

## 5.6 Handlungsfelder

### 5.6.1 Bewegungsgewohnheiten

Es ist unstrittig, dass Bewegungsmangel einerseits einen zentralen Risikofaktor für die Gesundheit darstellt und körperlich-sportliche Aktivitäten andererseits zu den zentralen Faktoren der Erhaltung sowie der Wiederherstellung der physischen und der psychosozialen Gesundheit gehören<sup>76</sup>. Allerdings stellt sich Gesundheit bei körperlich-sportlichen Aktivitäten nicht „automatisch“ ein: Gesundheitseffekte sind vielmehr abhängig von den Qualitäten der Aktivitäten bzw. von den Qualitäten der Interventionen. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Berücksichtigung der individuellen Voraussetzungen sowie die richtige Dosierung der Belastung. Ferner erfordert eine nachhaltige Sicherung von Gesundheitseffekten – insbesondere für die große Gruppe der langfristig bewegungsabstinenten Menschen – Interventionen auf den Ebenen des Verhaltens und der Verhältnisse. Gesundheitssport kann auf diese Weise als bedeutendes Element einer allgemeinen Gesundheitsförderung aufgefasst werden, mit der gleichermaßen Gesundheits-, Verhaltens-, und Verhältniswirkungen angestrebt werden. In der ersten Phase der Intervention sind dabei Verhaltens- und Verhältniswirkungen prioritär gegenüber Gesundheitswirkungen (im engeren Sinne). Ziel dieser Phase ist es, eine Bindung an gesundheitssportliche Aktivität aufzubauen, da nur so langfristig wirksame Gesundheitseffekte dieser Aktivitäten erreichbar sind. Unter gesundheitlichen Aspekten ideal sind Trainingsinhalte,

die regelmäßig und mit moderater Intensität die Fitnessfaktoren Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit/Beweglichkeit, Koordinationsfähigkeit und Entspannungsfähigkeit sowie die psychosozialen Faktoren (positives emotionales Erleben) adressieren<sup>77</sup>.

**Präventionsprinzip: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität**

Bedarf:

Legt man –wie von der WHO empfohlen –eine Minimalbeanspruchung durch körperlich-sportliche Aktivität von ca. zweieinhalb Stunden wöchentlich mit mäßig anstrengender Intensität zugrunde, so wird diese hierzulande derzeit nur von maximal 10-20% der erwachsenen Bevölkerung erreicht<sup>78</sup>. Die negativen Folgen sind für die Lebensqualität, für die Volksgesundheit sowie für die Ökonomie gravierend. Bewegungsmangel ist ein zentraler Risikofaktor für die Entstehung insbesondere von Herz-Kreislauf- sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen. Körperliche Inaktivität mit ihren Folgen wurde demzufolge bereits als das zentrale Gesundheitsproblem des dritten Jahrtausends bezeichnet<sup>79</sup>.

Wirksamkeit:

Große Bevölkerungsstudien belegen, dass ein zusätzlicher Energieverbrauch durch körperlich-sportliche Aktivität von etwa 1.000 kcal pro Woche insbesondere das koronare Erkrankungsrisiko stark reduziert, aber auch präventiv wirksam ist bei allgemeinen bewegungsmangelbedingten

76 Insbesondere zeigt eine Vielzahl von epidemiologischen Studien eine starke Evidenz für Zusammenhänge zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und positiven Gesundheitswirkungen. Vgl. u. a. Bös, K. & Brehm, W. (2006). Gesundheitssport – Ein Handbuch. Schorndorf. Hänsel F. (2007). Körperliche Aktivität und Gesundheit. In: Fuchs, R., Göhner, W., Seelig, H. (Hrsg.) (2007). Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Göttingen. 23-44. Moore, S.C. et al. (2012). Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality: A Large Pooled Cohort Analysis. PLoS Medicine 9 (11). www.plosmedicine.org. doi:10.1371/journal.pmed.1001335.

77 Brehm, W. et al. (2013). Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung – Eine Expertise. Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. S. 1385-1389. Online unter: DOI 10.1007/s00103-013-1798-y.

78 Krug, S. et al. (2013). Körperliche Aktivität – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt. Jg. 56. S. 765-771. Online unter: DOI 10.1007/s00103-012-1661-6.

