



universität
wien

MAGISTERARBEIT

Thema

Gesundheitsförderung im Alter

Eine Analyse der Generation 50+ in Bezug auf Gesundheit,
Krankheit und Bewegung unter besonderer Berücksichtigung
des Projekts G50-Bewegungstour

verfasst von

Markus Friedschröder, Bakk.rer.nat.

angestrebter akademischer Grad

Magister der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 826

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Magisterstudium Sportwissenschaft

Betreut von:

Dr. Nadine Zillmann

Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, einen Überblick über die Generation 50+ zu verschaffen. Die theoretischen Grundlagen betreffend Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsförderung im Alter bildeten dabei den Anfang dieser Arbeit. Zusätzlich wurde das Projekt G50-Bewegungstour beschrieben, ausgewertet und analysiert um die Aussagen in der Literatur zu unterstützen.

Bei der G50-Tour hatten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Möglichkeit an verschiedenen Vitalstationen mitzuwirken um die verschiedensten Trainingsgeräte auszutesten. Angeboten wurden Stationen zur Motorik, Kraft, Ausdauer, Reaktion, Gleichgewicht und Koordination. Das Projekt G50-Bewegungstour zielt darauf ab Neu-, Quer- und Wiedereinsteiger hin zur Bewegung zu führen. Vorrangiges Ziel der G50-Bewegungstour ist es, Bewegungsmöglichkeiten für Personen ab dem 50. Lebensjahr aufzuzeigen. Mittels Fragebogen wurden nach der Durchführung der einzelnen Stationen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu verschiedenen Themenbereichen befragt. Themen des Fragebogens waren unter anderem der allgemeine Fitnesszustand, die körperliche Aktivität, die Durchführung von Sportarten, aber auch die Beurteilung des Projekts. Angenommen wurde das Projekt recht positiv und es wurde auch positiv von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen bewertet. So konnte aufgezeigt werden, dass die G50-Tour vermehrt von Frauen besucht worden ist und dass das Durchschnittsalter bei 67 Jahren lag. Auch konnte festgestellt werden, dass sich im Alter die sportlichen Aktivitäten reduzieren und die gesundheitsorientierten Aktivitäten häufen. Mit ein Grund für die Durchführung des Projekts war die Feststellung, ob durch solche Projekte Personen für den Sport oder die körperliche Aktivität gewonnen werden können. Die Antworten im Fragebogen zeigen eindeutig, dass das Interesse an Bewegung und Sport geweckt werden kann und dass durch gezielte Informationen den Menschen ein gesundheitsorientiertes Leben näher gebracht werden kann. Einziger Kritikpunkt der G50-Bewegungstour war allerdings, dass vermehrt Personen gewonnen werden konnten, welche bereits aktiv in diversen Sportvereinen tätig sind und sich demnach schon viel bewegen und daher nicht unbedingt die Zielgruppe waren. Dies gilt es in Folgeprojekten noch besser zu berücksichtigen.

Abschließend lässt sich sagen, dass in Zukunft die Lebenserwartungen weiter steigen werden und gerade deshalb Maßnahmen gesetzt werden müssen, damit die ältere Generation möglichst lang gesund und aktiv ihr Leben eigenständig führen kann. Um das zu gewährleisten bedarf es an mehr gesundheitsorientierten Projekten um die Gesundheit zu fördern. Weiters müssen die dafür notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden um solche Projekte auch möglich zu machen.

Abstract

The aim of this work was to obtain an overview of the 50 + generation. The theoretical foundations concerning health, disease and health promotion in old age made it the beginning of this work. In addition, the project G50-motion tour was described, evaluated and analyzed by the statements in the literature to support. When G50 tour the participants had the opportunity to participate in various vital stations in order to test a variety of training equipment. Were offered stations for motor skills, strength, endurance, reaction, balance and coordination. The project G50-motion tour aims new, cross and re-entering, to lead the movement. The primary objective of the G50 movement tour is to show possibilities of movement for persons over the age of 50. By means of questionnaire, the participants were questioned on various subjects after the completion of the individual stations. Topics of the questionnaire included the general state of fitness, physical activity, the implementation of sports, but also the evaluation of the project. The project was accepted quite positive and it was also positively evaluated by the participants and participants. It could be shown that the G50 tour has been visited propagated by women and that the average age was 67 years. It was also found that reducing the sporting activities in old age and accumulate the health-oriented activities. One reason for the implementation of the project was to determine whether such projects can be obtained by people for sport or physical activity. The answers to the questionnaire clearly show that the interest in exercise and sport can be awakened and that through targeted information to people can be brought closer to a health-oriented life. The only criticism of the G50 movement tour, however, was that more people could be obtained, which in various sports clubs are already actively engaged and move accordingly a lot and therefore were not necessarily the target audience. This applies even more to consider in subsequent projects.

In conclusion, that in the future life expectancy will continue to rise and that is why measures must be taken so that the older generation can be as long as possible healthy and active live their lives independently. To ensure that there is a need to more health-oriented projects to promote health. Furthermore, the necessary conditions must be created for such projects to make possible.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	- 1 -
1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG	- 2 -
1.1 Gesundheit	- 3 -
1.2 Gesundheitsverhalten	- 4 -
1.3 Gesundheitsförderung.....	- 5 -
1.4 Salutogenese-Modell	- 8 -
1.5 Das demographische Altern	- 10 -
1.6 Das Alter und das Altern	- 13 -
1.7 Gesundheit und Gesundheitsförderung im Alter.....	- 15 -
2 DIE GENERATION 50 PLUS – Das Leben im Alter	- 18 -
2.1 Gesundheitliche Aspekte körperlicher Aktivität.....	- 19 -
2.2 Bewegung und körperliche Aktivität im Alter	- 21 -
2.3 Leistungsfähigkeit im Alter	- 29 -
2.4 Gestaltung von Bewegung für die Generation 50+	- 33 -
3 DAS PROJEKT G50-BEWEGUNGSTOUR.....	- 37 -
3.1 Projekthintergrund.....	- 38 -
3.2 Ziele der G50-Bewegungstour	- 38 -
3.3 Veranstaltungsorte der G50-Bewegungstour	- 40 -
3.4 Vitalstationen der G50-Bewegungstour	- 41 -
4 QUANTITATIVE DATENANALYSE.....	- 43 -
4.1 Rahmenbedingungen.....	- 43 -
4.2 Untersuchungsmethode - Datenerhebung.....	- 44 -
4.3 Der Fragebogen.....	- 44 -
4.4 Datenauswertung	- 45 -
4.4.1 Teilnehmer und Teilnehmerinnen der G50-Bewegungstour	- 46 -
4.4.2 Körperliche Aktivität der Teilnehmer und Teilnehmerinnen.....	- 51 -
4.4.3 Beurteilung der G50-Bewegungstour	- 62 -
4.5 Diskussion	- 68 -
Literaturverzeichnis.....	- 72 -
Abbildungsverzeichnis	- 76 -
Tabellenverzeichnis	- 78 -
Anhang	- 79 -

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen mich bei Frau Dr. Nadine Zillmann für die Betreuung und Unterstützung bei meiner Masterarbeit zu bedanken.

Ein weiterer Dank gilt der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung (ARGEF) für die Bereitstellung von Informationsmaterial.

Einleitung

Die Österreichische Bevölkerungsstruktur hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Während die Bevölkerung im höheren Alter einen Zuwachs verzeichnet sinkt hingegen die Anzahl der Kinder und Jugendlichen. Für das Gesundheitssystem ist diese immer älter werdende Gesellschaft eine große Herausforderung (Statistik Austria, 2013).

Gerade deswegen spielt das Thema Gesundheitsförderung im Alter eine wesentliche Rolle. Vor allem die körperliche Inaktivität wird als eines der größten Gesundheitsprobleme angesehen (WHO, 2013). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass weltweit jährlich etwa 1,9 Millionen Menschen durch körperliche Inaktivität sterben. Durch diese körperliche Inaktivität können verschieden Krankheiten, wie Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose oder Herzkrankheiten hervorgerufen werden. Auch steigende Kosten sind damit verbunden. Deswegen überrascht es nicht, dass Bewegung sowohl in der Prävention als auch in der Rehabilitation eingesetzt wird und von diversen Krankenkassen finanziert und gesponsert wird (WHO, 2013).

Durch körperliche Aktivität soll ein Wohlbefinden hervorgerufen und eine langfristige Gesundheit angestrebt werden. Dazu dienen verschiedene Angebote von Gesundheitsprogrammen und Fitnesskursen, sowie Informationsmaterial über körperliche Bewegung.

Ziel dieser Arbeit ist es, im Rahmen des Projekts G50-Bewegungstour, die Generation 50+ genauer zu beschreiben. Welche Maßnahmen sind in diesem Alter zu treffen um körperlich aktiv zu sein? Es gilt die gesundheitlichen Gefahren aufzuzeigen und welche Wirkung körperliche Aktivität haben kann in Bezug auf die Gesundheitsförderung. Weiters soll auf die Bewegung im Alter allgemein eingegangen werden. Welche körperliche Bewegung ist im Alter sinnvoll und altersgerecht und wie können sich Menschen dieser Generation über Gesundheitsförderung informieren? Auch soll auf die Einstellung zu körperlicher Aktivität im höheren Alter eingegangen werden und die Bewegungsprogramme untersucht werden. Neben einschlägiger Literatur soll auch das Projekt G50-Bewegungstour herangezogen werden um diese Fragen zu beantworten.

Dazu wurde im Rahmen des Projekts G50-Bewegungstour ein Fragebogen entwickelt, welcher diverse Fragen in Bezug auf körperliche Aktivität, Fitness, Bewegungsangebote und Informationen zu Gesundheitsförderung beinhaltet.

Beim Projekt G50-Bewegungstour handelt es sich um ein Konzept für die Bevölkerungsgruppe 50+, der Aspekte der Gesundheitsförderung näher gebracht werden sollen. Die Bewegung steht dabei im Mittelpunkt, aber auch die Ernährung, mentale Stärke und Sturzprohylaxe werden thematisiert. Dazu werden eintägige Veranstaltungen

an verschiedenen Orten abgehalten, zu denen Erwachsene ab dem 50. Lebensjahr eingeladen sind, Bewegungsangebote und Vitalstationen zu erleben. Betreut werden diese Stationen von Experten und Expertinnen und es besteht auch die Möglichkeit sich über Gesundheitsthemen zu informieren (Argef, 2013).

Folgende Forschungsfragen wurden dazu formuliert:

- Welche gesundheitliche Bedeutung hat körperliche Aktivität im Alter?
- Welche Sportarten sind für ältere Menschen geeignet?
- Wie müssen Bewegungsangebote für die Generation 50+ gestaltet sein, damit sie von ihnen angenommen werden?
- Welche Einstellungen haben Personen der Generation 50+ zu körperlicher Aktivität und kann diese durch Bewegungs- und Informationsveranstaltungen geweckt werden?
- Kann durch die G50-Bewegungstour genug Information bezüglich körperlicher Aktivität und Gesundheitsförderung übermittelt werden?

Anhand der ausgewählten Literatur und der Ergebnisse der G50-Bewegungstour wird in den folgenden Kapiteln versucht die formulierten Forschungsfragen zu beantworten.

1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Was versteht man unter Gesundheit, Gesundheitsverhalten oder Gesundheitsförderung? Wie kann man diese Begriffe beschreiben und welche Bedeutung haben diese Begriffe? Um all diese Fragen zu beantworten wird im ersten Teil dieser Arbeit versucht, die einzelnen Begriffe näher darzustellen um diese in Folge besser verstehen zu können.

Die Förderung der Gesundheit wird in Österreich aus Bundesmitteln, Landesmitteln und auch durch Unterstützung der Sozialversicherung gewährleistet. Der Fonds Gesundes Österreich unterstützt Aufträge und Projekte im Bereich Gesundheitsförderung und Primärprävention mit Fördergeldern und hofft dadurch auf Aufklärung und Informationszufluss im Bereich der Gesundheitsförderung. Dafür stehen jährlich 7,25 Mio. Euro zur Verfügung (Bundesministerium für Gesundheit, 2010).

Weiters beschäftigen sich auch zahlreiche Organisationen sowie Universitäten oder Forschungseinrichtungen, aber auch Dienstleistungseinrichtungen mit dem Thema Gesundheit und wie sie gefördert werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2010).

Aufgrund des demographischen Wandels wird die Bevölkerung immer älter und deshalb steigen die damit verbundenen Krankheitskosten stetig an. Durch frühzeitig einsetzende Gesundheitsförderung und Prävention könnten diese Ausgaben vermieden oder zumindest reduziert werden. Vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen, aber auch Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diabetes mellitus und Osteoporose können vermieden werden (Naegele, 2004).

Gesundheitsförderung ist ein umfassendes, komplexes Konzept: Es ist zugleich eine politische Strategie, ein sozialer Prozeß und die Vision einer neuen öffentlichen (kollektiven) Gesundheit (new public health). Als politische Strategie ist Gesundheitsförderung darauf gerichtet, sozial gerechtere, ökonomisch wirksamere und ökologisch ausgewogenere Rahmenbedingungen für mehr individuelle und öffentliche Gesundheit zu schaffen. (Noack & Reis-Klingspiogl, 1999, S.42)

1.1 Gesundheit

Den Begriff Gesundheit eindeutig zu bestimmen ist ein schwieriges Unterfangen, da es zahlreiche Definitionsansätze gibt und jeder etwas anderes unter dem Begriff Gesundheit versteht. Außerdem ist das Verständnis dieses Begriffs davon abhängig in welchem Zusammenhang Gesundheit verwendet wird (Schiffer, 2001).

Der Begriff Gesundheit kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „sanitas“. Übersetzt heißt das so viel wie körperliche, geistige und seelische Unversehrtheit, Leistungsfähigkeit und Wohlbefinden (Steinbach, 2007).

Naidoo und Wills (2010, S.4) definieren Gesundheit als „allgemeinen Begriff mit einer sehr großen Bandbreite von Bedeutungen, die von den rein fachlichen Inhalten bis hin zu den allumfassenden moralischen oder philosophischen Bedeutungsinhalten reichen können“. Des Weiteren wird im allgemeinen Gebrauch Gesundheit entweder positiv oder negativ

verstanden. Im negativen Zusammenhang wird die Abwesenheit von Krankheit verstanden, im positiven Zusammenhang wird Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens gesehen (Naidoo & Wills, 2010). Von diesem Wohlbefinden ist auch in der nächsten Definition die Rede.

Die wahrscheinlich bekannteste Definition von Gesundheit stammt von der WHO aus dem Jahre 1948. Diese lautet: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1948). Übersetzt bedeutet dies, dass Gesundheit ein Zustand mit körperlichem, geistigem und sozialem Wohlbefinden ist und eben nicht nur das Fehlen von Krankheit.

Eine andere Definition von Hurrelmann (1990, S.62) lautet: Gesundheit ist definiert als „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“. Damit versucht er die Definition der WHO noch spezifischer darzustellen.

Der Mensch selbst hält sich dann für gesund, wenn er keine Beschwerden, Schmerzen oder andere Beeinträchtigungen hat. Diese Aussagen gehen vor allem auf den körperlichen Zustand der Menschen zurück, den sie bei Bedarf dann noch mit ärztlichen Behandlungen oder Medikamenten verbessern oder behandeln können. Aber wie oben schon beschrieben ist Gesundheit eben nicht nur das Fehlen von Krankheit, sondern Körper, Geist und Psyche spielen dabei auch eine wichtige Rolle (Theune, 2009).

Man kann deutlich erkennen, dass bei jeder einzelnen Begriffsbestimmung ein anderes Verständnis von Gesundheit im Vordergrund steht. Einmal ist es das subjektive Empfinden einer Person, dann das Fehlen von Krankheit oder einfach das Wohlbefinden einer Person. Die verschiedensten Definitionen geben somit einen Überblick über das Verständnis der Gesundheit. In dieser Arbeit wird vorrangig der Ansatz der WHO verwendet. Die restlichen Kapitel sind demnach auf dieses Verständnis aufgebaut.

1.2 Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten einer Person ist damit definiert, dass diese ihre Gesundheit aufrechterhalten möchte. Weiters wird unter dem Gesundheitsverhalten einer Person

verstanden, dass diese ihre Gesundheit verbessern möchte oder auf der anderen Seite verhindern möchte, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert.

Wichtig dabei ist, dass Risikoverhalten vermieden werden. Auch im hohen Alter können noch Änderungen des Gesundheitsverhaltens angestrebt werden. Diese Änderung kann sich dann positiv auf die physische und psychische Gesundheit auswirken (Renner & Staudinger, 2008).

Das Gesundheitsverhalten von Menschen hängt im Allgemeinen von den Informationen ab, welche sie zum Thema Gesundheit haben. Aber auch die Verhältnisse der Menschen beeinflussen sie. Es ist ein Zusammenspiel von vielen verschiedenen Faktoren. Dazu zählen das Wissen über die Gesundheit, die Motivation, etwas für die Gesundheit zu tun, aber auch die Fähigkeit zu haben, das Wissen umzusetzen. (Fonds gesundes Österreich, 2014b).

1.3 Gesundheitsförderung

Dass der Begriff Gesundheitsförderung heute ein so hohen Stellenwert zugeschrieben hat, ist der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu verdanken. Sie setzte sich damals in den 80er Jahren dafür ein, dass der Gesundheitsförderung mehr Bedeutung zugeschrieben wird. Dazu hielt die WHO 1986 eine internationale Gesundheitskonferenz in Ottawa ab, wo sie auch eine Charta verabschiedete, welche nach Ottawa benannt wurde. Mit dieser Ottawa Charta wurden neue Strategien zur Gesundheitsförderung und ein neues Verständnis über Gesundheit entwickelt (Altgeld & Kolip, 2010).

In dieser Charta wurde der Begriff Gesundheitsförderung von der WHO (1986) als ein Prozess beschrieben, der darauf abzielt „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.

Der Begriff Gesundheitsförderung ist gemäß der Ottawa-Charta wie folgt definiert:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und

Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin. (WHO, 1986)

Ziel dieser Ottawa-Charta ist es, den Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über sich selbst und ihre Gesundheit zu geben. Dazu soll die Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil eines jeden werden und keiner soll ausgeschlossen werden. Es soll Eigenverantwortung, aber auch Verantwortung für seine Mitmenschen übernommen werden. Durch gezielte Maßnahmen sollen Akzente im Bereich der Gesundheit gesetzt werden um die Menschen zu einem gesünderen Lebensstil zu motivieren.

Die Ottawa-Charta verfolgt in ihrer Vision verschiedene Phasen und nennt dabei fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung:

- eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln
- gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- persönliche Kompetenzen und Fähigkeiten entwickeln
- die Gesundheitsdienste neu orientieren

Damit soll nicht mehr die ganze Verantwortung im Bereich der Gesundheit liegen, sondern in den Bereichen der Politik. Es soll ein Wandel im Gesundheitssystem vollzogen werden: Weg von der Krankheitsorientierung und hin zur Gesundheitsorientierung (Noack & Reis-Klingspiegl, 1999).

Gesundheitsförderung zielt also darauf ab, allen Gruppen der Bevölkerung sowie jedem einzelnen zu ermöglichen seine Gesundheit zu kontrollieren und diese damit auch zu verbessern (Noack & Reis-Klingspiegl, 1999).

Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. (WHO, 1986)

Die WHO entwickelte auch den sogenannten Setting-Ansatz, der ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsförderung ist.

Die WHO (1998) definiert diesen Setting-Ansatz folgendermaßen: „Gesundheitsförderung muss dort ansetzen, wo Menschen leben, lernen, lieben, arbeiten, spielen, konsumieren und Gesundheitsversorgung erhalten“ (WHO, 1998; zit. n. Sacher, 1998, S.59).

Das heißt, dass laut dieser Definition Gesundheitsförderung im Lebensalltag der Menschen ansetzen muss (Altgeld, 2004). Neben emanzipatorischen Elementen zeichnet sich der Setting Ansatz auch durch politische Elemente aus. Es geht darum, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen zu schaffen und auch mehr Chancengleichheit zu erlangen (Altgeld & Kolip, 2010).

Wichtig ist es in den Settings die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen und dabei den Menschen die Möglichkeit bieten, dass sie sich selbst um ihre Gesundheit kümmern können (Baric & Conrad, 1999).

Eine weitere Definition kommt von Hurrelmann und Laaser (2006, S. 753): „Gesundheitsförderung bezeichnet Interventionshandlungen, die gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen suchen. Ziel ist die Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz, verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet ist“.

Hurrelmann und Laaser berücksichtigen bei dieser Definition alle Aspekte. Es wird dabei nicht nur auf die medizinischen, sondern eben auch auf andere Aspekte, wie zum Beispiel kulturelle, soziale, rechtliche oder ökologische und viele mehr, eingegangen (Hurrelmann & Laaser, 2010). Verfolgt wird dabei ein Ziel: „Die Verbesserung und Steigerung von Gesundheitspotenzialen bei möglichst vielen Menschen“ (Hurrelmann & Laaser, 2010, S.753).

Der Begriff Gesundheitsförderung ist daher ein weitläufigerer Begriff als Prävention. Beim Begriff Prävention geht es vor allem um die Krankheitsverhütung, es sollen Faktoren

verhindert oder minimiert werden, welche zu Krankheiten führen können. Dagegen zielt Gesundheitsförderung darauf ab, Verhaltensweisen so zu ändern oder zu festigen, dass ein umfassendes Wohlbefinden stattfindet (Brehm et al., 2002).

Hurrelmann, Klotz und Haisch (2010, S.14) bezeichnen den Begriff Gesundheitsförderung als „alle Eingriffshandlungen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung dienen“. Das heißt, die Intervention richtet sich auf die Verbesserung der allgemeinen Bedingungen und eine Verbesserung der Lebensgestaltung (Hurrelmann et al., 2010).

Anders als die Krankheitsprävention nutzt die Gesundheitsförderung nicht das pathogenetische sondern das salutogenetische Wirkungsprinzip. Bei diesem Prinzip sollen nicht Risikofaktoren verhindert oder minimiert werden, sondern es sollen Schutzfaktoren und Ressourcen aufgebaut werden, welche als Schutz und der Verbesserung der Gesundheit dienen (Becker, 1997; zit. n. Hurrelmann et al., 2010, S.16).

Hurrelmann et al. (2010) klassifizieren diese Schutzfaktoren in vier Gruppen:

1. soziale und wirtschaftliche Faktoren, insbesondere gute Bedingungen am Arbeitsplatz und eine gute sozio-ökonomische Lebenslage
2. Umweltfaktoren, insbesondere gute Luft und Wasserqualität, gute Wohnbedingungen und gute soziale Netzwerke (Freunde, Nachbarschaft)
3. behaviorale und psychische Faktoren, insbesondere angemessene Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung, reduzierter Konsum von legalen und illegalen Drogen, sicheres Gefühl von Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung, Optimismus, Resilienz und Schutzmotivierung
4. Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen, insbesondere zu Bildungs- und Sozialeinrichtungen, Transport- und Freizeitmöglichkeiten, aber natürlich auch zu Einrichtungen der Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation

(Hurrelmann et al., 2010, S.16)

1.4 Salutogenese-Modell

Aaron Antonovsky, ein Medizinsoziologe jüdischer Abstammung, beschäftigte sich mit dem Begriff Gesundheit und wie diese entsteht. Dabei entwickelte er das Modell der Salutogenese, welches nun der Erhaltung und Wiedererlangung von Gesundheit dient

(Sack & Lamprecht, 1998). Er gab zu verstehen, dass die biomedizinischen Ansätze alleine nicht ausreichen um die Gesundheit zu erklären. Um das zu schaffen muss dem Begriff der Pathogenese der Begriff Salutogenese gegenübergestellt werden (Werle, Woll & Tittlbach, 2006).

Abbildung 1 stellt das Salutogenese-Modell nach Antonovsky genauer dar:

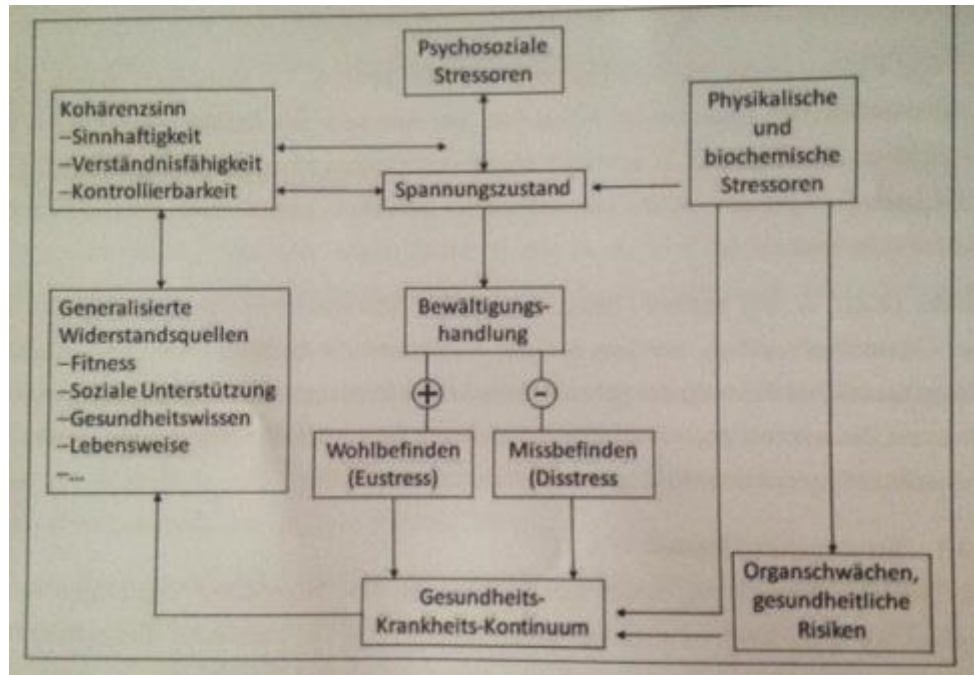


Abbildung 1: Salutogenese-Modell (Antonovsky, 1987, aus Werle, Woll & Tittlbach, 2006, S.33)

Die zentrale oder bestimmende Variable in diesem Modell ist mit Sicherheit der Kohärenzsinn. Dieser lässt sich in drei Komponenten unterteilen:

1. Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility). Es beschreibt Erwartungen, Anregungen und Anforderungen eines Menschen und wie er Informationen verarbeiten und nachvollziehen kann.
2. Gefühl von Bewältigbarkeit (sense of manageability). Bei dieser Komponente handelt es sich um die Überzeugung eines Menschen, dass die Herausforderungen im Leben entweder durch eigene Kraft oder mit fremder Hilfe lösbar sind.
3. Gefühl von Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness). Hier wird die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens beschrieben. Man muss davon überzeugt sein, dass die Aufgaben im Leben Sinn haben und es sich lohnt weiter zu machen.

(Antonovsky, 1997, zit. n. Hurrelmann, 2006, S. 123).

Es geht im Prinzip um die Ressourcen, die uns als Menschen zur Verfügung stehen, wie die Menschen ihre Umwelt wahrnehmen, damit umgehen und diese dann auch bewältigen und verstehen können.

Unterschied Salutogenese/Pathogenese:

- Salutogenese: Bei der Salutogenese handelt es sich um die Entstehung von Gesundheit. Sie ist demnach kein Zustand, sondern ein Prozess. Wesentlicher Bestandteil ist dabei der Kohärenzsinn (Pflegetwiki, 2014). Es geht darum, welche Faktoren Gesundheit beeinflussen können und wie Gesundheit erhalten werden kann. Dazu wurde eben das Salutogenese-Modell entworfen, das davon ausgeht, dass der Mensch mehr oder weniger gesund ist (Fonds gesundes Österreich, 2014d).
- Pathogenese: Das Wort Pathogenese hat seinen Ursprung im Griechischen. Dort bedeutet „Patos“ übersetzt „Leiden, Krankheit und Schmerz“. Das Wort „Genesis“ bedeutet übersetzt „Entstehung“. Die Pathogenese beschreibt somit den Entwicklungsprozess einer Krankheit (Ätiologie, 2014). Die Pathogenese beschreibt somit die ganze Entstehung von physischen oder psychischen Erkrankungen. Es wird der Verlauf der Krankheit, also die Krankheitsentstehung, als Prozess beschrieben (Doccheck, 2014a).

