

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

B. ANGEBOTSERFASSUNG

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

- | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinder (bis 12 Jahre) | <input type="checkbox"/> Jugendliche (13 – 18 Jahre) |
| <input type="checkbox"/> Erwachsene | <input type="checkbox"/> Senioren |
| <input type="checkbox"/> Gemischte Altersgruppe | |

Geschlechtergruppen

- | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nur Männer/Jungen | <input type="checkbox"/> Nur Frauen/Mädchen |
| <input type="checkbox"/> Gemischt geschlechtliche Gruppe | |

Besondere Zielgruppen

- | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familien | <input type="checkbox"/> Sozial benachteiligte Personengruppen |
| <input type="checkbox"/> Ausländer/Aussiedler | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

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

Spezifische Programme – Herz-/Kreislaufsystem

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Präventives Herzkreislauftraining | <input type="checkbox"/> AQUA Cardio Training |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Cardio-Fit |

Spezifische Programme – Muskel-Skelett-System

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulengymnastik | <input type="checkbox"/> Funktionsgymnastik |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Rücken-Fit |
| <input type="checkbox"/> Knieschule, Nackenschule, Fußgymnastik etc. | <input type="checkbox"/> Aqua Rückenpower |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

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

