

Landessportbund Nordrhein-Westfalen e.V.

Friedrich-Alfred-Straße 25
47055 Duisburg

Tel. 0203 7381-0
Fax 0203 7381-616
Info@lsb-nrw.de
www.lsb-nrw.de

LANDESPORTBUND
NORDRHEIN-WESTFALEN



Bewegt GESUND bleiben in NRW!

Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Grundlagen und Orientierungen für Fachverbände, Stadt-/Kreissportbünde,
Stadt-/Gemeindesportverbände und Sportvereine

Unterstützt durch

Ministerium für Familie, Kinder,
Jugend, Kultur und Sport
des Landes Nordrhein-Westfalen



BKK vor Ort



Impressum

Herausgeber	Landessportbund Nordrhein-Westfalen e.V. Friedrich-Alfred-Straße 25 47055 Duisburg www.lsb-nrw.de
Verantwortlich	Präsidialausschuss „Breitensport“ Referat „Breitensport“
Redaktion	Dr. Michael Matlik Hans-Georg Schulz
Inhalt	Hans-Georg Schulz
Mitarbeit	Dr. Klaus Balster Prof. Dr. Edgar Beckers Angela Buchwald-Röser Anne-Juliane Hannß Michael Heise Dr. Michael Matlik Rainer Meis Dierk Medenwald Raphaela Tewes
Gestaltung	media team Duisburg
Fotos	www.lsb-nrw.de/bilddatenbank, Andrea Bowinkelmann
Druck	xxx
1. Auflage	2012
	Verwendung nur unter Quellenangabe Eine Initiative des Programms „BEWEGT GESUND BLEIBEN IN NRW!“

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis	01
2 Vorwort	02
3 Einleitung	03
4 Ziele des gemeinwohlorientierten Sports	04
5 Grundlagen	05
5.1 Der gemeinwohlorientierte Sport geht zu den Menschen	05
5.2 Der Lebenswelt-Ansatz in der Gesundheitsförderung	06
5.2.1 Die Lebenswelten des Alltags	06
5.2.2 Gesundheitsförderung in einer Lebenswelt oder gesundheitsfördernde Lebenswelt	07
5.3 Der Lebenswelt-Ansatz in der Gesundheits- und Sozialpolitik	09
5.3.1 Der Blick in die nahe Zukunft	09
5.3.2 Die Bevölkerungsentwicklung in Nordrhein-Westfalen	10
6 Der Lebenswelt-Ansatz der Gesundheitsförderung im gemeinwohlorientierten Sport	12
6.1 Chancen und Nutzen für die Sportvereine	12
6.2 Der gemeinwohlorientierte Sport nimmt die Herausforderung an	13
6.2.1 Stadt-/Kreissportbünde sowie Stadt-/Gemeindesportverbände	14
6.2.2 Fachverbände	15
6.2.3 Sportvereine	15
6.3 Das Grundmodell der Qualitätsentwicklung und Evaluation	17
7 Konzepte zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätte, Schule, Kommune, Betrieb und Sportverein	20
7.1 Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte	20
7.2 Gute gesunde Schule und Ganzttag	21
7.3 Gesundheitsförderung in den Lebenswelten von älteren Menschen	23
7.4 Gesundheitsförderung in der Kommune	24
7.5 Betriebliches Gesundheitsmanagement	26
7.6 Gesundheitsfördernder Sportverein	27
8 Glossar	29
9 Literatur	32

2 Vorwort

Im Jahr 2005 ist vom Landessportbund Nordrhein-Westfalen das *Handlungsprogramm 2015 'Sport und Gesundheit' für das Land Nordrhein-Westfalen*¹ entwickelt und folgenden Jahren umgesetzt worden. Mit Erfolg. Die Zahl der gesundheitsorientierten Sport- und Bewegungsangebote in den Sportvereinen hat sich erheblich gesteigert. Ein Drittel der Sportvereine verfügt über gesundheitsorientierte Angebote und 11% der Sportangebote weisen eine Gesundheitsorientierung auf (vgl. Breuer 2010). In Nordrhein-Westfalen halten Sportvereine fast 6.000 Angebote mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT² und über 20.000 anerkannte Rehabilitationssportangebote für fast 30 verschiedene Indikationen vor. Auch der Grad der Vernetzung von kommunalen Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports mit denen des Bildungs- und Gesundheitssektors hat sich erhöht. Die Hälfte der 54 Stadt-/Kreissportbünde arbeiten im Jahr 2011 aktiv in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit.

Dabei wird eine Umorientierung in der Gesundheitspolitik erkennbar, die von den Akteuren des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsektors immer konsequenter verfolgt wird. Neben dem Individual-Ansatz gewinnt der sog. Setting-Ansatz immer mehr Beachtung. Die Lebenswelten des Alltags sollen Menschen gesunde Bedingungen für eine nachhaltige Ausübung ihres Gesundheitsverhaltens bieten.

Für den gemeinwohlorientierten Sport liegen im Setting-Ansatz neuartige Chancen, aber angesichts seiner traditionellen Binnen- und Mitgliederorientierung auch neue Herausforderungen. Die Weiterentwicklung der Strategien des gemeinwohlorientierten Sports in der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation wird aber an der Auseinandersetzung und der Adaptation des Lebenswelt-Ansatzes nicht vorbeikommen. Der Landessportbund Nordrhein-Westfalen wird ihn systematisch für die Sportentwicklung im Verbundsystem des Sports in NRW nutzen und ausbauen.

Das vorliegende Grundlagenpapier ist ein Schritt in diese Richtung. Es erläutert die wissenschaftlichen Hintergründe für den Lebenswelt-Ansatz zur Gesundheitsförderung und beschreibt vorliegende Erfahrungen und Transfermöglichkeiten. Die Rollen und Funktionen sowie die dafür notwendigen Kompetenzprofile der Fachverbände, Stadt-/Kreissportbünde, Stadt-/Gemein-desportverbände sowie Sportvereine werden aufgezeigt. Das Grundlagenpapier ist die Basis für alle Initiativen im Programm „BEWEGT GESUND BLEIBEN IN NRW!“, sofern Bezüge zu Lebenswelten hergestellt oder bestehende vertieft werden sollen. Darüber hinaus skizziert es das Grundverständnis und die Umsetzungsverfahren für eine Koordination der Programm „BEWEGT GESUND BLEIBEN IN NRW!“, „NRW BEWEGT SEINE KINDER!“ und „BEWEGT ÄLTER WERDEN IN NRW!“, wenn Gesundheit und Gesundheitsförderung in Lebenswelten übergreifend, zielgerichtet und systematisch bearbeitet werden soll.

Bärbel Dittrich

Bärbel Dittrich

Vizepräsidentin „Breitensport“
des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen

¹ Offizielle Titel oder Bezeichnungen z.B. von Programmen sind kursiv unterlegt. Des Weiteren wird im Interesse der Lesbarkeit nur die übliche geschlechterübergreifende Darstellungsweise verwendet, dabei sind immer beide Geschlechter gleichrangig gemeint.

² inklusiv der Siegel *Pluspunkt Gesundheit*. DTB des Deutschen Turner-Bundes und *Gesund und fit im Wasser* des Deutschen Schwimmverbandes

3 Einleitung

Es gehört zum modernen Verständnis von Gesundheit, mit diesem Begriff nicht nur die Vermeidung und Behandlung von Beschwerden und Erkrankungen zu beschreiben, sondern auch die Förderung von Gesundheitsressourcen³. Sie können ihren Ursprung und ihr Ziel sowohl beim Einzelnen haben, als auch in den alltäglichen Lebenswelten, die er aufsucht, in denen er tätig ist und die er nutzt.

In der Ottawa Charta heißt es: „Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ Gesundheit sei ein „Bestandteil des alltäglichen Lebens“ und werde „von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt“. Zu den notwendigen individuellen Kompetenzen gehöre es, „Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben“, und zu den Aufgaben der Gesellschaft „Bedingungen her(zu)stellen, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“.

Der Mensch wird als sozialökologisches Wesen betrachtet, das nicht nur unter den Einflüssen der Umwelt steht, sondern deren Bedingungen auch verändern kann. Das Ziel von Gesundheitsförderung sei es „sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ herzustellen. Demzufolge ist eines von fünf Handlungsfeldern der Ottawa Charta darauf ausgerichtet, „gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen“ (Weltgesundheitsorganisation 1986).

Der Lebenswelt-Ansatz ist in den Strategien der Weltgesundheitsorganisation fest verankert. Er hat hohe Akzeptanz in der Gesundheitspolitik der Länder und des Bundes sowie bei den Akteuren des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsektors gefunden. Der Landessportbund Nordrhein-Westfalen, der in vielfältiger Weise mit Politik, Wissenschaft und Gesellschaft verflochten ist und seine Konzepte und Programme nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und mit Blick auf den gesellschaftlichen Bedarf zukunftsorientiert ausrichtet, wird den Lebenswelt-Ansatz zur Gesundheitsförderung systematisch für die Sportentwicklung nutzen. Die folgenden Ausführungen schaffen dafür die Grundlagen.

³ Unter dem Begriff Gesundheitsressource(n) werden alle Schutz- bzw. Protektivfaktoren für die Gesunderhaltung zusammengefasst. Dazu gehören die „gesunderhaltenden Lebensbedingungen und Lebensweisen“ sowie „alle sozialen und persönlichen Ressourcen, Fähigkeiten und Grundhaltungen, die Menschen helfen, mit gesundheitsbedrohlichen Belastungen besser umgehen zu können“ (BZgA 2003,189).



4 Ziele des gemeinwohlorientierten Sports

In den kommenden Jahren sollen – im Dialog mit anderen Akteuren des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektors – Verfahren und Maßnahmen für die systematische Umsetzung durch den gemeinwohlorientierten Sport entwickelt werden. Es stehen folgende Ziele im Mittelpunkt:

- Die Leitideen des Lebenswelt-Ansatzes zur Gesundheitsförderung werden für die Weiterentwicklung des Handlungsfeldes Sport und Gesundheit aufbereitet und für die Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports im Land, der Region und der Kommune in praktikable, in die Regelarbeit integrierbare Module übertragen.
- Fachverbände, Stadt-/Kreissportbünde bzw. Stadt-/Gemeindesportverbände sollen mit Kompetenzen zur Umsetzung des Lebenswelt-Ansatzes ausgestattet werden. Ihnen werden Unterstützungsleistungen für die Mitarbeit in regionalen und kommunalen Netzwerken zur Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt.

- Stadt-/Kreissportbünde bzw. Stadt-/Gemeindesportverbände sollen in die Lage versetzt werden, den gemeinwohlorientierten Sport als ‚Bewegungsanwalt‘ in und für gesunde Lebenswelten kommunalpolitisch zu vertreten. Der gemeinwohlorientierte Sport soll als eine der ersten Adressen für eine nachhaltige Strukturentwicklung in regionalen oder kommunalen Initiativen, Projekte und Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention positioniert werden.
- Sportvereine sollen mit Kompetenzen ausgestattet werden, um Kooperationen mit Einrichtungen des Bildungs-, Sozial- oder Gesundheitssektors zu planen, durchzuführen und mitgestalten zu können. Sie sollen auf erprobte Hilfen zurückgreifen können.

Die Begründungen für diese Zielsetzungen werden in den folgenden Abschnitten vorgestellt.

Der gemeinwohlorientierte Sport setzt sich mit den Sichtweisen und Strategien anderer Akteure auseinander, um integrative Ansätze zu entwickeln, und bringt seine Kompetenzen und Strukturen in Kooperationen und Netzwerke ein.

5 Grundlagen

5.1 Der gemeinwohlorientierte Sport geht zu den Menschen

Die Erkenntnis, dass der Sport zu den Menschen gehen muss, dorthin, wo sie leben, arbeiten und spielen, ist in den Sportorganisationen nicht wirklich neu. Seit Jahren werden in Nordrhein-Westfalen Programme durchgeführt, in denen die Kooperation von Sportvereinen mit Lebenswelten ein Strukturmerkmal ist. Als ‚models of good practice‘ sind hier die Programme *Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen* und *Betriebe und Sportvereine – Partner in der Gesundheitsförderung* zu nennen.

Die vielfältigen Erfahrungen, die in diesen Programmen gesammelt werden konnten, belegen aber auch, dass die im Lebenswelt-Ansatz angelegten Chancen und Möglichkeiten noch nicht konsequent genutzt werden.

Lebenswelten wirken auf die Menschen

Die Effekte, die man sich gesellschaftspolitisch von diesem Ansatz verspricht, liegen auch darin, Zugang zu Bevölkerungsgruppen zu finden, die von sich aus nur ein geringes Interesse an Gesundheit, Bildung und sozialer Integration zeigen. Menschen haben eine hohe Bindung an die in ihrer sozialen Lebenswelt gültigen Werte und Verhaltensregeln und sind fast nur über die ihnen vertrauten Kommunikations- und Informationswege zu erreichen. Der häufig gesetzte Standard des mittleren oder höheren Sozial- und Bildungsstatus ist keineswegs die Norm und sollte auch nicht verallgemeinert werden.

Eine andere Sachlage ergibt sich für Menschen, die eine hohe Lebensqualität mit Weiterbildung und Gesundheit verbinden und offen sind für Anregungen und Impulse. Sie scheitern nicht selten beim Versuch, solche Anregungen in ihre alltägliche Lebensführung zu integrieren. Ihren Absichten stehen dann die Bedingungen ihres Alltags, die sie an der Arbeitsstätte, im Wohnumfeld, in der Schule oder der Seniorenstätte vorfinden, entgegen. Denn deren Strukturen und Bedingungen haben hohe Beharrungstendenzen und sind so einfach nicht zu verändern.

Der Sportverein erfüllt eine Brückenfunktion

An den Schnittstellen zwischen Menschen mit ihren Bedürfnissen und Lebenserfahrungen und den Lebensweltbedingungen kann der Sportverein in zweifacher Weise eine Brückenfunktion erfüllen. Zum einen bringt er seine gesundheitsorientierten Bewegungs- und Sportangebote in die Lebenswelten der Menschen und arbeitet dabei mit Bildungseinrichtungen, Betrieben und sozialen Trägern zusammen. Diese aufsuchende Strategie hat sich bei einigen Bevölkerungsgruppen bewährt, z.B. bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte oder Menschen in prekären Arbeitsverhältnissen, weil sie von sich aus und ohne Unterstützung persönliche und soziale Schwellen kaum überwinden können. Aber auch zeitlich voll ausgelastete Berufstätige wünschen immer stärker organisatorische Erleichterungen, um mit wenig Aufwand etwas für ihre Gesundheit tun zu können.

Koordination der Akteure unterstützt die Massen

Die Bedingungen der alltäglichen Lebenswelten z.B. in einem Stadtteil oder in einem Betrieb, können eben auch unterstützende oder hindernde Wirkungen auf das Bewegungs- und Sportverhalten der Menschen haben. Man kann davon ausgehen, dass hinderliche Bedingungen und persönliche Schwellen sich ebenso gegenseitig verstärken wie auch förderliche Bedingungen und die Motivationsstärke des Einzelnen. Voraussetzung für eine erfolgreiche Ansprache und Unterstützung der Menschen ist deshalb eine gemeinsame Strategie des gemeinwohlorientierten Sports und der Lebenswelt, die sich nicht auf die Durchführung von gesundheitsorientierten Angeboten beschränkt, sondern auch begleitende organisatorisch-strukturelle Maßnahmen auf beiden Seiten einbezieht.



Erfolg hat, wer in Netzwerken aktiv ist

Um auf Dauer erfolgreich zu sein, ist die Mitarbeit in Netzwerken unverzichtbar. Die große Chance einer abgestimmten Strategie von gemeinwohlorientiertem Sport, Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor und der Politik besteht darin, die gesundheitsfördernden Bemühungen möglichst vieler Akteure aus unterschiedlichen Fachrichtungen nicht nur zusammenzuführen sondern auch unter verbindende Zielsetzungen zu stellen, die Synergie-Effekte überhaupt erst möglich machen. Erst dann können die verfügbaren Ressourcen effektiver eingesetzt und die Wirksamkeit von Programmen und Initiativen deutlich erhöht werden.

