



DOKUMENTATION

Auftaktveranstaltung der 17. Sächsischen Gesundheitswoche

FACHTAGUNG

Aktives Altern - Stand und Perspektiven der Bewegungsförderung in Sachsen

03.05.2010 - Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Impressum

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG)

Könneritzstraße 5

01067 Dresden

Tel.: 0351-563 55 23

Fax: 0351-563 55 24

E-Mail: post@slfg.de

Internet: www.slfg.de



**Sächsische Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung e.V.**

Landessportbund Sachsen

Goyastraße 2d, 04105 Leipzig

Tel: 0341 / 216 31 0;

Fax: 0341 / 216 31 85

E-Mail: lsb@sport-fuer-sachsen.de

Internet: www.sport-fuer-sachsen.de



Hier ist
Sport zu Hause.

Redaktion und Bearbeitung

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG)

Namensbeiträge geben die Meinung der Verfasser wieder. Sie entsprechen nicht unbedingt der Auffassung des Herausgebers.

Layout

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG)

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der SLfG.

Aktives Altern – Bewegungsförderung in Sachsen: Auftaktveranstaltung der 17. Sächsischen Gesundheitswoche



Stand und Perspektiven der Bewegungsförderung von Senioren im Freistaat Sachsen standen im Zentrum der Auftaktveranstaltung zur 17. Sächsischen Gesundheitswoche am 03.05.2010 im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden.

65 Akteure aus dem Sozial-, Gesundheits-, Politik- und Sportbereich sowie Vertreter von Wohnungsgenossenschaften nahmen an der gemeinsamen Veranstaltung der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG), des Landessportbundes Sachsen e. V. sowie des Zentrums für Bewegungsförderung Sachsen teil.

Die beiden Eingangsreferate beschäftigten sich mit der Frage, wie auf der einen Seite Lebensumwelt und Wohnumgebung, auf der anderen Seite sportliche Angebote zur Erhöhung der körperlichen Aktivität beitragen können.

Matthias Braubach, Leiter des WHO-Programms „Lebensumwelt und Gesundheit“ am Europäischen Zentrum für Umwelt und Gesundheit in Bonn präsentierte Erfolgsfaktoren bewegungsförderlicher Wohnumgebungen. Dr. Petra Tzschoppe, Sportsoziologin an der Universität Leipzig und Vizepräsidentin des Landessportbundes Sachsen, stellte den Wert der Bewegung für das Altern und die Potenziale des organisierten Sports in Sachsen dar.

Der zweite Teil der Veranstaltung widmete sich der konkreten Praxis in Sachsen und präsentierte derzeit laufende Projekte, Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Sportvereinen und Einrichtungen der Seniorenarbeit, altersgerechte Bedürfnisse beim Sportstättenbau, Projekte von Wohnungsgenossenschaften, Bewegungsförderung in Seniorenbegegnungsstätten sowie aktivierende Gesundheitsförderung im Stadtteil.





Im Ergebnis stellten die Teilnehmer fest, dass ein Ausbau der Kooperationen zwischen Sportvereinen, Wohnungsgenossenschaften, Wohlfahrtsverbänden und Krankenkassen wichtig ist, um die Potenziale der Bewegungsförderung für weitere Zielgruppen zu erschließen. Der Landessportbund Sachsen sieht bei älteren Menschen, insbesondere bei älteren Männern, noch weitere Potenziale der Aktivierung.

Einig waren sich die Teilnehmer, dass dazu neue Wege der Ansprache und Erreichbarkeit über die beteiligten Institutionen der Tagung notwendig sind.

Die Sächsische Gesundheitswoche wird durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gefördert.

Die vorliegende Dokumentation der Veranstaltung fasst die Inhalte zusammen. Über die Inhalte der Tagung hinaus beinhaltet die Dokumentation zusätzlich einen Überblicksartikel zum Thema Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit, der die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema bündelt und darüber hinaus begriffliche Abgrenzungen ermöglicht.



Inhalt

Grußworte

Grußwort der Präsidentin der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. 5
Karin Stempel

Grußwort des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz 6
Dr. Stephan Koch

Fachvorträge

Erfolgsfaktoren bewegungsförderlicher Wohnumgebungen 8
Matthias Braubach

Älter werden sportlich nehmen - Wert der Bewegung für das Altern und Potenziale des organisierten Sports 9
Dr. Petra Tzschoppe

Workshops

Perspektiven des organisierten Vereinssports 10
Wolfgang Schmidt, Steffen Fugmann

Bewegungsförderung aus der Sicht von Wohnungsgenossenschaften 11
Alexandra Brylok, Rainer Richter, Axel Fietzek

Ansätze der Bewegungsförderung – Projekte und Möglichkeiten

Aktivierende Gesundheitsförderung durch nachbarschaftliches Engagement im Stadtteil (AGNES) - Aktivierung durch soziale Teilhabe 13
Carmen Kluge

Bewegungsförderung aus der Sicht der Seniorenbegegnungsstätten 16
Anja Klemm & Sigrid Radig

Ausblick und Zusammenfassung

Stephan Koesling, Geschäftsführer der Sächs. Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. 17

Hintergrundinformationen

Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit – Befunde aus der Wissenschaft 18
Gunnar Geuter

Evaluation der Veranstaltung

33

Anhang

Präsentationsfolien

35

Grußworte

Karin Stempel

Präsidentin der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

Ein vorrangiges Ziel der Gesundheitswoche ist es, die Schwerpunkte der Gesundheitsförderung für die Bürgerinnen und Bürger in Sachsen transparent zu machen und zur Mitgestaltung einer gesundheitsfördernden Lebenswelt im jeweiligen Setting beizutragen.

Kennzeichnend für die Tage der Gesundheitswoche ist, dass Veranstaltungen der unterschiedlichsten Art dezentral stattfinden. Die Gesundheitsämter bereiten dazu gemeinsam mit Verbänden und Vereinen, Institutionen und weiteren Kooperationspartnern eine Vielzahl von Veranstaltungen vor, um die Öffentlichkeit zu sensibilisieren, entsprechendes Wissen zu vermitteln und über die Gesundheitswoche hinaus zur Gesundheitsförderung zu motivieren.



Neben diesen zahlreichen Angeboten in den Regionen veranstaltet die Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung auch eine zentrale Auftaktveranstaltung, die das jeweilige Motto der Gesundheitswoche aufgreift und thematisch beleuchtet. Nachdem in den vergangenen Jahren oft die Kinder im Fokus der Gesundheitswochen standen, freue ich mich, dass wir dieses Jahr den Älteren in unserer Gesellschaft die 17. Sächsische Gesundheitswoche widmen. Aus diesem Grund lautet das Motto in diesem Jahr „Aktives Altern“.

Sachsen ist von den sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen des demografischen Wandels zeitiger und gravierender betroffen als andere Bundesländer. Umso wichtiger wird in den nächsten Jahren die Gesundheitsförderung älterer Menschen werden. Eine Konsequenz daraus ist unter anderem auch die Entwicklung des sächsischen Gesundheitsziels „Aktives Altern – Altern in Gesundheit, Autonomie und Mitverantwortlichkeit“, deren unterschiedliche Handlungsfelder nun im Rahmen von verschiedenen Projekten in die Implementierungsphase übergegangen sind.

Bewegung ist eine zentrale Säule eines aktiven Alterns. Deshalb haben wir mit der diesjährigen Auftaktveranstaltung der Gesundheitswoche die Bewegungsförderung von Senioren aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet, sowohl sportliche Aktivität als auch Potenziale der Alltagsbewegung thematisiert und Akteure der unterschiedlichsten Handlungsfelder zusammengebracht. Wir freuen uns, mit der Dokumentation der Fachtagung das Thema noch weiteren Akteuren und Interessierten näher zu bringen und dazu anzuregen, sich der Bewegungsförderung von Senioren zu widmen.

Ihre

A handwritten signature in black ink that reads "Karin Stempel". The script is cursive and fluid.

Karin Stempel, MdL

Präsidentin der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.

Dr. Stephan Koch

Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz



Sehr geehrter Herr Koesling, sehr geehrte Frau Stempel, sehr geehrte Damen und Herren,

es ist zu einer guten Tradition geworden, in Sachsen eine „Gesundheitswoche“ durchzuführen. Das trägt dazu bei, dass Gesundheit „von sich Reden macht“ und sich etwas „Bewegen“ und „Anstoßen“ lässt. Ich freue mich, Sie hier und heute in Vertretung von Frau Staatsministerin begrüßen zu können und sie hat mich beauftragt, Ihnen ihre herzlichsten Grüße auszurichten.

Im Mittelpunkt der heutigen Auftaktveranstaltung zur 17. Gesundheitswoche steht das Thema „Aktives Altern – Stand und Perspektiven der Bewegungsförderung in Sachsen“.

Die Grundlagen für ein gesundes Altern werden bei jedem früh im Lebenslauf gelegt. Dabei hat die körperliche Aktivität eine zentrale präventive Funktion, die über den gesamten Lebensverlauf wichtig ist.

Mein Fazit dazu ist: Bewegung muss sich wie ein roter Faden durch das ganze Leben ziehen. Bewegung ist ein Grundbedürfnis – die Freude daran dürften wir eigentlich nicht verlieren. Kinder sollen frühzeitig für Bewegung und Sport begeistert werden und wir müssen dafür sorgen, dass das im jüngeren und späten Erwachsenenalter so bleibt. Denn gehört „man“ erst einmal zur Gruppe der „Nicht-Beweger“, ist es schwer, ins bewegte Leben zurück zu finden.

Welches Maß an Bewegung brauchen wir?

Erwachsene sollten mindestens 30 Minuten am Tag körperlich aktiv sein, was einem zusätzlichen Energieverbrauch von ca. 200 kcal entspricht. Dazu zählen solche Aktivitäten wie z.B. Rad fahren oder „strammes“ Spazieren gehen.

Um aber einen gesundheitlichen Nutzen erzielen zu können, ist ein Ausdauertraining 3 Mal pro Woche mit einer Dauer von 20 – 60 Minuten notwendig. Denn positive Effekte bringt es nur, wenn Sport und Bewegung uns dauerhaft begleiten. Wichtig ist die Regelmäßigkeit! Und hier, meine Damen und Herren, stellen wir fest – das tun leider nur Wenige!

Studien belegen, dass nur 10 bis 20 % der Erwachsenen ausreichend körperlich und sportlich aktiv sind. Im späteren Erwachsenenalter liegt der Anteil sogar deutlich unter 10 %.

Gerade im höheren Alter ist jedoch Bewegung für Gesundheit und Mobilität und letztlich für eine selbstständige Lebensführung besonders wichtig. Körperliche Aktivität im Alter trägt aber auch dazu bei, die kognitive Leistungsfähigkeit zu verbessern, soziale Kontakte zu fördern und das Selbstvertrauen zu stärken. Neben dem präventiven Effekt auf die Zivilisationskrankheiten, leistet Bewegung einen wichtigen Beitrag zur Sturzprophylaxe. Denn:

- rund 80 % der Unfälle bei denen ältere Menschen folgenschwere Verletzungen erleiden, sind auf Stürze zurück zu führen.
- ca. 5 % aller stationären Einweisungen von 65-Jährigen und Älteren sind sturzbedingt
- nur ein Drittel der Patientinnen und Patienten können nach einem Sturz ihre Kompetenz in den grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens wieder erreichen.

Das verursacht beträchtliche Kosten und körperliches Leid. Fakt ist: Obwohl sich die Krankheitskosten im Alter auf erheblich weniger „Köpfe“ verteilen, reicht ihr Volumen fast an das der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter heran.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist es unstrittig, dass ein Mehr an körperlicher Aktivität ein Weniger an Gesundheitsausgaben bewirkt. Dabei ist, wie ich bereits erwähnt habe, eine Förderung von körperlicher Aktivität auch im jungen Alter unbedingt als eine lohnende Investition anzusehen. Im mittleren und vor allem höheren Lebensalter können durch körperliche Aktivität im Zusammenhang mit einem reduzierten Verletzungsrisiko unmittelbar Krankheitskosten gespart werden.

Verehrte Damen und Herren,

eine gezielte Bewegungsförderung von Seniorinnen und Senioren trägt dazu bei, dass Menschen ihre gesundheitlichen und sozialen Ressourcen im Alter effektiv nutzen. Dazu ist es notwendig, verschiedene Akteure auf dem Gebiet der Bewegungsförderung zusammenzubringen. Hier agiert das Zentrum für Bewegungsförderung Sachsen als Koordinierungsstelle. Die Arbeit des Bewegungszentrum zielt auf:

- eine Erhöhung von Alltagsbewegung und gesundheitsförderlicher Aktivität bei älteren Menschen
- die Sensibilisierung für die vielfältigen Themenfelder der Bewegungsförderung
- die Stärkung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure
- sowie die Stärkung des Generationenaustausches auf dem Gebiet der Bewegung.

Der Blick auf die Alltagsbewegung erfordert einen breiten Ansatz. Neben individuellen Faktoren spielt z.B. auch die Gestaltung eines bewegungsanregenden Wohnumfeldes eine Rolle. Körperliche Aktivität in der alltäglichen Lebensführung wird längst nicht überall infrastrukturell unterstützt. Es werden noch immer zu viele Anreize gesetzt, sich „bewegen zu lassen“ – Städtebau und Verkehr setzen ihre Akzente zu oft gegen Bewegungsaktivitäten.