1.5 Das demographische Altern

Weltweit kann ein Anstieg der Lebenserwartungen festgestellt werden. Auch in Österreich hat sich die Bevölkerung weiterentwickelt und steigt stetig an. Die Anzahl der unter 15-jährigen ist in den meisten Regionen gesunken und die Anzahl der über 65-jährigen nimmt hingegen zu und steigt an. Laut Statistik Austria waren zum Stichtag, 1.1.2013, rund 1,5 Millionen Menschen über 65 Jahre alt. Das macht 18,1% der Gesamtbevölkerung aus (Statistik Austria, 2013a).

Nach Angaben von Statistik Austria wird auch in Zukunft die Gesamtbevölkerung in Österreich wachsen. Bis 2030 wird ein Anstieg von 7% und bis 2060 ein Anstieg von 11% erwartet. Hinzu kommt, dass aufgrund des vermehrten Kinderbekommens in den 50er und 60er Jahren sich die Altersgrenze in Richtung der älteren Generation verschieben

wird. Zurzeit sind diese 18%. Im Jahre 2020 erhöht sich die Zahl auf 20% und ab 2030 soll die Zahl auf mehr als 25% ansteigen (Statistik Austria, 2013b).

Die folgende Abbildung zeigt den Verlauf der demographischen Entwicklung der Gesellschaft. Hier ist der vorher angesprochene Anstieg der über 65-jährigen gut erkennbar.

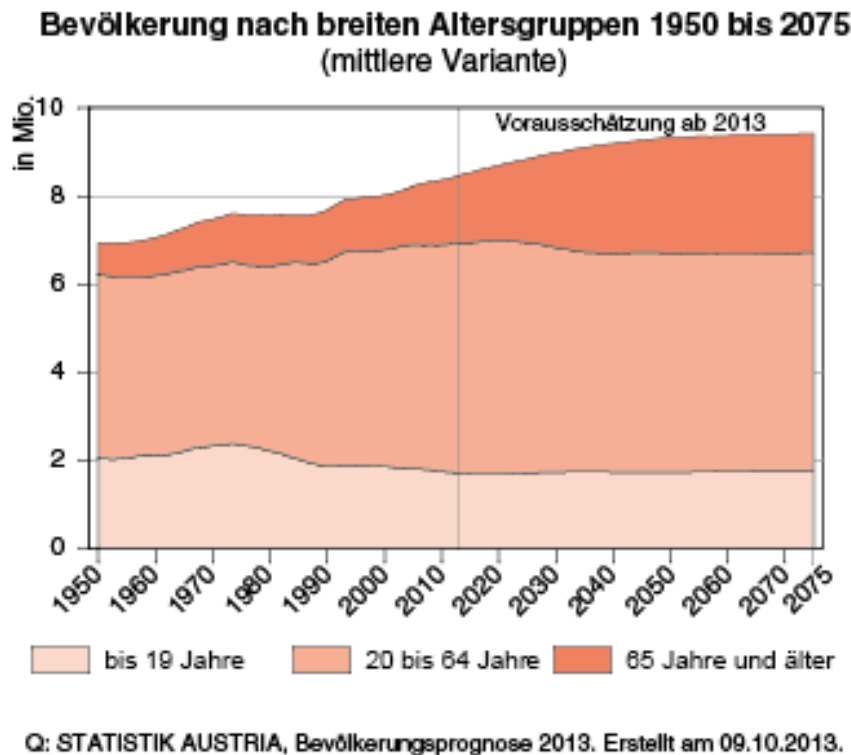


Abbildung 2: Bevölkerung nach Altersgruppen (Statistik Austria, 2013a).

Betrachtet man die Lebenserwartungen für über 65-jährige genauer, so beträgt die Lebenserwartung bei Männern im Alter von 65 17,8 Jahre und bei Frauen 21,2 Jahre. Laut Vorberechnungen der Statistik Austria wird diese im Jahre 2050 noch höher werden. Berechnungen ergaben, dass die Lebenserwartungen für Männer bei der Geburt bei 85,9 liegen und die der Frauen bei 89,5 Jahren. Das heißt, für Männer gibt es ab dem 65.Lebensjahr noch weitere 23 Jahre zu leben und für die Frauen noch weitere 25,6 Jahre (Statistik Austria, 2013b).

Aus diesen Zahlen lässt sich nun herauslesen, dass die Lebenserwartungen der Frauen wesentlich höher sind als jene der Männer. Auch die nachstehende Abbildung verdeutlicht nochmals das eben Geschriebene.

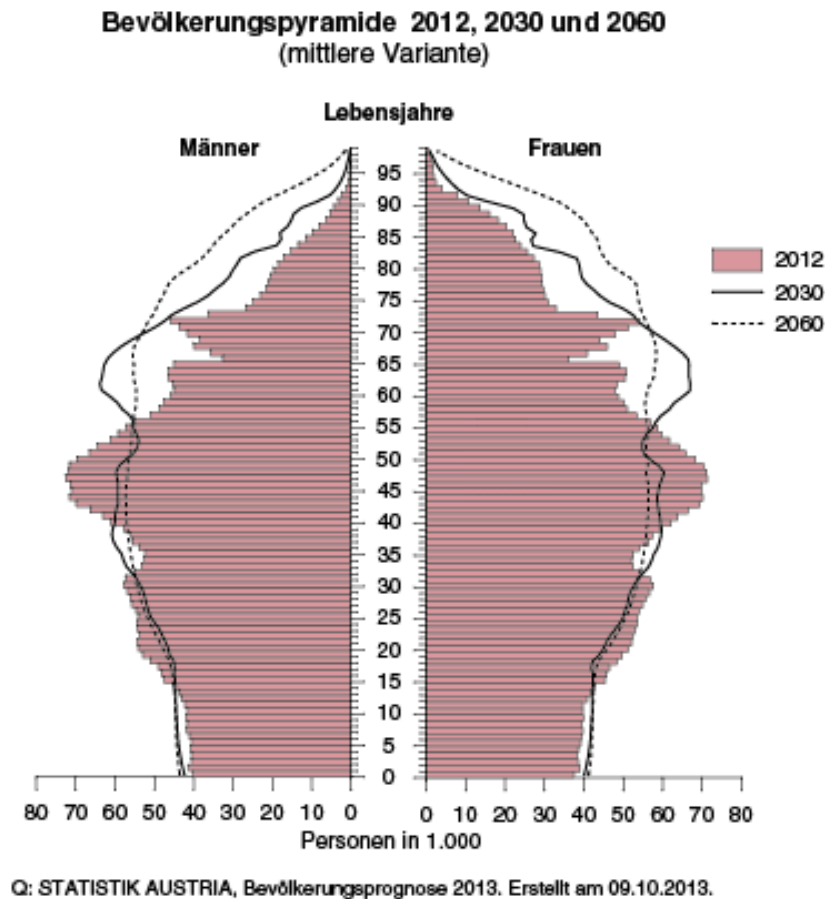


Abbildung 3: Bevölkerungspyramide (Statistik Austria, 2013b).

Ein Zugewinn an Lebensjahren ist aber nicht für jeden einzelnen ein Gewinn in Bezug auf die Lebensqualität. Mit dem Alter sind auch immer gesundheitliche Probleme verbunden und es kommt zu vermehrten Erkrankungen.

Diese Krankheiten können zum Beispiel Herz-Kreislauferkrankungen, Schlaganfälle, Demenz oder Osteoporose sein. Auch vermehrte Stürze sind mit dem Alter verbunden (Walter, Hager & Lux, 2008). Grund für viele dieser Krankheiten ist das Gesundheitsverhalten und die Risikobereitschaft der älteren Generation und nicht nur das Alter an sich. Deshalb ist es möglich aktiv gegen eine Verschlechterung der Lebensqualität anzukämpfen, indem Maßnahmen getroffen und Risikofaktoren vermindert werden, damit ein gesunder Alterungsprozess stattfinden kann (Walter, 2008).

Auch der österreichische Seniorenbericht 2012 bestätigt nochmals die zuvor geschriebenen Aussagen. Zu Beginn des Jahres 2011 waren 17,6 Prozent der Bevölkerung in Österreich 65 Jahre oder älter. Der Anteil an Frauen betrug dabei 58%.

Ausgegangen wird davon, dass im Jahr 2030 23,6 Prozent der Bevölkerung Österreichs über 64 Jahre alt sein werden und der Anteil an älteren Menschen wird stetig steigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil der über 65-jährigen in Österreich. Unterteilt ist diese in Bezirke und in Prozent dargestellt:

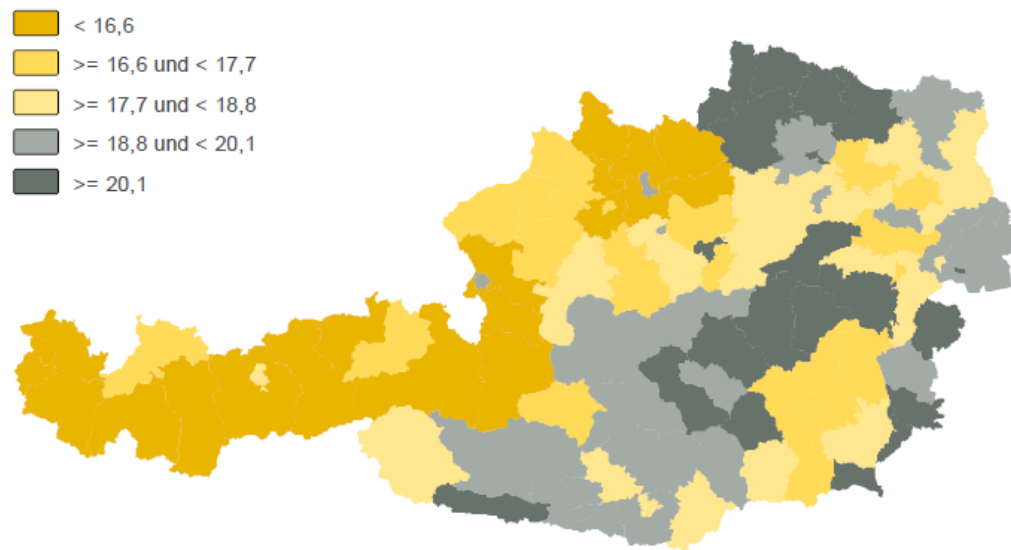


Abbildung 4: Anteil der über 65-jährigen an der österreichischen Gesamtbevölkerung in Prozent nach Bezirken 2010 (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

Diese Abbildung zeigt gut den Anteil der über 65-jährigen und weist eindeutig einen höheren Anteil in der Obersteiermark, im nördlichen Waldviertel sowie in Teilen des Burgenlandes und Westkärntens auf. Vor allem in diesen Regionen wird ein Anstieg der älteren Generation erwartet. Ausgegangen wird hier von einem Anteil von über 22% bei den über 65-jährigen (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

1.6 Das Alter und das Altern

Die Wissenschaft, welche sich mit dem Alter beschäftigt, nennt man Gerontologie. Definitionen über das Alter gibt es allerdings verschiedene.

„Mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten des Alterns und des Alters, einschließlich

der Analyse von altersrelevanten und alterskonstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen“ (Baltes & Baltes, 1994, S. 8).

Bei dieser Definition der Gerontologie wird darauf aufmerksam gemacht, dass man zwischen Alter und Altern unterscheiden muss. Diese zwei Begriffe haben unterschiedliche Bedeutungen und werden daher voneinander abgegrenzt. Das Wort „Altern“ wird in der Gerontologie als Prozess, als Entwicklung beschrieben, während das Wort „Alter“ das Ergebnis eines Prozess ist (Meusel, 1982, Singer, 1981).

Das Alter beschreibt im Wesentlichen eine Messgröße, welche die abgelaufene Zeit seit der Geburt beschreibt. Es gibt daher eine ungefähre Position im Zyklus des Lebens an (Doccheck, 2014b). Der Begriff „Alter“ unterliegt verschiedenen Bedeutungen. In der Literatur wird der Begriff folgendermaßen unterschieden:

1. kalendarisches oder chronologisches Alter

Walter (1995) beschreibt das kalendarische oder chronologische Alter als die Zeit, die seit der Geburt verstrichen ist. Das heißt, alle Jahre von der Geburt bis zum heutigen Tag.

2. biologisches Alter

Wenn man vom biologischen Alter spricht, wird von der gesamten Lebensspanne eines Organismus gesprochen. Dieser ist durch die vielen Krankheiten gekennzeichnet.

3. soziologisches Alter

Beim sozialen Alter geht es um die verschiedenen Rollen und Positionen, welche man in den unterschiedlichsten Phasen des Lebens einnimmt um auch den Erwartungen der Gesellschaft zu entsprechen.

4. funktionales Alter

Das funktionale oder auch psychologische Alter handelt von den Kapazitäten, welche Personen im Alter aufweisen um bestimmte Funktionen oder Kompetenzen zu übernehmen.

5. subjektives Alter

Das subjektive Alter beschreibt den Zustand eines Menschen. Dabei unterscheidet man zwischen körperlichem, seelischem und geistigem Zustand und dieser steht immer in Bezug auf sein chronologisches Alter. Hier wird auch oft das Sprichwort „Man ist so alt, wie man sich fühlt“ verwendet.

(Walter, 1995)

Der Begriff „Altern“ ist hingegen ein Prozess, der schon mit der Geburt beginnt. Assoziiert wird damit das Durchleben des eigenen Lebens. Dieses Durchleben ist bei jedem Menschen anders und somit individuell (Filipp & Mayer, 1999).

Das Altern ist somit ein Prozess, welcher bei jedem anders verläuft. Der Prozess ist sowohl mit Gewinnen, als auch mit Verlusten versehen. Betroffen ist dabei vor allem der körperliche Verfall, aber auch die geistige Leistungsfähigkeit ist betroffen (Filipp & Mayer, 1999).

Rosenmayr definiert den Begriff wie folgt:

Altern ist eine vielschichtige naturhafte Veränderung des Lebendigen, wobei Verlustprozesse im Vordergrund stehen. Diese Verluste können aber sowohl von der Selbststeuerung des Organismus als auch durch Außenbeeinflussung in sehr verschiedenem Ausmaß korrigiert und kompensiert werden. (Rosenmayr, 1990)

Bei dieser Definition wird vorrangig der biologische Aspekt beschrieben. Im Vordergrund stehen dabei die Verluste des Alterns und diese sind nicht nur vom Organismus, sondern auch von Fremdeinflüssen, abhängig.

Man sieht also, dass es verschiedene Begriffe und Bedeutungen betreffend dem Alter und dem Altern gibt. Zusammenfassend lässt sich aber sagen, dass

- Altern ein allmählicher Prozess ist und
- die Veränderungen im Alter physiologisch bedingt sind, d.h., dass es keine Erkrankungen sind, sondern es aufgrund des Alters zu Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit kommen kann. Aufgrund dessen können dann Krankheiten entstehen (Brunner, 1982, S.194; zit. n. Weineck, 2010, S.525).

1.7 Gesundheit und Gesundheitsförderung im Alter

Da es immer mehr ältere Menschen gibt (vgl. Kapitel 1.5.3) und geben wird, ist die Nachfrage nach gesundheitsfördernden Angeboten sehr hoch, da jeder so lange wie möglich gesund bleiben will, um die Lebensqualität aufrecht zu erhalten.

Gesundheit im Alter setzt sich aus fünf Dimensionen zusammen:

1. Fehlen von Krankheiten und Krankheitssymptomen
2. optimaler funktionaler Status
3. aktive, selbstverantwortliche, persönlich zufriedenstellende Lebensgestaltung
4. gelingende Bewältigung von Belastungen und Krisen
5. individuell angemessenes System medizinisch-pflegerischer und sozialer Unterstützung.

(Hurrelmann et al., 2010, S.88)

Um Veränderungen im Alter betreffend Gesundheit und Gesundheitsförderung durch Interventionen zu erreichen bedarf es Ziele. Folgende Ziele für Gesundheit im Alter ergeben sich daraus: Die Aufrechterhaltung des selbständigen Lebens, die Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit in körperlicher und geistiger Sichtweise, Verhinderungen von Erkrankungen und eine gewisse Unterstützung von der Öffentlichkeit dabei zu erhalten (Hurrelmann et al., 2010).

In Bezug auf die Gesundheitsförderung ist zu erkennen, dass bei der Entwicklung von diversen Programmen vor allem jüngere Personen angesprochen werden. Personen im höheren Alter werden eher vernachlässigt. Dabei können auch spät intervenierte Maßnahmen noch einen positiven Effekt zeigen (Kruse, 2002). In einer Tabelle von Lademann (2006, S.62) bekommt man einen Überblick, welche Tätigkeiten im Alter möglich sind um gesund zu bleiben bzw. gesund zu werden. Diese Tabelle bezieht sich auf Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung, aber auch Ansätze der Prävention sind darin beinhaltet.

Die folgende Tabelle (Tab. 1) zeigt Ansätze auf, mit denen Ziele zur Aufrechterhaltung der Gesundheit erreicht werden können. Aber auch Ansätze zur Wiedererlangung der Gesundheit sind enthalten.

Tabelle 1: Ansätze und Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

Ansätze	Motivation und Ziele
Früherkennung, Impfungen	Spezielle Erkrankungen früh erkennen (z. B. Krebserkrankungen), durch Impfungen vorbeugen (z. B. Gripeschutzimpfung)

Krankheitsprävention (Prävention relevanter Erkrankungen und Funktionseinbußen)	Gezielte Prävention von • Herz-Kreislaufferkrankungen • Muskel- und Skeletterkrankungen • Diabetes Mellitus Typ II • Demenz • Pflegebedürftigkeit • Inkontinenz • Zahn- und Munderkrankungen
Förderung körperlicher Aktivitäten	Erhöhung funktionaler Gesundheit, positive psychische und soziale Auswirkungen
Förderung kognitiver Aktivitäten	Erhalt und Förderung geistiger Leistungsfähigkeit
Förderung sozialer Aktivitäten	Erhalt und Förderung sozialer Unterstützungssysteme und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Förderung psychischer Gesundheit	Erhalt und Förderung psychischer Gesundheit durch gezielte Maßnahmen zur Entspannung und zum Stressabbau
Förderung einer gesunden Ernährung	Ernährung an den im Alter veränderten Bedarf anpassen, Über- und Untergewicht vorbeugen
Suchtprävention	Verhinderung und Behandlung von Tabak-, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
Sturz- und Unfallprävention	Stürze und Unfälle vermeiden durch Erhöhung der Sicherheit in Privathaushalten und Altenheimen sowie durch gezielte Stärkung der Muskulatur und des Gleichgewichtssinns
Assessmentverfahren	Erfassung von Risikofaktoren und Ressourcen, z. B. im Rahmen des geriatrischen Assessments, des präventiven Hausbesuchs, von Gesundheitsberatung
Kombinierte Ansätze	Gleichzeitige Förderung körperlicher, kognitiver und sozialer Aktivitäten
Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Arbeitnehmer/Innen	Leistungspotenziale älterer Erwerbstätiger erhalten und fördern, Vorbereitung auf den Ruhestand, Übergang gestalten
Sensibilisierung und Öffentlichkeit für „Gesundes „Alter(n)“ schaffen (Medien, Politik)	Entwicklung eines positiven Altersbildes

(Lademann, 2006, S.62)

2 DIE GENERATION 50 PLUS – Das Leben im Alter

Unter dem Begriff „Generation“ wird im Allgemeinen ein Personenkreis beschrieben, welcher einen gemeinsamen zeitlichen Ursprung hat (Rosenmayr, 1990). Rosenmayr (1990, S.148) definiert den Begriff Generation als „Kulturkonzept zur Bezeichnung einer Wertgemeinschaft und Wertgemeinschaft durch gegenseitige Beeinflussung einer Gemeinschaft, die sich innerhalb der zeitlichen Parallelität des Ursprungs ausformt“. Wenn also in dieser Arbeit von der Generation 50+ die Rede ist, wird von den Personen der Zielgruppe gesprochen, die über 50 Jahre alt sind.

Gerade der Wechsel von der Arbeitswelt in die Pension stellt für viele Menschen ein Problem dar und viele fühlen sich so, als würden sie nicht mehr gebraucht werden. Viele ältere Menschen versuchen einen neuen Tagesablauf zu finden und die Tage werden neu organisiert. Der Lebensstil selbst ändert sich allerdings kaum mit dem Alter. Personen, welche im Berufsleben eher aktiv waren, sind dies auch in der Pension und umgekehrt (Opaschowski, 1997).

Das Bewegungs- oder Ernährungsverhalten ist Teil des Lebensstils. Es sind Verhaltensmuster, welche die Lebensbedingungen jedes einzelnen bestimmen und längerfristig relativ stabil sind. Daher ist es notwendig im Bereich der Gesundheitsförderung sowohl den Menschen selbst, aber auch seine Lebensbedingungen anzusprechen, um in Folge seinen Lebensstil positiv zu verändern (Fonds gesundes Österreich, 2014c).

Gesundheit hängt auch mit den sozialen Schichten zusammen. Personen aus unteren sozialen Schichten haben schlechtere Gesundheitschancen als jene der oberen sozialen Schichten. Somit ist der soziale Status auch Teil des Lebensstils und auch ausschlaggebend für ein aktives Leben. Personen mit einer schlechteren Ausbildung haben ein schlechteres Einkommen und können sich somit nicht so viel leisten wie jene der oberen Schicht. Damit sind die Möglichkeiten für ein aktives Leben begrenzt. (Tesch-Römer & Wurm, 2009).

Wie sich die Lebenseinstellung und der Lebensstil im Alter auf das Sporttreiben bzw. das Bewegungsverhalten auswirken, wird im nächsten Kapitel erläutert.

2.1 Gesundheitliche Aspekte körperlicher Aktivität

Wie schon in einigen Kapiteln beschrieben ist die körperliche Aktivität wichtig, um die Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten. Dadurch können diverse Erkrankungen bekämpft oder sogar vermieden werden.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für chronische Erkrankungen. Durch gezielte körperliche Betätigung kann allerdings das Risiko gesenkt werden (Hager et al., 2002). Die körperliche und geistige Fitness ist für viele Menschen ein wesentlicher Bestandteil des Lebens. Für 90% der über 55-jährigen Deutschen Bevölkerung ist dies sogar wichtiger als ein hohes Lebensalter zu erreichen (Denk & Pache, 1996).

Welches Ziel verfolgen also ältere Personen in Bezug auf ihre Gesundheit? Welche Auswirkungen hat das körperliche Training auf die Gesundheit bzw. welcher gesundheitliche Nutzen kann durch körperliche Aktivität erzielt werden?

Laut dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) (2007, zit. n. Blessing-Kapelke, 2011, S.124) gibt es zahlreiche belegte Studien, die körperliche Aktivität als gesundheitswirksam beschreiben und dass diese sich positiv auf die Lebensqualität auswirken.

Folgende Wirkungen können durch körperliche Aktivität erzielt werden:

- Die Lebenserwartung verlängert sich.
- Der Altersprozess verzögert sich.
- Herzinfarkt-Erkrankungen und Durchblutungsstörungen kann entgegengewirkt werden.
- Das Risiko für Krebserkrankungen kann vermindert werden.
- Körperliche Aktivität unterstützt die Regulierung der Stoffwechselprozesse.
- Das Körperfett und das Körpergewicht kann reduziert werden.
- Die Knochenmasse kann aufgebaut werden und damit Osteoporose verhindert werden.
- Körperliche Aktivität stärkt das Immunsystem.
- Demenz kann vorgebeugt werden indem die geistige Leistungsfähigkeit verbessert wird.

(DOSB, 2007, zit. n. Blessing-Kapelke, 2011, S.124)

Auch Denk, Pache und Schaller (2003) zeigen auf warum körperliche Aktivität im Alter wichtig ist. Vor allem den Erhalt der Selbstständigkeit nennen sie als zentrales Ziel für die ältere Generation (Denk, Pache & Schaller, 2003). Warum körperliche Aktivität oder „Alterssport“, so wie sie es nennen, wichtig ist, zeigt die folgende Abbildung. Dabei unterscheiden sie zwischen dem Nutzen für die Person selbst und dem Nutzen für die Gesellschaft im Allgemeinen (Denk, Pache & Schaller, 2003).



Abbildung 5: Begründungen des Alterssport (Denk, Pache & Schaller, 2003, S. 86).

Nicht nur die Förderung der Gesundheit und die Förderung der Zufriedenheit spielen eine wesentliche Rolle, sondern vor allem der Erhalt der Selbstständigkeit ist ein zentrales Thema. Diese hängt allerdings davon ab, inwieweit die Alltagstätigkeiten noch selbstständig absolviert werden können. Lehr (1983) geht davon aus, dass vor allem körperliche aber auch geistige Aktivitäten wichtig sind um die Lebensqualität aufrecht zu erhalten um dadurch auch das Altern erfolgreich zu gestalten (Lehr, 1983).

Aber man sieht auch, dass körperliche Aktivität nicht nur für das Individuum selbst, sondern auch für die Gesellschaft wertvoll ist. Vor allem die Senkung der Pflege- und Gesundheitskosten spielen eine wesentliche Rolle. Aufgrund von körperlicher Aktivität

wird die Selbstständigkeit gefördert und die Menschen sind länger in der Lage für sich selbst zu sorgen. Dadurch verringern sich die Kosten für die Betreuung und die Pflege.

Im Allgemeinen lässt sich dadurch sagen, dass sich durch Bewegung und körperliche Aktivität der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern kann und sich dadurch auch die Gesundheitskosten verringern lassen (Denk, Pache & Schaller, 2003).

2.2 Bewegung und körperliche Aktivität im Alter

Bewegung und körperliche Aktivität sind ein wesentlicher Faktor um die Gesundheit zu fördern oder aufrecht zu erhalten. Diverse Erkrankungen können so bekämpft oder sogar vermieden werden (Löllgen, Bockenhoff & Knapp, 2009). Gerade im höheren Alter wäre ein regelmäßiges Training des Körpers sinnvoll und entscheidend für eine selbstständige Lebensweise (Cirkel & Juchelka, 2009).

Es ist aber leider so, dass im Alter die aktive Bewegung immer weniger wird. Grund dafür sind Faktoren wie Motivation oder auch Erkrankungen. Sich zu motivieren und aufzuraffen um dann sportlich aktiv zu werden ist ein Mitgrund warum es oft an der Bewegung scheitert. Des Weiteren können auch Erkrankungen aufgrund von Einschränkungen oder Risikofaktoren dazu beitragen, dass keine aktive Bewegung durchgeführt werden kann oder darf. Dabei wäre Bewegung oder körperliche Aktivität ein wesentlicher Bestandteil um die Gesundheit zu fördern und ist als Alternative zu einer medikamentösen Behandlung zu sehen (Engelhardt & Neumann, 1994).

Bewegung wäre daher für jeden einzelnen sinnvoll und notwendig. Der Großteil der Bevölkerung betätigt sich allerdings eher weniger körperlich aktiv und führt eine sitzende Lebensweise. Chronische Krankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Herzkrankheiten, Osteoporose aber auch Depressionen sind dann die Folge des Bewegungsmangels (Statistik Austria, 2006).

Bewegung ist auch wichtig für die Muskeln. Wenn im Alter kein Training durchgeführt wird, nimmt die Muskelkraft kontinuierlich ab. Dann kommt irgendwann der Punkt, an dem die Muskelkraft nicht mehr ausreicht um sich aufzurichten oder Alltagstätigkeiten durchzuführen. Da die Muskeln nicht eingesetzt werden, kommt es, wie oben schon erwähnt, zu einer Abnahme der Muskelkraft. Die Beweglichkeit der Gelenke und die Festigkeit der Knochen nehmen dadurch ab. Die Leistungsfähigkeit wird ebenfalls negativ beeinflusst aufgrund des nicht Bewegens (Regelin, Jasper & Hammes, 2013).