5.2 Der Lebenswelt-Ansatz in der Gesundheitsförderung

5.2.1 Die Lebenswelten des Alltags

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt gesundheitsfördernde Settings (*setting for health*) als „Orte oder soziale Kontexte“ im Lebensalltag von Menschen, deren innere Beschaffenheit sowie Organisation mit den Personen, die sie aufsuchen und nutzen, in Wechselwirkung stehen und auf deren Gesundheit und Wohlbefinden einwirken⁴.

In diesem Verständnis sind Settings „Organisationen, die durch ihre Struktur und Aufgaben anerkannte soziale Einheiten darstellen“ (Baric, Conrad 1999, 18). Ein Setting (Lebenswelt)⁵ hat mehr oder minder klar umrissene Grenzen (vgl. WHO 1998, 19), wird in der Regel nicht nur von einer sondern mehreren Personengruppen aufgesucht und verfügt über eine Organisationsstruktur mit definierten Rollen und Funktionen zur Bewältigung der Aufgaben⁶, für die sie geschaffen worden ist.

⁴ „Settings for health – The place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing.“ (WHO 1998, 19)

⁵ Die Begriffe „Setting“ und „Lebenswelt“ werden in Expertenkreisen durchaus uneinheitlich verwendet und ebenso voneinander unterschieden als auch miteinander gleichgesetzt. Zudem werden weitere Begriffe wie z.B. „Lebensraum“ oder „Lebensbereich“ in die Diskussionen eingeführt, um Bedeutungsgehalte und Anwendungsebenen voneinander abzugrenzen. Insgesamt spiegelt die Uneinheitlichkeit die wissenschaftliche Herkunft und Position der Diskussionsteilnehmer wider. Im weiteren Verlauf der Darstellung werden beide Begriffe synonym in einem alltagsnahen Verständnis verwendet.

⁶ Baric und Conrad (1999, 18) definieren eine Organisation als „eine bewußt [sic!] koordinierte soziale Einheit, mit relativ klar abgrenzbaren Zugehörigkeiten, die auf einer relativ kontinuierlichen Basis zur Erreichung eines oder mehrerer Ziele arbeitet“.

Die Lebenswelten des Alltags sind organisierte Einheiten

Es ist unmittelbar einsichtig, dass Lebenswelten wie Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe und Senioreneinrichtungen diese Kriterien erfüllen. Sie verfügen über Gebäude und Gelände und erfüllen einen gesellschaftlichen Auftrag, z.B. als Bildungseinrichtung oder Produktionsstätte. Für dessen Bewältigung haben sie eine passende Personal- und Ablaufstruktur. Sie sind für verschiedene Personengruppen mit unterschiedlichen Interessen, Bedürfnissen und Motiven wichtig z.B. für Kinder, Eltern, Erzieher/innen.

Für Kommunen treffen im Alltag und in der Wahrnehmung der Bevölkerung nicht alle diese Kriterien in gleichem Maß zu. So ist ihre räumliche Grenze nicht direkt fassbar und ihre Verwaltungsstruktur nicht überall präsent. Hier liegt der Akzent stärker auf dem Charakter des ‚sozialen Kontextes‘, der eine Lebenswelt ausmachen kann. Damit lassen sich dann auch in einer Kommune wiederum unterschiedliche Settings identifizieren, nämlich Stadtteile, Quartiere oder sogar soziale Netze von bestimmten Bevölkerungsgruppen wie z.B. Senioren oder Menschen aus anderen Kulturkreisen.

Noch deutlicher wird der soziale Charakter von Lebenswelten, wenn Familien als Lebenswelten betrachtet werden. Selbstverständlich schließt diese Perspektive die komplexen Wechselbeziehungen mit anderen Einflussgrößen wie z.B. die ökonomische Ausstattung oder das Bildungsniveau ein.

Sportvereine sind ungeschätzte Lebenswelten

In gleicher Weise kann ein Sportverein als Lebenswelt betrachtet werden. Auch hier treffen alle Kriterien der WHO zu, wenn auch in einem spezifischen ‚Mischungsverhältnis‘. Sportvereine sind eine definierte Rechtsform und haben eine Organisationsstruktur mit Rollenverteilungen. Für viele Mitglieder ist das aktive Vereinsleben mit einem lebendigen, sozialen Austausch ein wesentliches Kriterium für den Vereinsbeitritt. Es stellt sich immer mehr heraus, dass gerade darin eine Stärke von Sportvereinen liegt, deren Wirksamkeit in der Gesundheitsförderung bislang unterschätzt wird.

Eine wirksame und nachhaltige Politik der Gesundheitsförderung beginnt in den Lebenswelten des Alltags.

5.2.2 Gesundheitsförderung in einer Lebenswelt oder gesundheitsfördernde Lebenswelt

Wenn eine Lebenswelt (Setting) im Kern ein soziales System ist und ihre Beschaffenheit letztlich das Ergebnis von sozialen Übereinkünften, dann ist sie grundsätzlich veränderbar: „Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst. Es ist andererseits ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können“ (Grossmann und Scala 2003, 205).

Zwei Strategien für mehr Gesundheit im Alltag

In dieser organisationssoziologischen Sichtweise ist eine grundlegende Differenzierung angelegt, nämlich die Unterscheidung zwischen der *Gesundheitsförderung in einer Lebenswelt* und einer *gesundheitsfördernden Lebenswelt*: „Gesundheitsförderung in einem Setting [...] beinhaltet die Einführung von Maßnahmen (Programme, Projekte) der Gesundheitsförderung in ein spezifisches Setting. Ein gesundheitsförderndes Setting ist dagegen ein [...] Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel eines Settings beinhaltet und zwar durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Teile eines Settings und die Einführung der Bewertung der Gesundheitsförderung oder deren Einbeziehung in das bestehende Qualitätssicherungssystem dieses Settings“ (Baric und Conrad 1999, 16). Die Unterscheidung hat weitreichende Konsequenzen.

Der Unterschied ist mehr als eine akademische Übung

Maßnahmen zur *Gesundheitsförderung in einer Lebenswelt* setzen fast immer am Gesundheitsverhalten der

Menschen an. Die Beschaffenheit der Lebenswelt selbst wird nur dann zum Gegenstand von Maßnahmen, wenn sie eine unmittelbare Wirkung als Belastungsfaktor hat, z.B. als Quelle von Stressoren.

Das *Konzept der gesundheitsfördernden Lebenswelt* folgt einer anderen Strategie. Es nimmt nicht das individuelle Gesundheitsverhalten direkt als Ausgangspunkt und Ziel für Maßnahmen. In ihm ist Gesundheit eine *Leitidee* für die Lebenswelt insgesamt und damit ein *Gestaltungsprinzip* für alle Veränderungen. Entscheidungen, die in der und für die Lebenswelt getroffen werden, sollen auch die gesundheitlichen Wirkungen auf alle in ihr aktiven Personengruppen berücksichtigen. Diese Sichtweise bezieht sich auf alle Ebenen der Lebenswelt: ihre organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen, die Aktivitäten, die von den Personen ausgeführt werden, und die sozialen und kommunikativen Abläufe.

Der Ansatz kann letztendlich niemals wirklich vollständig realisiert werden, weil Lebenswelten als soziale Systeme in Wechselwirkung mit ihrer Umwelt stehen und sich ständig verändern. Motor für eine permanente Annäherung an das Ideal ist sinnvollerweise die Einrichtung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, der von allen Verantwortlichen und Personengruppen gemeinsam getragen wird. Der interne Prozess kann unterstützt werden durch die Mitarbeit in Netzwerken, die für die Lebenswelt Bedeutung haben: in Netzwerken der Gesundheitsförderung, der Bildung und Erziehung, der Wirtschaft und/oder des Sozialbereichs.

Eine Übersicht zur Orientierung

In der Übersicht (Abb. 1). werden die wichtigsten Aspekte beider Ansätze einander gegenüber gestellt.

Gesundheitsförderung im Setting	Gesundheitsförderndes Setting
Individuum	Soziales System
Verhaltensbezogene Intervention	Organisationsbezogene Intervention
Verminderung von individuellen	Verminderung von strukturell bedingten
Beanspruchungen	Belastungen
Stärkung individueller Gesundheitskompetenzen und -ressourcen	Stärkung sozialer und organisationaler Gesundheitspotentiale
Einzelmaßnahme oder Programm	Entwicklungskonzept
Setting als Rahmen	Setting als Gestaltungsraum
Setting intern	Netzwerk, d.h. Setting als offenes System

Abb. 1: Verhaltensintervention oder Organisationsentwicklung: Leitbegriffe der Strategien im Lebenswelt-Ansatz zur Gesundheitsförderung (Landessportbund Nordrhein-Westfalen)

Die Verbindung der Ansätze ist die Basis einer erfolgreichen Praxis

Zwischen beiden Ansätzen bestehen Wechselwirkungen und in der Praxis ergänzen sie sich. Ohne die Entwicklung der individuellen Kompetenzen und Ressourcen der Handelnden sind strukturelle Veränderungen zu einer

gesunden Lebenswelt nicht möglich. Und, ohne die Beteiligung der Verantwortlichen und der unterschiedlichen Personengruppen mit ihren Interessen, Bedürfnissen und Motiven für mehr Gesundheit wird eine nachhaltige Veränderung nicht gelingen (Abb. 2).



Abb. 2: Kompetenzstärkung, Strukturentwicklung und Partizipation als zentrale Elemente des Setting-Ansatzes (nach Kilian, Geene, Philippi 2004)

5.3 Der Lebenswelt-Ansatz in der Gesundheits- und Sozialpolitik

5.3.1 Der Blick in die nahe Zukunft

Der Lebenswelt-Ansatz findet breite Zustimmung in Politik, Wissenschaft und Zivilgesellschaft. Konsens ist, dass mit diesem Ansatz ein Weg zu einer nachhaltigen Gesundheitspolitik eingeschlagen werden soll. Damit ist ein Strategiewechsel verbunden: weg von Einzelmaßnahmen, hin zu strukturiertem und koordiniertem Vorgehen. Maßnahmen sollen nicht nur fachlich und organisatorisch aufeinander abgestimmt werden sondern auch einen Beitrag zu einem umfassenden Gesundheitskonzept der Lebenswelt leisten. Damit ist auch die Notwendigkeit verbunden, Fachdisziplinen und Ressort übergreifend zu denken und zu handeln. Praxiskonzepte, die diesen Strategiewechsel einleiten, liegen vor für gesundheitsfördernde Kindertagesstätten, Gesundheitsfördernde Schulen, Betriebliches Gesundheitsmanagement und Gesundheitsfördernde Kommunen/Gesunde Städte. Sie stimmen in den Grundzügen und Strategien weitgehend überein (vgl. 7).

Der Lebenswelt-Ansatz ist eine Säule der Gesundheits- und Sozialpolitik

Der Strategiewechsel in der Gesundheitsförderung ist auch vor dem Hintergrund der politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen zu sehen. Die Auswirkungen der globalen Wirtschafts- und Arbeitswelt auf die Existenzsicherung breiter Bevölkerungsgruppen (prekäre Arbeitsverhältnisse, Arbeitsplatzunsicherheit, unsichere Berufskarrieren), der demografische Wandel (Verschiebung der Relation junger Menschen zu Hochaltrigen) und die faktisch bestehende soziale Ungleichheit von Gesundheits- und Bildungschancen (für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, allein erziehende Mütter, Langzeitarbeitslose und Menschen mit niedrigem oder keinem Schulabschluss) sind im öffentlichen Leben greifbar geworden.

Die Wechselwirkungen dieser gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen sind so komplex und vielschichtig, dass die Auswirkungen von einem Politik- oder Praxisbereich allein nicht bewältigt werden können. Erfolg verspricht nur ein engmaschig vernetztes Vorgehen des Gesundheitssektors, der sozialen Sicherungssysteme, des Arbeitsmarktes und des Bildungssektors. Damit liegt die Bedeutung des Strategiewechsels auf der Hand. Es müssen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

geschaffen werden, um für alle Bürger eine sichere und soziale Zukunft zu ermöglichen.

Mehr Gesundheitschancen für alle beginnen in den Lebenswelten

Gerade die Erfahrungen aus dem Gesundheitssektor sind ein Beispiel für die Notwendigkeit, Menschen in ihren Lebenswelten aufzusuchen und ihr Gesundheitsverhalten als Ausdruck ihrer gesamten Lebenssituation zu sehen. Es ist seit langem bekannt und durch Studien belegt, dass Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, mit niedrigeren Bildungsabschlüssen, geringerem Einkommen, ohne oder mit flexiblen Arbeitsverhältnissen, in sozial angespannter Lebenslage, Familien mit vielen Kindern und/oder niedriger ökonomischer Absicherung sowie allein erziehende Mütter deutlich weniger die Versorgungssysteme des Gesundheitswesens und deren Dienstleistungen aufsuchen. Die Zugangswege sind mittelschichtorientiert. Hinzu kommen unterschiedliche persönliche Schwellen wie z.B. Sprachprobleme, soziale Unsicherheit oder fehlende Informationen über die Struktur des Gesundheitswesens, die dazu führen, dass sie die organisierte Versorgung meiden. Sie bewegen sich in der ihnen vertrauten sozialen Gemeinschaft. Für diese Gruppen hat sich in ihren Lebenswelten die aufsuchende Strategie bewährt.

Im Präventionskonzept des Landes Nordrhein-Westfalen ist der Lebenswelt-Ansatz verankert

Das Land Nordrhein-Westfalen hat den Lebenswelt-Ansatz als ein Strukturziel in das Präventionskonzept (2005, 2009) aufgenommen, insbesondere mit Blick auf die Bevölkerungsgruppen mit überdurchschnittlich hohen gesundheitlichen Risiken. Es sollen 'Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention in sog. Settings' aufgebaut werden. Die besondere Aufmerksamkeit gilt Kindern und Jugendlichen in den Kindertagesstätten/Familienzentren und Schulen. Es sollen aber auch bereits bestehende Netzwerke der Gesundheit ausgebaut und gefördert werden. Zu den Akteuren gehören die kommunalen Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports, die sowohl als Partner z.B. der Kindertagesstätten/Familienzentren aktiv werden als auch in Netzwerken eine führende Rolle spielen und sich selbst zu einem gesundheitsfördernden Lebensort entwickeln sollen.



Bevölkerungsvorausberechnungen für NRW 2008 bis 2030/50 (in Tausend)

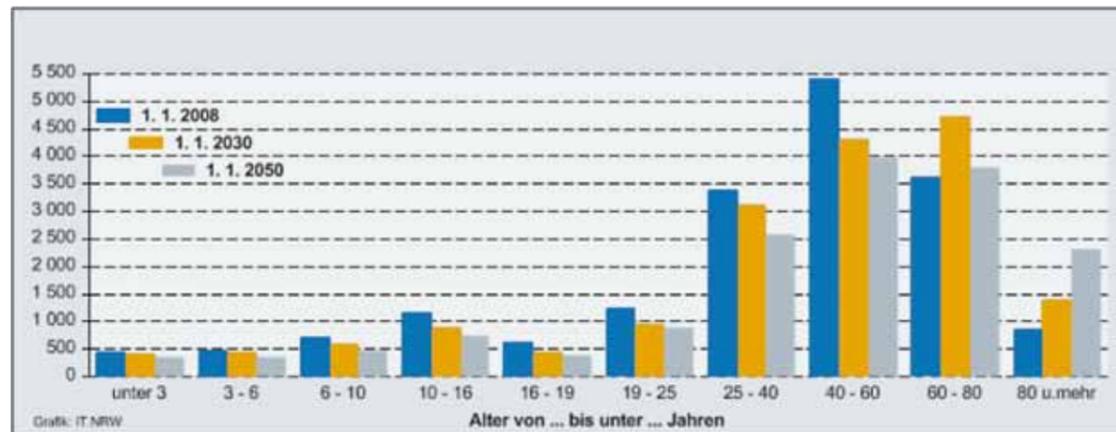


Abb. 3: Verteilung der Altersgruppen in der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens für die Stichdaten 2008, 2030 und 2050.

