

## Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland

### Hintergrund

Körperliche Inaktivität ist einer der Schlüsselfaktoren für die Entwicklung der meisten weit verbreiteten, nicht übertragbaren Erkrankungen im Erwachsenenalter – die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht von ihr als vom vierthöchsten Risikofaktor für die globale Mortalität [1]. Zahlreiche Studien zeigen die vorbeugende Wirkung von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit. Regelmäßige körperliche Aktivität erhöht das psychische und physische Wohlbefinden, verringert das Risiko für das Auftreten verschiedener physischer und psychischer Erkrankungen und führt zu niedrigeren Sterblichkeitsraten. Studien weisen diese positive schützende Wirkung beispielsweise vor kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Tumorerkrankungen, Osteoporose, Depression und Angsterkrankungen nach [1, 2, 3]. Ökonomische Schätzungen gehen bei einer bevölkerungsweiten Erhöhung der körperlichen Aktivität von reduzierten Kosten für das Gesundheitssystem aus [4]. Die Förderung von körperlicher Aktivität ist deshalb eine zentrale Public-Health-Strategie der Gegenwart [5].

Der vorliegende Beitrag gibt eine Übersicht über die aktuelle Präventionslandschaft in Deutschland zur Förderung der körperlichen Aktivität im Bereich der Primärprävention. Sein Fokus liegt auf der Vielfalt an Maßnahmen, die faktisch

und mit größerer Reichweite in der Praxis durchgeführt werden, und zwar unabhängig davon, ob über die Maßnahme eine Evaluation mit einem Nachweis ihrer Wirksamkeit oder eine wissenschaftliche Publikation verfügbar ist. Einleitend werden die aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen über das Ausmaß an körperlicher Aktivität für einen gesundheitlichen Nutzen sowie Daten zur Häufigkeit ihrer Ausübung und diesbezügliche Einflussfaktoren vorgestellt. Daran schließt sich der Überblick über die gegenwärtigen primärpräventiven Maßnahmen in Deutschland zur Förderung körperlicher Aktivität an. Unter Zuhilfenahme der Kategorien „Interventionsebene“ und „Kontextbezug“ erfolgt eine Systematisierung der Maßnahmen. Zudem werden einige gegenwärtige Beispiele für typische primärpräventive Maßnahmen in Deutschland zur Förderung körperlicher Aktivität vorgestellt. Den Abschluss bildet eine Einschätzung der aktuellen Präventionslandschaft zur Förderung von körperlicher Aktivität verbunden mit Empfehlungen für weitere Maßnahmen, die auf Ergebnissen von internationalen Reviews beruhen.

### Erforderliches Ausmaß an körperlicher Aktivität für einen gesundheitlichen Nutzen

Empfehlungen für körperliche Aktivität dienen der Orientierung darüber, wie

viel körperliche Aktivität mit welcher Intensität notwendig ist, um einen positiven Einfluss auf die Gesundheit zu bewirken. Dabei beschreibt der Begriff „körperliche Aktivität“ alle körperlichen Bewegungen, die durch die Skelettmuskulatur entstehen und die einen im Vergleich zum Ruhezustand höheren Energieverbrauch erzeugen. Körperliche Aktivität umfasst Alltagsaktivitäten wie Gehen, Radfahren, Joggen oder Treppensteigen, die zu Hause, in der Freizeit, am Arbeitsplatz oder zur Fortbewegung ausgeübt werden. Darunter können auch sportliche Aktivitäten fallen, allerdings haben Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität das Ziel, die Gesundheit zu fördern. Im Gegensatz dazu steht bei der sportlichen Aktivität der Leistungsaspekt im Mittelpunkt [1, 6]. Aktuelle Empfehlungen formulieren für verschiedene Altersgruppen jeweils eigene Richtwerte zum Umfang und zur Intensität der körperlichen Aktivität [1, 7].

Die aktuellste internationale Empfehlung stammt von der WHO [1]; sie folgt den neuesten Ergebnissen umfassender, systematischer Reviews (zum Beispiel [8]) und den Empfehlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften (zum Beispiel [9]). Sie ist detaillierter formuliert als bisherige Empfehlungen, aber bei den Richtwerten auch flexibler. Die jetzige Empfehlung unterscheidet zwischen mäßig anstrengenden und sehr anstrengenden körperlichen Aktivitäten. Bei mäßig

ßig anstrengender körperlicher Aktivität ist es möglich, sich zu unterhalten, aber nicht zu singen. Bei sehr anstrengender körperlicher Aktivität ist kein Sprechen mehr möglich, ohne außer Atem zu geraten. Die WHO-Empfehlung ist für drei Altersgruppen konkretisiert: für Fünf- bis 17-Jährige, 18- bis 64-Jährige sowie für über 64-Jährige [1]. Zentrale Inhalte der Empfehlung lauten:

- Kinder und Jugendliche von fünf bis 17 Jahren sollten täglich mindestens 60 Minuten mäßig bis sehr anstrengend körperlich aktiv sein.
- Erwachsene bis zu einem Alter von 64 Jahren sollten mindestens 150 Minuten mäßig anstrengende aerobe körperliche Aktivität pro Woche betreiben (Ausdauertraining). Stattdessen können auch 75 Minuten sehr anstrengende körperliche Aktivitäten über eine Woche verteilt ausgeübt werden. Das Ausdauertraining sollte an mindestens zwei Tagen in der Woche durch Kräftigungsübungen für alle großen Muskelgruppen ergänzt werden.
- Für die über 64-Jährigen gelten die allgemeinen Empfehlungen für Erwachsene, soweit es ihr Gesundheitszustand erlaubt. Zusätzlich wird dieser Altersgruppe empfohlen, an mindestens drei Tagen in der Woche körperliche Aktivität zur Steigerung der Koordination und des Gleichgewichtssinns zur Sturzprävention auszuüben.

Aktuelle Ergebnisse für die deutsche Bevölkerung legen nahe, dass nur etwa ein Drittel der Jungen (28%) und weniger als ein Fünftel der Mädchen (17%) im Alter zwischen elf und 17 Jahren fast täglich körperlich aktiv sind. Dabei sind ältere Jugendliche weniger körperlich aktiv als jüngere [10]. Weniger als die Hälfte der Erwachsenen übt zweieinhalb Stunden pro Woche körperliche Aktivitäten aus, bei denen sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten (etwa 40% der Frauen, etwa 45% der Männer) [11]. Die Mehrzahl der Bevölkerung Deutschlands erreicht die aktuellen Empfehlungen nicht, da ihre Umsetzung von diversen Faktoren beeinflusst wird.