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über Alltagstätigkeiten und über die notwendigen körperlichen Voraussetzungen, welche dazu notwendig sind:

Tabelle 2: Körperliche Voraussetzungen für Alltagstätigkeiten

Alltagsaktivitäten	Körperliche Voraussetzungen
Treppen hinaufsteigen	• Beinmuskulkraft, um sich von einer Stufe zur nächsten hochdrücken zu können • Ausdauer, um mehrere Stufen hintereinander bewältigen zu können
Treppen hinabsteigen	• Balancefähigkeit, um beim Hinuntersteigen nicht das Gleichgewicht zu verlieren • Beinmuskulkraft zum Abfangen des Körpergewichts auf der unteren Stufe
Aufstehen aus dem Sessel	• Beinmuskulkraft
Eine schwere Einkaufstasche anheben und tragen	• Arm- und Schultermuskulkraft
Straßenverkehr	• Balance, um Unebenheiten (Kantstein, Glatteis, rutschige Blätter,...) überwinden zu können • Gehfähigkeit und Ausdauer • Reaktionsfähigkeit und Schnelligkeit, um eine Straße schnell zu überqueren • Beweglichkeit der (Hals-) Wirbelsäule, um sich umdrehen und den Kopf wenden zu können, um nach Autos zu schauen und sich zu orientieren
Fahren mit Bus und Bahn	• Beinmuskulkraft zum Ein- und Aussteigen • Standfestigkeit und Balance, um auch auf schwankendem Untergrund sicher zu stehen • Armkraft, um sich gut festhalten und abstützen zu können
Sich waschen und anziehen	• Beweglichkeit, um auch an die Füße und den Rücken heranzukommen • Beweglichkeit der Schultergelenke, um sich am Hinterkopf zu kämmen oder zu bürsten • Standsicherheit, um beim Anziehen einer Hose kurzzeitig auf einem Bein zu stehen • Beweglichkeit und Balance, um in einer Badewanne ein- und auszusteigen
Haushaltstätigkeiten	• Armkraft, um den Staubsauger aus dem Schrank zu heben • Beweglichkeit der Wirbelsäule, um sich zu bücken, zu strecken und zu drehen • Beweglichkeit des Schultergelenks, um Schränke

	einzuräumen oder eine Kaffeetasse aus dem obersten Fach zu nehmen • Balance, um, auf Zehenspitzen stehend, ganz oben an etwas heranzureichen
Einkaufen	• Gehfähigkeit und Ausdauer, um den Laden zu erreichen • Armkraft, um Tüten zu heben und tragen zu können, um den Einkaufswagen zu schieben • Beweglichkeit, um an die Regale heranzukommen

(Regelin, Jasper & Hammes, 2013, S. 45-46)

Diese Tabelle lässt deutlich erkennen, was alles notwendig ist, um sich sicher und ohne Probleme durch den Alltag zu bewegen und diesen auch eigenständig zu bewältigen.

Regelin, Jasper und Hammes (2013, S.47-55) geben sechs Kernkompetenzen an, welche notwendig sind um den Alltag zu bewältigen.

1. Kernkompetenz 1 – Muskelkraft
2. Kernkompetenz 2 – Standfestigkeit und Balance
3. Kernkompetenz 3 – Beweglichkeit
4. Kernkompetenz 4 – Gehfähigkeit und Mobilität
5. Kernkompetenz 5 – Bewegungssteuerung
6. Kernkompetenz 6 – Handkraft und Fingerfertigkeit

(Regelin, Jasper & Hammes, 2013).

All diese Kernkompetenzen sind wichtig, um sicher durch den Alltag zu kommen. Sei es jetzt, um sich nach einem Sturz wieder aufzurichten, Hindernisse überwinden zu können oder um den Abbau der Knochenmasse zu reduzieren. Wenn diese Kernkompetenzen größtenteils vorhanden sind, steht einem sicheren und eigenständigen Bewältigen des Alltags nichts mehr im Wege (Regelin, Jasper & Hammes, 2013).

Dass Bewegung und körperliche Aktivität wichtig ist um die Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten ist zuvor in den Kapitel schon gefallen. Ebenfalls erwähnt wurde auch, dass die Bewegung im Alter immer weniger wird. Die folgende Abbildung soll nun das geschriebene verdeutlichen und zeigt die körperliche Aktivität in der Freizeit. Aufgegliedert ist der Unterschied zwischen Frauen und Männern und der im Alter.

Aufgelistet und als körperlich aktiv bezeichnet wurden nur diejenigen, welche an drei Tagen pro Woche durch Laufen, Radfahren oder Aerobic ins Schwitzen kommen. Man

kann deutlich erkennen, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der Aktiven kontinuierlich sinkt. (Statistik Austria, 2006).

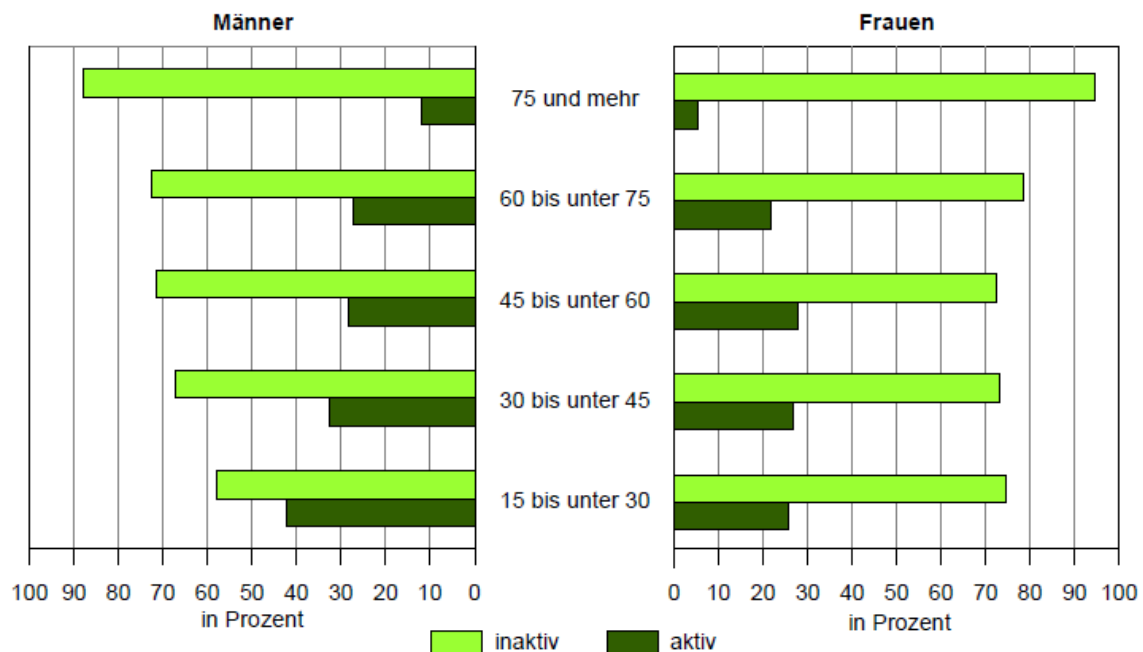


Abbildung 6: körperliche Aktivität in der Freizeit nach Altersgruppen und Geschlecht
(Statistik Austria, 2006).

Wo soll also angesetzt werden, damit der Anteil der Inaktiven mit zunehmendem Alter nicht so groß wird? Jeschke und Zeilberger (2004) sowie McAuley und Rudolph (1995) (zit. n. Schmidt, 2006, S.11) nennen folgende Möglichkeiten, um Inaktivität entgegenzuwirken:

- Die Schaffung von körperlichen Betätigungsmöglichkeiten, um das Interesse zu wecken und möglichst viele Menschen dafür zu gewinnen,
- Möglichkeiten bieten, um ein professionelles Training durchzuführen
- und dabei Sicherheit zu gewährleisten.

Im höheren Alter ist vor allem die gesundheitswirksame körperliche Aktivität sinnvoll. Damit wird die Bewegung bezeichnet, welche für die Gesundheit wichtig ist und diese damit auch fördert. Wesentlich dabei ist auch, dass durch gesundheitswirksame körperliche Aktivität das Risiko für Verletzungen nicht so hoch ist wie bei anderen Sportarten oder Bewegungsformen. Solche gesundheitswirksame körperliche Aktivität kann zum Beispiel Gehen, Tanzen, Gartenarbeit oder auch Tai Chi sein (Fonds gesundes Österreich, 2012a).

Wichtig bei der Generation 50+ ist auch die Wahl der Belastung. Diese muss so gewählt werden, dass diese nicht zu intensiv ist (Dorner & Rieder, 2008, zit. n. Winkler, Pochobradsky & Wirls, 2012, S.84). Personen im höheren Alter brauchen eine längere Eingewöhnungszeit als jüngere, um gewisse Hemmungen, Einschränkungen oder Schmerzen überwinden zu können. Natürlich ist es aber schon so, dass für Personen im höheren Alter genauso die Grundsätze der Trainingswissenschaft gelten wie für jüngere Personen. Um eine Verbesserung in Bezug auf Muskelkraft, Ausdauer oder Koordination zu erzielen, müssen sie genauso an ihre Belastungsgrenzen gehen wie jeder andere auch. Das Training sollte zu Beginn eher einfach und sanft gestaltet werden. Mit der Zeit kann dann die Intensität gesteigert werden. Es sollte aber immer so gewählt werden, dass es zu keiner Überforderung kommt und jeder mit dem Gefühl heimgehen kann, dass er etwas geschafft hat und dass es gar nicht so schwer war (Regelin, Jasper & Hammes, 2013).

Wie viel Bewegung ist nun sinnvoll um die Gesundheit zu fördern? Die ACSM (American College of Sports Medicine) und die AHA (American Heart Association) publizierten dazu im Jahr 2007 Bewegungsempfehlungen. Um die Gesundheit zu fördern, sagen sie, benötigen Erwachsene zwischen 18 und 65 Jahren ein 30 minütiges Ausdauertraining bei mittlerer Intensität. Durchgeführt werden muss dies an zumindest 5 Tagen in der Woche. Wenn das Training mit hoher Intensität ausgeführt wird, reicht ein 20 minütiges Ausdauertraining an 3 Tagen die Woche. Auch das Training zur Kräftigung der Muskulatur wird angeführt (Haskell et al., 2007). Das U.S Department of Health and Human Services hat 2008 neue Empfehlungen herausgegeben, welche mit denen von 2007 fast übereinstimmen. Allerdings liegt der Fokus hier auf dem Bewegungsumfang (Geuter & Holleder, 2012).

Auch in Österreich wurden Bewegungsempfehlungen definiert. Konzipiert wurden diese Empfehlungen unter anderem auch für Erwachsene ab 65 Jahren. Um also die Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten sollten Menschen im höheren Alter 150 Minuten pro Woche mit mittlerer Intensität oder 75 Minuten pro Woche intensiv körperlich aktiv sein. Idealerweise sollte die Aktivität auf möglichst viele Tage in der Woche verteilt werden (Fonds gesundes Österreich, 2012a). Vergleicht man nun die Österreichischen Bewegungsempfehlungen mit denen vom U.S Department of Health and Human Services so lässt sich erkennen, dass diese ident sind.

Die folgenden Abbildungen geben nochmals einen genaueren Überblick über die Bewegungsempfehlungen zur Förderung der Gesundheit:

Tabelle 3: ACSM & AHA Bewegungsempfehlungen

Zielgruppe	Empfehlungen	Bemerkungen
Erwachsene mittleren Alters (18-65 Jahre)	Ausdauerbelastung (für gesunde Erwachsene) • zumindest 30 Minuten Bewegung mit mittlerer Intensität • zumindest 20 Minuten lang an 3 Tagen die Woche • auch die Kombination aus Bewegung mit mittlerer und höherer Intensität ist möglich • bei Bewegung mit mittlerer Intensität können mindestens 10 Minuten durchgehende Einheiten addiert werden, um die pro Tag empfohlene 30 Minuten zu erreichen. Muskelkräftigende Übungen • zumindest zweimal pro Woche • Empfohlen werden 8-10 Wiederholungen an 2 nicht aufeinanderfolgenden Tagen • alle großen Muskelgruppen trainieren	Die empfohlenen Ausdauerbelastungen sollten zusätzlich zu Alltagsaktivitäten mit leichter Intensität oder zu Aktivitäten, die kürzer als 10 Minuten dauern, durchgeführt werden. Muskelkräftigende Bewegung kann ein Training an Maschinen, Gewichtstraining mit dem eigenen Körpergewicht, Treppensteigen oder ähnliche Übungen sein, bei denen die großen Muskelgruppen des Körpers beansprucht werden.
Ältere Menschen (65+ Jahre)	Ausdauerbelastung Die selben Empfehlungen wie für Erwachsene mittleren Alters Muskelkräftigende Übungen Gleich wie für Erwachsene mittleren Alters mit der Ausnahme, dass die Intensität mittel bis hoch sein soll. Beweglichkeitstraining Ältere Menschen sollten zumindest an zwei Tagen der Woche körperliche Aktivitäten durchführen, die die Flexibilität erhalten bzw. verbessern und zumindest 10 Minuten lang dauern. Gleichgewichtstraining Ältere Menschen mit erhöhtem Sturzrisiko sollten Balanceübungen durchführen, die das Gleichgewicht erhalten beziehungsweise verbessern.	Die Ausübung von Ausdauerbelastungen und muskelkräftigenden Übungen über die Minimalempfehlung hinaus bringen einen weiter reichenden gesundheitlichen Nutzen. Ältere Menschen sollten sich daher mehr bewegen, als in den Mindestempfehlungen vorgegeben ist, wenn Beschwerden sie nicht daran hindern.

(Haskell et al., 2007, zit.n. Geuter & Holleder, 2012, S.56)

Tabelle 4: US Department of Health and Human Services Bewegungsempfehlungen

Zielgruppe	Empfehlungen	Bemerkungen
Erwachsene mittleren Alters (18-64 Jahre)	• zumindest 150 Minuten (2,5 Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder • 75 Minuten (1,25 Stunden) pro Woche Bewegung mit höherer Intensität • pro Einheit mindestens 10 Minuten • körperliche Aktivität auf mehrere Tage der Woche verteilen • Erwachsene sollten an zwei oder mehr Tagen der Woche muskelkräftigende Übungen mit mittlerer bis höherer Intensität durchführen, bei denen alle großen Muskelgruppen beansprucht werden.	Die Ausübung von Ausdauerbelastungen und muskelkräftigenden Übungen über die Minimalempfehlung hinaus bringen einen weiter reichenden gesundheitlichen Nutzen. Ältere Menschen sollten sich daher mehr bewegen, als in den Mindestempfehlungen vorgegeben ist, wenn Beschwerden sie nicht daran hindern.
Ältere Menschen (65+ Jahre)	Für ältere Menschen gelten die selben Bewegungsempfehlungen wie für Erwachsenen mittleren Alters, wenn keine Kontraindikationen in Bezug auf die körperliche Aktivität vorliegt.	Menschen mit Beeinträchtigungen sollten achtsam sein und medizinische Beratung einholen. Sind ältere Menschen nicht mehr in der Lage, die Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mittleren Alters zu erfüllen, sollten sie so viel Bewegung machen, wie es ihre Beschwerden zulassen.

(Geuter & Hollederer, 2012, S.57)

Tabelle 5: Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung

Zielgruppe	Empfehlungen	Bemerkungen
Ältere Menschen (65+ Jahre)	Um die Gesundheit zu fördern und aufrecht zu erhalten ... • zumindest 150 Minuten (2,5 Stunden) pro Woche Bewegung mit mittlerer Intensität oder • 75 Minuten (1,25 Stunden) pro Woche Bewegung mit höherer Intensität • pro Einheit mindestens 10 Minuten	Die Empfehlungen gelten für gesunde Erwachsene ab 65 Jahren, bei denen keine Kontraindikation in Bezug auf körperliche Aktivität gegeben ist. Die Empfehlungen sind auch für Personen mit chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten bedeutsam, die die Bewegungsfähigkeit nicht unmittelbar betreffen, wie z. B. Asthma, Bluthochdruck oder

	• körperliche Aktivität auf mehrere Tage der Woche verteilen • Erwachsene sollten an zwei oder mehr Tagen der Woche muskelkräftigende Übungen mit mittlerer bis 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.	Diabetes. Personen mit spezifischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie z. B. Herzerkrankungen beziehungsweise Herzerkrankungen in der Krankheitsgeschichte, sollten besonders achtsam sein und medizinische Beratung einholen, bevor sie beginnen, die Bewegungsempfehlungen für ältere Menschen umzusetzen. Ältere Menschen sollten jede Gelegenheit nutzen, körperlich aktiv zu sein. Jede Bewegung ist besser als keine Bewegung, weil der Wechsel vom Zu stand „körperlich inaktiv“ zum Zustand „geringfügig körperlich aktiv“ ein wichtiger erster Schritt ist.
--	--	--

(Fonds gesundes Österreich, 2012a)

All diese Empfehlungen für Bewegung basieren auf folgenden Grundsätzen:

- Jede Bewegung ist besser als keine.
- Mit zunehmendem Bewegungsumfang (Dauer, Häufigkeit und Intensität der Bewegung) nimmt der gesundheitliche Nutzen zu.
- Der gesundheitliche Nutzen regelmäßiger Bewegung ist größer als das Gesundheitsrisiko, das sich durch körperliche Aktivität ergeben könnte.
- Der gesundheitliche Nutzen ist größtenteils unabhängig vom Geschlecht und der ethnischen Zugehörigkeit.

(LIGA.NRW, 2011)

Solche Bewegungsempfehlungen sind wichtig und vor allem notwendig um die Menschen darüber zu informieren, wie die Bewegung durchgeführt werden soll, das heißt, in welcher Intensität und mit welcher Häufigkeit trainiert werden soll. Gerade deswegen ist es sinnvoll und notwendig auf solche Bewegungsempfehlungen zurückzugreifen (LIGA.NRW, 2011).

2.3 Leistungsfähigkeit im Alter

Bei der Leistungsfähigkeit im Alter muss zwischen geistiger und biologischer Leistungsfähigkeit unterschieden werden. Im Laufe des Lebens findet ständig eine Anpassung des Menschen statt, die vor allem durch Bewegung stattfinden kann. Dadurch können negative Einflüsse auf Prozesse verlangsamt oder verhindert werden (Buskies & Boeckh-Behrens, 1995).

Die folgende Grafik zeigt einen Verlauf der Leistungsfähigkeit im Laufe des Lebens. Hier kann man gut erkennen, dass bei aktiven Menschen die Leistungsfähigkeit im Vergleich zu den Inaktiven wesentlich höher ist.

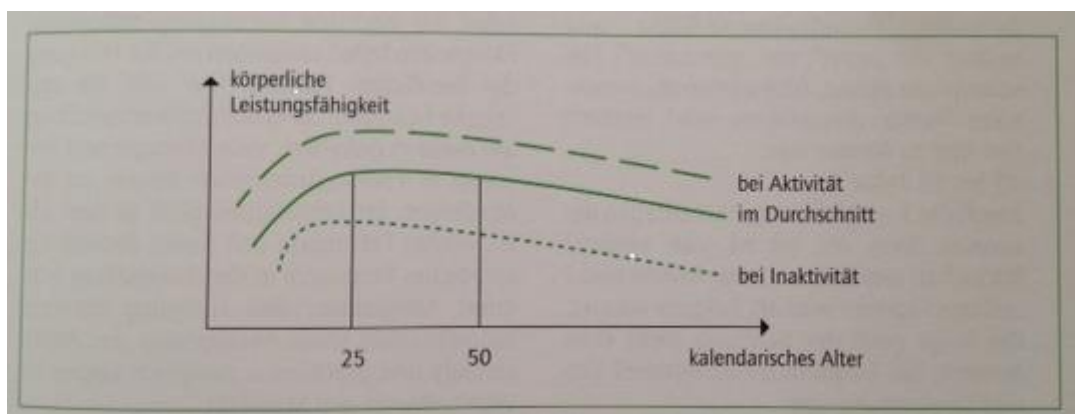


Abbildung 7: Verlauf der durchschnittlichen Leistungsfähigkeit im Laufe des Lebens (Buskies & Boeckh-Behrens, 1995).

Im Prinzip trägt jede einzelne motorische Fähigkeit dazu bei die Leistungsfähigkeit im Alter zu verbessern. Die beste Fähigkeit das zu erzielen ist mit Sicherheit die Ausdauer (Denk, Pache & Schaller, 2003).

Kraft

Denk, Pache & Schaller (2003, S.170) definieren Kraft als „die Fähigkeit eines Muskels, Bewegungswiderstände zu überwinden (dynamischer Aspekt) oder äußeren Kräften entgegenzuwirken (statischer Aspekt)“.

Im Laufe der Zeit verliert der Mensch an Muskelmasse und somit auch an Kraft. Die Knochen verlieren ihre Festigkeit und der Stoffwechsel reduziert sich. Bei Bewegungsmangel werden diese Faktoren noch mehr verstärkt und die Leistungsfähigkeit reduziert sich schneller. Im Allgemeinen nimmt die Kraft pro Lebensjahrzehnt um ca. 8% ab. Mit Erreichen des 50. Lebensjahres erhöht sich dieser Abbau deutlich (Gottlob, 2001).

Alltagstätigkeiten werden daher für ältere Menschen immer beschwerlicher, wie zum Beispiel das Heben oder Tragen von Gegenständen (Denk, Pache & Schaller, 2003).

Die folgende Aufzählung zeigt die möglichen positiven Auswirkungen eines Krafttrainings für ältere Menschen:

- allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Erhebliche Steigerung der Kraft sowie dauerhafter Erhalt der Kraft
- Verletzungsvorbeugung
- Beschwerderückgang bei bestehenden Verletzungen und Verschleißerscheinungen
- Erhalt und Aufbau der Knochendichte
- Stabilerer Gelenkknorpel, verbesserte Versorgung der Gelenke
- Mobilitätsverbesserung und schnellere Bewegungsfähigkeit
- Verbesserte Alltagsmotorik
- Kräftigung der Atemmuskulatur
- Deutliche Erhöhung des Stoffwechsels
- Günstige Auswirkungen auf Herz-Kreislauf-Parameter
- Günstige Auswirkungen auf Diabetes Mellitus Typ 2

(Gottlob, 2001, S.165)

Wenn es Personen an Kraft fehlt, entsteht eine erhöhte Verletzungsgefahr und es kommt zum Absinken der Mobilität und der Motorik. Hier kann ein Krafttraining entgegenwirken. In Verbindung mit dem Krafttraining wäre auch noch ein gezieltes Koordinationstraining sinnvoll. Untersuchungen zeigen, dass Krafttraining präventiv wirken kann. Dabei trainierten 1000 Bewohner von Alten- und Pflegeheimen über einen Zeitraum von 2,5 Jahren. Es wurde zwei Mal pro Woche Kraft und Koordination trainiert. Durch dieses Training konnte das Sturzrisiko um 40% reduziert werden (Buchbauer & Kling, 2007).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Krafttraining einen positiven Einfluss auf den passiven und aktiven Bewegungsapparat hat und sehr nützlich für den Alltag älterer Menschen sein kann.

Ausdauer

Wenn von Ausdauer die Rede ist, spricht man von der Fähigkeit eine Aktivität über einen längeren Zeitraum ohne Pause durchzuführen. Laufen oder Schwimmen wären zum Beispiel Sportarten, welche die Ausdauer und somit das Herz-Kreislauf-System trainieren. Im Alter wäre vor allem ein Grundlagentraining am sinnvollsten, da es das Immunsystem schützt bzw. stärkt und der Körper gegen Ermüdung widerstandsfähiger wird (Buchbauer & Kling, 2007).

Die nachstehende Abbildung zeigt die positiven Auswirkungen, welche durch Ausdauertraining erzielt werden können. Wenn das Ausdauertraining regelmäßig durchgeführt wird, entstehen gesundheitliche Vorteile für die trainierende Person. Es hat Auswirkungen auf das Herz, d.h. es kommt zu einer verbesserten Durchblutung und dadurch zu einem Absinken des Ruhepulses. Außerdem hat es Einfluss auf das Gefäßsystem und die Atmung und es bekämpft Risikofaktoren. Weiters kann die Muskulatur gestärkt werden und die Leistungsfähigkeit verbessert oder zumindest gehalten werden (Buchbauer & Kling, 2007). Eine genaue Auflistung zeigt allerdings die folgende Tabelle:

Tabelle 6: Positive Auswirkungen eines regelmäßigen Ausdauertrainings

Herz	• Absinken von Ruhepuls • Vergrößertes maximales Schlag- und Herzminutenvolumen • Verbesserte Durchblutung des Herzmuskels • Ökonomisierung der Herzarbeit und geringere Herzbelastung
Gefäßsystem und Blut	• Geringeres Risiko von Arteriosklerose • Abnahme des Blutfettspiegels und Vergrößerung des positiven HDL-Anteils • Bessere Versorgung der Organe und der Muskulatur mit Sauerstoff und Nährstoffen • Bessere Fließeigenschaften • Geringere Thromboseeignung
Lunge/Atmung	• Verbesserung der Atemökonomie für vergleichbare Belastungen
Risikofaktoren	• Vorbeugung von Herz-Kreislauf-erkrankungen
Osteoporose	• Vermutlich vorbeugende Wirkung
Muskulatur	• Verbesserte Durchblutung • Verbesserte Sauerstoffaufnahme,

	-speicherung, -verarbeitung
Immunsystem	• Stärkung des Immunsystems
Leistung	• Verbesserte Ausdauerleistungsfähigkeit und gesteigerte Leistungsfähigkeit im Beruf, im Alltag und in der Freizeit
Regeneration	• Beschleunigte Erholung, verbesserte Regenerationszeit
Körperformung	• Zusätzlicher Energieverbrauch, Fettabnahme, Körpergewichtsreduktion
Psyche	• Verbesserung des Wohlbefindens, Abbau von Stress, Anspannung und Ängsten, Steigerung des Selbstbewusstseins

(Buskies & Boeckh-Behrens, 1995, S.11-12)

Beweglichkeit

Wenn man von Beweglichkeit spricht, ist auch immer die Rede von Gelenkigkeit oder Dehnfähigkeit. Beweglichkeit ist demnach „die Fähigkeit des Menschen, Bewegungen mit großer Amplitude selbst oder mit unterstützendem Einfluss äußerer Kräfte in einem oder mehreren Gelenken auszuführen“ (Harre, 1986; zit. n. Denk, Pache & Schaller, 2003, S. 182).

Mit zunehmendem Alter kann es zu Einschränkungen in der Beweglichkeit kommen, wodurch die Lebensqualität leiden kann. Um das zu verhindern wäre ein Beweglichkeitstraining sinnvoll. Gezielte Übungen für die Gelenkigkeit und für die Dehnfähigkeit eignen sich dazu sehr gut. So können im Alter Dysbalancen vermieden werden und zum Wohlbefinden eines jeden beitragen (Denk, Pache & Schaller, 2003).

Koordination

Ähnlich ist es auch mit der Koordination. Hier fällt es mit zunehmendem Alter immer schwieriger koordinative Aufgaben zu lösen. Ein regelmäßiges koordinatives Training wäre daher auch hier sinnvoll (Bachl, Schwarz & Zeibig, 2006). Koordinative Fähigkeiten sind wichtig, um gewisse motorische Tätigkeiten im Leben durchzuführen und dadurch auch die Selbstständigkeit aufrecht zu erhalten. Aufgrund des Alters kann es aber diesbezüglich manchmal zu Beeinträchtigungen kommen. Die Reaktionsfähigkeit kann nachlassen und Stürze vermehren sich. Um hier entgegenzuwirken, reicht es oft nicht aus die Sicherheitsmaßnahmen zu erhöhen, sondern hier muss gezielt das Gleichgewicht trainiert werden (Pfeiffer, Grigereit & Banzer, 1998, zit. n. Denk, Pache & Schaller, 2003).