Auch die Sozialversicherungsträger gehen in die Lebenswelten

In vergleichbarer Weise verfolgen die Sozialversicherungsträger – insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen, Unfallversicherungen, Rentenversicherungen – ihren Präventionsauftrag. Sie unterstützen sowohl aufsuchende Strategien, um Menschen einen Zugang zum Gesundheitswesen zu öffnen und zur gesunden Lebensführung zu bahnen (Verhaltensorientierung), als auch den umfassenden Ansatz einer gesundheitsfördernden Lebenswelt im Sinne der WHO (Verhältnisorientierung) (vgl. Abb. 2). In der aktuellen Fassung des Leitfadens Prävention zur Umsetzung des § 20 SGB V nimmt gerade die letztere einen breiten Raum ein. Es ist zu erwarten, dass diese Strategie in den kommenden Jahren weiter an Unterstützung durch die Sozialversicherungen gewinnen wird.

5.3.2 Die Bevölkerungsentwicklung in Nordrhein-Westfalen

Es ist wichtiger denn je, gesundheits- und sozialpolitische Konzepte auf Daten und Fakten zu stützen, die einen ‚realistischen‘ Blick in die Zukunft erlauben. Eine anerkannte Basis sind die Bevölkerungsvorausberechnungen, die regelmäßig überprüft und aktualisiert werden. Sie liegen für Nordrhein-Westfalen vor und lassen eine Veränderung der Altersgruppenstärken für die nächsten Jahrzehnte erkennen. Auch für viele Städte und Kommunen liegen Vorausberechnungen vor. Somit kann der gemeinwohlorientierte Sport auf allen Ebenen auf solide Daten zugreifen (vgl. Abb. 3).

Die Informationen, die aus diesen Hochrechnungen gezogen werden können, geben Hinweise darauf, wie stark der Handlungsbedarf sowohl zur Sicherung der gesundheitlichen Versorgung als auch in der Gesundheitsförderung für die unterschiedlichen Altersgruppen ist. Zieht man ergänzend weitere Quellen hinzu, z.B. die Gesundheitsberichte des Bundes, wird deutlich, wie tiefgreifend sich die Kernaufgaben in der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in den nächsten Jahren verändern werden. Davon sind nicht nur die inhaltlichen sondern auch die strategischen Konzepte betroffen.

Nordrhein-Westfalen liegt im Trend aller Bundesländer

Die Bevölkerungsvorausberechnung bestätigt für Nordrhein-Westfalen den bundes- und europaweiten Trend: die Anzahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bleibt mit leicht abnehmender Tendenz in allen diesen Altersgruppen auf dem heutigen Niveau. Diese Tendenz besteht auch für die erwerbstätigen Jahrgänge und jungen und mittleren Alten bis zum 60-ten Lebensjahr, allerdings mit stärkerer Ausprägung. Die Altersgruppen 60-plus und die Hochbetagten werden aber in den absoluten Zahlen zunehmen.

Es deuten sich zwei Entwicklungen an: der relative Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Bevölkerung nimmt ab und der relative Anteil älterer Menschen in der dritten Phase des Berufslebens und jenseits des Erwerbslebens zu. Dies hat Auswirkungen auf gesundheits- und sozialpolitische Strategien.

Gesundheit ist eine Bildungsressource

Gerade weil der relative Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung abnimmt, muss diesen Altersgruppen besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Kinder und Jugendliche sind ein Paradebeispiel für die enge Verzahnung von individueller Entwicklung und der Beschaffenheit ihrer alltäglichen Lebenswelten, z.B. von Kindertagesstätten, Schulen und Freizeiträumen. Sie sollten durch reichhaltige und vielfältige Anregungen und Betätigungsmöglichkeiten die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen unterstützen. Der Mangel an kindgerechten Impulsen wirkt sich negativ auf ihre Entwicklung aus. Vor diesem Hintergrund ist Gesundheit zu einer Bildungsressource geworden und die Bedeutung, die den alltäglichen Lebensbedingungen für ein gesundes Aufwachsen zukommt, ist immer mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit von Politik und Gesellschaft gerückt.

Gesundheit ist eine Säule der Beschäftigungsfähigkeit

Die Gruppe der Erwerbstätigen steht unter den Einflüssen der beruflichen Lebenswelt, die ebenso eine Gesundheitsressource wie auch eine gesundheitliche Belastung sein kann. Für diese Zielgruppe ist der Arbeitsalltag oft so dicht und aufzehrend, dass viele darüber klagen, kaum noch über persönliche Freiräume zu verfügen, um z.B. regelmäßig etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Vor dem Hintergrund des bereits spürbaren Mangels an jungen Arbeitnehmern sind Konzepte entwickelt worden, um die Leistungsfähigkeit älter werdender Arbeitnehmer zu erhalten oder zu verbessern. Ziel ist es, die Kompetenzen zur Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig zu fördern. Zu diesen Kompetenzen gehören die Fähigkeiten und Fertigkeiten einer gesundheitsbewussten Lebensführung in Beruf und Privatleben.

Gesundheit sichert gesellschaftliche Teilhabe

Für höhere Altersgruppen sind chronische Beschwerden, Krankheiten oder Behinderungen nicht ungewöhnlich. Es wird aber erwartet, dass diese Beeinträchtigungen mit der weiter steigenden Lebenserwartung zunehmen. In der Präventionspolitik muss der Gesundheitsstatus auch dieser Zielgruppe berücksichtigt werden. Zwangsläufig verschiebt sich dabei der Schwerpunkt von der Primärprävention auf die Sekundär- und Tertiärprävention. Die Zielsetzungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik liegen dann auf mehreren Ebenen. Es geht um den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität, der eigenständigen Lebensführung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dieser Menschen.

Konzepte zur Gesundheitsförderung müssen den Menschen in seiner Lebenswelt erfassen

Wirksame Strategien der Gesundheitsförderung dürfen nicht nur den Einzelnen im Blick haben, sondern auch die Lebenswelten, die auf ihn einwirken. Sie müssen den menschlichen Lebenszyklus im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung berücksichtigen. Je stärker Konzepte zur Gesundheitsförderung die Wechselwirkung von Mensch, Lebensphase und Lebenswelt berücksichtigen desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie die Menschen, die angesprochen werden sollen, auch erreichen.

Es ist eine der vornehmsten Aufgaben aller gesellschaftlichen Akteure, die besten Bedingungen für eine gesunde Lebensführung zu schaffen.

6 Der Lebenswelt-Ansatz der Gesundheitsförderung im gemeinwohlorientierten Sport

6.1 Chancen und Nutzen für die Sportvereine

Die Konsequenzen aus der demografischen Entwicklung und der Wertschätzung, die dem Lebenswelt-Ansatz in der Gesundheitsförderung von allen Akteuren in Politik, Verwaltung, Wissenschaft und Gesellschaft sowie im Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor zugeschrieben wird, sind für den gemeinwohlorientierten Sport Ankerpunkte, um diesen Ansatz konsequenter zu verfolgen.

Der gemeinwohlorientierte Sport kann auf Erfahrungen aufbauen

Dabei betritt der gemeinwohlorientierte Sport in Nordrhein-Westfalen kein völlig neues Neuland. Einige grundlegende Aspekte des Lebenswelt-Ansatzes werden in den Programmen *Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen*, *Betriebe und Sportvereine – Partner in der Gesundheitsförderung* und *Sport im Ganztage* bereits umgesetzt. Legt man den Programmen die Kriterien zugrunde, die den Unterschied zwischen der Gesundheitsförderung in einer Lebenswelt und einer gesundheitsfördernden Lebenswelt (vgl. Abb.1) ausmachen, werden zugleich Ansatzpunkte und Möglichkeiten für die zukünftige Umsetzung deutlich.

Chance und Nutzen für Sportvereine liegen auf mehreren Ebenen

Sie können:

- Zugang bekommen zu Personengruppen, die sie für eine Mitgliedschaft gewinnen wollen, z.B. Kinder im Vorschulalter oder aktive Senioren (Zugang finden).
- in einen regelmäßigen Dialog mit der Zielgruppe eintreten, um ihre Wünsche, Bedürfnisse und Teilnahmemotive erfassen und berücksichtigen zu können (Perspektive der Adressaten einnehmen).
- das Angebotsspektrum für eine bestimmte Zielgruppe, wie z.B. Kinder im Vorschulalter oder Beschäftigte in der kommunalen Verwaltung, ausdifferenzieren, ausbauen und optimieren und damit an Flexibilität und ‚Nähe‘ gewinnen (Teilnehmerorientierung optimieren).
- Multiplikatoren in den Einrichtungen, wie z.B. Erzieher/innen einer Kindertagesstätte oder Beschäftigte eines Unternehmens, für eine Mitarbeit im Verein gewinnen und so wertvolle Fachkompetenzen für den Verein einwerben (Multiplikatoren gewinnen).
- die Zielgruppen für die Beteiligung an der Planung und Organisation von Angeboten gewinnen (Partizipation ermöglichen).
- durch Vielfalt und Spezifität der gesundheitsorientierten Angebote die verschiedenen Interessengruppen in der Bevölkerung für den Verein gewinnen (Neue Bevölkerungsgruppen gewinnen).
- Organisationsformen und Organisationsstrukturen flexibilisieren und verändern (Organisationskompetenzen erweitern).
- neue Modelle der Vereinsmitgliedschaft entwickeln.
- Erfahrungen aus Kooperationen auswerten und für die Vereinsentwicklung nutzen (Lernen lernen).



- durch mittelfristige Kooperationen die Zukunft des Vereins stabilisieren (Zukunft sichern).
- ein Profil schaffen, das den Unterschied zu anderen Anbietern macht (Wettbewerb mitgestalten).
- den Vereinsbeitrag zur Gesundheitsförderung in ein umfassenderes Bildungs- oder Gesundheitskonzept der jeweiligen Einrichtung einbinden (Soziale Verantwortung übernehmen).
- neue Perspektiven für die Vereinsarbeit hinzugewinnen (Selbstverständnis überprüfen).
- Berufsgruppen, wie z.B. Kinderärzte oder Pädagogen, für eine Zusammenarbeit gewinnen und neues Know How in den Verein holen (Von Anderen lernen).
- mit anderen Akteuren unterschiedlicher Fachkompetenzen ein kommunales Netzwerk aufbauen und gestalten (Netzwerk nutzen).
- Impulse, wie z.B. aus der Jugendkultur, für die Entwicklung der Vereinskultur aufnehmen (Vereinskultur entwickeln).
- sich zu einem aktiven kommunalen Gestalter (Sozialraum und Bildungslandschaften mitgestalten) entwickeln.
- den Sport in der kommunalen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik repräsentieren (Politik beeinflussen).

6.2 Der gemeinwohlorientierte Sport nimmt die Herausforderung an

Fachverbände, Stadt-/Kreissportbünde, Stadt-/Gemein-desportverbände sowie Sportvereine verfügen über ein Erfahrungswissen aus Kooperationen mit verschiedenen Einrichtungen des Bildungs-, Sozial- und Gesundheits-sektors. Es ist vor allem in der Praxis erworbenes Wissen, das häufig an Einzelpersonen gebunden ist. Sofern das Erfahrungswissen bisher erfasst wurde, blieb es auf einzelne Handlungsfelder wie z.B. den *Anerkannten Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen* oder *Betriebe und Sportvereine – Partner in der Gesundheitsförderung* beschränkt und wurde nicht auf andere Bereiche transferiert und grundsätzlich aufbereitet. Hinzu kommt, dass der gemeinwohlorientierte Sport die Potenziale des Konzepts Gesundheitsförderung in Lebenswelten für die Entwicklung der Sportvereine und des Verbundsystems bislang nicht ausschöpft.

Der Lebenswelt-Ansatz bietet Entwicklungspotentiale für das Verbundsystem

Dies zu verändern, setzt voraus, dass die möglichen Rollen und Funktionen der Fachverbände, Stadt-/Kreissportbünde, Stadt-/Gemein-desportverbände sowie Sportvereine, die sie bei einer systematischen Umsetzung des Lebenswelt-Ansatz zur Gesundheitsförderung erfüllen können, bestimmt werden. Die bereits vorhandenen Kompetenzen sind auszubauen und zu ergänzen.

Das Verbundsystem bietet hervorragende Voraussetzungen für eine systematische Mitarbeit des Sports in Lebenswelten.

Darüber hinaus kann die Strategie des Lebenswelt-Ansatzes zur Gesundheitsförderung für den gemeinwohlorientierten Sport als Muster und Folie dienen für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Strategien für ein Engagement in Lebenswelten insgesamt. Die folgenden Abschnitte bieten dazu einige Überlegungen.

6.2.1 Stadt- und Kreissportbünde sowie Stadt- und Gemeindesportverbände

Grossmann und Scala (2006) haben die unterschiedlichen Rollen und Funktionen, die Akteure in der Gesundheitsförderung grundsätzlich einnehmen, systematisiert und das Anforderungsprofil eines ‚professionellen Gesundheitsförderers‘ erstellt. Er ist tätig als Experte, Interessenvertreter, Förderer und Entwickler. In der Praxis wird er nie in allen Rollen oder Funktionen gleichzeitig mit gleicher Intensität gefordert. Je nach Schwerpunktsetzung oder in Abhängigkeit vom jeweiligen Umsetzungsschritt des Lebenswelt-Ansatzes ergibt sich eine andere ‚Gemengelage‘.

Rollen, Funktionen und Qualifikationen der hauptberuflichen Mitarbeiter

Die Übersicht von Grossmann und Scala (2006) ist eine geeignete Folie, um die Tätigkeiten und notwendigen Qualifikationen für Stadt-/Kreissportbünde oder Stadt-/Gemeindesportverbände zu spezifizieren (Abb. 4)

- zum einen mit Blick auf die hauptberuflichen Mitarbeiter und deren Zuständigkeiten und Aufgaben, die sie für die Sportvereine erfüllen;
- zum anderen mit Blick auf die Aufgaben, die sie als Akteure und Mitgestalter von Initiativen und Programmen zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten ausfüllen können.

Funktionen	Tätigkeiten	Qualifikationen
Experte (Expert)	Erhebungen- und Befragungen zur Bedarfsermittlung, Ermittlung und Analyse von zielgruppenspezifischen Gesundheitsrisiken und -ressourcen; Beobachtung und Analyse der Bevölkerungsentwicklung; Auswertung von epidemiologischen Studien und Daten u.a.	Wissenschaftliche Kenntnisse zum Zusammenhang von Bewegung, Sport und Gesundheit und in angrenzenden Feldern (z.B. Ernährung); Kompetenzen in der Datenerhebung, Auswertung und Dokumentation
Interessenvertreter (Advocate)	Öffentlichkeitsarbeit und Aktionen; Interessenvertretung und Überzeugung von Entscheidungsträgern in Politik, Verwaltung und kommunalen Institutionen; Fachberatung von Institutionen, Politik und Verwaltung	Social Marketing; Kompetenzen zur Interessenvertretung im politischen Raum; Einblick in die Gesundheitskonzepte von Bildungsträgern und Sozial- und Gesundheitseinrichtungen
Förderer (Enabler)	Planung und Organisation von Qualifizierungen und Fortbildungen; Gesundheitsberatung für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen; Beteiligung der Zielgruppen an Aktionen, Projekten und Programmentwicklungen; Qualitätssicherung und -entwicklung	Kompetenzen in den Methoden der Erwachsenenbildung; Kompetenzen in der Moderation von Diskussionsgruppen; Beratungskompetenzen; Kompetenzen in Beteiligungsformen; Kompetenzen in der partizipativen Qualitätsentwicklung
Entwickler (Change facilitator)	Organisations- und Projektentwicklung; Aufbau intersektoraler Kooperationen; interdisziplinäre Zusammenarbeit, Netzwerkmitarbeit; Schaffen von Infrastrukturen; Verhandeln; Kontinuierliche Auswertung und Verbesserung	Kompetenzen in Organisationsentwicklung, Projektmanagement und Netzwerkarbeit; Kompetenzen zur Konzeptentwicklung und in der praxisorientierten Evaluation

Abb. 4: Funktionen, Tätigkeiten und Qualifikationen der kommunalen Dachorganisationen des Sports in der Umsetzung des Lebenswelt-Ansatzes in Anlehnung an die Übersicht von Grossmann und Scala (2006) (Landessportbund Nordrhein-Westfalen)

6.2.2 Fachverbände

Die Aufgaben der überregional aktiven Fachverbände unterscheiden sich nicht grundsätzlich von denen der Stadt-/Kreissportbünde oder Stadt-/Gemeindesportverbände (vgl. Abb.4). Ihr spezifisches Profil umspannt ebenfalls die Tätigkeiten des Experten, des Interessenvertreters, des Förderers und des Entwicklers, allerdings unter der Perspektive und den Handlungsmöglichkeiten eines Fachverbandes.

