



Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+
Wissenschaftliche Grundlagen und
Praxisimplikationen. Dokumentation
der Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“.
[LIGA.Fokus 6](#)

Impressum

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen
(LIGA.NRW)
Ulenbergstraße 127 – 131
40225 Düsseldorf
Telefon 0211 3101-0
Telefax 0211 3101-1189
www.liga.nrw.de
poststelle@liga.nrw.de

Redaktion und Bearbeitung

LIGA.NRW

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

Layout und Verlag

LIGA.NRW

Das LIGA.NRW ist eine Einrichtung des
Landes Nordrhein-Westfalen und gehört
zum Geschäftsbereich des Ministeriums
für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Nachdruck und Vervielfältigung, auch
auszugsweise, nur mit Genehmigung
des LIGA.NRW.

Düsseldorf, April 2010

ISBN 978-3-88139-162-7

Inhalt

Grußworte

Grußwort der Präsidentin des LIGA.NRW Dr. Eleftheria Lehmann	9
Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit Imke Thieme.....	11
Grußwort des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen Helmut Breitkopf	13

Rahmenbedingungen und Wissenschaftliche Grundlagen

Das Modellprojekt „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“ Gunnar Geuter, Manfred Dickersbach.....	17
Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit – Befunde aus der Wissenschaft Gunnar Geuter	19
Wie kann der Alltag Bewegung bei älteren Menschen fördern? Dr. Ellen Freiberger.....	31
Körperliche Aktivität im Alltag älterer Menschen fördern – Ergebnisse einer Literaturanalyse Dr. Norbert Seidl	35
Krankenstand und Übergewicht in NRW: Sonderauswertung des Mikrozensus 2005 Dr. Alfons Hollederer.....	41

Bewegungsförderung in der Praxis– Ergebnisse aus den Workshops

Workshop I – Bewegungsförderung im Stadtteil. Mehr Bewegung im Alter – ein Rundgang mit Tiefgang. Stadtteilrundgänge des Gesundheitsamtes Köln Erika Meißner	49
Gesund leben und älter werden in Eving. Das Dortmunder Aktionsbündnis zur Gesundheitsförderung älterer Menschen mit hohen Risikopotentialen Katharina Lis und Dr. Marina Schmitt	51
Workshop II – Bewegt leben – Mehr vom Leben. Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen im kommunalen Bereich Erkenntnisse des Modellprojekts im Rhein-Sieg-Kreis Wiebke Flor.....	53
Workshop III – Sicher, aktiv und mobil im Alter. Kommunale Erfahrungen im Rhein-Kreis Neuss zur Sturzprävention in Seniorenheimen und Begegnungsstätten als Beitrag zur Bewegungsförderung im Alter Carsten Rumpeltin.....	57
Workshop IV – Bewegungsförderung im Alltag älterer Menschen Praxisbeispiele aus den Sportorganisationen Anke Borhof und Dr. Michael Matlik	59

Anhang

Weiterführende Literaturhinweise.....	63
Präsentationsfolien	69



Vorbemerkungen

Gunnar Geuter, Manfred Dickersbach

Am 8. Dezember 2009 richtete das am Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen angesiedelte „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“ in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und dem Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen die Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“ aus.

Die Konferenz mit rund 100 Experten und Akteuren aus dem Feld der Bewegungsförderung bot unter anderem einen aktuellen Überblick über die wechselseitigen Beziehungen von körperlicher Aktivität und Gesundheit. Es wurden Erkenntnisse aus Theorie und Praxis vorgestellt und Erfahrungen aus Projekten der Bewegungsförderung ausgetauscht. Erstmals kamen dazu aus ganz Nordrhein-Westfalen zahlreiche Exper-

ten zum Thema Bewegungsförderung im Alter aus den unterschiedlichsten Politik- und Gesellschaftsfeldern zusammen. Gemeinsam diskutierten sie das für die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, aber auch Rehabilitation zentrale Thema und vereinbarten eine zukünftig noch engere Zusammenarbeit.

Die vorliegende Publikation versteht sich als erweiterte Tagungsdokumentation, um die Beiträge und Ergebnisse der Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“ einer breiten Fachöffentlichkeit zugänglich zu machen.

Weitere Informationen über die zentrale Fachstelle „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“ erhalten Sie unter www.liga.nrw.de/ZfB im Internet.



Grußworte

Grußwort der Präsidentin des LIGA.NRW

Dr. Eleftheria Lehmann

Sehr geehrte Damen und Herren,

Liebe Gäste,

ich begrüße Sie herzlich zur Regionalkonferenz **„Bewegung im Alter“** bei uns im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit – LIGA.NRW.

Besonders freue ich mich, dass Frau Thieme vom Bundesministerium für Gesundheit und Herr Breitkopf vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW heute hier anwesend sind. Ihre Teilnahme ist Ausdruck dafür, dass der Auseinandersetzung mit dem Thema „Bewegungsförderung im Alltag älterer Menschen“ ein hoher Stellenwert beigemessen wird.

Denn, meine Damen und Herren, regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität fördern die Gesundheit von Menschen in jedem Lebensalter. Sie zählen zu den bedeutendsten Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden. Gerade im Alter hilft gesundheitsförderliche und individuell angepasste Bewegung, die Gesundheit zu erhalten.

Dennoch nutzen viele Menschen das gesundheitsförderliche Potenzial von Bewegung im Alltag noch zu selten. Nur ein verhältnismäßig geringer Anteil der Bevölkerung ist in ihrem Lebensalltag regelmäßig körperlich aktiv. Vor diesem Hintergrund gewinnt das Thema Bewegungsförderung in der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zunehmend an Bedeutung.

Ich freue mich, dass so viele Akteure aus unterschiedlichen Bereichen der Bewegungsförderung heute nach Düsseldorf gekommen sind, um dieses wichtige Thema gemeinsam zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Ihre Anwesenheit ist eine gute Voraussetzung, die anstehenden Probleme von möglichst vielen Seiten und Perspektiven zu beleuchten und Lösungen für zentrale Herausforderungen zu entwickeln.

Mit der heutigen Regionalkonferenz stellt sich gleichzeitig auch das **Zentrum für Bewegungsförderung NRW** der Fachöffentlichkeit vor. Deshalb möchte ich gerne an dieser Stelle ein paar Worte zu den zentralen Zielen und Aufgaben des Zentrums sagen:

Das Zentrum für Bewegungsförderung wird seit dem 1. September 2009 als Modellprojekt im Rahmen des nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ durch das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt. Träger des Zentrums ist das LIGA.NRW. Vor diesem Hintergrund freue ich mich

auf Ihre Ausführungen zum nationalen Aktionsplan, Frau Thieme, ganz besonders.

Durch das Zentrum soll ein Beitrag zur Bewegungsförderung im Lebensalltag von Menschen in Nordrhein-Westfalen geleistet werden. Es nimmt dabei insbesondere die Zielgruppe der Menschen über 60 Jahre in den Blick. Übergeordnetes Ziel ist es, regelmäßige gesundheitsförderliche Bewegung und körperliche Aktivität als Teil eines gesunden Lebensstils zu stärken und zu verbessern.

Das Zentrum will vor allem bereits bestehende Angebote und Akteure bündeln und miteinander vernetzen. Deshalb richtet das Zentrum diese erste Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“ in Kooperation mit dem Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ aus. Dies geschieht sehr bewusst. Denn aufgrund der großen inhaltlichen Überschneidungen der zu bearbeitenden Themen können die aufgebauten Netzwerke des Regionalen Knotens Gewinn bringend für das Thema der Bewegungsförderung eingesetzt werden.

Neben der Netzwerkarbeit dient die Arbeit des Zentrums auch der Identifikation regionalspezifischer Bedarfe der Bewegungsförderung, wirksamer Interventionskonzepte sowie gelungener Praxisbeispiele zur alltagsbezogenen Bewegungsförderung. Dadurch sollen

- Qualität und Qualitätsentwicklung von Angeboten und Projekten gefördert werden;
- Akteure der Bewegungsförderung dazu motiviert werden, sich gute Praxisbeispiele bei der Entwicklung eigener Angebote zum Vorbild zu nehmen und dabei hohen Qualitätsansprüchen gerecht zu werden.

In den Vorträgen und Workshops haben Sie die Möglichkeit, erste Einblicke in ausgewählte Projekte zu bekommen und dadurch Anregungen für Ihre Arbeit vor Ort zu erhalten. Die heutige Konferenz bietet Ihnen eine Plattform, um miteinander über Ihre Erfahrungen ins Gespräch kommen. Vielleicht ergeben sich daraus auch erste Netzwerke und – darauf aufbauend – längerfristige Kooperationen. Damit wäre ein wesentliches Ziel des heutigen Tages bereits erreicht. Ich wünsche Ihnen im Verlauf der Konferenz interessante Diskussionen, viele neue Kontakte und bereichernde Erfahrungen.

Ich möchte mit einem kurzen Dankeswort zum Schluss kommen: Wir haben für die Bearbeitung des Themas in Vorträgen und Workshops kompetente Referenten und Moderatoren gewinnen können. Ihnen gilt mein herzlicher Dank. Die Vorbereitung einer Tagung ist bei aller Routine immer wieder eine große

Herausforderung. Ich danke meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihren unermüdlichen Einsatz.

Ihnen, meine Damen und Herren, danke ich für Ihre Aufmerksamkeit.

Grußwort des Bundesministeriums für Gesundheit

Imke Thieme

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,



Deutschland bietet gute Voraussetzungen für ein gesundes Leben. Dies drückt sich in der Lebenserwartung aus, die in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist. Ein heute neugeborener Junge hat gute Chancen, 77 Jahre alt zu werden, ein neugeborenes Mädchen 82 Jahre.

Grundlage dieser gestiegenen Lebenserwartung sind vor allem die verbesserten Lebensverhältnisse. Für jede Bürgerin und jeden Bürger ist es in Deutschland möglich, gesund zu leben, sich insbesondere ausgewogen zu ernähren und sich ausreichend zu bewegen. Dennoch nehmen in Deutschland und in den meisten Industrienationen Krankheiten zu, die durch eine unausgewogene Ernährung und zu wenig Bewegung begünstigt werden. Das bedeutet, dass nicht alle Menschen in der Lage oder willens sind, die bestehenden Möglichkeiten zu nutzen.

Längst sind nicht allen Menschen die Zusammenhänge von ausgewogener Ernährung, ausreichender Bewegung und Gesundheit bekannt. Es gilt, das Wissen zu verbreitern und alle Altersgruppen zu einer gesunden, alltäglichen Lebensweise zu motivieren. Dazu werden Rahmenbedingungen benötigt, die die Verantwortung jeder Einzelnen und jedes Einzelnen für die eigene Gesundheit und die der Familie fördern. Die Menschen müssen in ihrem Alltag erreicht werden, also dort wo sie leben, arbeiten und lernen. Hierbei müssen entsprechende gesundheitsförderliche Alltagsstrukturen vorhanden sein bzw. aufgebaut werden. Das kann beispielsweise ein bewegungsfreundliches Wohnumfeld sein mit attraktiven Grün- und Spielflächen für alle Generationen, ausreichende und sichere Fahrradwege, Angebote für aktive Pausen in der Schule und am Arbeitsplatz oder Kooperationen von Sportvereinen mit Senioreneinrichtungen.

Der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ der Bundesregierung hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, das Gesundheitsbewusstsein der Menschen zu stärken und als selbstverständlichen Teil des Alltags zu verstehen.

In den Lebenswelten muss es daher gelingen,

1. die Voraussetzungen zu verbessern, sich gesünder ernähren und mehr bewegen zu können,
2. mit Vorbildern und Anreizen die Menschen zu motivieren, mehr für die eigene Gesundheit zu tun und
3. konkrete Angebote für Menschen und Bevölkerungsgruppen anzubieten, die bisher kaum Zugang zu gesundheitsförderlichen Angeboten hatten.

In diesem Sinne bedanke ich mich für die Einladung zur Ersten Regionalkonferenz des Zentrums für Bewegungsförderung in Nordrhein-Westfalen und freue mich, dass das Zentrum für Bewegungsförderung durch diese Auftaktveranstaltung seine Arbeit einer breiten Öffentlichkeit bekannt macht.

Die bundesweit verteilten Zentren für Bewegungsförderung haben zum Ziel, Alltagsbewegung als Teil von Gesundheitsförderung möglichst breit zu verankern. Dazu wurden zehn Zentren eingerichtet, die durch Kooperationen alle 16 Länder abdecken. Diese sollen einen Überblick über Bewegungsangebote geben, über gute Praxisbeispiele informieren und unterschiedliche Partner zusammenbringen, um insbesondere bewegungsarme Gruppen zu erreichen. Deshalb wurde auch auf die bewährte Arbeit der Landesvereinigungen für Gesundheit zurückgegriffen, an denen die Zentren angesiedelt sind. Ebenso werden diese von den Ländern unterstützt.

Die Zentren für Bewegungsförderung sind Teil des eingangs dargestellten Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Damit wird gemeinsam von BMG und BMELV eine nationale Strategie zur Stärkung und Etablierung gesundheitsförderlicher Alltagsstrukturen in Gang gesetzt. Das vielfältige Engagement auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene wird in dieser bundesweiten Kampagne gebündelt und verstetigt. Damit werden flächendeckende, nachhaltige Strukturen ermöglicht, die einen gesunden Lebensstil für alle Altersgruppen und in unterschiedlichen Lebenslagen fördern. Als weiterer Schwerpunkt sind elf „Aktionsbündnisse gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ eingerichtet worden, die bestehende Angebote vor Ort vernetzen und in Modellprojekten besondere Aspekte vertiefend bearbeiten.

Die Zentren werden sich primär mit der Zielgruppe „ältere Menschen“ befassen. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass chronische Krankheiten zunehmen und der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung ansteigt. Mit mehr Bewegung im Alltag und sportlicher Aktivität können hier Ressourcen genutzt werden.

Die Eröffnung von neuen Zugangswegen zu Präventionsmaßnahmen für Menschen über 60 Jahren ist auch Aufgabe des Modellprojektes „Bewegt leben – Mehr vom Leben“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das hier im Rhein-Sieg-Kreis durchgeführt wird. Dabei werden Handreichungen und Arbeitshilfen entwickelt, die auch in den Zentren für Bewegungsförderung eingesetzt werden können. Damit wollen wir sie unterstützen und Doppelarbeit vermeiden.

Der Vernetzungsgedanke zieht sich auch durch die gesamte heutige Veranstaltung. Wichtige Partner wie

zum Beispiel der Landessportbund werden ihre Sicht und ihren Beitrag vorstellen. Die Zentren für Bewegungsförderung können nur erfolgreich sein, wenn vor Ort eng mit den vorhandenen Strukturen und Angeboten kooperiert wird. Nur so können Doppelstrukturen vermieden und Synergieeffekte genutzt werden.

In diesem Sinne wünsche ich der Veranstaltung ein gutes Gelingen und hoffe, dass viele neue Kontakte geknüpft oder auch alte aufgefrischt werden können.

Vielen Dank.

Grußwort des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Helmut Breitkopf

Sehr geehrte Frau Dr. Lehmann, sehr geehrte Frau Thieme, sehr geehrte Damen und Herren,



Ich begrüße Sie zu der ersten Regionalkonferenz in Nord-rhein-Westfalen, die sich mit dem Thema Bewegungsförderung, genauer mit den Besonderheiten der Bewegung und Bewegungsförderung im Alter befasst. Ich darf ihnen gleichzeitig auch die Grüße unse-

res Landesgesundheitsministers Karl-Josef Laumann übermitteln, der der heutigen Veranstaltung viel Erfolg wünscht. Aus eigenen Gesprächen mit ihm kann ich sagen, dass ihm das Thema Bewegungsförderung gerade mit dem Schwerpunkt Alter ganz besonders am Herzen liegt. Dies zeigen nicht zuletzt auch die zahlreichen Programme, die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nord-rhein-Westfalen in diesem Bereich unterstützt.

Meine Damen und Herren, die Förderung von Bewegung und Ernährung als Beitrag zur Gesunderhaltung und Teil eines gesunden Lebensstils ist eine Aufgabe, die nicht nur aufgrund ihrer Vielschichtigkeit von insgesamt sieben Ressorts der Landesregierung gemeinsam bearbeitet wird. Beteiligt sind neben dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales außerdem das Schulministerium, das Ministerium für Bauen und Verkehr, das Ministerium für Generationen, Frauen, Familie und Integration, das Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, das Innenministerium – das für den Sport steht – und nicht zuletzt die Staatskanzlei.

Sehr geehrte Damen und Herren, ein Anliegen des Modellprojektes, das sich mit der heutigen Regionalkonferenz erstmals einer breiteren Fachöffentlichkeit vorstellt, sind die Bündelung von Informationen und die Vernetzung von Angeboten sowie die Erhöhung der Transparenz dieser Angebote. Meine vorangegangenen Ausführungen haben verdeutlicht, wie vielfältig die Verantwortungen für diese Thematik in der Landesregierung sind. Hinzu kommt, dass innerhalb der Ressorts verschiedene Abteilungen und Referate mit Aspekten der Bewegungsförderung befasst sind. Weitere wichtige Partner sind nicht zuletzt zum Beispiel die Sportvereine und der Landessportbund. Darüber hinaus befassen sich die in der Landesgesundheitskonferenz zusammengeschlossenen Gruppierungen, insbesondere die Krankenkassen, die Unfallversicherung, aber auch die Ärztekammern mit dem Thema Bewegungsförderung und halten wertvolle Angebote

bereit. Vernetzung ist also das Gebot der Stunde. Die Landesregierung geht dabei – wie die nachfolgenden Beispiele zeigen werden – mit gutem Beispiel voran.

Zurzeit arbeitet Nordrhein-Westfalen an einer landesspezifischen Umsetzung des nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Die sieben beteiligten Ressorts haben dazu eine Interministerielle Arbeitsgruppe gegründet. Ziel der Arbeitsgruppe ist die Herstellung einer regierungsinternen Transparenz, aber auch die Durchführung gemeinsamer Aktivitäten. Im Ernährungsbereich wurde dazu beispielsweise im September 2009 die ressortübergreifende Veranstaltung „Kinderleicht in NRW - Netzwerke zur Gesundheitsförderung“ durchgeführt. Entsprechende, von der Interministeriellen Arbeitsgruppe gemeinsam durchgeführte Aktivitäten sind natürlich auch im Bewegungsbereich denkbar und wir streben diese auch an. Gegenwärtig prüfen wir zudem die Möglichkeiten einer gezielten, ressortübergreifenden Förderung aussichtsreicher Einzelprojekte mit den Schwerpunkten Bewegungs- und Ernährungsförderung. In Zukunft soll das Feld der Ernährungs- und Bewegungsförderung weiter ausgebaut werden.

Anzustreben ist jedoch nicht nur die Vernetzung innerhalb der Ressorts der Landesregierung, sondern auch eine Vernetzung aller Akteure, die im Land Bewegungsförderung betreiben. Ich bin mir sicher, dass das Zentrum für Bewegungsförderung hierzu eine sehr gute Plattform sein wird. Gleichzeitig wird das Zentrum auch eine Ressource sein können für alle Träger, die ihre Angebote gezielt weiterentwickeln und hinsichtlich der Qualität sichern wollen.

Meine Damen und Herren, im Informationsflyer zum Zentrum für Bewegungsförderung sind einige Faustregeln aufgeführt die zeigen sollen, wie einfach es ist, durch Bewegung die Gesundheit zu fördern. Hier steht: auf dem Weg zur Arbeit das Fahrrad nehmen, zum Einkaufen zu Fuß gehen, eine Bushaltestelle früher aussteigen, die Treppe statt den Aufzug nehmen oder das Auto auf dem Parkplatz ganz hinten abstellen. Letzteres ist auch eine interessante Idee. Ein Kollege hat gesagt, dass er auf diese Idee nicht gekommen wäre, es in Zukunft aber genauso machen werde.

Ilona Kickbusch, die kürzlich auf einer Tagung des „Gesunden Städtenetzwerkes“ den Hauptvortrag hielt, hat eine interessante Bemerkung gemacht, die auch hier in diesem Zusammenhang passt. Sie hat sich auf eine amerikanische Studie bezogen, in der

Wissenschaftler zu dem Ergebnis kamen, dass jeder Mensch pro Tag ca. 500 bis 600 gesundheitsrelevante Entscheidungen trifft. Die meisten dieser Entscheidungen fallen dabei leider nicht zugunsten der Gesundheit aus. Konkret ausgedrückt wird der Aufzug häufig der Treppe vorgezogen. Es ist deshalb eine besondere Herausforderung, Konzepte zu entwickeln und zu erproben, die alltagsnahe Bewegungsmöglichkeiten initiieren und fördern. Hierzu ist unter anderem auch ein hohes Maß an Kreativität und Einfallsreichtum gefragt. Ich bin mir sicher, dass das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen dieser Herausforderung erfolgreich begegnen wird.

Sehr geehrte Damen und Herren, bitte erlauben Sie mir zum Schluss meiner Ausführung, noch ein Thema anzusprechen, das mir persönlich sehr am Herzen liegt, das aber auch einen Schwerpunkt der Gesundheitspolitik in unserem Bundesland bildet: das Thema der Sturzprävention. Vor allem bei hochbetagten Menschen steigt die Sturzgefahr enorm an. Stürze im Alter haben oft einschneidende Konsequenzen und beeinträchtigen die Lebensqualität von Menschen enorm. Aus diesem Grund hat die Landesgesundheitskonferenz, die Landesinitiative Sturzprävention gegründet. Diese Initiative arbeitet sehr erfolgreich. Ziel ist es, 20% der Sturzereignisse durch gezielte Maßnahmen der Sturzprävention zu verhin-

dern. Vor diesem Hintergrund hat es mich besonders gefreut, dass sich auch das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen dem Thema Sturzprävention widmet. Das heutige Tagungsprogramm ist hierzu eine erste Bestätigung. Ein wichtiges Ziel der Landesinitiative ist es, das Konzept auf ambulante sturzpräventive Aktivitäten zu erweitern und auszubauen. Die Lenkungsgruppe der Landesinitiative Sturzprävention hat sich hierzu bereits positioniert. In 2010 wird dazu konzeptionell gearbeitet, und es werden umsetzungsfähige Vorschläge erarbeitet. Auch hier könnte sich das Zentrum für Bewegungsförderung zukünftig thematisch engagieren.

Bewegungsförderung für Menschen ab 60 ist eine wichtige Aufgabe für alle Institutionen, Organisationen und Berufsgruppen, die für die Gesundheit älterer Menschen Verantwortung tragen. Neben dem Ausbau der Angebote im organisierten Sport sind dabei vor allem Fantasie und Kreativität gefragt, um auch außerhalb organisatorischer Bezüge - also im Alltag von Menschen - mehr Bewegung zu erreichen. Die Interministerielle Arbeitsgruppe der Landesregierung wird das neue Zentrum für Bewegungsförderung dabei nach Kräften zu unterstützen. Ich wünsche dem Zentrum für Bewegungsförderung viel Erfolg bei den anstehenden Aufgaben und Ihnen, meine Damen und Herren, eine interessante Veranstaltung.

Rahmenbedingungen und Wissenschaftliche Grundlagen

Das Modellprojekt „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“

Gunnar Geuter, Manfred Dickersbach

Regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität sind gesundheitsfördernd und integraler Bestandteil eines gesunden Lebensstils. Dennoch sind bewegungsfördernde Angebote oft zu wenig bekannt und werden zu selten zielgerichtet genutzt. Deshalb wurde im September 2009 am Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW) das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen eingerichtet.

Das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen leistet einen wichtigen Beitrag zur Analyse und nachhaltigen Stärkung alltagsnaher und lebensweltbezogener Bewegungsressourcen. Ziel ist es, Bewegung im Lebensalltag von Menschen zu fördern und regelmäßige gesundheitsförderliche Bewegung und körperliche Aktivität als Teil eines gesunden Lebensstils zu unterstützen.

Dazu werden im Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen

- regionalspezifische Bedarfe der Bewegungsförderung ermittelt und kommuniziert,
- bereits bestehende Angebote und Akteure miteinander vernetzt,
- evidenzbasierte Interventionskonzepte sowie gelungene Praxisbeispiele zur alltagsbezogenen Bewegungsförderung identifiziert, analysiert und kommuniziert,
- Anregungen zum Auf- und Ausbau bewegungsförderlicher Angebote und gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen und Lebenswelten entwickelt,
- die Qualität und Qualitätsentwicklung von Angeboten und Projekten gefördert,
- dauerhafte Kooperationen angestrebt sowie
- bewegungsförderliche Strukturen gezielt gefördert und weiterentwickelt.

Das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen konzentriert sich dabei vor allem auf die Förderung gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivitäten für die Zielgruppe der über 60-jährigen und arbeitet vornehmlich auf der Ebene der Multiplikatoren und Akteure der Bewegungsförderung in Nordrhein-Westfalen.

Schwerpunkte der Arbeit in 2010 werden

- die Entwicklung eines „Praxisleitfadens zur Bewegungsförderung 60+“,
- die Ausrichtung einer zweiten Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“ am 26. Oktober 2010,

- Fachgespräche mit Experten der Bewegungsförderung aus Wissenschaft und Praxis sowie
- die Organisation von Workshops zur Qualitätsentwicklung in der Bewegungsförderung sein.

Perspektivisch wird zudem die Ausweitung der Aktivitäten des Zentrums auf Bewegungsförderung über die gesamte Lebensspanne und damit die Erweiterung der Zielgruppe angestrebt.

Träger des Zentrums für Bewegungsförderung ist das LIGA.NRW. Das Zentrum wird im Rahmen des nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ durch das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages gefördert. Zudem wird es vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen unterstützt.

