

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Gesundheitswissenschaften

**Empirische Befragung älterer Menschen im Landkreis Uelzen
zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen für
Bewegungsangebote**

Bachelorarbeit
Gesundheitswissenschaften B.Sc.

Vorgelegt von:
Jessica Franz




Hamburg,
am 03. Juli 2023

Erstgutachter: Prof. Dr. Wolf Polenz
Zweitgutachterin: MPH Madlen Trenker

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abstract.....	VI
1. Einleitung	1
2. Gesundheit und Gesundheitsförderung im demografischen Wandel..	3
2.1 Demografie im Landkreis Uelzen	3
2.2 Gesundheit und Krankheit.....	6
2.3 Gesundheit und Alter	7
2.3.1 <i>Altern und Alter.....</i>	<i>7</i>
2.3.2 <i>Veränderungen im Alter.....</i>	<i>7</i>
2.3.3 <i>Gesund altern.....</i>	<i>9</i>
2.3.4 <i>Gesundheitskompetenz älterer Menschen in Deutschland</i>	<i>10</i>
2.4 Körperliche Aktivität und Gesundheit	11
2.4.1 <i>Begriffsbestimmung: Körperliche Aktivität, Training und MET.....</i>	<i>11</i>
2.4.2 <i>Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung älterer Erwachsener</i>	<i>12</i>
2.4.3 <i>Auswirkungen von körperlicher Aktivität im Alter.....</i>	<i>13</i>
2.5 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter	15
2.5.1 <i>Kommunale (bewegungsbezogene) Gesundheitsförderung im Alter.....</i>	<i>17</i>
2.5.2 <i>Spezifische Projekte und Angebote der Bewegungsförderung....</i>	<i>18</i>
2.6 Zielsetzung und Forschungsfrage	19
3. Methodisches Vorgehen.....	21
3.1 Studiendesign und Studienteilnehmende	21
3.2 Beschreibung des Fragebogens.....	21
3.2.1 <i>Fragen zur Person, Bewegung und Mobilität</i>	<i>21</i>
3.2.2 <i>International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF).....</i>	<i>25</i>
3.3 Datenerhebung	26
3.4 Datenaufbereitung.....	27
3.5 Datenauswertung	29
3.5.1 <i>Univariate Datenanalyse.....</i>	<i>29</i>
3.5.2 <i>Bivariate Datenanalyse.....</i>	<i>30</i>
4. Ergebnisse.....	30
4.1 Beschreibung der Stichprobe	31
4.2 Beschreibung der Ergebnisse	32
4.3 Beschreibung der Ergebnisse in Zusammenhang mit dem Aktivitätslevel	37

4.4	Bivariate Datenanalyse	41
4.4.1	<i>Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und dem Alter.....</i>	41
4.4.2	<i>Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und dem Geschlecht</i>	41
4.4.3	<i>Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und dem Wohnort.....</i>	42
4.4.4	<i>Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und der Nutzung von Bewegungsangeboten</i>	42
4.4.5	<i>Zusammenhang der körperlichen Aktivität der Senior*innen und der Art der genutzten Bewegungsangebote.....</i>	43
4.4.6	<i>Zusammenhang körperlichen Aktivität der Senior*innen und der Art der gewünschten Bewegungsangebote</i>	44
5.	Diskussion der Methode und Ergebnisse	44
5.1	Methode.....	44
5.2	Ergebnisse.....	47
6.	Fazit und Handlungsempfehlungen.....	51
	Literaturverzeichnis.....	54
	Anhang	63
	Eidesstattliche Erklärung.....	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersstruktur des Landkreises Uelzen (in Prozent) nach Altersgruppen im niedersächsischen Vergleich, eigene Darstellung (LSN, 2021a)	4
Abbildung 2: Prognose der Altersstruktur bis 2040 (relative Bevölkerungsentwicklung in Prozent bei moderater Wanderungsannahme) für den Landkreis Uelzen, eigene Darstellung und Berechnung (LSN, 2021c).....	5
Abbildung 3: Geschlechterverteilung in der Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen, eigene Darstellung (LSN, 2021a)	5
Abbildung 4: Geschlechterverteilung in der Altersgruppe der über 80-Jährigen, eigene Darstellung (LSN, 2021a)	5
Abbildung 5: Energieverbrauch (in MET) bei körperlicher Aktivität bzw. Ruhe, eigene Darstellung (BZgA, 2016, S. 19).....	12
Abbildung 6: Gesundheitliche Vorteile für Erwachsene und ältere Erwachsene durch regelmäßige moderat- oder hoch-intensive körperliche Aktivität, eigene Darstellung (HHS, 2018, S. 32); Abbildung der Joggerin (Pixabay.de/mohamed_hassan)	14
Abbildung 7: Determinanten der Gesundheit, eigene Darstellung (Dahlgren & Whitehead, 1991)	16
Abbildung 8: Relevante Themen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen, eigene Darstellung (Billings, Křížová & Strümpel, 2008, S. 88-90). ...	17
Abbildung 9: Antworten der Senior*innen nach Zugang, eigene Darstellung.....	31
Abbildung 10: Benötigte Hilfsmittel/Hilfe zur Fortbewegung, eigene Darstellung.....	32
Abbildung 11: Genutzte Bewegungsangebote der Senior*innen, eigene Darstellung	33
Abbildung 12: Gründe der Senior*innen für das Nicht-Nutzen der Bewegungsangebote, eigene Darstellung	35
Abbildung 13: Gewünschte Bewegungsangebote der Senior*innen, eigene Darstellung	36
Abbildung 14: Verteilung der Aktivitätsklassen nach der Hansestadt Uelzen und den (Samt-)Gemeinden, eigene Darstellung.....	38
Abbildung 15: Genutzte Bewegungsangebote der Senior*innen nach Aktivitätslevel, eigene Darstellung	40
Abbildung 16: Wünsche der Senior*innen nach Aktivitätslevel, eigene Darstellung	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Relevante Kriterien für die Förderung und den Erhalt von Gesundheit im Alter und Alterungsprozess, eigene Darstellung (Baltes & Baltes, 2018, S. 26)	9
Tabelle 2: Nationale Bewegungsempfehlung für ältere Menschen, eigene Darstellung (BZgA, 2016, S. 33-34)	13
Tabelle 3: Aktivitätslevel des IPAQ-SF, eigene Darstellung (IPAQ Research Committee, 2004, S. 3-4)	25
Tabelle 4: MET-Level Berechnung, eigene Darstellung (IPAQ Research Committee, 2004, S. 7)	26
Tabelle 5: Genutzte Bewegungsangebote der Senior*innen (geschlechterspezifisch), eigene Darstellung	34
Tabelle 6: Gewünschte Bewegungsangebote der Senior*innen (geschlechterspezifisch), eigene Darstellung	36
Tabelle 7: Kreuztabelle der Variablen Aktivitätslevel und Altersgruppen, eigene Darstellung (SPSS-Output)	37
Tabelle 8: Kreuztabelle der Variablen Aktivitätslevel und Altersgruppen, eigene Darstellung (SPSS-Output)	38
Tabelle 9: Kreuztabelle der Variablen Aktivitätslevel und Nutzung von Bewegungsangeboten, eigene Darstellung (SPSS-Output)	39
Tabelle 10: Chi ² -Test für die körperlichen Aktivität und das Alter, eigene Darstellung (SPSS-Output)	41
Tabelle 11: Chi ² -Test für die körperlichen Aktivität und das Geschlecht, eigene Darstellung (SPSS-Output)	42
Tabelle 12: Chi ² -Test für die körperlichen Aktivität und die Gemeinde, eigene Darstellung (SPSS-Output)	42
Tabelle 13: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton für die körperlichen Aktivität und die Nutzung von Angeboten, eigene Darstellung (SPSS-Output)	43
Tabelle 14: Ergebnisse der Zusammenhangstests für die körperliche Aktivität und die genutzten Bewegungsangebote, eigene Darstellung (SPSS-Output)	43
Tabelle 15: Ergebnisse der Zusammenhangstests für die körperlichen Aktivität und den gewünschten Bewegungsangeboten, eigene Darstellung (SPSS-Output)	44

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
Destatis	Statistisches Bundesamt
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
GHR	Gesundheitsregion
HEPA	Health-enhancing physical activity
HHS	U.S. Department of Health and Human Services
IBM	International Business Machines Corporation
IPAQ-SF	International Physical Activity Questionnaire - Short Form
Kcal	Kilokalorien
kJ	Kilojoules
KSB	Kreissport Bund Uelzen
LSN	Landesamt für Statistik Niedersachsen
LVG&AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.
MET	Metabolisches Äquivalent
PRISCUS-PAQ	Prerequisites for a new health care model for elderly people with multimorbidity - Physical Activity Questionnaire
SPSS	IBM SPSS Statistics Version 29
TK	Techniker Krankenkasse
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abstract

Hintergrund: Bewegungsförderung gilt in Anbetracht der alternden Bevölkerung und der damit einhergehenden Herausforderungen für die Gesellschaft als wichtige Maßnahme zur Steigerung der körperlichen Aktivität und zum Erhalt der Gesundheit und Selbstständigkeit (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2016, S. 18). Durch regelmäßige körperliche Aktivität kann die Muskelkraft, Kognition und das Gleichgewicht verbessert und infolgedessen Stürze und sturzbedingte Verletzungen vorgebeugt werden (Powell et al., 2018, S. 2-3; Rolland et al., 2008, S. 327).

Methoden: Anhand einer empirischen Befragung der Bürger*innen im Alter von 65 Jahren und älter des Landkreises Uelzen wird untersucht, wie aktiv die Senior*innen sind und welche Bewegungsangebote bereits genutzt werden. Zudem wurde erhoben, was sich die älteren Menschen für bewegungsbezogenen Angebote wünschen, um Empfehlungen für ein niedrigrschwelliges Bewegungsangebot zu entwickeln.

Ergebnisse: Die Senior*innen des Landkreises Uelzen (n = 177) weisen ein hohes Aktivitätslevel auf. Es wurde festgestellt, dass ein Zusammenhang zwischen dem Aktivitätslevel und der Nutzung von Bewegungsangeboten besteht ($p = <,001$). Zwischen den anderen untersuchten Variablen konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Am häufigsten wurden sich von den Befragten seniorenpezifische und gymnastische Bewegungsangebote gewünscht.

Fazit: Da die Mehrheit (58 %) der älteren Menschen bereits gesundheitsförderlich aktiv ist und bewegungsbezogene Angebote nutzt, sind Maßnahmen für Personen zu empfehlen, welche ausreichend aktiv bzw. inaktiv sind. Personen der benannten Aktivitätsklassen wünschen sich vermehrt Schwimm-, Seniorenspezifische- und Gymnastikangebote sowie Bewegungsangebote in der Natur. Bemessen an den Bedürfnissen der Befragten sollte das Bewegungsangebote bis zu 60 Minuten andauern und ein- bis zweimal die Woche stattfinden.

Schlüsselwörter: Kommunale Gesundheitsförderung · körperliche Aktivität · ältere Menschen · Bewegungsförderung

1. Einleitung

Gesundheit wird dort realisiert, wo Menschen lieben, lernen, arbeiten und spielen (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1986, S. 5). Angesichts dessen sind insbesondere die Kommunen in der Position soziale und gesundheitliche Bedarfe der Bürger*innen angemessen zu gestalten. Gesundheit ist nicht nur eine Privatangelegenheit, sondern betrifft sowohl die Gesellschaft, die Politik als auch das Gesundheitswesen. Sie ist Voraussetzung für soziale sowie wirtschaftliche Entwicklung und stellt ein grundlegendes Menschenrecht dar (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [BMZ], o. D.; WHO, 1997, S. 1). Um niedersächsische Landkreise und kreisfreie Städte bei der Gestaltung ihrer regionalen Gesundheitsversorgung zu unterstützen, wurde im Jahr 2014 das Projekt „*Gesundheitsregionen Niedersachsen*“ gestartet. Projektziel war die Verwirklichung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung mithilfe kommunaler Strukturbildung, innovativer Projekte und Netzwerkarbeit (Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. [LVG&AFS], 2021, S. 6-8). Der Landkreis Uelzen wurde 2014 durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung als Gesundheitsregion (GHR) anerkannt (Landkreis Uelzen, 2022). Die GHR Landkreis Uelzen ist derzeit mit der Aufgabe betraut, das Projektvorhaben „*Gesund älter werden auf dem Lande*“ zu konzipieren und in naher Zukunft umzusetzen. Das Projekt zielt darauf ab, die Gesundheit in der Zielgruppe der über 60-Jährigen zu verbessern/zu erhalten und den möglichen Eintritt einer Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern bzw. zu vermeiden. Gesundheitsthemen, wie die seelische Gesundheit (z. B. Empowerment), soziale Teilhabe (z. B. durch soziale Netzwerke) und Lebensstilfaktoren (Bewegung, Sturz- und Unfallprävention) bilden Potenziale für die Gesundheitsförderung älterer Menschen. Durch kommunale Projekte konnten bereits Verbesserungen in der subjektiven Gesundheit, Lebensqualität sowie der Ausweitung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zur Entwicklung persönlicher Kompetenzen erzielt werden (Spicker & Lang, 2011, S. 7). Neben bundesweit neuen Projekten benennt auch die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung des 21. Jahrhunderts, explizit ältere Menschen als Zielgruppe größerer Investitionsbedarfe für die Entwicklung von Gesundheit (WHO, 1997, S. 4). Bereits Ende 2021 lebten laut dem Statistischen Bundesamt (Destatis) rund 83,2 Mio. Menschen in Deutschland, davon rund 18,4 Mio. Menschen im Alter von 65 Jahren und älter (2023a). Prognosen für die nächsten Jahre weisen auf Entwicklungen zu einer älter werdenden Bevölkerung hin. Die Zahl der chronischen Erkrankungen nimmt mit dem Alter stark zu, sodass eine erhebliche Zunahme der

Inzidenz und Prävalenz solcher Erkrankungen zu erwarten ist. Demnach ist es ein hohes individuelles und gesellschaftliches Ziel, die Gesundheit und Selbstständigkeit im hohen Alter zu bewahren und zu fördern sowie der Entstehung chronischer Erkrankungen vorzubeugen (Löw et al., 2004, S. 2644). Gesundheitsförderliche Maßnahmen (z. B. regelmäßige Bewegung) können das Fortschreiten altersbedingter Veränderungen und Erkrankungen verlangsamen (Schüz & Wurm, 2009, S. 161). und besitzen daher das Potenzial die Inanspruchnahme kostenträchtiger Behandlungen zu verringern und somit die Gesundheitsausgaben Deutschlands zu senken (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 7-8). Insbesondere in Anbetracht der zunehmenden körperlichen Inaktivität im höheren Alter gilt es, die körperliche Fitness als wichtigen Faktor zu erhalten, um gesundes und aktives Älterwerden zu ermöglichen. Die Bewegungsförderung führt nicht nur zu einer Erhaltung der Selbstständigkeit, sondern wirkt auch gesundheitlichen Einbußen sowie Pflegebedürftigkeit entgegen (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 15; Finger et al., 2017, S. 10).

Im Rahmen der kommunalen bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung untersucht diese Bachelorarbeit daher das Bewegungsverhalten von älteren Menschen. In dem Zusammenhang werden zudem die Wünsche sowie Bedürfnisse der Zielgruppe, in Hinblick auf konkrete Bewegungsangebote analysiert. Die Zielgruppe besteht aus Senior*innen im Alter von 65 Jahren und älter im Landkreis Uelzen. Unterstützung bei der Umsetzung der aktivierenden Befragung der Bürger*innen erfolgte durch die GHR Landkreis Uelzen.

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung und der Gesundheit in Anbetracht des demografischen Wandels. In den Unterkapiteln werden sowohl die Demografie des Landkreises Uelzen als auch Gesundheit und Krankheit im gesundheitswissenschaftlichen Diskurs sowie relevante Begrifflichkeiten behandelt. Außerdem werden die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Alter sowie Gesundheit und körperlicher Aktivität thematisiert. Die letzten Unterkapitel befassen sich mit der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sowie der Zielsetzung, Forschungsfrage und den Hypothesen, welche die Basis der vorliegenden Bachelorarbeit bilden. Das dritte Kapitel behandelt die methodische Herangehensweise. In den Unterkapiteln werden das Studiendesign, die Teilnehmenden sowie der Fragebogen als Untersuchungsinstrument, die Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung beschrieben. Die Ergebnisse der Befragung werden in Kapitel 4 erläutert. Schluss der Bachelorarbeit bilden die beiden Kapitel Diskussion der Methode und Ergebnisse (Kapitel 5) sowie das Fazit und die Handlungsempfehlungen (Kapitel 6).

2. Gesundheit und Gesundheitsförderung im demografischen Wandel

Die demografische Entwicklung in Deutschland hat einen bedeutsamen Wandel in der Altersstruktur zur Folge. Der Altersstrukturwandel ist sowohl in den individuellen Lebenswelten als auch gesellschaftlich spürbar und beeinflusst das gesundheits- und krankheitsbezogene Geschehen (Richter & Hurrelmann, 2016, S. 313). Laut dem Statistischen Bundesamt, lebten Ende 2021 rund 83,2 Mio. Menschen in Deutschland, davon rund 18,4 Mio. Menschen im Alter von 65 Jahren und älter. Das entspricht einem Anteil von 22,1 % (2023a). Auffällig ist, dass in der betrachteten Altersgruppe ältere Frauen mit 56 % häufiger vertreten waren als Männer (44 %) (Destatis, 2023b). Bis zum Jahr 2040 wird unter Annahme einer moderaten Geburtenhäufigkeit, Lebenserwartung und Wanderung, eine Zunahme von etwa 27 % in der Gruppe der älteren Menschen im Alter von 65 Jahren und älter prognostiziert (Destatis, 2023c). Für den Landkreis Uelzen können ähnliche demografische Entwicklungen beobachtet werden.

2.1 Demografie im Landkreis Uelzen

Im niedersächsischen Vergleich gehört der Landkreis Uelzen mit einer Bevölkerungszahl von 92.894 (Landesamt für Statistik Niedersachsen [LSN], 2021a) und durchschnittlich 63 Einwohnerinnen und Einwohnern je km² zu den dünn besiedelten Gebieten bzw. zu den sehr ländlichen Räumen mit einer weniger guten sozioökonomischen Lage¹ (Thünen-Landatlas, 2020).

Das Säulendiagramm in Abbildung 1 verdeutlicht die nach Altersgruppen gegliederte Altersstruktur, welche im Landkreis Uelzen sowie im Bundesland Niedersachsen vorliegt. Mit einem Bevölkerungsanteil von 28,2 % bilden die 40- bis 60-jährigen Einwohner*innen die größte Bevölkerungsgruppe. Darauf folgt die Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen. Diese Altersgruppe macht im Landkreis Uelzen einen Anteil von 25,1 % aus und liegt somit über dem niedersächsischen Durchschnitt (22,4 %). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich in der Altersgruppe der über 80-Jährigen, denn diese machen einen Anteil von 9,1 % an der Gesamtbevölkerung des Landkreises aus und liegen 1,6 Prozentpunkte über dem niedersächsischen Durchschnitt (7,5 %) (LSN, 2021a).

¹ Die sozioökonomische Lage ländlicher Räume bezeichnet die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen für die dort lebenden Menschen (z. B. Einkommen, Beschäftigung und Bildung). Eine gute sozioökonomische Lage ergibt sich bspw. aus einer niedrigen Arbeitslosenquote oder einer hohen Lebenserwartung (Thünen-Landatlas, 2020).