Die Zusammenarbeit im Verbundsystem ist sinnvoll

Im Verbundsystem ist im Interesse der Effizienz und Effektivität sowie der Nachhaltigkeit von Maßnahmen eine Aufgabenverteilung sinnvoll. So ist z.B. zu prüfen, welchen Part ein Fachverband in der direkten und intensiven Beratung und Betreuung von Sportvereinen, die mit kommunalen Partnern kooperieren, übernehmen kann, da ihm in der Regel die differenzierte Kenntnis der kommunalen Bedingungen und der förderlichen lokalen Netzwerke fehlt.

Schwerpunkte der Verbandsarbeit liegen sicherlich in der Kommunikation und Verbreitung von ‚Models of good practice‘ in die Vereinslandschaft, der Integration des Setting-Ansatzes zur Gesundheitsförderung in die verbandliche Regelarbeit, der Organisation und Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen. Eine Schlüsselstellung können Fachverbände einnehmen, wenn sie ein verbandliches Netzwerk interessierter Vereine aufbauen und aktiv betreuen.

6.2.3 Sportvereine

Auch für die im Sportverein tätigen Mitarbeiter ist die Übersicht von Grossmann und Scala (2006) geeignet, um ihre Position in einer Kooperation oder in einem Netzwerk sowie die dafür notwendigen Kompetenzen zu konkretisieren (Abb. 5).

Die Qualität der Zusammenarbeit im gemeinwohlorientierten Sport ist die Basis Erfolg

Selbstverständlich sind die Inhalte der Funktion des Experten, des Interessenvertreters, des Förderers und des Entwicklers für den Mitarbeiter eines Sportvereins nicht mit denen der kommunalen Dachorganisation oder des Fachverbandes identisch. Sie sind aber direkt aufeinander bezogen. Zum einen weil der Sportverein von den Erfahrungen und der Betreuung durch den Fachverband, den Stadt-/Kreissportbund oder den Stadt-/Gemeindesportverband profitieren kann, wenn er darauf zurückgreift, und zum anderen weil dessen Rückmeldungen zur kontinuierlichen Verbesserung der Umsetzungsmodelle des gemeinwohlorientierten Sports notwendig sind.

Zudem stärkt die enge Zusammenarbeit der Dachorganisation mit dem Sportverein dessen Position in der Netzwerkarbeit mit Partnern anderer fachlicher Professionen. Die Qualität der Zusammenarbeit im gemeinwohlorientierten Sport muss deshalb als eine Kernaufgabe in der Umsetzung des Lebenswelt-Ansatzes der Gesundheitsförderung durch den Verein angesehen werden.



Funktionen	Tätigkeiten	Qualifikationen
Experte (Expert)	Erhebungen- und Befragungen zur Bedarfsermittlung, Nutzung der zielgruppenspezifischen Analysen und Planungen des Stadt-/Kreissportbundes bzw. des Stadt-/Gemeindesportverbandes; Einbindung in die regionalen/kommunalen Strategien und Konzepte des Stadt-/Kreissportbundes bzw. des Stadt-/Gemeindesportverbandes	Kenntnisse zum Zusammenhang von Bewegung, Sport und Gesundheit und in angrenzenden Feldern (z.B. Ernährung)
Interessenvertreter (Advocate)	Öffentlichkeitsarbeit und Aktionen; Interessenvertretung und Überzeugung von Entscheidungsträgern und Akteuren in der Einrichtung; Fachberatung von Akteuren in der Einrichtung	Social Marketing; Einblick in die Gesundheitskonzepte von Bildungsträgern und Sozial- und Gesundheitseinrichtungen
Förderer (Enabler)	Planung, Organisation und Durchführung von Maßnahmen und Aktionen; Gesundheitsberatung für unterschiedliche Personengruppen in der Einrichtung; Beteiligung der Zielgruppen an Aktionen, Projekten und der Kooperationsentwicklung; Qualitätssicherung und -entwicklung	Kompetenzen in Beteiligungsformen; Kompetenzen in der partizipativen Qualitätsentwicklung
Entwickler (Change facilitator)	Pflege intersektoraler Kooperationen; interdisziplinäre Zusammenarbeit; Netzwerkmitarbeit; Schaffen von Infrastrukturen; Kontinuierliche Auswertung und Verbesserung	Kompetenzen in der Netzwerkarbeit; Kompetenzen zur Konzeptentwicklung und praxisorientierte Evaluation

Abb. 5: Funktionen, Tätigkeiten und Qualifikationen eines Sportverein in der Umsetzung des Lebenswelt-Ansatzes der Gesundheitsförderung in Anlehnung an die Übersicht von Grossmann und Scala (2006) (Landessportbund Nordrhein-Westfalen)

6.3 Das Grundmodell der Qualitätsentwicklung und Evaluation

Projekte und Programme in der Gesundheitsförderung sind ohne Qualitätssicherung und Evaluation heutzutage nicht mehr denkbar. Ausgangspunkt für wissenschaftliche und praxisnahe Strategien ist das Verständnis von Qualität. Das *Institute of Medicine* bezeichnet 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 Sachverständigenrat 2001, 57).

Qualität stellt sich nicht automatisch ein, sondern muss strukturell in allen Phasen einer Intervention verankert werden. Maßnahmen sind anhand messbar definierter Ziele zu planen und umzusetzen, d.h. Qualität kann prinzipiell gemessen werden. Sie ist zudem immer mit einem Denken in Regelkreisen verbunden, da ihre Entwicklung und Sicherung ein kontinuierlicher Prozess ist und als solcher angelegt werden muss.

Das Ergebnis hängt von der Planungs-, Konzept-, Struktur- und Prozessqualität ab

Grundlagen für die *Planungs- und Konzeptqualität* sind die Erhebung des sachlichen Bedarfs und der Bedürfnisse der Zielgruppe, die Nutzung bereits vorhandener wissenschaftlicher Theorien und Forschungsergebnisse sowie die Berücksichtigung des Kontextes der Intervention und die daraus resultierende Zielformulierung.

Die *Strukturqualität* bezieht sich auf die Rahmenbedingungen der Intervention, d.h. die Ausstattung und die für zur Verfügung stehenden und benötigten Ressourcen.

Die *Prozessqualität* bezieht sich auf die Umsetzung der Intervention.

Die *Ergebnisqualität* fokussiert auf die Frage, ob mit der Intervention das erreicht wurde, was angestrebt war. Zum einen werden die ermittelten Effekte der Intervention anhand der geplanten Zielsetzungen und zum anderen das Verhältnis von Kosten und Nutzen betrachtet und bewertet. Und nicht zuletzt sollen die Bedingungen für eine nachhaltige Fortschreibung erfasst und geschaffen werden.

Planungshilfen für die Praxis liegen vor

Vom *Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (liga.nrw)* ist eine „Planungshilfe zur qualitätsgesicherten Umsetzung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen“ (2010) veröffentlicht worden. Die Planungshilfe ist auf andere Handlungsfelder der Gesundheitsförderung und Prävention übertragbar und deshalb für die operative Ebene überaus wertvoll.

Die Autorinnen entwickelten die Planungshilfe auf der Basis der wissenschaftlich gesicherter Verfahren und Modelle zur Qualitätssicherung und -entwicklung⁷. Sie erstellten Checklisten für die Planung, die Konzeptentwicklung, die Umsetzungsstruktur sowie die Dokumentation und zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Maßnahmen. Die Qualitätsanforderungen wurden am *GKV-Leitfaden Prävention* zur Umsetzung des § 20 und 20a SGB V ausrichten.

Der Public Health Action Cycle ist der Motor der Qualitätsentwicklung

Dass die Qualität von Interventionen in der Gesundheitsförderung einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess unterworfen ist, wird im *Public Health Action Cycle* (Abb. 6) deutlich. Er beschreibt einen idealtypischen Zyklus von vier Handlungsphasen – Problemdefinition, Strategieformulierung, Implementation/Umsetzung und Evaluation/Bewertung. Die Phasen müssen eventuell auch wiederholt nacheinander durchlaufen werden, wenn die größtmögliche Wirksamkeit bei angemessenem Aufwand erreicht werden soll. In der Realität lassen sich die Handlungsphasen allerdings nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen und überlagern sich nicht selten in der zeitlichen Abfolge. Den Handlungsphasen sind die vier Qualitätsdimensionen der Planungs-/Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zugeordnet.

⁷ z.B. QIP, Quintessenz und EQHIP sowie den Vorarbeiten der Präventions-AG der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter.



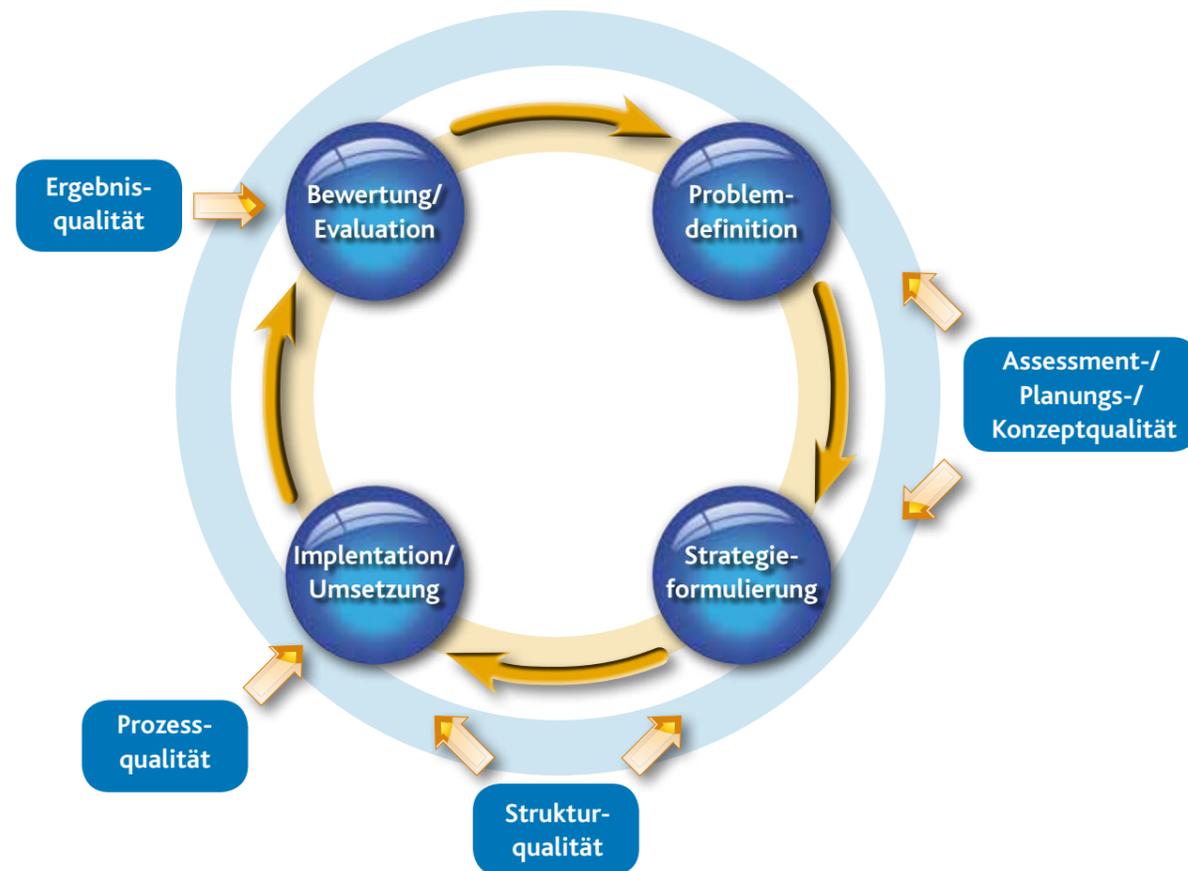


Abb. 6: Grundmodell des Public Health Action Cycles (PHAC). Die vier Qualitätsdimensionen Assessment-/Planungs-/Konzeptqualität, Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität gemäß ihrer Funktionen den Phasen des PHAC zugeordnet (Ruckstuhl et al. 1997).

Für den gemeinwohlorientierten Sport ist der *Public Health Action Cycle* das Grundmodell für die Umsetzung des Lebenswelt-Ansatzes in der Gesundheitsförderung. Grundsätzlich sind Stadt-/Kreissportbünde, Stadt-/Gemeindefortsverbände oder Sportvereine externe Akteure und Kooperationspartner von Einrichtungen. Sie übernehmen nicht Kernaufgaben, die in den Auftrag und die

Zuständigkeit der Einrichtung fallen. Unter Berücksichtigung dieses Sachverhalts gibt es Qualitätskriterien, an denen die kommunalen Sportstrukturen ihre Aufgaben in der Planung, Organisation, Umsetzung und Auswertung sowohl von Gesundheitsangeboten als auch von Kooperationen ausrichten sollten:

Qualitätsstandards und die Auswertung der Ergebnisse aller Art sind die Voraussetzungen, um aus den Erfahrungen im Einzelfall übertragbare und verallgemeinerbare Schlüsse ziehen zu können.

Leitfragen für die Qualitätsentwicklung im gemeinwohlorientierten Sport

Festlegung des Interventionsbereichs (analog zu Problemdefinition des PHAC-Zyklus)

- Welchen Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen ergibt die Auswertung aller über die Einrichtung verfügbaren Daten- und Informationsquellen?
- Welche Bedürfnisse und Erwartungen formulieren die Personengruppen, die die Einrichtung nutzen und aufsuchen?
- Wie ist die Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsverhalten der Personengruppen und den in der Einrichtung vorzufindenden Rahmenbedingungen beschaffen?
- Stützt sich die geplante Intervention auf vorhandene Theorien und Forschungsergebnisse?
- Verfügt die Einrichtung über ein Gesundheitskonzept? Wenn ja, wie sieht es aus?
- Welche Erfahrungen mit gesundheitsfördernden Interventionen liegen in der Einrichtung bereits vor?
- Sind die notwendigen und sinnvollen Vereinbarungen für die Kooperation zwischen der Einrichtung und den beteiligten Sportstrukturen getroffen worden?

Kooperationsausstattung und Verfahrensweisen (analog zu Strategieformulierung des PHAC-Zyklus)

- Stehen die notwendigen Ressourcen in angemessener Höhe zur Verfügung?
- Werden die Zielgruppen und Akteure in der Einrichtung von Anfang an beteiligt?
- Werden sie an der Formulierung der Ziele beteiligt?
- Werden sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Ziele festgelegt?
- Werden individuelle Gesundheitspotenziale weiterentwickelt und Belastungen abgebaut?
- Welche Ziele definieren die Einrichtung und die Sportorganisation für den Beitrag des Sports?

- Sind die Maßnahmen und Strukturen für die Zielerreichung angemessen?

- Sind die Aufgaben und die Verantwortlichkeiten zwischen den Partnern eindeutig zugeordnet?

- Wie und was wird evaluiert? Welche Qualitätskriterien werden für die Umsetzung vereinbart?

Umsetzung (analog zu Umsetzung des PHAC-Zyklus)

- Werden die Ressourcen und Infrastrukturen aller beteiligten Akteure sinnvoll aufeinander abgestimmt?
- Wird die Kooperation nach Plan umgesetzt?
- Wie ist die Qualität der Zusammenarbeit und der Kommunikation unter den beteiligten Akteuren gesichert?
- Welche Hindernisse lassen sich identifizieren?
- Welche förderlichen Bedingungen lassen sich identifizieren?