### Einflussfaktoren auf körperliche Aktivität

Die körperliche Aktivität wird von individuellen, sozialen, wirtschaftlichen und räumlichen Faktoren beeinflusst [12]. Sozialstatus, besonders Bildung, Geschlecht, Migrationsstatus und individuelle Gesundheit zeigen einen Zusammenhang zur körperlichen Aktivität [13, 14]. Zum Beispiel weisen in der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ (KiGGS) Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund das niedrigste Aktivitätsniveau unter den Elf- bis 17-Jährigen auf [10]. Mit zunehmendem Alter steigt im Allgemeinen der Anteil der körperlich Inaktiven: Während im Alter von 18 bis 29 Jahren 56% der Frauen und 40% der Männer weniger als 2,5 Stunden pro Woche körperlich aktiv sind, sind es in der Bevölkerungsgruppe ab 65 Jahren schon 73% der Frauen und 65% der Männer [11]. In der sogenannten „Nicht-Beweger“-Studie geben körperlich Inaktive für ihre geringe körperliche Aktivität neben soziodemografischen Faktoren noch Argumente wie zum Beispiel zu wenig Freunde oder zu wenig Zeit für gemeinsame Bewegungsaktivitäten sowie gesundheitliche Aspekte an [15]. Auch trägt die vorherrschende Lebens- und Arbeitsweise, das heißt eine überwiegend sitzende Arbeits- und Freizeitaktivität zur steigenden Inaktivität in der Bevölkerung bei. Zudem fehlen Bewegungsmöglichkeiten in der Wohnumgebung aufgrund unsicherer Verkehrswege, einer großen Distanz zu öffentlichen Verkehrsmitteln oder einer nicht ausreichenden Anzahl an Spielplätzen und Grünflächen [16].

Unter Berücksichtigung der zahlreichen Einflussfaktoren wurde in Deutschland mittlerweile eine Vielzahl an Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität entwickelt, deren Merkmale im folgenden Überblick dargestellt werden.

### Präventionslandschaft in Deutschland zur Förderung körperlicher Aktivität

#### Recherche aktueller primärpräventiver Maßnahmen

Um einen Überblick über die Merkmale der primärpräventiven Maßnahmen zu erhalten, die in Deutschland zur Förderung von körperlicher Aktivität umgesetzt werden, wurde zwischen Januar und März 2011 eine Literaturrecherche durchgeführt. Gesucht wurde nach Veröffentlichungen über Projekte, Programme und Aktionspläne, deren Ziel ausdrücklich die Förderung von körperlicher Aktivität zur gesundheitlichen Primärprävention ist. Dabei wurden verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen berücksichtigt, die sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren oder an die Endzielgruppe wenden. Die Maßnahmen sollten eine größere Reichweite aufweisen, das heißt, sie sollten einen Wirkungsbereich haben, der über eine einzelne Kommune oder ein einzelnes Projekt hinausgeht (zum Beispiel über mehrere Kommunen, eine Region, ein Bundesland oder bundesweit). Bezüglich der Zielgruppe und der Art des Ansatzes bestand keine Einschränkung. Die Interventionen sollten zwischen 2000 und 2011 initiiert oder durchgeführt worden sein. Da zu vielen Präventionsmaßnahmen keine wissenschaftlichen Publikationen vorliegen, wurde sowohl in wissenschaftlichen als auch in Projekt-Datenbanken beziehungsweise Portalen recherchiert, unter anderem in „PubMed“, „BISp“, der „Projektdatenbank zur körperlichen Aktivität“ der WHO Europa [17] und in der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) [18]. Neben den Webseiten des Bundesministeriums und der Landesministerien für Gesundheit wurden bereits bestehende Übersichten einbezogen, wie die Projektübersicht des Nationalen Aktionsplans „IN FORM“ [19] und die Programmübersicht des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen [20]. Darüber hinaus wurde über die Suchmaschine „google.de“ systematisch und nach dem

Schneeballprinzip gesucht. So wurden auch jüngere und nicht evaluierte Maßnahmen, über die noch keine Publikationen (Evaluationen) vorliegen, und „graue Literatur“ gefunden. Anhand der Ergebnisse aus der Recherche werden nachfolgend die zentralen Merkmale in Deutschland verbreiteter Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität vorgestellt.

### Primärpräventive Maßnahmen kategorisiert nach Interventionsebene und Kontextbezug

Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität reichen in Deutschland derzeit von individuellen Beratungen über Gruppeninterventionen bis hin zu übergreifenden Aktionsplänen. Die Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität lassen sich hinsichtlich ihrer *Interventionsebene* und ihres *Kontextbezugs* kategorisieren (in Anlehnung an [21], S. 6–9). Die primärpräventiven Maßnahmen richten sich an Einzelpersonen (*Individuen*), an Akteure in der Lebenswelt der Zielgruppe (*Setting*) oder an große Bevölkerungsgruppen bis hin zur gesamten *Bevölkerung* (vergleiche **Tab. 1**). Dabei kommen zum einen verhaltenspräventive Interventionen zum Einsatz, die den Fokus auf Information, Motivation oder Beratung legen, die aber die Rahmenbedingungen (Kontext) nicht berücksichtigen. Zum anderen werden Interventionen durchgeführt, die an den Rahmenbedingungen ansetzen (Verhältnisprävention) beziehungsweise die Umgebungsfaktoren bei der Umsetzung einer verhaltenspräventiven Maßnahme integrieren. Die in Deutschland durchgeführten Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität werden im Folgenden anhand dieser Kategorisierung dargestellt.

