

# Antrag auf Verleihung des Qualitätssiegels **SPORT PRO GESUNDHEIT** für ein Gesundheitssportprogramm im Verein (bzw. „Pluspunkt Gesundheit. DTB“, Gesund & fit im Wasser, DSV)

*Die Entscheidung über die Genehmigung Ihres Antrages auf Zertifizierung erfolgt auf der Grundlage der vom Deutschen Sportbund festgelegten Qualitätskriterien. Für eine evtl. teilnehmerbezogene Förderung durch die Krankenkassen (§ 20 SGB V) werden darüber hinaus weitere Kriterien abgefragt. Wir möchten Sie bitten, die Begleitbroschüre „Qualitätskriterien“ zur Vergabe des Qualitätssiegels vor der Beantwortung der folgenden Fragen sorgfältig zu lesen.*

Titel des Angebotes: \_\_\_\_\_

Neuantrag      oder       Verlängerung

Name und Anschrift des Vereins, in dem das Angebot durchgeführt werden soll:

Verein \_\_\_\_\_ Vereinskennziffer (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in (Name, Vorname, Tel., E-Mail): \_\_\_\_\_

Anschrift des Übungsortes für das beantragte Angebot:

Halle/Platz/Trainingsort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

1. Wochentag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit von bis \_\_\_\_\_

2. Wochentag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit von bis \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Übungsleiters oder der Übungsleiterin für das beantragte Angebot:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bezeichnung der Vereinsabteilung, in der das Angebot betreut wird:

Abteilung: \_\_\_\_\_

Fachverband, dem die betreuende Abteilung angehört:

Fachverband: \_\_\_\_\_

## A. ANBIETERQUALIFIKATION

**A1** Haben Sie eine Übungsleiter-Ausbildung auf der 2. Lizenzstufe? (Bitte Kopien beilegen!)

Übungsleiter „Sport in der Prävention“  Ja  Nein

(früher Prävention und Rehabilitation)

Die Lizenz ist bis \_\_\_\_\_ gültig.

**A2** Für welches Profil ist Ihre Übungsleiter-Lizenz 2. Lizenzstufe „Sport in der Prävention“ ausgestellt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prävention allgemein              | <input type="checkbox"/> Haltung und Bewegung         |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Training           | <input type="checkbox"/> Entspannungstraining         |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsförderung Kinderturnen | <input type="checkbox"/> Gesundheitsförderung Ältere  |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankungen          | <input type="checkbox"/> Cardio-Fitness/Innere Organe |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule                      | <input type="checkbox"/> Fitness-Studio               |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsraum Wasser              | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____              |

**A3** Haben Sie eine gesundheits- oder sportbezogene Berufsausbildung?

(Bitte Bescheinigung beilegen!)  Ja  Nein

Falls ja, bitte kreuzen Sie die zutreffende Qualifikation an:

- Sportwissenschaftler/in (Diplom/Magister/Lehramt)
- Sporttherapeut/in
- Sport- u. Gymnastiklehrer/in
- Physiotherapeut/in bzw. Krankengymnast/in
- Sonstige (Nennung der Ausbildung) \_\_\_\_\_

**A4** Besitzen Sie sonstige angebotsspezifische Qualifizierungen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

(Bitte Bescheinigung beilegen!)

**A5** Handelt es sich bei Ihrem Angebot um eine Rückenschule?  Ja  Nein

Besitzen Sie eine Zusatzqualifikation als Rückenschullehrer/in?

- Ja (Die Rückenschullizenz vom Ausbildungsinstitut \_\_\_\_\_ ist gültig bis \_\_\_\_\_) (Bitte Bescheinigung beilegen!)
- Nein

**B1** Welchem Profil ist Ihr Angebot schwerpunktmäßig zuzuordnen?

(Bitte kreuzen Sie nur ein Profil an!):

- Herz-Kreislauf
- Muskel-Skelettsystem
- Entspannung / Stressbewältigung
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**B2** Für welche Personengruppe ist Ihr Angebot konzipiert bzw. ausgeschrieben?