Nagel (1997) hat die Bedeutung der koordinativen Fähigkeiten für ältere Menschen im Alltag zusammengefasst:

- Koordinative Fähigkeiten sichern die Haltungsregulation (Stehsicherheit).
- Durch Vermeidung von Fehlbewegungen wird das Unfallrisiko gemindert (Sturzprävention).
- Geschädigte Organe (Gelenke) werden entlastet.
- Alltagsfertigkeiten bereiten weniger Probleme.
- Ungewohnte Anforderungen und Überraschungssituationen werden besser bewältigt.
- Mehrfachhandlungen gelingen besser.
- Handlungsspielräume werden gewahrt.
- Körperliche Selbstständigkeit, Selbstsicherheit und Wohlbefinden werden positiv beeinflusst (Nagel, 1997, zit. n. Denk, Pache & Schaller, 2003).).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich mit dem Alter die Leistungsfähigkeit verringert. Primäres Ziel im Alter ist es nicht, eine maximale Leistung zu erbringen, sondern die Belastbarkeit steht im Vordergrund. D.h. mit zunehmendem Alter ist es notwendig, Intensität, Häufigkeit und Umfang so anzupassen, dass die Leistungsfähigkeit erhalten bleibt. So können Alltagsanforderungen einfacher bewältigt werden. Es kommt seltener zu Stürzen und Tätigkeiten wie Treppensteigen oder Einkaufengehen können dank gezieltem Training selbstständiger durchgeführt werden (Bachl, Schwarz & Zeibig, 2006).

2.4 Gestaltung von Bewegung für die Generation 50+

Für ein gesundes und eigenständig durchführbares Leben ist ein gezieltes Training der körperlichen Aktivität wichtig. Dadurch können Einschränkungen im täglichen Leben vermieden bzw. reduziert werden. Bei weniger körperlicher Aktivität verringert sich die Leistungsfähigkeit und es kommt zu einer Verschlechterung der Lebensqualität (Regelin, Jasper & Hammes, 2013).

Im Zuge einer Eurobarometer-Befragung, welche sich mit dem veränderten Bewegungsverhalten im Altersverlauf beschäftigte, wurde folgendes Ergebnis festgestellt:

- Mit zunehmendem Alter nimmt die Anzahl der sportlichen Aktivitäten ab.
- Auch andere körperliche Betätigungen nehmen mit zunehmendem Alter ab.
- Personen, welche sich schon in jüngeren Jahren sportlich betätigt haben, tun dies auch im höheren Alter.
- Umso älter die Befragten waren, umso lieber wurde Sport oder die körperliche Aktivität im Freien durchgeführt.
- Der gesundheitliche Aspekt spielt mit zunehmendem Alter eine immer wichtigere Rolle (TNS Opinion & Social 2010, zit. n. Winkler, Pochobradsky & Wirls, 2012, S.84).

Auch österreichweit kommt man zu diesem Ergebnis, welches die nachstehende Abbildung gut zeigt. Umso älter, umso weniger körperliche Aktivität wird durchgeführt. Spaziergänge und Radfahren ersetzen sportliche Tätigkeiten wie intensives körperliches Training oder Jogging. Ein leichtes moderates Training steht nun am Programm.

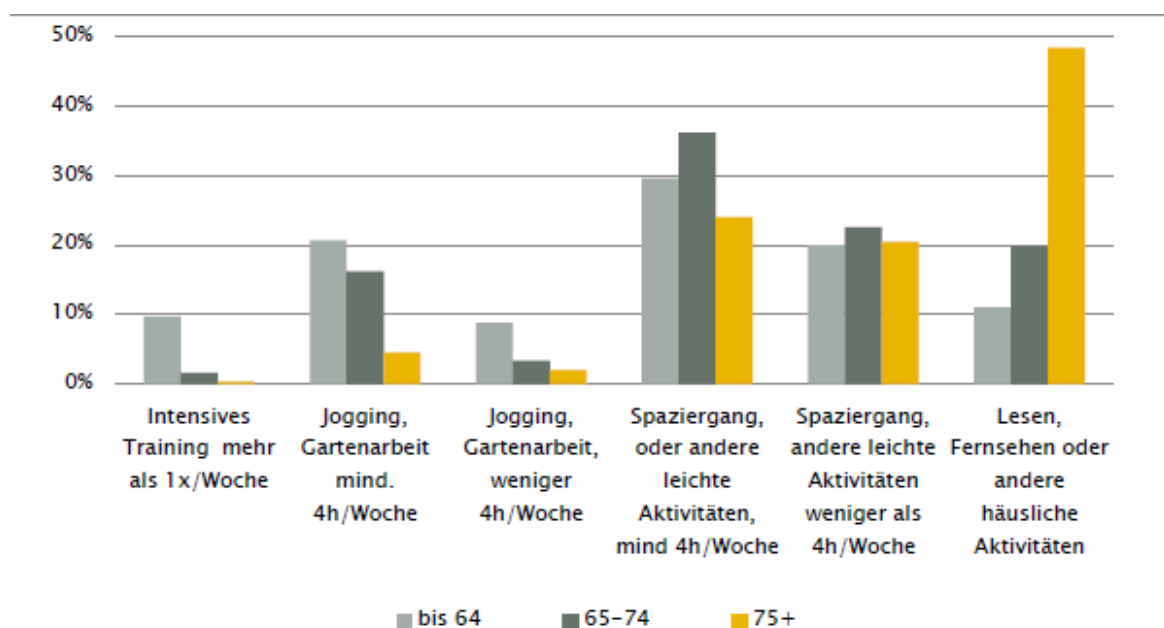


Abbildung 8: Körperliche Aktivitäten nach Altersgruppen in Österreich (Bundesministerium für Gesundheit , 2012).

Diese Abbildung zeigt, dass 65-74-jährige ungefähr 4 Stunden in der Woche körperlich aktiv sind, indem sie leichtes körperliches Training durchführen. Bei der Altersgruppe über 74 konnte festgestellt werden, dass sie vermehrt Tätigkeiten wie Fernsehen oder Lesen bevorzugt oder sich auf andere Weise im Haushalt bewegen. Dies betrifft vorrangig die

Frauen. Im Schnitt betätigen sich daher die 65-74-jährigen an 1,3 Tagen in der Woche und die über 74-jährigen an einem halben Tag in der Woche körperlich aktiv.

Wesentliche Voraussetzung für ein Training im Alter ist unter anderem die Motivation. Aber auch die Psyche spielt eine große Rolle. Viele haben Angst oder Hemmungen vor der Bewegung und wollen daher erst gar nicht an dem Training teilnehmen. Sie haben auch Befürchtungen, dass sich durch das Training ihre Schmerzen verschlimmern oder erst gar dadurch welche entstehen. Ziel muss daher sein, den Menschen in dem Alter zu erklären, welche positiven Auswirkungen Bewegung und körperliche Aktivität auf ihre Gesundheit haben können und ihnen ihre Ängste zu nehmen (Regelin, Jasper & Hammes, 2013).

Regelin, Jasper und Hammes (2013, S. 29) nennen folgende Ziele, die wesentlich für ein Training mit Senior(inn)en sind:

- Die älteren Menschen sollen die Wirkung der Bewegung, insbesondere im Hinblick auf die Erhaltung der Selbstständigkeit spüren und diese sollte ihnen bewusst gemacht werden.
- Die Bewegung sollte den Menschen im höheren Alter Spaß machen und Lebensfreude und Lebenslust sollten dabei sein.
- Die Bewegung sollte so ausgerichtet sein, dass die ältere Generation den anderen Gruppenteilnehmern begegnen können, dass persönliche Kontakte möglich sind und dass sie sich als Teil einer Gruppe erleben können

Wie können nun ältere Menschen an den Sport gebunden werden? Eine zentrale Rolle spielt dabei der Verein. Für ältere Menschen ist es wichtig einen fixen Termin für Übungsstunden zu haben und genau das kann ein Verein bieten. Allerdings sind hier einige Punkte zu berücksichtigen um eine Teilnahme im Verein zu garantieren:

- auf Bewegungswünsche der Teilnehmer eingehen
- die Bedürfnisse der Teilnehmer berücksichtigen
- die Übungsstunde an den Alltagsrhythmus anpassen
- das Sportangebot an gut erreichbaren Orten abhalten
- das Sportangebot mit geselligem Zusammensein in Verbindung bringen
- den Teilnehmern Informationen über Gesundheit bieten

(DOSB, 2007)

Durch die Einhaltung dieser Punkte können eventuell einige ältere Personen mehr für körperliche Aktivität gewonnen werden. Welche Sportarten sind allerdings in einem Verein für diese Generation sinnvoll und geeignet und welche nicht? Was ist die geeignetste Sportart im Alter?

Ausdauersportarten zählen zu den beliebtesten im höheren Alter, da sie risikoarm sind und unter anderem auch präventiv wirken (Engelhardt & Neumann, 1994). Grundsätzlich ist es so, dass Sportarten, welche schon lebenslang ausgeübt wurden, auch im hohen Alter noch ausgeübt werden können, auch wenn diese technisch schwierig sind. Voraussetzung für die Ausübung von Sportarten ist, dass es keine Einschränkungen oder Kontraindikationen dafür gibt. Geeignete Sportarten wären zum Beispiel Wandern, Laufen, Skilanglauf, Radfahren oder Schwimmen (Weineck, 2010).

Nicht alle Sportarten sind aber für ältere Menschen aufgrund von Risikofaktoren geeignet. Vor allem Sportarten mit zu hohen Anforderungen, die die Koordination betreffen und solche, die die Schnelligkeit bzw. die Reaktionsfähigkeit betreffen, sind ungeeignet. Sportarten, wo es zu einer Pressdruckatmung kommt, sind ebenfalls zu vermeiden (Engelhardt & Neumann, 1994).

Neben dem oben genannten Vereinssport spielt auch der selbstorganisierte Sport eine wesentliche Rolle. Die Ergebnisse der SOKO-Trend-Studie aus dem Jahr 1994 zeigen sogar, dass der Vereinssport bei über 50-jährigen nicht unbedingt an erster Stelle steht, sondern eher der selbstorganisierte. Sportarten wie Wandern, Laufen, Radsport, Schwimmen oder Tanzen werden hauptsächlich außerhalb des Vereins selbstorganisiert durchgeführt (Denk, Pache & Schaller, 2003). Der Vorteil ist gut erkennbar: Die Ausübung der Bewegung steht jedem offen und kann individuell gestaltet werden, es gibt keine Aufnahmebedingungen und es werden keine speziellen körperlichen Fähigkeiten oder Kompetenzen vorausgesetzt. Die Sportausübung kann so an einem beliebigen Ort zu einer beliebigen Zeit durchgeführt werden (Heinemann, 2007).

Am liebsten werden von der älteren Generation Sportarten wie Gymnastik, Schwimmen, Radfahren, Wandern oder Kegeln durchgeführt. Die meisten dieser Sportarten können selbstorganisiert durchgeführt werden und decken sich mit den empfohlenen Bewegungsaktivitäten von Experten und Expertinnen (Denk, Pache & Schaller, 2003).

3 DAS PROJEKT G50-BEWEGUNGSTOUR

Die G50-Bewegungstour ist Teil des Projekts „G50“ und speziell für die Generation 50+ konzipiert. Für diese Zielgruppe soll ein ganzheitliches Programm zur Gesundheitsförderung umgesetzt werden.

Das Projekt G50-Bewegungstour zielt darauf ab Neu-, Quer- und Wiedereinsteiger hin zur Bewegung zu führen. Bei verschiedenen Stationen, welche von Experten und Expertinnen betreut werden, hatten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Möglichkeit diese auszuprobieren. Angeboten wurden Stationen zur Motorik, Kraft, Ausdauer, Reaktion, Gleichgewicht und Koordination.

Die G50-Bewegungstour besteht aus verschiedenen Vitalstationen, bei denen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Möglichkeit hatten, Trainingsgeräte auszutesten um danach Handlungsempfehlungen und Informationen über den eigenen Fitnesszustand zu bekommen. Zu Beginn jeder Veranstaltung konnten sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen Informationen am Infopoint über die Tour abholen. Des Weiteren stand ein kurzes Anamnese Gespräch auf dem Plan um eine optimale Betreuung zu gewährleisten. Auch konnten sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen Tipps von einer Sportpsychologin geben lassen, wie der „inneren Schweinehund“ zu überlisten ist. Nach erhaltenen Informationen und getätigten Gespräch bekam jeder der Besucher eine G50+ Vitalkarte mit der jede Station einfach zu finden war. Ebenfalls wurde beim Infopoint der Bewegungspass ausgeteilt. Beim Durchlaufen der einzelnen Vitalstationen, welche beliebig zu absolvieren waren, konnten sich die Teilnehmenden ihren Besuch auf ihren Bewegungspass durch einen Stempel eintragen lassen. Mit dem ausgefüllten Bewegungspass bekam jeder der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ein kleines Dankeschön beim Infopoint. Voraussetzung dafür war allerdings das Ausfüllen eines Fragebogens zur G50-Bewegungstour.

Die G50-Bewegungstour fand im Zeitraum Oktober 2013 bis Januar 2014 im Rahmen einer Pilotphase an folgenden fünf Standorten in Niederösterreich statt: Groß-Enzersdorf, Schrems, Waidhofen/ Ybbs, Wiener Neustadt und Wilhelmsburg. Für 2014 ist eine Ausweitung auf 15 zusätzliche Standorte in Niederösterreich geplant (Evaluationsbericht G50 Bewegungstour, 2014).

3.1 Projekthintergrund

Das Projekt G50 wurde von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) ins Leben gerufen. Beauftragt wurde dazu die Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung (ARGEF), die schlussendlich das Projekt G50 für das Land Niederösterreich entwickelte und nun durchführt.

Die Projektschwerpunkte sind dabei eindeutig die Bereiche Bewegung, Ernährung, mentale Gesundheit, psychomotorisches Training, Empowerment und Erhaltung der Selbstständigkeit.

Auch auf die Ist-Situation im Land Niederösterreich wurde Rücksicht genommen. Berücksichtigt wurden dabei die gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Lebensräume der Zielgruppe und der Mensch selbst. (Evaluationsbericht G50 Bewegungstour, 2014).

Insgesamt besteht das Projekt G50 aus fünf verschiedenen Unterprojekten:

- G50-Börse (Seniorenbörse – Senioren helfen Senioren ehrenamtlich im Alltag)
- G50-Bewegungstour (Vitalstationen aus den Bereichen Kraft, Ausdauer, Reaktion, Koordination und Spiel)
- G70 Sturzfrei (Übungen zur Sturzprophylaxe)
- MIG50 (Bewegungs- und Handlungsempfehlungen für Menschen mit Migrationshintergrund)
- Die gesunde Kocherei (Sprechen, Lachen und Fachsimpeln über Gesundheitsbewusstsein)

(ARGEF, 2014)

3.2 Ziele der G50-Bewegungstour

Vorrangiges Ziel der G50-Bewegungstour ist es, Bewegungsmöglichkeiten für Personen ab dem 50. Lebensjahr aufzuzeigen. Bei allen Stationen der G50-Bewegungstour besteht die Möglichkeit neue Trainingsgeräte kennenzulernen und auszutesten. Auch der eigene Fitnesszustand der Teilnehmer und Teilnehmerinnen kann an einigen Stationen überprüft werden und es besteht auch die Möglichkeit, sich Empfehlungen für das Training zu Hause zu holen. Vor dem Projektstart wurden folgende Ziele definiert:

Präventiver Ansatz

- Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Erhaltung/ Verbesserung der Mobilität
- Erleichterung bei Aktivitäten des Alltags
- Entfaltung der Sinne
- Ausbau mentaler Stärken

Gesundheitsaufklärung

- Überzeugen statt Überreden
- Individuelle Ansprache durch Gleichaltrige
- Mediale Begleitmaßnahmen
- Neue Informationsstrukturen

Empowerment

- Steigerung der Selbstbestimmung über die Gesundheit
- Absicht zur Verhaltensänderung
- Aufbrechen von Handlungsbarrieren

Damit diese Ziele erreicht werden, wurden Maßnahmen entwickelt. Ziel ist es, Personen ab dem 50. Lebensjahr zu erreichen und Bewegungsmöglichkeiten aufzuzeigen. An den verschiedensten Stationen können diese in Folge dann ausgetestet werden. Um das zu erreichen wurden folgende Maßnahmen entwickelt um die definierten Ziele zu erreichen. Die einzelnen Vitalstationen werden von Experten und Expertinnen betreut, welche Übungen in den Bereichen Fitness, Gleichgewicht, Kraft, Motorik und Ausdauer anbieten. Auch der Einsatz von verschiedenen Trainingsgeräten spielt dabei eine wesentliche Rolle. Weiters sollen den Teilnehmern und Teilnehmerinnen Handlungsempfehlungen für das Training zu Hause mitgegeben werden. Umgesetzt werden diese Maßnahmen mithilfe von sportmotorischen, erlebnisorientierten, sportmedizinischen und übergreifenden Angeboten (Evaluationsbericht G50 Bewegungstour, 2014).

3.3 Veranstaltungsorte der G50-Bewegungstour

Die G50-Bewegungstour wurde an fünf verschiedenen Standorten abgehalten: Schrems, Waidhofen/Ybbs, Groß-Enzersdorf, Willhelmsburg und Wiener Neustadt. Die Kriterien für die Auswahl der Orte waren eine hohe Bevölkerungsanzahl und die Zielgruppe sollte in dieser Region bzw. Ortschaft stark vertreten sein. Außerdem sollte jeweils ein Ort aus jeder Region von Niederösterreich bei der G50- Bewegungstour vertreten sein. Ausschlaggeben für den Zuspruch war allerdings auch die räumliche Gegebenheit.

Im Folgenden werden kurz die Bevölkerungsstrukturmerkmale der jeweiligen Standorte dargestellt:

SCHREMS

- Region: Waldviertel
- Bevölkerungsanzahl: 5.587
- Haushalte: 2.199
- Bezirk: Gmünd
- Zielgruppe: 2.509 Einwohner Generation 50+ (44,9% der Gesamteinwohner)
 - Männer: 1.131
 - Frauen: 1.378

WAIDHOFEN/YBBS

- Region: Mostviertel
- Bevölkerungsanzahl: 11.452 Einwohner
- Haushalte: 3.814
- Bezirk: Waidhofen/Ybbs
- Zielgruppe: 4.412 Einwohner Generation 50+ (38,5% der Gesamteinwohner)
 - Männer: 2.002
 - Frauen: 2.410

GROß-ENZERSDORF

- Region: Weinviertel

- Bevölkerungsanzahl: 9.668 Einwohner
- Haushalte: 3.875
- Bezirk: Gänserndorf
- Zielgruppe: 3.530 Einwohner Generation 50+ (36,6% der Gesamteinwohner)
 - Männer: 1.695
 - Frauen: 1.835

WILLHELMSBURG

- Region: Mostviertel
- Bevölkerungsanzahl: 6.476 Einwohner
- Haushalte: 2.510
- Bezirk: Lilienfeld
- Zielgruppe: 2.722 Einwohner Generation 50+ (41,9% der Gesamteinwohner)
 - Männer: 1.236
 - Frauen: 1.486

WIENER NEUSTADT

- Region: Industrieviertel
- Bevölkerungsanzahl: 41.701 Einwohner
- Haushalte: 18.166
- Zielgruppe: 14.650 Einwohner Generation 50+ (35,1% der Gesamteinwohner)
 - Männer: 6.512
 - Frauen: 8.138

(Evaluationsbericht G50 Bewegungstour, 2014)

3.4 Vitalstationen der G50-Bewegungstour

Bei jeder G50-Bewegungstour gab es dieselben Vitalstationen zum Ausprobieren. Es gab sportmotorische, erlebnisorientierte und sportmedizinische Angebote, welche die Teilnehmer und Teilnehmerinnen durchprobieren konnten.

Nachstehend werden die verschiedensten Angebote aufgelistet:

Sportmotorische Angebote

- Anamnese, Info, Empfehlungen
- Tappingplatte
- Erlebnis – Cardio
- MFT – Check
- Bioelektrische Impendanzanalyse (BIA)
- Kraftmessungen
- Bewegungsmessungen
- EMS Training
- Kohorte

Erlebnisorientierte Angebote

- Rückenschmerz-Simulator
- Rauschparcour
- Fußball-Automat
- Six Cup
- Spiele (Speedello, Sokieba)

Sportmedizinische Angebote

- Rückenprogramme
- Sturzprophylaxe

Jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin konnte von Station zu Station gehen und mitmachen. Betreut wurde jede Vitalstation von einem geschulten Personal, Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen oder von Experten und Expertinnen auf diesem Fachgebiet. Nach dem Ausprobieren bzw. der Testung an der jeweiligen Station wurde vom Betreuer eine Handlungsempfehlung für den Teilnehmer und die Teilnehmerin mitgegeben.

Mit Hilfe eines Bewegungspasses konnten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die einzelnen Stationen abklappern und hatten stets eine Übersicht, welche Stationen absolviert und welche noch zu absolvieren sind. Außerdem erhielten sie Punkte (Stempel) an jeder Station, an der sie teilgenommen hatten. Mit diesen Punkten und mit einem

ausgefüllten Feedback-Fragebogen konnte dann am Ende der Veranstaltung ein kleines Dankeschön fürs Mitmachen am Infopoint abgeholt werden.

(Evaluationsbericht G50 Bewegungstour, 2014)

4 QUANTITATIVE DATENANALYSE

Für die Evaluierung der G50-Bewegungstour bzw. zur Erhebung der Daten wurde die quantitative Methode ausgewählt. Dazu wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der G50-Bewegungstour nach Beendigung der verschiedenen Vitalstationen mittels Fragebogen zu verschiedenen Themen befragt. Die Teilnahme dazu war natürlich freiwillig und die Daten wurden selbstverständlich anonymisiert, indem für jede Person ein Code angelegt wurde.

4.1 Rahmenbedingungen

Das Projekt G50 wird von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkassa finanziert. Nach der Ausschreibung hat sich die Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung bereit erklärt das Projekt zu konzipieren und anschließend auch durchzuführen. Ziel dieses Projekts soll im Allgemeinen die Gesundheitsförderung bei Personen ab 50 Jahren im Raum Niederösterreich sein.

Diese Arbeit beschäftigt sich aber ausschließlich mit einem Teilprojekt von G50, nämlich mit der G50-Bewegungstour. Die Daten und Ergebnisse dieser Arbeit stammen ausschließlich von dem Pilotprojekt G50-Bewegungstour, welche von Oktober 2013 bis Januar 2014 andauerte. Durchgeführt wurde dieses Pilotprojekt an fünf verschiedenen Standorten in Niederösterreich. Um schlussendlich mit diesen Daten arbeiten zu können wurde ein Fragebogen konzipiert, welcher am Ende jeder Veranstaltung von den Teilnehmern und Teilnehmerinnen ausgefüllt wurde. Befragt wurden sie zum Aktivitätsverhalten und der körperlichen Aktivität sowie zur G50-Bewegungstour im Allgemeinen.

Die Erhebung der Daten mittels Fragebogen diene in der Pilotphase des Projekts hauptsächlich dazu, ob dieses Untersuchungsmittel überhaupt geeignet ist, die Kriterien zu erfüllen. Die gesammelten Erfahrungen sollen dann anschließend in die folgende

Hauptprojektphase mitgenommen werden um etwaige Fehler zu beheben oder um Verbesserungen durchzuführen.

4.2 Untersuchungsmethode - Datenerhebung

Die verwendete Untersuchungsmethode, wie oben schon erwähnt, ist die quantitative Datenanalyse. Die quantitative Erhebung fand mittels Fragebogen statt. Der Fragebogen bestand aus mehreren Bereichen und dazugehörigen Fragen. Auch die Antwortmöglichkeiten waren größtenteils vorgegeben. Nur vereinzelte Fragen waren offen, d.h. frei zu beantworten, aufgrund von einer zu großen Dichte von Antwortmöglichkeiten. Der genaue Inhalt des Fragebogens ist im nachstehenden Kapitel erklärt.

Der Vorteil von Fragebögen ist, dass sie meistens anonym sind und auch selbstständig ausgefüllt werden können. Jeder kann für sich die Fragen individuell und nach seinem subjektiven Befinden bewerten. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten erleichtern auch das Ausfüllen und Beantworten der Fragen, da es so zu keinen Missverständnissen oder Problemen im Verständnis kommen kann. Hinzu kommt, dass während des Ausfüllens bei diesem Projekt immer ein Experte zur Verfügung stand und bei Problemen hilfreich zur Seite stand. Das Positive bei Fragebögen ist auch, dass dadurch eine Vielzahl an Probanden und Probandinnen erfasst werden kann und sich daher eine große Stichprobe ergibt. Außerdem können in einem Fragebogen mehrere Variablen abgefragt werden.

4.3 Der Fragebogen

Der Fragebogen wurde von den Projektmitarbeitern entwickelt und beinhaltet folgende Bereiche:

- Soziodemographische Merkmale der Teilnehmer und Teilnehmerinnen
- Aktivitätsgewohnheiten
- Interesse an körperlicher Aktivität
- Beurteilung der G50-Bewegungstour
- Informationsfluss bei der G50-Bewegungstour zum Thema Gesundheitsförderung

Der Fragebogen wurde dabei formal an die Zielgruppe des Projekts angepasst, indem er verständlich geschrieben und eher kurz gehalten wurde. Außerdem wurde die Schriftgröße der älteren Generation angepasst. Die Antwortmöglichkeiten waren zum Großteil vorgegeben, nur einige wenige waren offen und daher mit eigenen Worten zu beantworten. Dies ermöglichte ein schnelles Beantworten der Fragen und erleichterte zudem das Ausfüllen für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen.

Ausgegeben wurde der Fragebogen am Ende der Veranstaltung und nach Absolvieren der einzelnen Stationen. Zum leichteren Ausfüllen standen Tische und Bänke bereit. Um eine möglichst große Anzahl an ausgefüllten Fragebogen zu erhalten, wurde fürs Mitmachen ein Geschenk als kleines Dankeschön ausgehändigt. Des Weiteren war für etwaige Fragen oder Ausfüllschwierigkeiten ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin des Projekts stets zur Verfügung.

Insgesamt wurden 243 Fragebögen ausgefüllt, nur 233 wurden allerdings zur Berechnung herangezogen, da fünf Personen aus der Zielgruppe heraus fielen und die anderen fünf den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt hatten. Der verwendete Fragebogen ist im Anschluss an diese Arbeit im Anhang beigelegt.

4.4 Datenauswertung

Alle erhobenen Daten wurden in das SPSS Statistikprogramm eingegeben und ausgewertet. Zuvor wurden diese aber einer Datenbereinigung unterzogen. Insgesamt fielen dabei 10 Fragebögen aus dem Datensatz heraus. Grund dafür war, dass Teilnehmer oder Teilnehmerinnen unter 50 Jahre alt waren und somit nicht Teil der Zielgruppe waren. Aber es waren auch Fragebögen dabei, welche nicht korrekt ausgefüllt waren und somit unvollständig waren. Auch diese fielen aus der Auswertung heraus.

Übrig blieben am Schluss 233 richtig beantwortete Fragebögen, die in die Auswertung der G50-Bewegungstour miteinbezogen wurden.

Mit Hilfe des Statistik Programms SPSS (Version 19) wurden die Daten ausgewertet. Die Antworten aus den Fragebögen wurden deskriptiv-statistisch analysiert und ausgewertet. D.h. Häufigkeiten, Mittelwert, Standardabweichung, Varianz, Minimum und Maximum wurden errechnet. Auch die interferenz-statistische Analyse wurde eingesetzt um Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen aufzuzeigen und die Signifikanz zu überprüfen. Hier wurden die jeweils passenden Tests zur Berechnung eingesetzt. Zur besseren Verdeutlichung und Anschaulichkeit wurden die Ergebnisse schlussendlich mit Grafiken dargestellt.

