



Projektskizze zum

Modellprojekt „Fitmach-Aktion: fit & gesund im Saarland“

März 2022

Deutsche Hochschule für Prävention und
Gesundheitsmanagement (DHfPG)
Hermann-Neuberger-Sportschule 3
66123 Saarbrücken

Verfasser:

Prof. Dr. phil. Christoph Eifler
Prof. Dr. rer. oec. Sarah Kobel
Prof. Dr. phil. Arne Morsch
Prof. Dr. phil. Markus Wanjek



1 Hintergrund und Relevanz des Projektes

Bewegungsmangel ist ein stark verbreitetes Problem in Deutschland. Von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] sowie von anderen internationalen Fachgesellschaften wurden evidenzbasierte Bewegungsempfehlungen für verschiedene Bevölkerungsgruppen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, Ältere, Erwachsene mit chronischen Erkrankungen) veröffentlicht (Department of Health and Social Care [DHSC], Llwodraeth Cymru Welsh Government, Department of Health Northern Ireland & Scottish Government, 2019; Garber et al., 2011; USDHHS, 2018, WHO, 2020). Diese Empfehlungen zielen auf den Erhalt und die Verbesserung der Gesundheit und sehen mindestens 2-mal wöchentlich ein Krafttraining sowie 150 min moderates bzw. 75 min intensives Ausdauertraining pro Woche vor.

Die Umsetzung dieser gesundheitsförderlichen Bewegungsempfehlungen gelingt der deutschen Bevölkerung bisher allerdings nur unzureichend. Befragungsdaten der GEDA 2014/2015-EHIS zeigen, dass nur 45 % der Erwachsenen über 18 Jahre die Bewegungsempfehlungen für Ausdaueraktivitäten (≥ 150 min/Woche) und 29 % für muskelkräftigende Aktivitäten (mind. 2-mal pro Woche) erreichen. Beide Empfehlungen (Ausdauer und Kraft in Kombination) werden sogar nur von 23 % umgesetzt (Finger, Mensink, Lange & Manz, 2017). **Hinzu kommt, dass die Problematik des Bewegungsmangels vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie nochmals verschärft wird.** Studien der DHfPG (2021) zeigen, dass selbst körperlich aktive Menschen während der Krise häufig an Motivation zum körperlichen Training verloren haben und die Trainingshäufigkeit sinkt.

Die Folgen fehlender oder nur unzureichender körperlicher Aktivität aber sind gravierend: Neben verschiedenen Ernährungsfaktoren und dem Konsum von Genussmitteln wie beispielsweise Tabak oder Alkohol gehört körperliche Inaktivität (Bewegungsmangel) zu den Hauptrisikofaktoren für nicht übertragbare Erkrankungen (noncommunicable diseases, NCDs) (Booth, Roberts & Laye, 2012; Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten [DANK], 2016; Lee et al., 2012; WHO, 2014), zu denen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, chronische Atemwegserkrankungen, psychische Störungen und Muskel-Skeletterkrankungen (MSE) zählen.

Weiter zeigen Studien der DHfPG (2021), dass sich eine unzureichende körperliche Aktivität negativ auf das wahrgenommene körperliche Befinden auswirkt. Personen, die während des Lockdowns von November 2020 bis Februar 2021 nur einmal pro Woche oder seltener trainierten, fühlen sich signifikant schlechter ($M = 2,32$) als Personen, die zwei- bis dreimal pro Woche trainierten ($M = 3,02$) oder viermal oder häufiger körperlich aktiv waren ($M = 3,53$) (Skala zum körperlichen Befinden: 1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut). Mit zunehmender Trainingshäufigkeit verbessert sich das körperliche Befinden hingegen signifikant. Fehlendes körperliches Training wirkt sich zudem negativ auch auf das Körpergewicht und die Körperzusammensetzung der Menschen aus. Durchschnittlich 5,34 Kilogramm haben die Befragten während der Corona-Krise an Gewicht zugenommen (DHfPG, 2021).