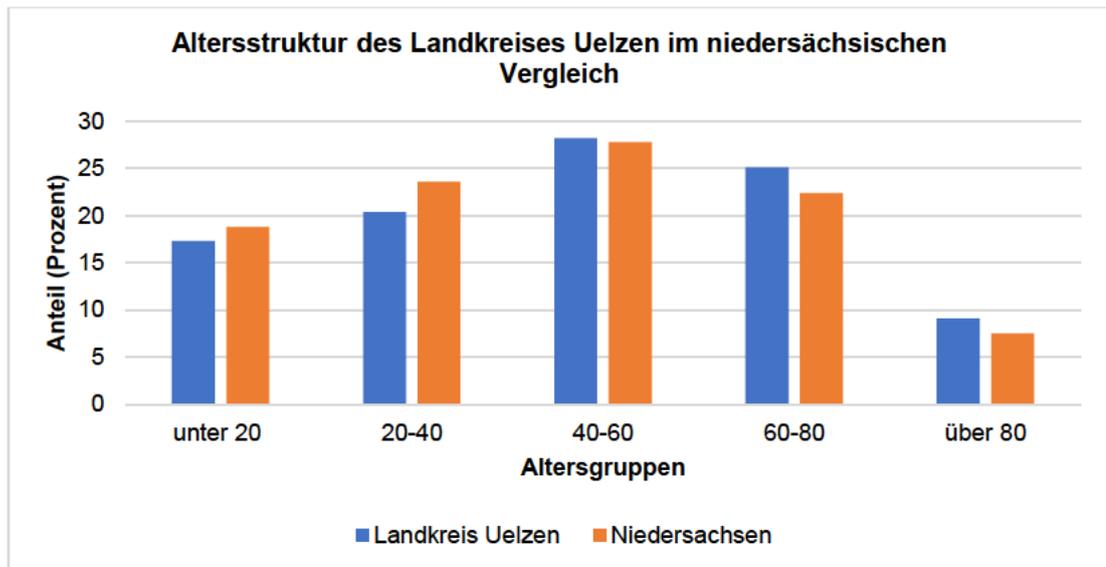


Abbildung 1: Altersstruktur des Landkreises Uelzen (in Prozent) nach Altersgruppen im niedersächsischen Vergleich, eigene Darstellung (LSN, 2021a)

Im niedersächsischen Vergleich (relative Bevölkerungsentwicklung² -3,36 %) wird für den Landkreis Uelzen ein überdurchschnittlicher Rückgang der Bevölkerung bis 2040 in Höhe von -7,85 % erwartet (LSN, 2021c).

Anhand der Abbildung 2 lässt sich erkennen, dass ausschließlich ab der Altersgruppe der über 60-Jährigen positive Salden zu verzeichnen sind. Das bedeutet, dass bis zum Jahr 2040 ein relativer Bevölkerungszuwachs in den Altersgruppen der 60- bis 80-Jährigen und der über 80-Jährigen zu verzeichnen sein wird. Der Anstieg könnte auf die gut ausgebaute pflegerische Versorgungsstruktur im Landkreis, einer potenziell höheren Lebenserwartung sowie dem Wunsch älterer Menschen, sich im Alter in der Heideregion niederzulassen zurückgeführt werden. Demgegenüber stehen die negativen Salden in den Altersgruppen der 0- bis 60-Jährigen. Insbesondere in der Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen ist ein hoher Rückgang (-27,05 %) zu erwarten. Grund hierfür könnte eine niedrige Geburtenrate sowie eine hohe Auswanderungsrate junger Menschen sein. Vorwiegend in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen ist seit 2018 ein negativer Wanderungssaldo (2021: -83) für den Landkreis Uelzen zu beobachten (LSN, 2021b).

² Die relative Bevölkerungsentwicklung veranschaulicht die Veränderung der Zahl der Einwohner*innen, aufgrund von Geburten, Sterbefällen sowie durch Zu- und Fortzüge in einem bestimmten Zeitraum. Positive Werte deuten auf einen Bevölkerungszuwachs und negative Werte weisen auf einen Bevölkerungsrückgang hin. Berechnung: $(\text{Einwohner aktueller Zeitpunkt} - \text{Einwohner Ausgangszeitpunkt}) / \text{Einwohner Ausgangszeitpunkt} * 100$ (Thünen-Landatlas, 2020).

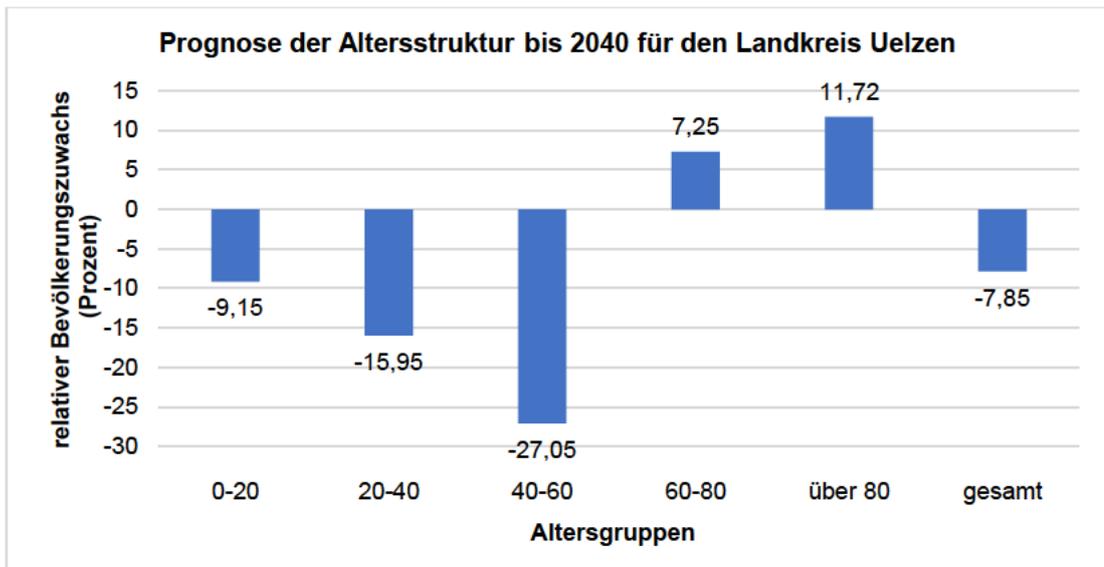


Abbildung 2: Prognose der Altersstruktur bis 2040 (relative Bevölkerungsentwicklung in Prozent bei moderater Wanderungsannahme) für den Landkreis Uelzen, eigene Darstellung und Berechnung (LSN, 2021c)

Im Landkreis Uelzen ist insbesondere das weibliche Geschlecht (47.520 Frauen vs. 45.374 Männer) sowohl in der Gesamtbevölkerung als auch in Anbetracht der Altersgruppen der 65- bis 80-Jährigen und der über 80-Jährigen mit einem größeren Anteil vertreten (siehe Abbildung 3, Abbildung 4). Dies kann u. a. in einer längeren Lebenserwartung der Frauen (Nowossadeck, Von Der Lippe & Lampert, 2019, S. 42) sowie einer höheren Abwanderungsquote (2021: -65) des männlichen Geschlechts begründet sein (LSN, 2021b).

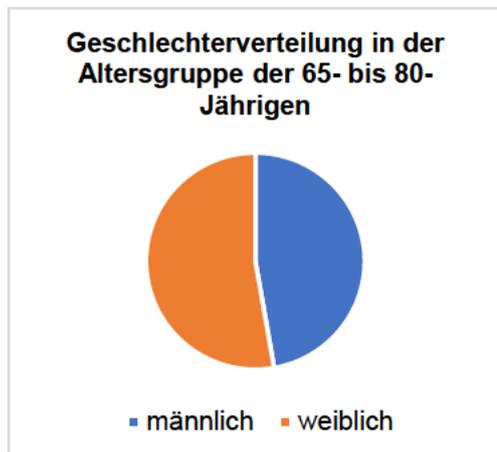


Abbildung 3: Geschlechterverteilung in der Altersgruppe der 65- bis 80-Jährigen, eigene Darstellung (LSN, 2021a)

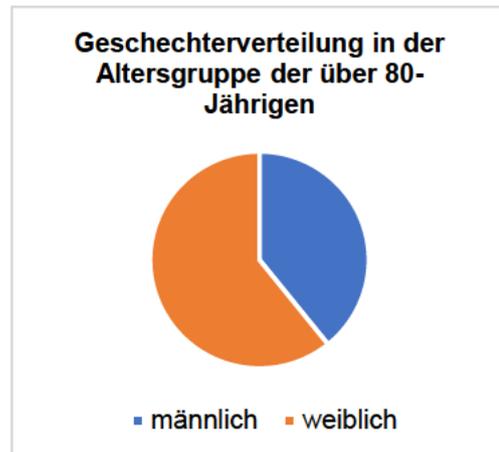


Abbildung 4: Geschlechterverteilung in der Altersgruppe der über 80-Jährigen, eigene Darstellung (LSN, 2021a)

Es ist festzuhalten, dass im Landkreis Uelzen eine deutliche Verschiebung hin zu einer älteren Bevölkerung zu erwarten ist. Dies hat Auswirkungen auf die Wirtschaft,

Gesellschaft und Politik. Insbesondere der Anstieg der Hochaltrigen³ und die daraus resultierenden Versorgungs- und Unterstützungsbedarfe, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen (Becker, 2017, S. 19). Auch das Gesundheitssystem (z. B. Kranken- und Pflegekassen) werden mit den Folgen einer alternden Gesellschaft konfrontiert, denn sowohl das Krankheitskostenrisiko als auch das Pflegefallrisiko steigen mit zunehmendem Lebensalter an (Kochskämper, 2017, S. 5). Prognosen des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass ein Anstieg der Pflegebedürftigen von knapp 2,6 Mio. im Jahr 2015 auf 4 Mio. im Jahr 2050 erwartet wird (Kochskämper, 2017, S. 14). Kommunen werden somit vor die Aufgabe gestellt, ein gesundes und aktives Altern der Bevölkerung zu ermöglichen, um eine Pflegebedürftigkeit im besten Fall hinauszuzögern.

2.2 Gesundheit und Krankheit

Die WHO definierte den Begriff Gesundheit im Jahr 1948 erstmalig als einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Positiv ist, dass die WHO-Definition nicht nur den körperlichen Aspekt, sondern auch soziale und psychische Aspekte berücksichtigt und durch die Einführung des Begriffs „Wohlbefinden“ eine subjektive Perspektive auf Gesundheit zulässt. Dennoch ist die WHO-Definition aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht bedenklich, da ein sogenannter *„Zustand des völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“* unerreichbar ist. Diese Annahme wirft unter anderem die Frage auf, ob Personen mit einer angeborenen bzw. entwickelten körperlichen Einschränkung im Sinne dieser Definition überhaupt gesund sein können (Kolip & Razum, 2020, S. 20-21; Lippke & Renneberg, 2006, S. 8). Das Konzept der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky ist für die Gesundheitswissenschaften von hoher Relevanz, denn der Fokus liegt auf der Leitfrage: *„Was erhält Menschen gesund?“* und nicht auf der Entstehung von Krankheit (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 9). Gesundheit ist aus salutogenetischer Perspektive nicht als einmal erreichter und statischer Zustand zu verstehen (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Gesundheit und Krankheit können eher als Pole auf einem Kontinuum betrachtet werden. Personen, welche sich auf dem Kontinuum befinden, können mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank sein, d. h. Gesundheit

³ Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) definiert den Beginn einer Hochaltrigkeit als Altersgrenze zwischen 80 und 85 Jahren. Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung kann Hochaltrigkeit als das Lebensalter definiert werden, in dem 50 % der Angehörigen eines Geburtsjahrgangs verstorben sind (2002, S. 53).

und Krankheit stehen in Abhängigkeit zueinander und beeinflussen sich wechselseitig (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 85-89). Die Position, welche eine Person einnimmt, wird durch interne, personale (z. B. Immunsystem, Kohärenzgefühl⁴) sowie soziale Faktoren (z. B. Arbeitsklima) beeinflusst (Kolip & Razum, 2020, S. 23). Demzufolge muss Gesundheit als dynamischer Prozess immer wieder neu erreicht, wiederhergestellt und aufrechterhalten werden (Lippke & Renneberg, 2006, S. 8). Die Gesellschaft kann Gesundheit fördern, indem sie Rahmenbedingungen schafft, die allen Bürgerinnen und Bürgern Gesundheit ermöglichen. Außerdem kann Gesundheit realisiert werden, indem für sich selbst und andere gesorgt sowie Personen in die Lage versetzt werden, wichtige Entscheidungen selbst zu fällen und dadurch Einfluss auf die eigenen Lebensumstände auszuüben (WHO, 1986, S. 5).

2.3 Gesundheit und Alter

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die Begrifflichkeiten „Altern“ und „Alter“ erklärt, die wesentlichen altersbedingten Veränderungen und Faktoren, die ein gesundes Altern begünstigen, aufgezeigt sowie die Gesundheitskompetenz älterer Menschen in Deutschland vorgestellt.

2.3.1 Altern und Alter

Das Altern bezeichnet die individuellen Veränderungsprozesse, die über eine Lebensspanne auftreten und unterscheidet sich von der Begrifflichkeit Alter dahingehend, dass dieser Begriff einen konkreten Lebensabschnitt definiert. Die verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen beschreiben den Prozess des Alterns unterschiedlich, sind sich jedoch einig, dass die Altersforschung einen multi- sowie interdisziplinären Ansatz erfordert (Wahl & Heyl, 2015, S. 13-16; Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 8-10). Hintergrund ist, dass Altern sowohl ein biologisch-körperliches, psychisches, geistiges als auch ein gesellschaftliches Phänomen ist (Schwartz et al., 2003, S. 163).

2.3.2 Veränderungen im Alter

Grundsätzlich wird in der Altersforschung zwischen altersbezogenen Veränderungen und pathologischen Prozessen, d. h. zwischen den Prozessen „Altern“ und „Krankheit“, unterschieden (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 11). Jedoch können Krankheitsprozesse ein vorzeitiges Altern bewirken. Begünstigt wird der Alterungsprozess bspw. durch Arteriosklerose, Krebserkrankungen oder degenerativen Erkrankungen (z. B. Alzheimer, Arthrose) (Neubart, 2018, S. 6).

⁴ Antonovsky bezeichnet das Gefühl, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, das Leben selbst gestalten zu können und den Sinn im Lebens zu erkennen als Kohärenzsinn (Kolip & Razum, 2020, S. 23).

Oftmals weisen gesunde ältere Menschen mit zunehmendem Alter Anzeichen für einen kognitiven Abbau, besonders bei Untersuchungen des Gedächtnisses, der Verarbeitungsgeschwindigkeit und der Exekutivfunktionen auf (U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2018, S. 41). Exekutivfunktionen, wie das Arbeitsgedächtnis, die Inhibition⁵ und die kognitive Flexibilität steuern gemeinsam selbstreguliertes Verhalten. Ferner unterstützen diese den Planungs- und Entscheidungsprozess sowie die Selbstreflexion (Kubesch, 2016, S. 15). Oftmals treten neben kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Demenz) auch Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Unruhezustände, aggressives Verhalten) sowie physiologische Veränderungen (z. B. Gebrechlichkeit) auf. Letzteres kann ein erhöhtes Sturzrisiko zur Folge haben (Weyerer, 2005, S. 16-17; Saß, Wurm & Ziese, 2009, S. 49 zitiert nach Schaub et al., 2002). Stürze können neben leichten Verletzungen ohne medizinisch-pflegerische Konsequenz schwere Verletzungen (z. B. Hüftfrakturen) und psychosoziale Beeinträchtigungen (z. B. Sturzangst) nach sich ziehen (Balzer et al., 2012, S. 22-23). Beeinflusst wird die Entstehung von Osteoporose, Stürzen sowie sturzbedingten Verletzungen durch körperliche Inaktivität, abnehmende Muskelkraft und Gewichtsverlust (Rolland et al., 2008, S. 320). Im Zusammenhang mit der Sturzangst steht oftmals die Angst vor dem Verlust der Selbstständigkeit (z. B. Autonomie, Mobilität) und dem Schamgefühl (Dolan & Taylor-Piliae, 2020, S. 4-6). Alterungsbedingte Funktions- und Mobilitätseinschränkungen sowie altersphysiologische Veränderungen (z. B. Sehschwäche, Hörverlust) können dazu führen, dass der Lebensalltag nicht mehr wie gehabt bewältigt werden kann. Beispielsweise können altersbedingte Veränderungen an der Struktur und Funktion der Harnblase (z. B. des Blasenwand-Bindegewebes) dazu führen, dass der Weg zur Toilette nicht mehr rechtzeitig bewältigt werden kann und eine Inkontinenz entsteht. Das Bestehen einer Inkontinenz hat Auswirkungen auf die Lebensqualität, kann Minderwertigkeitskomplexe auslösen sowie einen sozialen Rückzug bewirken (Niederstadt, Gaber & Füsgen, 2007, S. 24-27). Des Weiteren steigt mit zunehmendem Alter das Risiko einer Depression und die Lebensqualität nimmt ab (BMFSFJ, 2019, S. 14-16). Auch steigt mit zunehmendem Alter das Risiko einer sozialen Isolation⁶. (BMFSFJ, 2019, S. 20). Besonders ältere Menschen, welche kaum soziale Kontakte haben, entwickeln ein hohes Gesundheitsrisiko. Soziale Isolation und Einsamkeit stellen Risikofaktoren dar, welche das Auftreten von

⁵ Inhibition ist die Fähigkeit, spontane Impulse zu kontrollieren bzw. zu hemmen sowie die Aufmerksamkeit bewusst zu steuern, um ein zielgerichtetes und flexibles Handeln zu ermöglichen (Kubesch, 2016, S. 15-16).

⁶ Als sozial isoliert gelten Menschen, die viel Zeit allein und selten mit anderen Menschen verbringen (BMFSFJ, 2019, S. 19).

Schlaganfällen, koronaren Herzerkrankungen und Angstzuständen erhöhen (Donovan & Blazer, 2020, S. 1234-1235). Ein wesentlicher Ansatz ist, dass als Reaktion auf beeinflussbare alterskorrelierende Krankheitsprozesse präventive Maßnahmen erfolgen. Sollten die alterskorrelierenden pathologischen Prozesse nicht beeinflusst werden können, sollte vorrangig der tägliche Umgang mit diesen sowie die Stärkung der psychischen Bewältigung im Vordergrund stehen, um das Risiko der Entstehung von Komorbiditäten oder weiteren Krankheitsfolgen zu minimieren (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 11). Dies ist wichtig, um den Personen das Gefühl zu vermitteln, trotz gesundheitlicher Einbußen ihr Leben selbst gestalten und bestimmen zu können.

2.3.3 Gesund altern

Im Laufe des Alterns beeinflussen Faktoren, wie die in Anspruch genommene medizinische und pflegerische Versorgung, der individuelle Lebensstil und das Gesundheitsverhalten, die Gesundheit (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 8-10). Demnach birgt der Alterungsprozess für alle Menschen Veränderungen, welche herausfordernd sein und Potenziale oder Risiken (siehe Tabelle 1) für die Gesundheit darstellen können. Laut Baltes & Baltes stehen folgende Kriterien in Zusammenhang mit dem Erfolg eines gesunden Alter(n)s:

Tabelle 1: Relevante Kriterien für die Förderung und den Erhalt von Gesundheit im Alter und Alterungsprozess, eigene Darstellung (Baltes & Baltes, 2018, S. 26)

Kriterium
Lebenslänge
Körperliche Gesundheit
Seelisch geistige Gesundheit
Soziale und gesellschaftliche Produktivität
Psychosozialer Entwicklungsstand
Lebenssinn
Lebenszufriedenheit
Selbstwirksamkeit/Handlungskompetenz

Ein gutes bzw. erfolgreiches Alter(n) liegt also dann vor, wenn die körperliche, mentale und soziale Gebrechlichkeit angesichts einer verlängerten Lebensspanne reduziert werden, d. h. mehr Lebensjahre mit höherer Lebensqualität (Baltes & Baltes, 2018, S. 26).

Darüber hinaus beschreibt die WHO aktives Altern als „[...] den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre

Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern.“ (WHO, 2002, S. 12).