In den nachstehenden Kapiteln werden nun die Ergebnisse der Datenerhebung der G50-Bewegungstour schriftlich und grafisch dargestellt. Ausgewertet wurden die Daten nicht nur als Gesamtdatensatz, sondern auch getrennt. Dabei wurden folgende Unterscheidungen getroffen:

- Geschlecht (weiblich oder männlich)
- Alter (Personen <65 Jahren, Personen ≥65 Jahren)
- Region (Wein-, Wald-, Industrie- und Mostviertel)

4.4.1 Teilnehmer und Teilnehmerinnen der G50-Bewegungstour

An der G50-Bewegungstour haben insgesamt 440 Personen teilgenommen. Schlussendlich haben 243 Besucher, von denen allerdings 10 nicht vollständig oder richtig ausgefüllt waren, den Fragebogen ausgefüllt. So konnten für die Auswertung die Fragebögen von 233 Personen herangezogen werden. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen kamen aus vier verschiedenen Regionen von Niederösterreich. Davon kamen 26% aus dem Mostviertel, 29% aus dem Industrieviertel, 20% aus dem Weinviertel und 25% aus dem Waldviertel.

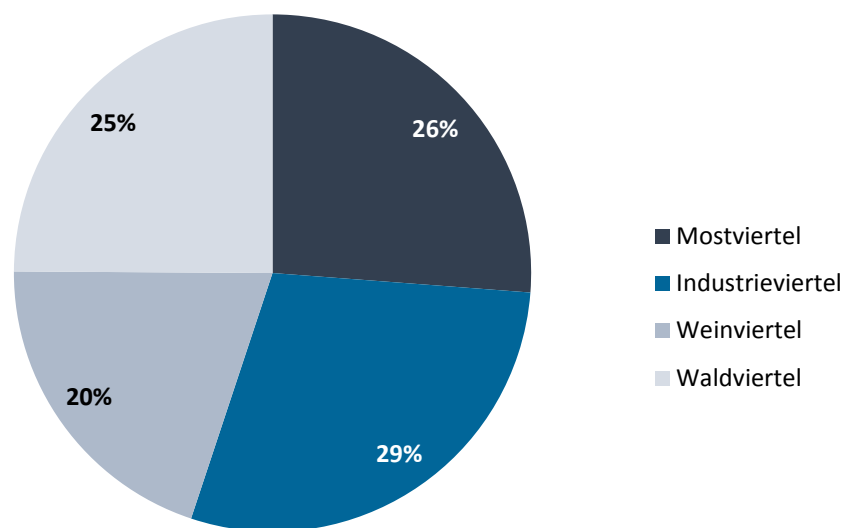


Abbildung 9: Anzahl der Teilnehmer/innen getrennt nach Region

Die Standorte der Tour waren in Wiener Neustadt (Industrieviertel), Groß Enzersdorf (Weinviertel), Wilhemsburg und Waidhofen an der Ybbs (Mostviertel) und Schrems

(Waldviertel). Aus jeder Region nahmen jeweils über 50 Personen an der Veranstaltung teil.

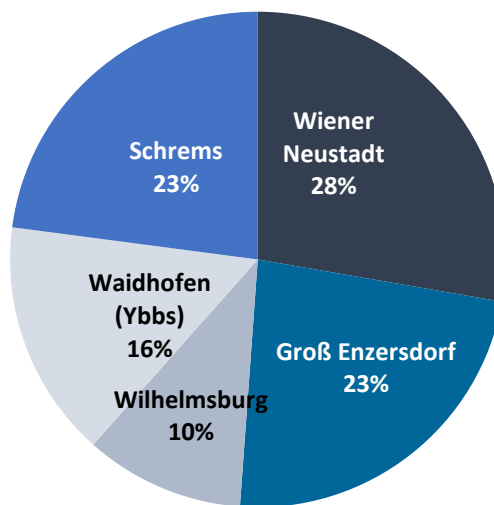


Abbildung 10: Teilnehmer/innen der Befragung nach Ort

Betrachtet man nun die Teilnahme nach Geschlecht, so lässt sich erkennen, dass der überwiegende Teil Frauen sind. Der Anteil beträgt 74% Frauen und 26% Männer.

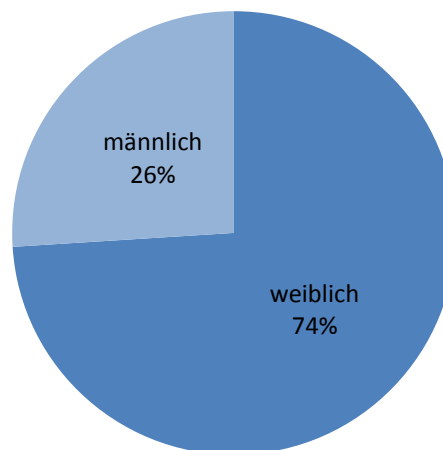


Abbildung 11: Anzahl der Teilnehmer/innen aufgeteilt nach Geschlecht

Auch die folgende Abbildung verdeutlicht den Anteil der Frauen bei der G50-Bewegungstour nochmals. Hier kann man gut erkennen, dass in jeder Region vermehrt die Frauen an der Veranstaltung teilgenommen haben.

Im Waldviertel besuchten 43 Frauen die Veranstaltung von insgesamt 54 Teilnehmern und Teilnehmerinnen. Im Mostviertel waren es 39 von 60, im Weinviertel 42 von 53 und im Industrieviertel waren es 47 von 64 Besuchern. Von den insgesamt 231 Besuchern waren 171 davon Frauen.

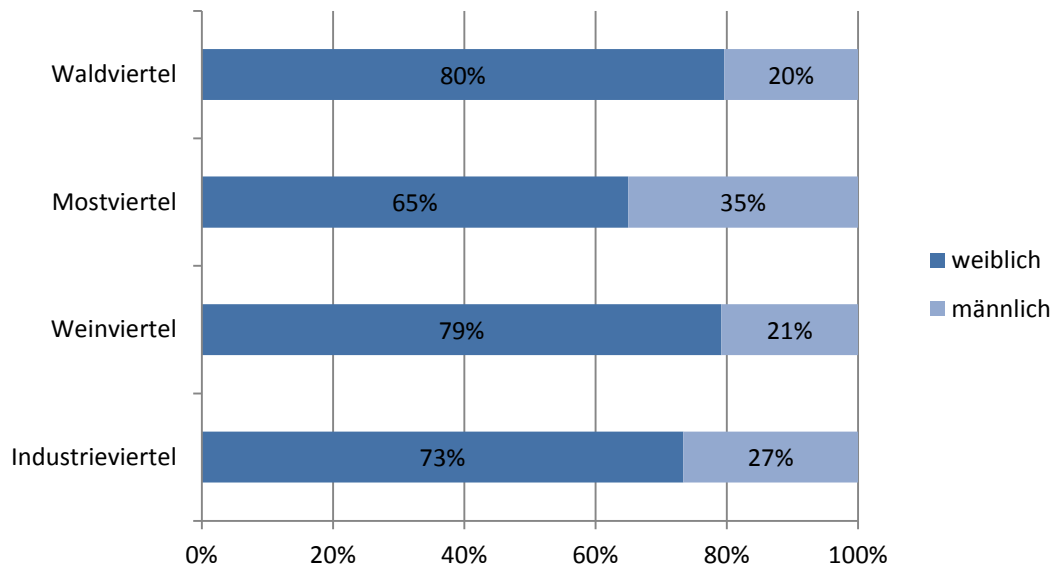


Abbildung 12: Anzahl der Teilnehmer/innen getrennt nach Region und Geschlecht

Wenn man die Altersgruppen betrachtet, lässt sich erkennen, dass der überwiegende Anteil der Teilnehmer und Teilnehmerinnen über 65 Jahre alt ist. Das durchschnittliche Alter der teilgenommenen Personen liegt bei $66,5 \pm 7,4$ Jahren. Der/die jüngste Teilnehmer/in ist 50 Jahre und der/die älteste Teilnehmer/in ist 88 Jahre alt.

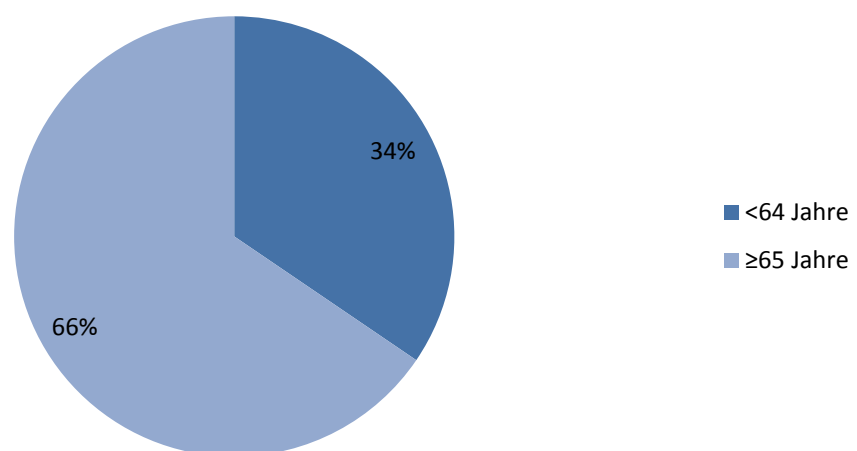


Abbildung 13: Unterscheidung in Altersgruppen

Abbildung 20 zeigt das Verhältnis Frauen/Männer in den zwei Altersgruppen. Hier bestehen nur geringer Unterschiede, die jedoch nicht statistisch signifikant sind. Bei den Frauen ist der Anteil der unter 65 (36%) etwas größer als der der Männer (26%).

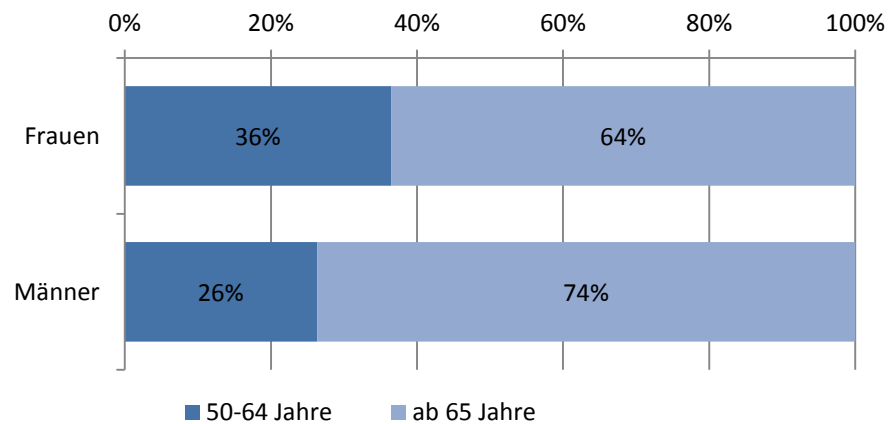


Abbildung 14: Unterscheidung in Altersgruppen getrennt nach Geschlecht

Auch bei der Unterscheidung nach Region und Altersgruppen lassen sich keine Unterschiede aufzeigen. Im Wein- und Industrieviertel ist der Anteil der über 65-jährigen etwas höher mit >70%. Im Wald- und Mostviertel ist der Anteil der Älteren etwas geringer.

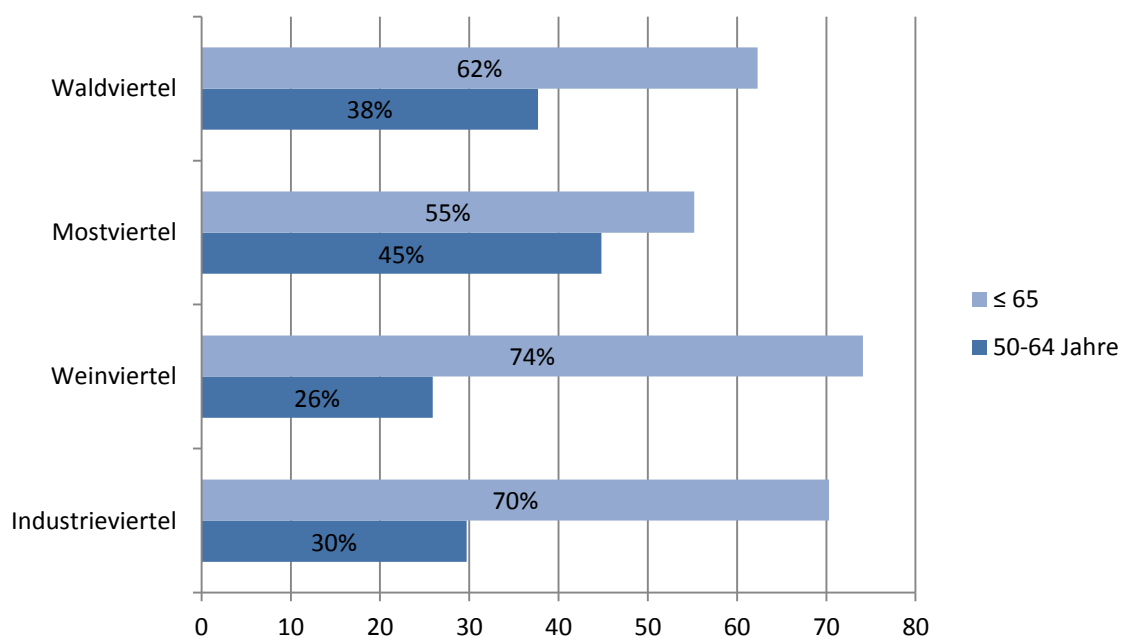


Abbildung 15: Anzahl der Teilnehmer/innen getrennt nach Region und Altersgruppen

Bei der Befragung nach der höchsten abgeschlossenen schulischen Ausbildung gaben 44% der Befragten an, dass sie eine Lehre oder Berufsschule abgeschlossen haben. Einen Abschluss auf der Universität oder einer Fachhochschule haben hingegen nur 6% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Die anderen 50% haben entweder einen Fachschulabschluss ohne Matura bzw. einen Pflichtschulabschluss oder sie haben nach der Matura die Schullaufbahn abgeschlossen.

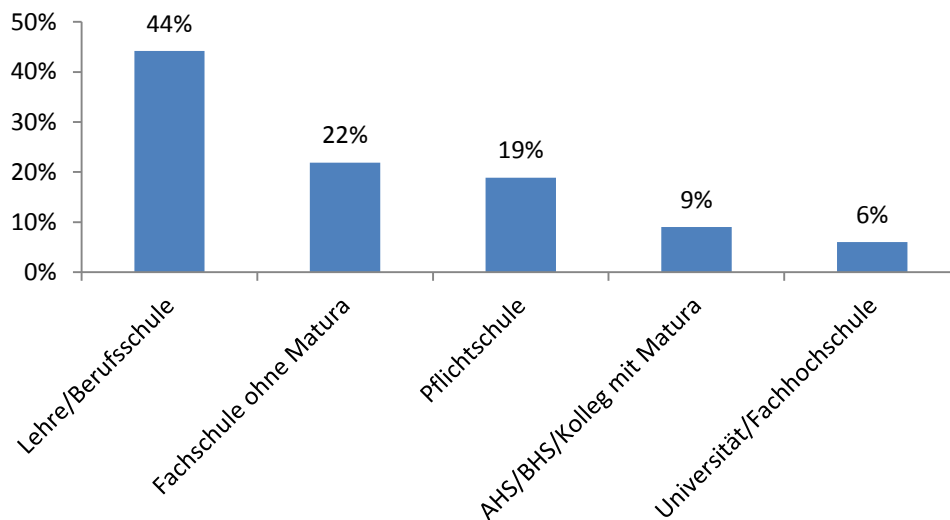


Abbildung 16: Abgeschlossene Ausbildung der Teilnehmer/innen

Sieht man sich nun die abgeschlossene Ausbildung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der G50-Bewegungstour an und gliedert diese nach ihrer regionsspezifischen Herkunft auf, so lassen sich hier kleine Unterschiede aufzeigen, die allerdings nicht statistisch signifikant sind. Während im Most-, Industrie- und Weinviertel die höchste abgeschlossene Ausbildung die Lehre oder Berufsschule ist, haben die Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus dem Waldviertel auch die Pflichtschule gemeinsam mit der Lehre und der Berufsschule als höchste abgeschlossene Ausbildung angegeben.

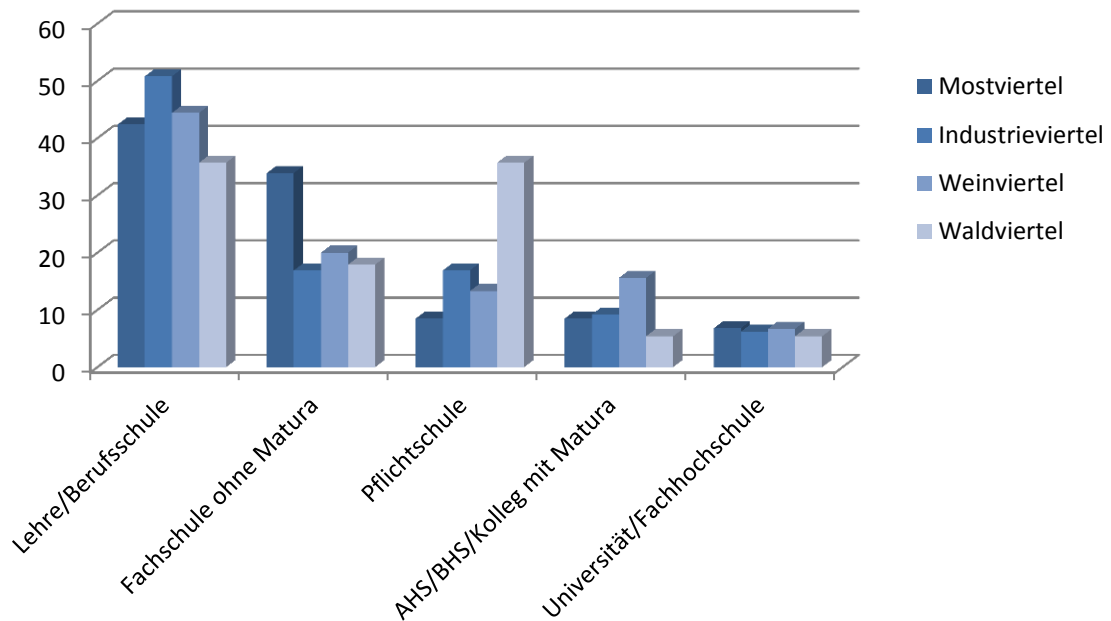


Abbildung 17: Abgeschlossenen Ausbildung der Teilnehmer/innen getrennt nach Region

4.4.2 Körperliche Aktivität der Teilnehmer und Teilnehmerinnen

In diesem Kapitel wird die körperliche Aktivität der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der G50-Bewegungstour beschrieben. Der Fragebogen beinhaltete unter anderem Fragen zur Aktivität in Sportvereinen, der körperlichen Aktivität in bestimmten Bereichen oder auch Fragen zum Thema Fitness.

Mitglied in einem Sportverein sind von den teilnehmenden Personen 70%. Vergleicht man die Geschlechter untereinander (Abbildung 25), sind es bei den Frauen 72,8% und bei den Männern 63,3% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen.

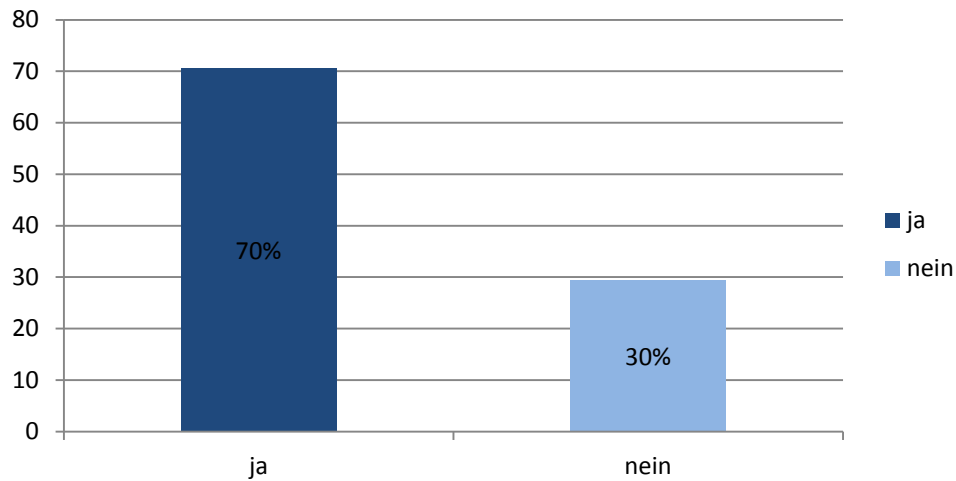


Abbildung 18: Mitgliedschaft in einem Sportverein

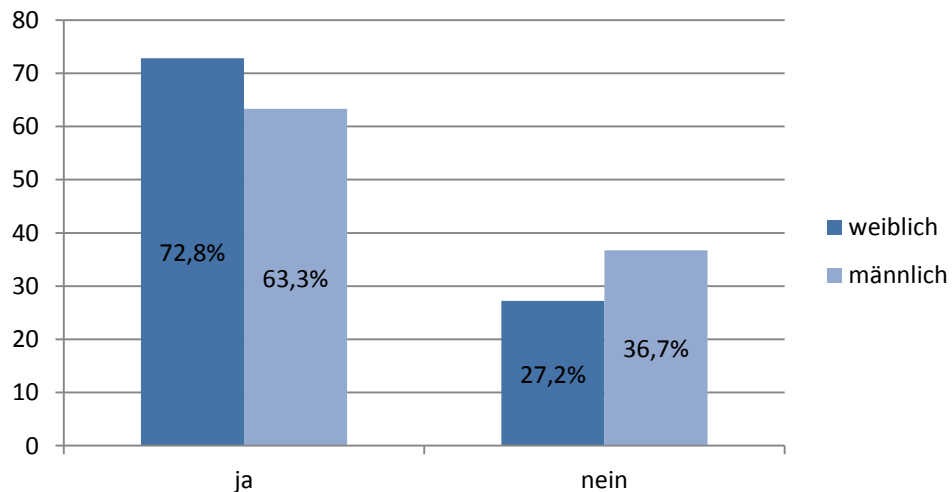


Abbildung 19: Mitgliedschaft im Sportverein getrennt nach Geschlecht

Im Wesentlichen lassen sich hier nur kleine Unterschiede im Geschlecht betreffend der Mitgliedschaft in Sportvereinen aufzeigen, die allerdings nicht statistisch signifikant sind.

Betrachtet man nun die Mitgliedschaft in Sportvereinen in den zwei Altersgruppen, so lassen sich auch hier keine signifikanten Unterschiede aufzeigen. In der Altersgruppe der 50-64 jährigen sind 67,5% der Befragten Mitglied eines Sportvereins. Bei der Altersgruppe ab 65 Jahre geben hingegen 72,7% an, dass sie Teil eines Vereins sind.

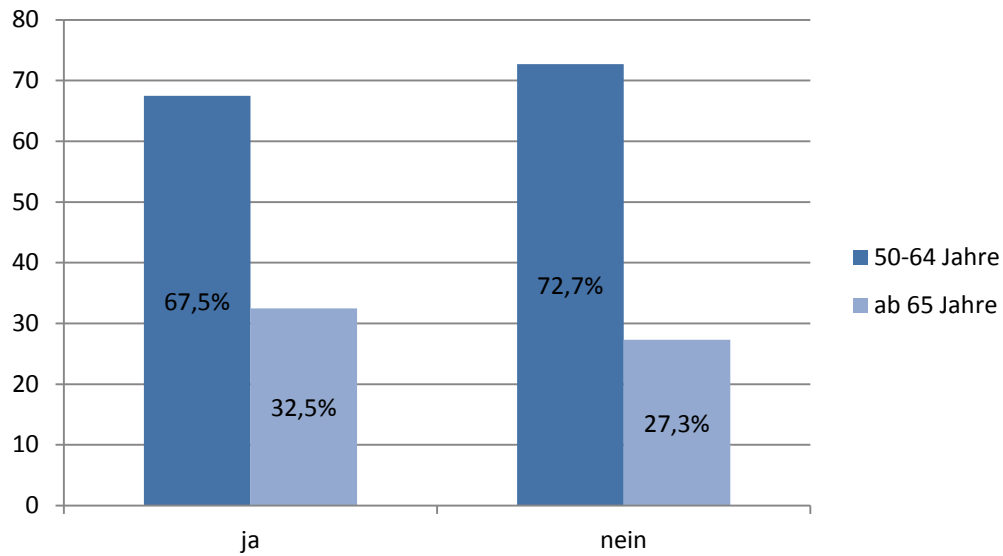


Abbildung 20: Mitgliedschaft im Sportverein getrennt nach Altersgruppen

Signifikante Unterschiede lassen sich allerdings zwischen den Regionen aufzeigen. Während im Industrie-, Wein- und Mostviertel der Anteil von „Nicht-Mitgliedern“ im Sportverein relativ ausgeglichen ist, weist das Waldviertel einen erhöhten Anteil von Personen auf, welche nicht im Verein sportlich aktiv tätig sind (Chi-Quadrat-Test nach Pearson, $p < .05$).

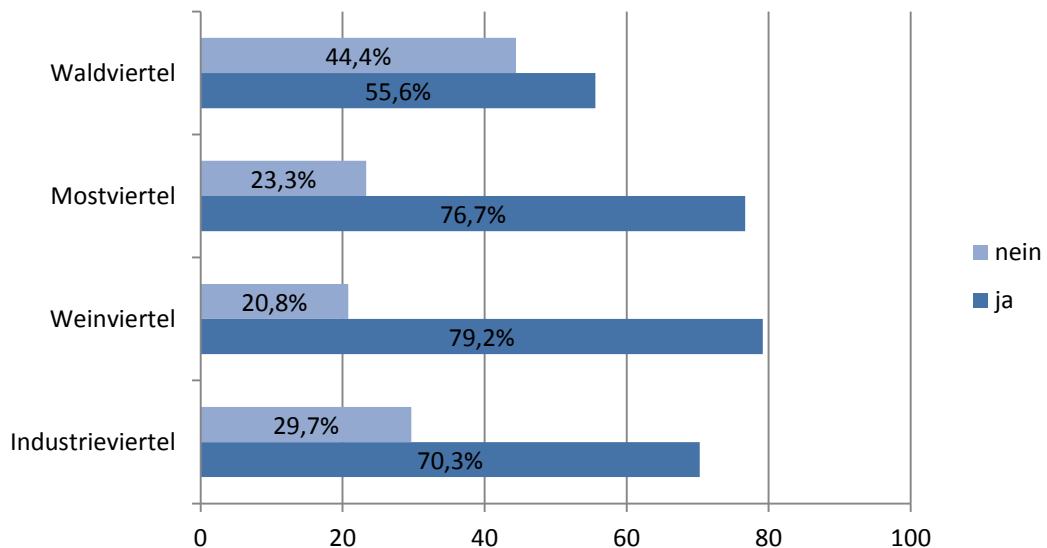


Abbildung 21: Mitgliedschaft im Sportverein getrennt nach Region

Des Weiteren wurde mittels Fragebogen die körperliche Fitness der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der G50-Bewegungstour abgefragt. Dabei konnten sie sich auf einer Skala von 1 (körperlich sehr fit) bis 5 (überhaupt nicht körperlich fit) selbst einschätzen. Die Mehrheit der Befragten (57,1%) gab an mittelmäßig körperlich fit zu sein. Lediglich 6,9% fühlen sich körperlich sehr fit und 0,4% geben an überhaupt nicht fit zu sein.