### Verhaltensprävention auf individueller Ebene

Unterschiedliche Organisationen bieten Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität an, die sich direkt an den einzelnen Menschen wenden, ohne direkt in seiner Lebenswelt stattzufinden. Die Angebote wenden sich zumeist an gesunde Personen (universelle Prävention)

Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:73–81 DOI 10.1007/s00103-011-1396-9  
© Springer-Verlag 2011

S. Jordan · M. Weiß · S. Krug · G.B.M. Mensink

### Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland

#### Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Deutschland. Zuerst werden die gesundheitsrelevanten Empfehlungen für körperliche Aktivität vorgestellt, gefolgt von einer kurzen Darstellung der Häufigkeit von körperlicher Aktivität und der diesbezüglichen Einflussfaktoren. Die gegenwärtigen Präventionsmaßnahmen in Deutschland zur Förderung körperlicher Aktivität werden unter Berücksichtigung von Interventionsebenen (Individuum, Setting,

Bevölkerung) und Kontextbezug (mit und ohne Einbezug von Rahmenbedingungen) kategorisiert. Anhand einiger Beispiele werden typische Präventionsmaßnahmen vorgestellt. Daran schließt sich eine Einschätzung der aktuellen Präventionslandschaft zur Förderung von körperlicher Aktivität an.

#### Schlüsselwörter

Körperliche Aktivität · Bewegung · Gesundheit · Primäre Prävention · Verhaltens- und Verhältnisprävention

### Overview of primary prevention measures to promote physical activity in Germany

#### Abstract

This article provides an overview of primary prevention measures to promote physical activity. First, health-related recommendations for physical activity are presented together with a brief description of the frequency and determinants of physical activity. Prevention measures in Germany to promote physical activity are categorized taking into account the respective level of intervention (individual, setting, population) and contextual reference (with and without relying on structural conditions). Typical preventive

measures to promote physical activity will be presented along with some examples. This is followed by concluding remarks about the current state in the area of preventive measures in Germany for the promotion of physical activity.

#### Keywords

Physical activity · Health · Primary prevention · Individual-level interventions · Population-level interventions

**Tab. 1** Interventionsebenen und Kontextbezug für primärpräventive Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität, mit Beispielen. (In Anlehnung an [21], S. 6–9)

Kontextbezug \ Interventionsebene	Verhaltensprävention mit Fokus auf Information, Motivation und Beratung; ohne verhältnispräventive Elemente	Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen des Verhaltens beziehungsweise Verhaltensprävention mit Kontextbezug
Individuum (Mikroebene)	Standardisierte Gesundheitskurse zur Bewegungsförderung der Krankenkassen, Volkshochschulen oder Fitnessstudios	Beratung und Unterstützung für mehr körperliche Aktivität unter Einbezug individuellen Verhaltens und der Verhältnisse, zum Beispiel Gesundheitsberatung bei Arbeitslosen
Setting (Mikro- bzw. Mesoebene)	Gesundheitsunterricht zur Bewegung in Schulen; Multiplikatorenschulung und Material für Bewegungsförderung in Kitas; alleinstehende Informations- und Kursangebote zur Bewegungsförderung in Betrieben; Gesundheitsförderung im Setting	Gesundheitsförderung in Schulen und Betrieben, unter anderem durch Organisationsentwicklung mit partizipativen Elementen („Bewegte Schule“, „gute gesunde Schule“ etc.); gesundheitsförderndes Setting
Bevölkerung (Makroebene)	Bevölkerungsweite Informations- und Mitmachkampagnen unter anderem unter Nutzung von Massenmedien wie „Deutschland bewegt sich“, „3000 Schritte extra“, „Mit dem Rad zur Arbeit“	Körperliche Aktivität fördernde Infrastrukturmaßnahmen wie Ausbau des Radwegenetzes („Nationaler Radverkehrsplan“), nationaler Aktionsplan „IN FORM“ mit Aktivitäten zu Vernetzung, Verhalten und Verhältnissen

**Tab. 2** Bewegungskurse der gesetzlichen Krankenkassen [22, 23]

<b>Zielgruppen</b>	Gesunde Versicherte mit Bewegungsmangel, Bewegungseinsteiger und -wiedereinsteiger mit oder ohne Risikofaktoren (aber ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen)
<b>Ziele</b>	– Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität – Stärkung physischer und psychosozialer Gesundheitsressourcen – Verminderung von Risikofaktoren
<b>Inhalt</b>	– Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen: Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit – Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe – Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag und auch nach Interventionsende
<b>Ansatz</b>	Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit praktischem Training
<b>Finanzierung</b>	Eigenfinanzierung durch die Versicherten, anteilige oder komplette Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse
<b>Verbreitung</b>	2009: 1.554.347 Teilnehmer/-innen; 76% Frauen, 24% Männer; 84% der Kurse werden von externen Anbietern durchgeführt

oder an Menschen mit bestimmten Risikofaktoren (selektiver Ansatz). Die gesetzlichen Krankenkassen ([22, 23], **Tab. 2**), die Volkshochschulen [24], die Sportvereine [25] und auch die Fitnessstudios [26] haben mittlerweile standardisierte grup-

penbasierte und qualitätsgesicherte Bewegungskurse im Angebot. Sie werden von speziell zur Bewegungsförderung qualifizierten Fachkräften geleitet und wenden sich vor allem an Erwachsene und insbesondere ältere Personen über 50 Jah-

ren („richtig fit ab 50“). Der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) hat mit dem Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ über 18.000 Gesundheitsangebote in den Sportvereinen zertifiziert [25, 27]. Die Fitnessstudios können durch das Vorhalten qualitätsgesicherter Gesundheits-sportangebote das Siegel „Prae-Fit“ erwerben [28].

### Verhaltensprävention auf Setting-Ebene

Edukative Maßnahmen, die auf die Erhöhung der körperlichen Aktivität Einzelner direkt im Setting abzielen, finden häufig als Gesundheitsunterricht zur Bewegung in Schulen oder als Kita-Projekte statt. Die zumeist zeitlich begrenzten Projekte sind oft multithematisch angelegt und beabsichtigen, Bewegung und Ernährung zu fördern, um Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zu verhindern. Zu nennen sind hier zum Beispiel „ScienceKids“ (AOK Baden-Württemberg), „Fit sein macht Schule“ (AOK, DOSB), „Mehr Bewegung in den Kindergarten“ (Sportjugend Hessen) und „TigerKids“ ([29], **Tab. 3**). Zur Verhaltensprävention auf Setting-Ebene zählen alleinstehende Informations- und Kursangebote zur Bewegungsförderung in Betrieben, zum Beispiel ein Kurs zu Fitness oder Yoga, der im Unternehmen vor Ort angeboten wird. Die Maßnahmen werden teilweise als Gesundheitsförderung im Setting bezeichnet, da der Kontext, in dem die Intervention durchgeführt wird, unverändert bleibt; anders als Maßnahmen, die in einem gesundheitsfördernden Setting stattfinden, die auch den Kontext verändern (siehe unten „Prävention auf Setting-Ebene mit Kontextbezug“).