Aber es kommt auch auf die Entscheidung und das Umdenken des Einzelnen an. Wenn man bedenkt, dass 30 % aller Fahrten mit dem Auto weniger als 3 Kilometer und 50 % weniger als 5 Kilometer lang sind – kann das ein wirkungsvoller Ansatzpunkt sein, Bewegung in den Alltag einzubauen. Denn wenn man diese Autofahrten durch Mobilität aus eigener Kraft ersetzt, erreicht man bereits die empfohlenen 30 Minuten Bewegung bei mittlerer Intensität. Der tägliche Einkauf, der Spaziergang durch das Wohngebiet oder die Gartenarbeit sollten fester Bestandteil des Bewegungsrepertoires älterer Menschen sein.

Um Bewegungsförderung über die Alltagsbewegung hinaus zu stärken, stellen Sportvereine eine etablierte und gut organisierte Struktur dar. Sächsische Sportvereine haben sich mit ihren Angeboten auf die wachsende Zahl älterer Menschen eingestellt. Damit sind die Sportvereine ein verlässlicher Partner, um körperliche Aktivität im Alter zu befördern und ein Aktives Altern zu ermöglichen.

Liebe Damen und Herren,

die heutige Fachtagung bietet interessante Vorträge. Wir hören zunächst wie auf der einen Seite Lebensumwelt und Wohnumgebung und auf der anderen Seite sportliche Angebote dazu beitragen, die körperliche Aktivität zu erhöhen. Darüber hinaus werden uns aus der Sicht der WHO Erfolgsfaktoren für eine bewegungsförderliche Wohnumgebung vorgestellt. Ein weiterer Schwerpunkt bildet die Präsentation laufender Projekte und Initiativen, die Bewegung in unsere Köpfe bringt und dazu anstiftet, auch im Alter körperlich aktiv zu sein.

Ich wünsche Ihnen einen „bewegten Tag“.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Fachvorträge

Aktives Altern – Bewegungsfördernde Umwelten und Gesundheit

Matthias Braubach, WHO Europäisches Zentrum für Umwelt und Gesundheit, Bonn



Senioren sind in Deutschland und weltweit eine rasant anwachsende Bevölkerungsgruppe. Da jedoch im Laufe des Alterungsprozesses die funktionalen Fähigkeiten abnehmen, die Selbstständigkeit sinkt und die Gesundheit leidet, steigen entsprechend die Gesundheits- und Pflegekosten.

Aktives Altern bedeutet insbesondere, durch regelmäßige Bewegung ein Minimum an körperlicher Fitness zu erreichen und damit die Grundlage für mehr Selbstständigkeit zu legen. Es gibt vielfältige Belege für einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß körperlicher Aktivität und der körperlichen und geistigen

Funktionsfähigkeit sowie Gesundheit im Alter. Sportliche Bewegung sowie verstärkte Bewegung im Alltag sind die maßgeblichen Strategien, um ein Mindestmaß an Bewegung sicherzustellen. Daten verschiedenster Studien zeigen jedoch, dass bei Senioren und vor allem bei hochaltrigen Menschen die Bewegung unzureichend ist.

Der Vortrag diskutiert die Möglichkeiten und Vorbedingungen, um über das Wohnumfeld und die Alltagsaktivitäten Optionen und infrastrukturelle Bedingungen für Bewegung – insbesondere von älteren Menschen – anzubieten. Dabei werden, basierend auf verschiedenen Studien, die Faktoren beschrieben, die alltagsbezogene Bewegung im Wohnumfeld fördern oder hemmen können und somit zu den entscheidenden Investitionsbereichen für aktives Altern gehören. Im Ergebnis können diese Erfolgsfaktoren auf einfache, stadtplanerisch beeinflussbare Aspekte reduziert werden:

- Gehbare Distanzen / Nahversorgung
- Optionen für Gehen / Radfahren
- Sauberkeit und Sicherheit
- Attraktivität der Wohnumgebung
- Grünflächen / Parks im Wohnumfeld

Wohnumfelder, die diese Attribute besitzen, bieten vielfältige Optionen für Alltagsbewegung wie auch für Bewegung als Mobilitätsform, insbesondere Gehen und Radfahren. Neben der Verbesserung des Wohnumfelds ist es jedoch auch erforderlich, die Nutzung der Möglichkeiten zu erhöhen. Kampagnen zur Bewegungsförderung und zur Motivation für mehr Alltagsbewegung sind daher erforderliche Begleitmaßnahmen, um wohnumfeldbezogene Maßnahmen zu vermitteln und zu beleben. Darüber hinaus ist es sinnvoll, die sozialen Netzwerke bei Senioren zu stärken, um Aktivitäten und Bewegung zu fördern und die Menschen „aus der Wohnung“ zu holen. Als Beispiele für solche Maßnahmen, die zumeist gruppenorientierte Bewegungsangebote für Senioren machen, wird abschließend eine Auswahl internationaler Fallbeispiele dargestellt.

Älter werden sportlich nehmen? – Wert der Bewegung für das Altern und Potenziale des organisierten Sports

Dr. Petra Tzschoppe, Landessportbund Sachsen/Universität Leipzig



Weit reichende gesellschaftliche Veränderungen, wie demografischer Wandel, ökonomische Umgestaltung, damit einhergehend geänderte Lebensbedingungen und Lebensweise, haben Auswirkungen auch auf den Sport. Aus diesen ergeben sich neue Herausforderungen für Sportorganisationen.

Ein wesentlicher Aspekt ist die Gewinnung und Bindung Älterer an den Sport. Aus gesellschaftspolitischer Perspektive kann der Sport hiermit angesichts eines veränderten Krankheitspanoramas Wesentliches zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation einer wachsenden Bevölkerungsgruppe leisten. Dies schließt neben dem Beitrag für

das körperliche ausdrücklich auch das psychische und soziale Wohlbefinden ein. Aus der Perspektive der Sportorganisation besteht vor dem Hintergrund einer „Unterjüngung“ der Gesellschaft mittelfristig die Gefahr eines Mitgliederrückgangs, wenn nicht neue Zielgruppen für die Sportvereine gewonnen werden.

Inwiefern es den Sportvereinen bereits gelungen ist, sich vom Ort des Wettkampfsports für Jüngere zum Anbieter von Sport für Alle zu entwickeln, wird auf der Basis von aktuellen Bestandsdaten skizziert. Galt der Sportverein vor nicht allzu langer Zeit noch als eine Domäne der Jugend, haben mittlerweile rund 4.000 der 4.451 sächsischen Sportvereine Mitglieder, die älter als 50 Jahre sind. Mehr als ein Viertel, exakt 28,2 Prozent, der insgesamt 573.413 Mitglieder im Landessportbund Sachsen ist bereits in diesem Alter, in den vergangenen Jahren ist ihr Anteil stetig gewachsen. Zu erklären ist das jedoch nicht einfach damit, dass die bisherigen Mitglieder älter werden. Vielmehr ist auch zu erkennen, dass bei den neu gewonnenen Mitgliedern die größten Zuwächse in den höheren Altersgruppen erzielt werden. Allein im vergangenen Jahr waren von den 11.068 neuen Vereinsmitgliedern mehr als 6.500 aus dem Altersbereich 50+.

Dies ist zum einen Ausdruck eines gewachsenen Gesundheitsbewusstseins und eines veränderten Lebensstils der älteren Generation. Es ist vor allem aber Ergebnis des stetigen Ausbaus vielfältiger gesundheitsorientierter Sportangebote in den Vereinen, mit denen den unterschiedlichen Sportmotiven Älterer entsprochen wird. Zugleich offenbaren sich erhebliche Unterschiede in der Sportpartizipation Älterer differenziert nach Variablen wie Bundesland, Geschlecht und soziale Lage. Trotz erkennbarer Mitgliedergewinne im höheren Erwachsenenalter liegt hier auch künftig das größte Zuwachspotenzial.

Was können die Vereine tun, um dieses Potenzial zu erschließen? Wie kann der Landessportbund Sachsen die Vereine bei dieser Aufgabe unterstützen? Welche Barrieren beeinträchtigen eine höhere Sportbeteiligung Älterer? An ausgewählten Beispielen aus dem Landessportbund Sachsen wird vorgestellt, wie Angebote, die sich an der Lebenssituation und den Bedürfnissen dieser Zielgruppe orientieren, konzipiert und umgesetzt werden.

Workshops

Workshop 1: Perspektiven des organisierten Vereinssports

» Erschließung neuer Zielgruppen für den Sport – Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Sportvereinen und Einrichtungen der Seniorenarbeit «

Wolfgang Schmidt, Fachbereichsleiter Breitensport des Landessportbundes Sachsen

» Sportstättenbau – altersgerechte Bedürfnisse bei Neubau und Rekonstruktion «

Dipl.-Ing. Steffen Fugmann, Architekt; Präsidiumsmitglied und Leiter Fachbeirat Sportstätten/Umwelt des Landessportbundes Sachsen

Ziel dieses Workshops war es unter anderem zu diskutieren, wie der organisierte Sport dazu beitragen kann, dass ältere Menschen, die sich aus unterschiedlichen Gründen zu wenig bewegen zukünftig mehr körperliche Aktivität in ihr Leben integrieren.

In der Diskussion dieser Problematik ist zu berücksichtigen, dass die älteren Menschen eine sehr heterogene Zielgruppe darstellen. Deshalb gilt es, entsprechend der unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnisse differenzierte Angebote für junge Alte, Ältere und Hochaltrige zu unterbreiten.



Nicht nur Wirbelsäulengymnastik und Rückenschule sind geeignete Angebote für ältere Menschen, sondern auch Sportarten wie Schwimmen, Wandern, Radfahren oder Kegeln. Allerdings sollte die Freude an der Bewegung und nicht das Streben nach sportlicher Leistung das dominierende Motiv zur Betreibung der Sportarten sein.

Ein Schwerpunkt des Workshops war die Charakterisierung der älteren Menschen, die in der Ansprache durch Sportverbände und –vereine im Besonderen erreicht werden sollen, also Menschen, die sich zu wenig bewegen. Zwei Kriterien sind typisch für diese Zielgruppe, ein geringes finanzielles Budget und die mit dem Alter zunehmende soziale Isolation und Vereinsamung. Beides sind Kriterien, die in der Ansprache der Menschen und in der Struktur der Sportangebote berücksichtigt werden müssen. Sportvereine arbeiten gemeinnützig. Sie garantieren deshalb sportliche Angebote in der Gemeinschaft zu sozial verträglichen Preisen.

Einig waren sich die Teilnehmer der Veranstaltung auch, dass neue Wege der Ansprache und Erreichbarkeit bisher wenig sportlich aktiver älterer Menschen begangen werden müssen. Möglichkeiten dazu erprobt der Deutsche Turnerbund zur Zeit in zwei Modellprojekten (www.dtb-online.de).

Auf Eigenschaften altersgerechter Sportstätten und Sporträume wurde im Workshop aufmerksam gemacht. Insbesondere die Verknüpfung von Stadt- und Sportentwicklung sowie die Sportraumentwicklungsplanung als integrativen Bestandteil der Stadtentwicklungsplanung zu verstehen, sind Themen, die in der Zukunft altersgerechten Vereinssports beachtet werden sollten.

Workshop 2: Bewegungsförderung aus der Sicht von Wohnungsgenossenschaften

Alexandra Brylok, Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften e. V., Projekt "Alter leben"

Das Projekt "Alter leben" ist ein Verbundprojekt von Wohnungsgenossenschaften, Forschungseinrichtungen und Wirtschaftsunternehmen, welche in einem ganzheitlichen Lösungsansatz einen wesentlichen Beitrag zur Erfüllung der Zielstellungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Förderschwerpunkt "Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel" anstreben.

Die Besonderheit des Projektes besteht dabei in der Entwicklung von Geschäftsmodellen, die den Anspruch "Altern lebenswert gestalten" zur Handlungsgrundlage erheben. Geprägt durch ein "gemeinschaftlich orientiertes Handeln" in Wohnungsbaugenossenschaften gewinnen Modelle, Konzepte und Lösungen an Bedeutung, die einerseits Fragen des Wohnens unter besonderer Beachtung der Anforderungen an die Selbstständigkeit von Senioren im Alter und andererseits auch einer langfristig geplanten Nutzung von Wohnraum als wirtschaftlichem Faktor Rechnung tragen.

Mit dem Alter ändern sich die persönlichen Bedürfnisse und dies gilt ganz besonders für die Ausstattung der Wohnung. Für die Immobilienbranche stellt sich angesichts des demografischen Wandels die Herausforderung, ihren Wohnungsbestand schrittweise an die immer älter werdende Kundschaft anzupassen.

Vor dem Hintergrund, dass mehr als 80 Prozent der Älteren so lange wie möglich, auch im Fall von Hilfe- oder Betreuungsbedürftigkeit, in ihrer Wohnung bleiben wollen, wird die Nachfrage nach einer passenden Wohnumgebung und -gestaltung älterer Menschen prägend sein, denn die eigene Wohnung und das direkte Wohnumfeld wird für Ältere immer mehr zur Voraussetzung für eine selbstbestimmte Lebensführung und Lebensqualität.

Die Beteiligung des VSWG e. V. im Jahr 2005 an einer Wohnungsmarktprognose 2020 für die Kreise und kreisfreien Städte Sachsens verdeutlichte, dass ein Rückgang der Bevölkerung trotz Haushaltsverkleinerungen zu geringeren Wohnungsbedarfsnachfragern führt. Dabei gibt es große regionale Unterschiede: Während Städte wie Leipzig und Dresden mit Zuwächsen rechnen können, sind alle anderen Regionen von einem Rückgang betroffen, insbesondere Hoyerswerda und Görlitz. Es zeichnet sich ab, dass aufgrund der Alterung der Bevölkerung eine neue Wohnkonzeption erforderlich wird, die der Nachfrage- und Bedarfssituation gerecht wird.