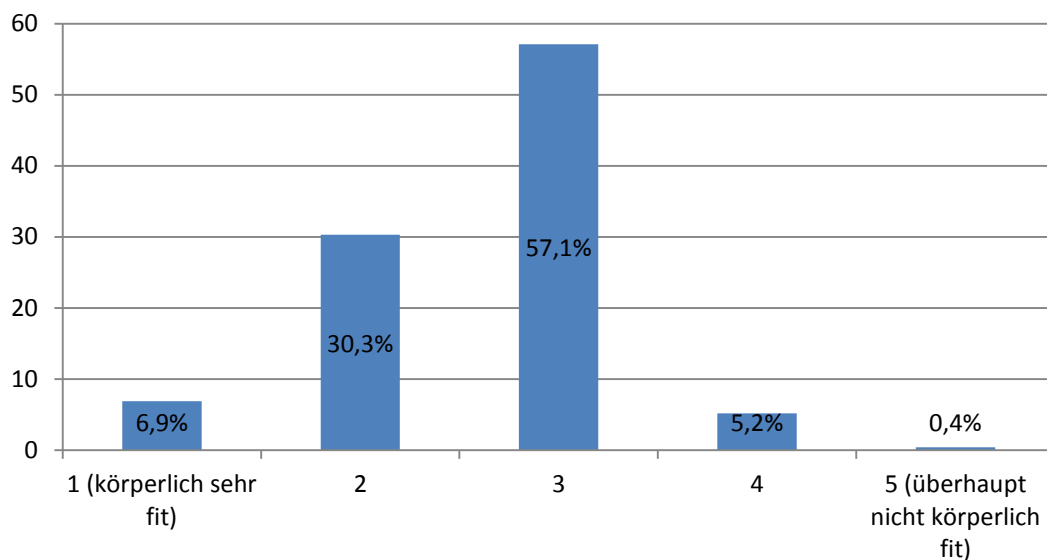


Abbildung 22: Selbsteinschätzung der körperlichen Fitness

Vergleicht man nun die Selbsteinschätzung unter den Geschlechtern so lassen sich hier Unterschiede aufweisen. So schätzen sich die männlichen Befragten körperlich fitter ein als die weiblichen. Am häufigsten wurde bei den Männern die 2 angekreuzt (48,3%) und bei den Frauen die 3 (60,9%).

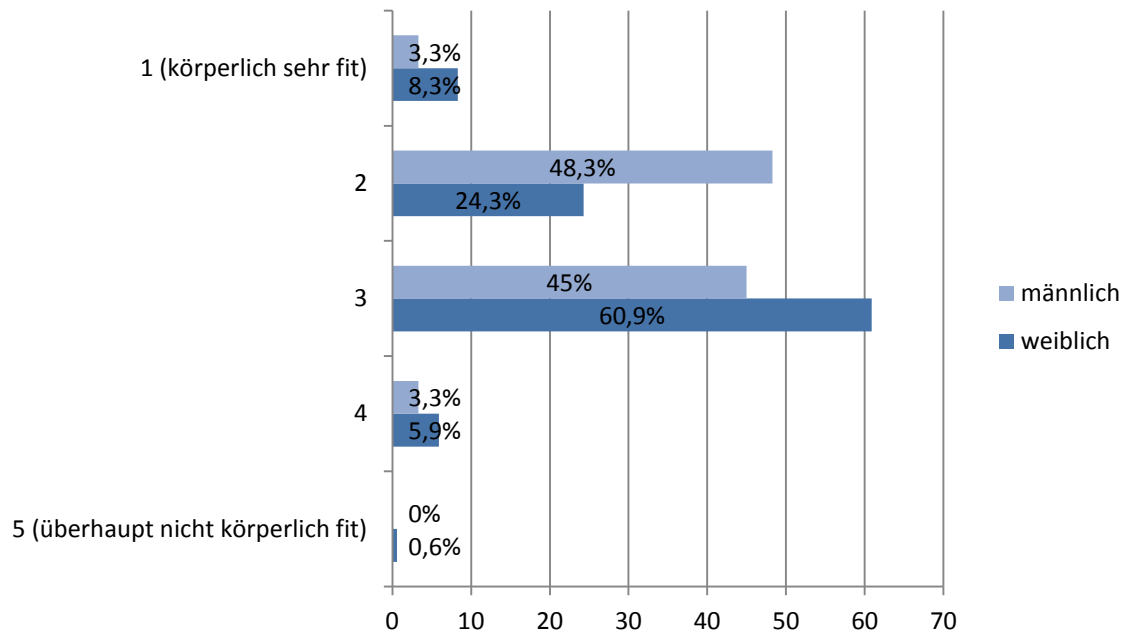


Abbildung 23: Selbsteinschätzung der Fitness getrennt nach Geschlecht

Im Vergleich Selbsteinschätzung der Fitness in den Altersgruppen lassen sich hier keine großen Unterschiede aufzeigen. Insgesamt befinden sich beide Altersgruppen ziemlich in der Mitte (Antwort 2-3) der möglichen Antworten.

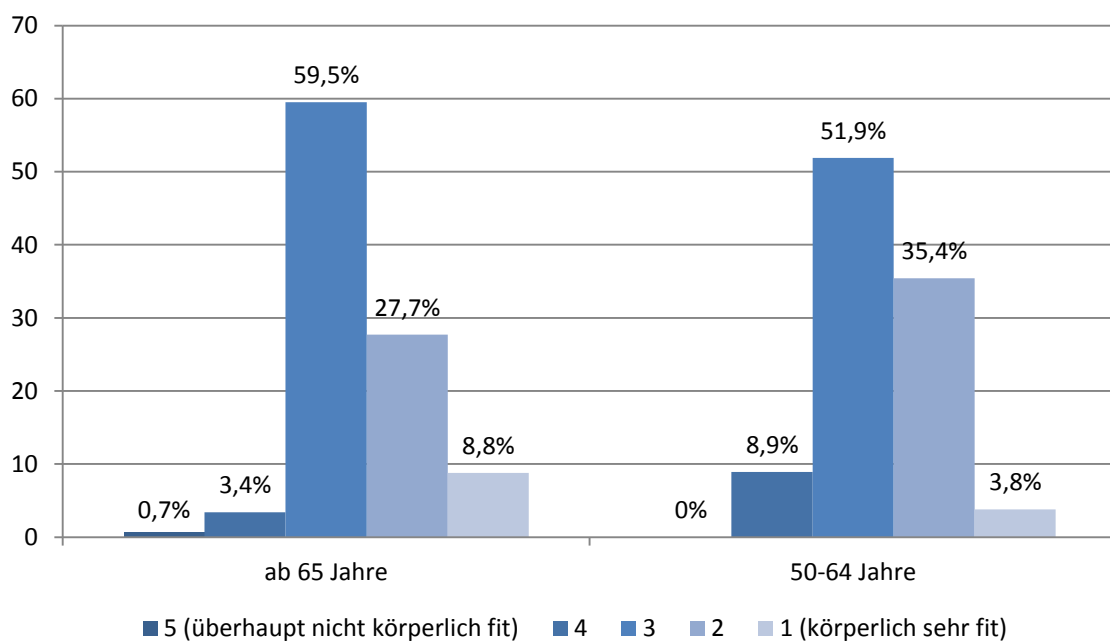


Abbildung 24: Selbsteinschätzung der körperlichen Fitness getrennt nach Altersgruppen

Beim Vergleich der Regionen in der Selbsteinschätzung der körperlichen Fitness lassen sich hingegen wieder Unterschiede aufzeigen. So finden sich im Mostviertel die körperlich fittesten Personen von den Befragten, wenn die Antworten 1 und 2 (52,5%) zusammengezählt werden und die meisten überhaupt nicht körperlich fitten Befragten befinden sich demnach im Waldviertel (11,1%).

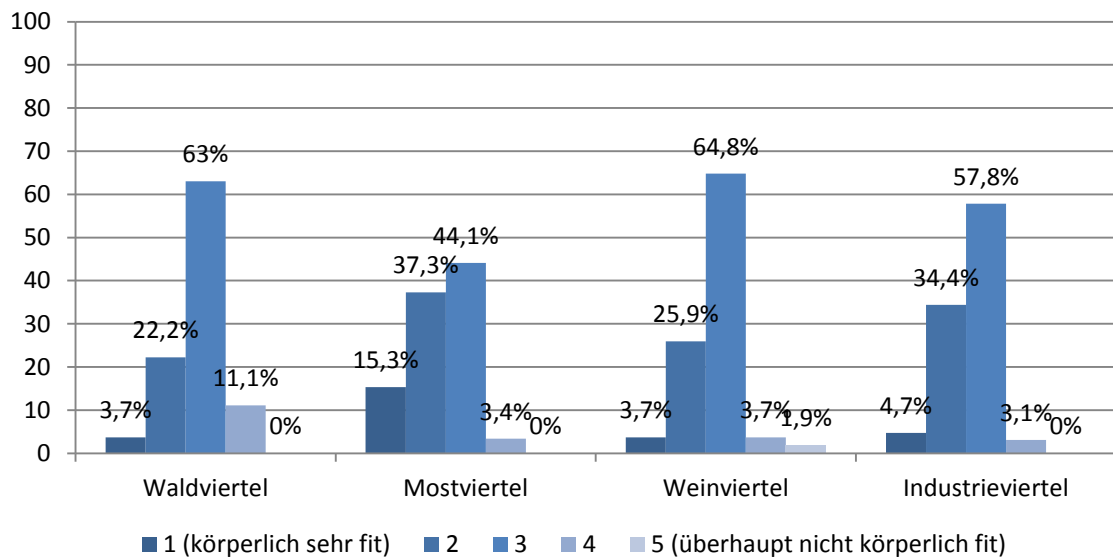


Abbildung 25: Selbsteinschätzung der körperlichen Fitness getrennt nach Region

Zur Erfassung der körperlichen Aktivität wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu ihren Aktivitäten an allen Tagen der Woche befragt. Die Fragen orientierten sich an der Aktivität im Alltag, in der Freizeit und an der Ausübung von Sport. Anzugeben war die Anzahl der Tage sowie die Dauer der Aktivität.

Alltagsaktivitäten erledigen demnach die meisten der Befragten (40%) an allen Tagen der Woche. Nur 2,8% betätigen sich im Alltag lediglich an einem Tag.

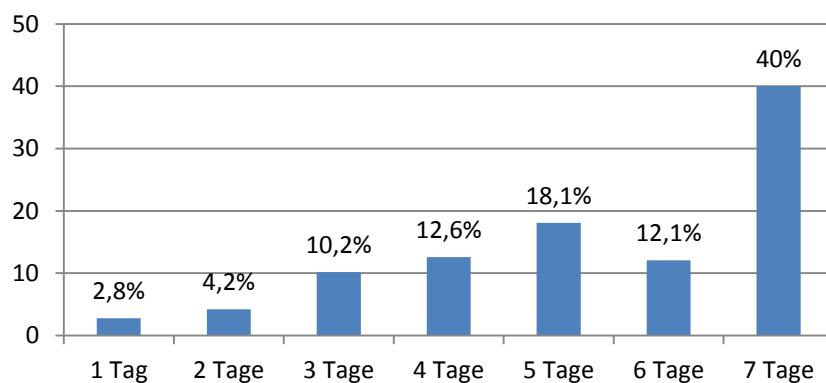


Abbildung 26: Tage körperlicher Aktivität bei Alltagsaktivitäten

Bei der Befragung nach der Dauer der Aktivitäten im Alltag kam heraus, dass der Großteil (24,5%) sich zwischen 30-60 Minuten im Alltag pro Tag körperlich betätigt.

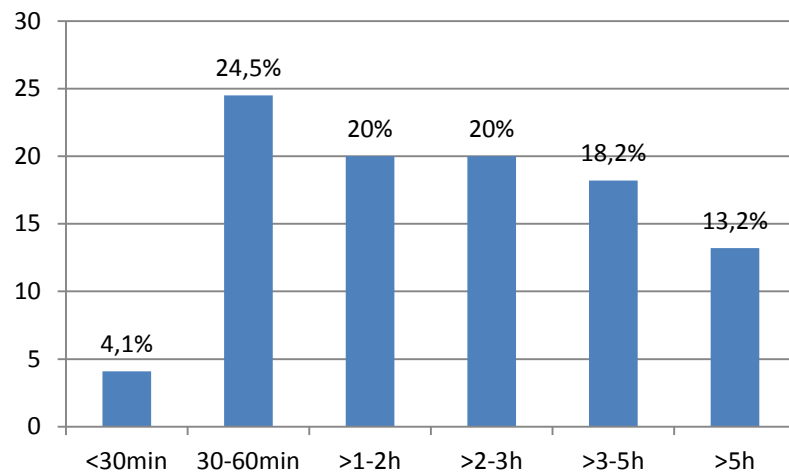


Abbildung 27: Dauer körperlicher Aktivität bei Alltagsaktivitäten

Bei der Befragung nach der körperlichen Aktivität in der Freizeit waren es nicht mehr so viele, die sich jeden Tag körperlich betätigen (10,6%). Die meisten (27,5%) führen körperliche Aktivität an drei Tagen in der Woche durch.

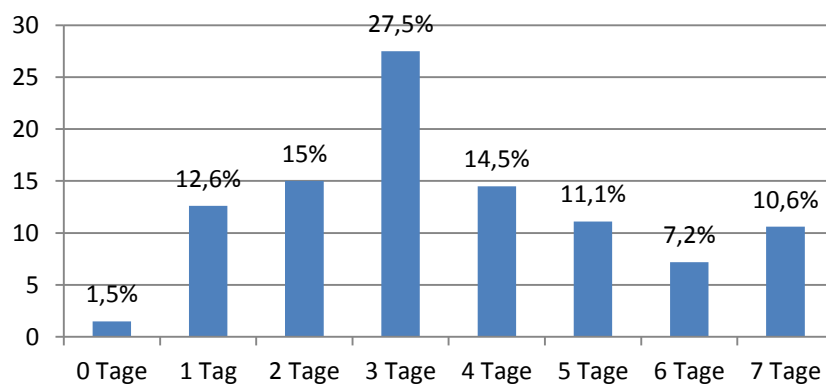


Abbildung 28: Tage körperlicher Aktivität in der Freizeit

Bei der Dauer von körperlicher Aktivität in der Freizeit ergibt sich wieder dasselbe Ergebnis wie bei den Alltagsaktivitäten. Der Großteil (29,6%) der Befragten bewegt sich 30-60 Minuten pro Tag.

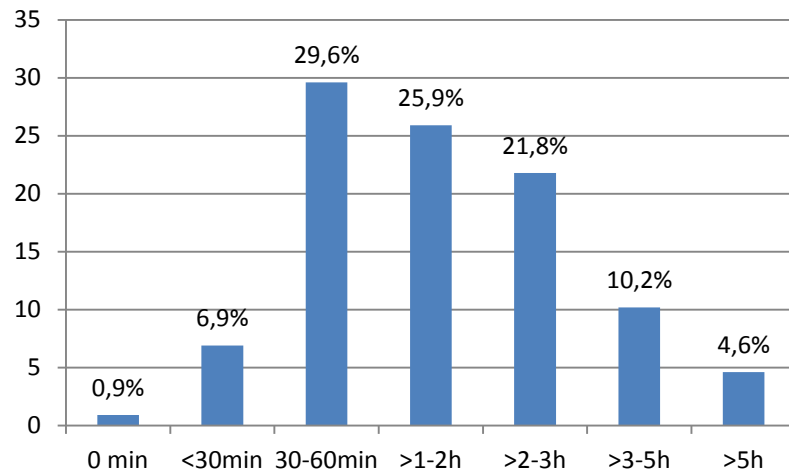


Abbildung 29: Dauer körperlicher Aktivität in der Freizeit

Die Auswertung der Anzahl an Tagen von sportlicher Aktivität ergibt im Vergleich zu der Anzahl an Tagen von Alltagsaktivitäten und der Aktivität in der Freizeit eine noch deutlichere Reduzierung. 28,4% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen betätigen sich an einem Tag in der Woche sportlich aktiv. 3% geben sogar an sich an allen Tagen der Woche sportlich zu betätigen. Allerdings sind es auch 11,7%, welche sich überhaupt nicht sportlich betätigen.

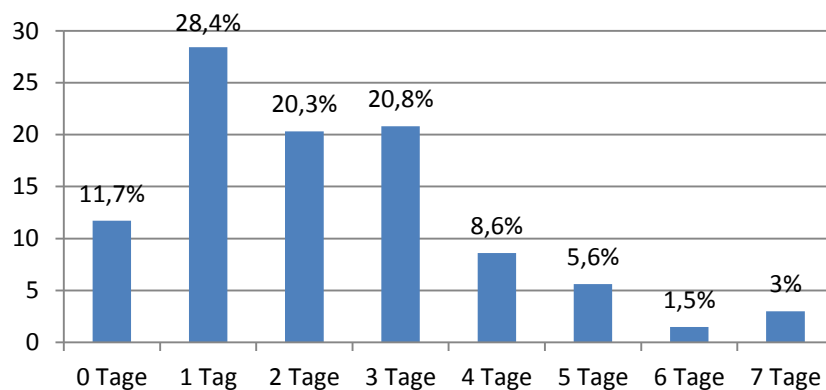


Abbildung 30: Tage sportlicher Aktivität

Die Auswertung über die Dauer dieser sportlichen Betätigung zeigt folgendes Ergebnis: Der Großteil der Befragten (29,9%), welche sich auch sportlich betätigen, macht das für 1-2 Stunden oder zumindest für 30-60 Minuten (28,4%).

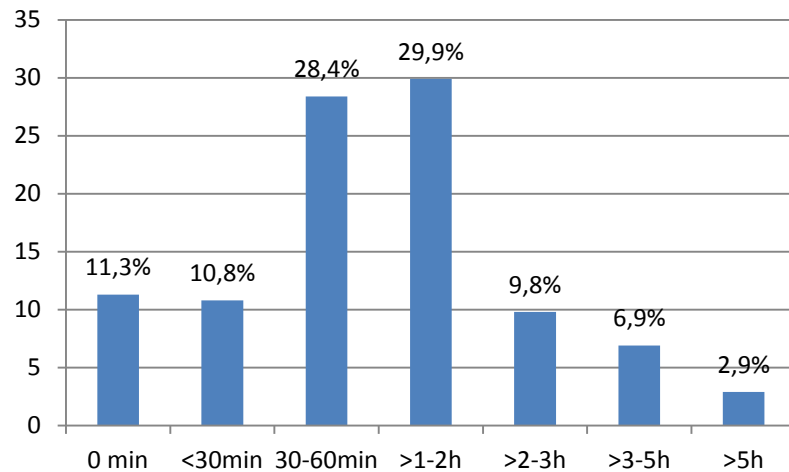


Abbildung 31: Dauer sportlicher Aktivität

Vergleicht man nun diese Ergebnisse zwischen den Geschlechtern, so lassen sich hier Unterschiede aufzeigen. Bei den Alltagsaktivitäten sind die Frauen (48,1%) bei weitem an mehr Tagen körperlich aktiv als die Männer (18,2%). Auch was die Dauer der körperlichen Aktivität pro Tag betrifft führen die Frauen klar vor den Männern an (U-Test nach Mann und Whitney, $p < .001$ bei den Tagen und $p < .05$ bei der durchschnittlichen Zeitdauer).

Im Geschlechtervergleich betreffend die körperliche Aktivität in der Freizeit lassen sich auch hier Unterschiede aufzeigen. So sind ebenfalls die Frauen an mehr Tagen in der Woche körperlich aktiv. Bei den Frauen geben sogar 12,5% der Befragten an, an 7 Tagen in der Woche sich körperlich zu betätigen. Bei den Männern sind es hingegen nur 5,7% (U-Test nach Mann und Whitney, $p < .05$). Bei der Dauer dieser Aktivität lässt sich kein signifikanter Unterschied erkennen.

In der Durchführung von sportlichen Aktivitäten lassen sich ebenfalls Unterschiede erkennen. Bei der Anzahl an Tagen zeigen sich hier zwar keine signifikanten Unterschiede, allerdings sind die Frauen auch hier an mehr Tagen in der Woche sportlich aktiver. Bei den Männern sind sogar 19,6% der Befragten überhaupt nicht sportlich aktiv.

Bei der Dauer dieser sportlichen Aktivität findet man wieder Unterschiede. So sind 11,1% der Frauen in mehr als drei Stunden pro Tag, hingegen bei den Männern nur 6,1% sportlich aktiv (U-Test nach Mann und Whitney, $p < .05$).

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden auch gefragt, wie sie ihre körperliche Aktivität am liebsten ausführen. Zur Auswahl standen „lieber alleine“, „lieber mit anderen“ oder „beides“. 45,5% der Befragten gaben an, dass sie die körperliche Aktivität lieber mit

anderen durchführen und nur 8,9% tun dies lieber alleine. Die anderen (45,5%) gaben an beides zu tun, also entweder alleine oder gemeinsam.

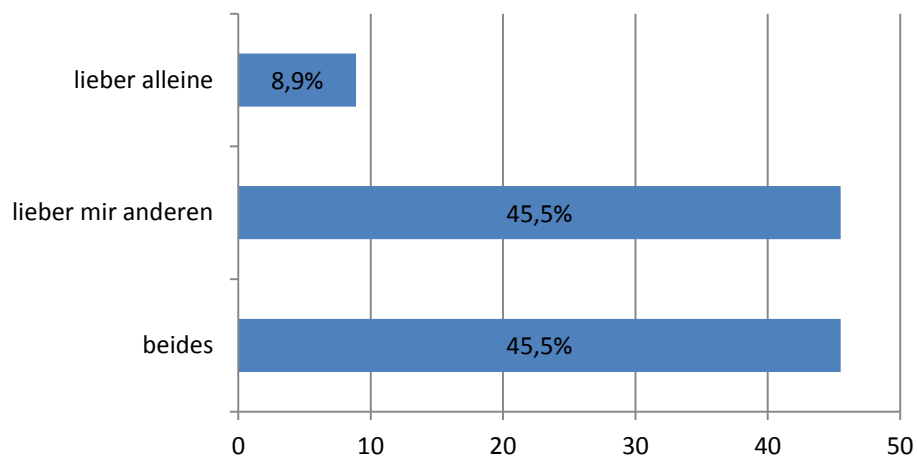


Abbildung 32: Form körperlicher Aktivität

Unterschiede zwischen Frauen und Männern lassen sich hier keine erkennen. So sind auch hier die meisten der Befragten lieber mit anderen körperlich aktiv oder sie kreuzten beides an.

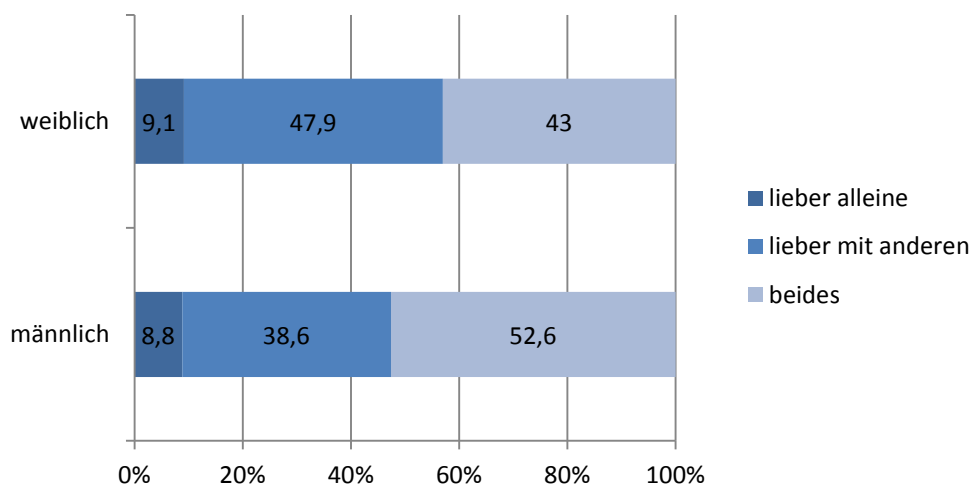


Abbildung 33: Form körperlicher Aktivität getrennt nach Geschlecht

In einer offenen Frage konnten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen angeben, welche Sportarten sie bevorzugen oder welche Sportarten sie gerne einmal ausprobieren würden. Da bei offenen Fragen immer viele Antworten zustande kommen, wurden nur diese ausgewählt, welche vermehrt genannt wurden und in Kategorien zusammengefasst. Am

häufigsten dabei genannt wurde die Kategorie Tanzen, Zumba und Aerobic mit 25,6%. Auch Ausdauersportarten (23,2%) oder Fitnessstraining (17,1%) wurde von den Befragten oft genannt. Die nachstehende Abbildung gibt nochmals einen Überblick darüber.

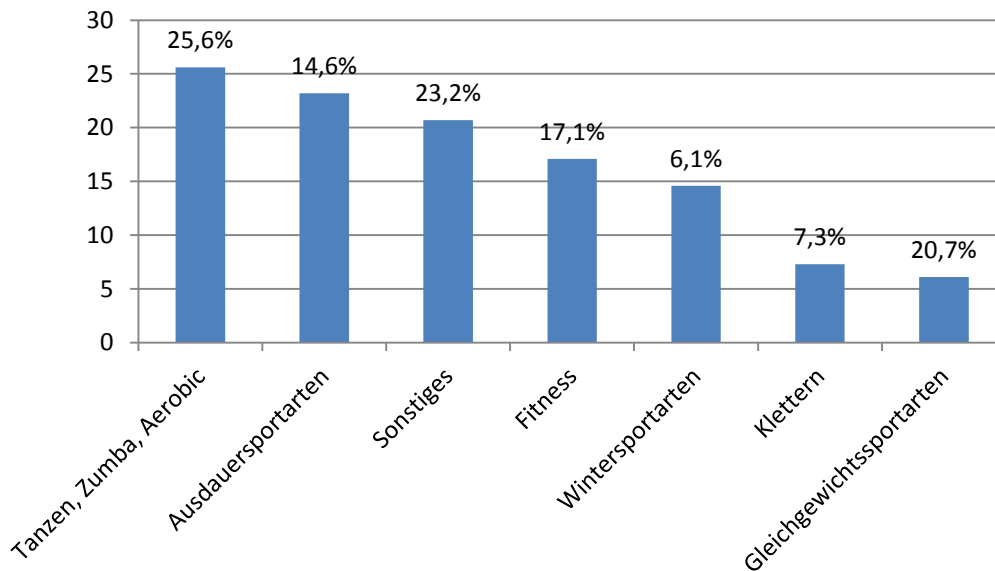


Abbildung 34: Wunschsportarten der Befragten zum Ausprobieren

Teil des Fragebogens war auch eine Auflistung von Gründen, welche mehr körperliche Bewegung in dem Leben der Befragten verhindern könnte. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen konnten aus dieser Liste auswählen oder selbst einen Grund einfügen, warum sie Bewegung in diesem Ausmaß durchführen oder nicht. Der Großteil der Befragten (69,5%) gab an, dass sie bereits schon so viele Freizeitaktivitäten durchführen und es daher keinen Grund gibt, mehr körperliche Bewegung zu machen. 13,6% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen haben kein Bedürfnis körperlich aktiver zu werden und 12,3% haben keine Zeit für mehr körperliche Aktivität.