Bewertung (analog zu Evaluation des PHAC-Zyklus)

- Werden mit der Intervention und in der Kooperation die gesteckten Ziele erreicht?
- In welchen Bereichen der Kooperation werden die angestrebten Ziele nicht erreicht?
- Welche angestrebten gesundheitlichen und nicht angestrebten Wirkungen lassen sich während der Durchführung und nach Abschluss der Intervention feststellen?
- Welche Schritte zur Verbesserung der Intervention und in der Kooperation sind sinnvoll und angemessen?
- Wie wird die Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit und der Erfolge gesichert?
- Wie wird ein kontinuierlicher Entwicklungsprozess gestaltet?

7 Konzepte zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätte, Schule, Kommune, Betrieb und Sportverein



Wenn in der Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik zurzeit vom Lebenswelt-Ansatz gesprochen wird, sind damit die organisierten Einrichtungen Kindertagesstätte, Familienzentrum, Schule, Betrieb, Seniorenstätte, Kommune und Familie gemeint (vgl. 5.2).

Für diese Lebenswelten gibt es mehr oder minder ausdifferenzierte und erprobte Konzepte zur Gesundheitsförderung. Wenn der gemeinwohlorientierte Sport als Partner dieser Einrichtungen und Mitgestalter von Maßnahmen und Programmen zur Gesundheitsförderung aktiv werden will, muss er sich mit diesen Konzepten auseinandersetzen und seinen Beitrag so ausrichten, dass er sich in die Voraussetzungen, Zielsetzungen und Planungen der jeweiligen Einrichtung einfügt. In den folgenden Passagen werden die Grundzüge bereits entwickelter Konzepte vorgestellt. Sie verbinden individuelle Gesundheitsförderung mit Organisations- und Strukturentwicklung sowie Netzwerkbildung.

Ein Ansatz, den Sportverein selbst als Lebenswelt zu betrachten und entsprechende Impulse in das Vereinsleben zu tragen, ist in Nordrhein-Westfalen entwickelt worden. Er bestätigt, dass Gesundheit auch als Leitidee der Vereinsorganisation tragfähig ist und für die Vereinsentwicklung bislang nicht erschlossene Potenziale mit sich bringt. Die Konzeption wird abschließend (vgl. 7.6) vorgestellt.

7.1 Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte

„Gesundheitsförderung setzt an allen Lebens- und Arbeitsbedingungen in der KITA an, will die Rahmenbedingungen der Einrichtung beeinflussen und allen Menschen, die sich in der KITA regelmäßig aufhalten (d.h. Kinder, Beschäftigte, Eltern) gesundheitsförderliches Verhalten und Wissen vermitteln“ (Altgeld, Richter-Kornweitz 2010, 10).

Grundsätzlich steht Gesundheitsförderung nicht isoliert neben dem Erziehungs- und Bildungsauftrag der Einrichtung, sondern soll in diesen integriert werden. Dabei wird Gesundheit als eine Bildungsressource für alle Personengruppen, insbesondere natürlich für Kinder, verstanden. Zu den Zielen im Setting Kindertagesstätte gehört es, „... das Lebens- und Arbeitsumfeld in der Kindertagesstätte gesundheitsförderlich zu gestalten, die Gesundheitsressourcen von Beschäftigten, Kindern und Eltern zu stärken, die Gesundheitskompetenzen aller Beteiligten zu stärken, allen Beteiligten ein positives Konzept von Gesundheit zu vermitteln“ (ebd. 12).

Eine umfassende Strategie zur Gesundheitsförderung setzt also an vier Handlungsfeldern (Abb. 7) an. Neben den sozialen Akteuren Kinder, Familie und Beschäftigte gilt die Aufmerksamkeit auch der ‚Inneren Umwelt‘ der Kindertagesstätte, d.h. der baulichen Beschaffenheit und stadtplanerischen Einbindung der Einrichtung und deren Wirkungen auf das Wohlbefinden, den gesundheitlichen Status, die Zufriedenheit der Menschen und das Lern- und Arbeitsklima in der Einrichtung.



Abb. 7: Handlungsfelder der Entwicklung zur gesundheitsfördernden Kindertagesstätte nach Altgeld und Richter-Kornweitz (2010, 13)

In Nordrhein-Westfalen sind Kindertagesstätten in eine umfassende familienpolitische Strategie eingebunden worden. Die Kindertagesstätten sollen sich zu „Familienzentren“, zu „Orte(n) für Kinder und Familien“ (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen 2010b, 8) weiterentwickeln und „als zentrale Anlaufstellen“ fungieren, „in denen Familien nicht nur Betreuung für die Kinder finden, sondern auch Bildung, Beratung und vielfältige Unterstützung“ (ebd. 2010b, 4). Für Kooperationen des gemeinwohlorientierten Sports mit Familienzentren liegen zum aktuellen Zeitpunkt nur vereinzelte Erfahrungswerte vor.

Mit dem politischen Konzept der Familienzentren erhalten die Ideen und Strategien der gesundheitsfördernden Kindertagesstätte zusätzliches Gewicht. Als Anlaufstellen sollen die Zentren Angebote der Kinderbetreuung und -bildung, der Tagespflege, der Familienberatung und der Familienbildung von Familienverbänden und Selbsthilfeorganisationen bündeln und miteinander vernetzen. Familien sollen so optimaler unterstützt und ihre gesellschaftliche Teilhabe gefördert werden. Konsequenterweise sollen die Konzepte und Strategien an den Bedingungen und Erfordernissen des jeweiligen Sozialraums ausgerichtet werden. Sie sollen die kommunale Infrastruktur für Familien bereichern und zu einem familien- und kinderfreundlichen Klima vor Ort beitragen (vgl. Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen 2010b, 4).

Leitideen sind neben der Stärkung der Beratungs- und Bildungsarbeit für Familien auch die Vernetzung der kommunalen/regionalen Akteure, um Familien bedarfs- und bedürfnisgerechte Leistungen anbieten zu können. Zu diesen Akteuren gehört auch der gemeinwohlorientierte Sport. Zudem ist der Ansatz der Guten gesunden Kindertagesstätte eine geeignete Folie für den gemeinwohlorientierten Sport, um seine Ansätze mit denen der Kindertagesstätte abzugleichen und eine gemeinsame Strategie zu entwerfen und umzusetzen.

Die Einrichtung eines Anerkannten Bewegungskindergartens ist ein Kooperationsziel

Die Sportjugend im Landessportbund Nordrhein-Westfalen setzt in der Konzeption des *Anerkannten Bewegungskindergartens des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen* wesentliche Aspekte des Lebenswelt-Ansatzes der Gesundheitsförderung und der *Guten gesunden Kindertagesstätte* um. Eine Leitidee für die Weiterentwicklung der Kooperation könnte lauten:

„Der gemeinwohlorientierte Sport bindet seine Konzepte und Programme und seine Infrastruktur in interdisziplinäre und übergreifende Konzepte zur Gesundheitsförderung in der Kindertagesstätte ein und entwickelt sie im Dialog mit Kindern, Eltern und Personal weiter. Primäre Akteure sind hierbei Sportvereine. Ziel ist es, Bewegung und Spiel als Gesundheitsressource für Kinder, Eltern und Personal der Einrichtung in den Alltag zu integrieren und dafür geeignete Bedingungen in der Einrichtung und in deren Umfeld zu schaffen. Zur Förderung der Nachhaltigkeit knüpfen Sportvereine ein Netzwerk zwischen der Einrichtung, dem Elternhaus, dem Wohnumfeld und der Sportstruktur“.

Vergleichbares gilt für die Zusammenarbeit mit Familienzentren. Grundlagen für die Zusammenarbeit der Sportorganisationen mit Kindertagesstätten und Familienzentren sind der *Public Health Action Cycle* (vgl. 6.3) und die mit ihm verbundenen konkreten Leitfragen. Auf operativer Ebene können die Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports mehrere Rollen und Funktionen (vgl. 6.2.) übernehmen.

Eine gesundheitsfördernde Kindertagesstätte hat nachhaltige Wirkungen auf das gesundheitsbewusste Verhalten bereits im Kindesalter.

7.2 Gute gesunde Schule und Ganztag

In Nordrhein-Westfalen ist das Konzept der *Guten gesunden Schule* Bestandteil des Landesprogramms Bildung und Gesundheit⁸. Grundlegend für die Zielsetzungen und die Strategien ist das Verständnis, das in unserer heutigen Zeit Bildung und Gesundheit in einer spezifischen Wechselbeziehung zueinander stehen: „Gesundheit ist Voraussetzung und Ergebnis eines gelingenden Bildungsprozesses“ (Konzept des Landesprogramms Bildung und Gesundheit, 5)

Die Komplexität des Ansatzes wird in der Charakterisierung einer *Guten gesunden Schule* deutlich: „Eine gute gesunde Schule versteht sich über ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag, setzt ihn erfolgreich um und leistet damit einen Beitrag zur Bildung für nachhaltige Entwicklung. Sie weist gute Qualitäten in ihren pädagogischen Wirkungen und ihrem Bildungs- und Erziehungserfolg, der Qualität von Schule und Unterricht sowie der Gesundheitsbildung und -erziehung von Schülerinnen und Schülern aus. Sie sorgt für die stetige und nachhaltige Verbesserung dieser Bereiche durch konsequente Anwendung von Erkenntnissen der Gesundheits- und Bildungswissenschaften“ (Brägger und Posse 2007).

Auf allen Ebenen und in allen Prozessen der Bildungseinrichtung Schule sollen Gesundheit, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention integriert werden. Alle am Schulalltag beteiligten Personengruppen sollen gemeinsam die Schulkultur, das Schulklima, die Führung der Bildungseinrichtung und die Strukturen und Prozessen so gestalten, dass sie ihre Gesundheit und Sicherheit ebenso fördern wie die Effizienz der Schule als Bildungs- und Erziehungseinrichtung.

⁸ Die Träger des Landesprogramms Bildung und Gesundheit sind das Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, BKK Landesverband Nordwest, BARMER GEK, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Nordwest.

Vor diesem Hintergrund hat sich das Landesprogramm Bildung und Gesundheit folgende Ziele gesetzt:

- „Verbesserung der Bildungsqualität der Einrichtungen;
- Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Personen in den Einrichtungen;
- Förderung des Gesundheitsverhaltens und -erlebens sowie der Gesundheitseinstellungen und des Gesundheitsbewusstseins der Personen insbesondere in den gesundheitlichen Problembereichen Bewegung, psychische und soziale Gesundheit, Ernährung und Sicherheit“ (Konzept des Landesprogramms Bildung und Gesundheit, 5).

Die *Gute gesunde Schule* versteht sich als nach außen offene Einrichtungen und nutzt die zu ihrem Programm passenden Leistungen anderer Akteure in ihrem kommunalen Umfeld. Dazu zählen auch die kommunalen Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports. Dessen Handlungsraum in der Schule ist neben dem außerunterrichtlichen Schulsport vor allem der Ganztag, der sich wiederum an den Grundorientierungen der jeweiligen Schule ausrichtet. In den Konzepten des gemeinwohlorientierten Sports für die Bewegungs-, Spiel- und Sportangebote im *Ganztag* ist Gesundheitsförderung als ein pädagogisches Handlungsfeld verankert und zudem als Angebotsbereich aufgeführt.

Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit wird in keiner Lebenswelt des Alltags so deutlich wie in der Schule.

Gesundheitsförderung im Kontext von Schule muss alle Personengruppen im Blick haben

Es ist zu prüfen, ob ein intensiveres Engagement der Sportvereine im Segment der Gesundheitsförderung im Ganztag im Sinne des Ansatzes der *Guten gesunden Schule* möglich ist. Angebote zur Gesundheitsförderung für Kinder konzentrieren sich auf die Zielgruppen in der Schülerschaft. Weitere Personengruppen, die im oder um den Ganztag herum aktiv sind wie z.B. das Betreuungspersonal, das Verwaltungspersonal oder das Versorgungspersonal werden nicht angesprochen. Die *Gute gesunde Schule* ist aber auch eine Arbeitswelt mit spezifischen beruflichen Belastungen und Herausforderungen für die Beschäftigten. Ihr Gesundheitsstatus hat direkte Auswirkungen auf die Qualität ihrer Berufsausübung. Demzufolge sind auch für die Beschäftigten am Bedarf und den Bedürfnissen ausgerichtete gesundheitsorientierte Angebote des gemeinwohlorientierten Sports wertvoll.

Eine umfassende Leitidee für die Mitarbeit des gemeinwohlorientierten Sports in der schulischen Gesundheitsförderung sollte diese Wechselwirkungen aufgreifen:

Der gemeinwohlorientierte Sport bindet seine Konzepte und Programme und seine Infrastruktur in Konzepte zur Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport im *Ganztag* ein und entwickelt sie im Dialog mit Schülerinnen und Schülern, Beschäftigten und Eltern weiter. Darüber hinaus werden Impulse aus dem *Ganztag* oder Anregungen von Beschäftigten und Eltern bezüglich der Gesundheitsförderung weiterer Personengruppen aufgegriffen. Ziel ist es, Bewegung, Spiel und Sport als Gesundheitsressource für Kinder, Beschäftigte und Eltern in den Kontext des *Ganztags* zu integrieren und die Entwicklung geeigneter Bedingungen im *Ganztag* und in dessen Umfeld zu unterstützen. Primäre Akteure sind hierbei Sportvereine. Zur Förderung der Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen knüpfen Sportvereine ein Netzwerk zwischen Schule, *Ganztag*, Elternhaus, Wohnumfeld und Sportstruktur.

Die Umsetzung dieses lebensweltorientierten Ansatzes erfolgt in Abstimmung mit dem *Landesprogramm Bildung und Gesundheit*.

7.3 Gesundheitsförderung in den Lebenswelten von älteren Menschen

Mit den demografischen Entwicklungen hat sich auch der Blick auf das Alter, Altern und ältere Menschen verändert. Die Lebensspanne hat sich heute auf mehrere Jahrzehnte verlängert und umfasst Gruppen mit sehr unterschiedlichen Lebensentwürfen und Lebenserwartungen: „Junge Alte wie alte Alte, aktive wie zurückgezogen lebende Alte, gesunde ebenso wie kranke und pflegebedürftige Alte, sozial integrierte wie isolierte Alte, wohlhabende und reiche ebenso wie ökonomisch benachteiligte und arme Alte, selbständige wie auf Hilfe angewiesene Alte“ (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen 2010a, 19).



Die Gruppen älterer Menschen verfügen nicht nur über verschiedene Aktivitäts- und Entfaltungsformen, sondern auch über Unterschiede im Selbsthilfepotenzial, den sozialen Netzwerken und der selbständigen Lebensführung (vgl. Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen 2010a, 20). Das Wohnumfeld und der persönliche Einzugsbereich im Stadtteil (Quartier) spielen dabei eine große Rolle. In welchem Ausmaß hier der Lebensmittelpunkt liegt und bleiben wird, ist für die unterschiedlichen Gruppen älterer Menschen jeweils speziell zu betrachten. Zumindest für diejenigen mit geringer werdender Mobilität und stärker belastetem Gesundheitsstatus ist diese Annahme plausibel. Das wird durch Studien belegt.



Das Wohnumfeld älterer Menschen und der unmittelbare Einzugsbereich im Stadtteil sind zentrale Aktionsräume für Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007, 64). Aktuell liegen die größten Defizite „in der mangelnden Kooperation der verschiedenen Anbieter und in der Kommunikation der Angebote zu den verschiedenen Zielgruppen“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007, 63). Nach Einschätzung des Ministeriums für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen sind die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf lokaler Ebene breit gestreut und es fehlt häufig an einer systematischen Bündelung (vgl. 2010a, 63). Es ist notwendig, die unterschiedlichen, für die Gesundheitsförderung älterer Menschen entscheidenden Akteure und Angebote in der Kommune miteinander zu vernetzen. Ziel ist es, die jeweils eigenen Kernkompetenzen und Infrastrukturen in interdisziplinären und ressortübergreifenden Konzepten, die auf die Quartiere und Begegnungsstätten von Senioren ausgerichtet sind, zusammenzuführen.