### Verhaltensprävention auf Bevölkerungsebene

Seit den 1970er-Jahren gibt es bevölkerungsweite Informations- und Mitmachkampagnen, die den einzelnen Menschen zur Bewegungsförderung motivieren sollen, ohne direkt die Verhältnisse einzubeziehen. Damals strebte die „Trimm Dich“-Kampagne des Deutschen Sportbundes an, Übergewicht und Herzinfarkt durch körperliche Aktivität vorzubeugen [30].

Seit 2003 rufen das „Zweite Deutsche Fernsehen“, die Krankenkasse „BARMER GEK“ und die Zeitung „Bild am Sonntag“ mit der Kampagne „Deutschland bewegt sich“ zu mehr Sport und Bewegung auf. Sie verbreiten Informationsangebote, führen Aktionstage, Mitmachaktionen und Fitness-tests durch [21]. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit der Aktion „3000 Schritte extra“ im Jahr 2005 die Kampagne „Bewegung und Gesundheit“ in die Wege geleitet. Das BMG weist in seinem Präventionsratgeber („Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention“) aus dem Jahr 2010, aber auch in anderen Präventionsstrategien wie „IN FORM“ (siehe unten) und in der „Strategie zur Förderung der Kindergesundheit“ [31] auf die Bedeutung von körperlicher Aktivität hin.

### Prävention mit Kontextbezug auf individueller Ebene

Beratung und Unterstützung für mehr körperliche Aktivität unter Einbezug des individuellen Verhaltens und der Verhältnisse sind nicht weit verbreitet. Hierbei kommen stärker selektive Ansätze zum Einsatz, die sich an Risikogruppen wie beispielsweise Arbeitslose wenden. Gesundheitsfördernde Elemente können seit 2010 (Sozialgesetzbuch II) in arbeitsmarktintegrative Maßnahmen eingegliedert werden. Dazu zählen Aktivitäten zur Stressbewältigung sowie zur Bewegung und Ernährung, die aber Maßnahmen nach § 20 Sozialgesetzbuch V nicht ersetzen sollen [32]. Für Unternehmen wird vorgeschlagen, im Rahmen des individuellen Personalmanagements die Gelegenheit zu nutzen, besonders ältere Beschäftigte individuell zu fördern. Dies sollte im Idealfall in ein Programm zur Organisationsentwicklung münden [33].

### Prävention mit Kontextbezug auf Setting-Ebene

Maßnahmen, die die bewegungsrelevanten Rahmenbedingungen in einem abgestimmten Prozess mit individuellen Verhaltensänderungen anstreben, beziehen die Lebenswelt der Zielgruppe, das heißt Kita, Schule, Betrieb oder Gemeinde, mit ein. Die Interventionen reichen von der Kombination verhaltenspräventiver Ele-

**Tab. 3** „TigerKids – Kindergarten aktiv“ [29]

<b>Zielgruppen</b>	Kinder im Kindergarten und ihre Eltern
<b>Ziele</b>	– Tägliche mindestens 30-minütige Bewegung und ausreichend Entspannung, Reduzierung inaktiver Freizeitbeschäftigungen – Erhöhung des Verzehrs von frischem Obst und Gemüse, gesundes Frühstück, Erhöhung des Konsums energiefreier Getränke
<b>Inhalt</b>	– Spielerisches Erlernen von gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität mit Projektmaterial (Tiger-Handpuppe, Holzzug, Lieder-CD) – Informationen für Erzieher/-innen und Eltern über körperliche Aktivität, gesunde Ernährung und Entspannung
<b>Ansatz</b>	Multiplikatorenansatz zur multithematischen Verhaltensprävention mit Lern- und Lehrmaterialien für Erzieher/-innen, Kinder und Eltern
<b>Verbreitung</b>	Seit 2006 wurden bundesweit mehr als 4000 Kindergärten, 6000 Erzieher/-innen und damit 200.000 Familien erreicht
<b>Finanzierung</b>	Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“ des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit; Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)

**Tab. 4** „Bewegte Schule – gesunde Schule Niedersachsen“ [34, 35]

<b>Zielgruppen</b>	Kinder, Lehrkräfte in Grundschulen sowie Eltern und Institutionen in der Gemeinde der Schule
<b>Ziele</b>	– Verbreitung des Konzepts der „Bewegten Schule“ – Kind-, lehrer- und lerngerechte Rhythmisierung des Unterrichts – Bewegtes Lernen, bewegte Pausen und bewegte Organisationsstrukturen
<b>Inhalt</b>	Aktionstag „Bewegte Kinder – Schlaue Köpfe“: – Unterrichtsbeispiele für einen bewegten Unterricht – Lehrerfortbildung – Elternabend für Eltern der umliegenden Schulen, Kindergärten und Vereine zur Verknüpfung von Lernen und Bewegung
<b>Ansatz</b>	Umfassender, ressourcenorientierter Multiplikatorenansatz der Bewegungsförderung im Setting Schule unter Einbezug von Lernkultur, Lern- und Lebensraum Schule und Schulorganisation
<b>Finanzierung</b>	Niedersächsisches Kultusministerium – Bereich Sport und Gesundheit
<b>Verbreitung</b>	Von 2007 bis 2010 jährlich an 50 Schulen in Niedersachsen

mente mit strukturellen Verbesserungen im Setting (beispielsweise die „Bewegte Schule“ [34, 35], **Tab. 4**), Kooperationen mit Sportvereinen und Jugendverbänden („Gut drauf“ der BZgA, [36]) oder gemeindeorientierten Programmen („IDEFICS“, [37]) bis hin zur Organisationsentwicklung mit partizipativen Elementen im gesundheitsfördernden Setting (zum Beispiel die Projekte der „guten gesunden Schule“ [38] und der betrieblichen Gesundheitsförderung [22]). Die präventiven Maßnahmen mit Kon-

textbezug richten sich an die ganze Organisation und setzen an den Ressourcen und nicht an den Risikofaktoren an. Die Förderung der körperlichen Aktivität ist nur ein gesundheitlicher Aspekt neben anderen. Zu dieser Kategorie gehören auch Maßnahmen, die in der Gemeinde flächendeckende Strukturen zur Förderung von gesunder Ernährung und mehr Bewegung fördern, wie die „Aktionsbündnisse gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ im Rahmen von „IN FORM“ (**Tab. 5**).