(Bitte in jedem der folgenden drei Blöcke nur eine Antwort geben!):

### **Altersgruppen**

- Kinder (bis 12 Jahre)
- Erwachsene
- Gemischte Altersgruppe
- Jugendliche (13 – 18 Jahre)
- Senioren

### **Geschlechtergruppen**

- Nur Männer/Jungen
- Gemischt geschlechtliche Gruppe
- Nur Frauen/Mädchen

### **Besondere Zielgruppen**

- Familien
- Ausländer/Aussiedler
- Sozial benachteiligte Personengruppen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**B3** Versuchen Sie zur genaueren Charakterisierung Ihres Angebotes, dieses einem der unten angegebenen Typen zuzuordnen:

### **Spezifische Programme – Herz-/Kreislaufsystem**

- Präventives Herzkreislauftraining
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- AQUA Cardio Training
- Cardio-Fit

### **Spezifische Programme – Muskel-Skelett-System**

- Wirbelsäulengymnastik
- Rückenschule
- Knieschule, Nackenschule, Fußgymnastik etc.
- Sonstige: \_\_\_\_\_
- Funktionsgymnastik
- Rücken-Fit
- Aqua Rückenpower

### Spezifische Programme – Entspannung/Stressbewältigung

- Fernöstliche Entspannungsmethoden (z. B. Tai Chi, Qi Gong)
- Klassische Entspannungsmethoden (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation)
- Allgemeine Stressbewältigungsprogramme
- Sonstige: \_\_\_\_\_

### Gemischte Programme

- Fit und Gesund  G.U.T. (Gesund und Trainiert)
- Aqua Training
- Sonstige: \_\_\_\_\_

## C. ORGANISATION/DURCHFÜHRUNGSPLANUNG

C1 Handelt es sich bei dem Angebot um ein Dauerangebot (z. B. Wirbelsäulengymnastik jeden Donnerstag) oder um ein Kursangebot (z. B. 12-stündiger Rückenschulkurs)?

- Dauerangebot
- Dauerangebot mit besonderem Einsteigerkurs
- Kursangebot (Grundkurs)
- Kursangebot (Aufbaukurs)

Falls Sie einen Kurs anbieten, hat Ihr Kurs 8-12 Unterrichtseinheiten?

- Ja  Nein

Falls **nein**, wie viele Unterrichtseinheiten hat Ihr Kurs? \_\_\_\_\_ Unterrichtseinheiten

C2 Findet Ihr Angebot einmal wöchentlich statt?  Ja  Nein

Falls **nein**, das Angebot findet \_\_\_\_\_ statt.

C3 Wie viele Minuten je Unterrichtseinheit umfasst Ihr Angebot?

- 45 – 60 Minuten  bis 120 Minuten
- bis 90 Minuten  \_\_\_\_\_ Minuten

C4 Falls Sie einen Kurs anbieten, gibt es ein entsprechendes anschließendes Dauerangebot?

- Ja  Nein

C5 Ist die Teilnehmerzahl begrenzt?  Ja  Nein

Falls **ja**, wie viele Personen nehmen teil?

- bis 15  6 – 20  mehr als 20

**C6** Ist für die Teilnahme an Ihrem Gesundheitssportangebot eine Mitgliedschaft im Verein erforderlich?

- Ja                       Nein                       Kurzmitgliedschaft für die Dauer des Kurses

**C7** Wie planen Sie den Übungsbetrieb bei Ihrem Angebot ein? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an!)

- Ich habe einen festen, selbst erstellten Rahmenplan/ein Kurskonzept für das Angebot  
(Bitte Plan beifügen!)
- Ich führe ein dokumentiertes Kursprogramm (z. B. Cardio-Fit, Rückenfit, G.U.T.)

**C8** Informieren Sie die Teilnehmer/innen zu Beginn Ihres Angebotes über Ziele, Inhalte und Ablauf?

- Ja     Nein

Falls **ja**, in welcher Form:

- Mündlich                                       Schriftlich

Falls **schriftlich**, bitte Kopie beilegen!

