.


Bei seiner Arbeit verfolgt der DBS ausdrücklich das Ziel, dass alle Menschen selbstbestimmt und gleichberechtigt an Bewegungs-, Spiel- und Sportangeboten teilhaben können. Neben der Freude an Bewegung und Sport sind bei Bewegung und Bewegungsförderung insbesondere nachhaltige Effekte das Ziel des DBS. Denn Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen dürfen nicht mit dem Ablauf eines Präventionskurses oder sonstiger zeitlich befristeter Interventionen enden. Für eine überdauernde Zielerreichung bei Prävention durch Bewegung und Bewegungsförderung braucht es Konzepte über temporäre Kursangebote hinaus. Dazu bietet der organisierte Sport bereits seit Jahrzehnten eine sehr gute Infrastruktur.



Der Rehabilitationssport für Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung verfolgt das Ziel, deren Teilhabe am (Arbeits-)Leben mittels indikationsspezifischer Intervention und gruppendynamischer Effekte zu verbessern. Vereine des DBS stellen darüber hinaus Bewegungs- und Sportangebote bereit, um die Nachhaltigkeit mit attraktiven Sportangeboten sicherzustellen.

Bei der Primärprävention bedarf es im Gegensatz zum Rehabilitationssport nicht immer behinderungsspezifischer Angebote, insofern die Behinderung für die Erreichung des Präventionsziels nicht relevant ist. Es braucht jedoch eine Willkommenskultur, barrierefreie Sportstätten und Übungsleitende, die bei ihrer Qualifikation

ein grundlegendes Verständnis von Behinderungen und vor allem eine Sensibilität für die Belange von Menschen mit Behinderung erworben haben. Daher fordert der DBS in seinem Positionspapier zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im und durch Sport von den Spitzen- und Landesverbänden des DOSB, das Thema Inklusion zur sportartübergreifenden sowie -spezifischen Berücksichtigung der Bedarfe von Menschen mit Behinderung verbindlich in die Grundlagenausbildung zu implementieren, damit Menschen mit Behinderung auch aus sportfachlicher Sicht von Anfang an eine Willkommenskultur erfahren können. Diese Forderung gilt gleichermaßen für alle anderen Qualifikationsanbieter und muss zu einem selbstverständlichen Qualitätsmerkmal der Leistungserbringer für Bewegung und Bewegungsförderung werden.

**Good practice beim DSA**



<p><b>A</b> = Allgemeine Behinderung (Wenn die Einteilung nicht in Klasse B-J erfolgen kann)</p> <p><b>B</b> = Einseitige Beinbehinderung und Endoprothesen</p> <p><b>C</b> = Beidseitige Beinbehinderung und Endoprothesen</p> <p><b>D</b> = Einseitige Armbehinderung und Endoprothesen</p> <p><b>E</b> = Beidseitige Armbehinderung und Endoprothesen</p>	<p><b>F</b> = Behinderung durch Einschränkung oder Ausfall von Sinnesorganen</p> <p><b>G</b> = Behinderung durch Schädigung des zentralen und/oder peripheren Nervensystems mit Einschränkungen der Geh-/Stehfähigkeit</p> <p><b>H</b> = Behinderung durch Schädigung des zentralen und/oder peripheren Nervensystems ohne Geh-/Stehfähigkeit</p> <p><b>I</b> = Geistige Behinderung</p> <p><b>J</b> = Kleinwuchs</p>
--	---

15

Abbildung: Vortragsfolie Matthias Poeppel

Demzufolge müssen Parallelstrukturen bei der Prävention von Menschen mit und ohne Behinderung vermieden werden, vielmehr müssen Menschen mit Behinderung wo immer möglich die Wahlfreiheit haben, gleichberechtigt und selbstbestimmt an Präventionsangeboten teilzuhaben. Dies bedingt jedoch ein gesteigertes Bewusstsein für die Thematik Prävention bei Behinderung, insbesondere bei den Sozialleistungsträgern und schließt spezifische Präventionsangebote für Menschen mit Behinderung ausdrücklich nicht aus.

**Matthias Poeppel** | Seit 2015 Direktor für Sportentwicklung des Deutschen Behindertensportverbands. Zuvor Führungskraft der Bundeswehr in verschiedenen Aufgabengebieten, zuletzt beim Kommando Sanitätsdienst zur Konzeptionierung und Implementierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Bundeswehr. Davor Diplomstudium der Sportwissenschaft an der Universität der Bundeswehr München.

## 4 Ausblick

**Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer** |  
Goethe-Universität Frankfurt  
am Main, Institut für Sport-  
wissenschaft; Vorstandsmitglied  
der BVPG



Mit der heutigen Statuskonferenz hat die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) dieses über lange Jahre bewährte Format erstmalig geöffnet und zusammen mit zwei Mitgliedsorganisationen - dem Deutschen Olympischen Sportbund e.V. (DOSB) und dem Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) - diese Veranstaltung geplant, organisiert und durchgeführt. Ich denke, dies war ein gelungener und lohnender Schritt. Allen Beteiligten gilt noch einmal ein herzlicher Dank für die Unterstützung und die gute Zusammenarbeit.

Wir haben heute einen Überblick über die wissenschaftlichen Erkenntnisse, Angebote, Strukturen und Strategien im Bereich der Bewegung und Bewegungsförderung erhalten. Diese Statuskonferenz stellt somit eine erste akteursübergreifende Bestandsaufnahme in diesem Handlungsfeld für Deutschland dar und sie sollte nicht die letzte gewesen sein.