2.3.4 Gesundheitskompetenz älterer Menschen in Deutschland

Die Verbesserung der Gesundheitskompetenz als Konzept der Gesundheitsförderung bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen (z. B. ärztliche Anweisungen, Rezepte und Verpackungsbeilagen) zu erkennen, zu verstehen und zu beurteilen sowie infolgedessen aufgeklärt und gesundheitsförderlich zu handeln (Bitzer & Sørensen, 2018, S. 754; Nutbeam, 2000, S. 263-264). Personen, welche eine erhöhte Gesundheitskompetenz aufweisen, nehmen verstärkt an Maßnahmen der Gesundheitsförderung teil, besitzen eine bessere Kenntnis über Gesundheitsrisiken und begegnen gesundheitlichen Belangen motivierter und selbstsicherer (Nutbeam, 2000, S. 265-266). In Deutschland zählen ältere Menschen ab einem Alter von 65 Jahren zu den vulnerablen Gruppen, da ein hoher Anteil der älteren Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine niedrige Gesundheitskompetenz auf. Insgesamt weisen 15,2 % der Befragten ab 65 Jahren eine inadäquate Gesundheitskompetenz und 51,1 % eine problematische Gesundheitskompetenz auf. Lediglich 3 % der Befragten verfügen über eine ausgezeichnete Gesundheitskompetenz (Schaeffer, Vogt, Berens & Hurrelmann, 2017, S. 44). Gesundheitskompetenz sollte als wegweisende Ressource im Rahmen der Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung sowie der Krankheitsbewältigung betrachtet werden. Personen mit einer höheren Gesundheitskompetenz sind in der Lage, sich besser im Gesundheitssystem zurechtzufinden und ihnen fällt die Kommunikation mit ihren Leistungserbringenden (z. B. Ärzte und Ärztinnen) leichter. Infolgedessen können informierte Entscheidungen getroffen sowie die Erkrankung mitsamt den Anforderungen bewältigt werden (Ernstmann, Sautermeister & Halbach, 2019, S. 275).

Insbesondere die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz stellt eine relevante Gesundheitsdeterminante (siehe Kapitel 2.5) dar. Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz bezeichnet alle

„[...] kognitiven sowie motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die nötig sind, um gesundheitsförderliche körperliche Aktivität ausführen zu können, sowie aus den damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften bzw. Fähigkeiten zur erfolgreichen und verantwortungsvollen Einbettung gesundheitsförderlicher körperlicher bzw. sportlicher Aktivität in

variable Situationen des Lebensalltages“ (Pfeifer et al., 2013, S. 12-13 zitiert nach Weinert, 2001, S. 27).

Sowohl die Entwicklung als auch der Erhalt der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz ist ein lebenslanger Lernprozess. Die Feldforschung hat gezeigt, dass Menschen trotz körperlicher Einschränkungen und individueller Herausforderungen eine hohe Bewegungskompetenz entwickeln können (Schlecht & Von Werder, 2013, S. 40).

2.4 Körperliche Aktivität und Gesundheit

Im weiteren Verlauf werden die Begriffe „körperliche Aktivität“, „trainieren“ sowie das „metabolische Äquivalent“ (MET) definiert, die nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung für ältere Erwachsene aufgezeigt und die Auswirkungen körperlicher Aktivität im Alter beschrieben.

2.4.1 Begriffsbestimmung: Körperliche Aktivität, Training und MET

Körperliche Aktivität wird definiert als jede körperliche Bewegung, die durch die Skelettmuskeln erzeugt wird und einen Anstieg des Energieverbrauchs über den Ruheenergieverbrauch nach sich zieht (Caspersen, Powell & Christenson, 1985, S. 126). Dazu gehören körperliche Aktivitäten in der Freizeit (z. B. Familien- und Gemeinschaftsaktivitäten), durch Fortbewegung zu Fuß oder mit dem Fahrrad, Tätigkeiten im Haushalt (z. B. Gartenarbeit) sowie am Arbeitsplatz (WHO, 2010, S. 8). Der Energieverbrauch wird daraufhin in Kilokalorien (Kcal) oder Kilojoules (kJ) gemessen. Das Trainieren dagegen umfasst nur bewusste körperliche Bewegungen, welche geplant, strukturiert und wiederholt ausgeführt werden und darauf abzielen, die körperliche Fitness zu verbessern oder zu erhalten (Caspersen, Powell & Christenson, 1985, S. 126-128). Der Wochenumfang an körperlicher Aktivität wird in der wissenschaftlichen Literatur oftmals mithilfe von MET⁷-Minuten pro Woche oder MET-Stunden pro Woche quantifiziert. Abbildung 5 veranschaulicht den entstehenden Energieverbrauch bei Ruhe und körperlicher Aktivität.

⁷ MET ist eine Intensitätsangabe, welche die Sauerstoffaufnahme bei Ruhe und Belastung miteinander vergleicht (Fonds Gesundes Österreich, 2020, S. 24).



Abbildung 5: Energieverbrauch (in MET) bei körperlicher Aktivität bzw. Ruhe, eigene Darstellung (BZgA, 2016, S. 19).

Bei leicht-intensiven körperlichen Aktivitäten handelt es sich um Bewegungen, welche als kaum anstrengend empfunden werden. Moderat-intensive körperliche Aktivitäten wiederum werden als etwas anstrengend empfunden. Bei Bewegungen dieser Art (z. B. schnelles Gehen, langsames Laufen) kommt es zu einem leichten bis mittleren Anstieg der Atemfrequenz. Bewegungen, die als anstrengend empfunden werden und bei denen es zu einem mittleren bis etwas stärkeren Anstieg der Atemfrequenz kommt, werden als hoch-intensive körperliche Aktivitäten bezeichnet. Dazu zählen Aktivitäten wie schwimmen, laufen oder schnelles Fahrradfahren (BZgA, 2016, S. 21).

2.4.2 Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung älterer Erwachsener

Die Bewegungsempfehlungen beschreiben zum einen den Nutzen von Bewegung für die Gesundheit und zum anderen konzentrieren sich diese auf die Art, Dauer, Intensität sowie das Volumen körperlicher Aktivität. Darüber hinaus wird in neueren Empfehlungen ebenfalls der Umgang mit inaktivem Verhalten berücksichtigt. Es wurden Empfehlungen für verschiedene Lebenswelten und Zielgruppen formuliert, u. a. für Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen sowie Personen mit nichtübertragbaren Krankheiten. Auf Basis der Empfehlungen können wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der bewegungsbezogenen Gesundheitsförderung, z. B. auf Länder- und kommunaler Ebene gegeben werden (BZgA, 2016, S. 13-15). Bewegungsförderung gilt als wichtige Maßnahme zur Steigerung der körperlichen Aktivität in der Bevölkerung. Ebenso von Bedeutung ist der daraus resultierende Erhalt sowie die Förderung der Gesundheit (BZgA, 2016, S. 18).

Die Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung besagt, dass ältere Erwachsene folgende Mindestempfehlungen (siehe Tabelle 2) erfüllen sollten, um die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. umfassend zu fördern:

Tabelle 2: Nationale Bewegungsempfehlung für ältere Menschen, eigene Darstellung (BZgA, 2016, S. 33-34)

Zielgruppe	Bewegungsempfehlung
Ältere Erwachsene	mind. 150 Minuten/Woche ausdauerorientierte Bewegung mit moderater Intensität durchführen (z. B. 5 x 30 Minuten/Woche) <u>oder</u>
	mind. 75 Minuten/Woche ausdauerorientierte Bewegung mit höherer Intensität durchführen <u>oder</u>
	ausdauerorientierte Bewegung in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen. Dabei die Gesamtaktivität in mind. 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln (z. B. 3 x 10 Minuten/Tag bzw. 5 x 30 Minuten/Woche).

Neben den bereits genannten Mindestempfehlungen ist zu beachten, dass ältere Menschen an mindestens zwei Tagen pro Woche muskelkräftigende körperliche Aktivitäten und Personen mit Mobilitätseinschränkungen an mindestens drei Tagen die Woche Gleichgewichts- und Kraftübungen zur Sturzprävention sowie zum Erhalt von Mobilität und Selbstständigkeit durchführen sollten (BZgA, 2016, S. 33-34; Becker, Brenner & Blessing-Kapelke, 2015, S. 8-13). Zudem wird älteren Personen empfohlen, langes ununterbrochenes Sitzen zu vermeiden und dies möglichst regelmäßig durch körperliche Aktivität zu unterbrechen. Hintergrund dieser Empfehlung ist, dass langes Sitzen das Mortalitätsrisiko (Byberg, 2009, S. 6-7) und das Erkrankungsrisiko für chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 oder kardiovaskuläre Erkrankungen erhöht (BZgA, 2016, S. 37). Darüber hinaus können weitere Gesundheitseffekte (siehe Abbildung 6) erzielt werden, indem der Umfang bzw. die Intensität der Bewegungseinheiten über die Empfehlung (siehe Tabelle 2) hinaus erhöht wird. Ergänzend ist jedoch festzuhalten, dass ein gewisser Anteil der älteren Erwachsenen den Empfehlungen aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nur bedingt nachkommen kann. Daher gilt für diese Personengruppe der Grundsatz, sich so viel zu bewegen, wie es ihr aktueller Gesundheitszustand zulässt (BZgA, 2016, S. 34).

2.4.3 Auswirkungen von körperlicher Aktivität im Alter

Die Gesundheit und Selbstständigkeit im hohen Alter zu bewahren und zu fördern ist ein hohes individuelles und gesellschaftliches Ziel. Einerseits können durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung die Inanspruchnahme kostenträchtiger

Behandlungen und somit die Gesundheitsausgaben Deutschlands reduziert werden (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 7-8). Andererseits kann durch regelmäßige körperliche Aktivität, das Risiko einer Demenzerkrankung sowie das Entstehen von chronischen Erkrankungen, Stürzen und sturzbedingte Verletzungen bei älteren Personen minimiert werden. Insbesondere die Verbesserung der Muskelkraft, Balance und Kognition, dienen dazu Stürze und Sturzverletzungen zu prävenieren (Powell et al., 2018, S. 2-3; Rolland et al., 2008, S. 327). Durch körperliche Aktivität können das psychische Wohlbefinden, personale und soziale Ressourcen gestärkt sowie der allgemeine körperliche Fitnesszustand erhalten bzw. verbessert werden. Ein guter Fitnesszustand hat nicht nur einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität, sondern auch auf den Erhalt der Selbstständigkeit, Mobilität und Teilhabe im Alter (Krug et al., 2013, S. 765). Außerdem kann ein aktiver Lebensstil die Schlafqualität sowie die kognitive Leistung über die gesamte Lebensspanne verbessern (Powell et al., 2018, S. 2; BZgA, 2016, S. 46). In Anbetracht der kognitiven Fähigkeiten konnte regelmäßige körperliche Aktivität bei Personen im Alter von 50 Jahren und älter langfristig die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis und die Verarbeitungsgeschwindigkeit verbessern (HHS, 2018, S. 40). Abbildung 6 veranschaulicht weitere positive gesundheitliche Effekte, welche durch regelmäßige Bewegung (moderater bzw. höherer Intensität) im Alter auftreten können:



Abbildung 6: Gesundheitliche Vorteile für Erwachsene und ältere Erwachsene durch regelmäßige moderat- oder hoch-intensive körperliche Aktivität, eigene Darstellung (HHS, 2018, S. 32); Abbildung der Joggerin (Pixabay.de/mohamed_hassan)

Bereits ein geringer Umfang an körperlicher Aktivität kann bei inaktiven älteren Menschen einen gesundheitlichen Vorteil hervorrufen (Garber et al., 2011, S. 1348). Es lässt sich festhalten, dass mithilfe eines gesunden und körperlich aktiven Lebensstils bedeutsame Gesundheitswirkungen in jedem Lebensalter erzielt werden können (BZgA, 2016, S. 18). Jedoch können altersphysiologische Veränderungen des Körpers lediglich durch das Modifizieren der Einflussfaktoren verlangsamt und nicht vermieden werden (Schüz & Wurm, 2009, S. 161). In den meisten Ländern sind die älteren Menschen, trotz der zuvor benannten gesundheitlichen Vorteile, körperlich inaktiv. Insbesondere Bevölkerungsgruppen mit einem geringen Einkommen, ethnische und kulturelle Minderheiten sowie ältere Menschen mit Behinderungen führen am ehesten eine inaktive Lebensweise (WHO, 2002, S. 23). Entsprechend beschäftigt sich der nachfolgende Abschnitt mit der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter.

2.5 Gesundheitsförderung und Prävention im Alter

„Die meisten Krankheiten sind nicht angeboren, sondern treten im Laufe des Lebens auf. In einer Gesellschaft des längeren Lebens sind gezielte Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter von entscheidender Bedeutung, damit wir gesund aufwachsen und gesund älter werden – mit einer hohen Lebensqualität“ (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2023).

Bei der Gesundheitsförderung und Prävention handelt es sich um zwei unterschiedliche Interventionsansätze. Prävention zielt auf die Vermeidung bzw. Reduzierung von Risiken für die Gesundheit ab und trägt dadurch zur Gesunderhaltung bei. Maßgeblich für die Konzeption präventiver Maßnahmen ist die Identifikation der Einflussfaktoren auf die Gesundheit sowie der Ursachen für die Entstehung von Krankheiten, insbesondere in Anbetracht des Alterns. Gesundheitsförderung wiederum hat zum Ziel, die Gesundheit durch Aufrechterhaltung und Stärkung von Gesundheitsressourcen zu fördern und Personen zu befähigen, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu entwickeln (Blättner & Waller, 2018, S. 211-212; WHO, 1986, S. 1). Das bedeutet, Gesundheitsförderung wird vor allem von den älteren Menschen selbst, aber auch mit ihnen realisiert. Eine bedeutsame theoretische Perspektive und Praxisorientierung der Gesundheitsförderung ist das Modell der Salutogenese. Dieser Ansatz orientiert sich an der Frage, was gesund erhält (Siehe Kapitel 2.2). Es ist festzuhalten, dass Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen ansetzt und neben der Entwicklung eines gesunden Lebensstils zum Ziel hat, das Wohlbefinden jedes einzelnen zu steigern (WHO, 1986, S. 1). Dies kann unter anderem durch die Einflussnahme von

gesundheitsförderlichen Maßnahmen auf die Determinanten der Gesundheit geschehen (WHO, 1997, S. 5). Dahlgren und Whitehead (1991) definierten Faktoren, welche als Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken. Mithilfe eines Modells (siehe Abbildung 7) wurden die Determinanten der Gesundheit in fünf Ebenen untergliedert. Entscheidend ist die wechselseitige Beziehung zwischen den Einflussfaktoren auf den verschiedenen Ebenen. Demzufolge hat das Betreiben

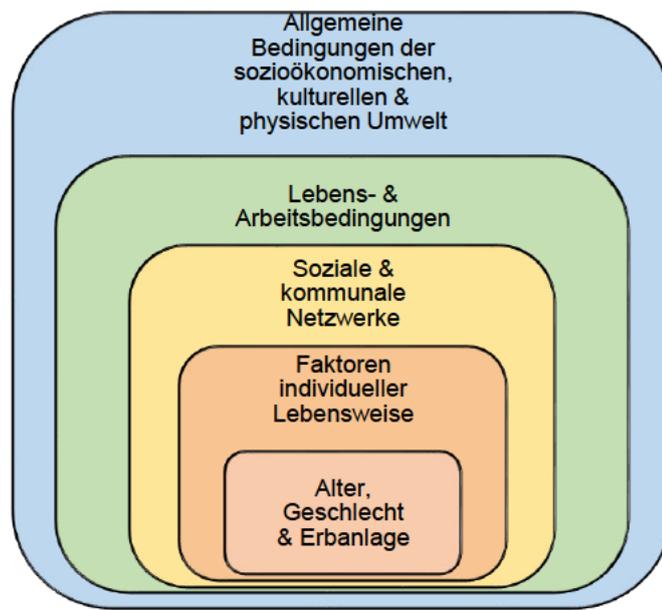


Abbildung 7: Determinanten der Gesundheit, eigene Darstellung (Dahlgren & Whitehead, 1991)

von körperlicher Aktivität mit sozialen Kontakten bei älteren Menschen nicht nur positive Effekte auf die physische Gesundheit, sondern auch auf die psychische und soziale Gesundheit. Den Kern des Modells stellen die Erbanlagen, das Geschlecht und das Alter dar. Bei diesen Faktoren handelt es sich um unbeeinflussbare und feste Determinanten der Gesundheit. Die Faktoren in den angrenzenden Schichten

können allerdings durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen modifiziert werden und stellen somit ein Potenzial für die Gesundheit dar (Hurrelmann & Richter, 2022). Um die Gesundheit und das Wohlbefinden zu optimieren, wird in der Gesundheitsförderung zwischen verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen unterschieden. Verhaltensbezogene Maßnahmen sind Interventionen, welche individuelle Faktoren (z. B. Bewegung, Ernährung) verändern sollen. Verhältnisbezogene Maßnahmen sollen die Faktoren verändern, welche von außen auf eine Person einwirken (z. B. Umfeld, Lebens- und Arbeitsverhältnisse) (Spicker & Lang, 2011, S. 15). Vor allem im Rahmen kommunaler Gesundheitsförderung liegt der Fokus auf den individuellen Lebensweisen und dem Gesundheitsverhalten, der sozialen Integration in das soziale und kommunale Umfeld (z. B. Freundeskreise, Familie) sowie den Arbeits- und Lebensbedingungen (z. B. Arbeitsumfeld) (Spicker & Lang, 2011, S. 14-15). Des Weiteren beeinflussen die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt die Gesundheitschancen (Hurrelmann & Richter, 2022). Beispielsweise verschlechtert sich die Gesundheit von Menschen durch Ausgrenzungserfahrungen (Kolip, 2020, S. 21). Die oben genannten

Determinanten der Gesundheit wirken nicht nur auf das Gesundheitsverhalten, den resultierenden Gesundheitsstatus und das Krankheitsverhalten, sondern auch auf die Gesundheitskompetenz (Pelikan, 2015, S. 185). Sowohl die Fähigkeit sich über gesundheitsförderliches Verhalten zu informieren als auch sich zu einer Verhaltensänderung zu motivieren, haben einen entscheidenden Einfluss auf die Verbesserung der Gesundheit.

Nach Erkenntnissen des healthPROelderly-Projekts, zählen zu den zentralen Themen der Gesundheitsförderung älterer Menschen (siehe Abbildung 8), die Förderung der psychischen Gesundheit (z. B. Depression) sowie die Stärkung des Empowerments und der sozialen Partizipation und Teilhabe. Letzteres meint unter anderem die aktive Teilhabe durch lebenslanges Lernen, aber auch die Einbindung in soziale und familiäre Netzwerke und die Unterstützung durch diese.

Das Gesundheitsverhalten wird als weiterer relevanter Themenblock genannt (Billings, Křížová & Strümpel, 2008, S. 88-90). Das Gesundheitsverhalten bzw. der Lebensstil spielen eine entscheidende Rolle, denn diese beschleunigen oder verlangsamen Alterungsprozesse und beeinflussen somit die Krankheitsentstehung und -bewältigung



Abbildung 8: Relevante Themen der Gesundheitsförderung für ältere Menschen, eigene Darstellung (Billings, Křížová & Strümpel, 2008, S. 88-90).

(Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 17). Jede*r Einzelne kann in allen Phasen des Lebens zu seiner/ihrer Gesunderhaltung beitragen. Ein körperlich aktiver Lebensstil trägt zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und dem Erhalt der Selbstständigkeit bei und wirkt sich positiv auf das Wohlbefinden im Alter aus (siehe Kapitel 2.4.3). Der Erhalt der Selbstständigkeit im Alter ist von großer Bedeutung für jede*n Einzelnen, aber auch auf allen politischen Ebenen der Senior*innen- und Gesundheitspolitik (Altgeld, 2009, S. 149).