79 Blair, S.N. (2000). Physical Inactivity: The major Public Health problem of the next millennium. In: J. Avela, P.V., Komi & J. Komulainen (Eds.). Proceedings, 15th Annual Congress of the European College of Sport Science, Jyväskylä, 8.

(körperlichen und psychosomatischen) Beschwerden. Bewegung, die zielgerichtet, regelmäßig, mit moderater Intensität und einem Mindestumfang von etwa zwei Stunden pro Woche durchgeführt wird, stellt gesichert einen zentralen Schutzfaktor der Gesundheit dar<sup>80</sup>. Mit Blick auf den demographischen Wandel gewinnt der Zusammenhang zwischen regelmäßiger körperlicher Aktivität und der Aufrechterhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit<sup>81</sup> zudem zunehmend an Bedeutung.

**Zielgruppe:**

Gesunde – auch ältere – Versicherte mit Bewegungsmangel, Bewegungseinsteiger und -wiedereinsteiger, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen

**Ziel der Maßnahme:**

Zur Erzielung von Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniswirkungen und der zu erlangenden Handlungskompetenz und Eigenverantwortung sind sechs Kernziele anzusteuern<sup>82</sup>:

- Kernziel 1: Stärkung physischer Gesundheitsressourcen (insbesondere die Faktoren gesundheitsbezogene Fitness, Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit)
- Kernziel 2: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen (insbesondere Handlungs- und Effektwissen, Selbstwirksamkeit, Stimmung, Körperkonzept, soziale Kompetenz und Einbindung)
- Kernziel 3: Verminderung von Risikofaktoren (insbesondere solche des Herz-Kreislauf-Systems sowie des Muskel-Skelett-Systems)
- Kernziel 4: Bewältigung von psychosomatischen Beschwerden und Missbehindenzuständen
- Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität
- Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u. a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung)<sup>83</sup>

Bezogen auf die Zielgruppe ist der Aufbau von Bindung an regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität (Kernziel 5) von zentraler Bedeutung.

**Inhalt:**

Zur Realisierung der sechs Kernziele sollten folgende Inhalte Bestandteile der Programme sein und sich mit ausformulierten Bausteinen im Kursleitermanual wiederfinden:

- Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, mit Hinweisen zur Belastungsdosierung und Belastungsanpassung, zur korrekten Ausführung von Aufgabenstellungen und Übungen, zur motivierenden Durchführung der Module (z. B. Einsatz von

80 Für eine Zusammenstellung der epidemiologisch-gesundheitswissenschaftlichen Befunde zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Sport und Bewegung vgl. Knoll, M., Banzer, W. & Bös, K. (2006<sup>2</sup>). Aktivität und physische Gesundheit. In: Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.). Handbuch Gesundheitssport. Schorndorf: 82-102. Bouchard, C. (2001). Physical activity, and health: introduction to the dose-response symposium. Medicine & Science in Sports & Exercise, 33, 6, 347-350.

81 Angevaren, M., Aufdenkampe, G., Verhaar, H.J.J., Aleman, A., Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Spirduso, W.W., Poon, L.W., Chodzko-Zajko, W. (Hrsg.). (2008). Exercise and its mediating effects on cognition. Champaign, IL: Human Kinetics. Hollmann, W., Strüder, H. (2003). Gehirngesundheit, -leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 54(9): 265-266.

82 Zur Begründung der Ziele und deren Umsetzung vgl. u. a. American College of Sports Medicine (2000). Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Philadelphia etc.; Brehm, W., Bös, K., Cöpper, E. & Saam, J. (2002). Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport. Schorndorf; Brehm, W., Pahmaier, I., Tiemann, M., Ungerer-Föhrich, U. & Bös, K. (2002). Psychosoziale Ressourcen – Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Deutscher Turnerbund. Frankfurt.

83 Tiemann, M., Brehm, W. & Sygusch, R. (2002). Flächen-deckende Institutionalisierung evaluierter Gesundheitssportprogramme. In: Walter, U., Drupp, M. & Schwartz, F.W. (Hrsg.) (2002). Prävention durch Krankenkassen. Weinheim: 226-238. (vgl. auch weitere Beiträge in diesem Band).