Die Wissenschaft zeigt, dass die Evidenz von Bewegung und körperlicher Aktivität für die Gesundheit eindeutig ist. In dieser Eindeutigkeit begründet sich auch die heute und an anderer Stelle immer wieder aufkommende Forderung nach einem eigenen nationalen Gesundheitsziel »Bewegung fördern«. Die Förderung von Bewegung wird zwar in vielen Gesundheitszielen erwähnt - aber lediglich als Querschnittsthema der Prävention und Gesundheitsförderung. Bei der Weiterentwicklung des Gesundheitsziele-Prozesses sollte die Bewegungsförderung nicht nur als Querschnittsthema anderer Gesundheitsziele benannt werden, sondern als eigenes Ziel den adäquaten Stellenwert erhalten.

Wir haben heute viele gute Beispiele kennengelernt, wie in verschiedenen Settings Bewegungsförderung erfolgreich umgesetzt wird. Gleichzeitig haben wir Hinweise auf Defizite und Handlungsbedarfe erhalten, die es erschweren, Menschen in Bewegung zu bringen und zu halten. So zeigt es sich auch im Bewegungsbereich, dass sinnvoll und gut angelegte Projekte nach der Projektlaufzeit nicht fortgeführt werden können, da eine langfristige Finanzierung fehlt. Hier sind alle Beteiligten aufgefordert, sich von der »Projektitis« zu verabschieden und die Nachhaltigkeit und Verstetigung von Projekten noch stärker in den Blick zu nehmen und die durch das Präventionsgesetz geschaffenen Möglichkeiten weiterhin und verstärkt zu nutzen.

In mehreren Beiträgen wurde eine bessere strukturelle Verankerung der Bewegungsförderung in Deutschland gefordert. Dazu bedarf es des politischen Willens, dem Thema Bewegungsförderung auch entsprechend Aufmerksamkeit zu schenken, z. B. indem die Bewegung in Ministerien und/oder durch die Einführung eines eigenen Bundeszentrums für Bewegung als zentrale Anlaufstelle verankert wird. Das sind natürlich Maßnahmen, die viel Zeit und Geduld von allen Beteiligten erfordern. Mit dieser Statuskonferenz konnten wir - so unsere Hoffnung - einen Schritt in diese Richtung unternehmen.

Ich habe die Veranstaltung heute als einen Auftrag an die BVPG verstanden, dass sie das Thema Bewegung und Bewegungsförderung weiterhin in ihrer Öffentlichkeitsarbeit durch die Website, den Blog, den Newsletter oder durch weitere Fachveranstaltungen zur Bewegungsförderung aufgreift bzw. das Thema in einen anderen Kontext der Prävention und Gesundheitsförderung, z. B. Bewegungsförderung im Alter oder in der Schule, integriert und darüber informiert.

Weiterhin soll die BVPG in ihrer Funktion als Moderatorin und Vernetzerin die Verantwortlichen aus Politik, Wissenschaft und Praxis aus staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen zusammenbringen, um den Stellenwert der Bewegungsförderung in der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland sicher zu stellen.

Zum guten Schluss möchte ich noch einen Appell an Sie richten: Tragen Sie den Gedanken der Bewegungsförderung mit in den Bereich, in dem Sie als Multiplikatorin oder als Multiplikator - als Stakeholder - wirken. Sie können mitbeeinflussen und steuern, dass die Initiativen, die wir heute beispielhaft zur Bewegungsförderung kennengelernt haben, nachhaltig in den Strukturen der Kommunen, der Settings, der Vereine und wo immer Sie tätig sind, Verankerung finden.

**Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer** | Professor für Sportmedizin am Institut für Sportwissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt am Main; Mitglied der Gesundheitskommission des Deutschen Olympischen Sportbundes e.V.; Präsidiumsbeauftragter der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V.; Wissenschaftliches Beiratsmitglied der »Nationalen Diabetes-Surveillance« des Robert Koch-Instituts; Gesundheitssportbeauftragter des Landessportbundes Hessen e.V. und Vorstandsmitglied der BVPG.

## Impressum

### **Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.**

Heilsbachstraße 30 | 53123 Bonn  
Telefon 0228 – 9 87 27-0 | Fax 0228 – 64 200 24

✉ [info@bvpraevention.de](mailto:info@bvpraevention.de)

🐦 [@bvpraevention](https://twitter.com/bvpraevention)

**[www.bvpraevention.de](http://www.bvpraevention.de)**

Redaktionelle Bearbeitung: Inke Ruhe

Gestaltung: diller . corporate communications

Bildnachweis:

© Robert Kneschke – [stock.adobe.com](https://stock.adobe.com)

© 2020 Bundesvereinigung Prävention und  
Gesundheitsförderung e.V.

V.i.S.d.P.: Dr. Beate Grossmann

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.  
wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundes-  
ministerium für Gesundheit institutionell gefördert.

Eine Auflistung der teilnehmenden Organisationen an der  
19. Statuskonferenz steht Interessierten online zur Verfügung:

**[www.bvpraevention.de/BVPG\\_19\\_Statuskonferenz\\_Teilnehmendenliste.pdf](http://www.bvpraevention.de/BVPG_19_Statuskonferenz_Teilnehmendenliste.pdf)** 



Bundesvereinigung  
Prävention und  
Gesundheitsförderung e.V.

Heilsbachstraße 30 | D-53123 Bonn

Telefon +49 (0) 228 - 9 87 27- 0

Fax +49 (0) 228 - 64 200 24

✉ [info@bvpraevention.de](mailto:info@bvpraevention.de)

🐦 [@bvpraevention](https://twitter.com/bvpraevention)