Durch einen **körperlich aktiven Lebensstil** wäre eine Vielzahl der skizzierten **Gesundheitsprobleme weitgehend vermeidbar** (Physical Activity Guidelines Advisory Committee [PAGAC], 2018). Aus diesem Grund müssen Maßnahmen ergriffen werden, die dem Bewegungsmangel entgegenwirken und das Bewegungsverhalten der Bevölkerung verbessern. Studien der DHfPG (2021) zeigen, dass die Bereitschaft, künftig mehr auf die eigene Gesundheit zu achten, in der Bevölkerung zwar gegeben ist. Die Umsetzung dieser Verhaltensintention gelingt einem Großteil der Menschen ohne aktive Unterstützung durch einen qualifizierten Gesundheitsdienstleister aktuell jedoch nicht.



2 Zielsetzung des Modellprojektes

Das Modellprojekt adressiert die in Abschnitt 1 skizzierte Problematik des Bewegungsmangels in Deutschland. Im Sinne der Gesunderhaltung der Bevölkerung gilt es, diesem Bewegungsmangel aktiv entgegenzuwirken. Durch das Modellprojekt soll Menschen mit einem fehlenden oder einem nur unregelmäßigen Bewegungsverhalten der Zugang zu einem regelmäßigen körperlichen Training und dem damit einhergehenden Gesundheitsnutzen ermöglicht werden.

Übergeordnetes Ziel des Modellprojektes „Fitmach-Aktion – fit & gesund im Saarland“ ist es hierbei, bei einer möglichst großen Anzahl an Teilnehmer:innen im Saarland den Bewegungsumfang im Sinne der Bewegungsempfehlungen der WHO (2-mal wöchentlich Krafttraining und 150 min moderates bzw. 75 min intensives Ausdauertraining pro Woche) zu steigern.

Dazu erhalten die Teilnehmer:innen am Modellprojekt für die Dauer der Projektlaufzeit Zugang zu einer der teilnehmenden Fitness- und Gesundheitsanlagen, wo sie nach einem auf sie zugeschnittenen Trainingsplan, der den Empfehlungen der WHO folgt, trainieren. Die Teilnehmer:innen erhalten hierbei bedarfsorientiert Unterstützung durch qualifiziertes Personal in den Fitness- und Gesundheitsanlagen.

Durch das Modellprojekt soll der Grundstein gelegt werden, um regelmäßige körperliche Aktivität in das Leben der Saarländerinnen und Saarländer – auch über die Dauer des Modellprojektes hinaus – zu integrieren, um die im nachfolgenden Abschnitt dargestellten gesundheitsprotektiven und krankheitspräventiven Effekte regelmäßigen körperlichen Trainings auch langfristig realisieren zu können.



3 Gesundheitliche Effekte körperlichen Trainings

Hinsichtlich der vielfältigen gesundheitsförderlichen Effekte von körperlicher Aktivität liegt eine überzeugende wissenschaftliche Evidenz vor. Ein Mindestmaß an regelmäßiger körperlicher Aktivität schützt vor der Entstehung der meisten NCDs und vor frühzeitigem Tod. Ebenso lassen sich bereits bestehende Erkrankungen und gesundheitliche Beschwerden verbessern. Auch im Hinblick auf ein gesundes Altern ist regelmäßige körperliche Aktivität essenziell (PAGAC, 2018). Tabelle 1 liefert eine Übersicht über die wichtigsten evidenzbasierten Gesundheitseffekte von regelmäßiger körperlicher Aktivität:

Tab. 1: Evidenzbasierte Gesundheitseffekte regelmäßiger körperlicher Aktivität bei Erwachsenen (18-64 Jahren) und Älteren (≥ 65 Jahre) (modifiziert nach PAGAC, 2018; U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2008; Warburton, Charlesworth, Ivey, Nettlefold & Bredin, 2010)

Übergewicht/Adipositas	Körpergewichtsmanagement <ul style="list-style-type: none">- Erhalt eines normalen, gesunden Körpergewichts über die Lebensspanne- Unterstützung einer Gewichtsreduktion- Verhinderung einer Gewichtszunahme nach initialer Gewichtsreduktion- Positive Beeinflussung Übergewichts-assoziiierter Erkrankungen
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	vermindertes Erkrankungsrisiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Hypertonie
Krebserkrankungen	vermindertes Erkrankungsrisiko für Darm-, Brust-, Lungen-, Speiseröhren-, Magen-, Gebärmutter-schleimhaut-, Blasen- und Nierenkrebs
Stoffwechselerkrankungen	vermindertes Erkrankungsrisiko für Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie, Metabolisches Syndrom
Muskel-Skelett-Erkrankungen	Verbesserung von Schmerzen und Funktionseinschränkungen bei Rückenschmerzen (Low Back Pain) und Arthrose (Hüfte, Knie) vermindertes Erkrankungsrisiko für Osteoporose
Psychische Störungen	vermindertes Erkrankungsrisiko für Depression, Angststörungen und Demenz
Alter	Verbesserung der funktionalen Gesundheit Vermindertes Sturzrisiko und Risiko für Sturz-assoziierte Verletzungen Verbesserung der Lebensqualität Erhalt der Selbstständigkeit
Sterblichkeit	vermindertes Risiko für vorzeitigen Tod