Tab. 5 Nationaler Aktionsplan „IN FORM“ [40]	
<b>Zielgruppen</b>	Institutionen, Multiplikatoren, Bevölkerung
<b>Ziele</b>	– Erwachsene leben gesünder, Kinder wachsen gesünder auf und profitieren von einer höheren Lebensqualität und einer gesteigerten Leistungsfähigkeit in Bildung, Beruf und Privatleben – Krankheiten, die durch einen ungesunden Lebensstil mit einseitiger Ernährung und Bewegungsmangel mit verursacht sind, gehen deutlich zurück
<b>Inhalt</b>	– Bündelung von Aktivitäten für gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung – Ausrichtung auf gemeinsame Ziele – Regelmäßige Überprüfung ihrer Umsetzung – Entwicklung von Strategien und Maßnahmen, die auf das individuelle Verhalten zielen und dabei die regionale und nationale Ebene berücksichtigen – Nachhaltige Verbesserung der Rahmenbedingungen und Strukturen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil
<b>Ansatz</b>	Langfristige, multithematische Gesamtstrategie zur Integration bundesweiter Maßnahmen zu Verhalten und Verhältnissen
<b>Finanzierung</b>	Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
<b>Verbreitung</b>	Bundesweit

### Prävention mit Kontextbezug auf Bevölkerungsebene

Direkten Einfluss auf fördernde Verhältnisse und Voraussetzungen für körperliche Aktivität nehmen Infrastrukturmaßnahmen. Sie erleichtern die Entscheidung für körperliche Aktivität, beispielsweise durch den Ausbau des Radwegenetzes („Nationaler Radverkehrsplan“ des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, [39]). Zwei nationale Strategien setzen fördernde Rahmenbedingungen auf der Bevölkerungsebene um: der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten“ der Bundesregierung ([40], **Tab. 5**) und das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ von Gesundheitsziele.de (ein Kooperationsverbund aus Kostenträgern, Leistungserbringern, Politik und Verwaltung, Patient(inn)enorganisationen, Sozialpartnern, Industrie, Wissenschaft, Berufs- und Fachverbänden) [41]. Während sich Gesundheitsziele.de auf Kinder und Jugendliche konzentriert, richtet sich „IN FORM“ auch an Erwachsene. Beide Stra-

tegiepläne formulieren einen Handlungsrahmen durch verschiedene Gesundheitsziele im Bewegungs- und Ernährungsbereich [40].

### Gesamtbetrachtung

#### Die Präventionslandschaft in Deutschland zur Förderung der körperlichen Aktivität

Bei Betrachtung der Präventionslandschaft und der Merkmale der primärpräventiven Maßnahmen in Deutschland zur Förderung von körperlicher Aktivität lässt sich eine Vielzahl unterschiedlicher Präventionsstrategien beobachten. Die Bandbreite reicht von individuellen Einzelberatungen und Aufklärungsgesprächen bis hin zu langfristig angelegten, umfassenden und nationalen Aktionsplänen. Diese Maßnahmen können drei methodischen Ansätzen zugeordnet werden (in Anlehnung an [42], S. 75):

- Informationsbereitstellung: Ansätze zur Wissensvermittlung und Einstellungsänderung, die Informationen über körperliche Aktivität und Gesundheit zur Verfügung stellen;
- Verhaltenseinübung: individuelle und soziale Interventionen zum Erlernen und Aufrechterhalten individueller

und sozialer Kompetenzen, die körperliche Aktivität fördern;

- Strukturveränderung: politische und Umgebungsmaßnahmen, die Bedingungen schaffen, um körperliche Aktivität zu erleichtern.

Die meisten Projekte, die sich direkt an die Endzielgruppe wenden, zielen darauf ab, die körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Auch finden sich zunehmend Maßnahmen, die sich an die Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen wenden. Es gibt aber wenig Maßnahmen, die sich an Personen mittleren Alters richten. Die Maßnahmen setzen in unterschiedlichen Settings an – das heißt in Schulen, Kitas, der Familie, am Arbeitsplatz, in der Gemeinde oder Region (mehrere Kommunen, Landkreise, Bundesländer oder bundesweit) – und sind häufig als Projekt mit begrenzter Zeitdauer angelegt. Die meisten primärpräventiven Angebote in Deutschland zur Förderung der körperlichen Aktivität wenden sich an Zielgruppen ohne spezifische Risiken, zum Beispiel an Schülerinnen und Schüler der 1. bis 4. Jahrgangsstufe.

Viele Präventionsmaßnahmen zielen nicht ausschließlich auf Bewegung, sondern auf mindestens ein weiteres Gesundheitsthema ab. Die Förderung körperlicher Aktivität erfolgt häufig im Zusammenhang mit dem Thema „gesunde Ernährung“ – oft mit dem Ziel, Übergewicht und Adipositas vorzubeugen. Manchmal wird die Fähigkeit zur Entspannung vermittelt oder die Förderung körperlicher Aktivität steht im Kontext eines umfassenden Lebenskompetenzansatzes – vor allem bei Kindern und Jugendlichen. Zur Vermittlung der Botschaften kommen unterschiedliche Kanäle – interpersonale Kommunikation, lokale und überregionale Massenmedien – zum Einsatz.

Neben staatlichen Akteuren wie den Bundes- und Landesministerien setzen die Landesvereinigungen für Gesundheit auf der Länderebene verschiedene Aktionspläne um. Sie regen die Vernetzung von Akteuren aus den verschiedenen Sektoren der Gesundheit, des Sports, der Erziehung und der Bildung sowie die Vernetzung mit anderen Gesundheitsfeldern an, besonders aus dem Bereich Ernährung. Außerdem fördern die Landes-

vereinigungen Modellprojekte und bieten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren Fort- und Weiterbildungen an. Neben den öffentlichen und gemeinnützigen Trägern, wie beispielsweise den Stiftungen, Volkshochschulen und Sportvereinen, agieren auch kommerzielle Unternehmen wie Fitnessstudios im Bereich der Bewegungsförderung mit dem Ziel, die Gesundheit zu fördern.