- Musik, Herstellung positiver sozialer Kontexte, Kursleiterverhalten)
- Lockerungsübungen im Rahmen der genannten Module zur Förderung der physischen Ressourcen sowie ein Modul zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur gesundheitsförderlichen Wirkung von Bewegung und Entspannung insbesondere der durchgeführten Aufgaben zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Fitness (z. B. Belastungsdosierung, korrekte Ausführung der Übungen)
- Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe,
- Maßnahmen zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
- Kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren) Anregungen für eine ergonomische und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
- Unterstützung der Weiterführung gesundheits-sportlicher Aktivitäten z. B. in Sportvereinen oder Fitnessstudios

Maßnahmen, die sich vorrangig auf bestimmte Organe oder Systeme beziehen, sind immer dem Präventionsprinzip „Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme“ zuzuordnen.

Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit  
Angebote, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennen auf die sechs Kernziele des Sportsports beziehen, können nicht gefördert werden. Ausgeschlossen sind:

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports,
- Maßnahmen, die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen,
- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen beinhalten,
- reine oder überwiegend gerätegestützte Angebote,
- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind,
- Dauerangebote.

Der Zugang zu den Bewegungsmöglichkeiten, die in der Folge des Bewegungsprogramms ausgeübt werden sollen, muss niedrigschwellig möglich sein (z. B. im Hinblick auf Ausstattungsbedarf und Kosten), um eine kontinuierliche Ausübung sowie Erreichbarkeit zu ermöglichen.

Methodik:

- Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit praktischem Training zum Kennenlernen und Einüben des neuen Bewegungsverhaltens
- Informationen über die Zielgruppe, insbesondere zu den Folgewirkungen des Risikofaktors Bewegungsmangel sowie zu Barrieren der Zielgruppe, regelmäßige körperliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten
- Eingehen auf die spezielle Situation der Zielgruppe, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Barrieren, regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten (u. a. zielgruppenangemessene Belastungsvorgaben)
- Verbindung von praktischer Erfahrung mit Kenntnisvermittlung (bzw. Information)
- Verbindung von körperlicher Beanspruchung mit positivem emotionalen Erleben (z. B. durch Rhythmisierung, durch Einsatz von Geräten und Materialien, durch Gruppenaufgaben)
- Verbindungen herstellen zwischen einer problemzentrierten Bewältigung gesundheitlicher Probleme und einer emotionszentrierten Bewältigung

- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärztinnen/Ärzten), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Kooperation mit Sportvereinen)

#### Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere:

- Sportwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor),
- Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in,
- Sport- und Gymnastiklehrer/in,
- Ärztin/Arzt,

sofern sie im Rahmen einer Schulung in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm speziell eingewiesen sind.

- Lizenzierte Übungsleiter/innen der Turn- und Sportverbände mit der Ausbildung „Sport in der Prävention“ (Lizenzstufe II), die in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm speziell eingewiesen sind. Der Einsatz der Übungsleiter/innen ist auf Angebote der Turn- und Sportvereine beschränkt, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden. Weiterhin muss das Präventionsangebot alle hier und in Kapitel 5.3 genannten übergreifenden Förderkriterien erfüllen.

**Präventionsprinzip: Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme**

#### Bedarf:

Einen hohen Stellenwert in den Statistiken der Krankheitsarten nehmen insbesondere folgende Problembereiche bzw. Krankheitsbilder ein, denen primärpräventiv vorgebeugt werden kann:

- Probleme im Bereich des Muskel-Skelettsystems, insbesondere Rückenbeschwerden, Arthrosen, Osteoporose, Inkontinenz sowie Störungen der Motorik (Sturzrisiko, Gangunsicherheiten)
- Probleme im metabolischen Bereich, insbesondere anormale Werte des Blutzuckers, des Blutdrucks, der Lipidparameter, des Gewichts
- Probleme im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems sowie des respiratorischen Systems, insbesondere Einschränkungen im Hinblick auf die Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit sowie die Atmungs- und Lungenfunktionsgrößen
- Probleme im psychischen und psychosomatischen Bereich, z. B. Depressivität, Muskelverspannungen, psychovegetative Probleme, allgemeines psychisches Missbefinden

#### Wirksamkeit:

Insgesamt zeigen die vorliegenden Studien eine hohe Evidenz der gesundheitlichen Wirksamkeit körperlicher Aktivitäten<sup>84</sup>. Von besonderer Bedeutung ist eine an den Zielgruppen und ihren Gefährdungen ausgerichtete Intervention (z. B. Frauen vor einsetzender Menopause zur Prävention von Osteoporose, Ältere zur Prävention sturzbedingter Verletzungen).