4 Rahmenkonzept zum Modellprojekt „Fitmach-Aktion: fit & gesund im Saarland“ in qualitätsgesicherten Fitness- und Gesundheitsanlagen

4.1 Evidenzbasierte Bewegungsempfehlungen als Basis des Trainingsplans

Die zum Erhalt sowie zur Verbesserung der Gesundheit und zur Prävention von NCDs in Abschnitt 1 bereits skizzierten evidenzbasierten Bewegungsempfehlungen sind in nachfolgender Tabelle nochmals dargestellt:

Tab. 2: Mindestempfehlungen für gesundheitsförderliche körperliche Aktivität für gesunde Erwachsene (18-64 Jahre), Ältere (ab 65 Jahre) und Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung (modifiziert nach Rütten & Pfeifer, 2016; WHO, 2020)

muskelkräftigende körperliche Aktivität (Krafttraining)	Mindestens an 2 Tagen/Woche mit moderater oder höherer Intensität unter Berücksichtigung aller Hauptmuskelgruppen
aerobe körperliche Aktivität (Ausdauertraining)	mindestens 150 Minuten/Woche mit moderater Intensität oder 75 Minuten/Woche mit hoher Intensität

4.2 Umsetzungskonzept

Folgende Vorgehensweise ist vorgesehen (s. Tabelle 3):

Tab. 3: Fünf-Stufen-Modell der Trainingssteuerung zur Umsetzung der evidenzbasierten Trainingsempfehlungen in Fitness- und Gesundheitsanlagen

Stufe	Inhalte
1: Analyse	<ul style="list-style-type: none"> Führen des Eingangsgesprächs mit dem Probanden/der Probandin Erfragung des individuellen Gesundheitszustands/gesundheitliche Risiken inkl. Bewertung (Vorgabe stand. Fragen durch die Hochschule) Ausfüllen des Einstiegsfragebogens; dieser beinhaltet insbesondere das körperliche Aktivitätsverhalten (Trainingshäufigkeit, Trainingsart) <ul style="list-style-type: none"> Erhebung ergänzender Parameter (z. B. subjektiv empfundener Gesundheitszustand, subjektives körperliches Befinden, subjektives mentales Befinden)
2: Zielsetzung	Definition individueller, messbarer Trainings-/Gesundheitsziele als Basis der Trainingsplanung
3: Planung	<ul style="list-style-type: none"> Erstellen eines 8-wöchigen Trainingsplans durch die Fitness-/Gesundheitsanlage Planungsgrundlage sind die evidenzbasierten Bewegungsempfehlungen der WHO (s. Abschnitt 4.1)
4: Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> individuelle Einweisung in das Trainingsprogramm bedarfsorientierte Trainingsbetreuung
5: Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> Ausfüllen eines Fragebogens nach 4 Wochen (Zwischenuntersuchung) und nach 8 Wochen (Endevaluation) Inhalte der Befragung entsprechen den Inhalten des Einstiegsfragebogens Ziel: Analyse des Bewegungsumfangs während der Projektlaufzeit (Überprüfung der Einhaltung der evidenzbasierten Bewegungsempfehlungen)



In einem ersten Schritt werden der individuelle Gesundheitszustand sowie mögliche gesundheitliche Risiken des Probanden/der Probandin erfragt und bewertet. Angepasst an die individuellen Rahmenparameter der Proband:innen (z. B. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand) wird durch die teilnehmende Fitness-/Gesundheitsanlage ein den Empfehlungen der WHO entsprechender Trainingsplan (2-mal wöchentlich Krafttraining und 150 min moderates bzw. 75 min intensives Ausdauertraining pro Woche) für den Zeitraum von 8 Wochen erstellt.