Um vorhandene Netzwerkstrukturen optimal zu nutzen, ist das Zentrum inhaltlich eng am Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen angebunden. Der Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen ist als Teil des bundesweiten Kooperationsverbunds „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ seinerseits seit 2008 beim LIGA.NRW angesiedelt. Der Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen stärkt die Gesundheit von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen; er

- sensibilisiert für gesundheitliche Benachteiligung,
- vernetzt Akteure bereichsübergreifend,
- zeigt Potenziale der Gesundheitsförderung auf,
- identifiziert Modelle guter Praxis und
- unterstützt den Wissenstransfer.

Die inhaltlichen Schwerpunkte des Regionalen Knotens sind zurzeit „Gesundheit und Arbeitslosigkeit“ und „Gesundheit in benachteiligten Stadtteilen“.

Kontakt und weitere Informationen zum Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen:

Landesinstitut für Gesundheit
und Arbeit Nordrhein-Westfalen
Zentrum für Bewegungsförderung
Nordrhein-Westfalen
Gunnar Geuter
Ulenbergstraße 127-131
40225 Düsseldorf

Tel.: 0521/8007-544
Fax: 0521/8007-297
E-Mail: gunnar.geuter@liga.nrw.de
www.liga.nrw.de/ZfB

**Kontakt und weitere Informationen zum Regionalen
Knoten Nordrhein-Westfalen:**

Landesinstitut für Gesundheit
und Arbeit Nordrhein-Westfalen
Regionaler Knoten Nordrhein-Westfalen
Manfred Dickersbach
Ulenbergstraße 127-131
40225 Düsseldorf

Tel.: 0521/8007-233

Fax: 0521/8007-297

E-Mail: manfred.dickersbach@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de/rk

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.

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 Aktivitätsver-

haltens 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 körperliche 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 alltagsbeziehungsweise 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, physio-

logischen 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 Gesundheitsbeziehungsweise 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.

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

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.

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

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 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 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 alleinig 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.

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



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.

3. Empfehlungen zu gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität

Damit sich das gesundheitsförderliche und krankheitspräventive Potential 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 ½ Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten (1 ¼ 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 Bewegungsumfanges auf 300 Minuten (5 Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder 150 Minuten (2 ½ 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 Be-

weglichkeit. 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 eine 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. Freiburger 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

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

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) Erarbeiten
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

eine Orientierung an subjektiv einschätzbaren Angaben erwiesen (zum Beispiel: „leicht aus der Puste kommen“ oder „leichtes Schwitzen“ als Schätzer für mittlere Belastungsintensitäten).

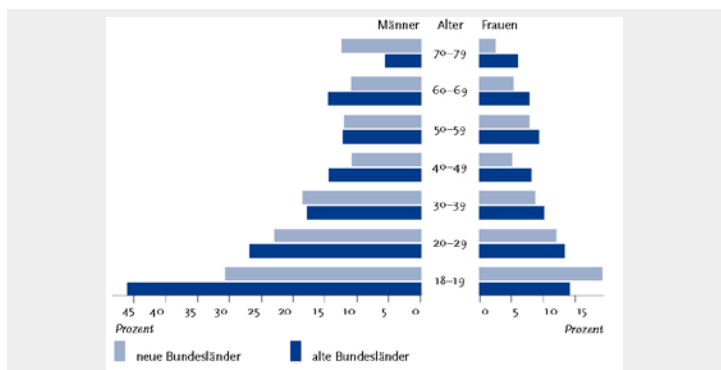
Auf die damit angesprochene Heterogenität des Alters weisen auch Ergebnisse der gerontologischen Forschung hin. Demzufolge kann Alter als Abschnitt im Lebenslauf nicht mit dem Altern als individueller Prozess gleichgesetzt werden. Und das soziale Alter ist nicht gleichbedeutend mit dem biologischen und 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 Bildungsniveau vertreten (Böhm et al. 2009; Bormann et al. 2009; Conn et al. 2003; Kruse 2006; Kuhlmeier/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; bvpg 2009; Conn et al. 2003; Kruse 2006; MAGS NRW 2008; Salem et al. 2009; Walter et al. 2007).

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 bewe-

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



gungsarme 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.

5. Determinanten körperlichen Aktivitätsverhaltens

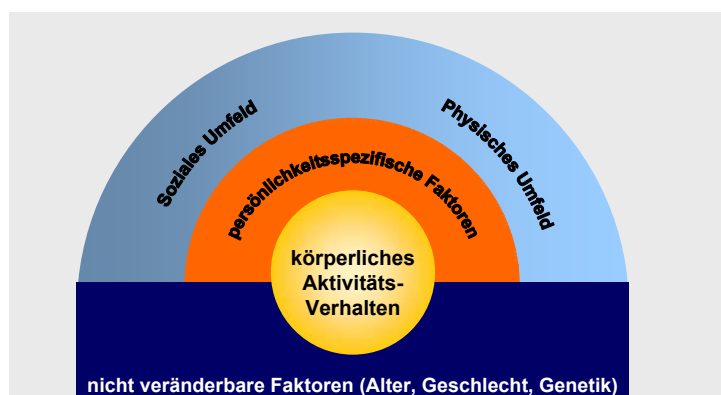
Der Analyse von Gründen für die Entwicklung körperlich aktiver oder körperlich inaktiver Lebensstile kommt eine große Bedeutung zu. Sie bildet die Grundlage für ein Problembewusstsein, aber auch Problemverständnis. Im Rahmen der Analyse hemmender und fördernder Faktoren werden dabei Kontextfaktoren möglichst 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 For-

schung 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)

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 besorgniserregende Aspekt ist unter anderem auch der Grund, warum das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen am Regionalen Knoten Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten angesiedelt ist (vgl. Geuter/Dickersbach 2010 in der vorliegenden Publikation). Außerdem ist der Befund 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

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).

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 Ergebnisse 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 Potential zu, nicht-aktive Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Die Ergebnisse von Michael et al. (2010) differenzieren hier: In ihrer Untersuchung des Bewegungsverhaltens (hier Spazierengehen) 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 spazierengehen, nicht aber bei Anwohnern aus Wohn-

gebieten mit einem niedrigen sozioökonomischen Status.

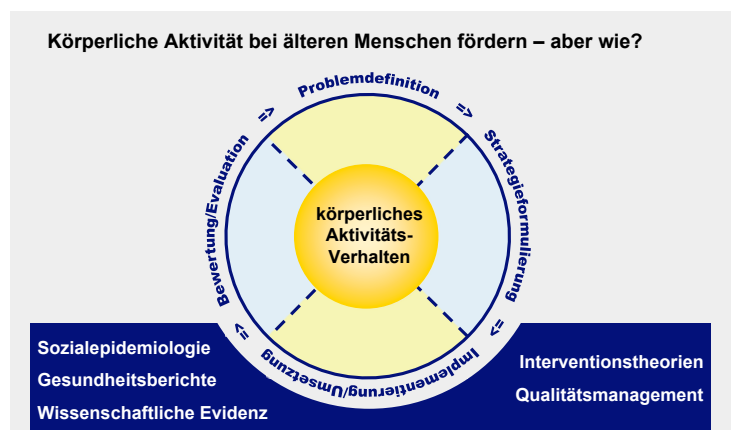
Bewegungsförderliche Wohnumgebungen zeichnen sich beispielsweise durch eine intelligente Zonenplanung im Sinne der gemischten Nutzung durch kurze Distanzen zu Zielorten, direkte Verbindungen für Fußgänger und Fahrradfahrer, ein attraktiv gestaltetes Quartier, niederschwellige Zugänge zu Parks und Freizeitanlagen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

gungsförderung, aber auch Interventionstheorien. Aufbauen 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 wird das Zentrum für Bewegungsförderung im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ vom Bundesministerium für Gesundheit sowie auf Länderebene vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert (vgl. Geuter/Dickersbach 2010 in der vorliegenden Publikation).

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
- Geuter, G./Dickersbach, M. (2010): Das Modellprojekt „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“: LIGA.NRW, 17 - 18
- 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
- Kuhlmei, 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. Entschliebung „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-Gesundheitssurvey: 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./Chodzko-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: Eisfeld, 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

Wie kann der Alltag Bewegung bei älteren Menschen fördern?

Dr. Ellen Freiberger

Einleitung

Der Anteil der älteren Menschen über 60 Jahre steigt in den nächsten 20 Jahren auf das Doppelte. Eine besondere Herausforderung stellt der Anstieg der Hochbetagten, d.h. Menschen über 85 Jahre, von 4% auf ca. 13% während der nächsten vier Jahrzehnte dar (BMFSFJ 2001; BMFSFJ 2002). Das Bewahren der Selbständigkeit steht bei den meisten älteren Menschen im Mittelpunkt. Hierzu zählt neben der Vermeidung von schweren gesundheitlichen Einschränkungen, auch die Vermeidung von Behandlungs- oder gar Pflegebedürftigkeit. Ältersein der Bevölkerung wird im Allgemeinen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorwiegend chronischen Krankheiten wie zum Beispiel kardiovaskulären Einschränkungen, Diabetes oder funktionellen Einschränkungen in Bezug auf Mobilität und Kognition in Verbindung gebracht. Der ältere Mensch ist einem hohen Risiko von Multimorbidität ausgesetzt, d.h. dem Vorliegen mehrerer Grunderkrankungen wie z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Depressionen. Demnach weisen etwa 50% der 65-Jährigen drei oder mehr Grunderkrankungen auf (Kuhlmey 2009). Der Pflegereport des Deutschen Zentrum für Altersfragen 2007 zeigt für mehrfach erkrankte ältere Menschen einen deutlichen Anstieg des Pflegerisikos bei zunehmendem Alter (Hoffmann/Nachtmann 2007). Während das Pflegerisiko bei den 80-85-Jährigen nur 20,3% beträgt, steigt es in der Altersgruppe der 90-95-Jährigen auf 60,8%. In einer Population mit einem wachsenden Anteil an älteren Menschen werden die Belastungen in finanzieller, sozialer und nicht zuletzt individueller Hinsicht eine besondere Herausforderung in den nächsten Jahrzehnten darstellen. Der Pflegereport der GEK (Rothgang et al. 2009) zeigt auch, dass der Anstieg alleine in dem Anstieg des Anteils der Altersgruppe zu sehen ist und nicht durch die Prävalenz der Multimorbidität bedingt wird. Die dabei entstehenden finanziellen Kosten werden zu 75% von öffentlichen Mitteln und nur zu 25% aus privaten Mitteln finanziert (Rothgang et al. 2009).

Der demographische Wandel führt zu einem Umdenken in den Ansätzen. Aus wissenschaftlicher und aus gesellschaftspolitischer Sicht gesehen haben der Erhalt der Selbständigkeit und der Erhalt der Gesundheit Priorität und stehen auch im hohen Alter an erster Stelle und nicht mehr die Verlängerung des Lebens (Rejeski et al. 2006; Walston et al. 2006).

Fried und Kollegen stellten fest, dass in einer Gruppe über 65-Jähriger, die Einschränkungen in

den Aktivitäten des täglichen Lebens aufwiesen (ADL und IADL) noch etwa 84% selbständig lebten (Fried/Guralnik 1997). Der Alternsprozess heute ist gekennzeichnet davon, dass viele ältere Menschen nicht an den Einschränkungen sterben, sondern mit chronischen Beeinträchtigungen leben müssen (Rejeski et al. 2006). Aus diesem Grund ist der Gesundheitsbegriff im Alter auch viel weiter zu fassen und Faktoren wie Lebensqualität oder Bewältigungsstrategien spielen eine wichtige Rolle (Kuhlmey 2009).

Welche Bewegung? State of the Art

Unbestritten ist heute, dass ein inaktiver Lebensstil ein Fortschreiten chronischer Einschränkungen beschleunigt und damit den Erhalt der Selbständigkeit in hohem Maße gefährdet und die Kosten steigert (Rejeski et al. 2006; Rütten et al. 2005; Walston et al. 2006). In dem physiologischen Alternsprozess sind die Veränderungen mit einem Abbau der max. Sauerstoffaufnahme zwischen 5-10% pro Jahrzehnt bei untrainierten Menschen und einem ähnlichen Verlauf im Bereich der Kraft mit hauptverantwortlich für die Lebensqualität und den Erhalt der Selbständigkeit (Vogel et al. 2009; Walston et al. 2006). Ältere Menschen zum Beispiel mit einer geringen Muskelmasse und damit geringer Kraft vermeiden körperliche Aktivität und setzen damit eine verhängnisvolle Spirale in Gang, die den Alternsprozess beschleunigt und die Selbständigkeit in einem hohem Maße gefährdet und das Pflegerisiko erhöht (Vogel et al. 2009).

So konstatieren Rütten et al. (2005) „.....bei einer gesundheitsökonomischen Analyse und Bewertung von körperlicher Aktivität ist trotz aller methodischen Schwierigkeiten unstrittig, dass ein Mehr an körperlicher Aktivität ein Weniger an Gesundheitsausgaben bewirkt...“ (S. 18).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Konzept der körperlichen Aktivität sehr umfassend ist und sowohl individuumsbezogene als auch settingbezogene Ansätze enthält (Rütten et al. 2005). Die Bedingungen der Lebenswelten spielen bei den settingbezogenen Ansätzen zur körperlichen Aktivität eine wesentliche Rolle.

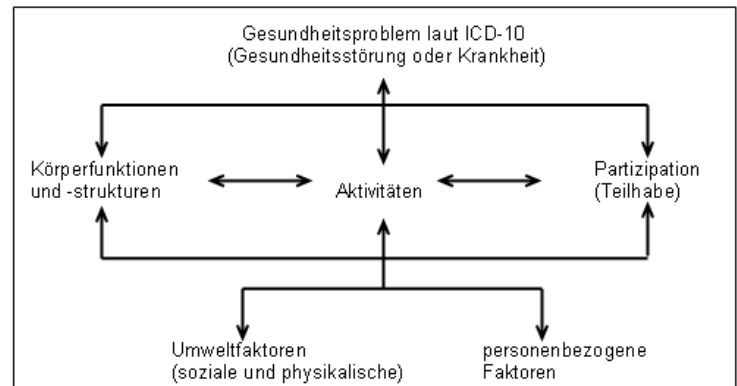
Es besteht in der wissenschaftlichen Literatur Konsens, dass zielgerichtete Trainingsinterventionen bei älteren Menschen das Mittel der Wahl zum Erhalt physischer Funktionen und damit der Selbständigkeit sind (Faber et al. 2006; Spirduso/Cronin 2001). Am stärksten etabliert hat sich hierbei die Kombination

aus Kraft- und Gleichgewichtstraining (Gillespie et al. 2009; Liu/Latham 2009). Studien konnten belegen, dass ein entsprechendes Training in der Gruppe der älteren Menschen mit einem Zuwachs an Muskelkraft von 10-180% einhergeht und damit eine „Verjüngung“ von 10-20 Jahre erreicht werden kann (Vogel et al. 2009). Wichtig ist aber hierbei das Alter der Zielgruppe zu berücksichtigen. Wissenschaftliche Studien haben herausgefunden, dass zum Beispiel in der Zielgruppe der Hochbetagten, also der Zielgruppe 80 Jahre und älter, ein Herzkreislauf Training nicht mehr im unmittelbaren Fokus steht im Gegensatz zu den Anforderungen bei den jüngeren Älteren (Zielgruppe 60 bis 80 Jahre). Allerdings zeigten Studien auch auf, dass bei Hochbetagten der allgemeine körperliche Aktivitätslevel durch ein entsprechendes Training nicht erhöht werden konnte, sondern die alltäglichen körperlichen Aktivitäten zurückgefahren wurden und somit ein generelles Aktivitätsniveau nicht überschritten wurde (Fried et al. 1998; Goran/Poehlman 1992).

Auch der Einfluss von körperlicher Aktivität auf psychische Dimensionen konnte durch Studien nachgewiesen werden. In einer Metaanalyse – dem Vergleich mehrerer Studien – konnte die Forschergruppe um Kramer 2003 nachweisen, dass ein aerobes Fitnessstraining positive Auswirkungen auf exekutive Handlungsprozesse hatte. Exekutive Funktionen sind kognitive Prozesse die benötigt werden, um tägliche Aktivitäten zu planen, zu steuern und um Mehrfachaufgaben zu koordinieren. Das heißt exekutive Funktionen sind zur effektiven Handlungsplanung einer Aufgabe oder Bewegung unabdingbar (Sheridan et al. 2003; Woollacott/Shumway-Cook 2002). Bei älteren Menschen nimmt die Fähigkeit zu gehen und gleichzeitig zu reden mit zunehmendem Alter ab (Lundin-Olsson et al. 1997; Verghese et al. 2007; Woollacott/Shumway-Cook 2002). Die Exekutivfunktion spielt somit für den Erhalt der Selbständigkeit im Alter eine wesentliche Rolle, wie zum Beispiel die Sturzforschung nachgewiesen hat (Hausdorff et al. 2008). Neuere Studien konnten zumindest nachweisen, dass körperliche Aktivität mit einem reduzierten Risiko von neurodegenerativen Krankheiten verbunden ist (Deslandes et al. 2009; Vogel et al. 2009).

Aber zum Erhalt der Selbständigkeit und Gesundheit im Alter sind nicht nur die physischen Ressourcen in den Mittelpunkt zu stellen, sondern im Sinne eines ressourcenorientierten Ansatzes, auch die sozialen und psychischen Dimensionen. Der erweiterte Gesundheitsbegriff, wie er sich in der ICF Klassifikation und in dem Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO (WHO 2001) niederschlägt, weist darauf eindringlich hin. In Abbildung 1 ist das Modell der ICF Klassifikation (WHO 2001) abgebildet.

Abbildung 1: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Model und Klassifikation der WHO (2001)



In diesem Modell werden bei der Auswahl von (lebenslaufbezogenen) Indikatoren von Gesundheit sehr viel stärker die Aktivität des Individuums, die Lebenszufriedenheit, die subjektiv wahrgenommene Gesundheit und das gesundheitsbewusste Verhalten in den Fokus gestellt (vgl. Kruse, 2006). Damit steht nicht mehr nur die physische Funktionsfähigkeit im Mittelpunkt, sondern die Bereiche Aktivität und Teilhabe bekommen einen gleich hohen Stellenwert. Gesundheit und Altern werden in einem komplexen mehrdimensionalen Prozess abgebildet. Außerdem wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass viele ältere Menschen mit chronischen Krankheiten an persönlich sinnerfüllten Aktivitäten teilnehmen können oder sie bewältigen müssen und damit eine effektive Intervention an der Stärkung noch vorhandenen Ressourcen angesetzt werden muss. Deshalb werden in dem ressourcenorientierten Ansatz nicht nur die Funktionen und Fähigkeiten der Teilnehmer in Betracht gezogen, sondern auch die Motivationen, Einstellungen und Rahmenbedingungen berücksichtigt.

In Deutschland hat sich dies in dem Konzept von gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivitäten niedergeschlagen (Bös/Brehm 2006). Hier werden im Sinne des ressourcenorientierten Ansatzes körperliche Aktivitäten formuliert, die in einem sehr breiten Kontext gesehen werden, also nicht mehr nur im Kontext von Sport und Freizeit, sondern auch z.B. von Hausarbeit, Beruf und Transport. Der Ansatz zur Gesundheitsförderung durch körperliche Aktivität formuliert nach (Bös/Brehm 2006) drei Ebenen:

1. Gesundheitswirkung
2. Verhaltenswirkung
3. Verhältniswirkung

Unter Gesundheitswirkung werden die Zielbereiche Stärkung der physischen und psychischen Gesundheitsressourcen gezählt verbunden mit einer Reduzierung von Risikofaktoren, sowie von Kompetenzbildung zur Bewältigung von Einschränkungen. Unter Verhaltenswirkung wird der Bereich der langfristigen Bindung an körperliche Aktivität gezählt mit den da-

für verantwortlichen Barrieren, während der Bereich Verhältniswirkung die Schaffung von unterstützenden Settings bzw. Umgebungsfaktoren wie z. B. ein qualifizierter Übungsleiter oder entsprechend evaluierte zielgerichtete Programme anspricht (Bös/Brehm 2006).

Da der überwiegende Anteil älterer Menschen nicht genügend aktiv ist, spielen die personenbezogenen Faktoren, wie z.B. Einstellungen zur Bewegung eine wichtige Rolle in der Aktivierung von älteren Menschen. Ein Praxisbeispiel aus eigener Forschungserfahrung soll dies verdeutlichen: in der Rekrutierungsphase von Teilnehmern für eine Intervention zur Sturzprophylaxe war eines der häufigsten Argumente nicht an der Studie teilzunehmen: „dafür bin ich doch viel zu alt“ oder „Ich habe mein Leben lang keinen Sport gemacht, das schaffe ich bestimmt nicht mehr“.

Ausblick

Basierend auf dem heutigen wissenschaftlichen Forschungsstand ist es wichtig im Implementierungsprozess von der Forschung zur Anwendung die Information zu transportieren, dass zum Erhalt der Selbständigkeit im Alter körperliche Aktivität ein wichtiger Baustein darstellt. Weiterhin muss die Information vermittelt werden, welche körperliche Aktivität und wie intensiv diese sein muss, damit positive Folgen entstehen. So geben die internationalen Empfehlungen für die Gruppe der 60-Jährigen und älter die Empfehlung sich mindestens an 5 Tagen pro Woche für jeweils eine halbe Stunde zu bewegen (Nelson et al. 2007). Die geforderte Intensität sollte dabei auf einer Anstrengungsskala von 0 (keine Anstrengung) – 10 (sehr hohe Anstrengung) bei 5-6 liegen. Dabei ist allerdings der individuelle Trainingszustand zu berücksichtigen. So kann der 30-minütige Spaziergang für den Einen nur ein langsames Schlendern sein, während es für einen Anderen bereits ein flotter Spaziergang mit höherer Anstrengung bedeutet. Wichtig ist für einen positiven Effekt, dass bei körperlicher Aktivität der Betroffene das Gefühl von moderater Anstrengung hat. Diese Empfehlungen der körperlichen Aktivität sollten zusätzlich zu den täglichen Anforderungen ausgeführt werden (Nelson et al. 2007). Die Empfehlungen berücksichtigen auch die unterschiedlichen motorischen Dimensionen. So sollten die körperlichen Aktivitäten im Bereich aerobe Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und Koordinationstraining durchgeführt werden (Nelson et al. 2007). Um die positiven Effekte von körperlicher Aktivität im Alter zu erzielen, müssen entsprechende Möglichkeiten der Betätigung auf diesem Gebiet geschaffen werden, zum Beispiel wird es schwierig Sturzprophylaxe zu betreiben, wenn keine entsprechenden Kurse angeboten werden, oder regelmäßig unter Anleitung Krafttraining zu machen, wenn

Fitnessstudios nicht auf die Bedürfnisse älterer Menschen eingehen. Dabei müssen die Motive und Einstellungen älterer Menschen berücksichtigt werden. Bei entsprechenden Kennenlernspielen am Anfang kann man beispielsweise spielerisch die Motive oder die Erwartungsziele erfahren. Auch kooperative Spiele eignen sich dazu diese Informationen zu bekommen, zum Beispiel bei der Aufgabe bestimmte Gruppen zu bilden geben die entsprechenden Fortbewegungsmittel einen Hinweis, wie die Teilnehmer in die Gruppe kommen „es sollen sich alle zu einer Gruppe finden die mit dem Bus/Fahrrad/Auto/zu Fuß et cetera gekommen sind“.

Weiterhin muss bei der Implementierung von körperlicher Aktivität der komplexen Mehrdimensionalität Rechnung getragen werden. Dies bedeutet, dass die Heterogenität der Gruppe älterer Menschen beachtet wird und dass zum Beispiel Faktoren wie Lebensqualität oder Stärkung der psychosozialen Ressourcen mit in den Mittelpunkt gestellt werden, um damit die Dimensionen der Aktivität und Teilhabe zu stärken. Der Bereich Stärkung der psychosozialen Ressourcen beinhaltet zum Beispiel die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen sowie Übungen zum Stimmungsmanagement (Brehm et al. 2006). Auch Rollenspiele mit Perspektivenwechsel sind zur Stärkung der psychosozialen Ressourcen sehr geeignet (Brehm et al. 2006). Angebote zur körperlichen Aktivität sollten eine langfristige Bindung als Ziel haben. Deshalb wird es immer wichtiger, Folgekurse oder sogenannte „Booster-Sessions“ zur Stärkung der Ziele und Erwartungen für körperliche Aktivität im Angebot zu verankern, um eventuelle Barrieren an der Teilhabe von körperlicher Aktivität zu entschärfen oder zu beseitigen.