Die Qualitätssicherung und Evaluation der Programme setzen sich zunehmend durch; dafür wurden beispielsweise im Rahmen der „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ (siehe „IN FORM“) eigene Messinstrumente (Fragebögen) zur Evaluation von Maßnahmen in Praxisprojekten zusammengestellt [43].

### Einordnung der Präventionslandschaft in Deutschland zur Förderung der körperlichen Aktivität anhand übergreifender Forschungsergebnisse

Die Einordnung der deutschen Präventionslandschaft zur Förderung von körperlicher Aktivität in den Kontext nationaler und internationaler Übersichtsarbeiten soll Hinweise darauf geben, welche wirksamen Maßnahmen hier bereits eingesetzt werden und welche verstärkt umgesetzt werden sollten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es nur wenige hochwertige Evaluationsstudien über Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität gibt. Trotz dieses Mangels sowie der Heterogenität und Komplexität von Präventionsstrategien haben einige Reviews versucht, wirksame Maßnahmen herauszuarbeiten [6, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49].

Eine aktuelle WHO-Übersichtsarbeit zur Bewegung und Ernährung zeigt, dass *Mehrkomponenten-Interventionen*, die an die örtlichen Bedingungen angepasst sind, die besten Ergebnisse liefern [45]. Kahn et al. [42] finden positive Ergebnisse für gemeindebezogene Mehrkomponenten-Interventionen, die aus verschiedenen, in einem Konzept aufeinander abgestimmten Einzelinterventionen bestehen. Dazu zählen verschiedene gut wahrnehmbare Medien zur Informationsvermittlung über körperliche Aktivität, die das Thema Bewegung gemeinsam mit ande-

ren Gesundheitsthemen ansprechen, bewegungsbezogene Beratungsangebote, die in verschiedenen Settings (wie an Schulen oder Arbeitsplätzen) konkrete Trainingsangebote ergänzen, sowie lokale öffentliche Veranstaltungen, die mit infrastrukturellen Veränderungen (wie beispielsweise einem Radwegeausbau) verbunden sind [42]. Neuere Übersichtsarbeiten liefern für umfassende, aus verschiedenen Einzelmaßnahmen bestehende, Maßnahmen in der Schule mäßige bis gute Ergebnisse [44, 45, 46]: Die erfolgreichen Schulinterventionen binden die Familie oder die Gemeinde ein, werden parallel zu politischen und umgebungsbezogenen Veränderungen durchgeführt oder setzen an konkreten Trainingseinheiten für körperliche Aktivität an. In Deutschland werden zur Förderung der körperlichen Aktivität entgegen dieser Erkenntnisse bislang überwiegend Einzelinterventionen und nicht die als wirksam erwiesenen umfassenden Mehrkomponenten-Interventionen umgesetzt.

Mit Blick auf populationsbezogene Maßnahmen zeigen Kahn et al. [42], dass *massenmediale Kampagnen* zwar Bestandteil von effektiven Mehrkomponenten-Programmen sein können, aber als singuläre Maßnahme zu keiner Verhaltensänderung führen. Die Übersichtsarbeit von Marshall et al. [47] verdeutlicht, dass massenmediale Kampagnen vorrangig den Wissensstand erhöhen, aber das Ausmaß an körperlicher Aktivität nur geringfügig oder nicht verändern. Für Deutschland sieht eine Studie über die „Trimm-Dich“-Kampagne [30] einen Erfolg in der Sensibilisierung der Bevölkerung für körperliche Aktivität. Damit massenmediale Kampagnen in Deutschland nicht nur zu einer Sensibilisierung, sondern zu einer Verhaltensänderung beitragen, sollten sie zukünftig verstärkt direkt in Mehrkomponenten-Programme zur Förderung der körperlichen Aktivität eingebunden sein.

Während von den individuumsbezogenen Ansätzen *Einzelberatungen* in der ärztlichen Praxis oder am Arbeitsplatz keine eindeutig positiven Ergebnisse liefern, erweisen sich *Gesundheitssportprogramme* als wirkungsvolle Angebote [6]. Gute Voraussetzungen bietet der qualifizierte Gesundheitssport in Sportvereinen

aufgrund ihrer weiten Verbreitung und ihrer gut ausgebauten Infrastruktur, aber auch die Förderung von Alltagsaktivitäten [6]. Interventionen zur Verhaltensprävention in Form von Gesundheitskursen verschiedener gemeinnütziger und kommerzieller Angebote werden in Deutschland vermehrt wahrgenommen, jedoch von Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozialem Status noch wenig genutzt [23, 50]. Wenn diese Maßnahmen aber vorrangig die mittleren und höheren Statusgruppen erreichen, tragen sie dazu bei, die gesundheitliche Ungleichheit zu vergrößern.

Demgegenüber bieten *verhältnispräventive Maßnahmen* und *Setting-Ansätze*, die direkt an Veränderungen der lokalen Umgebung ansetzen, die Möglichkeit, auch schwer zu erreichende Bevölkerungsgruppen in Maßnahmen einzubinden und auch indirekte Einflussfaktoren der Lebensumwelt zu berücksichtigen [51]. Klever-Deichert et al. [44] sehen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität für die Zielgruppe „Frauen“ einen multistrategischen Ansatz in der Lebenswelt (Setting) als erfolgreich an, wenn er weitere Akteure der Gemeinde einbezieht [44]. Für die Bevölkerung ab 60 Jahren könnten vor allem alltagsnahe Maßnahmen mit niedrigen Kosten und kurzen Zugangswegen wirkungsvoll sein [52]. In Deutschland finden die unterschiedlichen Ausprägungen des Setting-Ansatzes zunehmend Beachtung, haben aber – im Vergleich zu individuumsbezogenen Ansätzen – am Präventionsgeschehen zur Förderung der körperlichen Aktivität nach wie vor nur einen geringen Anteil (zum Beispiel [23]).