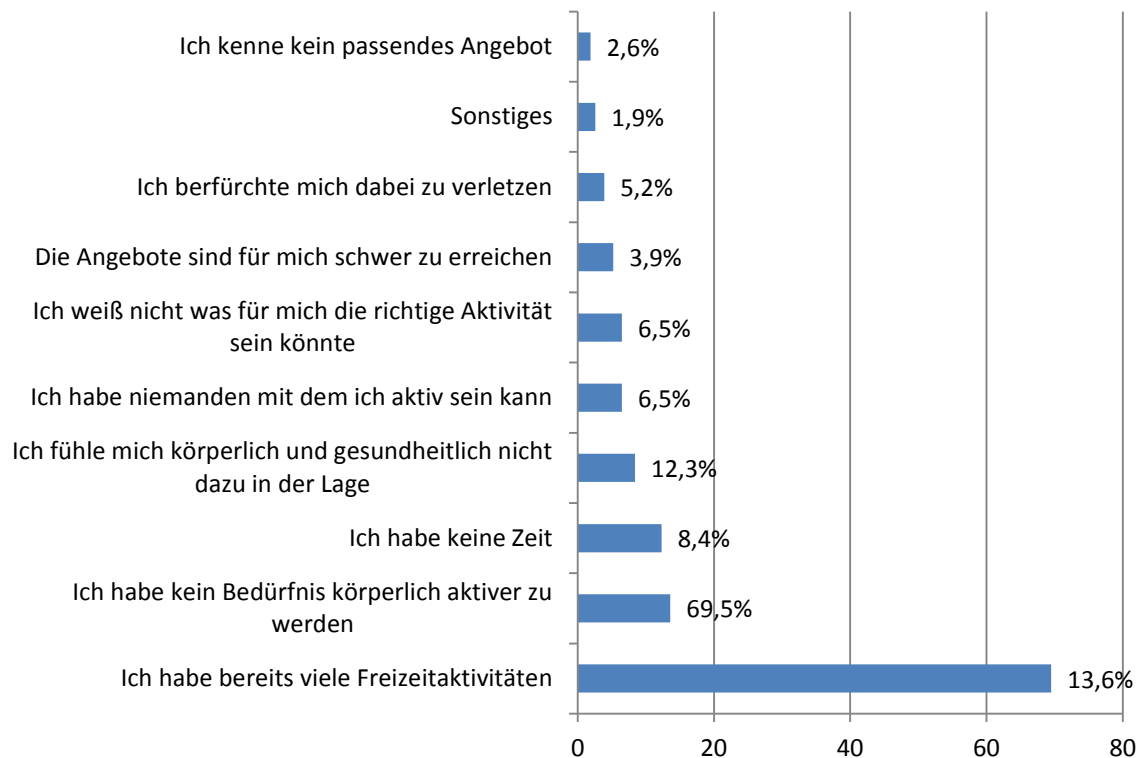


Abbildung 35: Gründe, die mehr körperliche Bewegung im Leben verhindern

4.4.3 Beurteilung der G50-Bewegungstour

Dieses Kapitel gibt Auskunft über die Beurteilung der G50-Bewegungstour. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen konnten die einzelnen Vitalstationen, aber auch die Tour als Gesamtes bewerten. Ebenfalls wurde erfragt wie Informationen zu Gesundheitsthemen vermittelt wurden und wie die Betreffenden von der Tour erfahren haben.

Die Befragten beurteilten die G50-Bewegungstour wie folgt: Am meisten zufrieden waren die Befragten mit der Betreuung an den Vitalstationen (81,1%). Auch die Gesamtorganisation war zufriedenstellend (66,2%). Insgesamt waren die Teilnehmer und Teilnehmerinnen überhaupt sehr zufrieden mit der G50-Bewegungstour.

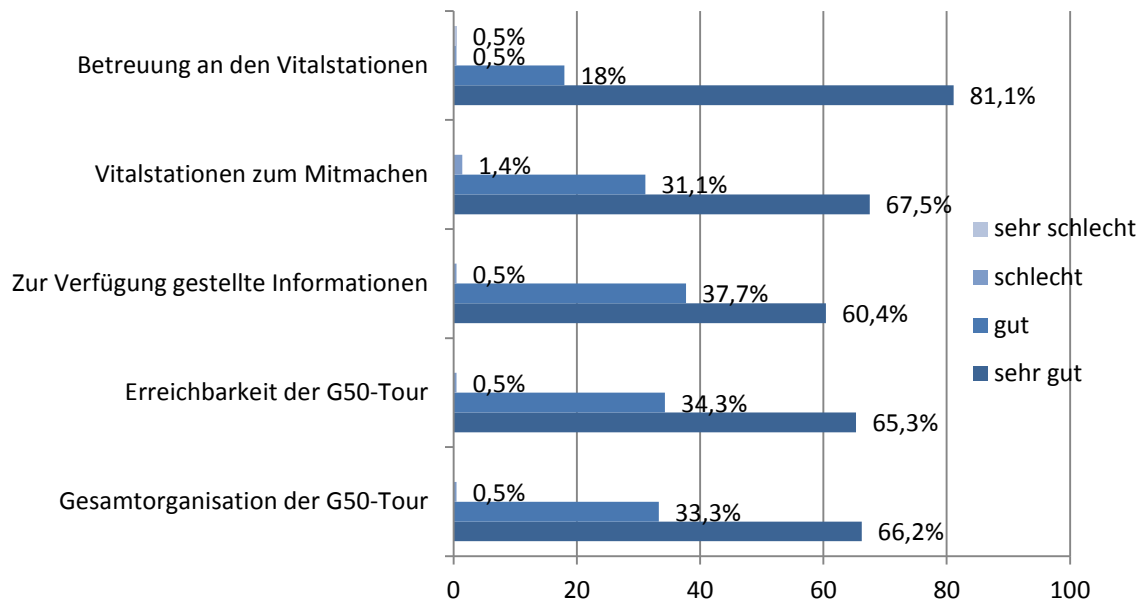


Abbildung 36: Beurteilung der G50-Bewegungstour

Bei der Untersuchung nach Unterschieden zwischen dem Geschlecht wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Auch die Untersuchung nach Altersgruppen war bis auf die Betreuung an den Vitalstationen nicht signifikant unterschiedlich. So beurteilten Personen ab dem 65. Lebensjahr die Betreuung an den Vitalstationen signifikant besser als jene zwischen dem 50. und dem 64. Lebensjahr.

Im Rahmen der G50-Bewegungstour gab es die verschiedensten Vitalstationen zum Mitmachen. Folgende Stationen standen zur Auswahl:

- Vitalstation 1 (Spiele)
- Vitalstation 2 (BIA-Messung)
- Vitalstation 3 (Kraftmessung)
- Vitalstation 4 (EMS-Training)
- Vitalstation 5 (Ergometer)
- Vitalstation 6 (Tappingplatte)
- Vitalstation 7 (Promille-Parcours)
- Vitalstation 8 (Gleichgewicht halten auf dem Slack-Nut)
- Vitalstation 9 (Gleichgewichtsspiele am MFT-Brett)

Am häufigsten wurde die Vitalstation 1 besucht. 92,9% der Befragten absolvierten diese Station. Mit 61,1% wurde am wenigsten die Vitalstation 4 besucht.

An den Stationen 1, 6, 7, 8 und 9 nahmen jeweils über 80% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen teil. Die anderen Vitalstationen wurden weniger besucht.

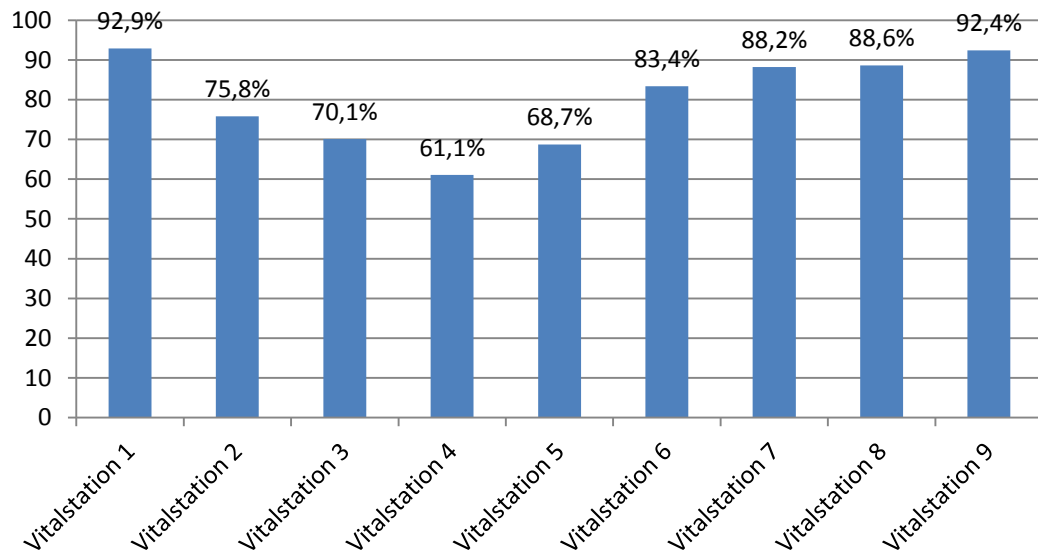


Abbildung 37: Besuch der Vitalstationen

Des Weiteren wurden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen befragt, welche Vitalstationen ihnen am besten gefallen haben. Am häufigsten genannt wurden dabei die Vitalstationen 8 (29,1%) und 9 (28,6%). Mit 13,7% wurde am wenigsten die Station 7 aufgesucht. Auch die Stationen 6 (15,4%) und 3 (15%) zählten zu den am wenigsten besuchten Vitalstationen.

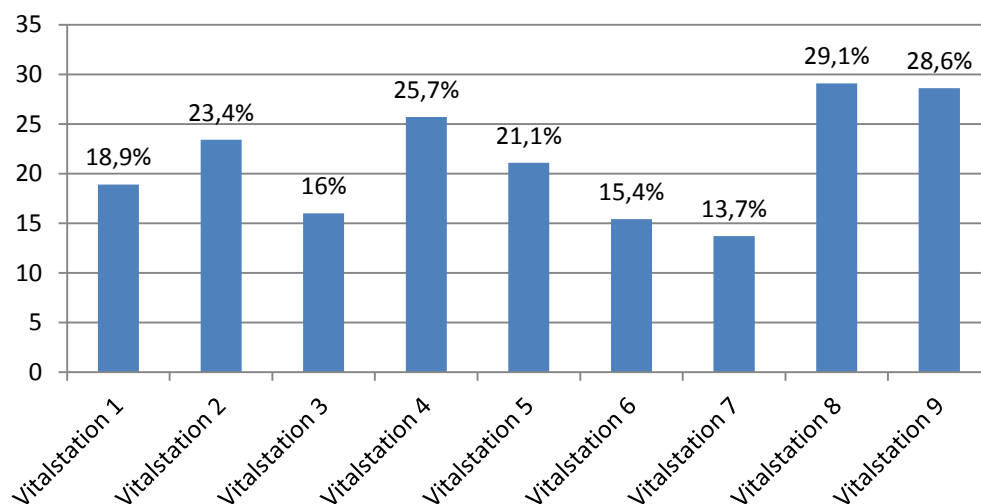


Abbildung 38: Beurteilung der Vitalstationen

Bei der Untersuchung nach Unterschieden zwischen Frauen und Männern kam Folgendes heraus: Signifikante Unterschiede ergaben sich bei den Vitalstationen 3 und 4. Männer besuchten diese Stationen häufiger als die Frauen (Chi-Quadrat-Test nach Pearson, $p < .05$).

Auch die Untersuchung zwischen den Altersgruppen ergab signifikante Unterschiede in den Gruppen. So besuchten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Altersgruppe ab 65 Jahren häufiger die Vitalstationen 1 und 5 als die Altersgruppe der 50 bis 64 jährigen (Chi-Quadrat-Test nach Pearson, $p < .05$).

Bei der Befragung wie die Teilnehmer und Teilnehmerinnen von der G50-Bewegungstour erfahren haben antworteten sie Folgendes: Am häufigsten gaben die Befragten an über den Bekanntenkreis informiert worden zu sein (34,6%). Auch die Informationsbroschüren wurden häufig genannt (23%). Lediglich 4% erfuhren von der G50-Bewegungstour aus dem Internet.

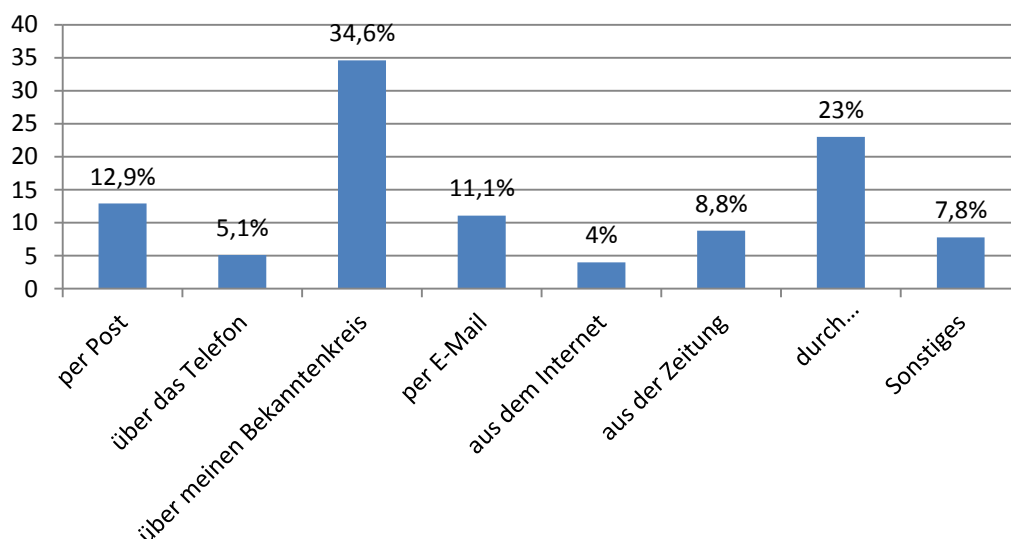


Abbildung 39: Von der G50-Bewegungstour erfahren

Ein Punkt im Fragebogen war auch, ob die Befragten die G50-Bewegungstour anderen Personen weiterempfehlen würden. 66,5% gaben dabei an dies ganz bestimmt zu tun, 32,4% würden dies eher schon machen und lediglich 1,1% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen würden die G50-Bewegungstour eher nicht weiterempfehlen.

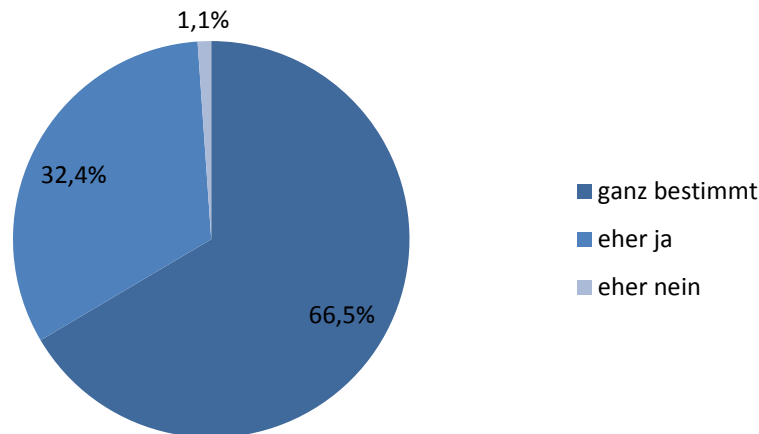


Abbildung 40: Weiterempfehlung der G50-Bewegungstour

Bei der letzten Frage im Fragebogen wurde der Informationsfluss über Gesundheitsthemen abgefragt. Außerdem wurde ermittelt ob durch solche Informationsveranstaltungen die körperliche Aktivität für die Zukunft angeregt werden kann und ob die bereitgestellten Informationen hilfreich sind um im Alltag aktiver zu werden.

Ob bei der G50-Tour über konkrete Angebote zu anderen Gesundheitsthemen informiert wurde, gaben 32,7% der Befragten an voll und ganz darüber informiert worden zu sein. Nur 5,3% gaben an überhaupt keine Informationen diesbezüglich bekommen zu haben.

Das ungefähre selbe Ergebnis brachte auch die Frage ob durch Informationsmaterial die Befragten auf neue Bewegungsangebote gestoßen sind. Hier gaben 38,1% an voll und ganz damit zufrieden zu sein.

Ob nun diese dargebotenen Informationen auch auf den Alltag umzusetzen sind wurde in der nächsten Frage beantwortet. 59,6% der Befragten gaben an voll und ganz damit zufrieden zu sein und lediglich 3% damit überhaupt nicht.

88,6% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind voll und ganz oder eher zufrieden die erhaltenen Informationen so zu gebrauchen, damit sie im Alltag auch aktiver werden.

Genauso gaben 85,7% der Befragten an durch solche Informationsveranstaltungen, wie es die G50-Bewegungstour ist, angeregt zu werden um in Zukunft aktiver zu werden.

Ob nun das Interesse an Bewegung und Sport durch die Teilnahme an der G50-Bewegungstour gestiegen ist gaben 85,9% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen an voll

und ganz oder eher zuzustimmen. Nur 1,6% gaben an, dass das Interesse überhaupt nicht gestiegen ist.

Für die bessere Übersicht sind die Aussagen in der Abbildung 47 gekürzt. Zur Vollständigkeit sind sie hier komplett angeführt:

- (1) *Mein Interesse an Bewegung und Sport ist durch die Teilnahme an der G50-Tour gestiegen.*
- (2) *Ich wurde durch die G50-Tour angeregt, in Zukunft aktiver zu sein.*
- (3) *Die bei der G50-Tour erhaltenen Informationen helfen mir, nun im Alltag aktiver zu werden.*
- (4) *Die Informationen der G50-Tour wurden anschaulich und übertragbar auf meinen Alltag dargeboten.*
- (5) *Über die bereitgestellten Informationen bin ich auf neue Bewegungsangebote in meiner Umgebung aufmerksam geworden.*
- (6) *Auf der G50-Tour wurde ich über konkrete Angebote (Veranstaltungsort, Zeit ...) zu anderen Gesundheitsthemen informiert.*

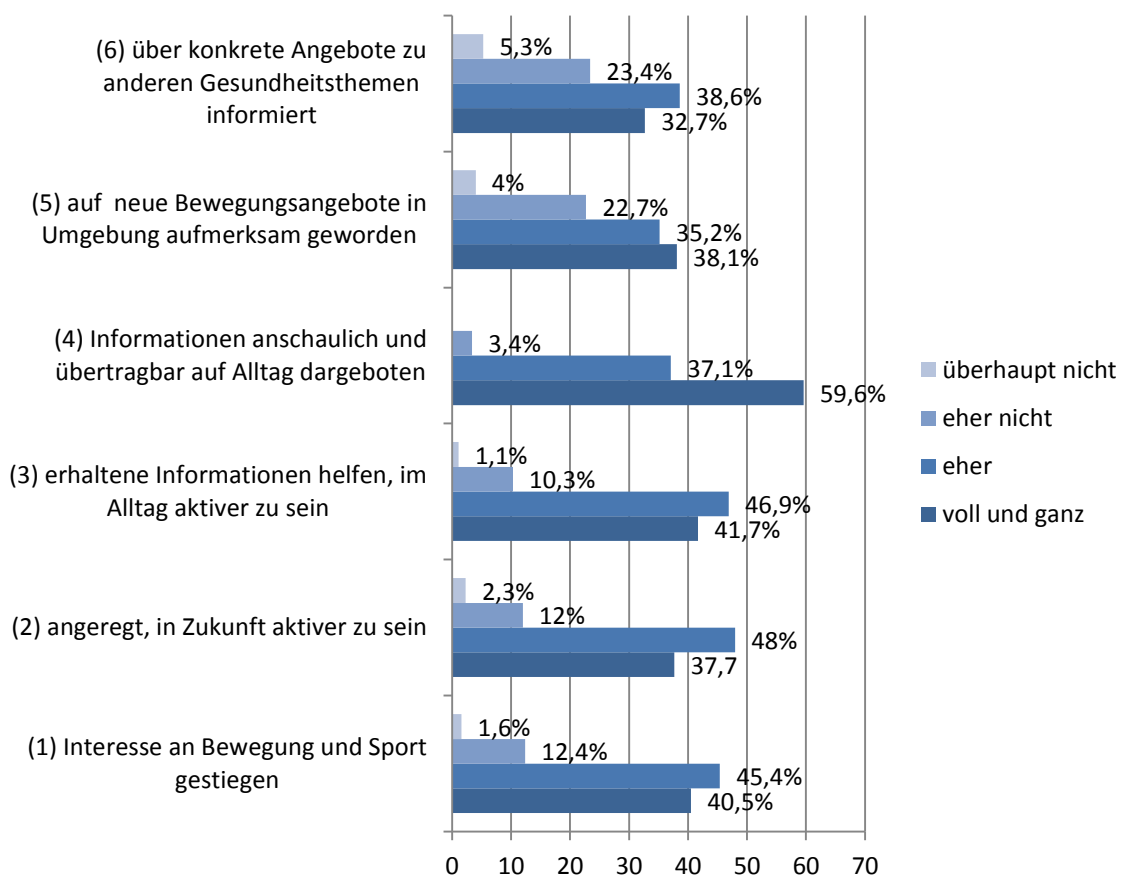


Abbildung 41: Eindruck der G50-Bewegungstour

4.5 Diskussion

In diesem Kapitel wird nun nochmals auf ausgewählte Ergebnisse des Projekts eingegangen und mit der im ersten Teil der Arbeit dargestellten Literatur ins Verhältnis gesetzt. Des Weiteren werden die ausgewählten Ergebnisse der G50-Bewegungstour mit dem Projekt der Firma „Marketmind“ verglichen. Bei diesem Projekt handelt es sich um eine Telefonumfrage der Firma „Marketmind“, welche von der ARGEF beauftragt wurde, eine Umfrage bei der Zielgruppe 50+ in Niederösterreich zu starten. Fragen zu den Themen Ernährung und Bewegung wurden gestellt. Da für diese Arbeit nur das Bewegungsverhalten von Bedeutung ist, wird auch nur auf dieses in Folge eingegangen. Zusätzlich werden die Forschungsfragen nochmals behandelt und untersucht, um zu klären, ob durch die vorhandenen Aussagen klare Ergebnisse zustande gekommen sind.

Das Projekt G50-Bewegungstour wurde zum Großteil von Frauen besucht. Ungefähr drei viertel aller Befragten waren weiblich. Auch beim Alter überwog der Anteil der über 65-jährigen, wobei das Durchschnittsalter bei 67 Jahren lag. Vergleicht man das Geschlecht und das Alter nun mit der Marketmind-Studie so zeigt sich, dass dort das Verhältnis Frauen und Männer fast ausgeglichen ist. Auch bei den Altersgruppen gibt es Unterschiede. So wurde bei der Marketmind-Studie die Altersgruppe 50-64 häufiger erreicht als jene der über 65-jährigen. Blickt man nochmals zurück auf Kapitel 3.3, in dem die Bevölkerungsmerkmale der einzelnen Standorte beschrieben sind, so ist hier deutlich erkennbar, dass in diesen Regionen der Frauenanteil jeweils höher ist als der der Männer. Das ist sicherlich auch ein Mitgrund, warum bei der G50-Bewegungstour vermehrt Frauen teilgenommen haben und hingegen weniger Männer. Die Abbildung 5 in Kapitel 2.3, in der die körperliche Aktivität in der Freizeit von Männern und Frauen dargestellt ist, zeigt nicht nur, dass sich der Anteil der körperlich Aktiven im Alter reduziert, sondern die Abbildung 5 zeigt auch, dass der Anteil der Frauen, welche sich körperlich aktiv bewegen, in jeder Altersgruppe höher ist, als jene der Männer (Statistik Austria, 2006). Auch das kann ein wesentlicher Grund dafür gewesen sein, dass vermehrt Frauen die G50-Bewegungstour besucht haben.

Bei der Frage nach der körperlichen Aktivität wurde zwischen Aktivitäten im Alltag, Freizeitaktivitäten und sportlichen Aktivitäten unterschieden. Dabei gaben die befragten an, an sechs Tagen in der Woche Alltagsaktivitäten durchzuführen. Bei den Freizeitaktivitäten reduziert sich die Anzahl der Tage in der Woche schon auf drei und bei den sportlichen Aktivitäten sind es hingegen nur mehr zwei Tage pro Woche. Auch die Anzahl der Stunden/Minuten pro Aktivität reduziert sich von anfangs 2-3 Stunden auf 1-2 Stunden und zuletzt sind es bei den sportlichen Aktivitäten nur mehr 30-60 Minuten. Auch in der Literatur (Statistik Austria, 2006) lässt sich dieser Rückgang der körperlichen

Aktivität erkennen. Mit zunehmendem Alter wird die körperliche Aktivität weniger und die Inaktivität wird mehr. Vor allem die Aktivitäten, welche höhere Belastungen mit sich bringen, werden weniger ausgeführt als solche mit geringen Belastungen, wie Alltagstätigkeiten. Das zeigt auch die Eurobarometer-Befragung (TNS Opinion & Social 2010, zit. n. Winkler, Pochobradsky & Wirls, 2012, S.84), die sich mit dem Bewegungsverhalten im Altersverlauf beschäftigte. Auch dort wurde festgestellt, dass mit zunehmendem Alter die sportlichen Aktivitäten abnehmen. Ebenfalls wurde herausgefunden, dass Personen, welche sich schon in jüngeren Jahren sportlich betätigt haben, dies auch im höheren Alter lieber tun als jene, die nicht so sportlich waren. Auch bei einer österreichweiten Befragung (Bundesministerium für Gesundheit, 2012) wurde zu dem Ergebnis gekommen, dass sich im Alter die körperliche Aktivität reduziert. Vor allem die sportlichen Tätigkeiten werden durch einfache Alltagstätigkeiten wie Spaziergänge oder Radfahren ersetzt.

Ein weiterer Teil des Fragebogens beschäftigte sich mit den Sportarten und den Stationen der G50-Bewegungstour. Ziel dieser Arbeit war es auch herauszufinden, welche Sportarten für die ältere Generation geeignet und sinnvoll sind. Eine Frage widmete sich dabei den Sportarten, welche die Befragten gerne einmal ausprobieren möchten und sich auch zutrauen würden. Im Vordergrund standen dabei Ausdauersportarten und Fitnesstraining. Am häufigsten wurden aber Sportarten angegeben, welche in den Bereich gesundheitsorientiertes Training, wie Tanzen, Zumba oder Aerobic, fallen. Das kann vermutlich daran liegen, weil gerade so ein Training in diversen Vereinen angeboten wird und somit für jedermann zugänglich ist. Dass im höheren Alter vor allem eine gesundheitsorientierte körperliche Aktivität wichtig und sinnvoll ist, wird auch in der Literatur beschrieben. Gerade in diesen Sportarten ist das Verletzungsrisiko gering und damit interessant für die ältere Generation (Fonds gesundes Österreich, 2012).

Interessant war auch die Frage nach der Beurteilung der Vitalstationen. Hintergrund dieser Frage war es, herauszufinden, welche Stationen für die Teilnehmer und Teilnehmerinnen geeignet sind und ob diese für sie auch interessant genug sind, damit sie auch angenommen werden. Dabei stellte sich heraus, dass insgesamt die Vitalstationen durchgängig von allen Befragten gut besucht waren. Einzig die Stationen 2-5 wurden von den Besuchern weniger angenommen. Woran das liegen kann lässt sich nicht genau erklären. Da dies allerdings jene Stationen waren, bei denen die sportmotorischen Tests durchgeführt wurden und die Wartezeiten gerade bei diesen Vitalstationen relativ lang waren, lässt sich vermuten, dass aufgrund der zu langen Wartezeiten jene Stationen weniger besucht worden sind als andere.

Weiters gab es auch offenen Fragen, bei denen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der G50-Bewegungstour angeben konnten, welche Vitalstationen ihnen am besten und welche ihnen nicht so gut gefallen hatten. Die Befragten gaben dabei an, dass ihnen jene Vitalstationen am besten gefallen hatten, welche mit Gleichgewicht zu tun hatten. Woran dies gelegen hat ist nicht bekannt. Ein Grund dafür kann aber eventuell die spielerische Durchführung dieser Stationen sein. Auch ganz vorne im Ranking der beliebtesten Stationen war jene am Ergometer. Das würde somit auch wieder das Ergebnis, nach der Frage welche Sportarten die Befragten am liebsten durchführen wollen, bestätigen. Dies ist schon weiter oben thematisiert worden. Auch Engelhardt und Neumann (1994) bestätigen, dass Ausdauersportarten zu den beliebtesten im höheren Alter zählen. Grund dafür nennt er die präventive Wirkung und das geringe Risiko dabei. Weineck (2010) sieht dies ähnlich. Auch er nennt Sportarten wie Laufen, Radfahren oder Schwimmen für ein geeignetes Training im höheren Alter.