Literatur

- Bös, K./Brehm, W. (2006): Handbuch Gesundheitssport. Schorndorf: Hofmann
- Brehm, W./Pahmeier, I./Ungerer-Röhrich, U./Tiemann, M./Wagner, P./Bös, K. (2006): Psychosozialen Ressourcen. Arbeitshilfen für Übungsleiter/innen. Frankfurt: Deutscher Turnerbund
- BMFSFJ (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Berlin: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend
- BMFSFJ (2002): Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend
- Deslandes, A./Moraes, H./Ferreira, C./Veiga, H./Silveira, H./Mouta, R./Pompeu, F.A./Coutinho, E.S./Laks, J. (2009): Exercise and mental health: many reasons to move. *Neuropsychobiology* 59, Nr. 4, 191-198
- Faber, M.J./Bosscher, R.J./Chin, A.P.M./van Wieringen, P.C. (2006): Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: A multicenter randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 87, Nr. 7, 885-896
- Fried, L.P./Guralnik, J.M. (1997): Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *Journal of the American Geriatrics Society* 45, Nr. 1, 92-100

- Fried, L.P./Kronmal, R.A./Newman, A.B./Bild, D.E./Mittelmark, M.B./Polak, J.F./Robbins, J.A./Gardin, J.M. (1998): Risk factors for 5-year mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Medical Association* 279, Nr. 8, 585-592
- Gillespie, L.D./Robertson, M.C./Gillepsie, W.J./Lamb, S.E./Gates, S./Cumming, R.G./Rowe, B.H. (2009): Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). *The Cochrane Collaboration*
- Goran, M.I./Poehlman, E.T. (1992): Endurance training does not enhance total energy expenditure in healthy elderly persons. *American Journal of Physiology* 263, Nr. 5 Pt 1, E950-E957
- Hausdorff, J.M./Schweiger, A./Herman, T./Yogev-Seligmann, G./Giladi, N. (2008): Dual-task decrements in gait: contributing factors among healthy older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 63, Nr. 12, 1335-1343
- Hoffmann, E./Nachtmann, J. (2007): Alter und Pflege. *GeroStat Report Altersfragen*, Heft 03. Deutsches Zentrum für Altersfragen
- Kuhlmei, A. (2009): Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, Nr. 6, 425-431
- Liu, C.J./Latham, N.K. (2009): Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults (Review). *The Cochrane Collaboration*
- Lundin-Olsson, L./Nyberg, L./Gustafson, Y. (1997): „Stops walking when talking“ as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 349, Nr. 9052, 617
- 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
- Rejeski, W.J./Ip, E.H./Katula, J.A./White, L. (2006): Older adults' desire for physical competence. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 38, Nr. 1, 100-105
- Rothgang, H./Kulik, D./Müller, R./Unger, R. (2009): GEK-Pflegereport. St. Augustin: Asgard
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Lampert, T./Ziese, T. (2005): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Körperliche Aktivität. Berlin: Robert Koch-Institut
- Sheridan, P.L./Solomont, J./Kowall, N./Hausdorff, J.M. (2003): Influence of executive function on locomotor function: divided attention increases gait variability in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 51, Nr. 11, 1633-1637
- Spiriduso, W.W./Cronin, D.L. (2001): Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 33, Nr. 6 Suppl, 598-608
- Verghese, J./Kuslansky, G./Holtzer, R./Katz, M./Xue, X./Buschke, H./Pahor, M. (2007): Walking while talking: effect of task prioritization in the elderly. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 88, Nr. 1, 50-53
- Vogel, T./Brechat, P.H./Lepretre, P.M./Kaltenbach, G./Berthel, M./Lonsdorfer, J. (2009): Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International Journal of Clinical Practice* 63, Nr. 2, 303-320
- Walston, J./Hadley, E.C./Ferrucci, L./Guralnik, J.M./Newman, A.B./Studenski, S.A./Ershler, W.B./Harris, T./Fried, L.P. (2006): Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of American Geriatric Society* 54, Nr. 6, 991-1001
- Woollacott, M./Shumway-Cook, A. (2002): Attention and the control of posture and gait: a review of an emerging area of research. *Gait & Posture* 16, Nr. 1, 1-14
- WHO (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organisation

Körperliche Aktivität im Alltag älterer Menschen fördern – Ergebnisse einer Literaturanalyse

Dr. Norbert Seidl

Einleitung

Anliegen des vorliegenden Beitrags ist es, aktuelle Ergebnisse einer Literaturanalyse zum Thema „Interventionen zur nachhaltigen Verbesserung des körperlichen Aktivitätsverhaltens im Alter“ darzulegen. Ziel der Literaturanalyse war es, eine Bewertung von ausgesuchten evidenzbasierten Konzepten zur Erhaltung und Förderung von körperlichem Aktivitätsverhalten im Alltag für Menschen ab dem 60. Lebensjahr vorzunehmen. Es sollten nur Studien (möglichst Metaanalysen, Reviews, RCTs) bearbeitet werden, in denen Maßnahmen oder Interventionen referiert werden, die die nachhaltige Verbesserung der körperlichen Aktivität zum Ziel haben. Dabei stehen Interventionen im Mittelpunkt, die geeignet sind, Bewegung im Alltag zu fördern. Zur Erfassung entsprechender Interventionen wurde eine Analyse nationaler und internationaler Literatur durchgeführt.

Problemhintergrund

Durch die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung wächst die Bedeutung körperlicher Aktivität für Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Es besteht kein Zweifel daran, dass Menschen, die sich regelmäßig bewegen, einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als Menschen, die nur selten körperlich aktiv sind (Ferrucci 2008). Jede Art von Bewegung oder körperlicher Aktivität nimmt Einfluss auf die Gesundheit und die subjektive Lebensqualität (Kloock et al. 2008). Gezielt eingesetzte Bewegungsübungen sind geeignet, Krankheitssymptome zu lindern und kognitive Funktionen zu erhalten (Oswald 2004; Rütten/Abu-Omar 2002). Sie sind nicht nur dazu geeignet, den Fitnesszustand zu verbessern, sondern sie verbessern überdies die Körperwahrnehmung und beeinflussen das Wohlbefinden und die Stimmungslage positiv (Conn et al. 2003)⁴.

Durch Bewegungsmangel werden in unserer Industriegesellschaft vielfältige gesundheitliche Probleme begünstigt. Dies sind Herz-Kreislaufkrankungen, Arthrose, Muskel-Skeletterkrankungen, Osteoporose, Diabetes, Schmerzen oder die Abnahme der körperlichen und geistigen Flexibilität (Oswald 2004; Pfeifer et al. 2001; Rupperecht et al. 2004). Bewegungsmangel hat auch für gesunde ältere Menschen zur Folge, dass sie ein erhöhtes Sturzrisiko aufweisen und der Gefahr ausgesetzt sind, früher chronisch zu erkranken. Dage-

gen wird betont, dass körperliche Aktivität die Alltagskompetenzen im Alter verbessert (Abu-Omar/Rütten 2006; Rütten et al. 2006). Allgemein kann festgestellt werden, dass körperliche Aktivität zu einem besseren Gesundheitsstatus oder – bei bereits erkrankten Personen – zu einer verbesserten Lebensqualität führt (Conn et al. 2009).

Als Empfehlung für körperliche Aktivitäten bei älteren Menschen werden mindestens 150 Minuten (2 ½ Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten (1 ¼ Stunden) pro Woche Bewegung mit höherer Intensität oder eine adäquate Kombination aus Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität ausgesprochen (Titze et al. 2010, vgl. Nelson et al. 2007). Dabei sind auch mehrere kürzere Aktivitätssequenzen von mindestens 10 Minuten möglich (Salem et al. 2009). International betrachtet gibt es verstärkt Bemühungen, auch ältere Bevölkerungsgruppen zu einem höheren Maß an körperlicher Aktivität im Alltag zu motivieren. Ziel ist es, einen aktiven Lebensstil zu fördern, der durch die Integration von Bewegung in den Alltag gekennzeichnet ist (zum Beispiel zu Fuß gehen oder mit dem Rad zu fahren, statt Entfernungen mit dem Kraftfahrzeug zurückzulegen) (Abu-Omar/Rütten 2006).

Obwohl bekannt ist, dass Bewegung oder körperliche Aktivitäten einen positiven Effekt auf die Gesundheit aufweisen, ist ein Drittel aller deutschen Erwachsenen körperlich inaktiv (Rütten et al. 2006).

Methodisches Vorgehen

Gesucht wurde nach Studien und Übersichtsarbeiten zum Thema „Bewegungsförderung im Alltag älterer Menschen“. Zur Eingrenzung und zur Darstellung des aktuellen Stands der Forschung wurde die Literatur der Jahre 1989 bis 2009 in die Analyse aufgenommen. Darüber hinaus wurden auch ältere Arbeiten bewertet, sofern sie häufig in anderen Literaturquellen zitiert und als besonders relevant eingeschätzt wurden. Die Literatursuche wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL, PsycINFO, PSYINDEXplus und GeroLit vorgenommen. Parallel fand eine unsystematische Suche im Internet statt. Die Eingrenzung auf die Altersgruppe 60+ konnte in einigen Datenbanken nicht vorgenommen werden. Zur Eingrenzung wurde das Alter daher in zwei Gruppen unterteilt: „Alter von 45 bis 64 Jahre“ und „Alter 65 Jahre und älter“.

⁴ Zu den Wirkungen gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität auf die Gesundheit siehe auch (Geuter 2010) in dieser Publikation

Interventionsstrategien zur Bewegungsförderung im Alter

In der Literatur werden unterschiedliche Interventionsstrategien diskutiert, die die Bewegungsbereitschaft fördern sollen. Dabei wird auf Tanzen, regelmäßiges Treppensteigen, Fahrradfahren, Spaziergehen, Tai Chi oder Yoga verwiesen (Fujita et al. 2003; King 1998). Die Wirksamkeit dieser Interventionen wurde allerdings gerade für ältere Menschen kaum getestet.

Eine amerikanische Expertengruppe unterscheidet drei Interventionsansätze, die als vielversprechend beschrieben werden (Kahn et al. 2002). Hierzu ist eingrenzend anzumerken, dass diese Interventionen nicht ausschließlich auf die Zielgruppe älterer Menschen ab dem 60. Lebensjahr zielen.

Folgende Ansätze werden unterschieden:

- Bewegungsförderung durch Informations- und Wissensvermittlung (zum Beispiel Kampagnen)
- Bewegungsförderung mittels gezielter Verhaltensmodifikation (zum Beispiel Gesundheitserziehung über Medien)
- Bewegungsförderung mittels umwelt- und politikbezogener Ansätze (zum Beispiel über die Verbesserung der Zugänge zu öffentlichen Bewegungsräumen und Sportplätzen)

Diese Interventionsansätze sollten allerdings nochmals kritisch reflektiert und gegebenenfalls auf ältere Bevölkerungsgruppen angepasst werden. Denn es ist notwendig, auch für ältere Menschen Interventionsstrategien zu entwickeln, die auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe ausgerichtet sind. So zeigt sich in den Reviews von Conn et al. (2003) und van der Bij et al. (2002) beispielsweise, dass Interventionen bei älteren Menschen dann einen langfristigen Effekt aufweisen, wenn sie einen direkten Bezug zum Alltagsleben der Teilnehmer aufweisen, im sozialen Nahfeld sowie in Gruppen durchgeführt und fachkundig angeleitet und begleitet werden. Eine isolierte Intervention, die keinen Bezug zum Alltagsleben älterer Bürgerinnen und Bürger verankert ist, führt nicht zum gewünschten Ziel der kontinuierlichen körperlichen Aktivität. Wichtig scheint bei Interventionen zur Verbesserung der körperlichen Aktivität und der Bewegungsförderung zudem, dass den Teilnehmern bewusst wird, welchen konkreten Nutzen sie davon haben (Gesundheitsgewinn). Betont wird daher, dass individuell abgestimmte Interventionen oder gruppenspezifische Ansätze nur dann erfolgreich sind, wenn sie mit Beratungs- und Aufklärungsgesprächen verbunden werden (Bopp/Fallon 2008).

Spezielle Interventionsprogramme

Für einzelne Bevölkerungs-, beziehungsweise Zielgruppen, sind spezielle Interventionsprogramme notwendig. Dies gilt insbesondere für ältere Menschen, die körperliche Anstrengungen im Allgemeinen häufig eher vermeiden als forcieren wollen. So konnten Bijenen et al. (1998) in ihrer Untersuchung beispielsweise aufzeigen, dass ehemals sportliche Männer im Alter weniger körperlich aktiv sind. Ältere Männer verzichten häufiger auf Fahrradfahren und Gartenarbeit, bewegen sich allerdings durch Spaziergehen weiterhin regelmäßig. Dieser Befund lässt die Vermutung zu, dass sich das Bewegungsverhalten und die Präferenzen für Aktivitäten, aber auch die Belastungsintensitäten im Laufe des Alterungsprozesses verändern.

Im Programm Groningen Active Living Model (GLAM) wird versucht, inaktive ältere Menschen (55-65 Jahre) zu mehr Bewegung in ihrer Freizeit anzuregen. Die Teilnehmer sind noch erwerbstätig. Daher liegt hier der Fokus auf Bewegungsförderung in der Freizeit. Verhaltensänderung wird im Programm als ein multidimensionaler Prozess verstanden. Bisher nahmen rund 4.000 Menschen an den 76-GLAM-Projekten teil. Zur Förderung von körperlicher Aktivität wurden vier aufeinander abgestimmte Strategien angewandt: Kommunikation, Beratung, Durchführung der Aktivitäten auf lokaler Ebene und eine bevölkerungsweite Strategie. Als ein wesentlicher Faktor, um nachhaltig körperlich aktiv zu werden, hat sich dabei die soziale Unterstützung durch Freunde oder Verwandte herauskristallisiert. Da das Programm in der unmittelbaren Wohnumgebung durchgeführt wurde, konnten hemmende Faktoren wie lange Anfahrtswege vermeiden werden (de Jong et al. 2007; Stevens et al. 2003). Nach 12 Monaten konnte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung des körperlichen Aktivitätsverhaltens ermittelt werden (de Jong et al. 2007; Stevens et al. 2003). Als Parameter für den Erfolg von Interventionen und Maßnahmen der Bewegungsförderung wurden die Nähe zum Wohnumfeld und die soziale Unterstützung durch Freunde identifiziert. Zudem wurde auf die Notwendigkeit einer abgestimmten Kombination verschiedener Maßnahmen hingewiesen. Isolierte Maßnahmen führen langfristig nicht zum Erfolg.

Auffällig ist, dass in der Forschung – von wenigen Ausnahmen abgesehen – zur Verbesserung der körperlichen Fitness hauptsächlich auf Altersgruppen bis zum 60. Lebensjahr rekurriert wird. Menschen mittleren oder hohen Lebensalters werden kaum einbezogen, obwohl unbestritten ist, dass Bewegung zur Prophylaxe einer großen Anzahl unterschiedlicher Krankheiten hilfreich ist (Kahn et al. 2002; King 1998, 2001; King et al. 1998).

Verbesserung der körperlichen Aktivität im Alter

In einem Cochrane-Review⁵ von Hillsdon et al. (2005), bei dem das Alter der Studienteilnehmer zwischen 18 und 95 Jahre lag, wurden Interventionen zur Verbesserung der körperlichen Aktivität analysiert. Als Interventionserfolg wurde das Erreichen des empfohlenen Aktivitätsniveaus definiert. Die Wirksamkeit der Interventionen konnte nur in wenigen Studien nachgewiesen werden. Interessant für die Übernahme der Interventionsstrategien bei der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren ist jedoch nicht das mehr oder weniger erreichte Aktivitätsniveau, sondern die in der Arbeit aufgeführten Anmerkungen zur Verbesserung der Aktivitätsleistung. So wird angegeben, dass häufige Kontakte zu den übrigen Studienteilnehmern die Bereitschaft, sich zu Bewegen verbessern. Ebenso wird eine Anleitung und Begleitung durch professionelle Mitarbeiter als gute Strategie für die Förderung des Bewegungsverhaltens erwähnt. Aufgeführt wird zudem, dass insbesondere in der Altersgruppe der 55- bis 65-Jährigen körperliche Übungen, die zu Hause durchgeführt werden können, erfolgreicher waren als Übungen in Fitnessstudios (King et al. 1991). Dieser Aspekt kann ein weiterer Hinweis dafür sein, wie Interventionsstrategien angelegt werden sollten, um auch bei älteren Bevölkerungsgruppen eine körperliche Aktivierung zu erzielen.

Wichtig erscheint es, zielgruppenspezifische Angebote zu gestalten, damit diese genutzt werden. Dabei stellt sich die Frage, welche Art und Intensität körperlichen Trainings im Alter sinnvoll ist. Grundsätzlich ist vom bisherigen Aktivitäts- oder Bewegungsprofil der Betroffenen auszugehen. Als Empfehlung geben Meier-Baumgartener et al. (2004) bezogen auf Sport an, dass ein Gleichgewicht zwischen Kraft-, Ausdauer und Gleichgewichtsförderung angestrebt werden sollte, wobei der Ausdauerbereich überwiegend gefördert wird. Geeignete Sportarten sind Wandern, Nordic-Walking, Schwimmen, Radfahren, Seniorengymnastik, Aquajogging, Tai Chi, Tanzen oder Yoga. Wichtig ist dabei, dass mit zunehmendem Alter eine fachliche Anleitung und Begleitung sowie eine ärztliche Eingangsuntersuchung stattfindet (Oster et al. 2005).

Schlussfolgerungen

Bei der Bewertung der Literatur fällt auf, dass insbesondere die Altersgruppe 60+ relativ selten explizit genannt wird. Zwar wird sie teilweise mitberücksichtigt – beispielsweise in Studien, die sich auf 50 bis 70-jährige konzentrieren. Die Ergebnisse dieser Studien lassen allerdings keine eindeutigen Rückschlüsse

auf mögliche Besonderheiten der 60 bis 70-jährigen zu, obwohl vermutet werden kann, dass es hier Unterschiede gibt. Ebenso zeigte sich, dass der Outcome „Bewegung“ oder „körperliche Aktivität“ in vielen der recherchierten Studien nicht explizit definiert oder untersucht wurde. Vielmehr wurden andere Ziele wie die Verbesserung des Gesundheitszustands im Allgemeinen oder die Verbesserung der Beweglichkeit von Extremitäten nach einem operativen Eingriff als Outcome bestimmt.

Wie die Analyse gezeigt hat, gibt es nur wenige Studien zu Interventionen zur Förderung des körperlichen Aktivitätsverhaltens von Menschen ab dem 60. Lebensjahr. Wenn Studien identifiziert wurden, dann wurde häufig der Outcome nicht in der Verbesserung des körperlichen Aktivitätsverhaltens definiert, sondern es wurde das Ziel verfolgt, durch Bewegung den Gesundheitszustand zu verbessern oder bereits bestehende Gesundheitsprobleme zu vermeiden. Des Weiteren werden Interventionen zur Verbesserung der Bewegungsfähigkeit eher für jüngere Gruppen angeboten und nicht für alte, ältere oder hochaltrige Menschen. Es wird ein blinder Fleck für die Altersgruppe ab 60 Jahren in Bezug auf alltagstaugliche bewegungsfördernde Interventionen deutlich.

Wenn Interventionen (Tai Chi, Yoga, Fitnesscenter u.ä.) aufgeführt werden, dann lässt sich folgern, dass diese für die ausgewählte Gruppe, insbesondere im fortgeschrittenen Alter, selten einen Alltagsbezug aufweisen. Auf der Ebene von Reviews und Studien werden Interventionen für ältere Menschen als erfolgversprechend beschrieben, die:

- Bezug zum Alltag der Teilnehmer haben und leicht ins Alltagsleben integriert werden können (Conn et al. 2003; van der Bij et al. 2002),
- in Gruppen durchgeführt werden (Conn et al. 2003; Hillsdon et al. 2005) und
- Zugangsbarrieren wie lange Anfahrtswege oder hohe Kosten vermeiden (Conn et al. 2003; de Jong et al. 2007; Stevens et al. 2003).

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass sich Maßnahmen und Interventionen für junge Bevölkerungsschichten nicht ohne Weiteres auf ältere Bevölkerungsgruppen übertragen lassen.

Notwendig ist es in weiteren Interventionsstudien zu überprüfen, welche Erfolge mit quartiersnahen Angeboten zur Erreichung eines erhöhten Aktivitätsniveaus zu erzielen sind und wie Maßnahmen zur Bewegungsförderung möglichst effektiv in den Alltag von Menschen integriert werden können, wenn sich diese vorher kaum bewegt haben. Zudem ist es erforderlich, dass aus der Praxis heraus Angebote oder Kampagnen gestartet werden, die Bewegung ohne großen Aufwand propagieren. Eventuell sind auch bewegungsförderliche Impulse im Alltag, wie Hinweis-

⁵ Es wurden 17 Studien eingeschlossen. In diesen Studien wurden die Teilnehmer zufällig der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugewiesen.

schilder zur Motivation die Treppe statt den Aufzug zu nehmen hilfreich. Dies reicht zwar hinsichtlich des in den Empfehlungen geforderten Umfangs sowie der Dauer nicht aus, um den gewünschten Effekt zu erzielen, kann aber als erster Anstoß genutzt werden, Bewegung als gesundheitsfördernden Aspekt im Bewusstsein zu verankern – wie beispielsweise die Trimm Dich- oder die Joggingwelle zeigen (Mörath 2005).

Insgesamt wird deutlich, dass erfolgreiche Interventionsmaßnahmen zur alltagsnahen Förderung körperlichen Aktivitätsverhaltens für Menschen im Alter von 60+ bisher nur sehr vereinzelt in der Literatur zu finden sind. Es kann daher überspitzt von einer vergessenen Altersgruppe gesprochen werden, die jedoch zunehmend an Bedeutung gewinnt. Hier wird ein Forschungsbedarf erkennbar, auf den reagiert werden sollte.

Literatur

- Abu-Omar, K./Rütten, A. (2006): Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 49, Nr. 11, 1162-1168
- Bijnen, F.C./Feskens, E.J./Caspersen, C.J./Mosterd, W.L./Kromhout, D. (1998): Age, period, and cohort effects on physical activity among elderly men during 10 years of follow-up: the Zutphen Elderly Study. Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 53, Nr. 3, M235-241
- Bopp, M./Fallon, E. (2008): Community-based interventions to promote increased physical activity: a primer. Applied Health Economics and Health Policy 6, Nr. 4, 173-187
- Conn, V.S./Hafdahl, A.R./Brown, L.M. (2009): Meta-analysis of quality-of-life outcomes from physical activity interventions. Nursing Research 58, Nr. 3, 175-183
- 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 Geriatrics Society 51, Nr. 8, 1159-1168
- de Jong, J./Lemmink, K.A./King, A.C./Huisman, M./Stevens, M. (2007): Twelve-month effects of the Groningen active living model (GALM) on physical activity, health and fitness outcomes in sedentary and underactive older adults aged 55-65. Patient Education and Counseling 66, Nr. 2, 167-176
- Ferrucci, L. (2008): The Baltimore Longitudinal Study of Aging (BLSA): a 50-year-long journey and plans for the future. Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 63, Nr. 12, 1416-1419
- Fujita, K./Nagatomi, R./Hozawa, A./Ohkubo, T./Sato, K./Anzai, Y./Sauvaget, C./Watanabe, Y./Tamagawa, A./Tsuji, I. (2003): Effects of exercise training on physical activity in older people: a randomized controlled trial. Journal of Epidemiology 13, Nr. 2, 120-126
- 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“: LIGA.NRW, 19 - 30
- Hillsdon, M./Foster, C./Thorogood, M. (2005): Interventions for promoting physical activity. London: The Cochrane Collaboration
- Institute of Medicine of the national Academies of Science (2002): Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. Washington D.C.: National Academy Press
- Kahn, E.B./Ramsey, L.T./Brownson, R.C./Heath, G.W./Howze, E.H./Powell, K.E./Stone, E.J./Rajab, M.W./Corso, P. (2002): The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. American Journal of Preventive Medicine 22, Nr. 4 Suppl, 73-107
- King, A.C. (1998): How to promote physical activity in a community: research experiences from the US highlighting different community approaches. Patient Education and Counseling 33, Nr. 1 Suppl, S3-12
- King, A.C. (2001): Interventions to promote physical activity by older adults. Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 56 Spec No 2, 36-46
- King, A.C./Rejeski, W.J./Buchner, D.M. (1998): Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations. American Journal of Preventive Medicine 15, Nr. 4, 316-333
- King, A.C./Haskell, W.L./Taylor, C.B./Kraemer, H.C./DeBusk, R.F. (1991): Group- vs home-based exercise training in healthy older men and women. A community-based clinical trial. Journal of the American Medical Association 266, Nr. 11, 1535-1542
- Kloock, B./König, D./Muser, K./Gollhofer, A./Berg, A. (2008): Gesundheitsförderung mit zuvor sportlich inaktiven Frauen im Alter von 50 bis 65 Jahren. Erste Ergebnisse einer klinisch kontrollierten Untersuchung zu den gesundheitlichen Auswirkungen eines zielgruppenorientierten Krafttrainings. In: Knoll, M./Woll, A. (Hg.): Sport und Gesundheit in der Lebensspanne. Hamburg: Czwalina, 380-386
- Meier-Baumgartner, H./Dapp, U./Anders, J. (2004): Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Stuttgart: Kohlhammer
- Mörath, V. (2005): Die Trimm-Aktion des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
- 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 and Science in Sports and Exercise 39, Nr. 8, 1435-1445
- Oster, P./Pfisterer, M./Schuler, M./Hauer, K. (2005): Körperliches Training im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38, Nr. Suppl 1, I10-I13
- Oswald, W.D. (2004): Kognitive und körperliche Aktivitäten. Ein Weg zur Erhaltung von Selbständigkeit und zur Verzögerung demenzieller Prozesse? Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 17, Nr. 3, 147-159
- Pfeifer, K./Ruhleder, M./Brettmann, K./Banzer, W. (2001): Effekte eines koordinationsbetonten Bewegungsprogramms zur Aufrechterhaltung der Alltagsmotorik im Alter. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin 52, Nr. 4, 129-135
- Rupprecht, R./Oswald, W.D./Fricke, C. (2004): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SimA). Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 17, Nr. 3, 161-171
- Rütten, A./Abu-Omar, K. (2002): Förderung körperlicher Aktivität durch bevölkerungsbezogene Interventionen - Überblick über Ansätze und Evidenzen Gesundheitssport und Sporttherapie 18, 129-133
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Lampert, T./Ziese, T. (2006): Körperliche Aktivität - Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 26. Berlin: Robert Koch-Institut
- Salem, G.J./Skinner, J.S./Chodzko-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 and Science in Sports and Exercise 41, Nr. 7, 1510-1530
- Stevens, M./Lemmink, K.A./van Heuvelen, M.J./de Jong, J./Rispen, P. (2003): Groningen Active Living Model (GALM): stimulating physical activity in sedentary older adults; validation of the behavioral change model. Preventive Medicine 37, Nr. 6 Pt 1, 561-570

- 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
- van der Bij, A.K./Laurant, M.G./Wensing, M. (2002): Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *American Journal of Preventive Medicine* 22, Nr. 2, 120-133

Krankenstand und Übergewicht in NRW: Sonderauswertung des Mikrozensus 2005

Dr. Alfons Holleederer

Wie in den Beiträgen von Geuter (2010) und Freiberger (2010) in diesem Band detailliert ausgeführt, ist nach dem aktuellen Forschungsstand von einem engen Zusammenhang zwischen Bewegung, Ernährung und Gesundheit auszugehen, aus dem sich Interventionsansätze zum Erhalt oder zur Förderung der Gesundheit wie u.a. über die Zentren für Bewegungsförderung ableiten lassen. Gleichzeitig ist aber in diesem Handlungsfeld eine unzureichende Datenlage mit einem Mangel insbesondere an Repräsentativerhebungen zu konstatieren. Einen Beitrag zur Schließung dieser Datenlücke kann der Mikrozensus 2005 leisten, der auch für Nordrhein-Westfalen repräsentative Ergebnisdarstellungen ermöglicht. Der Mikrozensus 2005 ist die größte amtliche Stichprobenerhebung über die Bevölkerung.