2.5.1 Kommunale (bewegungsbezogene) Gesundheitsförderung im Alter

In Anbetracht der zunehmenden Verbreitung körperlicher Inaktivität in der Bevölkerung bedarf es verhaltens- und verhältnisorientierter Ansätze und Strategien zur Bewegungsförderung – z. B. im Dachsetting Kommune. Als übergreifendes

Setting sind Kommunen zentrale Akteure der Gesundheitsförderung, da Bürger*innen sowie vulnerable Personengruppen (z. B. ältere Menschen) in ihren Lebenswelten erreicht werden können (Böhme & Stender, 2020; LVG&AFS, o. D.). Vor allem die Gesundheitsämter als Teil des öffentlichen Dienstes übernehmen oftmals die örtliche Gesundheitsförderung und Präventionsarbeit (BZgA, 2007, S. 17). Aufgrund der Netzwerk- und Koordinierungsarbeit sind diese besonders geeignet, um Angebote der Gesundheitsförderung in Kooperation mit anderen Lebenswelten und Akteuren auf kommunaler Ebene (z. B. mit Sportvereinen, Bildungseinrichtungen) auszugestalten. Anhand der sozialen und ökonomischen Bedingungen und Ressourcen (z.B. gesundheitsrelevante Information, bewegungsbezogene Angebote) beeinflussen die Kommunen sowohl die Gesundheit als auch das Gesundheitsverhalten der Bürger*innen jeder Altersgruppe (Schwartz et al., 2003, S. 243-244). Laut der Ergebnisse einer Umfrage sind 70 % der befragten Kommunen der Meinung, dass Sport und Bewegungsförderung ein sehr wichtiges Handlungsfeld für Kommunen, insbesondere in Anbetracht der Förderung und dem Erhalt der Gesundheit älterer Menschen, darstellt (BZgA, 2007, S. 41).

2.5.2 Spezifische Projekte und Angebote der Bewegungsförderung

Das Projekt *"bewegt & aktiv"* ist ein Teilprojekt der Strategie *"gesund und aktiv älter werden in Stuttgart"*. Diese Strategie wurde im Rahmen des Bundeswettbewerbes *"Gesund älter werden in der Kommune - bewegt und mobil"* von der BZgA gefördert. Bei dem Projekt *„bewegt und aktiv“* handelt es sich um ein Bewegungs- und Mobilitätsförderungsprogramm für Ältere, welches einen stadtbezirksorientierten Ansatz verfolgt. Neben der Aufklärung und Wissensvermittlung bzgl. kostenloser und unverbindlicher Angebote der Bewegungsförderung im ganzen Stadtgebiet, wurde die Bewegungskompetenz durch saisonale und ganzjährige Stadtteilspaziergänge mit Bewegungsübungen, welche durch Institutionen (z. B. Apotheken) begleitet wurden, gestärkt. Die Partizipation der Bürgerinnen und Bürger über 60 Jahre wurde durch die Teilnahme am Bürger*innenforum und an Aktionstagen (*„Bewegtes Altern in Mönchfeld“*) sowie einer Befragung zu den Wünschen in Bezug auf Bewegung gefördert. Des Weiteren erfolgte im Rahmen des Projekts eine sinnvolle Planung von Bewegungsgeräten im öffentlichen Raum (z. B. Bewegungsparcours) sowie die Überprüfung der Mobilität und Barrierefreiheit im öffentlichen Raum durch eine Arbeitsgruppe (Projektdatenbank der BZgA, 2021).

Auch im Landkreis Uelzen sind Institutionen vertreten, welche bereits Projekte der Bewegungsförderung initiiert und spezifisch Bewegungsangebote für die ältere Generation anbieten (siehe Anlage 6). Beispielweise hat der Kreissportbund (KSB)

Uelzen, welcher in der Arbeitsgruppe „*Gesund älter werden auf dem Lande*“ der GHR Landkreis Uelzen mitwirkt, das Teilprojekt „*Uelzen in Bewegung*“ umgesetzt. Zweck der gemeinsamen, regelmäßigen Spaziergänge ist die Aufrechterhaltung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit. Die Spaziergänge wurden durch Laufpaten öffentlicher Kooperationspartner*innen (z. B. Deutsches Rotes Kreuz [DRK], Seniorservicebüro der Hansestadt Uelzen) und mithilfe von Schrittzählern (gesponsert von der Allgemeinen Ortskrankenkasse [AOK]) begleitet. Eine Teilnahme ist kostenlos und ohne Anmeldung möglich. „*Uelzen in Bewegung*“ wurde im Rahmen des Projektes „*Aktiv & Gesund älter werden*“ in Kooperation mit der AOK Niedersachsen sowie dem Landessportbund Niedersachsen initiiert (Landessportbund Niedersachsen, o. D.).

Ein Großteil der in Anlage 6 genannten Bewegungsangebote setzen eine Vereinsmitgliedschaft, die Zugehörigkeit zu einer Kirchengemeinde oder einen Zusatzbeitrag voraus. Dies erschwert die Nutzung der Angebote und könnte die Attraktivität für die Senior*innen mindern. Jedoch können bestimmte Bewegungsprogramme auch ohne eine Mitgliedschaft oder ähnliches genutzt werden. So erfahren Senior*innen Unterstützung in der Finanzierung von Angeboten der Sturzprävention durch Krankenkassen. Um den älteren Menschen des Landkreises Uelzen ein niedrighwelliges, gemeindenahes bewegungsbezogenes Angebot zu ermöglichen, wurden folgende Ziele für die Bachelorarbeit formuliert:

2.6 Zielsetzung und Forschungsfrage

Ein wichtiges übergeordnetes Ziel der Bachelorarbeit und des Projekts „*Gesund älter werden auf dem Lande*“ der GHR Landkreis Uelzen ist die Autonomie durch die Stärkung bzw. der Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität betagter und hochbetagter Senior*innen im Landkreis Uelzen zu bewahren. Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, herauszufinden, ob und welche Angebote der Bewegungsförderung von den älteren Menschen des Landkreises Uelzen bereits genutzt werden und wie aktiv diese ihren Bewegungsalltag gestalten. Anhand dessen kann dargelegt werden, welche Angebote der Bewegung besonders oft genutzt werden und bei welchen Angeboten Potenzial zur Verbesserung besteht. Des Weiteren sollen die Wünsche und Bedürfnisse der Senior*innen bezüglich eines konkreten Bewegungsangebotes ermittelt werden. Um dem Landkreis eine Handlungsempfehlung zu unterbreiten, wurde folgende zentrale Forschungsfrage für die Untersuchung konzipiert:

*Wie erhalten/fördern die Senior*innen über 65 Jahre des Landkreises Uelzen ihre Beweglichkeit und welche Wünsche bestehen aus ihrer Sicht im Landkreis?*

Folgende Leitfragen wurden gebildet und bei der Ausfertigung der Bachelorarbeit stets berücksichtigt:

- *Welcher Bewegungsumfang liegt aktuell bei den befragten Senior*innen vor?*
- *Welcher Bewegungsumfang ist insbesondere in der gewählten Zielgruppe gesundheitswissenschaftlich notwendig?*
- *Wie sind aktuelle Angebote der Bewegungsförderung im Landkreis aufgestellt?*
- *Werden Bewegungsangebote genutzt?*
- *Welche Bewegungsangebote werden von den älteren Menschen in Landkreis Uelzen in Anspruch genommen, um ein aktives und gesundes Altern zu verwirklichen?*
- *Warum werden bestehende Angebote im Landkreis nicht genutzt?*
- *Welche Angebote der Bewegungsförderung wünschen sich die Senior*innen?*
- *Wie mobil sind die Senior*innen unterwegs?*

Neben den oben genannten Leitfragen wurden folgende (Alternativ-)Hypothesen angenommen:

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Aktivitätslevel⁸ und dem Alter

H2: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Aktivitätslevel und dem Geschlecht

H3: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Aktivitätslevel und dem Wohnort

H4: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Nutzung von Bewegungsangeboten und der körperlichen Aktivität der Senior*innen

H5: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Art der genutzten Bewegungsangebote und der körperlichen Aktivität der Senior*innen

H6: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Art der gewünschten Bewegungsangebote und der körperlichen Aktivität der Senior*innen

Der methodische Ansatz zur Beantwortung der Forschungsfrage wird im nachfolgenden Kapitel vorgestellt.

⁸ Der Begriff „Aktivitätsklasse“ wird in der Bachelorarbeit als Synonym für das Aktivitätslevel verwendet.

3. Methodisches Vorgehen

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden das Studiendesign, der Fragebogen als Erhebungsinstrument und die ausgewählte Stichprobe (n) vorgestellt sowie das statistische und methodische Vorgehen in der Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung aufgezeigt.

3.1 Studiendesign und Studienteilnehmende

Die Forschungsfrage (siehe Kapitel 2.6) wird mithilfe einer quantitativen Befragung empirisch untersucht und beantwortet. Quantitative Befragungen, wie z. B. Fragebögen, bieten bei großen Stichproben einen ökonomischen Vorteil, da sie weniger Zeit, Geld und Personal erfordern (Raithel, 2008, S. 6). Zudem ist die Auswertung der Daten einfach und unkompliziert, da die Ergebnisse exakt quantifizierbar sind. Die Grundgesamtheit (n = 24.123) der Befragung stellen alle über 65-Jährigen des Landkreises Uelzen dar (LSN, 2021a). Die Stichprobe (n = 330) umfasst einen Teil der über 65-jährigen Menschen des Landkreises Uelzen. Das Studiendesign wurde gewählt, um den älteren Bürger*innen die Möglichkeit zu geben, sich aktiv mithilfe der Befragung an den Entwicklungen im Landkreis zu beteiligen und somit die Partizipation zu fördern. Um einen möglichst großen Teil der Bevölkerung zu erreichen, wurde der Zielgruppe der Fragebogen sowohl schriftlich als auch digital zur Verfügung gestellt. Digitale Fragebögen besitzen neben den zuvor genannten Vorteilen, keine Erhebungskosten in Form von Porto- und Druckkosten (Schnell, 2019, S. 283).

3.2 Beschreibung des Fragebogens

Bei dem Erhebungsinstrument handelt es sich um einen vierseitigen Fragebogen (siehe Anlage 1). Die körperliche Aktivität wurde anhand der Kurzfassung des standardisierten und validierten International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF) erhoben (IPAQ Research Committee, 2004, S. 1). Zusätzlich wurden in enger Abstimmung mit den Koordinatorinnen der GHR Landkreis Uelzen, der Arbeitsgruppe „*Gesund älter werden auf dem Lande*“ und Prof. Dr. Wolf Polenz die Fragen zum Bewegungsverhalten und den gewünschten bewegungsbezogenen Angeboten konzipiert und näher bestimmt, welche persönliche Daten erhoben werden sollen.

3.2.1 Fragen zur Person, Bewegung und Mobilität

Die Fragen und Antwortoptionen wurden in Anlehnung an bereits bestehende bewegungsbezogene Fragebögen sowie in Hinblick auf die Fragestellung konzipiert. Besprochen wurde der Aufbau, Inhalt sowie die Formulierung (z. B. Siezen) des Fragebogens sowohl mit der Arbeitsgruppe des Projekts „*Gesund älter werden auf*

dem Lande“ als auch mit den Koordinatorinnen der GHR und Prof. Dr. Wolf Polenz. In dem ersten Teil des Fragebogens wurden folgende persönliche Angaben abgefragt, um Unterschiede zu untersuchen:

- *Geschlecht*
- *Altersgruppen*
- *Pflegegrad⁹*
- *Gemeinde*

Für das Geschlecht lagen die Antwortmöglichkeiten „männlich“, „weiblich“ und „divers“ vor. Darüber hinaus ist es in der wissenschaftlichen Literatur geläufig die älteren Menschen einem Lebensalter zuzuordnen. Beispielsweise unterteilt die BZgA die älteren Menschen in die Untergruppen der „jungen Alten“ und „alten Alten“ (Tesch-Römer & Wurm, 2009, S. 11). Im Rahmen der Befragung wurden die älteren Menschen in drei Altersgruppen unterteilt: 64-Jährigen und jünger, 65-79-Jährigen, 80-Jährigen und älter. Die sechs (Samt-)Gemeinden im Landkreis Uelzen wurden ausgewählt, um den Wohnort anzugeben (siehe Anlage 1).

Neben den persönlichen Angaben wurden für das Beantworten der Forschungsfrage Fragen konzipiert, welche auf die Mobilität und das Bewegungsverhalten der Senior*innen eingehen. Die *Fragen 5 und 7* wurden mit einer offenen Antwortoption („Sonstiges“) ergänzt und ließen Mehrfachantworten zu. Bei *Frage 6* konnte ausschließlich zwischen zwei Antworten (dichotom) gewählt werden.

Frage 5. *Wie bewegen Sie sich hauptsächlich außerhalb Ihres Wohnumfeldes?*

- Zu Fuß
- Mit dem Fahrrad
- Selbständig mit dem PKW
- Mit Fahrdiensten
- Mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn)
- Sonstiges:

Frage 6. *Benötigen Sie fremde Hilfe oder Hilfsmittel zur Fortbewegung?*

- Ja
- Nein

Frage 7. *Wenn ja, benötigte Hilfe/Hilfsmittel:*

- Gehstock
- Rollator
- Rollstuhl

⁹ Der „Pflegegrad“ wurde im Interesse der GHR erhoben und wird nicht im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit untersucht.

- Hilfe/Begleitung
- Sonstiges:

Außerdem wurden die älteren Menschen danach gefragt, ob und welche Bewegungsangebote von ihnen genutzt werden sowie der Grund, warum sie Angebote der Bewegungsförderung nicht nutzen. Bei *Frage 8* konnte ebenfalls, aufgrund des Antwortformats nur eine Zustimmung oder Ablehnung erfolgen. Für die *Fragen 9 und 10* waren Mehrfachantworten und eigene Ergänzungen durch die Senior*innen möglich.

Frage 8. *Nutzen Sie Bewegungsangebote von Vereinen oder anderen Einrichtungen? (z. B. Seniorenfitness des DRK Uelzen, Seniorentanz des SV Natendorf etc.)*

- Ja
- Nein

Frage 9. *Wenn ja, welche Bewegungsangebote von Vereinen oder anderen Einrichtungen nutzen Sie?*

- Ballspiele (z. B. Tischtennis, Boule)
- Tennis/Golf
- Schwimmen
- Gymnastik
- Fitness-Studio (z. B. Kraft- und Balanceübungen)
- Tanzen/Dance-Fitness
- Spezieller Seniorensport
- Gemeinsames Spazieren gehen/ (Nordic-)Walking
- Sonstiges:

Frage 10. *Wenn nein, was ist der Grund, weshalb Sie Bewegungsangebote nicht nutzen?*

- Die entstehenden Kosten
- Die Entfernung zum Angebot
- Schlechte Anbindung an den Nahverkehr
- Beschwerden/Schmerzen
- Ich komme nicht allein hin
- Ich möchte nicht allein gehen
- Ich kenne keine Angebote
- Kein Interesse
- Sonstiges:

Neben der Ermittlung der bereits genutzten Angebote ist es das Ziel dieser Bachelorarbeit dem Landkreis Empfehlungen für ein geeignetes Bewegungsangebot

zu unterbreiten. Daher wurden die Senior*innen danach gefragt, welche bewegungsbezogenen Angebote sie sich im Landkreis wünschen und wie viel Zeit sie in ein solches Bewegungsangebot investieren würden. Für die *Frage 11* sind ebenfalls Mehrfachantworten zugelassen. Weitere Wünsche konnten durch den Freitext der Kategorie „Sonstiges“ geäußert werden. Die beiden *Fragen 12 und 13* ließen jeweils nur eine Antwort zu.

Frage 11. *Welche Angebote der Bewegung wünschen Sie sich im Landkreis?*

(Antworten sind identisch zur Frage 9)

Frage 12. *Wie viel Zeit würden Sie für ein interessantes Bewegungsangebot aufwenden? (pro Einheit)*

- Bis zu 30 Minuten pro Einheit
- Bis zu 60 Minuten pro Einheit
- Mehr als 60 Minuten pro Einheit

Frage 13. *Wie oft würden Sie ein interessantes Bewegungsangebot nutzen wollen?*

- 1x/Woche
- 2x/Woche
- 1x/Monat
- 2x/Monat

Zudem wurde anhand des Fragebogens erhoben, auf welche Art die Senior*innen am liebsten über neue Bewegungsangebote informiert werden wollen. Die Senior*innen konnten bei der nachfolgenden Frage mehrere Antworten anwählen.

Frage 14. *Wie würden Sie gerne über Angebote informiert werden?*

- Tageszeitung/Beilage
- Prospekt/Broschüre
- Internet/Homepage
- Social-Media (z. B. Facebook)
- Messenger (z. B. WhatsApp, Signal)
- (Info-)Veranstaltungen
- Sonstiges

Darüber hinaus wurden für die GHR Landkreis Uelzen Daten zur Sturzprävalenz erhoben. Die Daten der nachfolgenden Fragen werden jedoch nicht in dieser Bachelorarbeit aufbereitet und berücksichtigt.

Frage 15. *Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt?*

Frage 16. *Wenn ja, wo sind Sie gestürzt?*

Frage 17. *Haben Sie infolgedessen eine medizinische Einrichtung aufgesucht?*

Frage 18. *Wenn ja, welche Art der Einrichtung?*

3.2.2 International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF)

Mithilfe des IPAQ-SF kann das Bewegungsverhalten sowie die verbrachte Zeit im Sitzen erfasst werden. Diese Angaben sind subjektiv und beruhen auf Erinnerungen und eigenen Einschätzungen zur körperlichen Aktivität in den vergangenen sieben Tagen. Der Fragebogen umfasst sieben Items (siehe Anlage 1). Diese Items erfragen, an wie vielen Tagen anstrengende und moderate körperliche Aktivität ausgeübt wurde sowie wie viele Tage mit Gehen verbracht wurden. Zudem wird die Anzahl der Stunden und Minuten, die an solch einem Tag mit körperlicher Aktivität in der jeweiligen Intensitätsklasse verbracht wurde, abgefragt. Dabei berücksichtigt der Fragebogen jedoch nur körperliche Aktivitäten, die für mindestens zehn Minuten ohne Unterbrechung verrichtet wurden. Der Fragebogen wurde für Erwachsene entwickelt und in der Altersgruppe der 15- bis 69-Jährigen getestet (IPAQ Research Committee, 2004, S. 1-5). Tabelle 3 veranschaulicht die Klassifizierung des Aktivitätslevels durch das IPAQ Research Committee. Die körperliche Aktivität wird in drei Stufen eingeteilt: „inaktiv“, „ausreichend aktiv“ und „HEPA aktiv“ (health-enhancing physical activity). Zur Ermittlung der Aktivitätsklasse wurde neben der Berechnung des MET-Levels (siehe Tabelle 4) zusätzlich das Flussdiagramm des IPAQ Research Committee (siehe Anlage 7) zur Hilfe genommen.

Tabelle 3: Aktivitätslevel des IPAQ-SF, eigene Darstellung (IPAQ Research Committee, 2004, S. 3-4)

Aktivitätslevel	Voraussetzung
inaktiv	Personen, welche die Kriterien für die Kategorien moderater und/oder hoher körperlicher Aktivität nicht erfüllen liegen unter dem derzeit empfohlenen Umfang und gelten als inaktiv.
ausreichend aktiv	Personen, welche eine der unten genannten Kriterien erfüllen, erfüllen die Mindestempfehlung an körperlicher Aktivität: <ul style="list-style-type: none"> • 3 oder mehr Tage hoher körperlicher Aktivität von mind. 20 Minuten pro Tag <u>ODER</u> • 5 oder mehr Tage moderater körperlicher Aktivität oder zu Fuß gehen von mind. 30 Minuten pro Tag <u>ODER</u> • 5 oder mehr Tage einer beliebigen Kombination aus zu Fuß gehen, moderater und/oder hoher körperlicher Aktivität von mind. 600 MET-min/Woche.
HEPA aktiv	Personen, welche eine der unten genannten Kriterien erfüllen, überschreiten die Mindestempfehlungen an körperlicher Aktivität und gelten als HEPA aktiv:

- **3 oder mehr Tage** hoher körperlicher Aktivität von mind. 1500 MET-Minuten/Woche erreichen ODER
- **7 oder mehr Tage** einer beliebigen Kombination aus zu Fuß gehen, moderater und/oder hoher körperlicher Aktivität von mind. **3000 MET-Minuten/Woche**.