Axel Fietzek, LebensRäume Hoyerswerda eG

Motiviert durch den hohen Altersdurchschnitt in der Genossenschaft Lebensräume Hoyerswerda eG ist diese bestrebt, aktiv etwas für die Gesunderhaltung ihrer Mitglieder und Mieter zu unternehmen, um damit auch die Bestandsauslastung zu sichern. Die Lebensräume Hoyerswerda eG sieht Bewegungsförderung als ein zentrales Handlungsfeld in dieser Thematik. Aus diesem Grund unterstützt sie auf vielfältige Art und Weise die Bewegungsförderung ihrer Zielgruppe. Als wichtigen Ansatzpunkt sieht die Genossenschaft, dass die Mieter neugierig gemacht und begeistert werden sollten und ein Hauptmotiv der Bewegung der Spaß und das Miteinander darstellen sollten. Zu konkreten Maßnahmen der Genossenschaft zählen die Einrichtung eines Generationenparks mit zahlreichen seniorengerechten Fitnessgeräten, das Anbieten von Motorik- und Gedächtnistrainingskursen, von der Genossenschaft organisierte Winterwanderungen und Radtouren, das Gründen einer Radfahrgruppe, regelmäßiger Seniorentanz und Seniorenschwimmen. Mit diesen Angeboten verdeutlicht die Wohnungsgenossenschaft Lebensräume Hoyerswerda eG, dass sie ihr Motto „mehr als gewohnt“ durch die Bewegungsförderung ihrer Mieter mit Leben erfüllt.



Die Wohnungsbaugenossenschaft Burgstädt eG verfolgt die Auffassung, dass die Wohnung als entscheidender Gesundheitsstandort gewertet werden kann. Damit zusammenhängend bedarf der Mensch als Sozialwesen ein Netzwerk von Dienstleistungen, welches Aktivität fördert, komplex ist, Selbstbestimmung nicht einschränkt und das Altern lebenswert gestaltet. Einhergehen muss dieses mit baulichen Veränderungen in der eigenen

Wohnung und dem Umfeld. Die Vitalität, die Sinne, der Körper und der Geist können durch technische Hilfsmittel unterstützt werden. Die Genossenschaft vertritt die Ansicht, dass diese elektronisch-technischen Unterstützungen bewegungsaktivierend wirken, da sie in erster Linie Sicherheit vermitteln und auf diesem Weg auch der Vereinsamung vorbeugen, da sich die älteren Mieter mehr zutrauen. Deshalb kann eine Genossenschaft durch soziale Aktivitäten und Angebote zur Bewegungsförderung in Ergänzung zur technischen Ausstattung in der Wohnung zur Gesunderhaltung ihrer Mitglieder beitragen. Dabei betont die WBG Burgstädt eG, dass hier die engen Kooperationen mit Einrichtungen im direkten Wohnumfeld von zentraler Bedeutung sind. So finden gemeinsam mit dem Wanderverein Burgstädt e. V. Wandertage der Genossenschaft statt und auch die bewegungsförderlichen Angebote und Veranstaltungen der ansässigen Volkssolidarität, wie z. B. Seniorengymnastik, Schwimmen, Wassergymnastik, Wanderungen, werden von vielen Mietern genutzt. Bewegungsanregung spielt auch bei den regelmäßigen Genossenschaftsfesten eine zentrale Rolle.

Workshop 3: Ansätze der Bewegungsförderung – Projekte und Möglichkeiten

» Aktivierende Gesundheitsförderung durch nachbarschaftliches Engagement im Stadtteil (AGNES) Aktivierung durch soziale Teilhabe «

Carmen Kluge, HTWK Leipzig

AGNES

GEMEINSAM AKTIV IM ALTER



1. Projekthintergrund

Projektansatz

- Umsetzung, Durchführung und Evaluation eines stadtteilbezogenen Interventionsprojekts
- Über die Vernetzung vorhandener Akteure und Angebote sowie die Etablierung neuer Angebote soll ein Beitrag zur Gesundheitsförderung älterer Menschen geleistet werden
- Im Fokus stehen sozial benachteiligte Ältere und Ältere mit Migrationshintergrund

Laufzeit: 01.05.2009 - 30.04.2012

Projektkoordination: Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig (HTWK), Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften

Projektleitung: Prof. Dr. Gesine Grande

Projektmitarbeiterin: Carmen Kluge M.A.

Projektfinanzierung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Ziele auf individueller Ebene:

- Verbesserung der sozialen Teilhabe und Integration, Stärkung des Selbstwertgefühls, praktischer und sozialer Kompetenzen
- Verbesserung von Aufmerksamkeit, Einstellung und Motivation gegenüber gesundheitsrelevanten Themen
- Verringerung der sozialen und gesundheitlichen Benachteiligung

Ziele auf struktureller Ebene:

- Schaffung von Angeboten zur Förderung der sozialen Teilhabe von sozial benachteiligten Älteren und Älteren mit Migrationshintergrund
- Verknüpfung sozialer Interventionen mit gesundheitsförderlichen Strategien

Der Leipziger Osten in Zahlen

	Volkmarsdorf	Schönefeld-Ost
Durchschnittsalter	39 Jahre	53 Jahre
Altenquote	20 %	72 %
Ausländeranteil	18 %	3,1 %
Empfänger von ALG II	37 %	19 %

Quelle: Ortsteilkatalog der Stadt Leipzig 2008

2. Interventionsmaßnahmen

Seniorenkontaktstelle im Gesundheitsladen:
zentrale Anlaufstelle für ältere Menschen,
Ehrenamtliche und Akteure

Partizipative Informationsveranstaltungen zum Thema „Gesundheit im Alter“ - Experten informieren, Sie fragen!

- In Zusammenarbeit mit der Sankt Lukas Apotheke wurde eine Veranstaltungsreihe konzipiert
- Partizipative Informationsveranstaltungen vermitteln Informationen zu Gesundheit, Gesundheitsversorgung, rechtlichen Fragen und Verhalten bei Beschwerden
- Monatliche Veranstaltungsreihe (Donnerstags 14:00 – 15:30 Uhr)
- Bisherige Themen: Patientenverfügung, Sicherheit im Alltag, Pflege, Sturzfrei im Alltag, Gesunde Ernährung, Demenz, Sucht, Bewegung im Alter



Präventive Beratungsangebote

Seit November 2009 bietet die Seniorenkontaktstelle AGNES Beratungen an:

- Sozialberatung für Migranten von Cactus e.V.
- Pflegeberatung durch eine Heimleiterin
- Wohnungsberatung der LWB

Implementierung neuer Angebote zur Förderung sozialer Teilhabe

- Spielnachmittag für Senioren durch SeMi e.V.
- Gemeinsam ERLEBEN – 50 plus Gruppe der Begegnungsstätte Mühlstraße e.V.
- Erfahrung trifft Kultur- Seniorengruppe vom BV Ostvorstadt e.V. (Gesundheitsveranstaltungen)
- Internationale Frauen e.V. (Gesundheitsveranstaltungen)
- Al Iraker Treff e.V. (Gesundheitsveranstaltungen)
- Begegnungsstätte der Volkssolidarität Leipzig in Schönefeld
- Bürgerverein Volkmarshausdorf e.V. (Gesundheitsveranstaltungen)

Aufsuchende Hilfen für Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf in Form von Besuchsdiensten

- ältere isolierte Menschen werden von freiwillig engagierten Menschen (BesuchshelferInnen) in ihrem Wohnumfeld besucht
- Treffen sorgen insbesondere durch den regelmäßigen Kontakt sowie durch kleinere Aktivitäten für mehr Lebensqualität und sollen Einsamkeit abbauen
- Konsequenz: Der Alltag älterer Menschen wird mit mehr Lebensfreude und Abwechslung erfüllt und wirkt sich förderlich auf ihr Wohlbefinden aus

Generationenübergreifende Angebote in Planung

- Generationenspiel „Gemeinsam Gesund“ wird im September 2010 in mehreren Kitas eingesetzt
- Generationenübergreifendes Kochen

- Aufbau einer sozialen Tauschbörse im Bildungsbereich: Vorlesen im Kindergarten, Senioren als Zeitzeugen in Schulen

Seniorenarbeit im Leipziger Osten- Möglichkeiten der Vernetzung

- Stadtteilstafeln und Arbeitskreise als Möglichkeit zur Vernetzung
- Ziel: Strukturen zum Ideenaustausch zu schaffen durch regelmäßige Netzwerktreffen
- Zielgruppe: Vereine und Akteure im Leipziger Osten, die mit Senioren zusammen arbeiten

3. Zugangswege

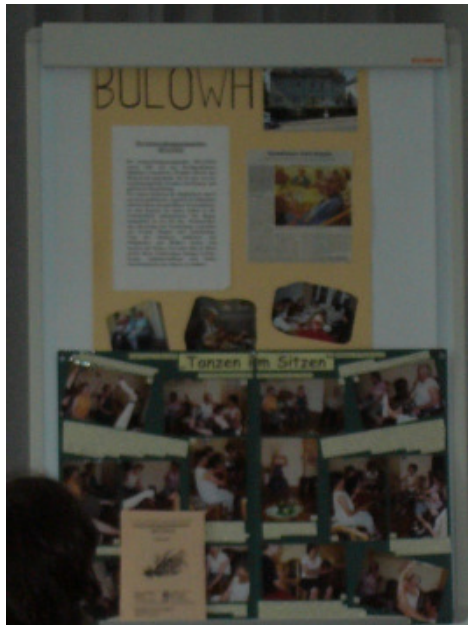
- Öffentlichkeitsarbeit
- Bonuskartensystem
- Einbindung von Multiplikatoren (Ärzte, Apotheken)
- Stadtteilstafeln
- Bedarfserhebungen

4. Fazit

- Eine zentrale Anlaufstelle für Senioren ist eingerichtet
- Interventionsmaßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe sind implementiert
- Netzwerkarbeit im Stadtteil wurde initiiert
- Angebote werden unterschiedlich wahrgenommen
- der Zugang zur Zielgruppe gestaltet sich schwierig
- eine intensive Öffentlichkeitsarbeit ist unentbehrlich
- ein enger Kontakt zu den Kooperationspartnern und Multiplikatoren ist hilfreich
- Prozessbegleitende Evaluation wird durchgeführt

» Bewegungsförderung aus der Sicht der Seniorenbegegnungsstätten «

Anja Klemm, Leiterin Seniorenbegegnungsstätte Bülowh gGmbH & Sigrid Radig, Leiterin einer Sportgruppe, Seniorenbegegnungsstätte Bülowh gGmbH



Bewegungsförderung in Form von sportlicher Aktivierung findet nicht nur in Sportvereinen statt. Viele ältere Menschen haben Vorbehalte gegenüber Sportvereinen, da sie unter anderem die Bewegungsmöglichkeiten im Sportverein immer noch zu stark mit Leistungssport assoziieren.

Ein guter Ort, um sportlich aktiv zu sein, sind Seniorenbegegnungsstätten. Hier spielt das Thema Sport nicht vordergründig eine Rolle, sondern fügt sich ein in andere Themenfelder, vor allem der Begegnung, sozialen Teilhabe und Geselligkeit.

Dass auch in einer Seniorenbegegnungsstätte vielfältig Bewegungsförderung betrieben werden kann, stellten Anja Klemm und Sigrid Radig vor. Als Leiterin der Seniorenbegegnungsstätte Bülowh gGmbH im Dresdner Osten stellte Frau Klemm die zahlreichen Bewegungsangebote vor. Die Senioren können zwischen

verschiedenen tänzerischen Bewegungsangeboten wählen: Bewegung nach Musik, Mitmachtänze sowie Tanzen im Sitzen. Interessierte Senioren können sich darüber hinaus auch einer Wandergruppe anschließen oder an dem Angebot „Aktivierende Gymnastik“ teilnehmen.

Frau Radig, selbst Sportpädagogin, stellte als Leiterin dieser Sportgruppe die Inhalte des Angebots vor, betonte dabei, dass insbesondere die Gemeinsamkeit und der Humor als wichtiger Motivator für die Teilnehmer gilt, machte jedoch gleichzeitig darauf aufmerksam, dass derartige Angebote nur von qualifizierten Menschen geleitet werden sollten.

Darin kann gleichzeitig ein Problem in der Verbreitung und Stärkung derartiger Angebote liegen. Zum einen sollten sportpädagogisch qualifizierte Menschen ein solches Bewegungsangebot durchführen, zum anderen wird insbesondere in Seniorenbegegnungsstätten versucht, die Gebühren für die Teilnehmer so gering und damit auch niedrigschwellig wie möglich zu halten. Hier bedarf es in den nächsten Jahren mehr Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit, um hier auch das Ehrenamt zu stärken und Anreize für aktive, qualifizierte Kursleiter zu setzen.



Ausblick und Zusammenfassung

Stephan Koesling, Geschäftsführer der Sächs. Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.



Stand und Perspektiven der Bewegungsförderung von Senioren- das war das Thema der heutigen Veranstaltung. Zur derzeitigen Situation der Bewegungsförderung können wir festhalten, dass insbesondere die Alltagsbewegung in der Zielgruppe noch großes Entwicklungspotenzial hat. Die Ausführungen von Matthias Braubach verdeutlichen, dass die Alltagsaktivitäten bei älteren Menschen entscheidenden Einfluss auf gesundheitsförderliche Aspekte haben. Dies zu stärken, erfordert Bewegung von älteren Menschen in einem breiteren Kontext einzubetten und verschiedenste Akteure an das Thema heranzuführen. Soziale Teilhabe und Stadtentwicklung sind dabei zentrale Handlungsfelder der Bewegungsförderung im Alltag.