Methode

Für den Mikrozensus 2005 wurden vom Statistischen Bundesamt aus dem Bundesgebiet Auswahlbezirke in Form einer einstufigen Klumpenstichprobe randomisiert gewählt, in denen danach alle Haushalte und Personen befragt wurden. Der Auswahlsatz liegt bei 1 % der Bevölkerung. Insgesamt nahmen im Jahr 2005 rund 380.000 Haushalte mit 820.000 Personen an der Erhebung in Deutschland teil. Der Mikrozensus wurde im Jahr 2005 erstmals unterjährig erhoben.

Der hier verwendete Mikrozensus Scientific Use File 2005 enthält eine nach dem Zufallsprinzip gezogene 70 %-Unterstichprobe des Originaldatensatzes. Er beinhaltet die Zugehörigkeit der Wohnsitze der Befragten zu den Bundesländern. Die ausgewiesenen Ergebnisse für Nordrhein-Westfalen stehen hochgerechnet für 14.857 Tsd. Personen im Alter ab 18 Jahren bzw. entsprechen ungewichtet 80.765 Interviewpersonen.

Der Mikrozensus 2005 besteht aus einem Hauptfragenprogramm mit in der Regel gesetzlicher Auskunftspflicht über Bevölkerungsstruktur, wirtschaftliche Lage, Migration et cetera. Er integriert auch die Arbeitskräftestichprobe der EU 2005 nach der Labour Force Konzeption (ILO 1998). Das Zusatzprogramm zur Gesundheit ist fakultativ. Die Beantwortung der Gesundheitsfragen ist mit ca. 89% Rücklaufquote bei Krankheiten und Unfallverletzungen sowie mit ca. 81% und 77% Rücklaufquoten bei den Körpermaßen Länge und Gewicht sehr hoch.

Die Methoden, Qualität und Ergebnisse des Mikrozensus 2005 sind in den Publikationsreihen des Statistischen Bundesamtes (Afentakis/Bihler 2005; Statistisches Bundesamt 2006a - d) und von GESIS-ZUMA (Lechert/Schimpl-Neimanns 2007) sehr gut dokumentiert.

Ergebnisse

Der Body-Mass-Index berechnet sich nach der Formel Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die Körperlänge zum Quadrat. Die Tabelle 1 zeigt die prozentualen Verteilungen von Männern und Frauen nach den vier Body-Mass-Index-Gruppen der WHO. Sie demonstriert den höheren Anteil an Übergewichtigen bei Männern im Vergleich zu Frauen. Als „stark übergewichtig“ gelten 14% der Männer und 13% der Frauen.

Für Zielgruppenspezifizierungen in der Bewegungsförderung ist generell von hoher Bedeutung, ob „starkes Übergewicht“ mit soziodemografischen Variablen wie

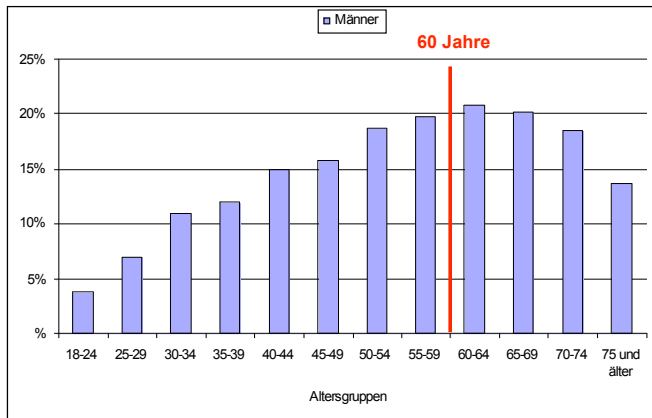
- Alter,
- Geschlecht,
- Erwerbsbeteiligung oder
- Nationalität korrespondiert.

Tabelle 1: Männer und Frauen im Alter von mindestens 18 Jahren nach Body-Mass-Index-Gruppen in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005

	bis unter 18,5	18,5 bis unter 25	25 bis unter 30	30 und größer
Männer	1%	41%	43%	14%
Frauen	4%	56%	27%	13%
	(„untergewichtig“)	(„normalgewichtig“)	(„übergewichtig“)	(„stark übergewichtig“)

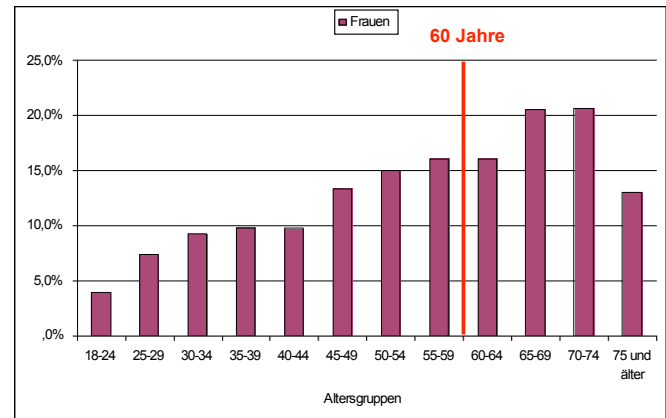
Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 5.697 Tsd. und 5.917 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

Abb. 1: Anteile der stark Übergewichtigen bei Männern nach Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (BMI mit Wert über 30)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 5.698 Tsd. und 5.919 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

Abb. 2: Anteile der stark Übergewichtigen bei Frauen nach Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (BMI mit Wert über 30)

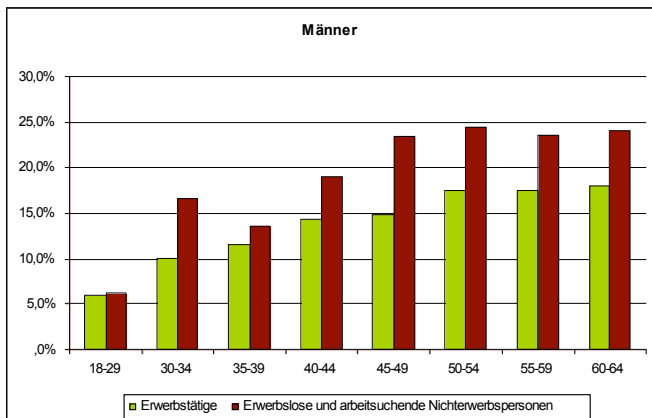


Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 5.698 Tsd. und 5.919 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

Die Abb. 1 und 2 veranschaulichen die Anteile von „stark Übergewichtigen“ bei Männern und Frauen nach Altersgruppen. Sie steigen zunächst mit dem Alter an und nehmen dann im höheren Alter wieder ab. Die Abbildungen 3 und 4 fokussieren innerhalb der Erwerbsbevölkerung die unterschiedlichen Anteile an stark Übergewichtigen zwischen Erwerbstätigen und

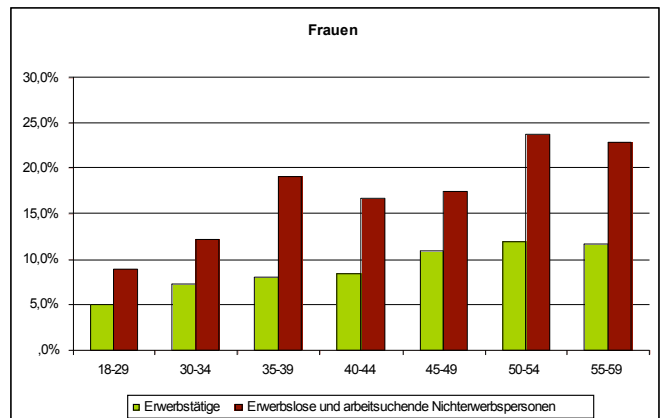
Arbeitsuchenden. Sie belegen höhere Quoten bei den Arbeitsuchenden in allen untersuchten Altersgruppen sowohl bei den Männern als auch Frauen. Der Status der Erwerbslosigkeit kann durch die soziale Ungleichverteilung von Arbeitsmarktrisiken in diesem Zusammenhang als ein Indikator für die soziale Lage angesehen werden (vgl. Holleder 2009).

Abb. 3: Anteile der stark Übergewichtigen bei Männern nach Altersgruppen und nach Erwerbsbeteiligung in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (BMI mit Wert über 30)



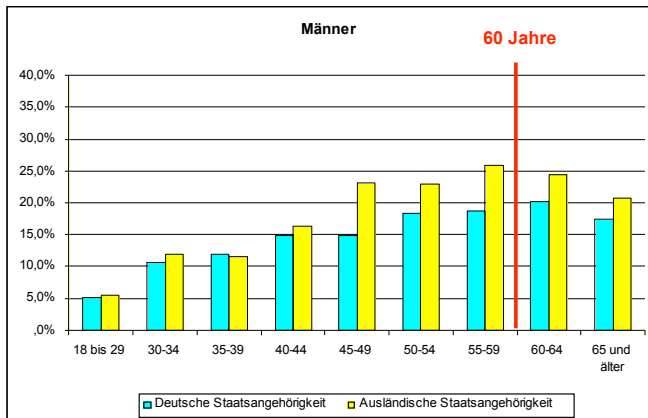
Anmerkungen: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 3.740 Tsd. und 2.889 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben; Hochgerechnete Besetzungszahlen unter 5.000 werden nicht nachgewiesen, hier: Frauen 60-64 Jahre).

Abb. 4: Anteile der stark Übergewichtigen bei Frauen nach Altersgruppen und nach Erwerbsbeteiligung in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (BMI mit Wert über 30)



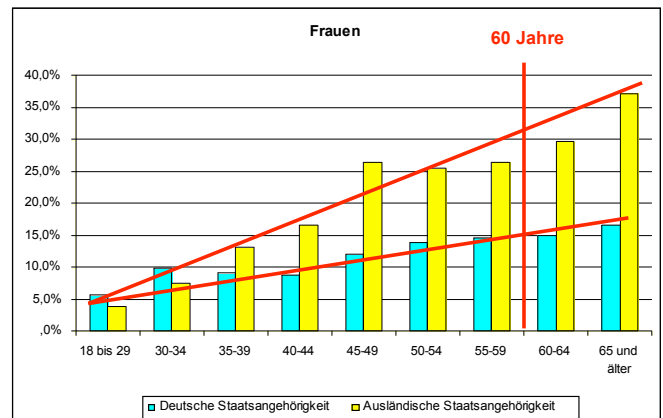
Anmerkungen: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 3.740 Tsd. und 2.889 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben; Hochgerechnete Besetzungszahlen unter 5.000 werden nicht nachgewiesen, hier: Frauen 60-64 Jahre).

Abb. 5: Anteile der stark Übergewichtigen bei Männern nach Altersgruppen und nach Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (BMI mit Wert über 30)



Anmerkungen: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 5.696 Tsd. und 5.917 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

Abb. 6: Anteile der stark Übergewichtigen bei Frauen nach Altersgruppen und nach Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (BMI mit Wert über 30)



Anmerkungen: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 5.696 Tsd. und 5.917 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

Die Balkendiagramme in den Abb. 5 und 6 zeigen auf, dass in fast allen Altersgruppen die Anteile der stark Übergewichtigen von Ausländern die der Deutschen übertreffen. Besonders hoch sind diese Unterschiede zwischen deutschen Frauen und Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (ab 35 Jahre).

Eine zentrale Fragestellung ist, ob „starkes Übergewicht“ auch mit Krankheiten/Unfallverletzungen korreliert, wenn Geschlecht und Alter kontrolliert werden. Im Mikrozensus werden Krankheiten und Unfallverletzungen abgefragt, unter denen die Interviewten in den vorherigen vier Wochen gelitten haben. Eine Interviewperson gilt nach dem Mikrozensus als erkrankt, wenn „sie ihre übliche Beschäftigung nicht voll ausüben konnte“.

Die Abb. 7 und 8 verdeutlichen die in allen Altersgruppen sowohl bei Männern als auch Frauen zu beobachtenden erhöhten Krankenstände von stark Übergewichtigen in Relation zu den Krankenständen der Personen mit einem BMI bis unter 30.

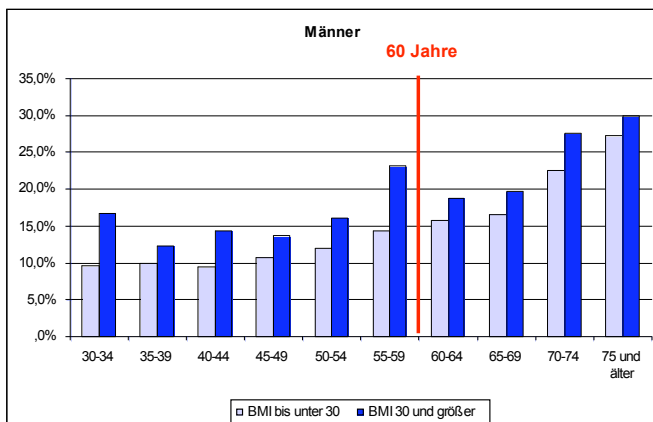
bachtenden erhöhten Krankenstände von stark Übergewichtigen in Relation zu den Krankenständen der Personen mit einem BMI bis unter 30.

Diskussion und Fazit

Wie bei jeder Repräsentativerhebung bestehen auch beim Mikrozensus prinzipiell Limitationen in der Validität und Reichweite durch die gewählte Erhebungsmethode. Die Stichprobenergebnisse werden im Mikrozensus auf die Bevölkerungszahl hochgerechnet. Diese auf die Grundgesamtheit hochgerechneten Ergebnisse bergen prinzipiell die Gefahr eines stichprobenbedingten Zufallsfehlers, der generell von der Stichprobengröße und der Streuung der Messwerte in der Grundgesamtheit abhängt.

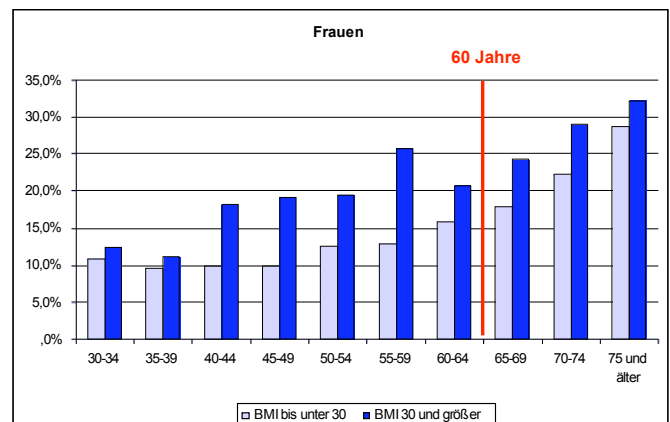
Die Gesundheitsfragen im Zusatzprogramm des Mikrozensus 2005 sind fakultativ. Trotz der hohen

Abb. 7: Anteile der Erkrankten/Unfallverletzten in den letzten vier Wochen bei Männern nach Körpergewicht und Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt 2005)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 5.673 Tsd. und 5.893 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben; Hochgerechnete Besetzungszahlen unter 5.000 werden nicht nachgewiesen.

Abb. 8: Anteile der Erkrankten/Unfallverletzten in den letzten vier Wochen bei Frauen nach Körpergewicht und Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt 2005)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe); N = 5.673 Tsd. und 5.893 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben; Hochgerechnete Besetzungszahlen unter 5.000 werden nicht nachgewiesen.

Rücklaufquote kann es dadurch zu Verzerrungen kommen. Eine systematische Unterschätzung der Krankheitsprävalenz wäre gegeben, wenn Menschen mit Behinderung und Gesundheitsproblemen solche freiwilligen Zusatzfragen zur Gesundheit übergangen, z.B. im Zuge einer Krankheitsverdrängung.

Besondere Restriktionen bestehen bei Analysen zum Body-Mass-Index im Mikrozensus aus folgenden Gründen:

1. Beim Körpergewicht besteht die höchste Antwortverweigerungsquote.
 2. Vermutlich gibt es eher Missings bei Personen, die nicht „normal gewichtig“ sind.
 3. Frauen verweigern überproportional häufig die Gewichtsangabe.
 4. Bei Proxy-Interviews (durch andere Haushaltsangehörige) ist relativ häufig das Fehlen der Körpermaße zu beobachten.
 5. Durch Selbstangaben werden Übergewicht und Adipositas nach dem Literaturstand (Helmert 2008; Helmert/Schorb 2007) systematisch unterschätzt.
- Trotz dieser Einschränkungen können die berichteten Unterschiede zwischen Personengruppen Hinweise auf Präventionspotenziale bezüglich Bewegung und Ernährung geben.

Als Hauptergebnis ist festzuhalten, dass nach dem Mikrozensus 2005 Übergewicht mit einem erhöhten Krankenstand in allen Altersgruppen assoziiert ist. Die Analysen zeigen außerdem deutliche Indikationen für Zielgruppenspezifizierungen in der Bewegungsförderung in Bezug auf Geschlecht, sozialen Status und Staatsangehörigkeit auf.

Ein Vorteil für das bestehende Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen ist daher die organisatorische Zuordnung zum Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen, der sich explizit auf die Personengruppen sozial Benachteiligte, Erwerbslose und Migranten konzentriert (vgl. Geuter/Dickersbach 2010 in der vorliegenden Publikation).

Innerhalb dieser Zielgruppen erscheint für die Bewegungsförderung eine Fokussierung auf Frauen angezeigt.

Allerdings ist bei der Interpretation zu berücksichtigen, dass der Mikrozensus als Querschnittsbefragung konzipiert worden ist. Es können daher aus den statistisch signifikanten Assoziationen nicht einfach kausale Beziehungen abgeleitet werden.

Für die Altersbegrenzung des Zentrums für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen auf 60 Jahre und älter besteht nach der Datenlage aber keine Veranlassung. Mittelfristig sollten die Aktivitäten auf alle Altersstufen ausgedehnt werden.

Literatur

- Afentakis, A./Bihler, W. (2005): Das Hochrechnungsverfahren beim unterjährigen Mikrozensus ab 2005. *Wirtschaft und Statistik* Nr. 10, 1039-1048
- Freiberger, E. (2010): Wie kann der Alltag Bewegung bei älteren Menschen fördern? In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): *Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+*. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“: LIGA.NRW, 31 - 34
- 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“: LIGA.NRW, 19 - 30
- Geuter, G./Dickersbach, M. (2010): Das Modellprojekt „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): *Alltagsnahe Bewegungsförderung 60+*. Wissenschaftliche Grundlagen und Praxisimplikationen. Dokumentation der Regionalkonferenz „Bewegung im Alter“: LIGA.NRW, 17 - 18
- Helmert, U. (2008): Gesundheit, Armut und soziale Ungleichheit – Empirische Arbeiten auf der Grundlage der Daten des Mikrozensus. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): *Statistik und Wissenschaft, Band 9, Datengrundlagen für die Gesundheitsforschung in Deutschland* Wiesbaden 104-114
- Helmert, U./Schorb, F. (2007): Übergewicht und Adipositas: Fakten zur neuen deutschen Präventions-Debatte. *gesundheitsmonitor. Sonderausgabe 2007*, 1-12
- Hollederer, A. (2009): *Gesundheit von Arbeitslosen fördern. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis.* Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag/Verlag für angewandte Wissenschaften
- ILO (1998): Resolution concerning the measurement of underemployment and inadequate employment situations, adopted by the Sixteenth International Conference of Labour Statisticians (October 1998). Internationale Labour Organization
- Lechert, Y./Schimpl-Neimanns, B. (2007): *Mikrozensus Scientific Use File 2005 - Dokumentation und Datenaufbereitung.* Gesis-ZUMA-Methodenbericht 2007/08
- Statistisches Bundesamt (2006a): *Mikrozensus 2005 - Fragen zur Gesundheit: Körpermaße der Bevölkerung.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2006b): *Mikrozensus 2005 - Fragen zur Gesundheit: Kranke und Unfallverletzte.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2006c): *Mikrozensus 2005 - Fragen zur Gesundheit: Rauchgewohnheiten der Bevölkerung.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Statistisches Bundesamt (2006d): *Mikrozensus: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Beruf, Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen. Band 1: Allgemeine und methodische Erläuterungen.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt



Bewegungsförderung in der Praxis– Ergebnisse aus den Workshops

Workshop I – Bewegungsförderung im Stadtteil.

Mehr Bewegung im Alter – ein Rundgang mit Tiefgang. Stadtteilrundgänge des Gesundheitsamtes Köln

Erika Meißner

Projektsteckbrief

Quelle: Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung in NRW – Zentrum für Bewegungsförderung (www.infoportal-praevention.nrw.de)

ID	7388-1101
Titel	“gesund & mobil im Alter - ein Rundgang mit Tiefgang”
Projektträger	Stadt Köln
Anschrift	Neumarkt 15 - 21, 50667 Köln, Deutschland
Ansprechpartner	Erika Meißner
Tel./E-Mail	49 (0221) 22124754 / erika.meissner@stadt-koeln.de
Laufzeit Start	1.2008
Laufzeit Ende	Bisher kein Ende geplant bzw. Angebot wird fortgeführt.
Angebotsart	Aktionstag Erstellung von Informationsmaterialien / Medien Freizeitangebot Stadtteilarbeit / Gemeinwesenentwicklung Sonstiges, und zwar: Div. Stadtteilrundgänge führen zu Sehenswürdigkeiten, Besonderheiten und Eigentümlichkeiten in den jeweiligen Stadtteilen.
Zielgruppen	Seniorinnen / Senioren (ab 60 Jahre)
Setting	Region, Stadt(teil), Gemeinde, Verein
Handlungsfelder	Sport und Bewegung Sonstige, und zwar: Z.B. Salutogenese: Durch die Rundgänge kommt nicht nur der Körper, sondern auch der Geist in Bewegung. Man geht mal mit einem anderen Blick durch seinen Stadtteil, es kann etwas Neues entdeckt, etwas Vergessenes wieder aufgefrischt oder etwas Bekanntes vertieft werden

Ergebnisse	Entwicklung von unterschiedlichen Rundgängen in Kölner Stadtteilen, Erstellung von Stadtteilbroschüren zu den Rundgängen - Öffentlichkeitsarbeit zum Thema "Mehr Bewegung im Alter", Durchführung von Aktionstagen "gesund & mobil im Alter"
Landesinitiative „Gesundes Land NRW“	Ja, im Projektverbund „Gesundes Land NRW“ aufgenommen im Jahr 2008
Zielstellung	Ziel ist es, ältere Menschen zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren um möglichst lange ihre Mobilität zu erhalten, damit sie ein selbständiges Leben führen und sich aktiv am sozialen Leben beteiligen können und nicht frühzeitig auf fremde Hilfe und Pflege angewiesen sind
Inhalt/Methode	Das Gesundheitsamt Köln möchte insbesondere ältere Menschen, die sich (noch) nicht sportlich betätigen, motivieren Spaß und Freude an der täglichen Bewegung - körperlich wie geistig - zu finden und hat deshalb das Konzept „Ein Rundgang mit Tiefgang“ entwickelt. Die Stadtteilrundgänge führen zu Sehenswürdigkeiten, Besonderheiten und Eigentümlichkeiten in den jeweiligen Stadtteilen. Sie können mit Freunden, Bekannten, Nachbarn, etc. oder auch alleine durchgeführt werden. Es ist ein kostenloses, niederschwelliges und „zeitloses“ Angebot. Niemand muss sich irgendwo anmelden, Zeitvorgaben, wann es losgeht, gibt es nicht. Der Start liegt gleich vor der Haustür, es gibt keine großen Anfahrtswege. Durch diese Rundgänge kommt nicht nur der Körper sondern auch der Geist „in Bewegung“. Man geht mal mit einem anderen Blick durch seinen Stadtteil, es kann etwas Neues entdeckt, etwas Vergessenes wieder aufgefrischt oder etwas Bekanntes vertieft werden, man lernt neue Menschen kennen, man kommt mit anderen ins Gespräch und vieles mehr. Das Konzept ist je nach den Bedürfnissen, Möglichkeiten, Anforderungen und Ideen der Bürgerinnen und Bürger und des jeweiligen Stadtteils erweiterungs- und ausbaufähig. Es kann zu angeleiteten Führungen, zu größeren Touren, oder durch Einbeziehung z.B. von Fahrrädern und/oder des ÖPNV weiterentwickelt und ergänzt werden. Es ist so angelegt, dass das Gesundheitsamt Köln mit der Veröffentlichung des ersten Rundganges zur Nachahmung motivieren will, d.h. dass nun Menschen, die Interesse und Ideen für einen Rundgang in ihrem Stadtteil haben, aktiv werden, diese mit dem Gesundheitsamt gemeinsam zu realisieren. Der Impuls des Gesundheitsamtes wirkt auf die Seniorinnen und Senioren, die die nächsten Rundgänge für ihre Stadtteile planen, das Gesundheitsamt gibt Anregungen und stellt sein Wissen und seine Ausstattung zur Verfügung. Durch die Entwicklung und Planung von neuen Rundgängen und der Auseinandersetzung mit dem eigenen Stadtteil, werden ältere Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten und Ressourcen eingebunden. Die Akteurinnen und Akteure entwickeln schon im Vorfeld des Rundganges eine geistige und soziale Aktivität, die das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stärkt und zur sozialen Gesundheit beiträgt. Das Projekt soll Anregungen geben, Impulse setzen und Verknüpfungen bewirken.