Unter Verwendung der Literatur vom IPAQ Research Committee (2004) wurden die jeweiligen MET-Minuten für die erbrachten körperlichen Aktivitäten der Senior*innen errechnet. Infolgedessen wurden diese dem entsprechenden Aktivitätslevel zugewiesen:

Table 4: MET-Level Berechnung, eigene Darstellung (IPAQ Research Committee, 2004, S. 7)

MET-Level	Berechnung
Zu Fuß gehen	3,3 METs * zu Fuß gehen/Minuten * zu Fuß gehen/Tage
Moderate körperliche Aktivität	4,0 METs * moderate Aktivität/Minuten * moderate Aktivität/Tage
Anstrengende körperliche Aktivität	8,0 METs * anstrengende Aktivität/Minuten * anstrengende Aktivität/Tage
Gesamte MET-Minuten/Woche	Summe aller oben genannten MET-Minuten/Woche

3.3 Datenerhebung

Die Daten wurden im Rahmen einer digitalen und handschriftlichen Befragung erhoben. Für die Befragung wurde ein Fragebogen erstellt, welcher sowohl quantitative als auch qualitative Fragen enthielt (siehe Kapitel 3.2). Die Erhebung erfolgte im Zeitraum vom 01. März 2023 bis zum 31. März 2023. Zusätzlich wurden alle Fragebögen erfasst, welche bis zum 14. April 2023 in den Institutionen verblieben bzw. an das Gesundheitsamt versandt wurden.

Im Rahmen der Vorbereitung auf die Datenerhebung wurden zur empirischen Überprüfung des Fragebogens und dessen Fragen zwei Pretests durchgeführt. Pretests haben z. B. die Funktion, die Befragungsdauer zu ermitteln sowie zu prüfen, ob eine gute Variation bei den Antwortoptionen und ein Verständnis der Fragen gegeben ist (Schnell, 2019, S. 123). Anhand des Pretests wurde ausschließlich der handschriftliche Fragebogen getestet. Der digitale Fragebogen wurde daraufhin angepasst. Der erste Pretest erfolgte am 16. Februar 2023 mit vier Personen im Alter von über 65 Jahren. Der Pretest wurde in Kooperation mit dem Paritätischen Uelzen

durchgeführt. Alle Befragten wiesen einen Pflegegrad auf und waren in einer Tagespflegeeinrichtung untergebracht. Während der Befragung traten Hindernisse in Form von Hör- und Sehproblemen sowie Schwierigkeiten in der Motorik auf. Daher brauchten einige Senior*innen Unterstützung in der Bearbeitung. Die Bearbeitungsdauer lag bei 15 bis 20 Minuten. Innerhalb der Bearbeitungszeit konnte festgestellt werden, dass Rechtschreibfehler korrigiert und Formulierungen, insbesondere der IPAQ-Items, angepasst und um Beispiele ergänzt werden mussten. Im Nachgang wurden alle Anmerkungen der älteren Menschen umgesetzt und der Fragebogen in einem weiteren Pretest erneut überprüft.

Der zweite Pretest erfolgte am 20. Februar 2023, hierfür wurden zwei Personen mit Migrationshintergrund befragt. Beide Personen sind ebenfalls in einem Alter von über 65 Jahren, wiesen jedoch keinen Pflegegrad auf. Insbesondere die Sprachbarriere war ein Hindernis. Bei der gewählten Personengruppe konnte ein langsames Lesen beobachtet werden, was zu einer längeren Bearbeitungsdauer von 25 Minuten führte. Während des Pretests konnte beobachtet werden, dass ein Verständnis für die Fragen vorhanden war.

Die Rekrutierung der Befragten erfolgte durch Pressemitteilungen in der allgemeinen Zeitung (siehe Anlage 3) und über die Webseite der Uelzener Presse, Werbemaßnahmen über Soziale Medien des Landkreises Uelzen (siehe Anlage 4) sowie durch das Aufstellen und Auslegen von Flyern mit QR-Code (siehe Anlage 2) in Institutionen. Die Flyer sowie die handschriftlichen Fragebögen wurden mit einem frankierten Rückumschlag in unterschiedlichen Institutionen ausgelegt, um der Zielgruppe einen niedrighschwelligigen und kostenlosen Zugang zur Befragung zu ermöglichen. Zu den kooperierenden Einrichtungen gehörten das Seniorservicebüro der Hansestadt Uelzen und der Pflegestützpunkt des Landkreises Uelzen, das DRK, Physiotherapiepraxen, (Sport-)Vereine, Fitnessstudios, Apotheken, Sanitätshäuser und Kirchengemeinden im Landkreis Uelzen. Außerdem wurden die Flyer an den schwarzen Brettern zahlreicher Supermärkte angebracht. Der digitale Fragebogen wurde mittels der Webseite „SoSci Survey“ generiert und konnte unter folgender Webadresse aufgerufen werden: <https://www.soscisurvey.de/bewegungsverhalten-landkreis/>.

3.4 Datenaufbereitung

Zunächst wurde der Datensatz von SoSci Survey als CSV-Datei heruntergeladen und mit den Daten der schriftlichen Fragebögen in eine Microsoft Excel-Datenmaske eingelesen und aufbereitet. Als Tool zur Berechnung der Aktivitätsklassen wurde Microsoft Excel verwendet. Im nachfolgenden Schritt wurde der Datensatz (inkl.

Aktivitätslevel) in das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics Version 29 (SPSS) importiert, die Variablennamen und das Datenniveau angepasst. Darüber hinaus wurden einige Variablen neucodiert (z. B. Gemeinde 2.0), um einen größeren Stichprobenumfang für die Zusammenhangsberechnungen zu erlangen. Die statistische Auswertung der Befragung erfolgte mithilfe von SPSS. Das Codebuch hierfür ist der Anlage 5 zu entnehmen. Nachfolgend werden die Kriterien für einen Befragungsausschluss bzw. ungültiger Antworten aufgezeigt und der Umgang mit Mindest- und Extremwerten erläutert.

Personen, die keine Aussage über die Gemeinde und das Alter trafen oder jünger als 65 Jahre waren oder einer anderen Gemeinde angehörten, wurden aus der Befragung ausgeschlossen und als ungültig (-9) codiert. Außerdem wurden Fragebögen, welche von zwei Personen ausgefüllt wurden, nicht berücksichtigt.

Wurde bei dichotomen Fragen oder Fragen, bei denen keine Mehrfachantworten möglich waren, mehr als eine Antwort von den Senior*innen ausgewählt, wurden die Antworten für die jeweiligen Fragen für ungültig erklärt. Daneben wurde bei zusammenhängenden Fragestellungen, mit gegensätzlichen Antworten, die nachfolgende Antwort als ungültig deklariert:

- Die Antworten bei *Frage 9: Wenn ja, welche Bewegungsangebote von Vereinen oder anderen Einrichtungen nutzen Sie?* wurden als ungültig deklariert, wenn bei *Frage 8: Nutzen Sie Bewegungsangebote von Vereinen oder anderen Einrichtungen?* „Nein“ angewählt wurde.
- Wurde bei *Frage 8* die Antwortoption „Ja“ angewählt, wurden alle Angaben bei *Frage 10: Wenn nein, was ist der Grund, weshalb Sie Bewegungsangebote nicht nutzen?* ungültig erklärt.

Darüber hinaus wurden Personen, welche bei der Kategorie „Sonstiges“ der *Frage 5* „zu Fuß mit Rollator“ angaben der Kategorie „zu Fuß“ zugeteilt, da *Frage 7* auf die benötigten Hilfsmittel eingeht. Befragte, welche bei der Kategorie „Sonstiges“ die Angaben „Taxi“ und „Bürgerbus“ machten, wurden der dafür vorgesehenen Kategorie („Mit Fahrdiensten“) zugeordnet.

Außerdem wurden der IPAQ-Richtlinie für die Datenverarbeitung und -analyse entsprechend Daten bereinigt und Extremwerte gekürzt (IPAQ Research Committee, 2004, S. 4-5). Zur Berechnung der MET-Minuten mussten zunächst die Stunden in Minuten umgewandelt werden. Bei der Bereinigung der Daten wurde darauf geachtet, dass die Gesamtsumme aller Aktivitätsklassen nicht mehr als 960 Minuten und nicht weniger als 10 Minuten Aktivität pro Tag ergaben. Bei Über- oder Unterschreitung wurden diese Fälle als ungültig deklariert. Um eine Fehlklassifizierung vorzubeugen, wurden alle Extremwerte (≥ 240 Minuten) gekürzt, d. h. neu codiert. Somit waren

maximal 1680 Minuten körperliche Aktivität für jede Aktivitätsklasse pro Woche möglich. Darüber hinaus wurden nur IPAQ-Fragebögen berücksichtigt, welche bei der Frage „Tage pro Woche“ antworten zwischen 0 bis 7 Tage enthielten. Die IPAQ-Richtlinie empfiehlt die Fragebögen, welche fehlende Werte bei den Kategorien „Tage pro Woche“, „Stunden pro Tag“ und „Minuten pro Tag“ enthalten oder bei denen die Angabe „ich weiß nicht/bin nicht sicher“ angewählt wurden, als ungültig anzusehen und aus der weiteren Auswertung auszuschließen. Obwohl dies den Stichprobenumfang deutlich reduziert, wurde dies entsprechend durchgeführt, um das Ergebnis nicht zu beeinflussen und zuverlässige Daten zu gewinnen. Bei der Übertragung der Daten in die Excel-Datenmaske fiel auf, dass einige Personen Zeitspannen (z. B. 1 bis 2 Stunden/Tag) bei der Ausübung körperlicher Aktivität benannten. Zwei Studien haben gezeigt, dass der IPAQ-SF als subjektives Erhebungsinstrument zu einer erhöhten Überschätzung der körperlichen Aktivität führt (Fogelholm et al., 2006, S. 753-754). Dementsprechend wurde die niedrigere Stunden-/Minutenanzahl für die Ermittlung der Aktivitätsklasse berücksichtigt. Ein ähnliches Vorgehen wurde bei den Stunden/Minuten, welche im Sitzen verbracht wurden, unternommen. Hierbei wurden die höhere Stunden- bzw. Minutenanzahl beachtet. Bei unkenntlichen Zahlen wurde der Abschnitt zur Ermittlung des Aktivitätslevels für ungültig erklärt.

3.5 Datenauswertung

Die nachfolgenden Kapitel befassen sich mit der univariaten und bivariaten Datenanalyse. Unter Verwendung der zuvor genannten Literatur wurde das Aktivitätslevel mithilfe von Microsoft Excel ausgewertet sowie für die weitere statistische Auswertung mittels SPSS vorbereitet.

3.5.1 Univariate Datenanalyse

Die Stichprobenbeschreibung erfolgt anhand der abgefragten personenbezogenen Angaben. Für die nominalen Variablen „Geschlecht“ und „Gemeinde“ wurden Angaben zu den Häufigkeiten (inkl. Modalwert) gemacht. Für die Variable „Altersgruppe“ wurden Klassen gebildet, jedoch ist das Intervall zwischen diesen nicht gleich, daher handelt es sich um ein nominalskaliertes Datenniveau. Da es sich bei den Fragen 5 bis 14 des Fragebogens (siehe Anlage 1) ebenfalls um nominalskalierte Variablen handelt, wurden für diese ebenfalls die Häufigkeiten und der Modalwert erhoben. Bei dem errechneten Aktivitätslevel handelt es sich um ein ordinales Datenniveau, da eine Rangfolge vorliegt. Für das Aktivitätslevel wurden die Häufigkeiten, der Median und Modalwert/Modus erhoben.

3.5.2 Bivariate Datenanalyse

Anhand der Interpretation der erstellten Kontingenztabellen und unter Verwendung des Chi²-Tests und dem exakten Fisher-Freeman-Halton-Test werden die aufgestellten Hypothesen (siehe Kapitel 2.6) geprüft. Im Genaueren wird anhand des Chi²-Tests überprüft, ob sich die Häufigkeiten in den jeweiligen Merkmalskategorien unterscheiden (Kuhlmei, 2018, S. 94). Anhand der Signifikanz kann ermittelt werden, ob der in der Stichprobe gefundene Zusammenhang (sehr) wahrscheinlich auch in der Grundgesamtheit existiert (Tausendpfund, 2022, S. 119). Infolgedessen kann die Nullhypothese angenommen oder abgelehnt werden. Zur Bewertung der Signifikanz wurde ein Signifikanzniveau von 5 % genutzt (kritischer Wert = 0,05). Sollte der p-Wert kleiner als 0,05 sein ist das Ergebnis (mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 %) signifikant (Tausendpfund, 2022, S. 204). Das bedeutet die Nullhypothese wird abgelehnt und es liegt ein Zusammenhang zwischen den Variablen vor. Für die Durchführung des Chi²-Test gelten folgende drei Voraussetzungen:

- nominalskalierte Variablen
- Unabhängigkeit der Messwerte
- jede Zelle hat eine erwartete Häufigkeit von mindestens fünf (Kuhlmei, 2018, S. 95).

Der Chi²-Test ist für nominale, ordinale und metrische Variablen geeignet. Allerdings wird bei Berechnung der Prüfgröße nur das Nominalskalenniveau berücksichtigt (Benesch, 2013, S. 225). Sind die erwarteten Häufigkeiten zu klein und die Variable polytom ist statt des Chi²-Tests, der exakte Fisher-Freeman-Halton-Test einzusetzen. Dieser beruht auf dem exakten Test von Fisher, welcher für kleine Stichprobenumfänge ($n < 20$) geeignet ist (Benesch, 2013, S. 226-227). Für den exakten Fisher-Freeman-Halton-Test wird ausschließlich die zweiseitige Signifikanz und kein Chi²-Wert ausgeworfen (International Business Machines Corporation [IBM], 2020).

4. Ergebnisse

Das Kapitel beinhaltet die Ergebnisse der durchgeführten statistischen Analysen. Dazu zählt die Stichprobenbeschreibung, die Auswertung der körperlichen Aktivität der Senior*innen sowie die univariaten und bivariaten Analysen zur Überprüfung der aufgestellten Fragen und Hypothesen.

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Der Stichprobenumfang betrug ohne ungültige Fälle $n = 330$. Insgesamt waren 44 Fragebögen ungültig und wurden aus der Befragung ausgeschlossen (siehe Abbildung 9). Der Großteil der Fragebögen wurde schriftlich ($n = 294$) eingereicht. 36 Senior*innen nutzten die digitalen Umfrage. Die Geschlechterverteilung der Stichprobe setzte sich aus 73 % Frauen und 26 % Männern zusammen. Es gab drei ungültige Angaben sowie keine Person, die bei der

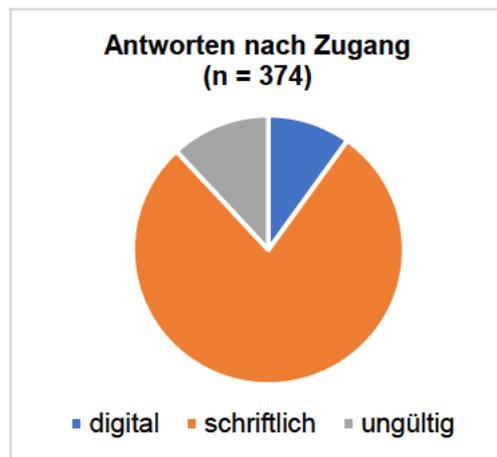


Abbildung 9: Antworten der Senior*innen nach Zugang, eigene Darstellung

Frage nach dem Geschlecht, die Antwort „Divers“ wählte. Insgesamt waren 61 % der befragten Senior*innen zwischen 65 und 79 Jahren und 39 % der Senior*innen 80 Jahre und älter.

Das Aktivitätslevel konnte für 177 Senior*innen ermittelt werden. Die meisten Teilnehmer*innen (58 %) gaben an bereits gesundheitsförderlich aktiv (HEPA aktiv) zu sein. Lediglich 11 % der Befragten waren inaktiv und 31 % ausreichend aktiv.

224 Personen hatten Angaben bezüglich ihrer verbrachten Zeit im Sitzen gemacht. Aus den Angaben wird ersichtlich, dass die meisten Senior*innen (16,4 %) etwa 5 Stunden am Tag sitzend bzw. liegend verbrachten. 15,2 % der befragten älteren Menschen gaben bei ihrer Sitzdauer „4 Stunden“ und 10,3 % „7 Stunden“ an. Senior*innen, die sich gesundheitsförderlich verhielten, verbrachten 2 bis 6 Stunden am Tag sitzend. In der Gruppe der Inaktiven bzw. ausreichend Aktiven waren ähnliche Werte zu beobachten, jedoch gab es in beiden Gruppen vereinzelt Personen, welche weit über 8 Stunden am Tag saßen.

An der Befragung nahmen ältere Menschen aus allen sechs (Samt-)Gemeinden des Landkreises Uelzen teil. Am stärksten vertreten war die Hansestadt Uelzen mit 116 Teilnehmenden. Gefolgt von der Samtgemeinde Aue ($n = 69$) und der Samtgemeinde Bevensen-Ebstorf ($n = 67$). Weniger Personen wurden in den Samtgemeinden Suderburg ($n = 42$) und Rosche ($n = 23$) erreicht. Das Schlusslicht bildete die Gemeinde Bienenbüttel mit 13 teilnehmenden Senior*innen.