Aus verschiedenen Studien ist bekannt, dass sich bei Maßnahmen im Setting oder auf Bevölkerungsebene die Informationsvermittlung bewährt, die direkt im jeweiligen konkreten Umgebungskontext ansetzt – zum Beispiel Hinweise zur Treppennutzung an Stellen, an denen zwischen Treppe und Rolltreppe gewählt werden kann [6, 42]. Auch wenn derartige Interventionen in Betrieben keine positiven Effekte zeigen [44], könnten sie in Deutschland an anderen Orten verstärkt umgesetzt werden. Sie lassen sich durch die Optimierung der Infrastruktur mit umgebungsbezogenen (beispielsweise Radwegbau) oder politi-

schen Maßnahmen (zum Beispiel steuerliche Anreize) ergänzen [6].

Reine Gesundheitserziehungsprogramme an *Schulen* erhöhen die körperliche Aktivität nicht [6, 42, 44]. Für wirkungsvolle schulbasierte Interventionen nennen Dobbins et al. [49] als Mindestanforderung, dass das pädagogische Konzept körperliche Aktivität fördert und gedrucktes Informationsmaterial zur Wissensvermittlung eingesetzt wird [49]. Angeleitete Bewegungsinterventionen in der Vorschule/Kita führen zu einer Verbesserung der grundlegenden motorischen Fähigkeiten [48]. Solche Maßnahmen zur Verhaltenseinübung finden sich in deutschen Kitas und Schulen vielfach und versprechen insbesondere bei ihrer Integration in das pädagogische Gesamtkonzept der Einrichtung positive Ergebnisse.

Klever-Deichert et al. [44] und eine WHO-Übersichtsarbeit [45] finden, dass Interventionen wirksam sind, wenn die Zielgruppe an ihrem Planungs- und Umsetzungsprozess beteiligt wird oder bestehende örtliche soziale Strukturen genutzt werden [45]. Diese beiden Strategien werden in Deutschland am besten in Schulen oder Betrieben bei Maßnahmen umgesetzt, die dem Ansatz eines gesundheitsfördernden Settings folgen. Dabei wird versucht, zusammen mit den verschiedenen Akteuren des Settings die Rahmenbedingungen für körperliche Aktivität partizipativ und vor Ort zu verbessern.

International wird konstatiert, dass *Evaluationsvorhaben* zur Beurteilung von Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität oftmals nur auf den kurzfristigen Nutzen fokussieren, sodass über deren langfristige Wirkungen wenig bekannt ist [45]. Diese Beobachtung gilt auch für Deutschland. Qualitätsmanagement und Evaluation kommen zwar mittlerweile bei Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität öfter zum Einsatz, sollten aber weiter ausgebaut werden, dabei sollten insbesondere Evaluationen mit längerfristigen Evaluationszeiträumen umgesetzt werden [6].

## Fazit

**In Deutschland gibt es eine Vielzahl an Strategien zur Förderung der körperlichen Aktivität, die auf verschiedenen Interventionsebenen ansetzen und sich häufig an Kinder und Jugendliche, zunehmend aber auch an Personen über 60 Jahre und an Fachkräfte und Multiplikatoren richten. Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität mit einem Fokus auf Information, Motivation, Aktivierung, Übung oder Beratung dominieren die Präventionslandschaft. Maßnahmen, die die Rahmenbedingungen einbeziehen, spielen eine untergeordnete Rolle. Einen großen Handlungs- und Forschungsbedarf gibt es beim Qualitätsmanagement und der Evaluation der primärpräventiven Maßnahmen. Hier sind Verbesserungen erforderlich, damit die knappen Ressourcen für die Prävention vor allem in nachweislich wirksamen Interventionen fließen. Insgesamt sollten bei Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität in Deutschland vermehrt als wirksam erwiesene Interventionsmerkmale berücksichtigt werden, das heißt, es bedarf hier präventiver Mehrkomponenten-Interventionen, die am Verhalten und zugleich an den Verhältnissen ansetzen. Darüber hinaus sollten bei der Konzeption zielgruppenspezifischer Ansätze verstärkt gesundheitspsychologische Erkenntnisse über den Einfluss von Selbstwirksamkeit, Konsequenzerwartung, subjektiven Normen und Risikowahrnehmung [53] sowie sozioökonomische und -demografische Merkmale und Motiven von körperlich wenig Aktiven [15] berücksichtigt werden.**

## Korrespondenzadresse

**S. Jordan**

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut  
General-Pape-Str. 62–66, 12101 Berlin  
JordanSu@rki.de

**Interessenkonflikt.** Die korrespondierende Autorin weist auf folgende Beziehungen hin: S. Jordan, S. Krug und Dr. G.B.M. Mensink arbeiten am RKI, das zum Geschäftsbereich des BMG gehört und „IN FORM“ durchführt. S. Jordan, S. Krug und Dr. G.B.M. Mensink haben an Arbeitsgruppen von „IN FORM“ teilgenommen. S. Krug war im Rahmen ihrer Tätigkeit am Forschungszentrum für den Schulsport und den Sport von Kindern und Jugendlichen (FoSS) in Karlsruhe an der Evaluation des Bewegungsprogramms von „TigerKids“ beteiligt. M. Weiß gibt keinen Interessenkonflikt an.

## Literatur

1. World Health Organization (WHO) (2010) Global recommendations on physical activity for health. WHO, Geneva. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html)
2. Fuchs R (2007) Bewegung, Gesundheit und Public Health. In: Lengerke T von (Hrsg) Public Health-Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten. Juventa, Weinheim München, 577–91
3. World Health Organization (WHO) (2006) Global Strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. WHO, Geneva. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/pa/en/index.html>
4. Rütten A, Abu-Omar K, Lamper T, Ziese T (2005) Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 26. Robert Koch-Institut, Berlin
5. World Health Organization (WHO) (2004) Global strategy on diet, physical activity and health. WHO, Geneva. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>
6. Abu-Omar K, Rütten A (2006) Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 49:1162–1168
7. U.S. Department of Health and Human Services (HHS) (2008) 2008 physical activity guidelines for Americans. HHS, Washington. <http://www.health.gov/paguidelines>
8. Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC) (2008) Physical Activity Guidelines Advisory Committee report, 2008. U.S. Department of Health and Human Services, Washington
9. Haskell WL, Lee IM, Pate RR et al (2007) Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc 39:1423–1434
10. Lampert T, Mensink GBM, Romahn N, Woll A (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50:634–642
11. Robert Koch-Institut (RKI) (2011) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. RKI, Berlin
12. Europäische Kommission (2008) EU-Leitlinien für körperliche Aktivität. Empfohlene politische Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Betätigung. Europäische Kommission, Brüssel. [http://ec.europa.eu/sport/library/doc/c1/pa\\_guidelines\\_4th\\_consolidated\\_draft\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/sport/library/doc/c1/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_de.pdf)