Besonderer Handlungsbedarf besteht für ältere Menschen in sozial problematischen Lebenslagen, aus unteren sozialen Schichten, mit geringen Bildungsinteressen, für Migranten höherer Altersgruppen sowie ältere Männer. Sie haben die niedrigste Nutzungsquote von Gesundheitsangeboten. Es müssen Wege gefunden werden, um ihre Zugangswege vor Ort für eine direkte und gezielte Ansprache zu identifizieren und zu nutzen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007, 64).

Sportvereine sind heute schon der wichtigste kommunale Akteur für Bewegungsförderung älter werdender Menschen in NRW

Unter den kommunalen Akteuren spielt der gemeinwohlorientierte Sport eine zentrale Rolle. Sport und Bewegungsförderung für ältere Menschen werden von 70 % aller Städte und Gemeinden als ‚sehr wichtig‘ oder ‚wichtig‘ eingestuft. Diese Einschätzung liegt deutlich über der Bedeutung, die von gleicher Stelle dem Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention i.e. Sinne zugemessen wird. Der wichtigste Akteur und Anbieter vor Ort sind Sportvereine, es folgen Volkshochschulen, Verbände freier Wohlfahrtspflege, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen und Seniorengruppen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007, 40 ff.).

Neben der bestehenden Nachfrage nach altersgerechten Möglichkeiten zur körperlichen Aktivierung und Bewegungsförderung zur Prävention chronischer Beschwerden sowie als Bestandteil persönlicher Lebensqualität und sozialer Teilhabe bieten die Bevölkerungsvorausberechnungen des Bundes und der Länder eine hinreichend zuverlässige Planungsgrundlage, um sich auch im gemeinwohlorientierten Sport auf die zu erwartende Bedarfslage in den kommenden Jahren vorzubereiten. Es spricht alles dafür, dass nicht nur die Anzahl der Bewegungs-, Spiel- und Sportangebote für die heterogenen speziellen Bedürfnisse und Wünsche der überaus heterogenen Gruppe älterer Menschen ausgebaut, sondern auch die Erreichbarkeit im Lebensumfeld erleichtert werden muss. Die Bewältigung dieser Aufgabe erfordert die Vernetzung der Infrastrukturen, Ressourcen und Kompetenzen der unterschiedlichen Akteure vor Ort.

Deshalb lautet die Leitidee für eine zukunftsorientierte Mitgestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten von älter werdenden Menschen:

Der gemeinwohlorientierte Sport bindet seine Konzepte und Programme für älter werdende Menschen und seine Infrastruktur in interdisziplinäre und übergreifende Konzepte zur Gesundheitsförderung ein und entwickelt sie im Dialog mit den Menschen weiter. Unter dieser Zielsetzung kooperieren Sportvereine mit Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen in den Wohn- und Lebenswelten älter werdender Menschen und bringen ihre Kompetenzen ein, um Bewegung als Gesundheitsressource in deren Alltag zu verankern. Sie arbeiten in kommunalen Netzwerken zur Gesundheitsförderung für älter werdende Menschen mit, um deren soziale Teilhabe zu fördern und sie bei der selbständigen Lebensgestaltung in ihrem Wohnumfeld zu unterstützen.

Grundlagen für die Zusammenarbeit der Sportorganisationen mit Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen von Senioren bzw. älter werdenden Menschen sind der *Public Health Action Cycle* (vgl. 6.3) und die mit ihm verbundenen konkreten Leitfragen. Auf operativer Ebene können die Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports mehrere Rollen und Funktionen (vgl. 6.2.) übernehmen.

Auch die „Investition in die Gesundheit“ älterer Menschen ist eine Investition in die Zukunft der Gesellschaft und eine humane Verpflichtung.

7.4 Gesundheitsförderung in der Kommune

Beispielgebend für Ansätze zur Entwicklung gesundheitsfördernder Städte ist das *Gesunde Städte Netzwerk*. Dieses bündelt seine Philosophie in folgender programmatischer Aussage: für Städte und Kommunen besteht „die Herausforderung [...] darin, den Menschen ein Gefühl existentieller Sicherheit zu vermitteln. In Städten muss ein gesundheitlich, sozial, wirtschaftlich und ökologisch nachhaltiges Leben möglich sein, und Städte müssen elementare menschliche Bedürfnisse wie Gesundheit, Geborgenheit, Sicherung des Lebensunterhaltes und sozialen Zusammenhalt gewährleisten“ (Stender 2003, 1).

Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden ist „die Mutter aller Setting-Ansätze“ (Trojan 2007, 307) für die Lebenswelten, die in diesem Sozialraum angesiedelt sind, wie z.B. Kindertagesstätten, Familienzentren, Schulen, Betriebe sowie Vereine.

Allerdings ist das Verständnis von Gemeinde bzw. Kommune nicht eindeutig definiert. Zum einen kann damit der Sozialraum und die Ressource gemeint sein zum anderen der politische Raum.

Dem Verständnis von Gemeinde bzw. Kommune als *Sozialraum und Ressource* liegt das sozialökologische Modell von Gesundheit zugrunde, in dem Belastungen und Ressourcen die entscheidenden Variablen für den Gesundheitszustand der Menschen sind. Ziel ist es dann, die sozialen Ressourcen zu stärken, d.h. im Rahmen von Projekten die sozialen Netzwerke auszubauen und deren Strukturen zu unterstützen.

Gemeinde bzw. Kommune als *politischer Raum* rückt die Gebietskörperschaft in den Mittelpunkt der Veränderungsprozesse. Es geht vor allem um die Entwicklung einer „gesundheitsfördernden kommunalen Gesamtpolitik“ (*Healthy public policy*). Das Ziel sind Veränderungen in der kommunalen Politik und in kommunalen Institutionen, die nicht Projektcharakter haben und zeitlich begrenzt sind, sondern zu nachhaltigen Verbesserungen der Gesundheitschancen in einer Kommune oder in kleineren Untereinheiten führen sollen (vgl. Trojan 2007, 309).

Gesundheitsförderung soll zu einer Leitidee für kommunalpolitische

Entscheidung und Entwicklungsprogramme werden. Diese Herausforderung kann nur gemeinsam von Politik, Verwaltung, Institutionen, freien Trägern, Initiativen und Selbsthilfe miteinander koordiniert bewältigt werden. Ziel ist die Entwicklung einer vorsorgenden Gesundheitspolitik, die über das Gesundheitswesen hinaus auf Bildungs-, Arbeits-, Verkehrs-, Stadtentwicklungs- und Umweltpolitik Einfluss nimmt (vgl. Trojan 2007, 309).

Eine vorsorgende Gesundheitspolitik ist eine Gestaltungsaufgabe, die die jeweilige im Mittelpunkt des Interesses stehende Bevölkerungsgruppe in den Blick nimmt. Solche gesellschaftlichen Bevölkerungsgruppen sind z.B. Kinder, Jugendliche, Erwerbstätige, Familien, Ruheständler und Hochbetagte. Ihre Bedürfnisse, Bedarfslagen und Erwartungen, Aktionsräume und Betätigungsformen, Gesundheitsverständnisse und Gesundheitsverhalten unterscheiden sich stark voneinander. Daher ist es unumgänglich, eine lokale Gesundheitsberichterstattung durchzuführen, die möglichst „kleinräumig und zielgruppenorientiert [...] über Gesundheitsrisiken und die spezifischen Versorgungsstrukturen“ informiert, „um [...] die relevanten Settings und entsprechende Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007, 63 f.).

Eine Schlüsselfunktion in diesem Prozess nimmt die *Kommunale Gesundheitskonferenz* ein. Ihre Aufgabe ist es, die Kernkompetenzen und Ressourcen der unterschiedlichen Akteure des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektors sowie der kommunalen Verwaltung zusammenzuführen und zu vernetzen. In der Kommunalen Gesundheitskonferenz werden Handlungsschwerpunkte festgelegt und unter gemeinsam vereinbarte Zielsetzungen gestellt.



Der gemeinwohlorientierte Sport muss sich kommunalpolitisch ausrichten

Im Jahr 2010 arbeiten mehr als die Hälfte der Stadt-/ Kreissportbünde in Nordrhein-Westfalen in *Kommunalen Gesundheitskonferenzen* mit, wobei der Status zwischen fester Mitgliedschaft und optionaler Einbindung liegt. Die Erfahrung zeigt, dass Bewegung und Sport unter den Handlungsfeldern, auf die sich die Akteure in der Gesundheitskonferenz verständigen, keineswegs im Vordergrund stehen. Epidemiologische Daten zum Bewegungsverhalten von Bürgern gehören auch nicht zum Standard der Gesundheitsberichterstattung. Damit stellt sich für Stadt-/Kreissportbünde bzw. Stadt-/Gemeindesportverbände die Aufgabe, die kommunale Datenbasis um den Aspekt Bewegungsverhalten und Gesundheit zu ergänzen und den gemeinwohlorientierten Sport fachlich und politisch aktiv in Prozessen der Entscheidungsfindung zu vertreten.

Ein Handlungsschwerpunkt der kommunalen Sportorganisationen ist die Netzwerkarbeit. Sie ist notwendig, um z.B. für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen auf breiter Basis die politischen und operativen Bedingungen für eine gesunde Entwicklung und optimale Bildungs- und Lebenschancen zu schaffen. Dazu sind eine vertraglich abgesicherte Kooperation der kommunalen Verwaltung mit dem gemeinwohlorientierten Sport, die Definition von Zielen und eine gemeinsame Planung notwendig. Es sollen Steuerungsgremien sowohl auf außersportlicher Ebene sowie in den Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports selbst etabliert und mit von allen Beteiligten vereinbarten Arbeitsaufträgen ausgestattet werden.

Selbstverständlich können auch die Bedürfnisse und die Bedingungen der Lebenswelten anderer Alters- und Bevölkerungsgruppen, z.B. Berufstätiger oder die sehr heterogene Gruppe der älter werdenden Menschen, behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen oder Menschen in sozial prekären Lebenslagen, in den Mittelpunkt der kommunalen Gesundheitsförderung gestellt werden. Die dazu notwendigen Zieldefinitionen, Strukturen auf operativer Ebene und Kooperationspartner sind im Einzelfall zu präzisieren.

Auch für die Einbindung des gemeinwohlorientierten Sports vor Ort in eine kommunale Gesamtpolitik zur Gesundheitsförderung kann eine Leitidee formuliert werden:



Der gemeinwohlorientierte Sport übernimmt die Rolle des Interessenvertreters und Bewegungsanwalts für alle Bevölkerungsgruppen in der Gemeinde, dem Quartier oder der Kommune und positioniert den gemeinwohlorientierten Sport als gesundheitsfördernden Akteur in der Kommunalpolitik. Er sucht den direkten Dialog mit den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, um sie mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Erwartungen an den Prozessen zu beteiligen.

Ziel ist es, die politischen und strukturellen Bedingungen in der Kommune so zu gestalten, dass Bewegung, Spiel und Sport als Gesundheitsressource von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aller Altersgruppen und Bedürfnislagen in deren Alltag integriert werden kann und die Sportvereine als erste Adresse von ihnen wahrgenommen und aufgesucht werden. Zur Förderung der Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen beteiligen sich Sportvereine an Netzwerken zur Gesundheitsförderung.

Grundlagen für die Zusammenarbeit der Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports mit Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen sind der *Public Health Action Cycle* (vgl. 6.3) und die mit ihm verbundenen konkreten Leitfragen. Auf operativer Ebene können die Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports mehrere Rollen und Funktionen (vgl. 6.2.) übernehmen.

Die Mitarbeit in kommunalen Netzwerken ist die Voraussetzung, um Übergänge zwischen den Lebenswelten des Alltags gestalten zu können.

7.5 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Zielsetzungen, Strategien und Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind in der Luxemburger Deklaration (2010) niedergelegt. Dort heißt es in der einleitenden Passage: „Betriebliche Gesundheitsförderung [...] umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen“

(Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung 2010).

In Unternehmen jeder Größe und Branche von Produktion über Verwaltung bis Dienstleistung soll Gesundheitsförderung eine Leitidee der Betriebsführung und -organisation sein. Initiativen zur Gesundheitsförderung in Betrieben gelten dann als erfolgversprechend, wenn sie als Managementaufgabe gefasst werden und Maßnahmen der Organisationsentwicklung im Mittelpunkt stehen.

In allen organisierten Lebenswelten wie Kindertagesstätte, Schule, Seniorenstätte oder Betrieb ist die Gesundheit der Beschäftigten eine entscheidende Größe für ein erfolgreiches Handeln. Ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden, ihre Arbeitszufriedenheit und ihre Selbstwirksamkeit liegen nicht nur im Interesse des Arbeitnehmers sondern auch des Arbeitgebers und möglicher ‚Kunden‘ und sind eine Ressource für die Wettbewerbsfähigkeit und den Erfolg der Organisation. Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten gelten deshalb auch als Investitionen in die Zukunft der Organisation.

Gesundheitsförderung ist nicht mit Arbeits- und Gesundheitsschutz gleich zu setzen. Gesundheitsförderung zielt darauf, die Gesundheitskompetenzen der Beschäftigten zu entwickeln und ihre Gesundheitsressourcen sowie die der betrieblichen Organisation zu ermitteln und auszubauen, damit sie im betrieblichen Alltag wirksam werden. Solche Ressourcen können z.B. an der Unternehmenskultur, der betrieblichen Sozialstruktur, dem Betriebsklima oder der sozialen Unterstützung im Arbeitsprozess festgemacht werden. Diese Bereiche gewinnen immer mehr an Bedeutung, nicht zuletzt um

die Auswirkungen der Veränderungen in der modernen Arbeitswelt auffangen zu können. Die Verdichtung und Beschleunigung der Arbeitsprozesse, die steigenden Anforderungen an Flexibilität, Lernbereitschaft und soziale Kompetenzen erhöhen die psychosozial bedingten Belastungen enorm. Stressbedingte Erkrankungen, Depression und Burnout haben in den letzten Jahren drastisch zugenommen (vgl. BKK Gesundheitsreport 2008).

Ein weiteres Handlungsfeld in der Gesundheitsförderung in Betrieben ist die Verschiebung der Alterspyramide in den Belegschaften. Produktivität und Leistungsqualität können auf Dauer nur aufrechterhalten und marktorientiert weiterentwickelt werden, wenn auch ältere Mitarbeiter ihre Gesundheitskompetenzen und -ressourcen erhalten, altersgerecht ausbauen und ausschöpfen können. Dazu sind alterssensible Programme und Strategien notwendig, die mit einem betrieblichen Eingliederungsmanagement gekoppelt werden müssen.

Und nicht zuletzt: je mehr die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit verschwimmen – eine weitere Entwicklung in der Berufswelt – und neue Organisationsformen für die Erwerbstätigkeit Fuß fassen, desto wichtiger ist es, dass die Gesundheit der Beschäftigten nicht sektoral begrenzt wird. Sie hat ihre Ressourcen in allen Lebenszusammenhängen und wirkt sich auf diese aus. Dieses Erkenntnis kommt sinnfällig zum Ausdruck in der Aussage: Gesundheitsförderung darf nicht am Werktor enden.



Der Slogan „gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“ unterstreicht die Verantwortung der Sozialpartner für eine zukunftsorientierte betriebliche Gesundheitspolitik, die sowohl betriebliche Interessen als auch den Arbeitnehmer und die soziale Gemeinschaft im Blick hat.

Der gemeinwohlorientierte Sport ist ein Bindeglied zwischen Arbeitswelt und Freizeit

Es ist in den letzten Jahren deutlich geworden, dass die Wirksamkeit von Initiativen und Programmen zur Gesundheitsförderung wesentlich erhöht werden kann, wenn die Vernetzung mit Partnern vor Ort gezielt aufgebaut wird. Die in modernen Konzepten angestrebte Nachhaltigkeit lässt sich ohne die Einbindung in ein Netzwerk kompetenter Akteure und Partner nur in Ausnahmefällen und mit viel mehr Aufwand erreichen. Zu den kommunalen/regionalen Akteuren gehören die Sportvereine, die vor allem für Betriebe, die keine eigenen internen Strukturen für gesundheitsorientierte Bewegungsangebote haben oder einrichten wollen, ein interessanter Partner sind.