4.2 Beschreibung der Ergebnisse

Außerhalb ihres Wohnumfeldes bewegten sich 79,1 % der befragten Senior*innen zu Fuß fort. Mit dem eigenen PKW fuhren 72,7 % der älteren Menschen. Etwa die Hälfte der Senior*innen (n = 167) gab an, außerhalb mit dem Fahrrad unterwegs zu sein. 7,6 % der Befragten nutzten Fahrdienste wie Taxen und 16,4 % nutzten öffentliche Verkehrsmittel zur Fortbewegung. Neun Befragte gaben an, dass sie von ihren Familien mit dem PKW gefahren werden. Der Anteil der älteren Menschen, die Hilfe oder Hilfsmittel zur Fortbewegung benötigten, lag bei 21,5 %. Abbildung 10 zeigt, welche Hilfe oder Hilfsmittel von den Senior*innen genutzt wurden:

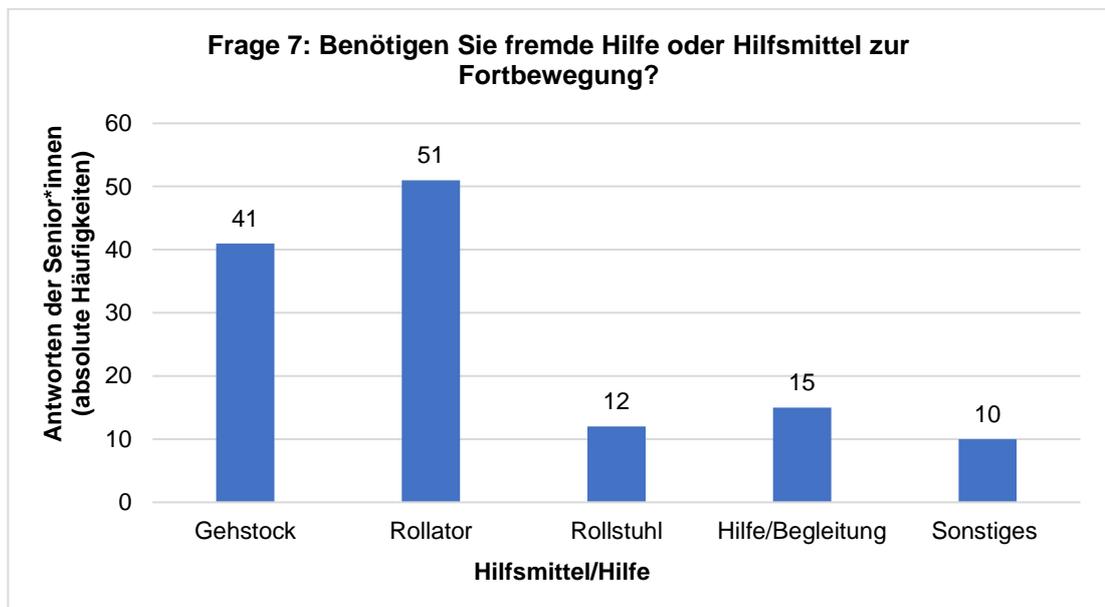


Abbildung 10: Benötigte Hilfsmittel/Hilfe zur Fortbewegung, eigene Darstellung

Die Mehrheit der befragten Senior*innen nutzten Rollatoren (n = 51) und Gehstöcke (n = 41) zur Bewältigung von Wegen. Weniger vertreten waren ältere Personen, welche Unterstützung durch Begleitpersonen (n = 15) oder einem Rollstuhl (n = 12) beziehen. Ergänzend ist zu erwähnen, dass Walkingstöcke, Unterarmstützen und E-Roller von den Senior*innen zur Fortbewegung genutzt werden. Insgesamt gaben 73 % der Befragten an, Bewegungsangebote von Vereinen oder anderen Einrichtungen im Landkreis Uelzen zu nutzen. Abbildung 11 veranschaulicht die Häufigkeit (absolut) der von den Senior*innen genutzten Angebote:

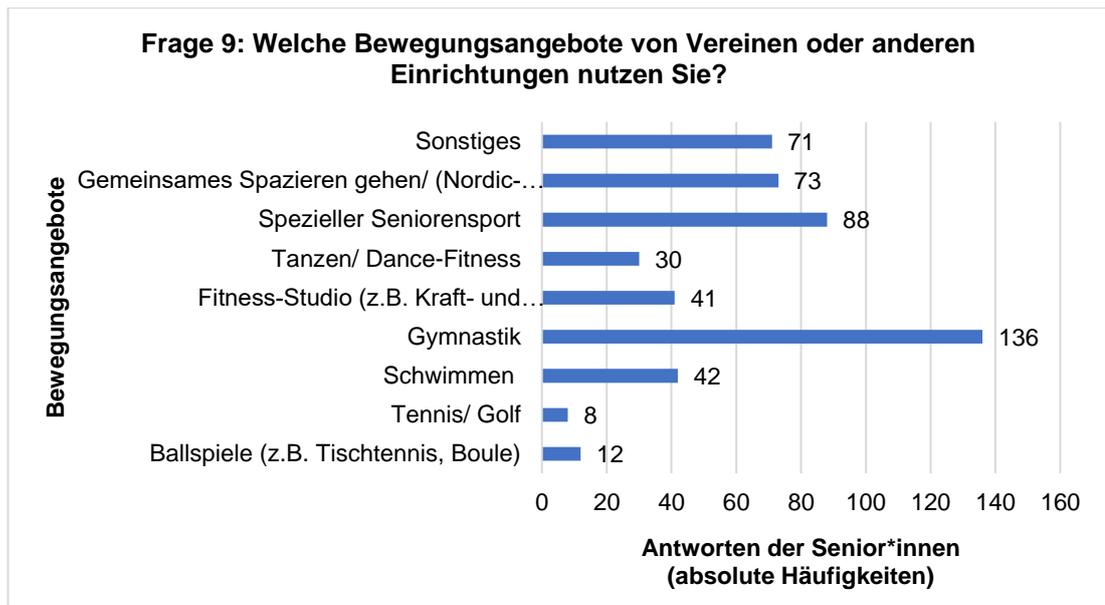


Abbildung 11: Genutzte Bewegungsangebote der Senior*innen, eigene Darstellung

Insbesondere Bewegungsangebote mit gymnastischen Elementen, spezielle Bewegungsprogramme für Senior*innen sowie Gehsport und das Spaziergehen in Gesellschaft wurden vermehrt genutzt. Gefolgt von sonstigen Maßnahmen wie Wandern, Walken, Joggen oder Radfahren, Yoga und Pilatis. Neben Präventionssport (z. B. Rückenschulen, Beckenbodentraining, *Trittsicher durchs Leben*¹⁰, *AlltagsTrainingsProgramm*¹¹, *3000 Schritte für die Gesundheit*¹² usw.) wurde ebenfalls spezieller Rehasport (z. B. Lungen-, Herz- und Krebsport) von den Senior*innen des Landkreises Uelzen betrieben. Weniger verbreitet unter den älteren Menschen waren Tennis, Golf sowie Ballspieleangebote.

Im Geschlechterunterschied zeigte sich, dass alle Angebote, abgesehen von Tennis/Golf, vermehrt von den Frauen genutzt wurden. Tabelle 5 veranschaulicht die drei häufigsten Antworten unter den Senior*innen:

¹⁰ Das Kräftigungsprogramm „*Trittsicher durchs Leben*“ hat das Ziel, die Sicherheit auf den Beinen zu verbessern und dadurch das Verrichten alltäglicher Aufgaben zu erleichtern. Durchgeführt wird das Angebot vom TuS Ebstorf und TuS Bodenteich (Techniker Krankenkasse [TK], 2023).

¹¹ Das „*Alltags-Trainings-Programm*“ ist ein Programm zur Ganzkörperkräftigung und Koordinationsschulung mit Alltagsbezug angeboten vom TuS Bodenteich (TK, 2023).

¹² „*3000 Schritte für die Gesundheit*“ ist ein Bewegungsprogramm des TuS Bodenteich. Dabei handelt es sich um einen Spaziergang auf einer festgelegten barrierefreien Strecke mit Übungen zur Unterstützung des Gleichgewichts bzw. der koordinativen Fähigkeiten (TuS Bad Bodenteich, 2022).

Tabelle 5: Genutzte Bewegungsangebote der Senior*innen (geschlechterspezifisch), eigene Darstellung

Frauen	<ul style="list-style-type: none"> • Gymnastik (n = 112) • Spezieller Seniorensport (n = 71) • Spaziergehen/(Nordic-)Walking (n = 47)
Männer	<ul style="list-style-type: none"> • Spaziergehen/(Nordic-)Walking (n = 25) • Gymnastik (n = 24) • Fitness-Studio (n = 18)

Auch nutzten die Senior*innen im Alter von 65 bis 79 Jahren die in Abbildung 11 genannten Bewegungsangebote häufiger als die über 80-Jährigen. In beiden Altersgruppen waren vor allem Gymnastik und spezieller Seniorensport beliebt. Im Vergleich Hansestadt Uelzen und den (Samt-)Gemeinden zeigte sich, dass dieselben drei Regionen bei der Nutzung der Angebote häufiger vertreten waren (Hansestadt Uelzen, Bad Bevensen und Aue). Ältere Menschen der Hansestadt Uelzen nutzten häufiger Tennis-, Schwimm- und Gymnastikangebote sowie Angebote in Fitnessstudios und der Natur (Nordic-Walking etc.). Ballspiele wurden von den Senior*innen aus den Regionen Bad Bevensen und Aue geschätzt. Bewegungsangebote mit Tanzelementen wurden besonders von Senior*innen aus der Samtgemeinde Suderburg in Anspruch genommen. Bewegungsprogramme, welche speziell für die ältere Generation konzipiert wurden, wurden von Senior*innen aus der Samtgemeinde Aue, der Hansestadt Uelzen und Bad Bevensen genutzt. Abbildung 12 zeigt die Gründe, weshalb keine Bewegungsangebote von den Senior*innen genutzt wurden. Der Großteil der Senior*innen (n = 32) gab an, dass sie Bewegungsangebote aufgrund von Schmerzen oder anderweitigen Beschwerden nicht in Anspruch nahmen. Weitere 19 Personen äußerten, dass kein Interesse an bewegungsbezogenen Angeboten besteht. Jeweils 16 Personen ergänzten, dass sie von allein nicht zum Bewegungsangebot kommen und die entstehenden Kosten sie davon abhalten würden, Angebote der Bewegungsförderung zu nutzen. Bei der Antwortkategorie „Sonstiges“ wurden individuelle Anliegen (z. B. Aktivitätszeit wird selbst einteilt und gestaltet) genannt. Als weitere Gründe wurden das Alter und Operationen aus der Vergangenheit, welche den Bewegungsumfang einschränken, aufgezählt. Weitere elf Personen äußerten, dass ihnen keine Bewegungsangebote bekannt seien, die Entfernung zum Angebot zu groß sei und eine schlechte Anbindung an den Nahverkehr vorliege. Weitere sieben Personen würden die bewegungsbezogenen Angebote nicht allein nutzen wollen.

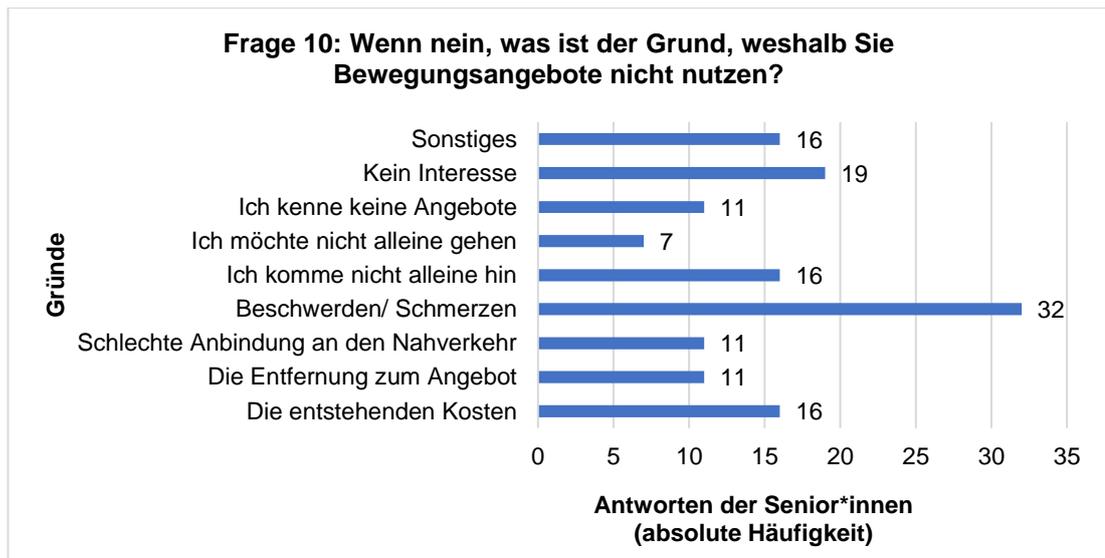


Abbildung 12: Gründe der Senior*innen für das Nicht-Nutzen der Bewegungsangebote, eigene Darstellung

Die von den Senior*innen gewünschten Angebote zur Förderung der Bewegung sind in Abbildung 13 dargestellt. Die Mehrheit der Befragten wünschten sich speziellen Seniorensport (n = 102), Gymnastikangebote (n = 71) und Schwimmmöglichkeiten (n = 65). Gefolgt von 49 Personen, welche sich gemeinsame Spaziergänge und/oder (Nordic-)Walking-Touren gewünscht haben. 39 Personen interessierten sich für Bewegungsangebote im Fitness-Studio und 35 Personen für Tanzen/Dance-Fitness. Weitere Erwähnungen in der Kategorie „Sonstiges“ waren der Wunsch nach Yoga-, Fahrrad- und Wanderangeboten im Freien sowie einer Ausweitung von Boulebahnen (z. B. Herzogen Platz, Uelzener Innenstadt) und Outdoor-Fitnessparks/-geräte für Erwachsene (insbesondere in Bad Bodenteich gewünscht). Ein kleiner Teil der Befragten wünschte sich zusätzlich Zumba und Tanzen für Frauen sowie Tennis-, Tischtennis- und Golfangebote. Einige der Befragten empfanden das bestehende Angebot für ausreichend.

Angesichts des Alters und des Geschlechts ließen sich leichte Abweichungen zwischen den gewünschten und genutzten Bewegungsangeboten der Senior*innen erkennen. Sowohl die Senior*innen im Alter von 65 bis 79 Jahren als auch die über 80-Jährigen wünschten sich vermehrt speziellen Seniorensport, Gymnastik- und Bewegungsangebote im Freien (Spaziergehen, Walking). Laut der Erhebung näherten sich die Wünsche der Männer und Frauen mit zunehmenden Alter an. Tabelle 6 zeigt die drei häufigsten Wünsche (geschlechterspezifisch) der Senior*innen:

Tabelle 6: Gewünschte Bewegungsangebote der Senior*innen (geschlechterspezifisch), eigene Darstellung

Frauen	<ul style="list-style-type: none"> • Spezieller Seniorensport (n = 71) • Gymnastik (n = 54) • Schwimmen (n = 45)
Männer	<ul style="list-style-type: none"> • Spezieller Seniorensport (n = 29) • Spazierengehen/(Nordic-)Walking (n = 20) • Fitness-Studio/Schwimmen (n = 19)

Als weitere Wünsche („Sonstiges“) äußerten die Männer Fitnessgeräte im Freien, Boule- und Golfangebote, während Frauen sich vermehrt Tanz und Yoga wünschten. Mit Blick auf die (Samt-)Gemeinden wünschten sich insbesondere ältere Menschen aus Bad Bevensen, Tennis- und Ballspielangebote. Senior*innen der Hansestadt Uelzen und der Gemeinde Aue wünschten sich Schwimm- und Gymnastikangebote, zielgruppenspezifische sowie Angebote in Fitnessstudios. Tanzen, Spazier- und Walkingangebote wurden sich von den Personen aus Uelzen und Bad Bevensen gewünscht. Als weitere Wünsche („Sonstiges“) äußerten die Uelzener „mehr Boule-Bahnen“ sowie Wanderangebote. Während sich bevensener Senior*innen vermehrt Wander- und Yogaangebote wünschten, wünschten sich Personen aus der (Samt-)Gemeinde Aue, Fitnessgeräte im Freien und ältere Menschen aus Bienenbüttel Zumba- und Yogaangebote.

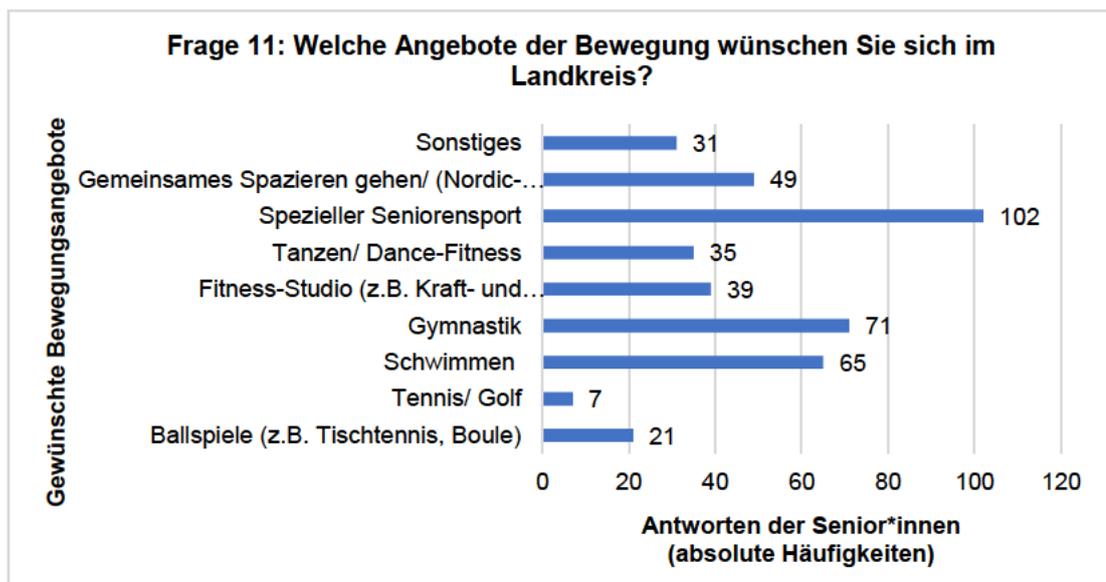


Abbildung 13: Gewünschte Bewegungsangebote der Senior*innen, eigene Darstellung

Der Großteil der Befragten (63,3 %) gab an, dass eine Einheit bis zu 60 Minuten andauern dürfe. 14,5 % der befragten Senior*innen wählten die Antwortoption „über 60 Minuten“ und 8,5 % „bis zu 30 Minuten“. Keine Antwort erfolgte von 13 % der Teilnehmenden. Bezüglich der Häufigkeit der Bewegungseinheiten gaben 42,7 % der Senior*innen zweimal die Woche „2x/Woche“ und 40,9 % „1x/Woche“ an. Die Option „1x/Monat“ wählten 1,8 % der Senior*innen und 1,5 % der Senior*innen wählten „2x/Monat“. 12,4 % der Befragten beantworteten die Frage nicht.

Auf die Frage, wie die befragten Senior*innen über Bewegungsangebote informiert werden wollen, antwortete die Mehrheit (n = 194) über die Tageszeitung. Mittels Prospekt/Broschüre wollten 142 Senior*innen und über das Internet bzw. eine Homepage 63 Senior*innen informiert werden. 45 Personen wünschten sich die Verbreitung von Information mittels Veranstaltungen, 31 Personen durch Messenger Dienste und 10 Personen über Soziale Medien (z. B. Facebook). Darüber hinaus erwähnten einige Senior*innen als weitere Informationswege direkte Anrufe, Freunden*innen und Bekannte sowie Briefkastenflyer (z. B. von Vereinen).

4.3 Beschreibung der Ergebnisse in Zusammenhang mit dem Aktivitätslevel

Anhand der SPSS-Ausgabe (siehe Tabelle 7) wird ersichtlich, dass sowohl in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen (n = 76) als auch in der Gruppe der 80-Jährigen und älter (n = 27) die HEPA aktiven Senior*innen am häufigsten in der Stichprobe (n = 177) vertreten waren. Angesichts des Alters waren bei den ausreichend Aktiven in der Altersgruppe der 65- bis 70-Jährigen (n = 38) mehr Personen als bei den über 80-Jährigen (n = 17) zu verzeichnen. Mit einem geringeren Anteil waren die Inaktiven in beiden Altersgruppen vertreten, auch war der Abstand zwischen den Altersgruppen geringer (n = 9 vs. n = 10). Sowohl die 65- bis 79-Jährigen insgesamt (n = 123) als auch die 65- bis 79-jährigen HEPA Aktiven (n = 76) machten einen höheren Anteil an der Stichprobe aus.

Tabelle 7: Kreuztabelle der Variablen Aktivitätslevel und Altersgruppen, eigene Darstellung (SPSS-Output)

		Altersgruppen		Gesamt
		65-79	80 und älter	
Aktivitätslevel	inaktiv	9	10	19
	ausreichend aktiv	38	17	55
	HEPA aktiv	76	27	103
	Gesamt	123	54	177

Die Kreuztabelle 8 zeigt, dass die Frauen im Geschlechtervergleich in allen Aktivitätsklassen stärker vertreten waren als die Männer. Es ist zu bedenken, dass die Frauen generell einen höheren Anteil an der Gesamtstichprobe ausmachen.

Tabelle 8: Kreuztabelle der Variablen Aktivitätslevel und Altersgruppen, eigene Darstellung (SPSS-Output)

		Geschlecht		Gesamt
		Männlich	Weiblich	
Aktivitätslevel	inaktiv	5	14	19
	ausreichend aktiv	16	39	55
	HEPA aktiv	29	73	102
	Gesamt	50	126	176

Abbildung 14 zeigt die Aktivitätsklasse der Teilnehmenden für die Hansestadt Uelzen und die einzelnen Ortschaften. Insbesondere Befragte der Hansestadt Uelzen (n = 35), der Samtgemeinde Aue (n = 25) und der Samtgemeinde Bad Bevensen (n = 21) sind gesundheitsförderlich aktiv. Ähnliche Ergebnisse lassen sich bei der Kategorie „ausreichend aktiv“ beobachten. In der Stichprobe waren die (Samt-)Gemeinden Bienenbüttel (n = 6), Rosche (n = 15) und Suderburg (n = 15) weniger aktiv.