#### Zielgruppe:

Versicherte mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelettsystems, im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems und des metabolischen

84 Dickhuth, H.H. (2000). Einführung in die Sport- und Leistungsmedizin. Schorndorf; Linton, S.J. & van Tulder, M.W. (2001). Preventive Interventions for Back and Neck Pain Problems? Spine, 26, 7, 778-787; Pandolf, K.B. (ed.): Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence based symposium. Med Sci Sports Exerc: 33(2001) Suppl., 345-641; Samitz, G. & Baron, R. Epidemiologie der körperlichen Aktivität. In: Samitz G., Mensink G. (Hrsg.) (2002). Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. München; Vuori, I. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. Med. Sci. Sports Exerc., 33, 551-586; Gillespie, I.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Lamb, S.E., Gates, S., Cumming, R.G., Rowe, B.H. (2009). Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. Apr.;(2):CD007146.

Bereichs, im psychosomatischen Bereich und im Bereich der motorischen Kontrolle, jeweils ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen

Ziel der Maßnahme:

Wie beim Präventionsprinzip „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ sind auch hier die Maßnahmen an den sechs Kernzielen von Gesundheitssport auszurichten, wobei zielgruppenspezifische Betonungen einzelner Kernziele notwendig sind.

Inhalt:

Die folgenden Inhalte beziehen sich wie beim Präventionsprinzip „Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität“ grundsätzlich auf die sechs Kernziele von Gesundheitssport. Im Hinblick auf die Prävention der unter „Bedarf“ genannten Krankheitsarten gilt es, die Inhalte jeweils auf die spezifischen Problembereiche zu beziehen und dabei u. a. spezielle Ressourcen zu betonen (z. B. die Ausdauer bei Problemen im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems), indikationsbezogene Inhalte deutlich zu machen (z. B. Zusammenhang zwischen Bewegung und Ernährung bei Problemen im metabolischen Bereich) oder problemzentrierte Bewältigungsstrategien zu spezifizieren (z. B. Schmerzbewältigung bei Problemen im Bereich des Muskel-Skelett-Systems). Als spezielle Angebote für ältere Versicherte kommen insbesondere Trainings zur Sturzprävention in Betracht, da hier vor allem Frakturen vermieden werden können<sup>85</sup>.

Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen sollten folgende Inhalte Bestandteile der Programme sein und sich mit ausformulierten Bausteinen im Kursleitermanual wiederfinden:

- Module zur Verbesserung der physischen Ressourcen Ausdauer, Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit unter Berücksichtigung

zielgruppengemäßer Schwerpunktsetzungen, mit Hinweisen zur indikationsspezifischen Belastungsdosierung und Belastungsanpassung, zur korrekten Ausführung von Aufgabenstellungen und Übungen, zur motivierenden Durchführung der Module (z. B. Einsatz von Musik, Herstellung positiver sozialer Kontexte, Kursleiterverhalten)

- Lockerungsübungen im Rahmen der genannten Module zur Förderung physischer Ressourcen sowie ein Modul zur Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur Wirkung der körperlichen Aktivitäten bei der problemzentrierten Bewältigung spezifischer Gesundheitsprobleme
- Aufbau von Handlungs- und Effektwissen zur Durchführung der Aktivitäten (z. B. indikationsbezogene Belastungsdosierung, korrekte Ausführung der Übungen)
- Vermittlung von Körpererfahrung und positiven Bewegungserlebnissen in der Gruppe
- Maßnahmen zur Unterstützung der Integration des Gelernten in das Alltagsleben nach Interventionsende
- Kontinuierliche Information und Anleitung zu gesundheitsförderlichen Bewegungsabläufen im Alltag, vermehrter regelmäßiger Bewegung im Alltag (z. B. Treppensteigen, Radfahren)
- Anregungen für eine ergonomische und gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung sowie zur Vermeidung von einseitig belastenden Situationen in Beruf und Alltag
- Unterstützung der Weiterführung gesundheitssportlicher Aktivitäten z. B. in Sportvereinen

#### Ausschlusskriterien für eine Förderfähigkeit

Angebote, die sich nicht explizit und inhaltlich erkennbar auf die sechs Kernziele des Gesundheitssports beziehen, können nicht gefördert werden. Ausgeschlossen sind:

- Angebote des allgemeinen Freizeit- und Breitensports,
- Maßnahmen die vorwiegend dem Erlernen einer Sportart dienen,

<sup>85</sup> Vgl. Becker, C., Blessing-Kapelke, U. im Auftrag der Bundesinitiative Sturzprävention (2011). Empfehlungspapier für das körperliche Training zur Sturzprävention bei älteren, zu Hause lebenden Menschen; Z Gerontol Geriat 44 (2011) 121-128.