Das Projekt wird seitens der DHfPG wissenschaftlich begleitet, um den Bewegungsumfang der Proband:innen während des achtwöchigen Projektzeitraums zu erfassen und die Veränderungen im Bewegungsumfang zu dokumentieren. So kann überprüft werden, ob es durch das Modellprojekt gelungen ist, den Bewegungsumfang der Teilnehmer:innen am Modellprojekt im Sinne der Bewegungsempfehlungen der WHO zu steigern und über die Projektdauer aufrechtzuerhalten.

Ergänzend soll das subjektive Empfinden der Proband:innen im Rahmen der Befragung zu den drei genannten Zeitpunkten erfasst werden. Hierbei wird auf ein Experimentaldesign verzichtet, die in Tab.3 dargestellten, zusätzlich zu erhebenden Parameter werden ergänzend erhoben, ohne dass ein Kausalzusammenhang überprüft werden soll.

Die Fragebögen werden den teilnehmenden Fitness- und Gesundheitsanlagen von der DHfPG zur Verfügung gestellt. Der Fragebogen wird als Online-Fragebogen konzipiert und wird den Proband:innen durch die Fitness-/Gesundheitsanlage zugänglich gemacht (via Link oder über Scan des QR-Codes, Ausfüllen durch die Proband:innen vor Ort). Bei Bedarf (z. B. bei nicht internetaffinen Proband:innen) stehen auch Papierfragebögen zur Verfügung, die die Proband:innen in der Fitness-/Gesundheitsanlage ausfüllen und die dann seitens der Fitness-/Gesundheitsanlage postalisch an die Hochschule zu übermitteln sind. Alle datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden berücksichtigt.

Start des Projektes: ab 5. April 2022 (Datum der Auftaktveranstaltung)

Zeitdauer: 8-wöchige Trainingsphase (netto) je Proband:in

Zielgruppe: Personen, die kein regelmäßiges Fitness- und Gesundheitstraining betreiben (d.h. seit mindestens 12 Monaten kein Training, wenig oder unregelmäßiges Bewegungsverhalten; insbesondere auch Personen höheren Alters sollen angesprochen werden, um ein regelmäßiges Bewegungsverhalten in deren Alltag zu integrieren; regelmäßiges Training bedeutet mindestens 2-mal pro Woche Kraft und dazu Ausdauertraining (150 min moderat oder 75 min intensiv pro Woche))

Die Stichprobengröße soll $n = 1.000$ betragen. Außer dem beschriebenen fehlenden bzw. unzureichenden Bewegungsverhalten werden keine Ausschlusskriterien für die Teilnahme definiert, um einer möglichst breiten Masse den Zugang zu einer regelmäßigen körperlichen Aktivität bei qualifizierten Gesundheitsdienstleistern zu ermöglichen (sofern nicht gesundheitliche Aspekte entgegenstehen; hierzu wird der individuelle Gesundheitszustand sowie ggf. bestehende Risiken zu Beginn erfragt und bewertet, siehe Tabelle 3, Schritt 1).



4.3 Qualitätsanforderungen an teilnehmende Fitness-/Gesundheitsanlagen

Trainingsleitlinie: Umsetzung eines kombinierten Kraft- und Ausdauertrainings gemäß den evidenzbasierten Bewegungsempfehlungen der WHO (2020): mindestens 2-mal pro Woche Krafttraining und 150 min moderates bzw. 75 min intensives Ausdauertraining pro Woche

Hinweis: eine Teilnahme ist auch dann möglich, wenn die Anlage nur Krafttraining bzw. nur Ausdauertraining, nicht aber beide Trainingsformen anbieten kann; hier bedarf es vorab einer Anzeige an die DHfPG, damit ein Alternativkonzept gefunden werden kann

Leistungsangebot: vorhandenes Trainingsangebot zur Durchführung von Krafttraining und Ausdauertraining

Qualifiziertes Personal: bedarfsgerechte Unterstützung der Projektteilnehmer und Projektteilnehmerinnen bei der Umsetzung der WHO-Empfehlungen durch ausgebildete Trainerinnen und Trainer

Risikoabklärung: initiale gesundheitliche Risikoabklärung der Projektteilnehmer und Projektteilnehmerinnen durch eine Gesundheitsbefragung vor Beginn (s. Tab.3, Stufe 1)

Beitrag zur wiss. Evaluation: Es werden zu insgesamt drei Zeitpunkten Daten erhoben: Zum Beginn des Projektes (t0), nach 4-wöchiger Trainingsphase (t1) und nach 8-wöchiger Trainingsphase (t2). Die teilnehmenden Einrichtungen verpflichten sich, Sorge zu tragen, dass die Proband:innen zu den jeweils vorgegebenen Zeitpunkten t0 (Einstieg), t1 (nach 4 Wochen) und t2 (nach 8 Wochen) Zugang zu den Fragebögen erhalten und diese – am besten vor Ort in der Fitness-/Gesundheitsanlage – komplettieren.