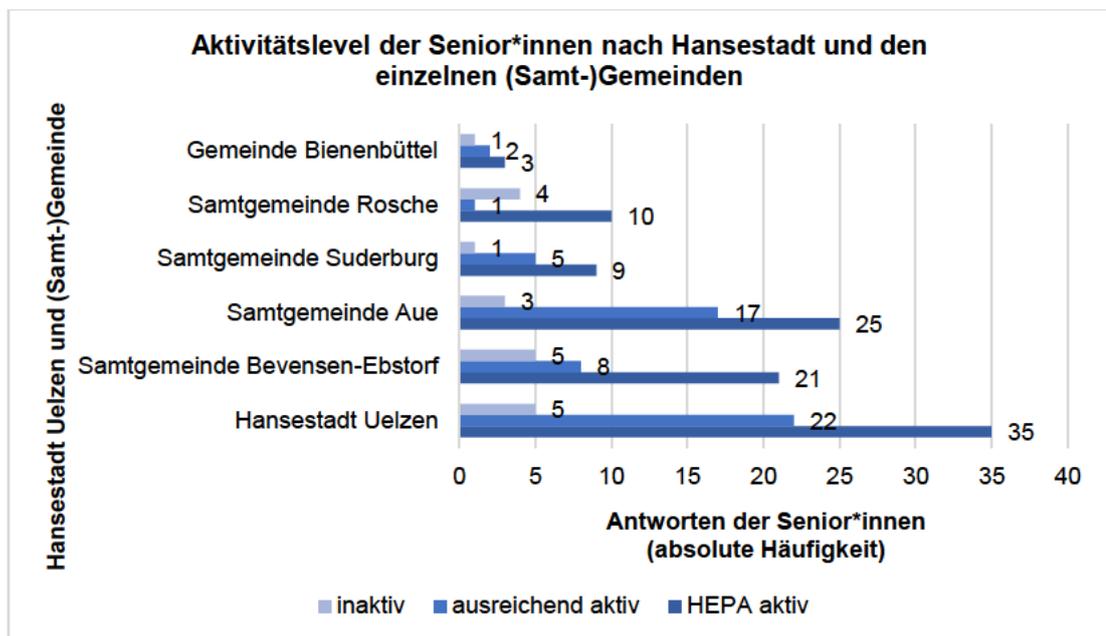


Abbildung 14: Verteilung der Aktivitätsklassen nach der Hansestadt Uelzen und den (Samt-)Gemeinden, eigene Darstellung

Die Tabelle 9 zeigt, ob Bewegungsangebote genutzt werden und stellt dies in Zusammenhang mit den Aktivitätsklassen. Die HEPA Aktiven nahmen vermehrt Angebote der Bewegungsförderung in Anspruch (n = 87). Einige der befragten Senior*innen, die der Aktivitätsklasse „ausreichend aktiv“ zugewiesen wurden,

nutzten Bewegungsangebote (n = 38) und 17 Personen derselben Aktivitätsklasse nahmen keine in Anspruch. Die inaktiven älteren Menschen nutzen wenige bewegungsbezogene Angebote (n = 6), auch überwiegt in dieser Aktivitätsklasse der Anteil, welcher keine Bewegungsangebote nutzt (n = 13).

Tabelle 9: Kreuztabelle der Variablen Aktivitätslevel und Nutzung von Bewegungsangeboten, eigene Darstellung (SPSS-Output)

		Nutzung von Bewegungsangeboten		Gesamt
		Ja	Nein	
Aktivitätslevel	inaktiv	6	13	19
	ausreichend aktiv	38	17	55
	HEPA aktiv	87	14	101
	Gesamt	131	44	175

Abbildung 15 veranschaulicht die genutzten Angebote der Bewegungsförderung nach dem ermittelten Aktivitätslevel der Befragten. Besonders aktive ältere Menschen haben vermehrt Gymnastik- und spezifische Fitnessangebote für Senior*innen genutzt. Bei den sonstigen Angaben wurden von den HEPA aktiven Senior*innen vermehrt der Rehasport und präventive Angebote (z. B. Herz- und Lungensport, Radfahren und Wandern) benannt. Weniger genutzt wurden von den besonders Aktiven Bewegungsangebote wie Tennis oder Ballspiele (z. B. Boule). Die ausreichend Aktiven nutzten ebenfalls vermehrt Gymnastik- und Seniorensport sowie naturbezogene Bewegungsangebote wie Spaziergänge und (Nordic-)Walking. Ballspiele, Tennis- und Tanzangebote wurden weniger von dieser Zielgruppe in Anspruch genommen. Einige der inaktiven Senior*innen nutzten Angebote der Gymnastik. Die Teilnahme an den restlichen Bewegungsangeboten war zurückhalten. Gar nicht genutzt von den inaktiven Senior*innen wurden Tanz- bzw. Dance-Fitness, Ballspiel- und Tennisangebote.

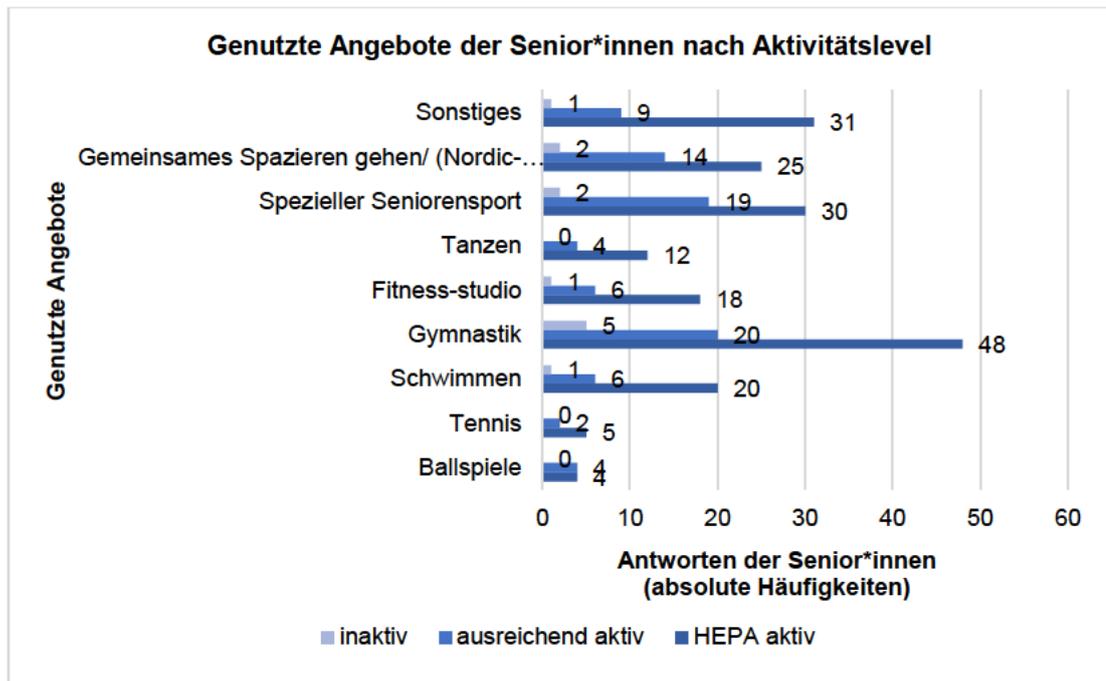


Abbildung 15: Genutzte Bewegungsangebote der Senior*innen nach Aktivitätslevel, eigene Darstellung

Abbildung 16 zeigt die Wünsche der Senior*innen in Zusammenhang mit dem ermittelten Aktivitätslevel. Es lässt sich erkennen, dass Personen, die sich bereits gesundheitsförderlich bewegen, sich häufiger Bewegungsangebote wünschten. Dazu gehörten Angebote mit Schwimmmöglichkeit, spezielle bewegungsbezogene Senior*innen- und Gymnastikangebote sowie die Chance sich im Fitnessstudio gesundheitsförderlich zu betätigen. Weniger vertreten waren unter den Aktiven Wünsche bzgl. konkreter Tennis- und Ballspielangebote. Als sonstige Wünsche wurden von den aktiveren Senior*innen häufiger Wandern und Yoga (auch in der Natur) benannt. Die älteren Personen, welche die Mindestempfehlung der WHO erfüllen, wünschten sich wie die Aktiven, Schwimmangebote, zielgruppenspezifische Bewegungs- und Gymnastikprogramme sowie Bewegungsangebote in der Natur (Spaziergehen, Walking). Senior*innen dieser Aktivitätsklasse gaben bei der Option „Sonstiges“ an, Fitnessgeräte im Freien (z. B. Fitnessparks) zu vermissen. Die inaktiven Personen wünschten sich keine bis wenig Bewegungsangebote. Häufiger vertreten war der Wunsch nach Schwimmangeboten (n = 7) gefolgt von zielgruppenspezifischen Bewegungsangeboten (n = 5). Gar nicht gewünscht wurden sich Tanz, Tennis- und Ballspielangebote von den inaktiven Senior*innen.

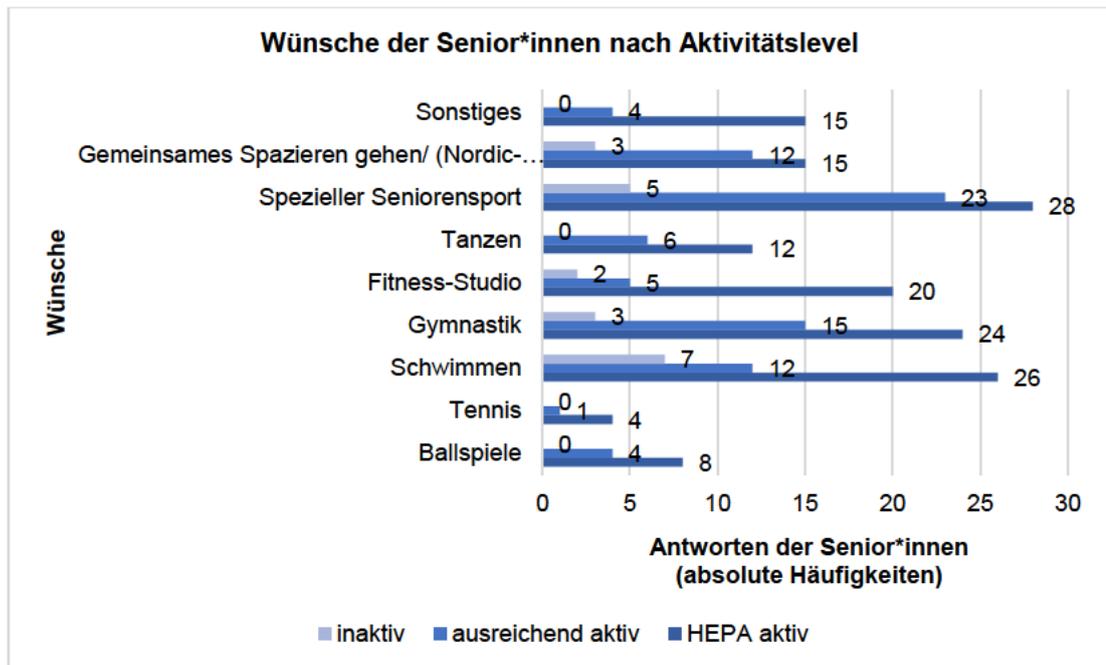


Abbildung 16: Wünsche der Senior*innen nach Aktivitätslevel, eigene Darstellung

4.4 Bivariate Datenanalyse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der in Kapitel 2.6 aufgestellten Hypothesen aufgezeigt:

4.4.1 Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und dem Alter

Die durchgeführten Zusammenhangsberechnungen zwischen der körperlichen Aktivität und dem Alter beruhen auf dem Chi²-Test, da ein passendes Datenniveau vorliegt und jede Zelle der Kreuztabelle mindestens eine erwartete Häufigkeit von 5 aufweist (siehe Tabelle 10). Der Chi²-Test bestätigt, dass kein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und dem Alter der befragten Senior*innen besteht (Chi²-Wert = 5,287, df = 2, p = 0,071). Demzufolge wird die Nullhypothese angenommen und die Alternativhypothese (H1) verworfen.

Tabelle 10: Chi²-Test für die körperlichen Aktivität und das Alter, eigene Darstellung (SPSS-Output)

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	5,287 ^a	2	,071
Anzahl der gültigen Fälle	177		

^a. 0 Zellen (0,0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,80.

4.4.2 Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und dem Geschlecht

Tabelle 11 zeigt den durchgeführten Chi²-Test für die Variablen Aktivitätslevel und Geschlecht. Der Chi²-Wert nach Pearson liegt bei 0,054 mit zwei Freiheitsgraden (df)

und einer zweiseitigen Signifikanz von 0,974. Da der P-Wert über 0,05 liegt, wird die Nullhypothese angenommen und die Alternativhypothese (H2) verworfen. Das bedeutet, dass in der Stichprobe kein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und dem Geschlecht vorliegt.

Tabelle 11: Chi²-Test für die körperlichen Aktivität und das Geschlecht, eigene Darstellung (SPSS-Output)

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	,054 ^a	2	,974
Anzahl der gültigen Fälle	176		

^a. 0 Zellen (0,0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 5,40.

4.4.3 Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und dem Wohnort

Der Chi²-Test nach Pearson ergab einen Chi²-Wert von 1,281 mit 2 Freiheitsgraden und einer Signifikanz von 0,527 (siehe Tabelle 12). Es liegt kein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und dem Wohnort (Gemeinde 2.0) vor, da es sich um ein nicht signifikantes Ergebnis handelt. Die Alternativhypothese (H3) konnte somit nicht bestätigt werden. Infolgedessen wird die Nullhypothese angenommen.

Tabelle 12: Chi²-Test für die körperlichen Aktivität und die Gemeinde, eigene Darstellung (SPSS-Output)

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	1,281 ^a	2	,527
Anzahl der gültigen Fälle	177		

^a. 0 Zellen (0,0 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,66.

4.4.4 Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und der Nutzung von Bewegungsangeboten

Da die Kriterien für die Durchführung des Chi²-Test nicht erfüllt sind, wurde als Zusammenhangstest für die Variablen körperliche Aktivität und die Nutzung von Bewegungsangeboten der exakte Test nach Fisher-Freeman-Halton gewählt. Der Test ergab eine exakte zweiseitige Signifikanz von <0,001 (siehe Tabelle 13). Demzufolge besteht ein Zusammenhang in der Nutzung von Bewegungsangeboten und der körperlichen Aktivität der älteren Menschen. Daher wird die Nullhypothese abgelehnt und die Alternativhypothese (H4) angenommen.

Tabelle 13: Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton für die körperlichen Aktivität und die Nutzung von Angeboten, eigene Darstellung (SPSS-Output)

	Wert	Exakte Signifikanz (zweiseitig)
Exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton	24,213	<,001
Anzahl der gültigen Fälle	175	

^a. 1 Zellen (16,7 %) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,78.

4.4.5 Zusammenhang der körperlichen Aktivität der Senior*innen und der Art der genutzten Bewegungsangebote

Tabelle 14 veranschaulicht die Ergebnisse der Zusammenhangstests für den Vergleich der körperlichen Aktivität der Senior*innen mit den jeweils genutzten Bewegungsangeboten. Ausschließlich die beiden Variablen „Gymnastik“ und „Senioren sport“ erfüllten alle Kriterien für die Nutzung des Chi²-Tests. Der Zusammenhang für die restlichen Variablen wurde mit dem exakten Fisher-Freeman-Halton-Test geprüft. Die Nullhypothese wird beibehalten und die Alternativhypothese (H5) verworfen, da die Signifikanzen zeigen, dass es keinen Zusammenhang zwischen den genutzten Bewegungsangeboten und dem Aktivitätslevel gibt.

Tabelle 14: Ergebnisse der Zusammenhangstests für die körperliche Aktivität und die genutzten Bewegungsangebote, eigene Darstellung (SPSS-Output)

Genutztes Bewegungsangebot	Zusammenhangstest	Ergebnis
Ballspiele	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,553
Tennis/Golf	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 1,000
Schwimmen	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,189
Gymnastik	Chi ² -Test	Chi ² -Wert = 3,508 df = 2 Asymptotische Signifikanz (zweiseitig) = 0,173
Fitness-Studio	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,331
Tanzen/Dance-Fitness	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,288
Spezieller Seniorensport	Chi ² -Test	Chi ² -Wert = 3,984 df = 2 Asymptotische Signifikanz (zweiseitig) = 0,136
Gemeinsames Spaziergehen/ (Nordic-)Walking	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,424

4.4.6 Zusammenhang körperlichen Aktivität der Senior*innen und der Art der gewünschten Bewegungsangebote

Für alle Variablen, abgesehen von „Senioren-sport“, wurde der Zusammenhang mithilfe des exakten Tests nach Fisher-Freeman-Halton ermittelt. Für den Seniorensport wurde der Chi²-Test nach Pearson genutzt. Auch hier zeigt sich, dass es keinen Zusammenhang zwischen den gewünschten Bewegungsangeboten und dem Aktivitätslevel der Senior*innen gibt (siehe Tabelle 15). Die Nullhypothese wird daher angenommen und die Alternativhypothese (H₆) verworfen.

Tabelle 15: Ergebnisse der Zusammenhangstests für die körperlichen Aktivität und den gewünschten Bewegungsangeboten, eigene Darstellung (SPSS-Output)

Gewünschtes Bewegungsangebot	Zusammenhangstest	Ergebnis
Ballspiele	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,619
Tennis/Golf	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,808
Schwimmen	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,417
Gymnastik	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,614
Fitness-Studio	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,210
Tanzen/Dance-Fitness	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Signifikanz (zweiseitig) = 0,353
Spezieller Seniorensport	Chi ² -Test	Chi ² -Wert = 3,829 df = 2 Asymptotische Signifikanz (zweiseitig) = 0,147
Gemeinsames Spaziergehen/ (Nordic-)Walking	exakter Fisher-Freeman-Halton-Test	Exakte Sig (zweiseitig) = 0,531

5. Diskussion der Methode und Ergebnisse

Dieses Kapitel beschreibt die Limitationen und diskutiert sowohl die Methodik als auch die Ergebnisse.

5.1 Methode

Die Befragung wurde als Erhebungsmethode ausgewählt. Der Fragebogen wurde der Zielgruppe sowohl schriftlich als auch digital zur Verfügung gestellt. Rückfragen der Teilnehmenden wurden durch die Angabe der E-Mail-Adresse und Telefonnummer

ermöglicht. Jedoch waren die Ansprechpartnerinnen nur während der Arbeitszeiten (Mo, Di, Do 8:00-16:00 und Mi, Fr 08:00-12:00 Uhr) erreichbar. Demnach konnten akute Fragen nur im angegebenen Zeitraum beantwortet werden. Es besteht die Möglichkeit, dass die Umfrage aufgrund der Erreichbarkeit der Ansprechpartnerinnen und des hohen Aufwands (Anruf, E-Mail schreiben) von den Teilnehmenden nicht beendet wurde. Außerdem besteht hinsichtlich der gewählten Methode keine Kontrolle über die Umgebung bzw. die Situation, in der die Befragten den Fragebogen ausfüllen. Beispielsweise könnte es sein, dass die befragten Personen den Fragebogen gemeinsam ausfüllen und ihre Antworten somit gegenseitig beeinflussen oder mehrfach an der Umfrage teilnehmen. Des Weiteren ist es realistisch, dass Teilnehmende die Umfrage aufgrund der Menge an Fragen oder des Textumfangs sowie einer unklaren bzw. unverständlichen Fragestellung abgebrochen haben.