Diesen Dialog zwischen verschiedenen, z.T. neuen Akteuren zu fördern, von Erfahrungen zu lernen, gute Praxis bekannter zu machen und für die Thematik zu sensibilisieren, sehen wir weiter als zentrale Aufgabe des Zentrums für Bewegungsförderung Sachsen.

Wie notwendig es ist, dieses Verständnis bei weiteren Partnern zu wecken, zeigt auch die Teilnehmezahl an der Veranstaltung, die uns noch nicht zufrieden stellen kann.

Es zeigt aber auch, dass es Zeit braucht, dieses Thema an weitere potenzielle Akteure zu tragen. In der nächsten Zeit sehen wir es als unsere Aufgabe, Kommunen stärker dafür zu sensibilisieren, dass Bewegungsförderung älterer Menschen ein Querschnittsthema vieler Ressorts ist, die kommunale Stadtentwicklung genauso angeht, wie den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Sozialämter der Kommunen. Konkrete Maßnahmen dazu sind eine Wanderausstellung über das Thema, die an verschiedene Träger und Kommunen ausgeliehen werden kann, die Aktionswoche „Gemeinsam gesund“ vom 30.08.-4.9.2010 in verschiedenen Landkreisen des Freistaats und die gemeinsame Fachveranstaltung der Ländern Thüringen, Hessen und Sachsen am 27.10.2010 in Erfurt. Dazu möchte ich Sie heute schon ganz herzlich einladen.

Zum Abschluss dieses Tages möchte ich allen Referenten ganz herzlich für ihre Beiträge danken. Besonderer Dank gilt auch den Kooperationspartnern, dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und dem Landessportbund Sachsen.

Allen Teilnehmern möchten wir für ihr Kommen und engagiertes Mitdiskutieren herzlich danken, ihre Anregungen zur Veranstaltung werden wir Rahmen des verteilten Evaluationsbogens aufnehmen.

Auf Wiedersehen und kommen Sie gut nach Hause!

Wissenschaftlicher Hintergrund

Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit – Befunde aus der Wissenschaft

Gunnar Geuter*

Einführung

Der vorliegende Beitrag gibt eine kurze Übersicht über das Thema Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit und legt grundlegende Diskussionslinien und Befunde der aktuellen Forschung dar. Aufbauend auf begrifflichen Klärungen, wird die Bedeutung von körperlich (in-)aktiven Lebensstilen für die Gesundheit des Einzelnen, aber auch für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft verdeutlicht. Anschließend werden die Wirkweisen körperlicher Aktivität auf die Gesundheit modellhaft dargestellt. Es folgen evidenzbasierte Empfehlungen für körperliche Aktivität für ältere Menschen, eine kurze Darstellung des tatsächlichen Aktivitätsverhaltens in der Bevölkerung Deutschlands sowie eine Zusammenfassung zu wichtigen Einflussfaktoren auf Bewegung.

1. Begriffliche Klärungen

In der Sportwissenschaft und -medizin, aber auch in den Gesundheitswissenschaften, hat es in der Vergangenheit eine breite Diskussion zu den zentralen Begriffen Sport, Bewegung, körperliche Aktivität und Bewegungsförderung gegeben. In der Folge werden die Ergebnisse dieses Diskussionsprozesses kurz wiedergegeben.

1.1 Sport und Gesundheitssport

Sport definieren Hollmann und Strüder (2009) aus Sicht der Sportmedizin als „muskuläre Beanspruchung mit Wettkampfcharakter oder mit dem Ziel einer herausragenden persönlichen Leistung“ (S. 9). Im Zuge der Ausdifferenzierung des Sports in Leistungs- und Breitensport ist in den letzten zwei Dekaden unter anderem der Gesundheitssport entstanden. Er ist hinsichtlich seiner Charakteristika deutlich vom Breiten-, Leistungs- und Hochleistungs- oder Spitzensport abzugrenzen und bildet eine eigene Säule (Brehm 2006; Hollmann/Strüder 2009). Im Gesundheitssport treten sowohl der Wettkampfcharakter als auch die herausragende persönliche Leistung ausdrücklich in den Hintergrund. Vielmehr dienen gesundheitssportliche körperliche Aktivitäten der Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit sowie der Vermeidung von (Folge-)Erkrankungen.

1.2 Training, Übung und Fitness

Als Training oder Übung werden allgemein körperliche Aktivitäten bezeichnet, die zielgerichtet geplant, strukturiert und wiederholt durchgeführt werden. Beim Training stehen dabei spezifische und geplante Maßnahmen im Vordergrund, die zu einer planmäßigen Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit führen. Gezielt und wiederholt werden im Training Trainingsreize gesetzt, die zu morphologischen und funktionellen Anpassungserscheinungen und in der Folge zu einer Leistungssteigerung führen.

Auch die Übung ist eine systematische Wiederholung gezielter Bewegungsabläufe mit dem Ziel der Leistungssteigerung. Allerdings dienen Übungen primär dazu, eine funktionelle Leistungssteigerung durch eine verbesserte Koordination zu erreichen. Diese Unterscheidung klingt zunächst marginal, ist aber für die Bewegungspraxis insbesondere bei Menschen mit bestehenden Erkrankungen relevant. So wäre beispielsweise ein Training bei Menschen mit organisch manifester Herzschiädigung mitunter kontraindiziert, wohingegen Übungen ohne morphologische Beeinflussung indiziert sein können.

* Leicht gekürzter Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW). Quelle: Geuter, G. (2010): Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit - Befunde aus der Wissenschaft. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz "Bewegung im Alter" am 8. Dezember 2009 Düsseldorf: LIGA.NRW, S. 19-29. Abrufbar unter www.liga.nrw.de/ZfB

Als Fitness wird der Zustand psychisch und physisch guter Leistungsbereitschaft für eine definierte Aufgabe bezeichnet (vgl. Hollmann/Strüder 2009, S. 123ff).

1.3 Bewegung und körperliche Aktivität

Bewegung und körperliche Aktivität werden als Begriffe häufig synonym verwandt. Gemeint sind damit jedwede Aktivitäten, die eine Steigerung des Energieumsatzes zur Folge haben (Hollmann/Strüder 2009; Pate et al. 1995; Rütten et al. 2005; Salem et al. 2009).

In den Gesundheitswissenschaften hat sich im Kontext von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention die Begriffspaarung der „gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität“ oder „gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität“ (international: health-enhancing physical activity) durchgesetzt. Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität verschränkt die Lebensbereiche Freizeit, Alltag und Arbeit miteinander. Basierend auf aktuellen Ergebnissen gesundheitswissenschaftlicher Forschung wird nämlich heute im Gegensatz zu früheren Annahmen davon ausgegangen, dass die gesundheitsförderliche und krankheitspräventive Wirkung körperlichen Aktivitätsverhaltens durch eine Akkumulation freizeitbezogener Bewegungsaktivitäten und (mit geringen Einschränkungen) alltäglicher körperlicher Aktivität erreicht werden kann und nicht etwa – wie in den 1990er Jahren propagiert – nur durch ein speziell gesundheitsorientiertes Fitness-Training (vgl. Rütten et al. 2005, S. 7). Gesundheitswirksame körperliche Aktivität basiert folgerichtig auf einer lebensweltlichen Betrachtung von Bewegung im Sinne eines aktiven Lebensstils, ist nach ihrem Zweck ausdifferenziert (Samitz/Baron 2002) und umfasst sowohl gesundheitsförderliche freizeitbezogene als auch entsprechende Alltags- und arbeitsweltbezogene Bewegungsaktivitäten (Brehm 2006; Rütten et al. 2005). Unter freizeitbezogenen Bewegungsaktivitäten versteht man dabei alle in der Freizeit ausgeführten körperlichen Aktivitäten inklusive dem Gesundheitssport beziehungsweise der Gesundheit dienenden Übungs- und Trainingseinheiten. Alltags- und arbeitsweltbezogene Bewegungsaktivitäten umfassen diejenigen körperlichen Aktivitäten, die im Kontext von Erwerbstätigkeit oder dem Arbeiten im Haushalt und in der Familie stattfinden sowie Aktivitäten zum Zwecke der Fortbewegung und Mobilität beziehungsweise des Transports.

1.4 Bewegungsförderung

Der Begriff der Bewegungsförderung umfasst aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht Maßnahmen und Aktivitäten zur Unterstützung und zum Ausbau gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivitäten (vgl. Schlicht/Brand 2007). Bewegungsförderung ist dabei als Prozess zu verstehen. Er zielt darauf ab, möglichst allen Menschen ein hohes Maß körperlicher Aktivität als Beitrag zur Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen als Teil eines gesunden Lebensstils zu ermöglichen. Um das Bewegungsverhalten in der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, werden im Rahmen von Umsetzungsstrategien freizeitbezogene und alltags- beziehungsweise arbeitsweltbezogene Bewegungsaktivitäten gefördert. Die Unterstützung gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivitäten setzt damit auf die Integration entsprechender Maßnahmen in die Lebenswelten von Menschen. Sie zielt auf eine positive Veränderung der Verhältnisse (Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen) sowie des individuellen Verhaltens von Menschen ab und will sowohl die Gesundheit fördern und Krankheiten prävenieren, als auch kurativ und rehabilitativ wirken.

2. Zur Bedeutung körperlich (in-)aktiver Lebensstile

Die individuelle gesundheitliche Situation von Menschen hängt von unterschiedlichen salutogenen und pathogenen Faktoren ab. Neben genetischen, physiologischen und psychischen Dispositionen, sozialen und wirtschaftlichen sowie umweltbezogenen Faktoren, sind in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention insbesondere die lebensstilbezogenen oder behavioralen Dispositionen von Interesse. Denn Verhaltensweisen von Menschen entscheiden maßgeblich über ihre jeweilige Gesundheits- beziehungsweise Krankheitsdynamik (Böhm et al. 2009; Hurrelmann et al. 2004). Vor dem Hintergrund zahlreicher epidemiologischer Studien ist dem körperlichen Aktivitätsverhalten in diesem Kontext neben dem Ernährungs- und Konsumverhalten sowie dem Bewältigungshandeln ein

besonders hoher Stellenwert zuzuschreiben. So ist mangelnde Bewegung gemeinsam mit ungesunder Ernährung heute hauptverantwortlich für vermeidbare Krankheiten und eine niedrige Lebenserwartung in Europa (EU 2005). Der Förderung körperlich aktiver Lebensstile ist deshalb im Kontext von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention aber auch von Kuration und Rehabilitation eine besonders zentrale Bedeutung zuzumessen.

2.1 Körperliche (In-)Aktivität, Gesundheit und Krankheit

Der Zusammenhang zwischen körperlichem Aktivitätsverhalten und Gesundheit ist in weiten Teilen sehr gut erforscht. Insbesondere in den vorangegangenen 30 Jahren ist der Frage nach der gesundheitlichen Wirkung von körperlicher Aktivität systematisch und in einer Vielzahl von Studien nachgegangen worden (Fuchs 2007; King 2001; Werle et al. 2006). Der hohe Stellenwert körperlich aktiver Lebensstile für die Aufrechterhaltung der Gesundheit und die Vermeidung von chronischen Erkrankungen gilt heute als unumstritten (ex. Böhm et al. 2009; EU 2008; King 2001; Martin 2007; Rütten et al. 2005; Salem et al. 2009; Scriba/Schwartz 2009; Walter et al. 2007). Die positiven gesundheitlichen Effekte von körperlicher Aktivität in Bezug auf zahlreiche Erkrankungen sind auch auf der Ebene von Metaanalysen hinreichend belegt (Rütten/Abu-Omar 2003). Gesundheitswirksame körperliche Aktivität ist als salutogene Ressource klar identifiziert, beispielsweise

- beeinflusst ein körperlich aktiver Lebensstil das Erkrankungsrisiko sowie den Verlauf von über 25 chronischen Erkrankungen positiv (Warburton et al. 2007),
- wird davon ausgegangen, dass sich das Risiko der Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 allein durch Beseitigung des Bewegungsmangels um 58% und das für Myokardinfarkt und Apoplex um 30% senken ließe (Scriba/Schwartz 2009),
- wird für Deutschland geschätzt, dass mehr als 6.500 Herz-Kreislauf-Todesfälle pro Jahr vermieden werden könnten, wenn nur die Hälfte der körperlich inaktiven Männer im Alter von 40 bis 69 Jahren regelmäßig körperlich aktiv wären (Rütten et al. 2005),
- werden die vermeidbaren Todesfälle durch präventive, ausreichende körperliche Aktivität in Kanada auf über 30% im Zusammenhang mit koronarer Herzkrankheit, auf 25% in Zusammenhang mit Schlaganfall und Osteoporose, auf 20% in Zusammenhang mit Darmkrebs, Bluthochdruck und Typ 2 Diabetes und auf 14% in Zusammenhang mit Brustkrebs geschätzt (Warburton et al. 2007).

Eine körperlich aktive Lebensweise hat dabei sowohl einen positiven Einfluss auf die Lebenserwartung, als auch auf die Lebensqualität und sie erhöht die Anzahl der gesunden Lebensjahre (HLY), also derjenigen Jahre eines Lebens, die frei von gravierenden funktionellen Einschränkungen sind und damit eine weitestgehend unabhängige und aktive Lebensführung ermöglichen (Böhm et al. 2009; Fuchs 2003; Löllgen et al. 2009; Warburton et al. 2007). Die Weltgesundheitsorganisation geht im European Health Report von 2005 davon aus, dass 5,5% aller DALYs¹ alleinig körperlich inaktiven Lebensstilen zugeschrieben werden können (WHO 2005). In Tabelle 1 sind ausgewählte Auswirkungen körperlicher Aktivität auf die Gesundheit zusammenfassend abgebildet.