- Maßnahmen, die einseitige körperliche Belastungen beinhalten,
- reine oder überwiegend gerätgestützte Angebote,
- Angebote, die an die Nutzung von Geräten bestimmter Firmen gebunden sind sowie
- Dauerangebote.

Der Zugang zu den Bewegungsmöglichkeiten, die in der Folge des Bewegungsprogramms ausgeübt werden sollen, muss niedrighschwellig möglich sein (z. B. im Hinblick auf Ausstattungsbedarf und Kosten), um eine kontinuierliche Ausübung sowie Erreichbarkeit zu ermöglichen.

Methodik:

- Verhaltensorientierte Gruppenberatung mit praktischem Training zum Kennenlernen und Einüben des neuen Bewegungsverhaltens
- Informationen über die Zielgruppe, insbesondere zu den speziellen Gesundheitsproblemen und Risiken der Zielgruppe (differenziert nach den jeweils speziellen Problemen im Hinblick auf den Bereich des Muskel-Skelett-Systems, den Bereich des Herz-Kreislauf-Systems und den metabolischen Bereich sowie den psychosomatischen Bereich); Informationen zu Barrieren der Zielgruppe, regelmäßige körperliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten,
- Eingehen auf die spezielle Situation der Zielgruppe, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Barrieren, regelmäßige gesundheitssportliche Aktivität aufzunehmen und beizubehalten (u. a. zielgruppenangemessene Belastungsvorgaben)
- Verbindung von praktischer Erfahrung mit Kenntnisvermittlung (Handlungs- und Effektwissen unter Berücksichtigung des speziellen Problembereichs)
- Verbindung von körperlicher Beanspruchung mit positivem emotionalen Erleben (z. B. durch Rhythmisierung, durch Einsatz von Geräten und Materialien, durch Gruppenaufgaben)
- Zielgruppenangemessene Belastungsvorgaben, insbesondere unter Berücksichtigung vorhan-

dener Risikofaktoren, des jeweiligen gesundheitlichen Problembereichs, von Barrieren und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen

- Vermittlung von Strategien zur Bindung an körperliche Aktivität (z. B. Handlungsplanung, Barrierenmanagement)
- Vernetzung des Angebots einerseits zur Erleichterung eines Einstiegs (z. B. mit Ärzten), andererseits zur Unterstützung des Übergangs in Folgeangebote (z. B. durch Angebote im institutionellen Rahmen von Sportvereinen)

Anbieterqualifikation:

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen kommen Fachkräfte mit einem staatlich anerkannten Berufs- oder Studienabschluss im Bereich Bewegung in Betracht, insbesondere:

- Sportwissenschaftler/in (Abschlüsse: Diplom, Staatsexamen, Magister, Master, Bachelor),
- Krankengymnast/in, Physiotherapeut/in,
- Sport- und Gymnastiklehrer/in,
- Ärztin/Arzt

mit Zusatzqualifikation einer anerkannten Institution für den jeweiligen Problembereich (z. B. Lizenz zur Durchführung der Rückenschule<sup>86</sup>, vergleichbar in anderen Indikationsbereichen) und Einweisung in das durchzuführende Bewegungsprogramm<sup>87</sup>.

Zur Durchführung von Maßnahmen für Personen mit speziellen Risiken im Bereich des Muskel-Skelett-Systems kommen ferner Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten sowie Masseurinnen/Masseure jeweils mit einer Zusatzqualifikation für diesen

86 Entsprechend den Inhalten des Curriculums der Konföderation der deutschen Rückenschulen (KdöR) zur Weiterbildung Rückenschullehrer/in ([www.kddr.de](http://www.kddr.de)).