Mittels Fragebogen wurde auch nach den Gründen gefragt, die (mehr) körperliche Aktivität verhindern. Dabei gaben mehr als die Hälfte der Befragten an, schon ausreichend Aktivitäten auszuüben und somit das Bedürfnis nach mehr körperlicher Aktivität nicht vorhanden sei. Das Ergebnis dieser Frage überrascht dabei nicht, da 70% der Teilnehmer und Teilnehmerinnen angaben bereits in einem Sportverein aktiv zu sein. Das zeigt auch das Ergebnis nach der Frage der körperlichen Fitness. Demnach schätzte sich der Großteil der Befragten durchschnittlich körperlich fit ein. Nur 0,4% gaben an überhaupt nicht körperlich fit zu sein. Auch in der Marketmind-Studie wurden ähnliche Ergebnisse erzielt. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen dieser Studie gaben ebenfalls an zufrieden zu sein mit der körperlichen Aktivität, die sie zurzeit machen. Ebenfalls gaben sie an, schon viele Freizeitaktivitäten durchzuführen und dass es auch an der Zeit für mehr Aktivität mangelt. Auch die körperliche Fitness wird von den Befragten der Marketmind-Studie mit dem gleichen Ergebnis angegeben. Hier wurde ebenfalls am häufigsten die „3“ von 1 bis 5 angegeben, also durchschnittlich gut körperlich fit zu sein.

Im letzten Teil des Fragebogens ging es um die Beurteilung der G50-Bewegungstour. Es wurden Fragen zu den Angeboten, zu dem Informationsmaterial, zu der Übertragbarkeit in den Alltag und zur zukünftigen körperlichen Aktivität gestellt.

Bezüglich Informationsfluss zu Gesundheitsthemen gab die Mehrheit der Befragten an zufrieden damit zu sein, was sie bei den einzelnen Veranstaltungen an Informationen erhalten haben. D.h. die Teilnehmer und Teilnehmerinnen haben Informationen zu anderen Angeboten betreffend körperlicher Aktivität und Informationsmaterial zu Gesundheitsthemen erhalten und sind genug informiert worden. Lediglich ein kleiner Prozentsatz (5,3%) gab an überhaupt keine Informationen bekommen zu haben. Aufgrund

dieser Informationen konnten sich einige der Teilnehmer und Teilnehmerinnen über andere Bewegungsangebote informieren und sie können sich vorstellen, dass diese Informationen ihnen helfen können um mehr Bewegung in ihr Leben zu bringen. Des Weiteren können sich die Befragten vorstellen, dass durch solche Informationsveranstaltungen, welche es die G50-Bewegungstour auch ist, sie angeregt werden um in Zukunft aktiver zu werden. Das Interesse an Bewegung und Sport kann laut den Befragten durch solche Veranstaltungen ebenfalls geweckt werden.

So zeigen also die Ergebnisse dieser Bewegungstour, dass durch Informations- und Bewegungsveranstaltungen das Interesse an Bewegung und Sport auch noch im Alter geweckt werden kann und dass Personen im höheren Alter sehr wohl noch etwas für ihre Gesundheit tun können. Auch Löllgen, Bockenhoff und Knapp (2009) bzw. Cirkel und Juchelka (2009) sehen die körperliche Aktivität als wesentlichen Faktor um die Gesundheit zu fördern und dass ein regelmäßiges Training wichtig ist um die Selbstständigkeit im Alter aufrecht zu erhalten.

Im Großen und Ganzen wurde die G50-Bewegungstour recht positiv von den Teilnehmern bewertet und aufgenommen. Ein Manko dieser Tour war allerdings, dass vermehrt Personen gewonnen werden konnten, welche bereits aktiv in diversen Sportvereinen tätig sind und sich demnach schon viel bewegen. Das Ziel der G50-Bewegungstour war es, Personen zu erreichen, welche sich in ihrem Alltag eher weniger bewegen und sie dazu zu bringen körperlich aktiver zu werden. Das Ergebnis zeigt allerdings, dass der Sportverein ein wichtiger Aspekt für gesundheitsorientiertes Leben sein kann. Auch der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB, 2007) gibt an, dass der Verein eine zentrale Rolle spielt um ältere Personen an den Sport zu binden. Im Alter ist es wichtig, dass es geregelte Termine gibt um Dinge zu erledigen. Der DOSB sagt auch, dass es wichtig sei die Teilnehmer und Teilnehmerinnen über Gesundheitsthemen zu informieren und genau das kann ein Verein bieten und in diesem Rahmen auch durchführen. Durch diese körperliche Aktivität im Alter können somit Altersprozesse verlangsamt werden und diverse Risikofaktoren verhindert oder reduziert werden und sich positiv auf die Lebensqualität auswirken (DOSB, 2007, zit. n. Blessing-Kapelke, 2011, S.124).

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. (2004). *Gesundheitsfördernde Setting-Ansätze in benachteiligten städtischen Quartieren*. Zugriff am 13.001.2014 unter <http://www.eundc.de/pdf/09600/pdf>
- Altgeld, T., & Kolip, P. (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber. S.45-56.
- ARGE (2014). *Info G50*. Zugriff am 27.02.2014 unter <http://argef.info/g50>
- Ätiologie (2014). Pathogenese. Zugriff am 26.05.2014 unter <http://ätiologie.com/die-pathogenese>
- Bachl, N., Schwarz, W. & Zeibig, J. (2006). *Fit ins Alter. Mit richtiger Bewegung jung bleiben*. Wien: Springer.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1994). *Alter und Altern*. Ein Studententext zur Gerontologie-Sonderausgabe des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichtes der Wissenschaft. Berlin: de Gruyter.
- Blessing-Kapelke, U. (2011). Sportvereine fördern die Lebensqualität für alle Generationen. In: Schriftenreihe Sportentwicklung des DOSB (2007). *Sport im Verein – ein Handbuch*. Hamburg: Feldhaus. S. 120-127.
- Böhm, W. (1994). *Wörterbuch der Pädagogik*. Stuttgart: Alfred Körner Verlag
- Brehm, W., Bös. K., Opper. E. & Saam. J. (2002). *Gesundheitsprogramme in Deutschland*. Schorndorf: Hofmann.
- Buchbauer, J. & Kling, M. (2007). *Fit ab 50+. Fitness ist keine Frage des Alters*. Schorndorf: Hofmann.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010). *Gesundheit und Krankheit in Österreich. Gesundheitsbericht Österreich 2009*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2012). *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. Bundesministerium für Gesundheit. Zugriff am 04.01.2014 unter http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/seniorenbericht_2012.pdf
- Buskies, W. & Boeckh-Behrens, W. (1995). *Gesundheitsorientiertes Fitnesstraining, Ausdauer, Ernährung, Entspannung*. Lüneburg: Wehdemeier & Putsch Verlag.
- Cirkel, M. & Juchelka, R. (2009): *Gesundheit und Mobilität im Alter*. Public Health Forum 15 (3), 24-26.
- Denk, H. & Pache, D. (1996). *Bewegung, Spiel und Sport im Alter – Bedürfnissituation Älterer*. Köln: Sport und Buch Strauß Verlag.
- Denk, H., Pache, D. & Schaller, H. (2003). *Handbuch Alterssport*. Schorndorf: Hofmann.
- Doccheck (2014a). Pathogenese. Zugriff am 17.03.2014 unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Pathogenese>
- Doccheck (2014b). Alter. Zugriff am 17.03.2014 unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Alter>
- DOSB (2007). *Wissen für die Praxis: Bewegungsangebote 70 plus*. Werkheft (7).Frankfurt: Digital Agentur.
- Engelhardt, M. & Neumann, G. (1994). *Training des älteren Menschen*. München: BLV.
- Evaluationskonzept G50 Bewegungstour (2014).

- Filipp, S. & Mayer, A. (1999). *Bilder des Alters – Alterstereotype und die Beziehung zwischen den Generationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fonds gesundes Österreich (2012a). *Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung*. Wissen, 2012, (8).
- Fonds gesundes Österreich (2014b). *Gesundheitsverhalten*. Zugriff am 17.03.2014 unter <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsverhalten>
- Fonds gesundes Österreich (2014c). *Lebensstil*. Zugriff am 17.03.2014 unter <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?distLet=L&view=lebensstil>
- Fonds gesundes Österreich (2014d). *Salutogenese*. Zugriff am 17.05.2014 unter <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/salutogenese>
- Geuter, G. & Holleder, A. (2012). *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Gottlob, A. (2001). *Differenziertes Krafttraining mit Schwerpunkt Wirbelsäule*. München: Urban & Fischer.
- Hager, K., Summa, J. & Platt, D. (2002). *Rehabilitation multimorbider Patienten in Klinik und Tagesklinik*. Internist, 2002 (43), S.930-940.
- Heinemann, K. (2007): *Einführung in die Soziologie des Sports*. Schorndorf: Hofmann Verlag.
- Haskell, W.L., Lee, I-M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, C.A., Heath, G.W., Thopson, P.D. & Baumann, A. (2007). *Physical activity and public health. Updated recommendations for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association*. Circulation, 116, 1081-1093.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. München: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kruse, A. (2002). *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Baden-Baden: Nomos.
- Lademann, J. (2006). *Gesundheitsförderung und Prävention für Frauen und Männer im Alter: Möglichkeiten und Defizite*. Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien. 2006 (2), S. 56-70.
- Lehr, U. (1972). *Psychologie des Alterns*. Heidelberg: Quelle & Meyer Verlag.
- Lehr, U. (1983). Altern – gestern, heute und morgen. In: Lehr, U. (Hrsg). *Altern – Tatsachen und Perspektiven*. Bonn: Bouvier. S. 4-31. LIGA. NRW (2011). *Gesundheit durch Bewegung fördern. Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis*. Düsseldorf: LIGA.NRW. Zugriff am 02.,04.2014 unter http://www.lzg.gc.nrw.de/media/pdf/liga-fokus/LIGA_Fokus_12.pdf
- 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 (3), 213-224.
- Meusel, H. (1982). *Sport, Spiel, Gymnastik in der zweiten Lebenshälfte*. Bad Homburg: Limpert Verlag.
- Meusel, H. (1996). *Bewegung, Sport und Gesundheit im Alter*. Wiesbaden: Quelle & Meyer Verlag.
- Naegele, G. (2004). *Gesundheitsförderung und Prävention für das höhere Alter – ein*

- neues Handlungsfeld für die Sozialpolitik. Theorie und Praxis der sozialen Arbeit*, 2004 (4), 20-28.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Noack, H. & Reis-Klingspiegl, K. (1999). *Altern als Herausforderung. Gesundheit macht alt*. Band 2. Graz: Leykam Verlag.
- Opaschowski, H. (1997). *Einführung in die Freizeitwissenschaft*. Opladen: Leske & Budrich.
- Pflegewiki (2014). *Salutogenese*. Zugriff am 17.03.2014 unter <http://www.pflegewiki.de/wiki/Salutogenese>
- Regelin, P., Jasper, B. & Hammes, A. (2013). *Aktiv bis 100. Hochaltrige Menschen in Bewegung bringen*. Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Renner, B. & Staudinger, U. (2008). *Gesundheitsverhalten alter Menschen*. In: Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (2008). *Alter Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosenmayr, L. (1990). *Die Kräfte des Alters*. Wien: Atelier.
- Sacher, A. (1998). Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Wirklichkeiten-Zur Entwicklung der WHO-Programmatik. In: Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg). *Gesundheitsförderung-ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Sack, M. & Lamprecht, F. (1998). Forschungsaspekte zum Sense of Coherence. In: Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, V. & Schnyder, U. (Hrsg). *Handbuch der Salutogenese*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Schiffer, E. (2001). *Wie Gesundheit entsteht – Salutogenese*. Basel: Beltz Verlag.
- Schmidt, B. (2006). *Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung*. Bildungsforschung, 2006 (3), 1-25.
- Singer, R. (1981). *Alterssport. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport*. Schorndorf: Hofmann.
- Statistik Austria (2006). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007*.
- Statistik Austria 1 (2013a). *Bevölkerungsstruktur nach Alter und Geschlecht*. Zugriff am 16.02.2014 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/
- Statistik Austria 2 (2013b). *Bevölkerungsprognose*. Zugriff am 16.02.2014 unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognose/n/bevoelkerungsprognosen/index.html#index1
- Steinbach, H. (2007). *Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas Verlag.
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Zugriff am 17.03.2014 unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11828&p_sprache=d&p_uid=&p_aid=&p_lfd_nr=1
- Theune, T. (2009). *Bewegung im Alter. Körper und Geist gemeinsam fördern*. München: Urban & Fischer.
- Walter, U. (2008). Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In:

- Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber. S.245-263.
- Walter, H. (1995). *Das Alter leben. Herausforderungen und neue Lebensqualitäten*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Walter, U., Hager, K. & Lux, R. (2008). Die alternde Bevölkerung: Demographie, gesundheitliche Einschränkungen, Krankheiten und Prävention unter Sex- und Gender-Fokus. In: Rieder, A. & Lohff, B. (Hrsg). *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*. Wien: Springer-Verlag. S.467-505.
- Weineck, J. (2010). *Sportbiologie*. Balingen: Spitta Verlag.
- Werle, J. Woll, A. & Tittlbach, S. (2006). *Gesundheitsförderung. Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1948). *Definition Gesundheit*. Zugriff am 09.01.2014 unter <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986). *Die Ottawa-Charta*. Zugriff am 10.01.2014 unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Salutogenese-Modell (Antonovsky, 1987, aus Werle, Woll & Tittlbach, 2006, S.33)	- 9 -
Abbildung 2: Bevölkerung nach Altersgruppen (Statistik Austria, 2013a).	- 11 -
Abbildung 3: Bevölkerungspyramide (Statistik Austria, 2013b).	- 12 -
Abbildung 4: Anteil der über 65-jährigen an der österreichischen Gesamtbevölkerung-	13 -
Abbildung 5: Begründungen des Alterssport (Denk, Pache & Schaller, 2003, S. 86).	- 20 -
Abbildung 6: körperliche Aktivität in der Freizeit nach Altersgruppen und Geschlecht (Statistik Austria, 2006).	- 24 -
Abbildung 7: Verlauf der durchschnittlichen Leistungsfähigkeit im Laufe des Lebens (Buskies & Boeckh-Behrens, 1995).	- 29 -
Abbildung 8: Körperliche Aktivitäten nach Altersgruppen in Österreich (Bundesministerium für Gesundheit , 2012).	- 34 -
Abbildung 9: Anzahl der Teilnehmer/innen getrennt nach Region	- 46 -
Abbildung 10: Teilnehmer/innen der Befragung nach Ort	- 47 -
Abbildung 11: Anzahl der Teilnehmer/innen aufgeteilt nach Geschlecht	- 47 -
Abbildung 12: Anzahl der Teilnehmer/innen getrennt nach Region und Geschlecht	- 48 -
Abbildung 13: Unterscheidung in Altersgruppen	- 48 -
Abbildung 14: Unterscheidung in Altersgruppen getrennt nach Geschlecht	- 49 -
Abbildung 15: Anzahl der Teilnehmer/innen getrennt nach Region und Altersgruppen-	49 -
Abbildung 16: Abgeschlossene Ausbildung der Teilnehmer/innen	- 50 -
Abbildung 17: Abgeschlossenen Ausbildung der Teilnehmer/innen getrennt nach Region	- 51 -
Abbildung 18: Mitgliedschaft in einem Sportverein	- 52 -
Abbildung 19: Mitgliedschaft im Sportverein getrennt nach Geschlecht	- 52 -
Abbildung 20: Mitgliedschaft im Sportverein getrennt nach Altersgruppen	- 53 -
Abbildung 21: Mitgliedschaft im Sportverein getrennt nach Region	- 53 -
Abbildung 22: Selbsteinschätzung der körperlichen Fitness	- 54 -
Abbildung 23: Selbsteinschätzung der Fitness getrennt nach Geschlecht	- 55 -

Abbildung 24: Selbsteinschätzung der körperlichen Fitness getrennt nach Altersgruppen _____	- 55 -
Abbildung 25: Selbsteinschätzung der körperlichen Fitness getrennt nach Region ____	- 56 -
Abbildung 26: Tage körperlicher Aktivität bei Alltagsaktivitäten _____	- 56 -
Abbildung 27: Dauer körperlicher Aktivität bei Alltagsaktivitäten _____	- 57 -
Abbildung 28: Tage körperlicher Aktivität in der Freizeit _____	- 57 -
Abbildung 29: Dauer körperlicher Aktivität in der Freizeit _____	- 58 -
Abbildung 30: Tage sportlicher Aktivität _____	- 58 -
Abbildung 31: Dauer sportlicher Aktivität _____	- 59 -
Abbildung 32: Form körperlicher Aktivität _____	- 60 -
Abbildung 33: Form körperlicher Aktivität getrennt nach Geschlecht _____	- 60 -
Abbildung 34: Wunschsportarten der Befragten zum Ausprobieren _____	- 61 -
Abbildung 35: Gründe, die mehr körperliche Bewegung im Leben verhindern ____	- 62 -
Abbildung 36: Beurteilung der G50-Bewegungstour _____	- 63 -
Abbildung 37: Besuch der Vitalstationen _____	- 64 -
Abbildung 38: Beurteilung der Vitalstationen _____	- 64 -
Abbildung 39: Von der G50-Bewegungstour erfahren _____	- 65 -
Abbildung 40: Weiterempfehlung der G50-Bewegungstour _____	- 66 -
Abbildung 41: Eindruck der G50-Bewegungstour _____	- 67 -

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ansätze und Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	- 16 -
Tabelle 2: Körperliche Voraussetzungen für Alltagstätigkeiten.....	- 22 -
Tabelle 3: ACSM & AHA Bewegungsempfehlungen	- 26 -
Tabelle 4: US Department of Health and Human Services Bewegungsempfehlungen	- 27 -
Tabelle 5: Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung	- 27 -
Tabelle 6: Positive Auswirkungen eines regelmäßigen Ausdauertrainings	- 31 -

Anhang

Fragebogen

Dieser Fragebogen bezieht sich auf die von Ihnen besuchte G50-Tour. Es gibt dabei keine falschen Antworten. Antworten Sie einfach, was für Sie zutreffend ist. Ihre Angaben werden natürlich anonym behandelt.

Bitte geben Sie uns ein paar Angaben zu Ihrer Person.

Ihr Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Ihr Alter: _____ Jahre

Region, in der Sie leben: ☐ Mostviertel ☐ Industrieviertel
☐ Weinviertel ☐ Waldviertel

Ihre Postleitzahl: _____

Ihr Geburtsland: _____

Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung:

- ☐ Pflichtschule ☐ Lehre/Berufsschule
☐ Fachschule ohne Matura ☐ AHS/BHS/Kolleg mit Matura
☐ Universität/Fachhochschule

Im Folgenden haben wir ein paar Fragen zu Ihrer körperlichen Aktivität.

Sind Sie Mitglied in einem Sportverein? ☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig aktiv an einem oder mehreren Sportvereinsangebot(en) teil? ☐ ja ☐ nein

Auf einer Skala von 1 (körperlich sehr fit) bis 5 (überhaupt nicht körperlich fit), wie würden Sie sich selbst einschätzen?

körperlich sehr fit				überhaupt nicht körperlich fit
☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5

Stellen Sie sich nun eine gewöhnliche Woche in Ihrem Leben vor. Wie oft sind Sie im Alltag, in der Freizeit und beim Sport körperlich aktiv? Kreuzen Sie bitte die Anzahl der Tage sowie die Dauer an!

1. Körperliche Aktivitäten bei Ihren Alltagserledigungen (z.B. Hausarbeiten, Gartenarbeiten, handwerkliche Arbeiten im Haus, Erledigungen zu Fuß oder mit dem Fahrrad wie z. B. Einkaufen etc.)

1A. Mache ich an... 0 1 2 3 4 5 6 7 ...Tag(en) in der Woche.

1B. Rechne ich alle Aktivitäten zusammen, dann bin ich im Durchschnitt pro Tag aktiv:

<30min	30-60min	>1h-2h	>2h-3h	>3h-5h	>5h
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Gemütliche/leichte körperliche Aktivitäten in Ihrer Freizeit (z.B. Spazierengehen, Wandern, Radtouren, Tanzen etc.)

2A. Mache ich an... 0 1 2 3 4 5 6 7 ...Tag(en) in der Woche.

2B. Rechne ich alle Aktivitäten zusammen, dann bin ich im Durchschnitt pro Tag aktiv:

<30min	30-60min	>1h-2h	>2h-3h	>3h-5h	>5h
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Anstrengende sportliche Aktivitäten (Laufen oder Joggen, Nordic Walking, Schwimmen, Fitnesstraining, Vereinssportangebote, Volkshochschulangebote etc.)

3A. Mache ich an... 0 1 2 3 4 5 6 7 ...Tag(en) in der Woche.

3B. Rechne ich alle Aktivitäten zusammen, dann bin ich im Durchschnitt pro Tag aktiv:

<30min	30-60min	>1h-2h	>2h-3h	>3h-5h	>5h
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Welche Sportarten bzw. Bewegungsaktivitäten würden Sie gerne einmal ausprobieren? _____

In welcher Form betreiben Sie körperliche/sportliche Aktivitäten?

☐ lieber alleine ☐ lieber mit anderen ☐ beides

Gibt es Gründe, die (mehr) körperliche Bewegung in Ihrem Leben verhindern? Kreuzen Sie bitte alle auf Sie zutreffenden Aussagen an!

☐ Ich habe kein Bedürfnis, körperlich aktiver zu werden.
☐ Ich habe bereits viele Freizeitaktivitäten, die mich ausfüllen.
☐ Ich fühle mich körperlich bzw. gesundheitlich nicht dazu in der Lage.
☐ Ich habe keine Zeit.
☐ Ich habe niemanden, mit dem ich aktiv sein kann.
☐ Ich weiß nicht, was für mich die richtige Aktivität sein könnte.
☐ Ich befürchte, mich dabei zu verletzen.
☐ Die Angebote sind für mich schwer zu erreichen.
☐ Ich kenne kein passendes Angebot.
☐ Sonstiges, und zwar: _____ _____

Im Folgenden interessiert uns Ihr Eindruck von der G50-Tour.

Bitte beurteilen Sie die G50-Tour!

	sehr gut	gut	schlech t	sehr schlecht
Gesamtorganisation der G50-Tour	☐	☐	☐	☐
Erreichbarkeit des Veranstaltungsortes der G50-Tour	☐	☐	☐	☐
Zur Verfügung gestellte Informationen zu Bewegungsangeboten und Bewegungsempfehlungen	☐	☐	☐	☐
Vitalstationen zum Mitmachen	☐	☐	☐	☐
Betreuung an den Vitalstationen	☐	☐	☐	☐

Kreuzen Sie bitte alle Vitalstationen an, die Sie besucht haben!

Vitalstation 1 (Spiele, Fußball, Rückenschmerzsimulator)	☐	Vitalstation 6 (Tappingplatte: Bodenkontaktmessung)	☐
Vitalstation 2 (BIA-Messung: Gewicht, Muskel- und Fettmasse)	☐	Vitalstation 7 (Promille-Parcours, Rausch-Brille)	☐
Vitalstation 3 (EasyTorque: Kraftmessung)	☐	Vitalstation 8 (Gleichgewichtsparcours, Slack-Nut)	☐
Vitalstation 4 (EMS-Training, Muskelstimulations-Weste)	☐	Vitalstation 9 (Gleichgewichtsspiele MFT: Schmetterlinge, Ski etc.)	☐
Vitalstation 5 (Airstream: Ergometer, Radeln)	☐		

Welche Vitalstationen haben Ihnen am besten gefallen? Es genügt, wenn Sie die entsprechenden Nummern von obiger Tabelle angeben!

Was hat Ihnen nicht gefallen? _____

Gibt es Bewegungsaktivitäten/Sportarten, die Sie in den nächsten Wochen beginnen wollen? Wenn ja, welche sind das?

Wie haben Sie von der G50-Tour in Ihrer Nähe erfahren?

Kreuzen Sie bitte alle auf Sie zutreffenden Aussagen an!

- | | |
|---|---|
| ☐ per Post | ☐ über das Telefon |
| ☐ über meinen Bekanntenkreis | ☐ per E-Mail |
| ☐ aus dem Internet | ☐ aus der Zeitung |
| ☐ durch Informationsbroschüren | |
| ☐ Sonstiges: _____ | |

Würden Sie Ihren Freunden, Bekannten, Nachbarn oder Ihrer Familie den Besuch der G50-Tour empfehlen?

☐ ganz bestimmt ☐ eher ja ☐ eher nein ☐ bestimmt nicht

Geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen!

Ich stimme ... zu.	voll und gan z	ehe r	eher nich t	über hau pt nicht
Mein Interesse an Bewegung und Sport ist durch die Teilnahme an der G50-Tour gestiegen.	☐	☐	☐	☐
Ich wurde durch die G50-Tour angeregt, in Zukunft aktiver zu sein.	☐	☐	☐	☐
Die bei der G50-Tour erhaltenen Informationen helfen mir, nun im Alltag aktiver zu werden.	☐	☐	☐	☐
Die Informationen der G50-Tour wurden anschaulich und übertragbar auf meinen Alltag dargeboten.	☐	☐	☐	☐
Über die bereitgestellten Informationen bin ich auf neue Bewegungsangebote in meiner Umgebung aufmerksam geworden.	☐	☐	☐	☐
Auf der G50-Tour wurde ich über konkrete Angebote (Veranstaltungsort, Zeit ...) zu anderen Gesundheitsthemen informiert.	☐	☐	☐	☐

Herzlichen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Bewegungspass-Nr.:

Veranstaltungsort:

Lebenslauf

Name: Markus FRIEDSCHRÖDER, Bakk.rer.nat.
Geburtsdatum: 09.05.1985
Geburtsort: Wien
Adresse: Johann-Schweigergasse 9, 2120 Wolkersdorf

SCHUL- UND BERUFSBILDUNG

09/1991 – 06/1995	Volksschule (Volksschule Wolkersdorf, Kirschenallee 2, 2120 Obersdorf)
09/1995 – 06/1999	Hauptschule (Hauptschule Wolkersdorf, Withalmstraße 4, 2120 Wolkersdorf)
09/1999 – 06/2003	Reifeprüfung (Bundesrealgymnasium, Boerhaavegasse 3, 1030 Wien)
01/2004 – 09/2004	Präsenzdienst Bundesheer, (Österreich)
09/2004 – 09/2009	Studium der Rechtswissenschaft Universität Wien (Schottenbastei 10-16, 1010 Wien)
09/2009 – 06/2012	Bakkalaureus der Naturwissenschaft Sportwissenschaft (Universität Wien - Zentrum für Sportwissenschaft und Universitätssport, Auf der Schmelz 6, A-1150 Wien)
09/2012 – Heute	Magister der Naturwissenschaft Sportwissenschaft (Universität Wien - Zentrum für Sportwissenschaft und Universitätssport, Auf der Schmelz 6, A-1150 Wien)

BERUFSERFAHRUNG

16/10/2010 – 13/02/2012	Angestellter Nordwandklettern GmbH (Wienerfeldstraße 6, 2120 Wolkersdorf)
01/07/2008 – Heute	Fußball Nachwuchsbetreuer SC Gerin Druck Wolkersdorf (Badgasse 1 2120 Wolkersdorf)
08/08/2012 – 30/09/2012	Sportwissenschaftler Klinik Pirawarth - Kur- und Rehabilitationszentrum (Kurhausstraße 100 2222 Bad Pirawarth)
14/02/2013 – Heute	Sportwissenschaftler Klinik Pirawarth - Kur- und Rehabilitationszentrum (Kurhausstraße 100 2222 Bad Pirawarth)

Ehrenwörtliche Erklärung

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde daher weder an anderer Stelle eingereicht, noch von anderen Personen vorgelegt.“

Datum, Unterschrift