2.2 Die Bedeutung körperlicher Aktivität im Alter

Durch eine gezielte Förderung der körperlichen Aktivität lässt sich nach Rütten et al. (2005, S. 7) in jedem Alter der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden entgegenwirken.

Gerade im Alter ist regelmäßige körperliche Aktivität jedoch besonders entscheidend für den Erhalt individueller Mobilität, wenn nicht gar Voraussetzung von persönlicher Lebensqualität und Lebenszufriedenheit (Cirkel/Juchelka 2009; Rütten et al. 2005). Regelmäßige körperliche Aktivität ist

¹ Um Behinderungen bereinigte Lebensjahre (DALYs) sind ein Indikator für die Lebenszeit, die mit Behinderung verlebt wird oder durch vorzeitige Sterblichkeit verloren geht.

ein zentraler verhaltensbedingter Faktor für gesundes und aktives Altern (WHO 2002). Bei Betrachtung individueller Risikoprofile älterer Menschen tritt der Risikofaktor „Bewegungsmangel“ stets an vorderen Rangpositionen auf (Eisfeld et al. 2003). Ein körperlich aktiver Lebensstil wirkt biologischen

Tabelle 1: Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit (in Anlehnung an Rütten et al. 2005)

Lebenserwartung	▲▲▲
Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen	▼▼▼
Blutdruck	▼▼
Risiko an Darmkrebs zu erkranken	▼▼
Risiko an Diabetes mellitus Typ II zu erkranken	▼▼▼
Beschwerden durch Arthrosen	▼
Risiko altersbedingter Stürze	▼▼
Kompetenz zur Alltagsbewältigung im Alter	▲▲
Kontrolle des Körpergewichts	▲
Angst und Depressionen	▼
Allgemeines Wohlbefinden und Lebensqualität	▲▲

▲	Einige Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable steigert
▲▲	moderate Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable steigert
▲▲▲	starke Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable steigert
▼	einige Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable senkt
▼▼	moderate Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable senkt
▼▼▼	starke Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable senkt

Alterungsprozessen entgegen und trägt wesentlich zu einem gesunden Altern bei (Böhm et al. 2009; King 2001; Salem et al. 2009). „Körperliche Aktivität ist der wichtigste Faktor, der vor Stürzen schützt und die Leistungsfähigkeit des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems erhält.“ (Kruse 2006, S. 11) Der Förderung körperlicher Aktivität kommt deshalb im Rahmen von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Alter eine exponierte Bedeutung zu, da von ihr selbst gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Menschen in besonderer Weise profitieren (Kruse 2006).

2.3 Ökonomische Aspekte körperlich (in-)aktiver Lebensstile

Auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive kommt regelmäßiger körperlicher Aktivität eine herausragende Bedeutung zu. Unabhängig von methodisch begründeten Unsicherheiten entsprechender Berechnungen und Schätzungen wird heute davon ausgegangen, dass körperlich inaktive Lebensstile erhebliche direkte und indirekte Gesundheitskosten verursachen.

- Für Großbritannien werden beispielsweise die direkten und indirekten Gesundheitskosten aufgrund körperlicher Inaktivität für das Jahr 2004 auf über 8,2 Milliarden Britische Pfund geschätzt (EU 2005).
- Für die Schweiz werden die auf bewegungsarme Lebensstile zurückzuführenden jährlichen direkten Behandlungskosten mit 2,4 Milliarden Schweizer Franken angegeben (BASPO 2006).
- Hochrechnungen aus Kanada gehen davon aus, dass etwa 2,5% der direkten Kosten im Gesundheitswesen allein aufgrund körperlich inaktiver Lebensstile entstehen (Katzmarzyk et al. 2000).

Entsprechende Daten sind auch deshalb besonders interessant, weil unumstritten ist, dass die Kosten für die Förderung körperlicher Aktivität deutlich niedriger sind als diejenigen Kosten, die durch inaktive Lebensstile verursacht werden (Katzmarzyk et al. 2000). Es besteht demnach sowohl auf individueller Ebene als auch auf Bevölkerungsebene ein hoher Bedarf an Bewegungsförderung, die auch aus gesundheitsökonomischer und volkswirtschaftlicher Sicht dringend geboten ist. Im Grünbuch zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung der Kommission der

Europäischen Gemeinschaften wird hierzu ausgeführt, dass Bewegungsförderung sowohl für die Gesundheit des Einzelnen und für die öffentliche Gesundheit wichtig ist, als auch für die Senkung von Langzeitkosten des Gesundheitswesens und mittelbar zur Stabilisierung der Volkswirtschaften (EU 2005).

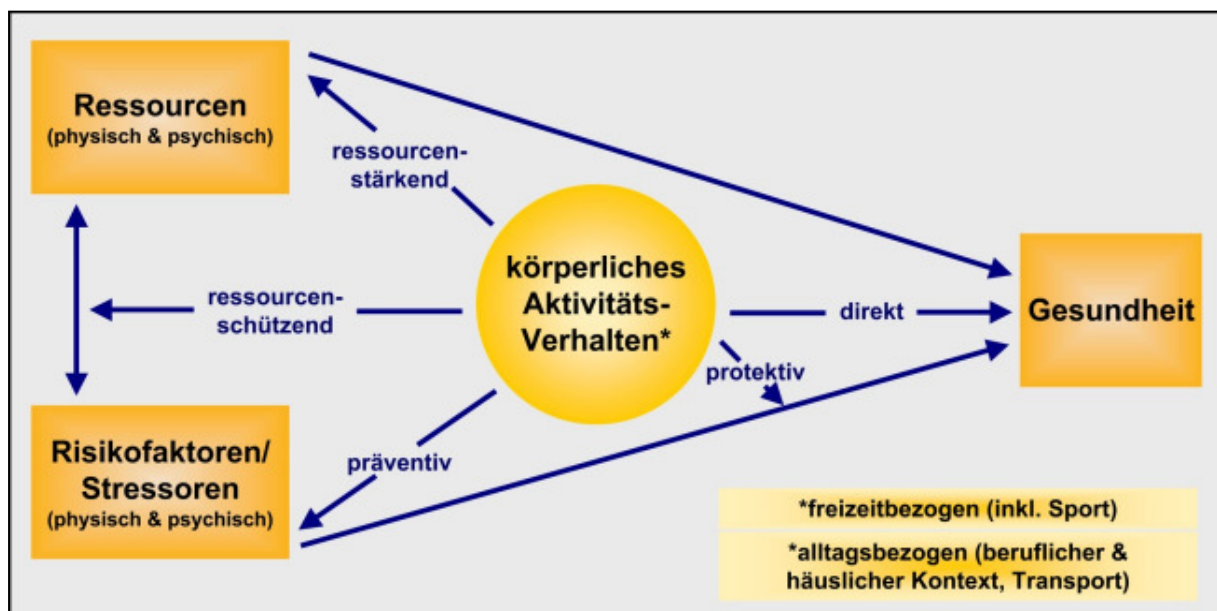
2.4 Wirkweisen körperlicher Aktivität auf die Gesundheit

Regelmäßige gesundheitsförderliche körperliche Aktivität wirkt auf unterschiedlichen Ebenen auf die Gesundheit von Menschen. Auch wenn die Wirkweisen noch nicht in Detail geklärt sind, kann bereits modellhaft erklärt werden, welchen Einfluss körperliche Aktivität auf das Gesundheits- und Krankheitsgefüge nimmt. In Anlehnung an Fuchs (2007) werden in Abbildung 1 die skizzierten Wirkweisen modellhaft dargestellt. Körperliches Aktivitätsverhalten wirkt dabei sowohl unmittelbar und direkt als auch mittelbar oder indirekt.

Der direkte Effekt bezieht sich auf die Beeinflussung physischer und psychischer Gesundheit, unabhängig davon, ob eine Person unter Risiko oder Stress steht oder nicht (Fuchs 2007, S. 80). Indirekt wirkt körperliche Aktivität auf unterschiedliche Weise auf die Gesundheits-/ Krankheitsdynamik (vgl. Fuchs 2007):

- So besitzt körperliche Aktivität einen „Puffer-Effekt“ auf die Gesundheit, indem sie Einflüsse und schädliche Wirkungen von Risikofaktoren und Stressoren abmildern hilft.
- Außerdem kann körperliche Aktivität im Sinne ihrer präventiven Wirkung die Entstehung von Risikofaktoren (zum Beispiel Übergewicht oder Bluthochdruck) oder Stressoren (zum Beispiel Erleben von Einsamkeit) verhindern helfen.
- Schließlich helfen körperlich aktive Lebensstile auch dabei, Ressourcen als Schutzfaktoren (zum Beispiel Selbstwertgefühl) auf- und auszubauen, beziehungsweise diese zu schützen. Dabei entfalten sie ihre ressourcenstärkende und ressourcenschützende Wirkung.

Abbildung 1: Wirkweisen körperlicher Aktivität auf die Gesundheit (modifiziert und erweitert nach Fuchs, 2007, S. 81)



3. Empfehlungen zu gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität

Damit sich das gesundheitsförderliche und krankheitspräventive Potenzial körperlich aktiver Lebensstile entfalten kann, sollte eine bestimmte Qualität und Quantität an körperlicher Aktivität erreicht werden. Die Qualität beschreibt dabei den Aktivitätstyp (metabolische und/oder mechanische Charakteristika) oder – wie eingangs im Kontext der Definition zu gesundheitsförderlicher/gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität bereits ausgeführt – den

Aktivitätszweck. Die Quantität wird klassisch über die Intensität, die zeitliche Dauer und die Häufigkeit oder Frequenz von Aktivitäten beschrieben (Samitz/Baron 2002). Empfehlungen zu gesundheitswirksamen körperlichen Aktivitäten sollten entsprechende Angaben zu Qualität und Quantität enthalten. Zudem sollten sie altersspezifisch aufbereitet sein, um alterungsbedingte Aspekte zu berücksichtigen.

3.1 Aktuelle Empfehlungen für ältere Menschen

Auf Basis der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenzen hat ein interdisziplinäres Team aus Experten der Gesundheits- und Sportwissenschaften in 2009 und 2010 Bewegungsempfehlungen („Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“) erarbeitet (Titze et al. 2010). Die Empfehlungen basieren auf aktuellen internationalen Empfehlungen, die auf Basis umfassender, systematischer Literaturstudien entwickelt wurden (Australian Government Department of Health and Ageing 2007; BASPO 2009; U.S. Department of Health and Human Services 2008). Für ältere Menschen werden die nachfolgenden Empfehlungen ausgesprochen (Titze et al. 2010, S. 32):

„Ältere Menschen sollten jede Gelegenheit nützen, um körperlich aktiv zu sein. Jede Bewegung ist besser als keine Bewegung, weil der Wechsel vom Zustand „körperlich inaktiv“ zum Zustand „geringfügig körperlich aktiv“ ein wichtiger erster Schritt ist. Um die Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten...

- sollten ältere Menschen mindestens 150 Minuten (2 1/2 Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten (1 1/4 Stunden) pro Woche Bewegung mit höherer Intensität oder eine adäquate Kombination aus Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität durchführen. Idealerweise sollte die Aktivität auf möglichst viele Tage der Woche verteilt werden. Jede Einheit sollte mindestens zehn Minuten durchgehend dauern.
- sollten ältere Menschen – für einen zusätzlichen und weiter reichenden gesundheitlichen Nutzen – eine Erhöhung des Bewegungsumfangs auf 300 Minuten (5 Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder 150 Minuten (2 1/2 Stunden) pro Woche Bewegung mit höherer Intensität oder eine entsprechende Kombination aus Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität anstreben.
- sollten ältere Menschen an zwei oder mehr Tagen der Woche muskelkräftigende Bewegungen mit mittlerer oder höherer Intensität durchführen, bei denen alle großen Muskelgruppen beansprucht werden.
- sollten ältere Menschen, wenn sie aufgrund von Beschwerden nicht mehr in der Lage sind, 150 Minuten Bewegung mit mittlerer Intensität auszuführen, so viel Bewegung machen, wie es ihre Beschwerden zulassen.
- sollten ältere Menschen körperliche Aktivitäten ausüben, die das Gleichgewichtsvermögen erhalten oder verbessern, um die Sturzgefahr zu reduzieren.“

Grundsätzlich gibt es dabei verschiedene Möglichkeiten die empfohlenen 150 Minuten pro Woche zusammenzustellen. Denkbar sind beispielsweise fünf Bewegungseinheiten von 30 Minuten in der Woche einzuplanen. Dies könnte auch dazu ermutigen, körperliche Aktivität als integralen Bestandteil des Alltagslebens zu betrachten. Eine Verteilung der Bewegungseinheiten auf mehrere Tage in der Woche wird aber auch deshalb empfohlen, da dadurch das Verletzungsrisiko reduziert wird. Allerdings sollten sowohl körperliche Aktivitäten mit mittlerer als auch mit hoher Intensität zumindest zehn Minuten lang andauern (Titze et al. 2010).