**C9** Planen Sie, den Teilnehmer/innen Unterlagen auszugeben wie z.B. Heimprogramme oder Informationsblätter?

- Ja     Nein

Falls **ja**, bitte Kopie beilegen!

**C10** Absolvieren die Teilnehmer/innen einen Eingangstest (z.B. Fitnessstest)?

- Ja     Nein

Falls **ja**, welche Tests?

- Fitnessstest (Fahrradergometrie, sportmotorischer Test)
- Befindlichkeitsbefragung
- Anamnese (Befragung der Krankheitsgeschichte)

**C11** Planen Sie, in Ihren Stundeneinheiten Anteile zur Vermittlung von gesundheitsbezogenem Wissen zu integrieren?

- Ja, ca. \_\_\_\_\_ Min. pro UE                       Nein

**C12** Empfehlen Sie Ihren Teilnehmern ab 35 Jahren bzw. bei längerer sportlicher Inaktivität vor der Aufnahme Ihres Angebots eine ärztliche Untersuchung?

- Ja     Nein

**C13** Fordern Sie in begründeten Fällen Ihre Teilnehmer auf, eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen?

- Ja     Nein

C14 Werden Personen aus gesundheitlichen Gründen von der Teilnahme ausgeschlossen?

- Ja  Nein

C15 Wie beurteilen Sie die Eignung der Räumlichkeiten, Materialien und Geräte hinsichtlich Ihrer Zielsetzung für den Gesundheitssport und die sanitären Einrichtungen unter Hygieneaspekten

	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
Beurteilung	1	2	3	4
• Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Materialien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Geräte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sanitäre Einrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### D. SONSTIGE FRAGEN AN DEN/DIE ÜBUNGSLEITER/IN

D1 Ihr Geschlecht?

- Männlich  Weiblich

D2 Ihr Alter: \_\_\_\_\_Jahre

D3 Wie viele Mitglieder hat Ihr Verein? \_\_\_\_\_ Mitglieder

D4 Bestehen für Ihr Angebot Kooperationen?

- Ja  Nein

Mit einer Krankenkasse

Mit einem Arzt

Mit einer Schule

Mit einer Institution, die das Angebot wissenschaftlich begleitet

Sonstiges: \_\_\_\_\_

D5 Welche Nutzen erhoffen Sie sich vom Qualitätssiegel? (Mehrfachantworten sind möglich)

Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Anbietern im Gesundheitssport

Hohe Akzeptanz seitens der Ärzte, der Wissenschaft, der Krankenkassen und der Politik

Möglichkeit zur Erstattung der Kursgebühren durch die Krankenkassen

Steigerung des Bekanntheitsgrades und Imageverbesserung in der Öffentlichkeit

Nachweis für qualitativ hochwertige Angebote

**Fortsetzung von D5**

- Nachweis für kompetente und gut ausgebildete Übungsleiter
- Erschließen neuer, interessanter Zielgruppen für den Verein
- Verhandlungsvorteile bei Gesprächen mit Partnern und Sponsoren
- Verbesserung der finanziellen Situation des Vereins
- Verbesserung meiner eigenen finanziellen Situation
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**D6** Sind Sie zur regelmäßigen Teilnahme an Qualitätszirkeln bereit?

- Ja  Nein

Ich verpflichte mich als ÜL, die Qualitätskriterien für das Qualitätssiegel einzuhalten und nach Abschluss meines Kurses (oder bei Dauerangeboten jährlich mindestens ein Mal) einen Fragebogen über die Durchführung meines Angebotes auszufüllen und zurückzuschicken.

Ich bin einverstanden, dass die Daten (nur zu Angebot und Ansprechpartner) zur Öffentlichkeitsarbeit (z. B. im Internet) weitergegeben werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (ÜL): \_\_\_\_\_

Wir beantragen das Qualitätssiegel und bestätigen die Einhaltung der Qualitätskriterien.

Datum, Ort: \_\_\_\_\_ Vereinsstempel:

Unterschrift (Verein): \_\_\_\_\_

*Vorstand vertretungsberechtigt nach § 26 BGB*