Die Leitidee für die Kooperation des gemeinwohlorientierten Sports mit Unternehmen, Verwaltungen oder Dienstleistern kann folgendermaßen präzisiert werden:

„Der gemeinwohlorientierte Sport wirkt als externer Partner von Betrieben an der Umsetzung eines betrieblichen Konzepts zur Gesundheitsförderung mit, bringt seine Infrastruktur ein und entwickelt sie weiter, um Beschäftigte aller Alters- und Berufsgruppen zu unterstützen, sich für mehr Gesundheit in ihrem beruflichen und außerberuflichen Alltag dauerhaft zu aktivieren und ihnen unter dieser Zielsetzung den Zugang zu Sportvereinen zu bahnen.“

Grundlagen für die Zusammenarbeit der Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports mit Betrieben sind der *Public Health Action Cycle* (vgl. 6.3) und die mit ihm verbundenen konkreten Leitfragen. Auf operativer Ebene können die Strukturen des gemeinwohlorientierten Sports mehrere Rollen und Funktionen (vgl. 6.2.) übernehmen.

7.6 Gesundheitsfördernder Sportverein

Auch Sportvereine sind Sozialstrukturen, die alle Kriterien einer organisierten Lebenswelt im Sinne der Weltgesundheitsorganisation erfüllen. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag zu Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation und sind die einzige flächendeckend präsente Sozialstruktur, die für alle Bevölkerungsgruppen offen und zugänglich ist und die Menschen in ihren alltäglichen Lebensbezügen erreichen kann. Darüber hinaus sind in Sportvereinen im Vergleich zu den anderen organisierten Lebenswelten Partizipation und Mitgestaltung, zusammengenommen ein Grundelement des Setting-Ansatzes (vgl. Abb. 2), nicht nur Zielbegriffe sondern konstitutive Elemente.

Im Fokus der Sportvereine steht der Mensch, für dessen Gesundheit und Wohlbefinden sie fachlich kompetent geleitete Angebote vorhalten. Dieses Verständnis von Gesundheitsförderung bestimmt das Vereinsleben und die Rolle des Vereins als zivilgesellschaftliche Kraft. Der Sportverein als Sozialstruktur im Sinne des Lebenswelt-Ansatzes ist bislang weder in der Gesundheitspolitik noch in der Vereinswelt selbst intensiv diskutiert worden. Zwangsläufig ist Gesundheitsförderung als Leitidee der Organisationsentwicklung im Verein fast Neuland.

Um sich mit dieser Leitidee auseinanderzusetzen, können sich Sportvereine zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht an ausgearbeiteten und evaluierten Konzepten und Praxismodellen orientieren. Erste Erfahrungen konnten in dem mit drei Vereinen durchgeführten Modellprojekt *Der Sportverein – ein gesundheitsfördernder Lebensort* des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen gesammelt werden. Sie bestätigen, dass der Lebenswelt-Ansatz eine Fülle von Denkfiguren und Ansätze für die Vereinsentwicklung beinhaltet und eine Zieldefinition anbietet, die breite Bevölkerungsgruppen heute und zukünftig anspricht und eine hohe Bindungsqualität aufweist. Ein Sportverein mit einem solchen Selbstverständnis ist zudem ein geschätzter Kooperationspartner z.B. für Kindertagesstätten, Familienzentren, Schulen, Betriebe, Seniorenstätten etc.

Das Konzept des gesundheitsfördernden Sportvereins lässt sich in viele Programme des gemeinwohlorientierten Sports einfügen oder mit ihnen kombinieren, in denen ein Schwerpunkt auch auf die Vereinsentwicklung gelegt wird. Beispiele dafür sind der *Anerkannte Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen* oder *Betriebe und Sportvereine – Partner in der Gesundheitsförderung*. Die Übertragung der Zielsetzungen und Verfahren des Lebenswelt-Ansatzes auf den

Sportverein (Abb. 8) kommt in der Leitidee zum Ausdruck, die für das Modellprojekt des Landessportbundes formuliert wurde:

Ein gesundheitsfördernder Sportverein setzt sich das Ziel, seine spezifischen gesundheitsfördernden Möglichkeiten auszuschöpfen und kontinuierlich zu optimieren, damit er für seine Mitglieder ein Ort ihrer Lebenswelt wird, an dem sie sich umfassend für ihre individuellen Gesundheitskompetenzen und Gesundheitsressourcen aktivieren und engagieren können. Er pflegt unter dieser Zielsetzung die Zusammenarbeit mit Partnern im Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor.

Grundlagen für den Sportverein, der sich auf diesen Weg begeben will, sind ebenfalls der *Public Health Action Cycle* (vgl. 6.3) und die mit ihm verbundenen konkreten Leitfragen. Dabei verfolgt der Sportverein das Ziel, die Gestaltungsbereitschaft und Selbstentfaltungskräfte aller Ziel- und Altersgruppen, z.B. von Kindern und Jugendlichen, zu fördern. Dafür ist auf operativer Ebene die Entwicklung einer Partizipationskultur und einer jugendspezifischen Anerkennungskultur ebenso notwendig wie die Öffnung des Spektrums der Angebote und Aktivitäten auch für solche der außersportlichen Betreuung und Bildung.

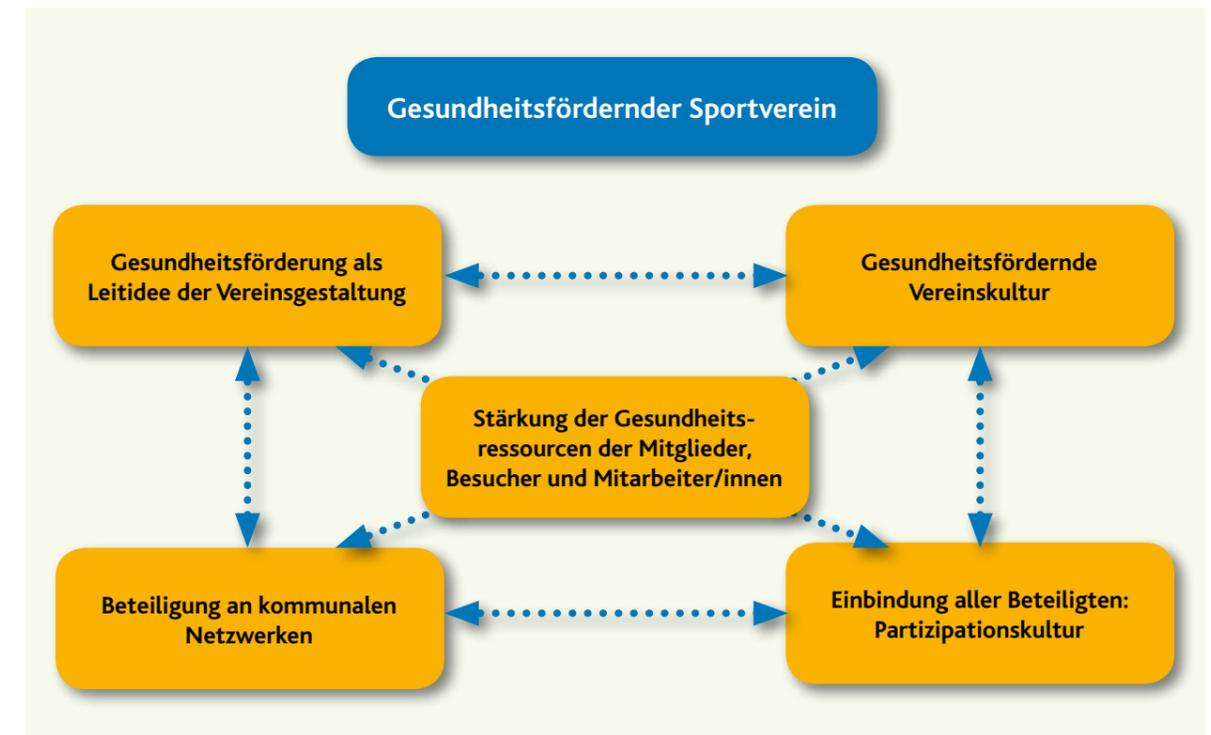


Abb. 8: Das Ziel und die Handlungsfelder im „Gesundheitsfördernden Sportverein“ (Landessportbund Nordrhein-Westfalen 2007b, 8)



8 Glossar

Akteur in der Gesundheitsförderung	Akteure sind Einzelpersonen oder Organisationen, die sich aktiv in der Gesundheitsförderung oder Prävention engagieren. Sie verfügen über spezifische fachliche Kompetenzen in einem oder mehreren Bereichen. Sie können politischer, wissenschaftlicher, wirtschaftlicher und praktischer Herkunft sein. Besonders zahlreich und vielfältig ist das Spektrum der Akteure in den Praxisfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention. Zu diesem Typ der Leistungserbringer zählen auch Sportvereine
Betriebliches Gesundheitsmanagement	Der Begriff des ‚Gesundheitsmanagements‘ rückt insbesondere die Ebenen der Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt in den Blick. Gesundheitsförderung ist kein Aktionismus, sondern eine Managementaufgabe. Sie sollte systematisch in alle betrieblichen Aufbau- und Ablaufstrukturen sowie die Supportbereiche integriert werden. In allen betrieblichen Entscheidungen soll der Aspekt der Gesundheit berücksichtigt werden.
Evaluation	Evaluation bezeichnet die Bewertung der Ergebnisqualität von gesundheitsfördernden Programmen oder Maßnahmen. Bewertet werden die Wirkung von Maßnahmen (Effektivität) anhand der Gegenüberstellung der angestrebten Ziele und der erreichten Erfolge oder das Kosten-Nutzen-Verhältnis (Effizienz) durch die Gegenüberstellung von Erfolg und Aufwand. Evaluation verwendet Methoden der Sozial- oder Wirtschaftswissenschaften. Während die wissenschaftliche Evaluation mit hohem methodischen Aufwand betrieben wird, muss die praxisnahe Evaluation sich oft auf Indikatoren beschränken, die indirekt auf die Wirksamkeit der gesundheitsfördernden Maßnahmen hinweisen. Große Bedeutung hat auch die systematische Dokumentation der Umsetzungsprozesse. Evaluation sollte von Qualitätssicherung bzw. Qualitätsentwicklung (vgl. dort) unterschieden werden (vgl. Kolip und Müller 2009, 17 ff.).
Gesundheitsförderung	In der ‚Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung‘ (1986) hebt die Weltgesundheitsorganisation die Verantwortung des Einzelnen als auch der Gesellschaft für die Gesundheit der Menschen hervor. Das von der WHO formulierte Ziel ist es, dass der Einzelne mehr Verantwortung und Selbstbestimmung über seine Gesundheit erlangt. Dazu ist es notwendig, dass er zur Stärkung seiner Gesundheit befähigt wird und die Möglichkeiten im alltäglichen Leben hat, diese Kompetenzen umzusetzen. Der Menschen wird hier als Subjekt seiner Lebensführung verstanden und Gesundheit nicht auf die körperlich-funktionale Dimension beschränkt. Als Subjekt seiner Lebensführung gelingt es ihm, sowohl Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen zu verwirklichen als auch seine Lebenswelt zu meistern und mitzugestalten. Er verfügt über die individuellen Kompetenzen für eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände. Eine der Aufgaben der Gesellschaft ist es, gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen, d.h. „sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ herzustellen. (WHO, 1986) (vgl. Lebenswelt).
Gesundheitsförderung in einem Setting	Nach Baric und Conrad (1999, 16). beinhaltet ‚Gesundheitsförderung in einem Setting‘ die Einführung von Maßnahmen wie z.B. Programme oder Projekte der Gesundheitsförderung in ein spezifisches Setting. Solche Settings sind z.B. Kindertagesstätten, Schulen oder Seniorenstätten. Die Erfahrung zeigt, dass mit der Durchführung von Einzelprogrammen oder Projekten immer das Risiko verbunden ist, dass die Effekte sich nicht verselbständigen, nicht in Regelstrukturen und Regelprozesse eingefügt werden (können), kurz: ihre Nachhaltigkeit nur selten gewährleistet ist. Baric und Conrad treffen eine Unterscheidung zwischen ‚Gesundheitsförderung im Setting‘ und ‚gesundheitsförderndes Setting‘ (vgl. dort).

Gesundheitsförderndes Setting	Das verbreitete Verständnis von einem ‚gesundheitsfördernden Setting‘ (setting for health) geht auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurück. Es bezeichnet „Orte oder soziale Kontexte“ im Lebensalltag von Menschen, deren innere Beschaffenheit sowie Organisation mit den Personen, die sie aufsuchen und nutzen, in Wechselwirkung stehen und auf deren Gesundheit und Wohlbefinden einwirken. Nach Baric und Conrad (1999, 16) unterscheidet sich der Ansatz des ‚gesundheitsfördernden Settings‘ grundlegend von dem der ‚Gesundheitsförderung in einem Setting‘. Er beschränkt sich nicht auf einzelne Interventionen oder Initiativen zur Gesundheitsförderung, sondern umfasst ein Konzept, das einen Strategiewechsel im Gesundheitsverständnis und der Gesundheitspolitik eines Settings anstrebt. Ziel ist die konsequente Berücksichtigung gesundheitsfördernder Aspekte in allen Abläufen und Strukturen, die den Alltag des Settings bestimmen. In diesem Konzept ist Gesundheitsförderung ein Prinzip der Organisationsentwicklung. Sie ist eine Führungsaufgabe und mit einer Umsetzungsstruktur hinterlegt. Allen Personengruppen, die das Setting aufsuchen und nutzen, wird die aktive Interessenvertretung und Beteiligung ermöglicht. Die Wirtschaftlichkeit und die Wirksamkeit der Veränderungen werden erfasst und bewertet (evaluiert).
Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte	Das Konzept der ‚gesundheitsfördernden Kindertagesstätte‘ orientiert sich an den Prinzipien und Strategien des ‚gesundheitsfördernden Settings‘ (vgl. dort). Die Kindertagesstätte hat sich zum Ziel gesetzt, ihre strukturellen Bedingungen und Abläufe gesundheitsfördernd zu gestalten und allen Menschen, die sich regelmäßig in ihr aufhalten – insbesondere den Kindern und Beschäftigten, aber auch den Eltern – gesundheitsförderliches Verhalten und Wissen zu vermitteln.
Gesundheitsförderung in der Kommune	Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden ist „die Mutter aller Setting-Ansätze“ (Trojan 2007, 307). Unter gemeinsamen Zielsetzungen sollen alle Akteure vor Ort sowie die kommunale Verwaltung und die Politik zusammengeführt werden. Dies wird sehr deutlich in der Programmatik des Gesunde Städte-Netzwerks. Demnach besteht eine der primären Aufgaben der Kommunen darin, Mittel und Wege zur Sicherung der elementaren menschlichen Bedürfnisse Gesundheit, soziale Geborgenheit, Sicherung des Lebensunterhalts und sozialen Zusammenhalt finden zu müssen (vgl. Stender 2003, 1).
Gesundheitsförderung	Das Konzept der ‚guten gesunden Schule‘ orientiert sich an den Prinzipien und Strategien des ‚gesundheitsfördernden Settings‘ (vgl. dort). Sie verbindet ihren Bildungs- und Erziehungsauftrag mit einer gesundheitsorientierten Schulentwicklung und schafft dafür interne Strukturen zur Beteiligung aller Personengruppen. In Nordrhein-Westfalen ist das Konzept der ‚Guten gesunden Schule‘ im Landesprogramm ‚Bildung und Gesundheit‘ leitend für die Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule.
Gesundheitsfördernder Sportverein	Das Konzept des ‚gesundheitsfördernden Sportvereins‘ orientiert sich an den Prinzipien und Strategien des ‚gesundheitsfördernden Settings‘ (vgl. dort). In diesem Ansatz werden Sportvereine als soziale Lebenswelten verstanden, die wie alle anderen Lebenswelten auch Gesundheitsförderung zu einer Leitidee der Vereinsgestaltung und Vereinskultur machen können. Der Verein setzt sich das Ziel, seine spezifischen Möglichkeiten auszuschöpfen und kontinuierlich zu optimieren, um seinen Mitgliedern, Besuchern und Mitarbeitern Bedingungen und Vereinsstrukturen zu bieten, in denen sie ihren individuellen Gesundheitsbedürfnissen bestmöglich nachgehen können. Unter dieser Zielsetzung arbeitet der Verein gezielt mit Partnern im Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektor zusammen.
Gesundheitskompetenz	Mit ‚Kompetenz‘ wird die Fähigkeit eines Menschen bezeichnet, erworbene Fertigkeiten, soziale Regeln und Wissensbestände sach- und situationsgerecht sowie zum richtigen Zeitpunkt einzusetzen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Gesundheitskompetenz ist die entsprechende Fähigkeit zur Umsetzung gesundheitlicher Ziele. Die Förderung von Gesundheitskompetenzen kann zum einen die „Unterstützung beim Aufbau noch nicht vorhandener Gesundheitskompetenzen“ und zum anderen „die Wiederentdeckung vorhandener, aber verschütteter Lebens- und Gesundheitskompetenzen“ beinhalten (Kardorff in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003, 135).