Hinsichtlich der Intensität liegt Bewegung mit mittlerer Intensität auf einer Skala von 0 bis 10 (Sitzen = 0 und körperliche Verausgabung = 10) zwischen 5 und 6. Dadurch erhöhen sich Atmung und Herzfrequenz merkbar. Als Faustregel gilt, dass man bei einer körperlichen Aktivität mit mittlerer Intensität zwar noch sprechen, aber nicht mehr singen kann. Bewegungen mit höherer Intensität können auf einer zehnstufigen Skala zwischen 7 und 8 eingeordnet werden. Als Faustregel gilt hier:

Bei körperlichen Aktivitäten mit höherer Intensität kann man kein durchgehendes Gespräch mehr führen (Titze et al. 2010)².

Ergänzend zu den Empfehlungen wird zu Beweglichkeitsübungen geraten. Hier konnten zwar bisher keine positiven Wirkungen auf die Gesundheit oder die Verletzungsprophylaxe nachgewiesen werden, aber viele alltägliche Aktivitäten erfordern eine gute Beweglichkeit. Für den Erhalt der Beweglichkeit eignen sich regelmäßige Gymnastik- und Dehnübungen (Titze et al. 2010).

Obwohl regelmäßige körperliche Aktivität vielfältige gesundheitliche Vorteile bietet, kann es auch zu unerwünschten Ereignissen kommen. Diese beziehen sich häufig vor allem auf den Bewegungsapparat und (seltener) auf das Herz-Kreislauf-System. Deshalb sollten Frauen und Männer ab 35 Jahren sowie chronisch kranke oder übergewichtige Menschen, die in der Vergangenheit keine Bewegungen mit höherer Intensität durchgeführt haben und nun damit beginnen möchten, dies vor Trainingsbeginn mit einer Ärztin oder einem Arzt abklären (Titze et al. 2010).

Die aktuellen Empfehlungen für ältere Menschen kombinieren Übungen zur Förderung und Erhaltung der Ausdauer, der Kraft und Kraftausdauer und des Gleichgewichts miteinander. Dies ist deshalb sinnvoll, da durch ebendiese Kombination auf der einen Seite dem altersbedingten Kraft- und Zellmassenverlust entgegengewirkt werden kann und auf der anderen Seite ein positiver Einfluss auf die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit erfolgt (Hollmann/Strüder 2009). Außerdem ist eine entsprechend kombinierte Vorgehensweise günstig in Bezug auf den Erhalt der selbstständigen Lebensführung und die Vermeidung von Sturzereignissen (ex. Freiberger et al. 2007; Walter et al. 2007).

3.2 Exkurs: absolute vs. relative Angaben und die Heterogenität des Alters

In Tabelle 2 sind in Anlehnung an Samitz (2002) zunächst körperliche Aktivitäten unterschiedlicher Arten nach der absoluten Intensität klassifiziert. In Bezug auf die Belastungsintensität wird vor allem bei moderat intensiven körperlichen Aktivitäten der gesundheitliche Nutzen betont (EU 2008; Nelson et al. 2007; Samitz/Baron 2002).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass die alleinige Orientierung an absoluten Angaben (vor allem in Bezug auf die Intensität körperlicher Aktivität) interindividuellen Unterschieden in Gesundheits- und Fitnesszustand nicht gerecht werden kann. Entsprechende Angaben bieten deshalb zwar eine grobe Orientierung, sie müssen aber vor dem Hintergrund individueller Verhältnisse im Einzelfall kritisch reflektiert und gegebenenfalls angepasst werden. So kann beispielsweise ein zügiges Gangtempo für einen körperlich inaktiven älteren Menschen bereits einen hoch intensiven Belastungsreiz darstellen, wohingegen eine regelmäßig aktive Person eher moderat belastet wird. Als relativ zuverlässige Möglichkeit die Belastungsintensität einzuschätzen hat sich deshalb eine Orientierung an subjektiv einschätzbaren Angaben erwiesen (zum Beispiel: „leicht aus der Puste kommen“ oder „leichtes Schwitzen“ als Schätzer für mittlere Belastungsintensitäten).

Auf die damit angesprochene Heterogenität des Alters weisen auch Ergebnisse der gerontologischen Forschung hin. Demzufolge kann Alter als Abschnitt im Lebenslauf nicht mit dem Altern als individueller Prozess gleichgesetzt werden. Und das soziale Alter ist nicht gleichbedeutend mit dem biologischen und psychologischen Altern. „Es existiert kein kausaler, sondern lediglich ein konditionaler Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit. Auch bei Personen im identischen Alter und mit einem exakt übereinstimmenden Krankheitsbefund lassen sich erhebliche Unterschiede im Hilfebedarf, in der Lebenszufriedenheit und im Wohlbefinden feststellen.“ (bvpg 2009) In der Altersgruppe 60+ sind beispielsweise Berufstätige und Rentner, Gesunde, Erkrankte und Pflegebedürftige, familiär eingebundene oder allein lebende Personen zu finden. Weiterhin sind Menschen mit hohem und niedrigem sozio-ökonomischen Status oder mit hohem und niedrigem

² Nähere Angaben zur Intensität muskelkräftigender körperlicher Aktivität sowie zu Gleichgewichtstraining sind bei Titze et al. (2010) nachzulesen.

Bildungsniveau vertreten (Böhm et al. 2009; Bormann et al. 2009; Conn et al. 2003; Kruse 2006; Kuhlmeij/Schaeffer 2008; MAGS NRW 2008; Salem et al. 2009; Thieme 2008). Daraus resultierende Unterschiede des körperlichen Aktivitätsverhaltens, aber auch des gesundheitlichen Status, der Selbstständigkeit oder der Mobilität, gilt es – und das sei an dieser Stelle vorweggenommen – bei der Konzipierung und Etablierung entsprechender Maßnahmen und Interventionen zur Bewegungsförderung entsprechend zu beachten (Böhm et al. 2009; Bormann et al. 2009; bvg 2009; Conn et al. 2003; Kruse 2006; MAGS NRW 2008; Salem et al. 2009; Walter et al. 2007).

Tabelle 2: Klassifikation der körperlichen Aktivität auf Grundlage der absoluten Intensität (vgl. Samitz/Baron, 2002, 16)

Art der Aktivität	Leicht (3 MET bzw. <3,5 kcal./Min.)	Moderat (3-6 MET bzw. 3,5-7 kcal/Min)	Schwer (>6 MET bzw. >7 kcal/Min.)
Berufliche Tätigkeit	Büroarbeit sitzend Arbeit hinter Pult stehend Berufskraftfahrer, Maschinist	Stehend mit Gehen oder Heben von Lasten (25 kg) Feuerwehr, Straßenbau, Eisenindustrie, Baugewerbe	Schwerarbeit (Bergbau, Ladetätigkeit)
Transport	Autofahren Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	Radfahren zur Arbeit Gehen zur Arbeit/Busstation Treppensteigen	Treppensteigen mit Last
Hausarbeit	Staubsaugen, Staubwischen, Betten machen, Kochen, Abwaschen, Bügeln	Generelles Reinigen, Fenster-, Boden putzen, Autowäsche, Reparaturarbeiten	Tragearbeiten, Möbel umstellen
Kinderaufsicht	Spielen (sitzend oder stehend), Kinder füttern, wickeln, anziehen, Spazieren mit Kinderwagen	Aktives Spiel (gehend und laufend), Tragen, Heben eines Kindes, zügiges Gehen mit Kinderwagen	
Gartenarbeit	Jäten, Säen	Hecken schneiden, Rasenmähen (Motormäher), Schneeschaufeln	Rasenmäher (Handmäher) Erdarbeiten
Freizeitaktivität	Spazieren Gehen (< 4 km/h)	Zügiges Gehen (4-7 km/h) Laufband (4-7 km/h)	Bergangehen mit Last (10-20 kg), Joggen, Laufen
		Treppensteigen, Steppgerät (langsam), Trampolin, Bergwandern, Rad als Transportmittel (Einkauf, Arbeit), Radausflüge mit Familie (15 km/h)	Treppensteigen mit Last Steppgerät (schnell), Klettern, Radfahren schnell (< 15 km/h), Mountainbiken
	Standfahrrad (25 Watt) Baden	Standfahrrad (50-100 Watt) Längen schwimmen (mäßig schnell)	Standfahrrad (<100 Watt) Längen schwimmen (schnell)
	Fischen	Schnorchel, Tauchen, Surfen Rudern, Rudergerät (40- 00 Watt)	Rudern (schnell), Rudergerät (<100 Watt)
	Stretching	Gymnastik, Krafttraining an Maschinen, Wassergymnastik, Aerobic (low impact), Tanz langsam (Disco, Volkstanz, klassisch)	Circuittraining an Maschinen Aerobic (high impact), step aerobic, Tanz schnell (Disco, Volkstanz, klassisch)
	Billiard, Kegeln, Dart	Golf, Badminton, Tennis (sozial), Volleyball (Verein), Basketball, Inlineskaten (langsam), Eislaufen, Schilaufen, Schiwandern	Badminton, Tennis (Verein), Beach-Volleyball, Inlineskaten (schnell), Schilanglauf, Touren Bergwandern

4. Aktivitätsverhalten in Deutschland - status quo

Verlässliche Aussagen zum körperlichen Aktivitätsverhalten in Deutschland lassen sich aus methodischen Gründen und aufgrund einer begrenzten Datenlage nur eingeschränkt treffen. Dennoch kann mit großer Sicherheit konstatiert werden, dass sich Menschen in den meisten westlichen Industrienationen, so auch in Deutschland, viel zu wenig bewegen (Mensink 2003). Viele Menschen weisen eine „negative Bewegungsbiographie“ auf. Die Ursachen sind dabei vielfältig. Allerdings begünstigen äußere Rahmenbedingungen wie beispielsweise die Technisierung der Haushalte und der Umwelt, die Industrialisierung und Computerisierung der Arbeit, die Motorisierung des Transports, aber auch das Verschwinden von Bewegungsmöglichkeiten und -räumen vor allem in Großstädten und die verstärkte Nutzung moderner Kommunikationsmittel sowie der stark angestiegene Medienkonsum bewegungsarme Lebensstile (Marti/Hättich 1999; Meusel/Fuchs 2006; SVR 2009). Problematisch ist darüber hinaus, dass der Trend zu Bewegungsmangel und körperlich inaktiven Lebensstilen scheinbar noch weiter zunimmt (EU 2007b; Rütten et al. 2007).

Im Bundes-Gesundheitssurvey „Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland“ (Mensink 2003) werden unter anderem Angaben zum körperlichen Aktivitätsverhalten in Bezug auf das Erreichen der derzeitigen Empfehlungen vorgenommen (siehe Abbildung 2).

Die Daten zeigen zunächst, dass sich die Bevölkerung in Deutschland über alle Altersgruppen hinweg zu wenig bewegt und nur selten hinreichend körperlich aktiv ist. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Menschen, die die Empfehlungen erreichen, noch einmal deutlich ab. Dieser Befund gilt – ungeachtet der Tatsache, dass Frauen die Empfehlungen per se seltener erreichen als Männer – geschlechterübergreifend. Ältere Menschen sind also aus epidemiologischer Sicht eine besonders vulnerable Gruppe hinsichtlich ihres körperlichen Aktivitätsverhaltens.

Abbildung 2: Anteil der Bevölkerung, der die derzeitigen Empfehlungen zu körperlicher Aktivität erreicht (Mensink, 2003)



5. Determinanten körperlichen Aktivitätsverhaltens

Der Analyse von Gründen für die Entwicklung körperlich aktiver oder körperlich inaktiver Lebensstile kommt eine große Bedeutung zu. Sie bildet die Grundlage für ein Problembewusstsein, aber auch Problemverständnis. Im Rahmen der Analyse hemmender und fördernder Faktoren werden dabei Kontextfaktoren möglichst breit einbezogen (vgl. Abbildung 3). Diese sind neben den nicht veränderbaren Faktoren wie Alter, Geschlecht und Genetik, verhaltensbezogene und damit auch beeinflussbare persönlichkeitspezifische Faktoren sowie Faktoren des sozialen und physischen Umfeldes (vgl. Martin 2007; Rommel et al. 2008; Woll 2006).

Die Faktoren beeinflussen dabei in unterschiedlicher Weise das individuelle Aktivitätsverhalten. Zusammenfassend werden nachfolgend die aus der Forschung bekannten Determinanten in vier Kategorien eingeordnet und wiedergegeben³:

- **soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren** (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Einkommen, Migrationshintergrund)
- **psychologische Einflussfaktoren** (z.B. emotionale Aspekte, gesundheitsbezogene Erwartungen)
- **soziale Einflussfaktoren** (soziale Unterstützung durch z.B. Familie und Freunde)
- **soziokulturelle Einflussfaktoren** (z.B. Infrastruktur und Angebote der Bewegungsförderung)

³ Weitergehende Ausführungen sind unter anderem zu finden bei (Allender et al. 2006; Braubach 2007; Carnegie et al. 2002; Mollenkopf/Flaschenträger 2001; Rütten et al. 2007; Rütten et al. 2009; Salem et al. 2009; Stiller/Alfermann 2003).

Abbildung 3: Körperliches Aktivitätsverhalten und seine Kontextfaktoren (modifiziert nach BASPO, 2006, S. 17; vgl. Martin, 2007; Rommel et al., 2008; Woll, 2006)



5.1 Soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren

In Bezug auf soziodemographische und sozioökonomische Einflussfaktoren kann zum momentanen Zeitpunkt zusammenfassend festgehalten werden, dass höheres Lebensalter, weibliches Geschlecht, unterdurchschnittliche Schulbildung und Einkommen sowie ein Migrationshintergrund inaktive Lebensstile eher begünstigen. Soziale Ungleichheiten führen demnach ebenfalls zu „Bewegungsungleichheiten“. Dieser Befund ist ein erster wichtiger Hinweis darauf, wer die besonders „bewegungsvulnerablen“ Gruppen in der Gesellschaft sind.