Aufgrund eventuell unterschiedlichen Eintrittstermine der Proband:innen müssen die Fitness- und Gesundheitsanlagen Sorge dafür tragen, dass jeder Proband/jede Probandin zu den jeweils für sie geltenden Zeitpunkten (Einstieg, nach 4 Wochen, nach 8 Wochen) Zugang zu den Befragungen erhalten und diese komplettieren. Am besten werden direkt am Starttag die Termine für die Evaluation nach 4 Wochen bzw. 8 Wochen mit dem Probanden/der Probandin terminiert.

Abschluss eines Probevertrages mit automatisch endender Laufzeit: Die teilnehmenden Fitness-/Gesundheitsanlagen schließen (aus versicherungstechnischen Gründen) mit den Proband:innen für die Zeitdauer des Projektes (8 Wochen) einen Vertrag, der es den Proband:innen ermöglicht, in diesem Zeitraum kostenfrei zu trainieren. Der Vertrag muss nach Ablauf der 8-wöchigen Projektlaufzeit automatisch enden. Eine automatische Verlängerung des Vertrages oder die Notwendigkeit einer Kündigung durch den Probanden/die Probandin ist nicht gestattet.

Diese Qualitätskriterien sind in einer Selbstverpflichtungserklärung durch die teilnehmende Fitness-/Gesundheitsanlage zu bestätigen (s. Anlage 1).



Literaturverzeichnis

- Booth, F. W., Roberts, C. K. & Laye, M. J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2 (2), 1143–1211. <https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.). (2019). *Statusbericht 2018 Dokumentation der Statuskonferenz "Prävention nichtübertragbarer Krankheiten - der WHO-Aktionsplan und seine Umsetzung in Deutschland"*. 10. Dezember 2018. Berlin. Zugriff am 09.07.2019. Verfügbar unter https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_Statusbericht_17.pdf
- Department of Health and Social Care, Llwodraeth Cymru Welsh Government, Department of Health Northern Ireland & Scottish Government. (2019). *UK Chief Medical Officers' Physical Activity Guidelines*. Zugriff am 17.10.2019. Verfügbar unter <https://www.gov.uk/government/publications/physical-activity-guidelines-uk-chief-medical-officers-report>
- Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten. (2016). *Prävention nichtübertragbarer Krankheiten - eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Grundsatzpapier der Deutschen Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK)*. Berlin: Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK). Zugriff am 18.10.2019. Verfügbar unter https://www.dank-allianz.de/files/content/dokumente/DANK-Grundsatzpapier_ES.pdf
- Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement. (2019). *Studienbrief Trainingslehre I (Rev 22)*. Saarbrücken: Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement (DHfPG).
- DHfPG. (2021). *Fitnessstraining ist keine reine Freizeitbeschäftigung, sondern aktive Gesundheitsvorsorge. Die Bedeutung der Fitness- und Gesundheitsbranche als Gesundheitsdienstleister*. Zugriff am 25.10.2021. Verfügbar unter <https://www.dhfgp-bsa.de/abhandlung-gesundheitsfoerderung/>
- DSSV Arbeitgeberverband Deutscher Fitness- und Gesundheits-Anlagen, Deloitte & Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement. (2019). *Eckdaten der deutschen Fitness-Wirtschaft 2019*. Hamburg: DSSV Arbeitgeberverband Deutscher Fitness- und Gesundheits-Anlagen. Zugriff am 17.04.2019.
- Finger, J. D., Mensink, G. B. M., Lange, C. & Manz, K. (2017). Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2), 37–44. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-027>
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I.-M. et al. (2011). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *American College of Sports Medicine Position Stand. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 43 (7), 1334–1359. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213fefb>
- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380 (9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2018). *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services. Zugriff am 09.07.2019. Verfügbar unter https://health.gov/paguidelines/second-edition/report/pdf/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H. & Krämer, A. (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. *Deutsches Ärzteblatt*, 111 (38), 629–638. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0629>
- Riebe, D., Ehrman, J. K., Liguori, G. & Magal, M. (Eds.). (2018). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (10th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.). (2016). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Erlangen: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.