Gesundheitsressource	Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung fasst unter dem Begriff ‚Gesundheitsressource‘ alle Schutz- bzw. Protektivfaktoren für die Gesunderhaltung zusammen. Dazu gehören ebenso die „gesunderhaltenden Lebensbedingungen und Lebensweisen“ wie auch „alle sozialen und persönlichen Ressourcen, Fähigkeiten und Grundhaltungen, die Menschen helfen, mit gesundheitsbedrohlichen Belastungen besser umgehen zu können“ (Franzkowiak in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003, 189). Die Stärkung und Entwicklung der Gesundheitsressourcen eines Menschen, eines Sozialsystems oder einer Organisation gehört zu den Kernaufgaben der Gesundheitsförderung. Darin unterscheidet sich Gesundheitsförderung substantiell von Prävention.
Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes	Der ‚Leitfaden Prävention‘ ist die Grundlage für die gesetzlichen Krankenkassen zur Umsetzung der §§ 20 und 20a, Sozialgesetzbuch V. Er wird regelmäßig unter Einbeziehung von externem Sachverständigen überarbeitet und aktualisiert. Die derzeit gültige Fassung ist vom GKV-Spitzenverband am 27. August 2010 vorgelegt worden. Der ‚Leitfaden Prävention‘ steckt einen Orientierungsrahmen für die gesetzlichen Krankenkassen ab, innerhalb dessen sie eigene Schwerpunkte setzen und zusätzliche Anforderungen stellen können. Er berücksichtigt sowohl den Individual-Ansatz als auch den Lebenswelt-Ansatz der Gesundheitsförderung. Es werden Handlungsfelder und Maßnahmenkatalogen beschrieben sowie Qualitätsanforderungen definiert, die von Leistungserbringern erfüllt werden müssen, um für ihre Maßnahmen die Anerkennung der Förderfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen zu erhalten.
Lebenswelt	In diesem Grundlagenpapier werden die Begriffe ‚Lebenswelt‘ und ‚Setting‘ synonym verwendet. Beide Begriffe bezeichnen vom Menschen geschaffene Systeme, deren Regeln und Strukturen sowie deren Beschaffenheit und Nutzung miteinander vereinbart wurden und damit auch von ihnen verändert werden können. Dieses Grundverständnis ist gerade für die Praxis der Gesundheitsförderung bedeutsam, denn aus ihm leiten sich z.B. die Strategien der Partizipation und zur Förderung von Nachhaltigkeit ab. In Expertenkreisen werden die Begriffe ‚Lebenswelt‘ und ‚Setting‘ durchaus uneinheitlich verwendet und ebenso voneinander abgegrenzt wie auch miteinander gleichgesetzt. Zudem werden weitere Begriffe wie z.B. ‚Lebensraum‘ oder ‚Lebensbereich‘ mit eignen Bedeutungsgehalten eingeführt (vgl. Engelmann und Halkow 2008).
Netzwerk	Der Begriff Netzwerk bezeichnet die Verbindung zwischen mehreren unabhängigen Organisationen, die auf einen längeren Zeitraum ausgerichtet ist. Die beteiligten Organisationen sind die Akteure des Netzwerks. Ziel ist der Austausch von Informationen, Ressourcen und Werten möglichst unter von allen beteiligten Akteuren gemeinsam festgelegten Zielen des Netzwerks. Netzwerke sind in der Regel offen für weitere Akteure. Netzwerke sind nicht mit Kooperationen zu verwechseln, sie stellen vielmehr Plattformen für Kooperationen dar (vgl. Wohlfart 2006, 45).
Organisation	Baric und Conrad (1999, 18) charakterisieren eine ‚Organisation‘ als eine soziale Einheit, die bewusst koordiniert wird. Organisationen werden zur Erreichung eines oder mehrerer Ziele eingerichtet und arbeiten unter diesen Vorgaben auf einer relativ kontinuierlichen Basis. Wer Mitglied einer Organisation ist, ist eindeutig definiert. In diesem Verständnis sind z.B. alle Bildungseinrichtungen ebenso wie Betriebe oder Sozialeinrichtungen Organisationen. Sie verfolgen klar definierte Ziele und Aufgaben, verfügen über eine Aufbau- und Ablaufstruktur und über Kriterien, die die Zugehörigkeit von Menschen zu dieser Organisation festlegen.
Public Health Action Cycle	Der ‚Public Health Action Cycle‘ beschreibt einen idealtypischen Zyklus von vier Handlungsphasen, die durchlaufen werden müssen, wenn man Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nicht nach dem Zufallsprinzip oder einem Aktionismus folgend konzipieren und umsetzen will. Es sind die Phasen der ‚Problemdefinition‘, der ‚Politik- und Strategieformulierung‘, der ‚Umsetzung‘ und der ‚Bewertung‘ (vgl. Rosenbrock und Gerlinger 2009). In der Realität lassen sich die Phasen allerdings nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen und überlagern sich nicht selten in der zeitlichen Abfolge.
Qualitätsmanagement	Qualitätsmanagement wird als kontinuierlicher Prozess verstanden, der sowohl Qualitätssicherung als auch Qualitätsentwicklung umfasst. Qualitätsmanagement setzt voraus, dass die Ziele einer Maßnahme klar definiert und operationalisiert sind. Die Aufmerksamkeit gilt der Planungsqualität von Maßnahmen und in der Umsetzung der Struktur- und Prozessqualität. Die Ergebnisqualität ist Gegenstand der Evaluation (vgl. dort) (Kolip und Müller 2009, 17 ff.).

9 Literatur

- **Altgeld, T. (2004):** *Gesundheitsfördernde Settin-gansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise.* www.eundc.de/pdf/09600.pdf
- **Altgeld, T., Geene, R., Glaeske, G., Kolip, P., Rosenbrock, R., Trojan, A. (2006):** *Prävention und Gesundheitsförderung – Ein Programm für eine bessere Gesundheits- und Sozialpolitik. Gutachten im Auftrag der Friedrich Ebert-Stiftung.* Bonn: FES.
- **Altgeld, T., Richter-Kornweitz, A. (2010):** *Gesunde KITA für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte.* Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
- **Brägger, G., Posse, N. (2007):** *Instrumente für die Qualitätsentwicklung und Evaluation in Schulen.* Bern: Huber.
- **GKV-Spitzenverband (2010):** *Leitfaden Prävention. Fassung vom 27. August 2010.* GKV-Spitzenverband.de.
- **Baric, L., Conrad, G. (1999):** *Gesundheitsförderung in Settings.* Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.
- **Bertelsmannstiftung (Hrsg.) (2008):** *Kommunale Netzwerke für Kinder. Ein Handbuch zur Governance frühkindlicher Bildung.* Gütersloh: Bertelsmann.
- **BKK Gesundheitsreport (2008):** *Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen.* Essen: BKK Bundesverband.
- **Böderfeld, D. (2008):** *Gesunde Kommune – gesunder Mensch?* Hamburg: Dr. Kovac.
- **Bös, K., Brehm, W. et al. (2005):** *Gesundheitsfördernde Lebenswelten in Turn- und Sportvereinen.* In: *Prävention* 03 / 2005, 84 – 89.
- **Breuer, C., Wicker, P. (2010):** *Sportvereine in Nordrhein-Westfalen. Sportentwicklungsbericht 2009/2010 – Analyse zur Situation der Sportvereine in Deutschland.* Köln: Deutsche Sporthochschule.
- **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009):** *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistung der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder und Jugendbericht.* Berlin: Eigenverlag.
- **Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2008):** *IN FORM, Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Förderung von gesunder Ernährung und mehr Bewegung. Projekte von Bund, Ländern und Kommunen.* Berlin: Eigenverlag.
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003):** *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.* 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim: Fachverlag Peter Sabo.
- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007):** *Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene – eine Bestandsaufnahme.* Köln: BZgA.
- **Engelmann, F., Halkow, A. (2008):** *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung.* Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- **Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2010):** *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.* 3. aktualisierte Fassung. Essen: BKK Bundesverband.
- **Gesundheit Berlin e.V. (2008):** *Gesunde Lebenswelten schaffen. In: Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier.* Heft 1. 1. Auflage. Berlin: Gesundheit Berlin e.V.

- Grossmann, R., Scala, K. (2003): *Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2003): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim an der Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Grossmann, R., Scala, K. (2006): *Gesundheit durch Projekte fördern*. Weinheim, München: Juventa.
- Kilian, H., Geene, R., Philippi, T. (2004): *Die Praxis der Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte im Setting*. In: Rosenbrock, R., Bellwinkel, M., Schroer, A. (Hrsg.): *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Krause, R. (2002): *Gemeindebezogene Gesundheitsförderung. Projektmanagement*. Hochschule Magdeburg-Stendal (FH).
- Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen (2009): *Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität*. Aktualisierte Handlungsgrundlage. Düsseldorf.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2003): *Sport, Bewegung und Gesundheit. Grundlagen und Leitziele zur Praxis gesundheitsorientierter Sport- und Bewegungsangebote in Nordrhein-Westfalen. Positionspapier*. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005): *Sport und Gesundheit – Handlungsprogramm 2015 für das Land Nordrhein-Westfalen*. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2006): *Initiative zur Strukturentwicklung „Sport und Gesundheit“ in Fachverbänden und Stadt-/Kreissportbünden*. 2. unveränderte Auflage. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2007): *Zukunft gestalten – aktiv und gesund älter werden in Nordrhein-Westfalen*. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2007a): *Der Sportverein – ein gesundheitsfördernder Lebensort*. Positionspapier. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2007b): *Der Sportverein – ein gesundheitsfördernder Lebensort. Projektausschreibung*. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010a): *Die Förderung von Gesundheitskompetenz. Grundlagen*. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010b): *gesund leben – gesund arbeiten. Aktive Gesundheitsförderung im Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Projektdokumentation*. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010c): *NRW bewegt seine Kinder – Bewegte Kindheit und Jugend in Nordrhein-Westfalen*. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2011a): *Bewegt gesund bleiben in NRW*. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2011b): *Bewegt älter werden in NRW*. Duisburg: Eigenverlag.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2012): *Sportvereine in Nordrhein-Westfalen: Chancen sichern, Perspektiven schaffen, unsere Gesellschaft mitgestalten. Breitensport 2020*.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2008): *Das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen – eine Investition in Lebensqualität. Aktualisierte Handlungsgrundlage*. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010): *Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010): *Qualität in der Gesundheits- und Bewegungsförderung verbessern. LIGA. Aktuell 9*. Düsseldorf: Eigenverlag.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2005): *Gesundheitsziele NRW 2005-2010. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik*. Bielefeld: lögD.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2009a): *Landesgesundheitsbericht 2009. Informationen zur Entwicklung von Gesundheit und Krankheit in Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2009b): *Sozialberichterstattung Nordrhein-Westfalen. Prekäre Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen*. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2005): *Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik*. Bielefeld: lögD.
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2010a): *Gemeinsam in einer Gesellschaft des langen Lebens. Seniorenpolitische Leitlinien des Landes Nordrhein-Westfalen bis 2025*. Veröffentlichungsnummer 1123. Düsseldorf: MGFFI.
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2010b): *Familienzentren in Nordrhein-Westfalen – Ein neuer Weg der Förderung von Kindern und Familien*. Veröffentlichungsnummer 113. Düsseldorf: MGFFI.
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen (ohne Jahr): *Konzept zum Landesprogramm Bildung und Gesundheit*. Düsseldorf: www.bug-nrw.de Stand am 2. April 2011.
- Paulus, P.: *Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt*. In: Aregger, K., Lattmann, U.-P. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven*. Luzern: Sauerländer.
- Pelikan, J., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1993): *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung*. München: Juventa.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006): *Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin.
- Rosenbrock, R., Bellwinkel, M., Schröer, A. (Hrsg.) (2004): *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rosenbrock, R., Gerlinger, T. (2009): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.
- Ruckstuhl, B., Somaini, B., Twisselmann, W. (1997): *Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Bern: Radix Gesundheitsförderung.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Gutachten 2000/2001.BD.II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Bundestagsdrucksache 14/5661.
- Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): *Übergewichtige Kinder in Bewegung, Spiel und Sport – Praktische Hilfestellung für Übungsleiter/innen und Sportvereine*. Duisburg: Eigenverlag.
- Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2005): *Kindergärten kommen in Bewegung. Handlungsrahmen für ein bewegungspädagogisches Konzept*. 3. Auflage. Duisburg: Eigenverlag.
- Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2006): *Wenn das Essen laufen lernt – Bewegungsspiele rund um die Ernährung*. Duisburg: Eigenverlag.
- Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2007a): *Kommentierte Medienliste schwer mobil – Übergewichtige Kinder in Bewegung, Spiel und Sport*. Duisburg: Eigenverlag.
- Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2007b): *Sportimpuls – Ergebnisse der ersten Evaluationsphase schwer mobil*. Duisburg: Eigenverlag.

- **Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2007c):** *Konzept schwer mobil – Bewegung, Spiel und Sport für übergewichtige Kinder.* Duisburg: Eigenverlag.
- **Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2008a):** *Ausstellung „Wir machen schwer mobil“.* Duisburg: Eigenverlag.
- **Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2008b):** *Bewegung, Spiel und Sport im Ganzttag – Kommentierte Literaturliste für die praktische Arbeit.* Duisburg: Eigenverlag.
- **Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2008c):** *Qualitätsmanual Bewegung, Spiel und Sport.* Duisburg: Eigenverlag.
- **Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2009):** *Kooperation mit Kindertagesstätten/Familienzentren – eine bedeutsame Aufgabe für Sportvereine. Positionspapier der Sportjugend Nordrhein-Westfalen.* Duisburg: Eigenverlag.
- **Sportjugend Nordrhein-Westfalen im Landessportbund Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2010):** *Leitfaden. Anerkannter Bewegungskindergarten.* Duisburg: Eigenverlag.
- **Stender, K.-P. (2008):** *Gesundheitsförderung und Prävention gelingen in gemeinsamer Verantwortung in Kommunen.* In: Göpel, E. (Hrsg.): *Systemische Gesundheitsförderung.* Frankfurt am Main: Mabuse.
- **Teller, M., Longmuß, J (2007):** *Netzwerkmoderation. Netzwerke zum Erfolg führen.* Augsburg: Ziel.
- **Trojan, A. (2007):** *Prävention und Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden.* In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung.* Bern: Huber.
- **Weltgesundheitsorganisation (1998):** *Health Promotion Glossary.* Genf: WHO/HPR/HEP/ 98.1.
- **Weltgesundheitsorganisation (1986):** *Ottawa-Charta.* www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German.
- **Winkler, K. (2008):** *Kommunale Gesundheitsförderung als systemisches Entwicklungsprojekt.* In: Göpel, E. (Hrsg.): *Systemische Gesundheitsförderung.* Frankfurt am Main: Mabuse.
- **Wohlfart, U. (2006):** *Netzwerkarbeit erfolgreich gestalten. Orientierungsrahmen und Impulse.* Bielefeld: Bertelsmann.
- **Wright, M.T., Block, M., von Unger, H. (2009):** *Partizipative Qualitätsentwicklung.* In: Kolip, P., Müller, V.E. (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention.* Bern: Huber.
- **Wright, M.T., Block, M:** *Partizipative Qualitätsentwicklung.* www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de Stand: 22.07.2009, 18:04.