5.2 Psychologische und soziale Einflussfaktoren

Hinsichtlich der psychologischen Ebene sind vor allem geringe Freude an Bewegung („kein Sport-Typ“) und geringe Erwartungen in Bezug auf die durch eigene körperliche Aktivität ausgelösten positiven gesundheitlichen Auswirkungen (auch im Vergleich zu anderen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen) als hemmende Faktoren zu nennen. Hinderliche soziale Faktoren sind beispielsweise eine als gering empfundene soziale Unterstützung durch Freunde und Familie in Bezug auf Bewegung.

5.3 Soziokulturelle Einflussfaktoren

Als wichtige infrastrukturell bezogene Hürden für bewegungsaktive Lebensstile können aus den Ergebnissen der Mobilitätsforschung (vgl. Carnegie et al. 2002; Mollenkopf/Flaschenträger 2001) zum Beispiel

- fehlende (Zugangs-)Möglichkeiten zu Aktivitätsflächen im Wohnumfeld,
- eine als subjektiv gering eingeschätzte Attraktivität des Wohnumfeldes,
- fehlende Barrierefreiheit der Wohnung und Wohnumgebung,
- eine hohe Verkehrsdichte in Verbindung mit einer geringen Verkehrssicherheit,
- fehlende Rad- und Gehwege,
- zu wenige Sitzplätze am Wegesrand sowie
- unzureichend beleuchtete Wege und Plätze abgeleitet werden.

Die infrastrukturell bedingten Hürden können dabei – anders als vielleicht gemeinhin vermutet – einen großen Einfluss auf das Bewegungsverhalten von Menschen nehmen. Vor allem die Verfügbarkeit adäquater und attraktiver Freiflächen und Aktivitätsräume in unmittelbarer Wohnumgebung scheint dabei eine zentrale Voraussetzung für körperliches Aktivitätsverhalten zu sein. Inwieweit dieser Einfluss allerdings durch das Lebensalter oder beispielsweise sozioökonomische Faktoren beeinflusst wird, ist derzeit noch nicht vollständig geklärt. Im Sinne eines verhältnispräventiven Ansatzes sprechen Braubach (2007) und Jones et al. (2009) der Wohnumgebung ein hohes Potenzial zu, nicht-aktive Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Die Ergebnisse von Michael et al. (2010) differenzieren hier: In ihrer Untersuchung des

Bewegungsverhaltens (hier Spaziergehen) älterer Männer stellen sie fest, dass es zwar einen signifikanten Zusammenhang zwischen den sozioökonomischen Größen eines Wohngebietes und dem Spaziergangsverhalten der jeweiligen Anwohner gibt. Allerdings arbeiten sie heraus, dass der Zugang zu Parkanlagen oder einem attraktiven Wegenetz in unmittelbarer Wohnumgebung bei Anwohner von Wohngebieten mit einem hohen sozioökonomischen Status mit einer höheren Wahrscheinlichkeit dazu führt, dass diese regelmäßig Spaziergehen, nicht aber bei Anwohnern aus Wohngebieten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status.

Bewegungsförderliche Wohnumgebungen zeichnen sich beispielsweise durch eine intelligente Zonenplanung im Sinne der gemischten Nutzung durch kurze Distanzen zu Zielorten, direkte Verbindungen für Fußgänger und Fahrradfahrer, ein attraktiv gestaltetes Quartier, niederschwellige Zugänge zu Parks und Freizeitanlagen und kurze Distanzen zu Haltestellen des ÖPNV aus.

Neben infrastrukturellen Determinanten können aber auch Angebote der Bewegungsförderung einen Einfluss auf das Bewegungsverhalten von Menschen nehmen. Grundsätzlich sollten entsprechende Angebote zielgruppen- und altersgruppengemäß ausgestaltet werden. In der Praxis gehen jedoch Angebote nicht selten an den Bedürfnissen der älteren Zielgruppe vorbei, wenn sie zum Beispiel zu hohe Kosten aufweisen, zu für ältere Menschen ungünstig gelegenen Tageszeiten angeboten werden, nicht über das unmittelbare Wohnumfeld zu erreichen sind oder die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel fehlt. Dadurch werden sie unattraktiv oder sie sind schlichtweg nicht zu erreichen oder zu bezahlen. Auch mangelt es noch häufig an kultursensiblen Angeboten.

6. Körperliches Aktivitätsverhalten fördern

Um das körperliche Aktivitätsverhalten nachhaltig zu fördern, bedarf es einer systematischen Vorgehensweise. In der Praxis der Bewegungsförderung eignet sich hierzu eine Orientierung am Public Health Action Cycle (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Systematische Förderung körperlichen Aktivitätsverhalten in Orientierung am Public Health Action Cycle



Im Kern ist der Public Health Action Cycle ein einfacher Regelkreis. Er bietet sowohl auf der Mikroebene der einzelnen Maßnahmen oder Projekte der Bewegungsförderung, der Mesoebene der Orientierung und Steuerung von Institutionen und Verbänden, als auch auf der Makroebene gesamtgesellschaftlicher Regulierung von Gesundheitschancen einen handlungsleitenden Rahmen (Rosenbrock 1997).

Der Public Health Action Cycle sieht ein Vorgehen in vier übergeordneten Prozessschritten vor:

1. Problemdefinition
2. Strategieformulierung
3. Implementierung/Umsetzung
4. Bewertung/Evaluation

6.1 Problemdefinition

Bezogen auf die Bewegungsförderung werden im Rahmen der Problemdefinition aus körperlicher Inaktivität resultierende Gesundheitsprobleme hinsichtlich ihrer medizinischen, epidemiologischen und sozialen Aspekte abgeschätzt (vgl. Rosenbrock 1997). Neben einer Definition der Problemlagen werden auch Ressourcen ermittelt. Es werden unter anderem der Bedarf und die Handlungsfelder geklärt und erste wichtige Hinweise für die Identifikation der Zielgruppe und des Settings ermittelt. Als Quelle dienen beispielsweise sozialegpidemiologische Studien und eine (möglichst kleinräumige) Gesundheits- oder Sozialberichterstattung.

Eine sorgfältige Problemdefinition ist dabei die Voraussetzung für alle weiteren Planungsschritte. Erst danach können begründet und entlang des ermittelten Bedarfes Prioritäten gesetzt sowie Instrumente, Maßnahmen und Strategien zur Minderung der Gesundheitsprobleme oder Lösungsoptionen ausgearbeitet werden.

6.2 Strategieformulierung

Das Ziel der Strategieformulierung ist die Entwicklung theoretisch fundierter, an Modellen orientierter, bedarfs- und bedürfnisgerechter sowie epidemiologisch bedeutsamer Interventionen und Maßnahmen der Bewegungsförderung. Dabei sollte – wann immer möglich – auf solche Ansätze zurückgegriffen werden, die sich bewährt und die ihre Wirksamkeit nachgewiesen haben. Die Strategieformulierung sucht Antworten auf die Leitfrage: Mit welchen Maßnahmen, in welcher Art und Weise, von wem und in welchen Bereichen sollen die festgestellten gesundheitlichen Probleme bearbeitet werden? (Rosenbrock 1997)

Dabei ist es notwendig, die zentralen Einflussgrößen auf das körperliche Aktivitätsverhalten von Menschen zu identifizieren und zu verstehen. Außerdem sollten Maßnahmen analysiert werden, die geeignet sind, körperlich aktive Lebensstile zu fördern. Antworten bieten zum Beispiel die Ergebnisse der Interventionsforschung, Beispiele gelungener Praxis der Bewegungsförderung, aber auch Interventionstheorien. Aufbauend darauf können

- die Zielgruppe und das Setting festgelegt werden,
- übergeordnete Ziele in Hinblick auf die Zielgruppen und Handlungsfelder formuliert und operationalisiert, beziehungsweise konkretisiert werden,
- ein konkreter Zeitplan erarbeitet, sowie Aufgaben verteilt und die Finanzierung geregelt werden,
- Zuständigkeiten formuliert werden,
- Routinen für die Dokumentation und Bewertung von Interventionen (Qualitätsmanagement) entwickelt werden (Gold et al. 2008).

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die wirksamsten Formen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention – so auch der Bewegungsförderung – entweder an bestimmten Settings ansetzen, oder soziale Milieus beziehungsweise andere kollektive Lebenslagen und Lebensstile als Ausgangspunkt wählen (Rosenbrock 1997).

6.3 Implementierung/Umsetzung, Bewertung/Evaluation

Ist eine geeignete Strategie formuliert, werden entsprechende Schritte umgesetzt und koordiniert. In der Phase der Umsetzung gilt es sicherzustellen, dass die Maßnahmen koordiniert implementiert werden können. Es gilt dabei kritisch zu reflektieren und gegebenenfalls auftretende Schwierigkeiten

einer Lösung zuzuführen. In der Praxis kann dies auch dazu führen, begründet vom ursprünglich entwickelten Vorgehen abzuweichen und andere Strategien zu beraten und einzusetzen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass vom Ziel der Implementierung theoretisch fundierter, bedarfs- und bedürfnisgerechter sowie epidemiologisch bedeutsamer Interventionen und Maßnahmen der Bewegungsförderung nicht abgerückt wird.

Begleitend zur Implementierung und Umsetzung wird im Rahmen der Evaluation der Frage nach der Effektivität und Evidenz nachgegangen. Dabei kommt das bereits im Voraus entwickelte Konzept des Qualitätsmanagements zum Einsatz (ex. Kolip/Müller 2009). Ziel ist es, die Strategie und die Ergebnisse kritisch zu bewerten. Idealerweise erfolgt im Anschluss an die Evaluation eine erneute Problemerkennung und gegebenenfalls eine entsprechende Anpassung der Strategien und Maßnahmen. Der Public Health Action Cycle wird erneut durchlaufen. Es ergibt sich nach diesem Modell idealtypisch eine spiralförmige Bewegung, in deren Verlauf im Sinne der fortlaufenden Qualitätsentwicklung die Praxis immer besser an das Problem angepasst und damit immer wirksamer werden soll (Rosenbrock 1997).

Fazit

Die gesundheitsförderlichen Effekte gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität sind – auch auf Ebene von Meta-Analysen – nachgewiesen (Nelson et al. 2007; Rütten/Abu-Omar 2003). Einerseits, so kann konstatiert werden, ist regelmäßige Bewegung eine einfache und kostengünstige Methode mit gesundheitsfördernden, krankheitspräventiven und kurativen Mehrfacheffekten (Neumann/Frasch 2007). Andererseits weisen über 80% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland über 60 Jahre eine „negative Bewegungsbiographie“ auf (Mensink 2003). Dies bedeutet, dass sie körperlich so inaktiv sind, dass sie die gesundheitlich relevante „Dosis“ körperlicher Aktivität nicht erreichen und daraus ernsthafte gesundheitliche Risiken resultieren.

Besonders wichtig ist es daher diejenigen Interventionen, die sich als besonders wirksam erwiesen haben und das alters- und zielgruppenangemessene körperliche Aktivitätsverhalten erhöhen, zu identifizieren, zu kommunizieren und in der breiten Praxis anzuwenden (Bormann et al. 2009; bvpg 2009; Fuchs 2007; Neumann/Frasch 2007).

Die Politik hat dies erkannt (BMG 2008; EU 2005; EU 2007a; EU 2007b; EU 2008; MAGS NRW 2008). Auch deshalb werden bundesweit Zentren für Bewegungsförderung im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Literatur:

- Allender, S./Cowburn, G./Foster, C. (2006): Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Education Research* 21, Nr. 6, 826-835
- Australian Government. Department of Health and Ageing (2007): National Physical Activity Guidelines for Australians
- BASPO (2006): Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO). Bundesamt für Gesundheit (BAG). Gesundheitsförderung Schweiz. Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz
- BASPO (2009): Gesundheitswirksame Bewegung. Magglingen: Bundesamt für Sport (BASPO). Bundesamt für Gesundheit (BAG). Gesundheitsförderung Schweiz. Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz
- BMG (2008): IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Der nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Statistisches Bundesamt; Deutsches Zentrum für Altersfragen; Robert Koch-Institut
- Bormann, R./Diedler, E./Hermann, C./Knieps, F./König, P./Lang, A./Naegele, G./Reichert, M./Rothgang, H./Schaeffer, D. (2009): Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Bonn: Friedrich Ebert Stiftung
- Braubach, M. (2007): Erfolgsfaktoren bewegungsförderlicher Wohnumgebungen - gute Praxis in Europa. Vortrag anlässlich des Kongresses „Bewegung im Alltag - wo Menschen leben und arbeiten“ am 23. Januar 2007 in Berlin
- Brehm, W. (2006): Gesundheitssport - Kernziele, Programme, Evidenzen. In: Kirch, W./Badura, B. (Hg.): Prävention Heidelberg: Springer, 243-265
- bvpg (2009): Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Carnegie, M.A./Bauman, A./Marshall, A.L./Mohsin, M./Westley-Wise, V./Booth, M.L. (2002): Perceptions of the physical environment, stage of change for physical activity, and walking among Australian adults. *Scandinavian Journal of Public Health* 73, Nr. 2, 146-155
- Cirkel, M./Juchelka, R. (2009): Gesundheit und Mobilität im Alter. *Public Health Forum* 15, Nr. 3, 24-26