- Statistisches Bundesamt. (2017). *Gesundheit. Krankheitskosten*. 2015 (Fachserie 12 Reihe 7.2.1). Zugriff am 04.04.2018. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/KrankheitskostenJahr2120721159004.pdf?__blob=publicationFile
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report*. Washington D.C.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans* (2nd Ed.). Zugriff am 09.07.2019. Verfügbar unter https://health.gov/paguidelines/second-edition/pdf/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf
- University of Washington. (2019). *GBD Compare. Viz Hub. Treemap (causes) Germany. Both sexes, All ages, 2017, Deaths*. Zugriff am 18.10.2019. Verfügbar unter <http://ihmeuw.org/4xzv>
- Warburton, D. E. R., Charlesworth, S., Ivey, A., Nettlefold, L. & Bredin, S. S. (2010). A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-39>
- World Health Organization. (2020). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Tackling NCDs: 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable disease*. Geneva: World Health Organization (WHO). Zugriff am 18.10.2019. Verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2018). *NCD Country Profile 2016: Germany. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization (WHO). Zugriff am 18.10.2019. Verfügbar unter https://www.who.int/nmh/countries/deu_en.pdf?ua=1



Anlage 1: Selbstverpflichtungserklärung

Hiermit versichere ich, die für die Teilnahme am Modellprojekt erforderlichen Qualitätskriterien (nachfolgend aufgelistet) zu erfüllen:

1. In der (den) teilnehmenden Fitness-/Gesundheitsanlage(n) ist die Umsetzung eines kombinierten Kraft- und Ausdauertrainings gemäß den evidenzbasierten Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2020) möglich (mind. 2 Tage pro Woche Krafttraining und 150 min moderates bzw. 75 min intensives Ausdauertraining).
[sofern in der Anlage nur Krafttraining bzw. nur Ausdauertraining möglich ist, muss dies bei Anmeldung der DHfPG mitgeteilt werden]
2. Es erfolgt eine initiale gesundheitliche Risikoabklärung der Projektteilnehmer/innen durch eine Gesundheitsbefragung. Hierzu ist der von der DHfPG zur Verfügung gestellte Fragebogen zu verwenden (abrufbar im Login-Bereich unter www.fitmach-aktion.de). Sollten hierbei gesundheitliche Risiken festgestellt werden, bedarf die Teilnahme einer Zustimmung durch einen Arzt.
3. Für jeden Projektteilnehmer/jede Projektteilnehmerin wird seitens der teilnehmenden Fitness-/Gesundheitsanlage ein den evidenzbasierten Bewegungsempfehlungen der WHO entsprechender (s. Punkt 1) Trainingsplan für den Zeitraum von 8 Wochen (Nettolaufzeit) erstellt.
4. In der Anlage sind ausgebildete Trainer:innen anwesend, die die Teilnehmer:innen bedarfsgerecht unterstützen.
5. Von jedem Teilnehmer/jeder Teilnehmerin wird zu Beginn, nach dem Zeitraum von vier Wochen und nach 8 Wochen ein von der DHfPG zur Verfügung gestellter Fragebogen ausgefüllt (abrufbar im Login-Bereich unter www.fitmach-aktion.de). Die teilnehmende Fitness-/Gesundheitsanlage trägt Sorge dafür, dass die Fragebögen zu den jeweiligen vorgegebenen Erhebungszeitpunkten ausgefüllt werden (nach Möglichkeit vor Ort in der Anlage). Da nicht alle Teilnehmer:innen zum selben Zeitpunkt starten, trägt die teilnehmende Anlage Sorge dafür, dass der Teilnehmer/die Teilnehmerin zu dem für ihn/sie zutreffenden Zeitpunkt (Beginn, nach 4 Wochen (netto), nach 8 Wochen (netto)) Zugang zum Fragebogen erhält und diesen komplettiert.
6. Die teilnehmenden Fitness-/Gesundheitsanlagen schließen (aus versicherungstechnischen Gründen) mit den Proband:innen für die Zeitdauer des Projektes (8 Wochen (netto)) einen Vertrag, der es den Proband:innen ermöglicht, in diesem Zeitraum kostenfrei zu trainieren. Der Vertrag muss nach Ablauf der 8-wöchigen Projektlaufzeit automatisch enden.
7. Über Probleme bei der Umsetzung ist die DHfPG unverzüglich zu informieren.