87 Für Kursangebote zur Sturzprävention kommen ferner lizenzierte Übungsleiterinnen/Übungsleiter der Turn- und Sportverbände mit der Ausbildung „Sport in der Prävention“ (Lizenzstufe II) sowie Fortbildung zur Sturzprävention und Einweisung in das durchzuführende Sturzpräventionsprogramm in Betracht. Der Einsatz der Übungsleiterinnen/Übungsleiter ist auf Sturzpräventionsangebote der Turn- und Sportvereine beschränkt, die mit dem Qualitätssiegel SPORT FÜR GESUNDHEIT ausgezeichnet wurden. Weiterhin muss das Präventionsangebot alle hier und in Kapitel 5.3 genannten übergreifenden Kriterien erfüllen.

Bereich bei einer anerkannten Institution sowie einer Einweisung in das durchzuführende Gesundheitssportprogramm in Betracht.

### 5.6.2 Ernährung

Der Ernährung kommt eine zentrale Rolle sowohl für den Erhalt der Gesundheit als auch bei der Entstehung bestimmter Erkrankungen zu. Nach Angaben des Ernährungsberichts 2004 sind über zwei Drittel aller Todesfälle auf Erkrankungen zurückzuführen, bei denen die Ernährung als alleinige Ursache oder als einer von mehreren Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt ist<sup>88</sup>. Aufgrund der großen Bedeutung des Ernährungsverhaltens für die Entstehung dieser Erkrankungen stellt die Förderung einer gesundheitsgerechten Ernährung ein zentrales Handlungsfeld der Krankenkassen in der primären Prävention dar.

Das Ernährungsverhalten ist auch von strukturellen Voraussetzungen (z. B. der Verfügbarkeit eines qualitativ hochwertigen Lebensmittelangebots) abhängig. Um die Ernährungssituation in Deutschland nachhaltig zu verbessern, sind neben den in diesem Kapitel beschriebenen verhaltenspräventiven Ernährungsangeboten daher auch weitere, insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen (z. B. in Bezug auf das Lebensmittelangebot und die Lebensmittelkennzeichnung) erforderlich, die nicht in die Zuständigkeit der GKV fallen.

#### Präventionsprinzip: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

##### Bedarf:

Für viele chronische Krankheiten wurde eine Abhängigkeit von der Ernährung festgestellt. Zu diesen zählen insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, einige bösartige Neubildungen, Krankheiten des Verdauungssystems

sowie endokrine Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen (darunter mit wachsender epidemiologischer Bedeutung Diabetes mellitus Typ 2)<sup>89</sup>. Zusätzlich werden Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten sowie Mangelkrankungen als durch die Ernährungsweise beeinflussbar angesehen<sup>90</sup>.

Auf Grundlage der Nationalen Verzehrstudie II<sup>91</sup> ist die Ernährungssituation der Bevölkerung weiterhin als unbefriedigend einzustufen in Bezug auf:

- Höhe und Qualität der Fettzufuhr,
- Höhe und Qualität der Kohlenhydratzufuhr (zu hoher Zuckerverzehr, zu geringe Aufnahme an Ballaststoffen),
- Höhe der Natriumzufuhr (zu hoher Kochsalzverzehr bei Männern),
- Versorgung mit Calcium und Jod,
- Versorgung mit Folat und Eisen, insbesondere bei Frauen, die schwanger werden wollen oder könnten,
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr mit energiefreien/-armen Getränken.

Insgesamt werden in Deutschland zu viele Lebensmittel tierischen Ursprungs wie Fleisch-erzeugnisse und Wurst und zu wenige pflanzliche Lebensmittel wie Obst und Gemüse verzehrt<sup>92</sup>. Zur Verbesserung der Ernährungssituation sind Verhaltensänderungen in der Bevölkerung in Richtung einer fleisch-, fett-, zucker- und salzärmeren, gleichzeitig aber vitamin-, mineralstoff- sowie ballaststoffreicheren Ernährungsweise erforderlich. Eine Ernährungsweise mit geringer Energiedichte und hoher Nährstoffdichte sollte angestrebt werden.

89 Ebd., S. 95.

90 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.) (2013). DGE-Beratungs-Standards. 10. vollständ. überarb. Auflage, Bonn.

91 2005-2007, N=19.329 Jugendliche und Erwachsene zwischen 14 und 80 Jahren.

92 Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (Hrsg.). 12. Ernährungsbericht 2012. Bonn. S. 19-85, insbesondere S. 82-84.

88 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V. im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). Ernährungsbericht 2004. Bonn. S. 94 und 96.