- Conn, V.S./Minor, M.A./Burks, K.J./Rantz, M.J./Pomeroy, S.H. (2003): Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal of American Geriatric Society* 51, Nr. 8, 1159-1168
- Eisfeld, K./Wiesmann, U./Hannich, H.-J./Hirtz, P. (2003): Gesund und bewegt ins Alter - Interdisziplinäre Ansätze für eine Community Medicine. In: Eisfeld, K./Wiesmann, U./Hannich, H.-J./Hirtz, P. (Hg.): *Gesund und bewegt ins Alter - Interdisziplinäre Ansätze für eine Community Medicine* Butzbach-Griedel: Afra, 1-6
- EU (2005): Grünbuch „Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung: eine europäische Dimension zur Verhinderung von Übergewicht, Adipositas und chronischen Krankheiten“. Europäische Union
- EU (2007a): Together for Health. EU Health Strategy 2008-2013. Europäische Union
- EU (2007b): Weissbuch „Ernährung, Übergewicht, Adipositas. Eine Strategie für Europa: Europäische Union
- EU (2008): EU Physical Active Guidelines. Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. Europäische Union
- Freiberger, E./Menz, H.B./Abu-Omar, K./Rütten, A. (2007): Preventing falls in physically active community-dwelling older people: a comparison of two intervention techniques. *Gerontology* 53, Nr. 5, 298-305
- Fuchs, R. (2003): Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe
- Fuchs, R. (2007): Bewegung, Gesundheit und Public Health. In: von Lengerke, T. (Hg.): *Public Health-Psychologie* Weinheim: Juventa, 77-91
- Gold, C./Bräunling, S./Geene, R./Kilian, H./Sadowski, U./Weber, A. (2008): Aktiv werden für Gesundheit - Arbeitshilfen für Prävention und Gesundheitsförderung im Quartier. Berlin: Gesundheit Berlin
- Hollmann, W./Strüder, H.K. (2009): Sportmedizin. Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin. 5., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer
- Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (2004): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* Weinheim: Huber, 11-19
- Jones, A./Hillsdon, M./Coombes, E. (2009): Greenspace access, use, and physical activity: Understanding the effects of area deprivation. *Preventive Medicine*
- Katzmarzyk, P.T./Gledhill, N./Shephard, R.J. (2000): The economic burden of physical inactivity in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 28, Nr. 11, 1435-1440
- King, A.C. (2001): Interventions to promote physical activity by older adults. *Journal of Gerontology* 56 Spec No 2, 36-46
- Kolip, P./Müller, V.E. (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber
- Kruse, A. (2006): Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter - Perspektiven für die Erwachsenenbildung. *Bildungsforschung* 3, Nr. 2, 1-25
- Kuhlmey, A./Schaeffer, D. (2008): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber
- Löllgen, H./Bockenhoff, A./Knapp, G. (2009): Physical activity and all-cause mortality: an updated meta-analysis with different intensity categories. *International Journal of Sports Medicine* 30, Nr. 3, 213-224
- MAGS NRW (2008): 17. Landesgesundheitskonferenz NRW. Entschließung „Gesundheit im Alter - Neue Wege der Versorgung“. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Marti, B./Hättich, A. (1999): Bewegung - Sport - Gesundheit. Bern: Paul Haupt
- Martin, B. (2007): Bewegungsförderung in Europa: Erfahrungen und Strategien. Vortrag anlässlich des Kongresses „Bewegung im Alltag - wo Menschen leben und arbeiten“ am 23. Januar 2007 in Berlin
- Mensink, G. (2003): Bundes-Gesundheitsurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut
- Meusel, D./Fuchs, A. (2006): Präventionsprogramme der Europäischen Kommission mit Bezug zu Ernährung und körperlicher Aktivität. In: Kirch, W./Badura, B. (Hg.): *Prävention Heidelberg*: Springer, 91-109
- Michael, Y.L./Perdue, L.A./Orwoll, E.S./Stefanick, M.L./Marshall, L.M. (2010): Physical activity resources and changes in walking in a cohort of older men. *American Journal of Public Health* 100, Nr. 4, 654-660
- Mollenkopf, H./Flaschenträger, P. (2001): Erhaltung von Mobilität im Alter. Stuttgart: Kohlhammer
- Nelson, M.E./Rejeski, W.J./Blair, S.N./Duncan, P.W./Judge, J.O./King, A.C./Macera, C.A./Castaneda-Sceppa, C. (2007): Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 39, Nr. 8, 1435-1445
- Neumann, N.-U./Frasch, K. (2007): Die Bedeutung regelmäßiger körperlicher Aktivität für Gesundheit und Wohlbefinden. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 132, 2387-2391
- Pate, R.R./Pratt, M./Blair, S.N./Haskell, W.L./Macera, C.A./Bouchard, C./Buchner, D./Ettinger, W./Heath, G.W./King, A.C./ (1995): Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association* 273, Nr. 5, 402-407
- Rommel, A./Klaes, L./Cosler, D./Mensink, G.B.M./Lampert, T. (2008): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Lebensführung und Sport. Berlin: Robert Koch-Institut
- Rosenbrock, R. (1997): Gemeindenahe Pflege aus Sicht von Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Rütten, A./Abu-Omar, K. (2003): Prävention durch Bewegung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 11, Nr. 3, 229-246
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Lampert, T./Ziese, T. (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Körperliche Aktivität. Berlin: Robert Koch-Institut
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Meierjürgen, R./Lutz, A./Adlwarth, W. (2009): Was bewegt die Nicht-Beweger? Prävention und Gesundheitsförderung 4, Nr. 4, 245-250
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Rütten, A./Meierjürgen, R. (2007): Bewegungsarme Lebensstile - Zur Klassifizierung unterschiedlicher Zielgruppen für eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivierung. *Das Gesundheitswesen* 69, Nr. 7, 393-400
- Salem, G.J./Skinner, J.S./Chodsko-Zajko, W.J./Proctor, D.N./Fiatarone Singh, M.A./Minson, C.T./Nigg, C.R. (2009): Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 41, Nr. 7
- Samitz, G./Baron, R. (2002): Epidemiologie der körperlichen Aktivität. In: Samitz, G./Mensink, G.B.M. (Hg.): *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis* München: Hans Marseille, 11-31
- Schlicht, W./Brand, R. (2007): Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit: Eine interdisziplinäre Einführung Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa
- Scriba, P.C./Schwartz, F.W. (2009): Bewegung: Prävention und Gesundheitsförderung—Wege zur Innovation im Gesundheitswesen? *Der Internist* 45, Nr. 2, 157-165
- Stiller, J./Alfermann, D. (2003): Sind Aktivere auch die Gesünderen? - Die Beziehung zwischen Freizeitaktivitäten und subjektiver

- Gesundheit im höheren Lebensalter. In: Einfeld, K./Wiesmann, U./Hannich, H.-J./Hirtz, P. (Hg.): Gesund und bewegt ins Alter - Interdisziplinäre Ansätze für eine Community Medicine Butzbach-Griedel: Afra, 165-171
- SVR (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Thieme, F. (2008): Alter(n) in der alternden Gesellschaft. Eine soziologische Einführung in die Wissenschaft vom Alter. Wiesbaden: VS Verlag
- Titze, S./Ring-Dimitriou, S./Schober, P.H./Halbwachs, C./Samitz, G./Miko, H.C./Lercher, P./Stein, K.V./Gäbler, C./Bauer, R./Gollner, E./Windhaber, J./Bachl, N./Dorner, T.E./Arbeitsgruppe Körperliche Aktivität/Bewegung/Sport der Österreichischen Gesellschaft für Public Health (2010): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Gesundes Österreich
- U.S.Department of Health and Human Services (2008): Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington: To the Secretary of Health and Human Services
- Walter, U./Schneider, N./Breckenkamp, J./Hellmeier, W./Terschüren, C./Annuß, R. (2007): Gesundheitsberichte Spezial. Band 4: Gesundheit und Alter - demographische Grundlagen und präventive Ansätze. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Warburton, D.E./Katzmarzyk, P.T./Rhodes, R.E./Shephard, R.J. (2007): Evidence-based guidelines for physical activity of adult Canadians. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism 32 Suppl 2F, S17-S74
- Werle, J./Woll, A./Tittlbach, S. (2006): Gesundheitsförderung. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter. Stuttgart: Kohlhammer
- WHO (2002): Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln: World Health Organisation
- WHO (2005): The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations: World Health Organisation Europe
- Woll, A. (2006): Sportliche Aktivität, Fitness und Gesundheit im Lebenslauf. Schorndorf: Hofmann

Evaluation der Veranstaltung

Die rund 65 Teilnehmer der Veranstaltung bilanzierten die Veranstaltung positiv. Zu der Veranstaltung liegen die Fragebögen von 12 Teilnehmern vor.

Die Befragten wurden gebeten, sowohl inhaltliche als auch Rahmenbedingungen der Veranstaltung mit Schulnoten einzuschätzen.

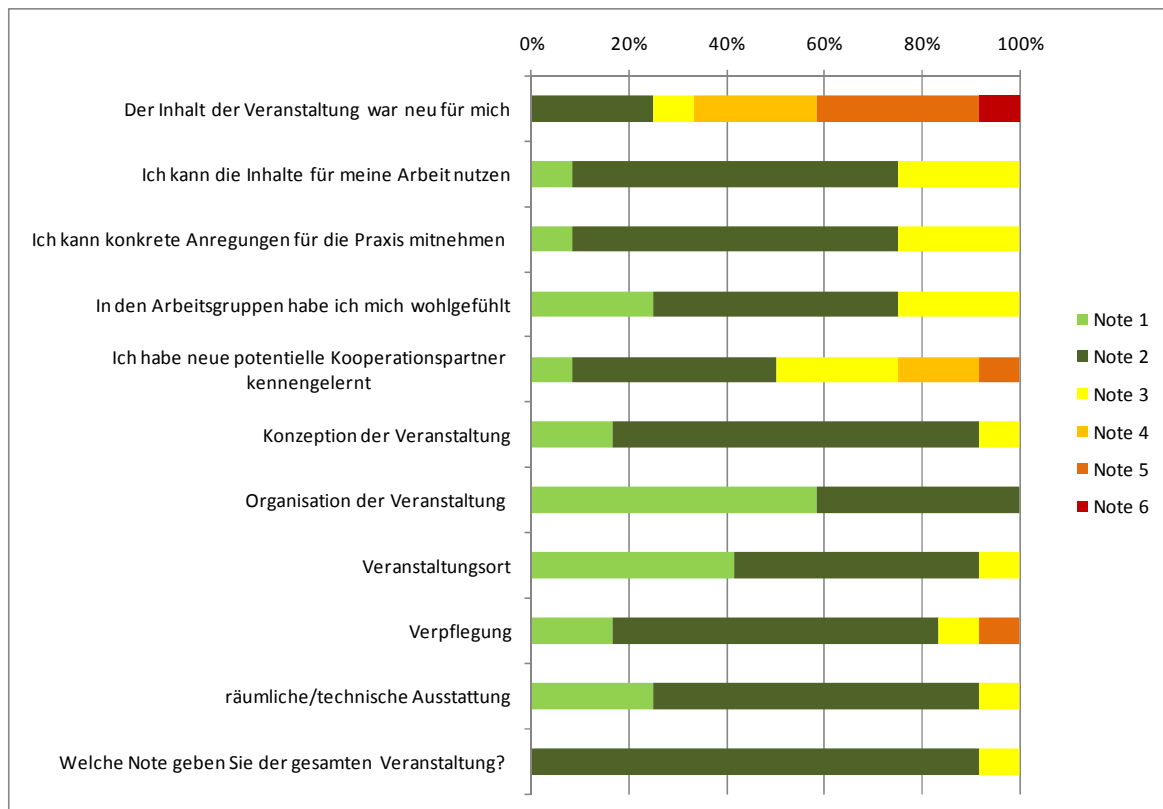
Die Verteilungen der vergebenen Noten sind für die einzelnen Fragen in der Abbildung dargestellt.

Weniger gut bewertet wurden die Fragen nach Neuigkeitswert der Veranstaltungsinhalte (Durchschnittsnote 3,9), als auch das Kennenlernen neuer potenzieller Kooperationspartner (Durchschnittsnote 2,7).

Die weiteren inhaltlichen Aspekte wurden durchschnittlich mit der Note 2 bewertet.

Für die Rahmenbedingungen der Veranstaltung vergaben die Befragten durchschnittliche Noten zwischen 1 und 2.

Fast alle Befragten gaben der Veranstaltung eine Gesamtnote von 2.



Besonders relevante Themen und Aspekte der Veranstaltung waren für die befragten Teilnehmer:

- Beispiele aus der Praxis, praktische Aspekte in der Umsetzung
- Einbeziehung von neuen Akteursgruppen in diesem Feld, insb. der Wohnungsgenossenschaften
- Hinweise zum Erreichen der Zielgruppe und Kommunikation mit der Zielgruppe
- Trennung Alltagsbewegung & Sport
- „Unterjüngung“

Mehr Informationen und Inhalte wünschten sich die Teilnehmer zu den Themen:

- Infos für die Fördermöglichkeiten für die Umsetzung von Projekten
- Einbeziehung von Seniorengremien – Partizipation! Was wollen Senioren selbst
- Erfahrungen zu Vernetzungen
- Aktivierung von Senioren
- Weitere Praxisbeispiele
- Qualifikation von Fachleuten
- Generationengerechtigkeit und generationenübergreifende praktische Beispiele
- Kommunale Aspekte der Bewegungsförderung

Darüber hinaus betonten einige Teilnehmer, dass die Workshops und die Zeit zum Erfahrungsaustausch zu kurz waren.