13. Lampert T, Mensink GBM, Müters S (2012) Verbreitung der körperlich-sportlichen Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz
14. Krug S, Jekauc D, Poethko-Müller C, Woll A, Schlaud M (2012) Zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) und des Motorik-Moduls (MoMo). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz
15. Rütten A, Abu-Omar K, Meierjürgen R et al (2009) Was bewegt die Nicht-Beweger? Gründe für Inaktivität und Bewegungsinteressen von Personen mit einem bewegungsarmen Lebensstil. *Präv Gesundheitsf* 4:245–250
16. Schöppe S, Braubach M (2007) Wohnen, Bewegung und Gesundheit. *Public Health Forum* 15:2–6
17. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe) (2011) International inventory of documents on physical activity promotion. WHO Europe, Copenhagen. <http://data.euro.who.int/PhysicalActivity/?TabID=107125>
18. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011) Praxisdatabank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatabank/>
19. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Projekte von Bund, Ländern und Kommunen. BMELV, BMG, Berlin
20. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009) Programme verschiedener Trägergruppen zur Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen. Anhang des Sondergutachtens „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. SVR, Berlin. <http://www.svr-gesundheit.de>
21. Rosenbrock R, Michel C (2007) Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
22. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg) (2008) Leitfadene Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. KomPart Verlagsgesellschaft, Bonn, Frankfurt am Main
23. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2010) Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. GKV-Spitzenverband, Berlin
24. Deutscher Volkshochschul-Verband (DVV) (2008) Bildung für Gesundheit. Gemeinsam Zukunft gestalten. <http://www.dvv-vhs.de>
25. Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (Hrsg) (2006) Qualitätsmanagement-Handbuch. Sport pro Gesundheit. DOSB, Frankfurt am Main
26. Deutscher Fitness und Aerobic Verband (DFAV) (2011) Ausbildungs- und Fortbildungsprogramm. <http://www.dfav.de>
27. Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) (2011) Sport pro Gesundheit. <http://www.sportpro-gesundheit.de>
28. Arbeitsgemeinschaft Gesundheit – Fitness – Wellness (2011) Informationsseiten von Prae-Fit®. <http://www.prae-fit.de>
29. Strauss A, Herbert B, Mitschek C et al (2011) Tiger-Kids. Erfolgreiche Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 54:322–329
30. Mörath V (2005) Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994. WZB, Berlin. <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2005/i05-302.pdf>
31. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010) Ratgeber zur gesundheitlichen Prävention. BMG, Berlin. <http://www.bmg.bund.de>
32. DGB Bundesvorstand (2010) Gesundheitsrisiko Arbeitslosigkeit – Wissensstand, Praxis und Anforderungen an eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. DGB Bundesvorstand, Berlin. <http://www.dgb.de/themen/++co++44151b30-a92b-11df-6fd9-00188b4dc422>
33. BKK Bundesverband (2010) BKK Gesundheitsreport. BKK Bundesverband, Essen. <http://www.bkk-bv.de>
34. Abeling I, Städtler H (2008) Bewegte Schule – mehr Bewegung in den Köpfen. *Grundschulzeitschrift* 42–45
35. Städtler H (2010) Bewegte Schule Niedersachsen – mehr Bewegung in die Köpfe. *Haltung Bewegung* 30:22–27
36. Mann-Luoma R, Goldapp C, Khaschei M et al (2002) Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45:952–959
37. Gallois KM, Henauw S de, Hassel H et al (2011) Standardisierte Entwicklung der IDEFICS-Intervention und Implementierung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 54:330–338
38. Paulus P, Witteriede H (2008) Schule – Gesundheit – Bildung. Bilanz und Perspektiven. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA), Dortmund
39. Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen (BVBS) (2002) Nationaler Radverkehrsplan 2002–2012. Maßnahmen zur Förderung des Radverkehrs in Deutschland. BVBS, Berlin. <http://www.nationaler-radverkehrsplan.de>
40. Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. BMELV, BMG, Berlin
41. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg) (2010) Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen. Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. BMG, Berlin
42. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC et al (2002) The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med* 22:73–107
43. Kolip P (2010) Instrumentenset zur Evaluation von Bewegung und Bewegungsförderung. <http://www.evaluationstools.de/files/instrumentenset.pdf>
44. Klever-Deichert G, Gerber A, Schröer MA, Plamper E (2007) International erfolgreiche Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Übertragbarkeit auf Deutschland. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006; Ausgabe 09/2007 vom 12.11.2007. Köln. [http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2007-09\\_praeventionspolitik\\_international.pdf](http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2007-09_praeventionspolitik_international.pdf)
45. World Health Organization (WHO) (2009) Interventions on diet and physical activity: what works: summary report. WHO, Geneva. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/pa/en/index.html>
46. Sluijs EM van, McMinn AM, Griffin SJ (2007) Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ* 335:703
47. Marshall AL, Owen N, Bauman AE (2004) Mediated approaches for influencing physical activity: update of the evidence on mass media, print, telephone and website delivery of interventions. *J Sci Med Sport* 7:74–80
48. NICE Public Health Collaborating Centre for Physical Activity (2008) Promoting physical activity for children: Review 4 – Interventions for under eights. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), London. <http://guidance.nice.org.uk/PH17>
49. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P et al (2009) School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6–18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), Art. No.: CD007651. Epub doi:10.1002/14651858.CD007651
50. Jordan S, Lippe E von der, Hagen C (2011) Verhaltenspräventive Maßnahmen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung. In: Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin S 23–33
51. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. SVR, Berlin. <http://www.svr-gesundheit.de>
52. Geuter G, Holleder A (2011) Bewegungsförderung im Alter in Deutschland. *Prävention* (1):2–4
53. Stark A, Fuchs R (2011) Verhaltensänderungsmodelle und ihre Implikationen für die Bewegungsförderung. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW (LIGA) (Hrsg) Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis. LIGA, Düsseldorf, S 27–30