Gesund leben und älter werden in Eving. Das Dortmunder Aktionsbündnis zur Gesundheitsförderung älterer Menschen mit hohen Risikopotentialen

Katharina Lis und Dr. Marina Schmitt

Projektsteckbrief

Quelle: Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung in NRW – Zentrum für Bewegungsförderung (www.infoportal-praevention.nrw.de)

ID	7545-1581
Titel	Aktionsbündnis "Gesund leben und älter werden in Eving"
Projektträger	Institut für Gerontologie an der TU Dortmund
Anschrift	Evinger Platz 13, 44339 Dortmund, Deutschland
Ansprechpartner	Katharina Lis
Tel./E-Mail	49 (0231) 72848814 / lis@post.uni-dortmund.de
Laufzeit Start	3.2009
Laufzeit Ende	2.2011
Angebotsart	"Gesundheitstag"/"-woche" Sonstiges, und zwar: Etablierung gesundheitsfördernder Maßnahmen
Zielgruppen	Ältere Erwachsene (45-59 Jahre) Seniorinnen / Senioren (ab 60 Jahre)
Setting	Region, Stadt(teil), Gemeinde, Verein
Handlungsfelder	Stärkung der individuellen Bewältigungsressourcen (z.B. Stressbewältigung) gesunde Ernährung Sport und Bewegung
Ergebnisse	Entwicklung eines selbsttragenden Finanzierungskonzeptes, um die Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen im Stadtteil für ältere sozial benachteiligte Menschen zu sichern.

Zielstellung	Veränderungen des Gesundheitsverhaltens älterer Menschen, indem Anreize für gesundheitsbelastendes Verhalten gesenkt und Gesundheitsressourcen gestärkt werden (Verhaltensprävention) sowie Verortung gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Lebenswelt älterer Menschen, um diese in ihren Lebensbezügen zu erreichen und gleichsam eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebensverhältnisse zu erzielen (Verhältnisprävention)
Inhalt/Methode	Sensibilisierung der Zielgruppen und verschiedener Akteure im Stadtteil für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Alter, Netzwerkarbeit, Auf- und Ausbau von Strukturen, Ermittlung von Bedürfnissen und Wünschen in Bezug auf Gesundheitsförderung, Durchführung einer Bedarfsanalyse und Festlegung von Handlungsbedarfen, Etablierung niedrigschwelliger Angebote und Formen der Ansprache, Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten und Förderung der Selbstorganisation, Gewinnung bürgerschaftlich engagierter Personen, Qualitätssicherung und Evaluation

Zentrale Diskussionsinhalte und Ergebnisse des Workshops

- Kriterien, um ältere Menschen zu erreichen
 - niedrigschwellig,
 - kostenlos,
 - gute Erreichbarkeit, ...
- Weiterfinanzierung (Bedarf vorhanden; Wie kann aus einem Projekt ein Regelangebot werden?)
 - Finanzierungsmöglichkeiten:
 - Förderung durch Kommunen (Was gibt es für Möglichkeiten im Stadtteil?, Kooperationspartner suchen)
 - Krankenkassen (z.B. über § 20)
 - Altersstruktur (Welche Altersgruppe soll erreicht werden?)
 - Erreichbarkeit der Zielgruppe
 - Bedarfsermittlung (Was möchten „Ältere“ überhaupt?)

Workshop II – Bewegt leben – Mehr vom Leben.

Aufbau gesundheitsfördernder Strukturen im kommunalen Bereich. Erkenntnisse des Modellprojekts im Rhein-Sieg-Kreis

Wiebke Flor

Projektsteckbrief

Quelle: Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung in NRW – Zentrum für Bewegungsförderung
(www.infoportal-praevention.nrw.de)

ID	7548-1586
Titel	Bewegt leben - Mehr vom Leben
Projektträger	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Anschrift	Ostmerheimer Strasse 220, 51109 Köln,
Ansprechpartner	Wiebke Flor
Tel./E-Mail	0049 (221) 8992370 / wiebke.flor@bzga.de
Laufzeit Start	11.2008
Laufzeit Ende	12.2010
Angebotsart	Aktionstag Erstellung von Informationsmaterialien / Medien Stadtteilarbeit / Gemeinwesenentwicklung Fort- oder Weiterbildung / Qualifizierungsmaßnahme(n)
Zielgruppen	Seniorinnen / Senioren (ab 60 Jahre)
Setting	Region, Stadt(teil), Gemeinde, Verein
Handlungsfelder	Stärkung der individuellen Bewältigungsressourcen (z.B. Stressbewältigung) gesunde Ernährung Sport und Bewegung

Zielstellung	<p>Das Projekt „bewegt leben – Mehr vom Leben“ verfolgt im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM“ das Anliegen, in kommunalen Bereichen gesundheitsförderliche Strukturen und Maßnahmen zu etablieren, Zugangswege zu eröffnen und Barrieren abzubauen. Ziel ist, das Bewegungsverhalten und die Bewegungsmöglichkeiten, aber auch das Ernährungsverhalten und die psychische Gesundheit der Zielgruppe nachhaltig zu verbessern. Dies kann und soll vor allem in enger Kooperation mit Institutionen wie Sportvereinen, kommunalen und gemeinnützigen Einrichtungen, aber auch kommerziellen Anbietern geschehen. Um die gesetzten Ziele zu erreichen, müssen folgende Teilziele umgesetzt werden: › Sensibilisierung möglicher Projekt-Partner für die Arbeit mit der Gruppe der über 60jährigen › Anpassung der Angebote an die Bedürfnisse von Menschen dieser Altersklasse › Entwicklung neuer Angebote, Unterstützung der beteiligten Institutionen im Rhein-Sieg-Kreis › Veränderung der Strukturen, um Inanspruchnahme und eigenständige Aktivität zu steigern, Aufzeigen von Perspektiven für die Akteure (Vereine, kommerzielle Anbieter, etc.) › Förderung der Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen und der politischen Entscheidungsträger, um nachhaltige und umfassende Veränderungen zu ermöglichen › Systematische Einbindung der betroffenen Bürgerinnen und Bürger in die Projektentwicklung</p>
Inhalt/Methode	<p>Die Befragung der Zielgruppe und der Anbieter ist wichtiger Teil des Projekts „bewegt leben – Mehr vom Leben“. Ziel ist es, auf der Grundlage objektiver und repräsentativer Ergebnisse die Angebotslandschaft so zu erweitern, dass sie auf die Bedürfnisse der immer größer werdenden Zielgruppe optimal zugeschnitten ist. Die Schritte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repräsentative Befragung der Zielgruppe <p>Die Befragten wurden nach ihrem aktuellen und bisherigen Bewegungs- und Ernährungsverhalten, nach Hindernissen und Motivation befragt. Zudem wurde die Medienutzung erhoben, um die Informationswege zu optimieren.</p> 2. Befragung der Anbieter/ Analyse des Angebots <p>Die Anbieter wurden nach ihrer Einschätzung der Zielgruppe und dem Bedarf nach Weiterentwicklung der Angebote befragt.</p> 3. Analyse der Ergebnisse <p>Die Ergebnisse enthalten in unterschiedlichen Gebieten wichtige Informationen für die Anbieter, um ihr Angebot zu optimieren bzw. ihr Profil zu schärfen. Sie bekommen Einblicke in: - Welche Sportarten werden nachgefragt? - Welche Hindernisse halten Personen ab, ein Angebot wahr zu nehmen? - Welche Motive haben bereits Aktive? - Welche Wünsche nach Verhaltensänderung bestehen? - Wie ist der Informationsstand zu den Angeboten? Welche Informationswege sollten genutzt werden? Wer ist als Ansprechpartner sinnvoll (z.B. Ärzte)?</p> 4. Einbindung der Ergebnisse in das Projekt <p>Den Anbietern vor Ort werden die repräsentativen Ergebnisse der Zielgruppenbefragung zur Verfügung gestellt. Mit begleitenden Workshops zu unterschiedlichen Themen (z.B. Differenzierung des Angebots für bestimmte Teile der Zielgruppe 60plus und entsprechende Ansprache) wird gemeinsam mit den Anbietern eine Verbesserung bzw. Differenzierung ihres Angebots erreicht. Dieses Vorgehen zur Angebotsverbesserung auf der Grundlage der Befragung wird im Rhein-Sieg-Kreis erprobt und in den nächsten zwei Jahren noch vertieft. Die repräsentativen Ergebnisse können auch von anderen Kommunen genutzt werden, um diesen Prozess einzuleiten.</p> 5. Bekanntmachung der neuen/ angepassten Angebote <p>Die Auftaktveranstaltung und die Aktionstage bieten den Anbietern die Möglichkeit, neue Angebote einem breiten Publikum zu präsentieren. Zudem wird über die Evaluation erfasst, welchen Auswirkungen die Aktionen auf Zielgruppe und Anbieter haben.</p>

Zentrale Diskussionsinhalte und Ergebnisse des Workshops

Anbiiterebene:

- Ansprache der Zielgruppe → persönliche Ansprache (körperlich/sozial/psychisch)
- Netzwerke schaffen → Kommunale Gesundheitskonferenz einrichten
- Machbarkeit beachten → Zielgruppendefinition

Kommunale Ebene:

- Ressourcen
- Ausräumen bestehender Barrieren
- Gewohnheiten
- schwer erreichbare Zielgruppen
- kurzfristige Projekte
- Ansprache
- Die Rolle des Ehrenamts/ Wertschätzung des Ehrenamts
- Wohnumfeld als wichtiges Setting

Workshop III – Sicher, aktiv und mobil im Alter.

Kommunale Erfahrungen im Rhein-Kreis Neuss zur Sturzprävention in Seniorenheimen und Begegnungsstätten als Beitrag zur Bewegungsförderung im Alter

Carsten Rumpeltin

Projektsteckbrief

Quelle: Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung in NRW – Zentrum für Bewegungsförderung (www.infoportal-praevention.nrw.de)

ID	7550-1584
Titel	“Sicher und mobil im Alter” und “Aktiv und mobil im Alter”
Projektträger	Rhein-Kreis Neuss, Gesundheitsamt, Abteilung Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung
Anschrift	Lindenstraße 16, 41515 Grevenbroich,
Ansprechpartner	Carsten Rumpeltin
Tel./E-mail	49 (02181) 601-5387 / Carsten.Rumpeltin@rhein-kreis-neuss.de
Laufzeit	Beginn: 1.2009
	Ende: 1.2010
Angebotsart	Versorgungsangebot (z.B. Mittagstisch, med.-pflegerische Hilfe, Betreuungsangebote) Fort- oder Weiterbildung / Qualifizierungsmaßnahme(n)
Zielgruppen	Seniorinnen / Senioren (ab 60 Jahre)
Setting	Alten- oder Pflegeheim Sonstiges, und zwar: Seniorenbegegnungsstätten
Handlungsfelder	Sport und Bewegung
Ergebnisse	Erwartet wird, dass Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Alter sinken. Damit einher geht eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage, von Selbständigkeit, Mobilität, Lebensqualität von Betroffenen und deren Angehörigen. Zudem ist anzunehmen, dass es zu einer Reduktion von Versorgungs- und Behandlungsaufwand kommt, mit einer entsprechenden Reduktion von direkten Kosten. Es ist zu vermuten, dass es durch eine Reduktion von Versorgungsaufwand und damit verbundenem Arbeitsausfall zudem zu einer Einsparung indirekter Kosten kommt.

Zielstellung	In den am Projekt teilnehmenden Altenheimen wird der „Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege“ von allen Pflegekräften mit hoher Qualität umgesetzt. Des Weiteren finden regelmäßig Kraft- und Balancetrainings für die Bewohnerinnen und Bewohner mit erhöhtem Sturzrisiko statt. Beide Maßnahmen haben dazu geführt, dass die Sturzhäufigkeit reduziert werden konnte. Auch bei den Seniorinnen und Senioren mit erhöhtem Sturzrisiko, die Seniorentreffs aufsuchen und dort an Kraft- und Balancetrainings teilgenommen haben, hat sich die Sturzhäufigkeit reduziert. Sie sind kompetenter im Umgang mit Sturzrisikofaktoren und setzen dieses Wissen in Alltagshandeln um. Ihre Lebensqualität hat sich verbessert, sie sind selbständiger und mobiler. Relevante Beratungsstellen (z.B. „Rat und Hilfe im Alter“) sind kompetent im Umgang mit wissensbasierten Verbraucherinformationen. Sie geben entsprechende Materialien an Seniorinnen und Senioren und deren Angehörige weiter und informieren diese. Ärztinnen und Ärzte agieren in gleicher Weise und „überweisen“ Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Sturzrisiko in Trainingsgruppen der Seniorentreffs.
Inhalt/Methode	Der Schwerpunkt der Projekte liegt auf der regelmäßigen Umsetzung eines Kraft- und Balancetrainings. Dieses in Ulm von Privatdozent Dr. Clemens Becker entwickelte Konzept hat seine Wirksamkeit in Studien unter Beweis stellen können. Eine verbesserte Balancefähigkeit sowie eine gekräftigte Muskulatur beugen der Sturzgefahr am besten vor. Daher sind in den teilnehmenden Einrichtungen Übungsgruppen eingerichtet worden, die unter der fachkundigen Anleitung qualifizierter Übungsleiter regelmäßig trainieren. Darüber hinaus werden im Projekt zusätzliche Maßnahmen umgesetzt, z.B. Beratung der Heime in weiteren Handlungsfeldern der Sturzprävention, Erprobung und Weiterentwicklung von Informationsmaterialien, Vorträge in Seniorenbegegnungsstätten, Vernetzungstreffen.
Kooperationspartner	Ärztekammer Nordrhein Kreiskrankenhaus Grevenbroich, Universität Witten/ Herdecke
Wer evaluiert das Projekt?	ausschließlich durch Projektbeteiligte (Eigenevaluation)

Zentrale Diskussionsinhalte und Ergebnisse des Workshops

- Finanzierung (keine sicheren Förderstrukturen, als Reha-Sport längere Förderphasen möglich) – Eigenverantwortung!
- Qualifikation – unterschiedliche Berufsgruppen müssen unterschiedlich weiterqualifiziert werden/ im Idealfall Unterstützung durch Ehrenamtliche Helfer, Multiplikatorenschulung u.a. für pflegende Angehörige
- Zielgruppenorientierung
 - Wie homogen müssen Gruppen sein und wie heterogen können sie sein?
- Menschen mit Behinderungen...mit besonderen Erkrankungen
- z.B. Menschen mit Migrationshintergrund: Multiplikatorenkonzept nutzen / niederschwellig und wohnortnah
- Nebeneffekte: soziale Teilhabe / Entlastung des Pflegepersonals
- Zugänge: z.B. Begegnungsstätten
- gezielte Information / Öffentlichkeitsarbeit / Ratgeberliteratur
- Vermittlung über Ärzte, Beratungsstellen, generell Netzwerkstrukturen aufbauen und nutzen (auch für Finanzierung)

Workshop IV – Bewegungsförderung im Alltag älterer Menschen

Praxisbeispiele aus den Sportorganisationen

Anke Borhof und Dr. Michael Matlik

Zusammenfassung

Der organisierte Sport versteht sich als Anwalt für die Förderung von Bewegung und Sport im Alltag aller Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen. Dies gilt auch im Hinblick auf die Zielgruppe der Älteren. Entsprechende Handlungsprogramme des LandesSportBundes mit der Landesregierung haben in den zurückliegenden Jahren Wege und Möglichkeiten der gezielten Ansprache von älteren Menschen und der Integration von Bewegung und Sport in deren Lebensalltag aufgezeigt. Die Landesinitiative „Zukunft gestalten - aktiv und gesund älter werden in NRW“ und das „Handlungsprogramm 2015 „Sport und Gesundheit“ für das Land NRW“ setzen diese Erfahrungen mittlerweile landesweit um.

Der Workshop informiert über die sportpolitischen Grundlagen und die programmatischen Ansätze des organisierten Sports zur Bewegungsförderung im

Alter und zeigt Beispiele guter Praxis aus Nordrhein-Westfalen.

Zentrale Diskussionsinhalte und Ergebnisse des Workshops

- Der organisierte Sport versteht sich als Anwalt für die Förderung von Bewegung und Sport im Alltag aller Bürgerinnen und Bürger in NRW
- Die Sportvereine verfügen über eine differenzierte Angebotsprogrammatik im Sport der Älteren
- Die Sportorganisationen verfügen über ein differenziertes Unterstützungsinstrumentarium zur Förderung von Bewegung im Alltag Älterer
- Die Sportvereine gehen in die Lebenswelten der älteren Menschen
- Die Sportorganisationen auf kommunaler Ebene sind Partner und/oder Koordinator des Netzwerkes für die Bewegungs-/Gesundheitsförderung bei Älteren (Koordinierungsstellen)



Anhang

Weiterführende Literaturhinweise

Fachbücher zu Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit (Auswahl)

- Bödefeld, D. (2008): *Gesunde Kommune - Gesunder Mensch? New Public Sport for New Public Health: Kommunales Interventionsmanagement zur Gesundheitsförderung durch Sport und körperliche Aktivität*. Hamburg: Dr. Kovac
- Bös, K./Brehm, W. (2006): *Handbuch Gesundheitssport*. Schorndorf: Hofmann
- Bouchard, C./Blair, S.N./Haskell, W.L. (2006): *Physical Activity, Fitness, and Health. International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign: Human Kinetics
- Dugdill, L./Crone, D./Murphy, R. (2009): *Physical Activity and Health Promotion: Evidence-based Approaches to Practice*. John Wiley & Sons
- Marcus, B.H./Forsyth, L.H. (2008): *Motivating People to Be Physically Active*. Champaign: Human Kinetics
- Oja, P./Borms, J. (2004): *Health Enhancing Physical Activity*. Oxford: Meyer & Meyer Sport
- Sallis, J.F./Owen, N. (1999): *Physical Activity & Behavioral Medicine*. London: SAGE
- Schlicht, W./Brand, R. (2007): *Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit: Eine interdisziplinäre Einführung. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa

Bundes-Gesundheitssurveys und Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu körperlicher Aktivität und Gesundheit (Auswahl)

- 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
- Mensink, G. (2003): *Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut
- Robert Koch-Institut (2009): *20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?* Berlin: RKI
- 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
- Rütten, A./Abu-Omar, K./Lampert, T./Ziese, T. (2005): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Körperliche Aktivität*. Berlin: Robert Koch-Institut

Interventionsforschung zu Bewegungsförderung (Auswahl)

- Abu-Omar, K./Rütten, A. (2006): *Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Zur Evidenzbasierung von Bewegung in der Gesundheitsförderung*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 49, Nr. 11, 1162-1168
- Adams, J./White, M. (2003): *Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review*. British Journal of Sports Medicine 37, Nr. 2, 106-114
- Aldana, S.G./Greenlaw, R.L./Diehl, H.A./Salberg, A./Merrill, R.M./Ohmine, S./Thomas, C. (2005): *Effects of an intensive diet and physical activity modification program on the health risks of adults*. Journal of the American Dietetic Association 105, Nr. 3, 371-381
- Ashworth, N.L./Chad, K.E./Harrison, E.L./Reeder, B.A./Marshall, S.C. (2009): *Home versus center based physical activity programs in older adults (Review): The Cochrane Collaboration*

- Asikainen, T.M./Kukkonen-Harjula, K./Miiunpalo, S. (2004): *Exercise for health for early postmenopausal women: a systematic review of randomised controlled trials*. The American Journal of Sports Medicine 34, Nr. 11, 753-778
- Association of State & Territorial Public Health (2006): *Blueprint for Nutrition & Physical Activity*
- Baker, M.K./Atlantis, E./Fiatarone Singh, M.A. (2007): *Multi-modal exercise programs for older adults*. Age and Ageing 36, Nr. 4, 375-381
- Bassuk, S.S./Manson, J.E. (2003): *Physical activity and cardiovascular disease prevention in women: how much is good enough? Exercise and Sport Sciences Reviews 31, Nr. 4, 176-181*
- Bauman, A.E./Bellew, B./Owen, N./Vita, P. (2001): *Impact of an Australian mass media campaign targeting physical activity in 1998*. American Journal of Preventive Medicine 21, Nr. 1, 41-47
- Bauman, A.E./Sallis, J.F./Dzewaltowski, D.A./Owen, N. (2002): *Toward a better understanding of the influences on physical activity: the role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders*. American Journal of Preventive Medicine 23, Nr. 2 Suppl, 5-14
- Beauchamp, M.R./Carron, A.V./McCutcheon, S./Harper, O. (2007): *Older adults' preferences for exercising alone versus in groups: considering contextual congruence*. Annals of Behavioral Medicine 33, Nr. 2, 200-206
- Bopp, M./Fallon, E. (2008): *Community-based interventions to promote increased physical activity: a primer*. Applied Health Economics and Health Policy 6, Nr. 4, 173-187
- Borer, K.T. (2005): *Physical activity in the prevention and amelioration of osteoporosis in women: interaction of mechanical, hormonal and dietary factors*. International Journal of Sports Medicine 35, Nr. 9, 779-830
- Browning, C./Sims, J./Kendig, H./Teshuva, K. (2008): *Predictors of Physical Activity Behaviour in Older Community-dwelling Adults*. Journal of Allied Health 38, Nr. 1, 8-17
- Burbank, P.M./Padula, C.A./Nigg, C.R. (2002a): *Changing Health Behaviors of Older Adults*. Journal of Gerontological Nursing, Nr. 6, 26-53
- Burbank, P.M./Reibe, D./Padula, C.A./Nigg, C. (2002b): *Exercise and older adults: changing behaviour with the transtheoretical model*. Orthopaedic Nursing 21, Nr. 4, 51-61
- 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
- Chang, J.T./Morton, S.C./Rubenstein, L.Z./Mojica, W.A./Maglione, M./Suttrop, M.J./Rotgh, E.A./Shekelle, P.G. (2004): *Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials*. British Medical Journal 328
- Chin, A.P./Marijke, J.M./van Uffelen, J.G.Z./Riphagen, I./van Mechelen, W. (2008): *The Functional Effects of Physical Exercise Training in Frail Older People: A Systematic Review*. Sports Medicine 38, Nr. 9, 781-793
- Chin, A.P.M./van Poppel, M.N./van, M.W. (2006): *Effects of resistance and functional-skills training on habitual activity and constipation among older adults living in long-term care facilities: a randomized controlled trial*. BMC Geriatrics 6, 9-17
- Conn, V.S./Hafidahl, A.R./Brown, L.M. (2009): *Meta-analysis of Quality-of-Life Outcomes From Physical Activity Interventions*. Nursing Research 58, Nr. 3, 175-183
- 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
- Craig, C.L./Brownson, R.C./Cragg, S.E./Dunn, A.L. (2002): *Exploring the effect of the environment on physical activity: a study examining walking to work*. American Journal of Preventive Medicine 23, Nr. 2 Suppl, 36-43