(Name der teilnehmenden Anlage, Anschrift, Ansprechpartner für die Dauer des Projektes)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)



Anlage 2: Zustimmung zur Datenverwendung

Durch meine Teilnahme am Projekt „Fitmach-Aktion – Fit & Gesund im Saarland“ erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement (DHfPG) nachfolgende Daten auf der Website zum Projekt veröffentlicht.

Folgende Daten dürfen durch die DHfPG öffentlich gemacht werden:

Logo der Fitness-/Gesundheitsanlage

Name der Fitness-/Gesundheitsanlage: _____

Anschrift der Anlage: _____

Kontaktperson: _____

Kontaktmöglichkeit für die Probanden zur Anmeldung (Angabe von E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer): _____

Ort, Datum

Unterschrift



Anlage 3: Verschwiegenheitserklärung

Hiermit verpflichte ich mich und das Unternehmen _____,
die Inhalte, Dokumente, Materialien etc. des Modellprojektes „Fitmach-Aktion: fit & gesund im Saarland“ (u.a. Projektskizze, Ablaufpläne, Fragebögen) nicht an Dritte weiterzugeben oder in sonstiger, nicht im Rahmen des Modellprojektes entsprechender Art und Weise (kommerziell oder kostenfrei) zu verbreiten, zu nutzen oder einzusetzen.

Die von der DHfPG zur Verfügung gestellten Inhalte, Dokumente, Materialien etc. setze ich nur in der von der DHfPG im Rahmen des Modellprojektes vorgesehenen Art und Weise ein.

Ort, Datum

Unterschrift



Anlage 4: Ablaufplan

1. Anmeldung jedes Teilnehmers/jeder Teilnehmerin bei der DHfPG (Anmeldung in anonymisierter Form („1 neue(r) Proband/in für Fitness-Gesundheitsanlage XY“) via E-Mail (info@fitmach-aktion.de) oder Telefon (**0681 6855 457**). Die Fitness-/ Gesundheitsanlage führt eine Liste über die teilnehmenden Probanden bzw. bewahrt die Verträge gesondert auf, sodass jederzeit nachzuvollziehen ist, welche Personen am Projekt teilgenommen haben.
2. Führen des Eingangsgesprächs mit dem Probanden/der Probandin, insb. Erfragung des individuellen Gesundheitszustands/gesundheitliche Risiken inkl. Bewertung (Fragebogen seitens der DHfPG zur Verfügung gestellt, abrufbar im Login-Bereich unter www.fitmach-aktion.de)
3. Ausfüllen des ersten Fragebogens durch den Probanden/die Probandin in der Fitness-/Gesundheitsanlage (QR-Code, Link, evtl. benötigte Papierfragebögen werden durch die DHfPG zur Verfügung gestellt, abrufbar im Login-Bereich unter www.fitmach-aktion.de)
4. Erstellen eines 8-wöchigen (Nettolaufzeit) Trainingsplans für den Probanden/die Probandin gemäß den evidenzbasierten Bewegungsempfehlungen der WHO (mind. 2-mal pro Woche Krafttraining und 150 min moderates bzw. 75 min intensives Ausdauertraining pro Woche) unter Berücksichtigung der individuellen Zielvorstellungen und des gesundheitlichen Zustand des Probanden/der Probandin.
5. Proband:in startet das Training, bedarfsgerechte Unterstützung durch das Personal
6. Ausfüllen des zweiten Fragebogens nach 4 Wochen Trainingszeit (Anlage stellt dem Probanden/der Probandin den zweiten Fragebogen zur Verfügung (via QR-Code, Link, Papierfragebogen, abrufbar im Login-Bereich unter www.fitmach-aktion.de), der Fragebogen sollte nach Möglichkeit vor Ort ausgefüllt werden
7. Ausfüllen des dritten Fragebogens nach 8 Wochen Trainingszeit (Anlage stellt dem Probanden/der Probandin den zweiten Fragebogen zur Verfügung (via QR-Code, Link, Papierfragebogen, abrufbar im Login-Bereich unter www.fitmach-aktion.de), der Fragebogen sollte nach Möglichkeit vor Ort ausgefüllt werden