- Cress, M.E./Buchner, D.M./Prohaska, T./Rimmer, J./Brown, M./Maccera, C./DePietro, L./Chodzko-Zajko, W. (1997): Physical Activity Programs and Behavior Counseling in Older Adult Populations. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 36, Nr. 11, 1997-2003
- Cress, M.E./Buchner, D.M./Prohaska, T./Rimmer, J./Brown, M./Maccera, C./DiPietro, L./Chodzko-Zajko, W. (2005): Best practices for physical activity programs and behavior counseling in older adult populations. *Journal of Aging and Physical Activity* 13, Nr. 1, 61-74
- Croteau, K.A./Richeson, N.E./Farmer, B.C./Jones, D.B. (2007): Effect of a pedometer-based intervention on daily step counts of community-dwelling older adults. *Research Quarterly for Exercise & Sport* 78, Nr. 5, 401-406
- Cyarto, E.V./Moorhead, G.E./Brown, W.J. (2004): Updating the evidence relating to physical activity intervention studies in older people. *Journal of Sports Science and Medicine* 7, Nr. 1 Suppl, 30-38
- Daley, M.J./Spinks, W.L. (2000): Exercise, mobility and aging. *International Journal of Sports Medicine* 29, Nr. 1, 1-12
- deJong, A.A./Franklin, B.A. (2004): Prescribing exercise for the elderly: current research and recommendations. *Current Sports Medicine Reports* 3, Nr. 6, 337-343
- deJong, J./Lemmink, K.A./Stevens, M./de Greef, M.H./Rispen, P./King, A.C./Mulder, T. (2006): Six-month effects of the Groningen active living model (GALM) on physical activity, health and fitness outcomes in sedentary and underactive older adults aged 55-65. *Patient Education and Counseling* 62, Nr. 1, 132-141
- Dishman, R.K./Buckworth, J. (1996): Increasing physical activity: a quantitative synthesis. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 28, Nr. 6, 706-719
- Eakin, E.G./Glasgow, R.E./Riley, K.M. (2000): Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. *The Journal of Family Practice* 49, Nr. 2, 158-168
- Faber, M.J./Bosscher, R.J./Chin, A.P.M./van Wieringen, P.C. (2006): Effects of exercise programs on falls and mobility in frail and pre-frail older adults: A multicenter randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 87, Nr. 7, 885-896
- Fiatarone Singh, M.A. (2002): Exercise to prevent and treat functional disability. *Clinics in Geriatric Medicine* 18, 431-462
- Fiatarone, M.A./O'Neill, E.F./Ryan, N.D./Clements, K.M./Solares, G.R./Nelson, M.E./Roberts, S.B./Kehayias, J.J./Lipsitz, L.A./Evans, W.J. (1994): Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine* 330, Nr. 25, 1769-1775
- Fisher, K.J./Li, F. (2004): A community-based walking trial to improve neighborhood quality of life in older adults: a multilevel analysis. *Annals of Behavioral Medicine* 28, Nr. 3, 186-194
- Foster, C./Hillsdon, M./Thorogood, M. (2009): Interventions for promoting physical activity (Review): The Cochrane Collaboration
- Gao, Y./Griffiths, S./Chan, E.Y.Y. (2007): Community-based interventions to reduce overweight and obesity in China: a systematic review of the Chinese and English literature. *Journal of Public Health* 30, Nr. 4, 436-448
- Gillespie, L.D./Robertson, M.C./Gillepsie, W.J./Lamb, S.E./Gates, S./Cumming, R.G./Rowe, B.H. (2009): Interventions for preventing falls in older people living in the community (Review): The Cochrane Collaboration
- Gillison, F.B./Skevington, S.M./Sato, A./Standage, M./Evangelidou, S. (2009): The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* 68, Nr. 9, 1700-1710
- Gregg, E.W./Pereira, M.A./Caspersen, C.J. (2000): Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *Journal of American Geriatric Society* 48, Nr. 8, 883-893
- Hagberg, L.A./Lindholm, L. (2006): Cost-effectiveness of healthcare-based interventions aimed at improving physical activity. *Scandinavian Journal of Public Health* 34, Nr. 6, 641-653
- Hillsdon, M./Foster, C./Naidoo, B./Crombie, H. (2005): The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews: Health Development Agency
- Hillsdon, M./Foster, C./Thorogood, M. (2006a): Interventions for promoting physical activity (Review): The Cochrane Collaboration
- Hillsdon, M./Panter, J./Foster, C./Jones, A. (2006b): The relationship between access and quality of urban green space with population physical activity. *Public Health* 120, Nr. 12, 1127-1132
- Hillsdon, M./Thorogood, M. (1996): A systematic review of physical activity promotion strategies. *British Journal of Sports Medicine* 30, Nr. 2, 84-89
- Howe, T.E./Rochester, J./Jackson, A./Banks, P.M.H./Blair, V.A. (2009): Exercise for improving balance in older people (Review): The Cochrane Collaboration
- Hudon, C./Fortin, M./Soubhi, H. (2008): Single risk factor interventions to promote physical activity among patients with chronic diseases: systematic review. *Canadian Family Physician* 54, Nr. 8, 1130-1137
- Hui, E.K./Rubenstein, L.Z. (2006): Promoting physical activity and exercise in older adults. *Journal of the American Medical Directors* 7, Nr. 5, 310-314
- Humpel, N./Owen, N./Leslie, E. (2002): Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventive Medicine* 22, Nr. 3, 188-199
- Jones, A./Hillsdon, M./Coombes, E. (2009): Greenspace access, use, and physical activity: Understanding the effects of area deprivation. *Preventive Medicine*
- Kahn, E.B./Ramsey, L.T./Brownson, R.C./Heath, G.W./Howze, E.H./Powell, K.E./Stone, E.J./Rajab, M.W./Corso, P. (2002): The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 22, Nr. 4 Suppl, 73-107
- King, A.C. (1998): How to promote physical activity in a community: research experiences from the US highlighting different community approaches. *Patient Education and Counseling* 33, Nr. 1 Suppl, S3-12
- King, A.C. (2001): Interventions to promote physical activity by older adults. *Journal of Gerontology* 56 Spec No 2, 36-46
- King, A.C./Ahn, D.K./Oliveira, B.M./Atienza, A.A./Castro, C.M./Gardner, C.D. (2008): Promoting physical activity through hand-held computer technology. *American Journal of Preventive Medicine* 34, Nr. 2, 138-142
- King, A.C./Haskell, W.L./Taylor, C.B./Kraemer, H.C./DeBusk, R.F. (1991): Group- vs home-based exercise training in healthy older men and women. A community-based clinical trial. *Journal of the American Medical Association* 266, Nr. 11, 1535-1542
- King, A.C./Pruitt, L.A./Phillips, W./Oka, R./Rodenburg, A./Haskell, W.L. (2000): Comparative effects of two physical activity programs on measured and perceived physical functioning and other health-related quality of life outcomes in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 55, Nr. 2, M74-M83
- King, A.C./Rejeski, W.J./Buchner, D.M. (1998): Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations. *American Journal of Preventive Medicine* 15, Nr. 4, 316-333
- Laforest, S./Pelletier, A./Gauvin, L./Robitaille, Y./Fournier, M./Corriveau, H./Filiatrault, J. (2009): Impact of a community-based falls prevention program on maintenance of physical activity among older adults. *Journal of Aging and Health* 21, Nr. 3, 480-500
- Latham, N.K./Anderson, C.S./Bennett, D.A./Stretton, C. (2009): Progressive resistance strength training for physical disability in older people (Review): The Cochrane Collaboration
- Lawlor, D.A./Taylor, M./Bedford, C./Ebrahim, S. (2002): Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women. Results from the British Women's Heart and Health Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56, Nr. 6, 473-478
- Lee, L.-L./Arthur, A./Avis, M. (2007): Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 45, 1690-1699
- Lee, R.E./Mama, S.K./Banda, J.A./Bryant, L.G./McAlexander, K.P. (2009): Physical activity opportunities in low socioeconomic status neighbourhoods. *Journal of Epidemiology and Community Health* 63, Nr. 12, 1021

- Liu, C.J./Latham, N.K. (2009): Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults (Review): The Cochrane Collaboration
- Luukinen, H./Lehtola, S./Jokelainen, J./Vaananen-Sainio, R./Lotvonen, S./Koistinen, P. (2006): Prevention of disability by exercise among the elderly: a population-based, randomized, controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 24, Nr. 4, 199-205
- Marburger, Ch./Oster, P. (2002): Körperliche Aktivität im hohen Lebensalter. In: Samitz, G./Mensink, G.B.M. (Hg.): Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis München: Hans Marseille, 219-223
- Marcus, B.H./Dubbart, P.M./Forsyth, L.H./McKenzie, T.L./Stone, E.J./Dunn, A.L./Blair, S.N. (2000a): Physical activity behavior change: issues in adoption and maintenance. *Health psychology* 19, Nr. 1 Suppl, 32-41
- Marcus, B.H./Nigg, C.R./Riebe, D./Forsyth, L.H. (2000b): Interactive communication strategies: implications for population-based physical-activity promotion. *American Journal of Preventive Medicine* 19, Nr. 2, 121-126
- Marcus, B.H./Owen, N./Forsyth, L.H./Cavill, N.A./Fridinger, F. (1998): Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *American Journal of Preventive Medicine* 15, Nr. 4, 362-378
- Marshall, A.L./Bauman, A.E./Patch, C./Wilson, J./Chen, J. (2002): Can motivational signs prompt increases in incidental physical activity in an Australian health-care facility? *Health Education Research* 17, Nr. 6, 743-749
- Marshall, A.L./Owen, N./Bauman, A.E. (2004): Mediated approaches for influencing physical activity: update of the evidence on mass media, print, telephone and website delivery of interventions. *Journal of Science and Medicine in Sport* 7, Nr. 1 Suppl, 74-80
- Martin, S.L./Heath, G.W. (2006): A six-step model for evaluation of community-based physical activity programs. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice, and Policy* 3, Nr. 1, A24
- Matson-Koffman, D.M./Brownstein, J.N./Neiner, J.A./Greaney, M.L. (2005): A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion* 19, Nr. 3, 167-193
- McMurdo, M.E./Johnstone, R. (1995): A randomized controlled trial of a home exercise programme for elderly people with poor mobility. *Age and Ageing* 24, Nr. 5, 425-428
- Merom, D./Rissel, C./Phongsavan, P./Smith, B.J./Van, K.C./Brown, W.J./Bauman, A.E. (2007): Promoting walking with pedometers in the community: the step-by-step trial. *American Journal of Preventive Medicine* 32, Nr. 4, 290-297
- Miilunpalo, S. (2001): Evidence and theory based promotion of health-enhancing physical activity. *Public Health Nutrition* 4, Nr. 2B, 725-728
- National Blueprint (2001): Increasing Physical Activity Among Adults Age 50 and Older
- Netz, Y./Wu, M.J./Becker, B.J./Tenenbaum, G. (2005): Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging* 20, Nr. 2, 272-284
- Ogilvie, D./Egan, M./Hamilton, V./Petticrew, M. (2004): Promoting walking and cycling as an alternative to using cars: systematic review. *British Medical Journal* 329, Nr. 7469, 763-766
- Opper, E. (1998): Soziale Indikatoren, sportliche Aktivität und Gesundheit. In: Bös, K./Brehm, W. (Hg.): *Gesundheitssport - ein Handbuch* Schorndorf: Hofmann, 63-70
- Oswald, W.D./Ackermann, A./Gunzelmann, T. (2006): Effekte eines multimodalen Aktivierungsprogrammes (SimA-P) für Bewohner von Einrichtungen der stationären Altenhilfe. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 19, Nr. 2, 89-101
- Pahmeier, I. (1998): Barrieren vor und Bindung an gesundheitssportliche Aktivität. In: Bös, K./Brehm, W. (Hg.): *Gesundheitssport - ein Handbuch* Schorndorf: Hofmann, 124-133
- Panther, J.R./Jones, A.P. (2008): Associations between physical activity, perceptions of the neighbourhood environment and access to facilities in an English city. *Social Science & Medicine* 67, Nr. 11, 1917-1923
- 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
- Penedo, F.J./Schneiderman, N./Dahn, J.R./Gonzalez, J.S. (2004): Physical activity interventions in the elderly: cancer and comorbidity. *Cancer Investigation* 22, Nr. 1, 51-67
- Petridou, E.T./Manti, E.G./Ntinapogias, A.G./Negri, E./Szczerbinska, K. (2009): What works better for community-dwelling older people at risk to fall?: a meta-analysis of multifactorial versus physical exercise-alone interventions. *Journal of Aging and Health* 21, Nr. 5, 713-729
- Phillips, E.M./Schneider, J.C./Mercer, G.R. (2004): Motivating elders to initiate and maintain exercise. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 85, Nr. 7 Suppl 3, 52-57
- Plonczynski, D.J. (2003): Physical activity determinants of older women: what influences activity? *MEDSURG Nursing: The Journal of Adult Health* 12, Nr. 4, 213-21, 259
- Proper, K.I./Koning, M./van der Beek, A.J./Hildebrandt, V.H./Boscher, R.J./van, M.W. (2003): The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sport Medicine* 13, Nr. 2, 106-117
- Proper, K.I./Staal, B.J./Hildebrandt, V.H./van der Beek, A.J./van Mechelen, W. (2002): Effectiveness of physical activity programs at worksite with respect to work-related outcomes. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 28, Nr. 2, 75-84
- Rütten, A./Abu-Omar, K. (2002): Förderung körperlicher Aktivität durch bevölkerungsbezogene Interventionen - Überblick über Ansätze und Evidenzen. *Gesundheitssport und Sporttherapie* 18, 129-134
- 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
- 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
- Sherrington, C./Lord, S.R./Finch, C.F. (2004): Physical activity interventions to prevent falls among older people: update of the evidence. *Journal of Sports Science and Medicine* 7, Nr. 1 Suppl, 43-51
- Spiriduso, W.W./Cronin, D.L. (2001): Exercise dose-response effects on quality of life and independent living in older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 33, Nr. 6 Suppl, 598-608
- Stahl, T./Rutten, A./Nutbeam, D./Bauman, A./Kannas, L./Abel, T./Luschen, G./Rodriguez, D.J./Vinck, J./van der, Z.J. (2001): The importance of the social environment for physically active lifestyle-results from an international study. *Social Science & Medicine* 52, Nr. 1, 1-10
- Stahl, T./Rutten, A./Nutbeam, D./Kannas, L. (2002): The importance of policy orientation and environment on physical activity participation--a comparative analysis between Eastern Germany, Western Germany and Finland. *Health Promotion International* 17, Nr. 3, 235-246
- Stamatakis, E./Hamer, M./Lawlor, D.A. (2009): Physical activity, mortality, and cardiovascular disease: is domestic physical activity beneficial? *The Scottish Health Survey -- 1995, 1998, and 2003. American Journal of Epidemiology* 169, Nr. 10, 1191-1200
- Sternfeld, B./Block, C./Quesenberry, C.P., Jr./Block, T.J./Husson, G./Norris, J.C./Nelson, M./Block, G. (2009): Improving diet and physical activity with ALIVE: a worksite randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine* 36, Nr. 6, 475-483
- Stevens, M./Bult, P./de Greef, M.H./Lemmink, K.A./Rispen, P. (1999): Groningen Active Living Model (GALM): stimulating physical activity in sedentary older adults. *Preventive Medicine* 29, Nr. 4, 267-276
- Stewart, A.L./Mills, K.M./Sepsis, P.G./King, A.C./McLellan, B.Y./Roitz, K./Ritter, P.L. (1997): Evaluation of CHAMPS, a physical activity promotion program for older adults. *Annals of Behavioral Medicine* 19, Nr. 4, 353-361

- Task Force on Community Preventive Services (2001): Increasing Physical Activity
- Task Force on Community Preventive Services (2002): Recommendations to increase Physical Activity in Communities. *American Journal of Preventive Medicine* 22, Nr. 4S, 67-72
- Task Force on Community Preventive Services (2005): Physical Activity. In: Oxford University Press (Hg.): *The Guide to Community Preventive Services: What Works to promote Health?* Atlanta 80-113
- Taylor, W.C./Baranowski, T./Young, D.R. (1998): Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability. *American Journal of Preventive Medicine* 15, Nr. 4, 334-343
- Van Der Bij, A.K./Laurant, M.G./Wensing, M. (2002): Effectiveness of physical activity interventions for older adults: a review. *American Journal of Preventive Medicine* 22, Nr. 2, 120-133
- Wallace, J.I./Buchner, D.M./Grothaus, L./Leveille, S./Tyll, L./LaCroix, A.Z./Wagner, E.H. (1998): Implementation and effectiveness of a community-based health promotion program for older adults. *Journals of Gerontology* 53, Nr. 4, M301-M306
- Wendel-Vos, W./Droomers, M./Kremers, S./Brug, J./van, L.F. (2007): Potential environmental determinants of physical activity in adults: a systematic review. *Obesity Reviews* 8, Nr. 5, 425-440
- Wilcox, S./Dowda, M./Griffin, S.F./Rheume, C./Ory, M.G./Leviton, L./King, A.C./Dunn, A./Buchner, D.M./Bazzarre, T./Estabrooks, P.A./Campbell-Voytal, K./Bartlett-Prescott, J./Dowdy, D./Castro, C.M./Carpenter, R.A./Dzewaltowski, D.A./Mockenhaupt, R. (2006): Results of the first year of active for life: translation of 2 evidence-based physical activity programs for older adults into community settings. *American Journal of Public Health* 96, Nr. 7, 1201-1209
- Yeom, H.A./Keller, C./Fleury, J. (2009): Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners* 21, Nr. 2, 95-100
- Young, D.R./Haskell, W.L./Taylor, C.B./Fortmann, S.P. (1996): Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes, and behavior. The Stanford Five-City Project. *American Journal of Epidemiology* 144, Nr. 3, 264-274
- Zijlstra, G.A./van Haastregt, J.C./van, R.E./van Eijk, J.T./Yardley, L./Kemp, G.I. (2007): Interventions to reduce fear of falling in community-living older people: a systematic review. *Journal of American Geriatric Society* 55, Nr. 4, 603-615

Präsentationsfolien



Präsentationsfolien

Das Modellprojekt „Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“

(Gunnar Geuter, Manfred Dickersbach)

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



**Das Modellprojekt
„Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen“**



Einführender Kurzbeitrag anlässlich der Regionalkonferenz
„Bewegung im Alter“
am 8. Dezember 2009 in Düsseldorf

Manfred Dickersbach, Gunnar Geuter

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Zentrum für Bewegungsförderung NRW – der Rahmen

	Modellprojekt im Rahmen des nationalen Aktionsplans „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“
<p style="font-size: 8px;">Gefördert durch:</p>  <p style="font-size: 8px;">aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages</p>	Gefördert und unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages
<p style="font-size: 8px;">Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen</p> 	Gefördert und unterstützt vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
<p style="font-size: 8px;">Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen</p> 	Trägerschaft: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen
	Inhaltlich angebunden am Regionalen Knoten NRW im bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“

Manfred Dickersbach, Gunnar Geuter
Folie 2
8. Dezember 2009

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen am Regionalen Knoten Nordrhein-Westfalen



**Regionaler Knoten NRW als
Teil des bundesweiten
Kooperationsverbundes**

GESUNDHEITSFÖRDERUNG
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Manfred Dickersbach, Gunnar Geuter
Folie 3
8. Dezember 2009

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Schwerpunkte des Regionalen Knotens Nordrhein-Westfalen

- Arbeitslosigkeit und Gesundheit
- Gesundheitsförderung in der Sozialen Stadt
- Migration und Gesundheit




Manfred Dickersbach, Gunnar Geuter
Folie 4
8. Dezember 2009


Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Neue Schwerpunkte des Regionalen Knotens Nordrhein-Westfalen

- Qualitätsentwicklung
- Gesundheitsförderung in der Zeitarbeit
- Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen




Manfred Dickersbach, Gunnar Geuter Folie 5 8. Dezember 2009

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Ziel und Zielgruppe des Zentrums für Bewegungsförderung NRW

- **Gesundheitsziel:**
Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag als Beitrag zur Gesunderhaltung und Teil eines gesunden Lebensstils
- **Zielgruppe:**
Menschen im Alter von 60 Jahren und älter


Manfred Dickersbach, Gunnar Geuter Folie 6 8. Dezember 2009

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

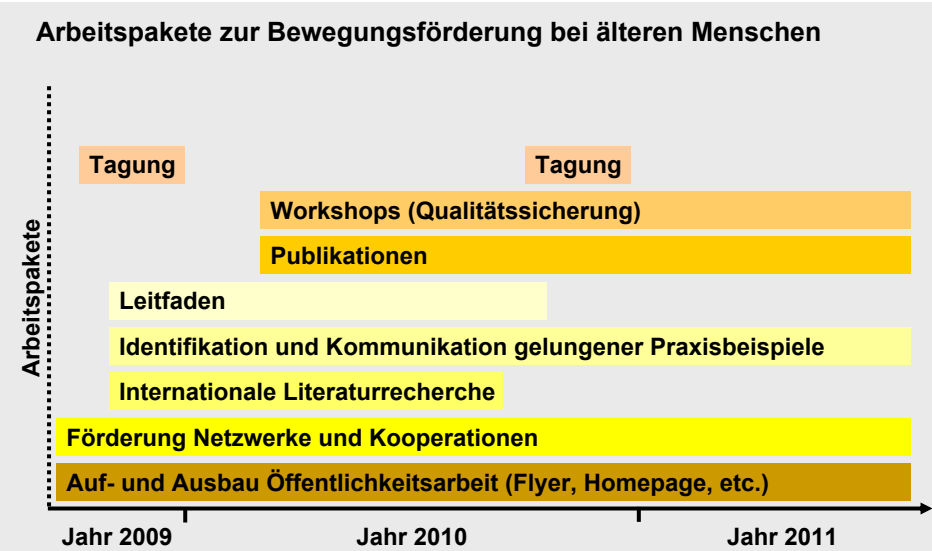
Aufgaben des Zentrums für Bewegungsförderung NRW

- Bedarfsermittlung
- Vernetzung von Akteuren, Angeboten und Strukturen
- Identifikation und Analyse evidenzbasierter Interventionskonzepte und gelungener Praxisbeispiele
- Information und Kommunikation durch Praxishilfen und Leitfaden
- Förderung von Angeboten und Rahmenbedingungen
- Qualität und Qualitätsentwicklung

Manfred Dickersbach, Gunnar Geuter Folie 7 8. Dezember 2009

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Arbeitspakete zur Bewegungsförderung bei älteren Menschen



Manfred Dickersbach, Gunnar Geuter Folie 8 8. Dezember 2009



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Weitere Informationen:

www.liga.nrw.de/ZfB
(Internetseiten des Zentrums für Bewegungsförderung NRW)

Kontakt:

Gunnar Geuter
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen
Dienstgebäude:
Westerfeldstraße 35-37
33611 Bielefeld
Tel.: +49 (0)521 8007-544
gunnar.geuter@liga.nrw.de

Photos: Nöhren/pixelio.de; MEV-Verlag; LSB NRW: Rosendahl

Manfred Dickersbach, Gunnar Geuter

Folie 9

8. Dezember 2009

Präsentationsfolien

Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit – Befunde aus der Wissenschaft

(Gunnar Geuter)

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Bewegung, Bewegungsförderung und Gesundheit
Befunde aus der Wissenschaft

Vortrag anlässlich der Regionalkonferenz
„Bewegung im Alter“
am 8. Dezember 2009 in Düsseldorf

Gunnar Geuter

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität (Brehm, 2006; Hollmann/Ströder, 2009; Rütten et al., 2005)

- **freizeitbezogene Bewegungsaktivitäten**
(inkl. Gesundheitssport, bzw. der Gesundheit dienende Übungs- oder Trainingsmaßnahmen)
- **Alltags- und arbeitsweltbezogene Bewegungsaktivitäten**
im Kontext von Erwerbstätigkeit und Arbeiten im Haushalt und Familie sowie zum Zweck des Transports










Gunnar Geuter

Folie 1

8. Dezember 2009

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Körperliches Aktivitätsverhalten als die Gesundheit beeinflussender Lebensstil – zur Wirksamkeit körperlicher Aktivität


- Evidenzlage in Bezug auf die **hohe Bedeutung körperlicher Aktivität** in der Gesundheitsförderung, der Primär- und der Sekundärprävention chronischer Krankheiten ist **eindeutig und unumstritten**
(Blair et al., 2001; Böhm et al., 2009; bvpjg, 2009; Cyarto et al., 2004; Eden et al., 2002; Fuchs, 2007; Kruse, 2006; Mörath, 2005; Nelson et al., 2007; Rütten/Abu-Omar, 2003; Rütten et al., 2007; Salem et al., 2009; van der Bij et al., 2002; Walter et al., 2007; Warburton et al., 2007)
- **Körperliche Aktivität beeinflusst das Erkrankungsrisiko** in Bezug auf über 25 chronische Erkrankungen sowie deren Verlauf günstig
(Warburton et al., 2007)
- Durch die gezielte Förderung der körperlichen Aktivität lässt sich **in jedem Alter und bei jedem Aktivitätsgrad** des Lebensstils der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden entgegenwirken
(Böhm et al., 2009; Bundesamt für..., 2006; bvpjg, 2009; Byberg et al., 2009; Kruse, 2006; Rütten et al., 2005; Pate et al., 1995; Rütten et al., 2007)

Gunnar Geuter

Folie 2

8. Dezember 2009

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit (Rütten et al., 2005)

Lebenserwartung	▲▲▲
Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen	▼▼▼
Blutdruck	▼▼
Risiko an Darmkrebs zu erkranken	▼▼
Risiko an Diabetes mellitus Typ II zu erkranken	▼▼▼
Beschwerden durch Arthrose	▼
Knochendichte im Kindes- und Jugendalter	▲▲
Risiko altersbedingter Stürze	▼▼
Kompetenz zur Alltagsbewältigung im Alter	▲▲
Kontrolle des Körpergewichts	▲
Angst und Depressionen	▼
Allgemeines Wohlbefinden und Lebensqualität	▲▲

▲▲▲, ▼▼▼ **starke Hinweise**

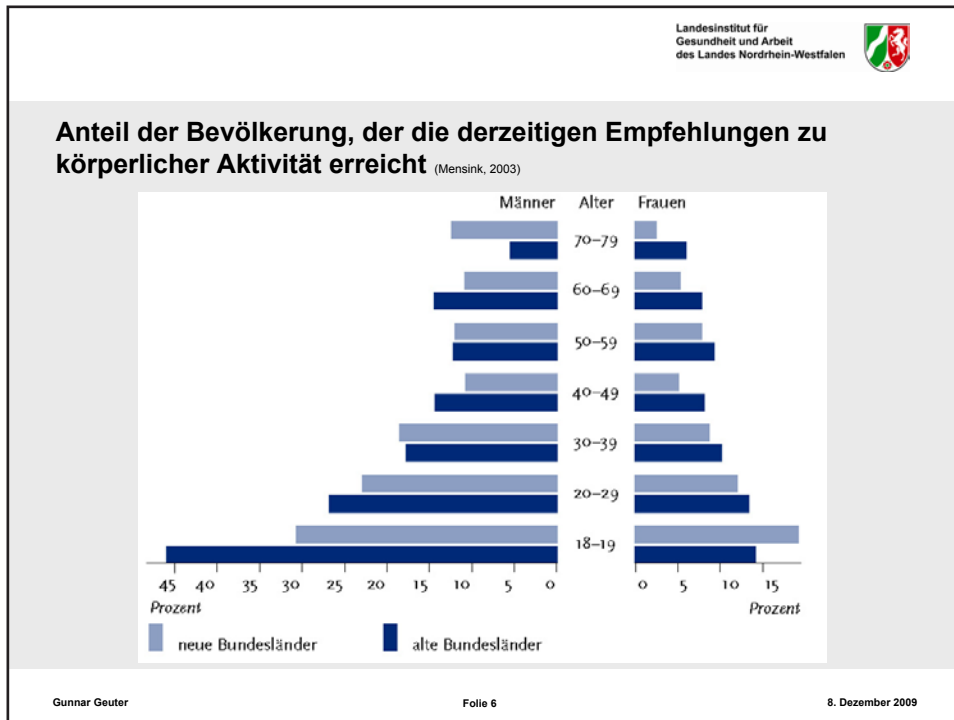
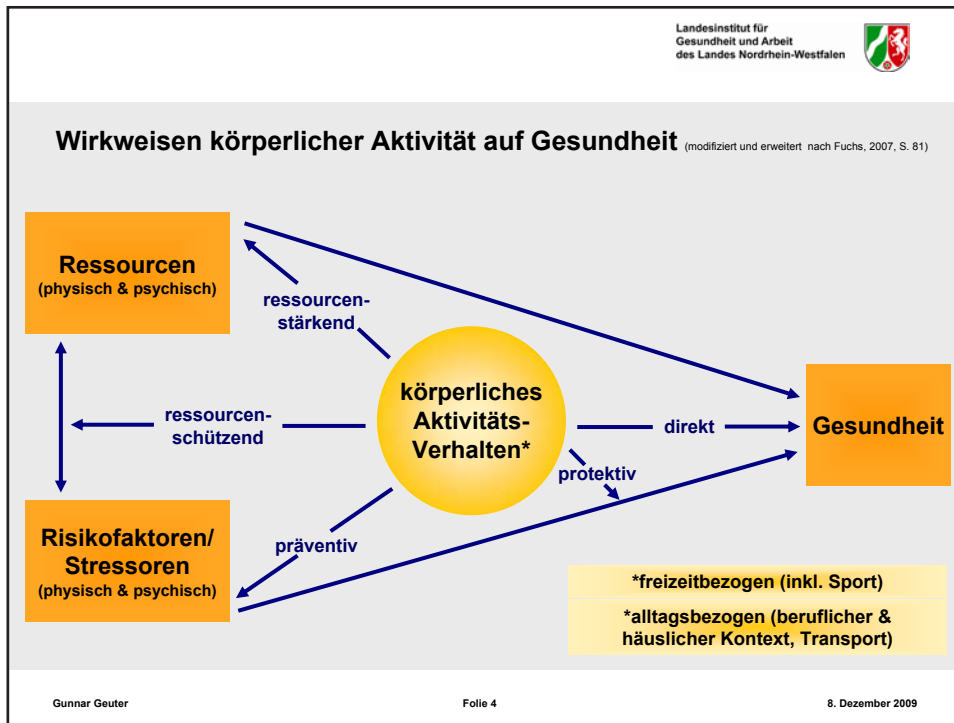
▲▲, ▼▼: **moderate Hinweise**

▲, ▼: **einige Hinweise**

Gunnar Geuter

Folie 3

8. Dezember 2009



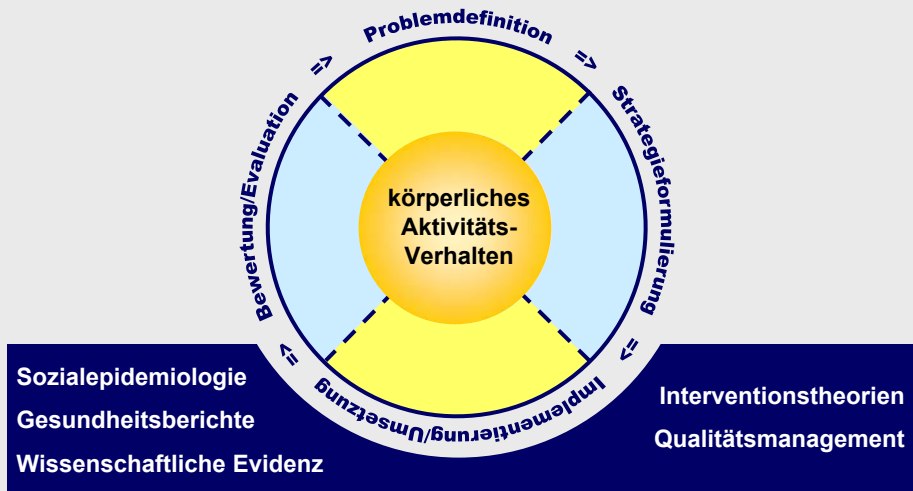


Körperlich inaktive Lebensstile als Herausforderung für Gesundheit und Gesellschaft

- Körperliche Inaktivität muss als eines der größten **globalen Gesundheitsprobleme** des dritten Jahrtausends angesehen werden
(Brehm, 2006; Bundesamt..., 2006; Byberg e al., 2009; Rütten/Abu-Omar, 2003)
- Mangelnde körperliche Aktivität ist neben ungesunder Ernährung die **Hauptursache vermeidbarer Krankheiten** und einer niedrigen Lebenserwartung in Europa
(Bundesamt für..., 2006; Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2005, 2007)
- Vor allem im höheren Lebensalter werden durch körperliche Aktivität unmittelbar **Krankheitskosten eingespart**
(Rütten et al., 2005)



Körperliche Aktivität bei älteren Menschen fördern – aber wie?




Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Körperliches Aktivitätsverhalten und seine Kontextfaktoren



(modifiziert nach Bundesamt für..., 2006, S. 17; vgl. Martin, 2007; Rommel et al., 2008; Woll, 2006)

Gunnar Geuter Folie 9 8. Dezember 2009

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen 

Zentrale Determinanten körperlichen Aktivitätsverhaltens

(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)

- **Soziodemografische und -ökonomische Einflussfaktoren**
(Alter, Geschlecht, Schulbildung, Einkommen, Migrationshintergrund)
- **Psychologische Einflussfaktoren**
(emotionale Aspekte, gesundheitsbezogene Erwartungen)
- **Soziale Einflussfaktoren**
(Soziale Unterstützung durch z.B. Familie und Freunde)
- **Soziokulturelle Einflussfaktoren**
 - Infrastruktur
 - Angebote

Gunnar Geuter Folie 10 8. Dezember 2009



Körperliches Aktivitätsverhalten – die Rolle der kommunalen Infrastruktur

- **Verfügbarkeit adäquater und attraktiver Freiflächen und Aktivitätsräume** in unmittelbarer Wohnumgebung ist eine **zentrale Voraussetzung** für körperliches Aktivitätsverhalten (Braubach, 2007)
- Dieser Zusammenhang wird auch durch den Einfluss des Alters oder sozioökonomischer Faktoren nicht verändert (Braubach, 2007)
 - ▶ Die Wohnumgebung ist besonders geeignet, nicht-aktive Bevölkerungsgruppen zu erreichen (Braubach, 2007)



Grundsätze von „good-practice“ in der Bewegungsförderung (I)

- Bevölkerungsweite, um Ansätze für Risikogruppen ergänzte Strategie
- Auf Verhalten und Verhältnisse bezogen (multistrategischer Ansatz)
- Hoher Alltags- und Settingsbezug
- Bedarfs- und Bedürfniserhebung
- Zielgruppenorientierung und Partizipation bei der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen
- Fortlaufende Anpassung von Maßnahmen an Bedarfe, individuelle Bedürfnisse und Präferenzen
- Beitrag zum Empowerment/ Stärkung der Selbstwirksamkeit

(Bartholomew et al., 2006; Brehm, 2006; Breuer, 2003; Bundesamt für... 2006; Eden et al., 2002; Hurrelmann et al., 2004; King et al., 1998; Klever-Deichert et al., 2007; Lungen et al., 2009; MAGS NRW, 2008; Nelson et al., 2007; Rosenbrock, 2006; Rütten et al., 2005; Schmitt/Kischel, 2009)



Grundsätze von „good-practice“ in der Bewegungsförderung (II)

- Sektoren- und politik- sowie gesellschaftsfeldübergreifender Ansatz
- Verortung auf mehreren Ebenen (Bund, Land, ..., Wohnquartier)
- Theoriebasiert
- Breites Verständnis körperlicher Aktivität
- Festlegen von Erfolgsfaktoren im Voraus
- Fortlaufende Qualitätssicherung
- Evaluation der Maßnahmen und deren Nachhaltigkeit

- Orientierung am state of the art der Bewegungsförderung

(Bartholomew et al., 2006; Brehm, 2006; Breuer, 2003; Bundesamt für..., 2006; Eden et al., 2002; Hurrelmann et al., 2004; King et al., 1998; Klever-Deichert et al., 2007; Lungen et al., 2009; MAGS NRW, 2008; Nelson et al., 2007; Rosenbrock, 2006; Rütten et al., 2005; Schmitt/Kitschel, 2009)



Fazit (I)

Gesundheitsförderlicher Effekt körperlicher Aktivität nachgewiesen

- „Betrachtet man die gesundheitlichen Effekte von körperlicher Aktivität, so sind, auch auf der Ebene von Meta-Analysen, **deutliche Evidenzen** für den positiven Effekt von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit nachgewiesen.“ (Rütten/Abu-Omar, 2003, S. 240; vgl. Nelson et al., 2007)



Fazit (II)

Einerseits ist alles einfach, wenn nur das Andererseits nicht wäre

- **Einerseits** ist körperliche Aktivität eine einfache und kostengünstige Methode mit gesundheitsfördernden, krankheitspräventiven und kurativen Mehrfacheffekten (Neumann/Frasch 2007)
- **Andererseits** weisen mindestens 80% der erwachsenen Bevölkerung über 60 Jahre eine „negative Bewegungsbiographie“ auf – d.h. sie sind körperlich so inaktiv, dass sie die gesundheitlich relevante „Dosis“ körperlicher Aktivität nicht erreichen und daraus ernsthafte gesundheitliche Risiken resultieren



Fazit (III)

Identifikation, Kommunikation und Umsetzung

- Es kommt weniger darauf an, die Wirksamkeit von regelmäßiger gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität nachzuweisen
 - als vielmehr aufzuzeigen, **welche Interventionen** sich als **besonders wirksam** erwiesen haben, das alters- und zielgruppenangemessene körperliche Aktivitätsverhalten zu erhöhen,
 - **diese zu kommunizieren** und
 - **in der breiten Praxis anzuwenden**(bvpg, 2009, S. 13; vgl. Bormann, et al., 2009; Fuchs, 2007; Neumann/Frasch 2007)
- Das Zentrum für Bewegungsförderung Nordrhein-Westfalen setzt als zentrale Fachstelle eben hier an



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Gunnar Geuter

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein Westfalen

Dienstgebäude:

Westerfeldstraße 35-37 in 33611 Bielefeld

Tel.: +49 (0)521 8007-544

gunnar.geuter@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de/ZfB

Photos: LSB NRW: Rosendahl, Andrea Bowinkel; Elke Salzer, Rainer Strum, Ute Gräske, Elisabeth Patzal / pixelio.de;
Harald Richter, Liona Toussaint, Harald Richter / Pitopia;

Präsentationsfolien

Wie kann der Alltag Bewegung bei älteren Menschen fördern?

(Dr. Ellen Freiberger)

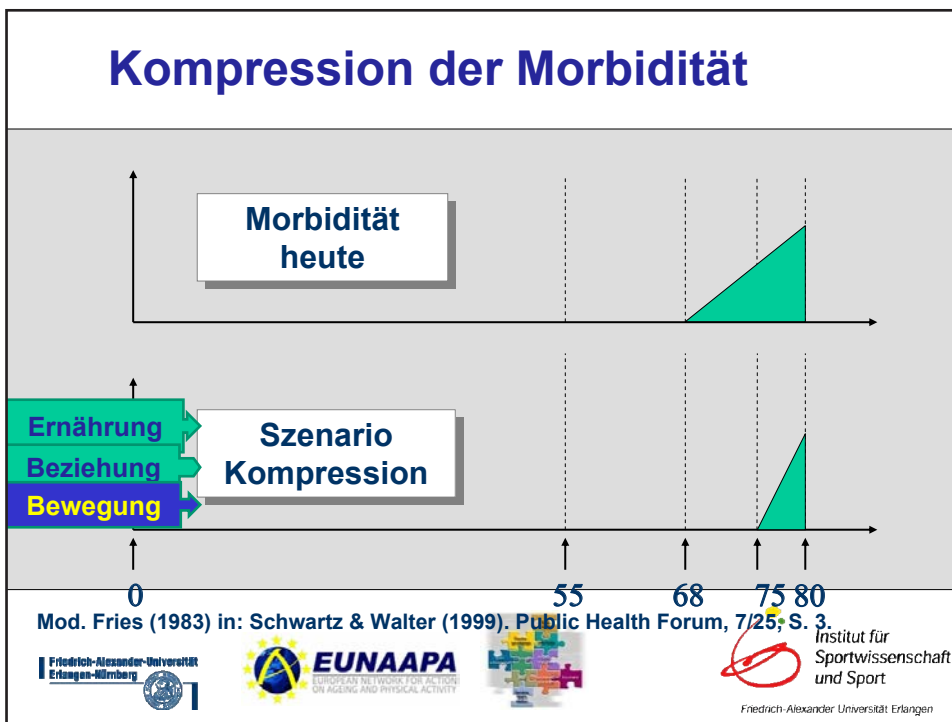


Wie kann der Alltag Bewegung
bei älteren Menschen fördern?

Dr. Ellen Freiberger
Institut für Sportwissenschaft und Sport





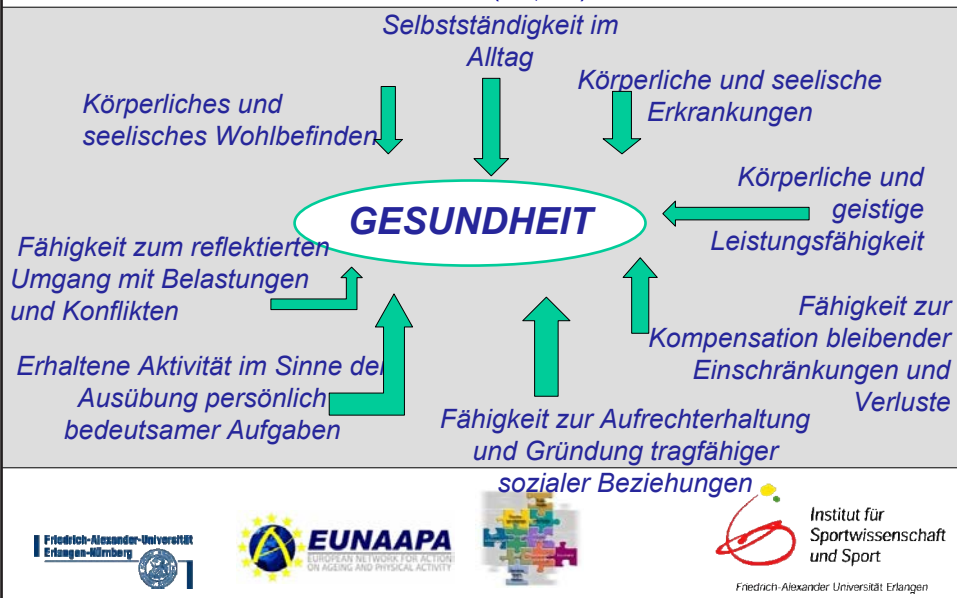
Was ist Gesundheit?

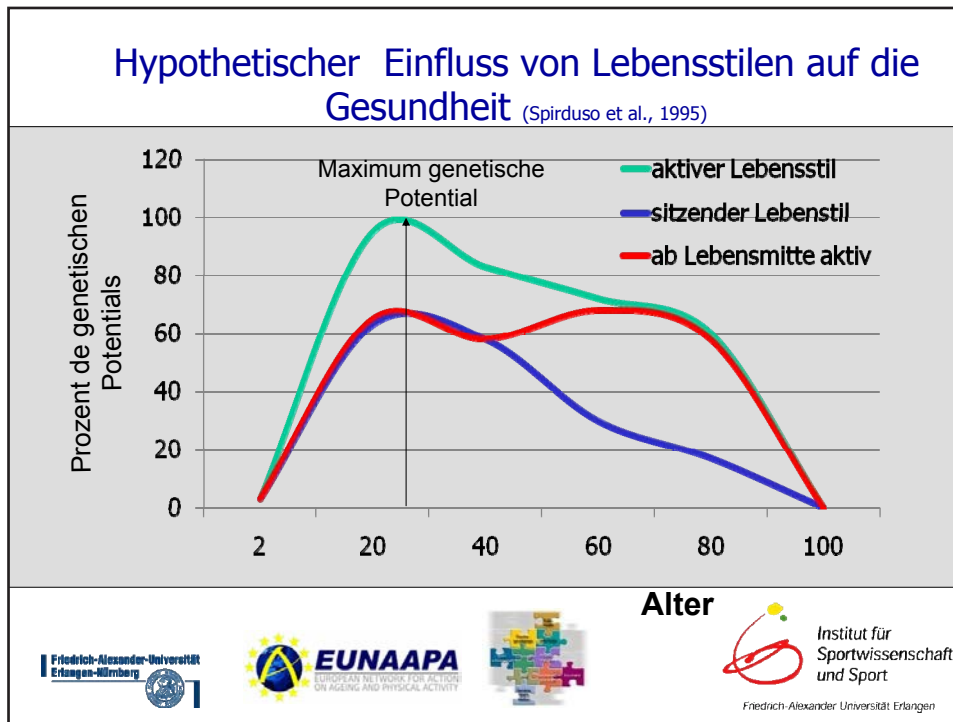
- mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit

„Zustand des *objektiven* und *subjektiven Befindens* einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“ (Hurrelmann, 1990, ..)



Aspekte der Gesundheit im Alter nach Kruze (et al., 1999)



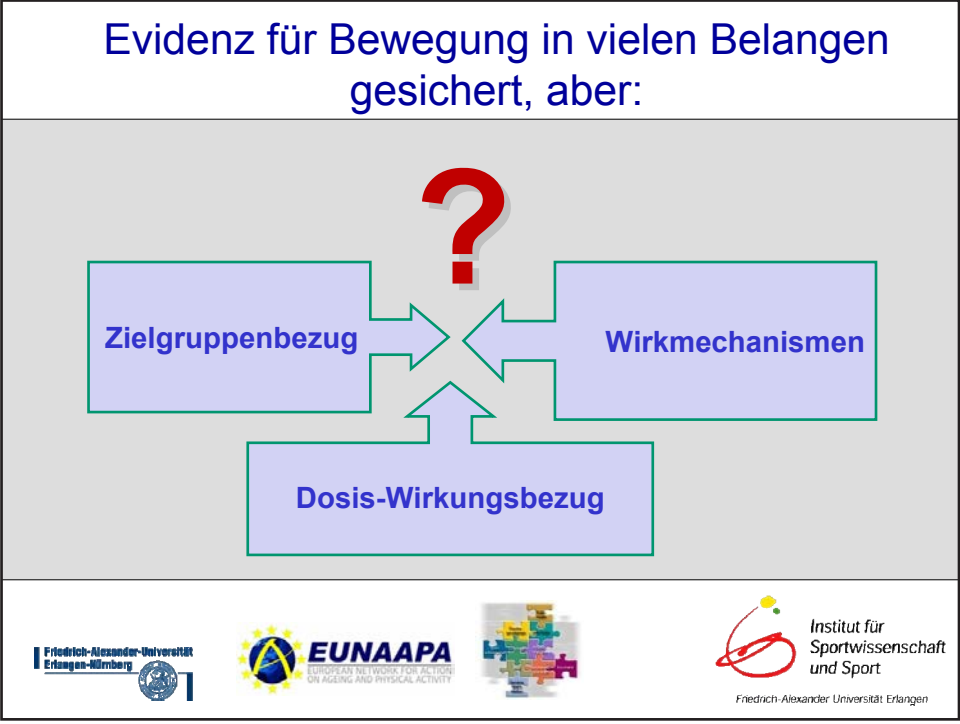
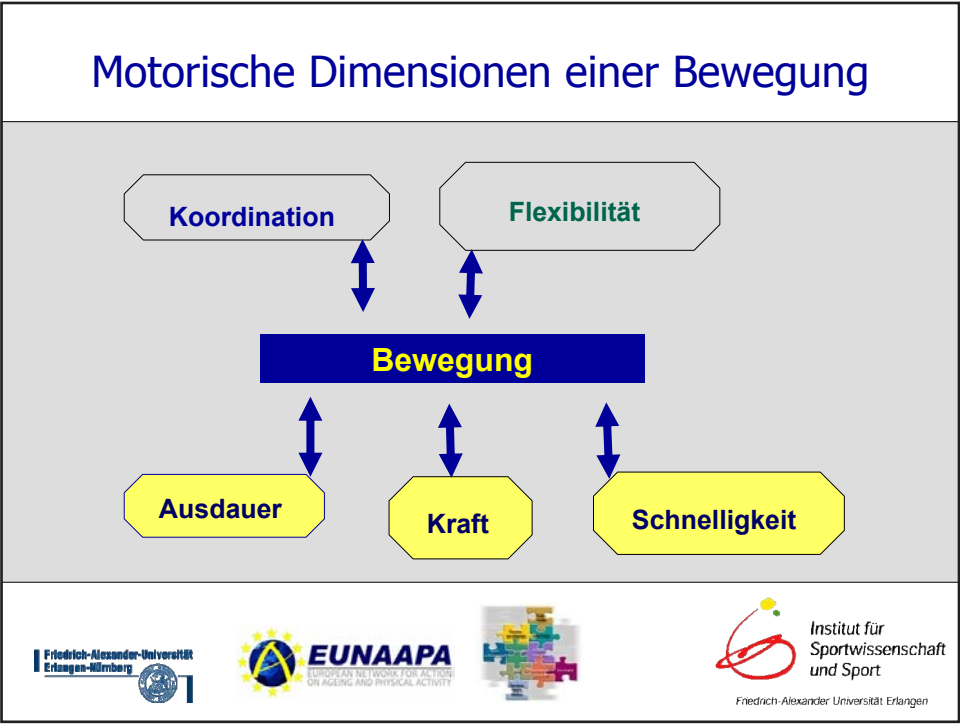


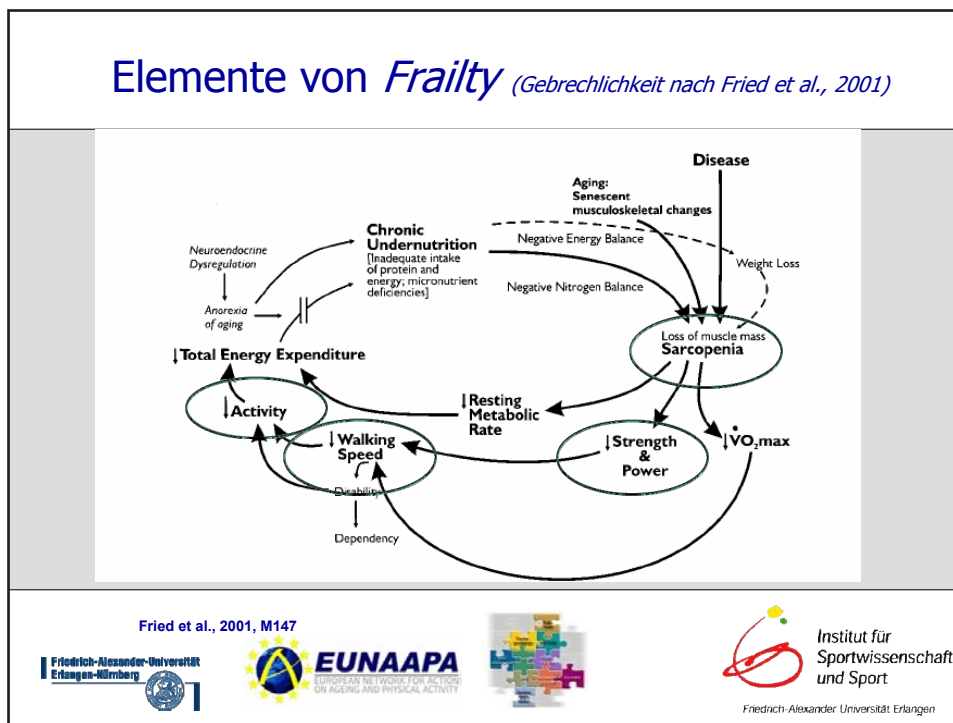
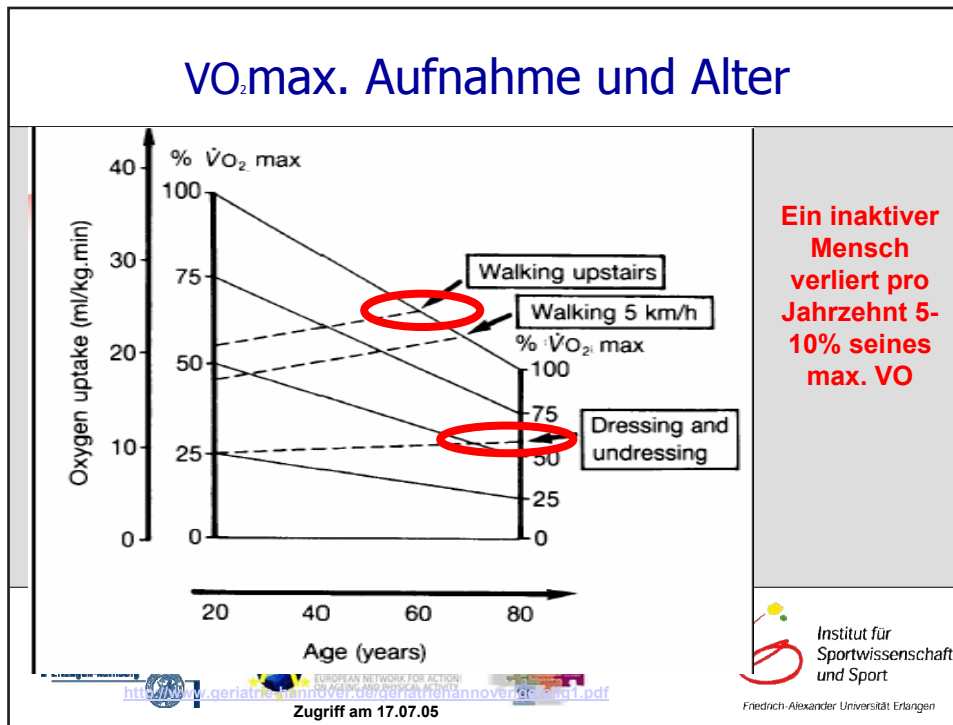
• WELCHE BEWEGUNG ODER KÖRPERLICHE AKTIVITÄT?

Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

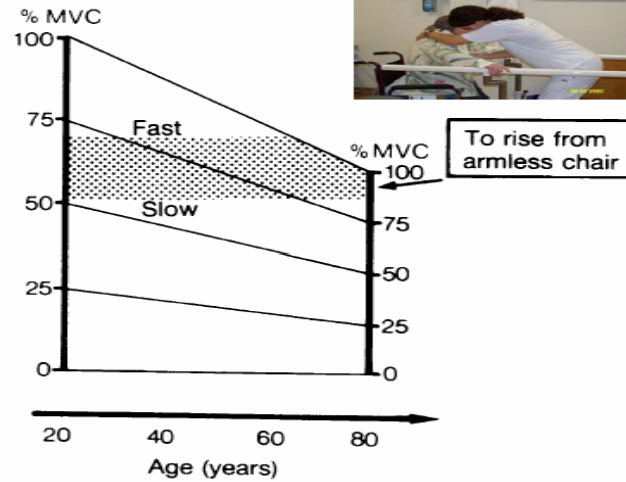
EUNAAPA
EUROPEAN NETWORK FOR ACTION
ON AGEING AND PHYSICAL ACTIVITY

Institut für
Sportwissenschaft
und Sport
Friedrich-Alexander Universität Erlangen





Rückgang der Muskelkraft ab dem 40. Lebensjahr (Young et al. 1992)



Was kann ein Krafttraining im Alter bewirken?

- Studien konnten zeigen, dass ein progressives Krafttraining von 3 bis 6 Monaten im Durchschnitt
 - die Muskelkraft um 40% - 150% steigert abhängig von der Population und Intensität des Programms
 - eine Zunahme der gesamten Muskelmasse um einige Kilogramm bewirken kann
 - Fiatarone Shing 2006; Latham et al., 2009;
 - Weiterhin konnten positive Effekte auf Ganggeschwindigkeit und Gleichgewicht nachgewiesen werden
 - Latham et al., 2009, Ferrucci et al., 2004

Welche körperliche Aktivität?

- Keine generelle Aussage möglich, denn es ist abhängig von der Zielgruppe und dem Wirkmechanismus.
- Z.B. sollten junge ältere Menschen (zwischen 60 bis 80 Jahre) ein Ausdauertraining machen zur HKH Prophylaxe
 - Bis zu 40% Reduktion der Mortalitätsrate sogar mit moderater körperlicher Aktivität wie Walking
 - Bis zu 15% Steigerung der max VO₂ durch ein entsprechendes Training

Welche körperliche Aktivität?

- Bei den Hochbetagten führt ein Ausdauertraining eventuell dazu, dass die „normalen Aktivitäten“ verringert werden und damit der allgemeine körperliche Aktivitätslevel nicht unbedingt gesteigert wird
 - Goran et al., (1992), Vogel et al., 2009, Fried et al., 1998
- **AUßERDEM**
- hat ein Nordic Walkingtraining die Sturzrate bei der Trainingsgruppe (ältere Menschen über 70 Jahre) erhöht
 - Ebrahim et al., 1997

Fazit: Welche körperliche Aktivität?

- Entsprechende Leitlinien und Empfehlungen lauten **aktuell** (ohne die Differenzierung zwischen älteren und Hochbetagten Menschen):
 - Moderates Ausdauertraining
 - Progressives Krafttraining
 - Gleichgewichtsschulung
 - Beweglichkeitstraining

» Nelson et al., (2007), Vogel et al., 2009



Fazit: Welche körperliche Aktivität?

- Möglichst große Muskelgruppen sollten durch die körperliche Aktivität angesprochen werden
 - Tai Chi, Wandern, Rückenschwimmen, Radfahren, lebenslang ausgeführte Sportarten in modifizierter Form, Tanzen **Zielgruppenspezifisch** ausgeführt
- Bei den Hochbetagten sollten zum Erhalt der Alltagskompetenzen und zur Sturzprophylaxe die zentralen Elemente *Kraft* und *Gleichgewicht* enthalten sein

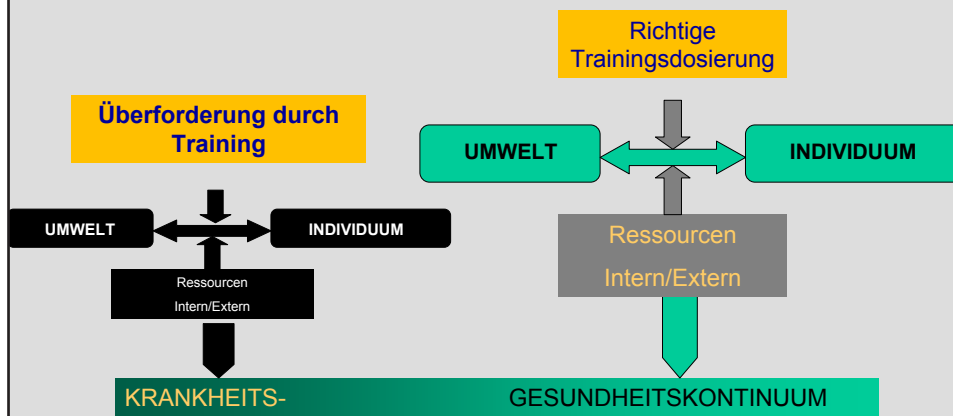
– Nelson et al., 2007, Samitz & Mensink, 2002,

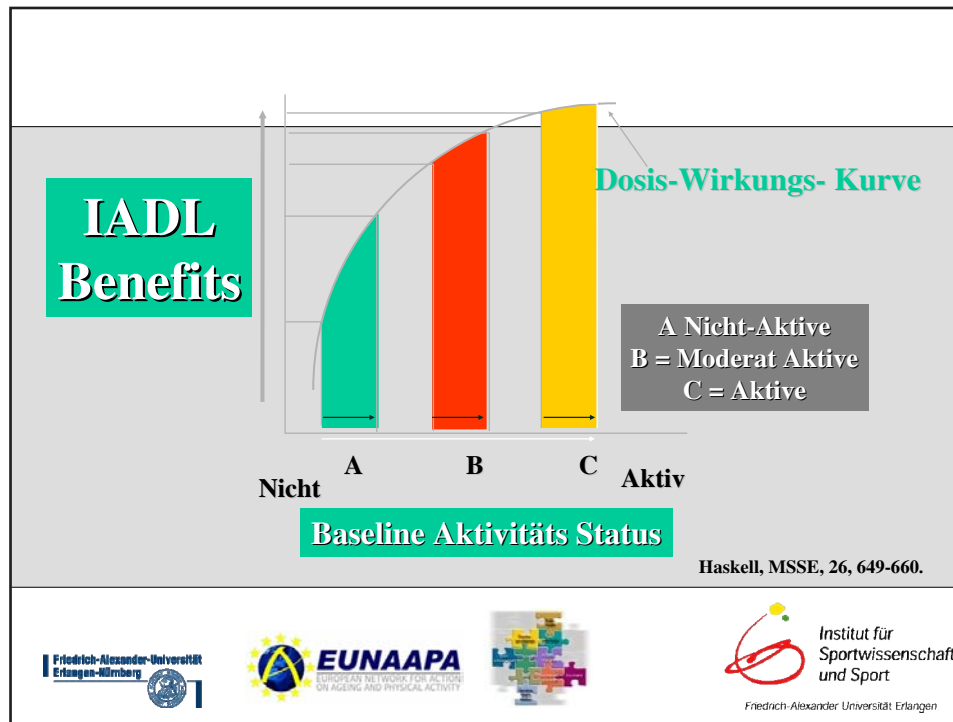


3. BEWEGUNG JA - ABER WIE INTENSIV?



Wie intensiv soll die körperliche Aktivität sein?





Internationale Empfehlungen zur körperlichen Aktivität (Nelson et al., 2007)

- 30 Minuten moderate aerobe körperliche Aktivität an fünf Tagen einer Woche *oder*
- Mind. 20 Minuten anstrengende körperliche Aktivität an drei Tagen einer Woche
- *Kombinationen möglich*
 - *Zusätzlich:* Aktivitäten zur Steigerung von Kraft oder Kraftausdauer an zwei Tagen jeder Woche

Wie kann Ausdauer im Alltag trainiert werden?

- Körperliche Alltagsaktivitäten in die tägliche Routine einbauen:
 - Vermeidung vom Lift oder Rolltreppe, öfters zu Fuß gehen
 - Örtliche Einkäufe mit dem Fahrrad oder sogar zu Fuß erledigen
 - Auf einem Großparkplatz das Auto in der letzten Ecke parken, um so unbemerkt ca. 500m zu gehen
 - Ein Schrittzähler kann helfen, sich positiv zu motivieren und sich pro Tag genügend zu bewegen (ca. 10.000 Schritte/Tag)

Fazit

- Motto dafür könnte lauten:
„Führen Sie Ihren Hund spazieren – auch wenn Sie keinen haben“.

Wie kann man Kraft trainieren?

- **Training der Kraftausdauer**
 - (Internationale Empfehlungen des ACSM 2006)
 - Progressive Steigerung bei leichten Einstiegsniveaus
 - Wiederholungszahl in einer Übung zwischen 10-15
 - Trainieren an 2-3 nicht aufeinanderfolgenden Tagen
 - Schmerzfrei trainieren
 - Möglichst "multi-joint" Training, d.h. große Muskelgruppen über mehrere Gelenke



Wie kann man Kraft trainieren?

- **Training der Schnellkraft**
 - Neuer Forschung zeigen die Bedeutung der Schnellkraft zur Sturzprophylaxe
 - Schnellkraft (power training) bedeutet eine schnelle Bewegung in die entsprechende Stellung und eine langsame Bewegung in die Ausgangsstellung
 - Praktisches „Hands on“ Beispiel: Stuhl aufstehen
- **Funktionales Training**
 - Beinhaltet Trainingsformen aus der alltäglichen Bewegung z.B. Treppensteigen, seitliche Schritte ect.
 - Wirkmechanismen noch ungeklärt, aber erste Ergebnisse deuten auf bessere Wirkweise hin, wie Krafttraining (de Vreede et al., 2006, Faber et al., 2006)





Stärkung der Psychosoziale Ressourcen zur Aktivität und Teilhabe

- **Def.:**
 Psychosoziale Gesundheitsressourcen umfassen solche **kognitiven, emotionalen** und **sozialen** Potentiale, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen, günstige Voraussetzungen zur Bewältigung von gesundheitlichen Belastungen darstellen und in die Lage versetzen die körperliche Leistungsfähigkeiten, das Wohlbefinden und gesundheitliche Belastungen selbst bewusst und aktiv zu beeinflussen.

(Brehm et al., 2002, S.12)

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

EUNAAPA
EUROPEAN NETWORK FOR ACTION ON AGING AND PHYSICAL ACTIVITY

Institut für Sportwissenschaft und Sport
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

Dimensionen der Psychosoziale Ressourcen

- Stimmung & Stimmungsmanagement
- Handlungs- & Effektwissen
- Kompetenzerwartung (Selbstwirksamkeit)
- Selbst- & Körperkonzept
- Soziale Ressourcen

Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen

- *Handlungswissen:*
 - Wissen zur Realisierung sportlicher sowie gesunder Aktivitäten im Alltag, dazu gehören u.a.:
 - Führen eines Aktivitätstagebuchs
 - Einführen von Methoden zur subjektiven Belastungssteuerung
 - Festlegen von subjektiven Zielen
- *Effektwissen:*
 - Wissen, dass sich auf die potentiellen Wirkungen sportlicher Aktivität bezieht, dazu gehören u.a.
 - Vermittlung von Wirkmechanismen z.B. durch Kurzvorträge
 - Vermittlung von Wirkmechanismen durch Kontrastlernen (z.B. Dauermethode vs. Intervallmethode)
 - Wahrnehmungslenkung (Brehm et al., 2006)

Fazit: Wie kann man trainieren?

- Die heterogene Kohorte älterer Menschen ist trainierbar, wenn auch mit mehr Aufwand
- Es gibt internationale und nationale Leitlinien und Empfehlungen für das Training mit älteren Menschen
- Training sollte aber nicht nur die motorischen sondern auch die psycho-sozialen Ressourcen mit berücksichtigen
- Wichtig ist die Regelmäßigkeit und die richtige Dosierung entsprechend der Zielgruppe



Ausblick: Gerüstet um in das Abenteuer zu starten?

Programme nicht einfach auf andere Zielgruppen übertragen
Wirkmechanismen beachten

Dauer, Art und Intensität genau planen

Vorher bitte beachten:

Auswahl und Rekrutierungsprozesse der Adressaten Gruppe

Einsatz entsprechend ausgebildeter Kursleiter

Definieren der primären und sekundären Ziele



Dr. Ellen Freiberger

Institut f. Sportwissenschaft und Sport
Universität Erlangen – Nürnberg

Gebberstr. 123b

91058 Erlangen

Tel.: 09131-8525464

E-mail: ellen.freiberger@sport.uni-erlangen.de

Vortrag unter: www.standfestimalter.de




Präsentationsfolien

Krankenstand und Übergewicht in NRW: Sonderauswertung des Mikrozensus 2005

(Dr. Alfons Hollederer)

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen




**Krankenstand und Übergewicht in NRW:
Sonderauswertung des Mikrozensus 2005**

Fachtagung „Bewegung im Alter “ am 8.12.2009 in Düsseldorf

Dr. Alfons Hollederer

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen




Amtliche Repräsentativstatistik Mikrozensus 2005 („kleine Volkszählung“):

Untersuchungseinheit	Ca. 1% der Bevölkerung
Scientific Use File 2005	70%-Unterstichprobe des Originaldatensatzes
Zeitbezug	Jahr 2005 (unterjährig)
Regionalbezug	Deutschland und Bundesländer (z.B. Nordrhein-Westfalen = hochgerechnet 14.857 Tsd. Personen im Alter ab 18 Jahren bzw. ungewichtet 80.765 Interviewte)
Merkmale	<p>a) Hauptfragenprogramm (i.d.R. gesetzliche Auskunftspflicht), u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bevölkerungsstruktur, wirtschaftliche Lage, Migration etc. ■ Arbeitskräftestichprobe der EU 2005 (ILO-Konzeption) <p>b) Zusatzprogramm Gesundheitsinformationen (fakultativ), u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Krankheiten, Unfallverletzungen (ca. 89% Rücklauf NRW) ■ Körpermaße (ca. 81% und 77% Rücklauf in NRW)


Folie 1
6. November 2009
Dr. Alfons Hollederer

Stichprobenerhebung über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt

Mikrozensus 2005 und Arbeitskräftestichprobe
der Europäischen Union 2005



Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



freiwillig

137 Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank bzw. unfallverletzt?

Bitte weiter mit 139 ← Ja, und zwar krank.....

unfallverletzt

Bitte weiter mit 142 ← Nein

Keine Angabe

freiwillig

142 Wie groß sind Sie?

Geben Sie bitte Ihre Größe in Zentimetern (cm) an.....

Keine Angabe.....

freiwillig

143 Wie viel wiegen Sie?

Geben Sie bitte Ihr Gewicht in Kilogramm (kg) an.....

Keine Angabe.....

Folie 2

6. November 2009

Dr. Alfons Holleder

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen



Restriktionen bei Analysen zum Body-Mass-Index im Mikrozensus:

1. Beim Körpergewicht besteht höchste Antwortverweigerungsquote.
2. Vermutlich eher Missings bei Personen, die nicht „normal gewichtig“ sind.
3. Frauen verweigern überproportional häufig Gewichtsangabe.
4. Bei Proxy-Interviews relativ häufiges Fehlen der Körpermaße.
5. Durch Selbstangaben werden Übergewicht und Adipositas systematisch unterschätzt (Helmert & Schorb, 2007; Helmert, 2008).

Trotz dieser Limitationen können die BMI-Unterschiede zwischen Personengruppen Hinweise auf Präventionspotenziale bezüglich Bewegung und Ernährung geben!
Positiv sind die besonders hohen Rücklaufquoten und Fallzahlen im Mikrozensus.

Folie 3

6. November 2009

Dr. Alfons Holleder



Männer und Frauen im Alter von mindestens 18 Jahren nach Body-Mass-Index-Gruppen* in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005

	bis unter 18,5	18,5 bis unter 25	25 bis unter 30	30 und größer
Männer	1%	41%	43%	14%
Frauen	4%	56%	27%	13%
	(„untergewichtig“)	(„normalgewichtig“)	(„übergewichtig“)	(„stark übergewichtig“)

*Anmerkung: BMI = Körpergewicht in kg / (Körpergröße in cm)²

Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe);
N = 5.697 Tsd. und 5.917 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.



Zielgruppen in der Bewegungsförderung

A) Zentrale Fragestellung: Gibt es Hinweise für Zielgruppenspezifizierungen in der Bewegungsförderung anhand von „starkem Übergewicht“ ?

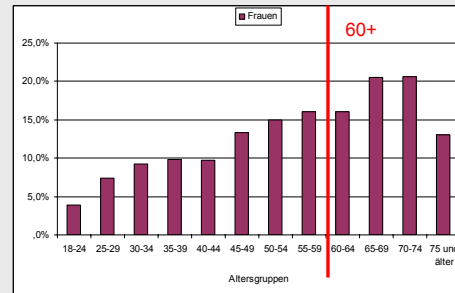
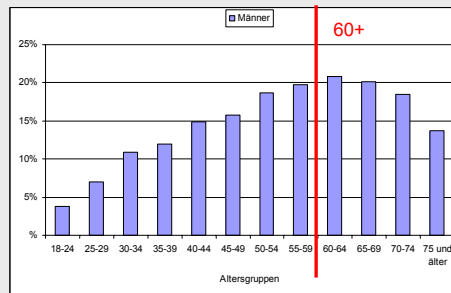
- Alter?
- Geschlecht?
- Erwerbsbeteiligung?
- Nationalität?

(Cave: Keine Testung von Ursache-Wirkungszusammenhängen möglich, da Querschnitterhebung!)



Anteile der stark Übergewichtigen nach Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005

- Body-Mass-Index mit einem Wert über 30 -

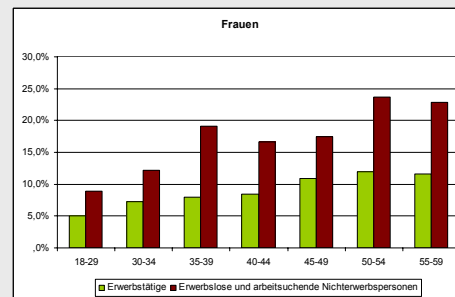
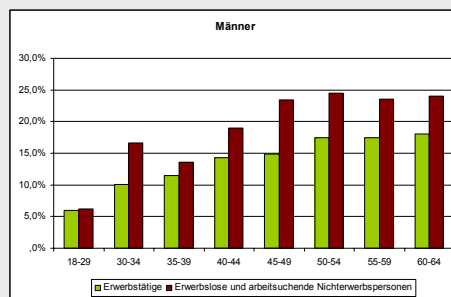


Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe);
N = 5.698 Tsd. und 5.919 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.



Anteile der stark Übergewichtigen nach Altersgruppen und nach Erwerbsbeteiligung in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005

- Body-Mass-Index mit einem Wert über 30 -

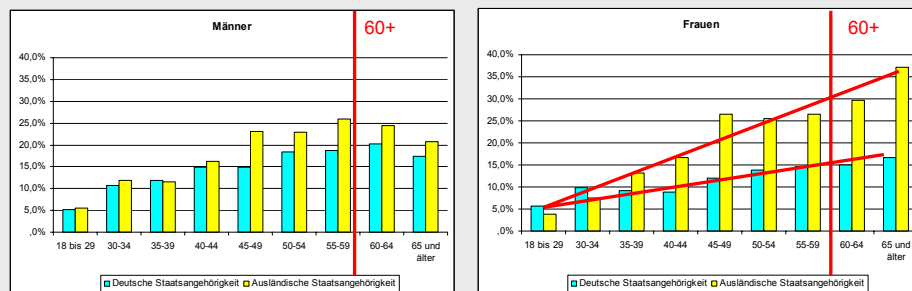


Anmerkungen: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe);
N = 3.740 Tsd. und 2.889 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben;
Hochgerechnete Besetzungszahlen unter 5.000 werden nicht nachgewiesen, hier: Frauen 60-64 Jahre).



Anteile der stark Übergewichtigen nach Altersgruppen und nach Staatsangehörigkeit in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005

- Body-Mass-Index mit einem Wert über 30 -



Anmerkungen: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe);
N = 5.696 Tsd. und 5.917 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben.

Folie 8

6. November 2009

Dr. Alfons Holleederer



Gewicht und Krankenstand

B) Zentrale Fragestellung: Korreliert „starkes Übergewicht“ mit Krankheiten/
Unfallverletzungen in den letzten vier Wochen, wenn Geschlecht und Alter
kontrolliert werden?

(Cave: Keine Testung der Wirkungsrichtung möglich, da Querschnitterhebung!)

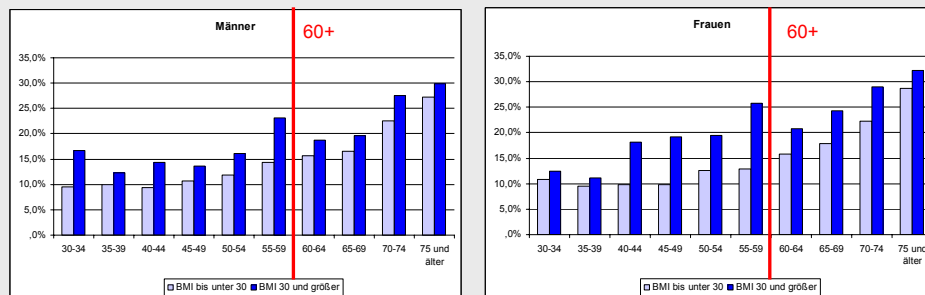
Folie 9

6. November 2009

Dr. Alfons Holleederer



Anteile der Erkrankten/Unfallverletzten in den letzten vier Wochen nach Körpergewicht und Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen im Mikrozensus 2005 (Jahresdurchschnitt 2005)



Anmerkung: Eigene Berechnung mit Mikrozensus Scientific Use File 2005 (70%-Unterstichprobe);
N = 5.673 Tsd. und 5.893 Tsd. mit freiwilligen Gesundheitsangaben;
Hochgerechnete Besetzungszahlen unter 5.000 werden nicht nachgewiesen.

Folie 10

6. November 2009

Dr. Alfons Holleederer



Fazit

1. Nach dem Mikrozensus 2005 ist Übergewicht mit einem erhöhten Krankenstand assoziiert.
2. Die Ergebnisse zeigen klare Indikationen für eine Zielgruppenspezifizierung in der Bewegungsförderung auf.
3. Vorteil für Zentrum für Bewegungsförderung NRW ist die Zuordnung zum Regionalen Knoten NRW, der sich explizit auf folgende Personengruppen konzentriert:
 - Sozial Benachteiligte
 - Erwerbslose
 - Migranten
4. Innerhalb dieser Zielgruppen erscheint für die Bewegungsförderung eine Fokussierung auf Frauen angezeigt.
5. Für die Altersbegrenzung des Zentrums für Bewegungsförderung NRW auf 60 Jahre und älter besteht nach der Datenlage keine Veranlassung. Mittelfristig sollten die Aktivitäten auf alle Altersgruppen ausgedehnt werden.

Folie 11

6. November 2009

Dr. Alfons Holleederer



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Alfons Holleder
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit NRW

Dienstgebäude:
Westerfeldstraße 35-37 in 33611 Bielefeld
Tel.: +49 521 8007-266
alfons.holleder@liga.nrw.de
<http://www.liga.nrw.de>

Landesinstitut für
Gesundheit und Arbeit
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ulenbergstraße 127-131, 40225 Düsseldorf
Fax 0211 3101-1189
poststelle@liga.nrw.de

www.liga.nrw.de