Aufgrund der gewählten Methode (digitale Befragung), konnten technische Probleme nicht ausgeschlossen werden. Es wurde ausschließlich ein schriftlicher Pre-Test vorgenommen. Der digitale Fragebogen wurde durch die Verfasserin der wissenschaftlichen Arbeit und einmalig durch die Koordinatorinnen der GHR auf Rechtschreibung etc. überprüft.

In der Erstellung des digitalen Fragebogens sind zwei Fehler unterlaufen. Fälschlicherweise wurden die Altersgruppe „65-70“ statt „65-79“ gebildet und die Antworten bei den IPAQ-Variablen waren auf „Null-Zeichenzahlen“ begrenzt. Aufgrund des ersten Fehlers besteht die Möglichkeit, dass sich Personen, die zwischen 71 und 79 Jahren sind, keiner Altersgruppe zugeordnet haben und somit die Fragebögen der betroffenen Personen als ungültig deklariert wurden. Dies würde den hohen Anteil an ungültigen digitalen Fragebögen ($n = 53$, $-9 = 17$, $32,08\%$) erklären. Der zweite Fehler hat wiederum dazu geführt, dass keine offene Eingabe bei den Variablen „*Minuten pro Tag*“ und „*Stunden pro Tag*“ möglich war, d. h. für diese Personen konnte kein Aktivitätslevel ermittelt werden, obwohl diese evtl. Angaben gemacht hätten. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass betroffene Personen als Ausweichantwort „*keine anstrengende Aktivität*“, „*keine moderate Aktivität*“ oder „*keine entsprechenden Wege zu Fuß*“ angewählt haben und deshalb infolge der Bewertungskriterien als „inaktiv“ eingestuft wurden. Der erste Fehler wurde innerhalb der ersten Tage korrigiert. Der zweite Fehler konnte innerhalb der ersten Wochen durch einen Anrufer aufgedeckt und die Begrenzung technisch behoben werden. In Anbetracht der starken Teilnahme zu Beginn und der geringen Teilnahme zum Ende der Befragung, hat das Beheben der Fehler keine große Wirkung mehr erzielen können.

In Hinblick auf den standardisierten Fragebogen für die körperliche Aktivität (IPAQ-SF) lassen sich ebenfalls Limitationen feststellen. Da die Angaben der Befragten auf Erinnerungen und eigenen Einschätzungen zur körperlichen Aktivität in den vergangenen sieben Tagen beruhen, könnte eine Erinnerungsverzerrung (Recall Bias) vorliegen. Daher ist es möglich, dass die eigene körperliche Aktivität von den Senior*innen über- oder unterschätzt wurde. Ferner besteht die Möglichkeit, dass die befragten älteren Menschen ihre Antworten bewusst ändern, um etwa einen besseren Eindruck zu hinterlassen (soziale Erwünschtheit) oder der Zielvorgabe zu entsprechen. Es ist zu empfehlen, dass künftig neben subjektiven ebenso objektive Erhebungen erfolgen, um diesen Effekt zu unterbinden. Zudem besteht das Risiko, dass ein Selektionsbias vorliegt, da nur ausgewählte Institutionen kontaktiert und somit nur bestimmte Personengruppen erreicht wurde. Senior*innen, welche die Institutionen nicht aufgesucht haben und auch keine Option hatten an der digitalen Umfrage (z. B. kein passendes Endgerät) teilzunehmen, hatten keinen Zugang zur Befragung. In Anbetracht der systematischen Verzerrungen und der wenigen Teilnehmer*innen in beiden Pre-Tests ist die Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung infrage zu stellen.

Als weitere Limitation ist zu erwähnen, dass der IPAQ-SF lediglich bei Jugendlichen und Erwachsenen im Alter von 15 bis 69 Jahren erprobt wurde. Obwohl das IPAQ Research Committee sich gegen einen Einsatz in älteren oder jüngeren Altersgruppen ausspricht (2004, S. 1) wurde der Fragebogen gewählt. Einerseits wurde der Fragebogen aufgrund seiner Verfügbarkeit und andererseits wegen seiner geringen Anzahl von Items gewählt. Für die Zielgruppe sind Fragebögen mit wenigen Fragen ideal, da die Senior*innen weniger Zeit und Energie erfordern, um sie auszufüllen. Möglicherweise ist der Unterschied zwischen der empfohlenen und gewählten Altersgruppe nicht signifikant genug, um die Ergebnisse zu beeinflussen. Jedoch wäre rückblickend ein anderes Messinstrument (und ggf. eine andere Erhebungsmethode) für die gewählte Zielgruppe geeigneter gewesen. Beispielweise der PRISCUS¹³-PAQ. Dabei handelt es sich um einen Fragebogen zur Erfassung körperlicher Aktivität von Personen im Alter von 70 Jahren und älter. Die Befragung wurde mithilfe von Telefoninterviews durchgeführt (Trampisch et al., 2010, S. 403). Telefoninterviews sind für Teilnehmende, welche Schwierigkeiten beim Lesen oder Schreiben haben, vorteilhaft. Darüber hinaus können Missverständnisse vermieden werden, da die Senior*innen gezielt Nachfragen können.

¹³ PRISCUS steht für "Prerequisites for a new health care model for elderly people with multimorbidity" (Trampisch et al., 2010, S. 402).

Etwa die Hälfte der befragten Senior*innen (n = 153) haben die Fragen des IPAQ-SF nicht vollständig, unkorrekt oder gar nicht beantwortet. Möglicherweise waren die Begrifflichkeiten (z. B. anstrengende und moderate körperliche Aktivität) unklar, wodurch Schwierigkeiten in der Bearbeitung auftraten. Verständnisfehler hätten umgangen werden können, wenn eine größere Stichprobe für den Pretest genutzt worden wäre. Bei den *Fragen 8 und 9* besteht die Möglichkeit, dass einige der befragten älteren Menschen private Bewegungsaktivitäten und nicht explizite Bewegungsangebote von Institutionen gemeint haben. Demnach können private Bewegungsaktivitäten nicht von gemeinschaftlich genutzten bewegungsbezogenen Angeboten von Einrichtungen unterschieden werden.

Die gewählten statistischen Analysen beruhen auf den entsprechenden Datenniveaus. Die aufgestellten Alternativhypothesen (siehe Kapitel 2.6.) wurden Anhand von Zusammenhangstests (Chi²-Test, exakter Test nach Fisher-Freeman-Halton) überprüft. Alternativ wäre es möglich andere statistische Methoden (z. B. Biseriale Rangkorrelation) zu nutzen sowie Variablen, welche nicht im Rahmen der Bachelorarbeit untersucht wurden, auf Zusammenhänge zu überprüfen.

5.2 Ergebnisse

Anhand der Daten lässt sich erkennen, dass das weibliche Geschlecht sowohl in der Altersgruppe der über 65-Jährigen des Landkreises Uelzen (siehe Abbildung 3, Abbildung 4), als auch in der Stichprobe mit einem größeren Anteil vertreten war. Jedoch ist der Unterschied in der Anzahl der teilnehmenden Männer und Frauen in der untersuchten Stichprobe deutlich größer. Möglicherweise könnte dies daran liegen, dass Frauen eher an Gesundheitsthemen interessiert sind als Männer (Stiftung Gesundheitswissen, 2020, S. 18) und daher gewillt sind, über ihre Gesundheit zu sprechen und an Umfragen teilzunehmen.

Insgesamt konnten aus den größeren Regionen des Landkreises Uelzen (Hansestadt Uelzen, Aue, Bevensen-Ebstorf und Suderburg) mehr Teilnehmende für die Befragung rekrutiert werden. Erwartend weniger Teilnehmende wurden aus den kleineren (Samt-)Gemeinden wie Rosche und Bienenbüttel gewonnen. Ergänzend ist zu erwähnen, dass in größeren (Samt-)Gemeinden mehr Institutionen (z. B. Vereine, Apotheken) die Befragung, durch die Ausgabe der Fragebögen und Flyern, unterstützt haben.

Erfreulich ist, dass etwa drei Viertel der befragten Senior*innen außerhalb der Wohnung zu Fuß unterwegs sind. Davon benötigen 78,5 % keine Hilfsmittel oder anderweitige Hilfen. Anhand dieser Ergebnisse ließ sich vermuten, dass die Teilnehmenden „fit“ sind. Die meisten der befragten Senior*innen besitzen ein

eigenes Fahrzeug und nutzen dies auch zur Fortbewegung. Dies spricht für ein hohes Maß an Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Mobilität in der Zielgruppe. Allerdings könnte dies ein Indiz dafür sein, dass der öffentliche Personennahverkehr im Landkreis Uelzen ausbaufähig ist.

In Hinblick auf die Forschungsfrage konnte bei 177 von 330 Senior*innen ermittelt werden, wie aktiv diese im Alltag sind. Der Großteil der befragten älteren Menschen (58 %) ist bereits gesundheitsförderlich aktiv und bewegt sich über die nationale Empfehlung hinaus. Den Mindestanforderungen entsprechend bewegen sich 31 % und als inaktiv gelten 11 % der befragten Senior*innen.

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), welche die Relevanz von Bewegung für Senior*innen untersucht, stützt diese Ergebnisse. Insbesondere ältere Menschen im Alter von 60 bis 79 Jahren achten stark (ca. 44,7 %) auf ausreichend körperliche Bewegung im Alltag. Etwa 40,1 % der Senior*innen achten teilweise und ein geringer Anteil der Befragten (15,9 %) achtet wenig bis gar nicht auf regelmäßige körperliche Aktivität (Krug et al., 2013, S. 766).

Es lässt sich festhalten, dass die Mehrheit der Befragten des Landkreises Uelzen (89 %) aktiv sind und sich gesundheitsförderlich verhalten und somit bspw. das eigene Mortalitäts- bzw. Erkrankungsrisiko minimieren (Siehe Kapitel 2.4.3). Ebenso von Bedeutung ist es den körperlich inaktiven Senior*innen Bewegungsanreize zu vermitteln und ihnen Bewegung zu ermöglichen. In weiteren Untersuchungen könnte erhoben werden, weshalb die Inaktiven die Bewegungsangebote nicht nutzen. Aus den dabei ermittelten Gründen könnten seniorenspezifische Maßnahmen konzipiert werden (z. B. durch Erfahrungsaustausch die Neugierde und intrinsische Motivation wecken).

Daneben wurde erhoben, ob und welche bewegungsbezogenen Angebote von den Senior*innen genutzt werden. Anhand der Ergebnisse konnte ermittelt werden, dass die Mehrheit der Befragten (73 %) Bewegungsangebote von Vereinen oder anderen Einrichtungen in Anspruch nimmt. Besonders die HEPA Aktiven gaben an, bereits Angebote der Bewegungsförderung zu nutzen. Die ausreichend Aktiven bzw. Inaktiven nutzen weniger Bewegungsangebote. Statistische Berechnungen bestätigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Aktivitätslevel und der Nutzung von Bewegungsangeboten ($p = <,001$). Grund hierfür könnte sein, dass aktive Menschen mehr über Bewegung und Gesundheit wissen (höhere bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz) sich daher bewusster mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen und mehr Wert auf körperliche Aktivität legen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass aktive ältere Menschen oft über ein soziales Netzwerk verfügen, welches sich auf Bewegung und Fitness konzentriert und daher

eher dazu neigen an Bewegungsangeboten teilzunehmen. Es ist jedoch auch möglich, dass Personen, die sich nicht viel bewegen (z. B. aufgrund von körperlichen Einschränkungen) über eine hohe bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz verfügen, wenn sie in der Lage sind, geeignete Bewegungsprogramme zu finden und zu verstehen, wie Bewegung ihre Gesundheit beeinflusst. Diese Vermutungen müssten jedoch durch weitere Erhebungen (z. B. qualitativ) in der Zielgruppe untersucht werden.

Für die gesamte Stichprobe konnte festgestellt werden, dass Bewegungsangebote, welche gymnastische Elemente aufweisen, spezifisch auf Senior*innen zugeschnitten sind und in der Natur erfolgen (z. B. Nordic Walking, Spaziergehen in Gesellschaft), bei den Befragungsteilnehmenden am beliebtesten sind. Leichte Abweichungen konnten sowohl für die Geschlechter, (Samt-)Gemeinden und das Alter beobachtet werden. Bei Betrachtung der Aktivitätsklassen fällt auf, dass die älteren Menschen aller Aktivitätsklassen vermehrt gymnastische- und seniorenspezifische Bewegungsangebote nutzen. Jedoch konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Art der genutzten Bewegungsangebote und dem Aktivitätslevel festgestellt werden.

Aus den Antworten der Befragung wurde ersichtlich, dass einige der recherchierten Bewegungsangebote (siehe Anlage 6) von den Senior*innen genutzt werden. Dazu zählen überwiegend Seniorenkurse wie „*trittsicher durchs Leben*“, „*3000 Schritte für die Gesundheit*“ sowie der Herz- und Lungensport. Jedoch konnte aus den Rückmeldungen geschlossen werden, dass einige bewegungsbezogene Angebote noch unbekannt sind. Zudem stellt sich die Frage, ob die Senior*innen gewillt sind für die Nutzung der Angebote einen Mitgliedsbeitrag zu zahlen oder für eine Kostenübernahme in Kontakt mit den Krankenkassen zu treten.

Schmerzen oder Beschwerden sowie mangelndes Interesse waren die häufigsten Ursachen, warum Bewegungsangebote nicht genutzt wurden. Auch die entstehenden Kosten und die Erreichbarkeit des Angebotes stellen für die Senior*innen Hindernisse dar. Die älteren Menschen wissen nicht, wie sie zum jeweiligen Bewegungsangebot kommen sollen. Ob dies an einer eingeschränkten Mobilität liegt (z. B. keine Transportmöglichkeit, gesundheitliche Probleme), müsste weitergehend untersucht werden.

Mit Blick auf die Forschungsfrage konnte erhoben werden, was sich die älteren Menschen des Landkreises Uelzen für Bewegungsangebote wünschen. Es wird ersichtlich, dass sich die Mehrheit aller Befragten speziellen Seniorensport, Gymnastik- sowie Bewegungsangebote im Wasser wünschen. In Anbetracht des Geschlechts und der Altersgruppen wünschen sich die meisten Befragten

spezifischen Seniorensport. Dasselbe Ergebnis konnte in Bezug auf die Aktivitätsklassen, HEPA und ausreichend aktiv, beobachtet werden. An zweiter Stelle war der Wunsch nach Schwimmangeboten (HEPA aktive) und Gymnastikangeboten (ausreichend aktiv). Die inaktiven Personen wünschen sich Schwimmangebote sowie speziellen Seniorensport. Leichte Abweichungen der Wünsche konnten für die (Samt-)Gemeinden beobachtet werden. Zwischen den oben genannten Wünschen der Senior*innen und dem Aktivitätslevel konnte kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Zielgruppenspezifische Bewegungs- und Gymnastikangebote sind möglicherweise so beliebt, weil sie speziell auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten älterer Menschen abgestimmt sind. Insbesondere Bewegungsangebote im Wasser (z. B. Schwimmen, Aqua-Gymnastik) sind gelenkschonend, erhöhen die Beweglichkeit, Ausdauer und Kraft und sind besonders geeignet für Personen, welche gesundheitliche Beschwerden (z. B. Arthritis) aufweisen (Röwekamp & Dargatz, 2021, S. 121). Der Wunsch von den Senior*innen nach Wassersportarten könnte mit dem Umstand zusammenhängen, dass einige der Personen Bewegungsangebote aufgrund von Schmerzen nicht nutzen. Der genaue Grund für die Vorliebe der gewählten Angebote könnte in weiteren Untersuchungen erhoben werden.

Mit einer Mehrheit von 63,3 % gaben die Teilnehmenden an, dass eine Einheit bis zu 60 Minuten andauern darf. Laut der Befragten darf die Einheit ein- bis zweimal pro Woche stattfinden. Der gewünschte Bewegungsumfang entspricht somit der nationalen Empfehlung für Bewegung, denn älteren Erwachsenen wird empfohlen sich mindestens 150 Minuten pro Woche moderat oder 75 Minuten pro Woche intensiv körperlich zu betätigen. Eine Kombination beider Intensitäten ist ebenfalls möglich und könnte im Rahmen eines Bewegungskonzeptes umgesetzt werden. Weitere Untersuchungen könnten erfolgen, indem die Häufigkeit und die Länge pro Einheit in Korrelation mit dem Alter, Geschlecht, Aktivitätslevel und der Region gesetzt wird.

Weitere bivariate Analysen im Rahmen der Bachelorarbeit konnten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität der älteren Menschen und den folgenden Variablen nachweisen:

- Alter
- Geschlecht
- Wohnort

Zugrunde liegen könnte, dass der Stichprobenumfang zu klein bzw. die Daten nicht repräsentativ waren. Wichtig zu beachten ist, dass das Fehlen von signifikanten Ergebnissen nicht bedeutet, dass es keine Unterschiede gibt, sondern dass die

Unterschiede nicht groß genug sind, um statistisch signifikant zu sein. Es wird empfohlen, weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben und einem passenden Erhebungsinstrument durchzuführen.

6. Fazit und Handlungsempfehlungen.

Die ersten Kapitel der Bachelorarbeit zeigen, dass körperliche Aktivität ein wirksamer Ansatz zur Verbesserung der kognitiven, physischen und psychischen Funktionen bei älteren Menschen sein kann. Insbesondere in Anbetracht einer älter werdenden Gesellschaft ist der Erhalt der Mobilität und Selbstständigkeit von hoher Relevanz. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Senior*innen im Alter von 65 Jahren und älter ein hohes Maß an körperlicher Aktivität aufweisen und bereits bewegungsbezogene Angebote nutzen. Infolge bivariater Analysen konnte ein Zusammenhang in der Nutzung von Bewegungsangeboten und der körperlichen Aktivität der Senior*innen bestätigt werden. Demzufolge würde aktuell kein Handlungsbedarf darin bestehen, die körperliche Aktivität der HEPA Aktiven zu steigern.

Mithilfe der Befragung konnte die Frage, welche Bewegungsangebote genutzt werden, beantwortet werden. Bei Betrachtung der gesamten Stichprobe sind darunter Gymnastik- und Bewegungsprogramme für ältere Menschen sowie Bewegungsangebote in der Natur (Spazierengehen, Walking und Fitnessgeräte im Freien) am häufigsten vertreten. Möglicherweise nutzen Senior*innen gerne Gymnastikangebote, weil sie dazu beitragen können, die körperliche Fitness und Gesundheit im Alter zu erhalten. Dies geschieht, indem die Mobilität und Flexibilität verbessert und somit das Risiko von Stürzen und Verletzungen verringert wird. Naheliegend wäre zudem, dass das Knüpfen sozialer Kontakte und der Austausch mit Gleichgesinnten die Senior*innen zu einer Teilnahme an gymnastischen Angeboten motivieren. Bei der Überprüfung der Art der genutzten Angebote mit der vorliegenden körperlichen Aktivität der Senior*innen konnte festgestellt werden, dass kein signifikanter Zusammenhang besteht.

Unabhängig davon, dass etwa die Hälfte der befragten Senior*innen ein hohes Aktivitätslevel aufweisen, können anhand von niedrighwelligen Bewegungsprogrammen auch ausreichend Aktive dazu ermutigt werden weitere Gesundheitspotentiale durch eine Steigerung der Bewegungsaktivität über die Mindestanforderung hinaus freizusetzen. Auch für die inaktiven Senior*innen ist es nicht zu spät die eigene Gesundheit und Selbstbestimmung durch Änderung des Lebensstiles sowie durch die Inanspruchnahme von Beratungs- und Bewegungsangeboten zu fördern und zu erhalten. Die Kommunen können

entsprechende Möglichkeiten schaffen, um Anreize für Bewegungsaktivitäten zu setzen.

Um eine Abstimmung des Bewegungsangebotes auf die individuellen Bedarfe, Ziele und Vorlieben zu ermöglichen, wurde erhoben, was sich die Senior*innen für bewegungsbezogene Angebote wünschen. Am häufigsten wurden spezielle Senior*innen- und Gymnastikangebote sowie wasserbezogener Sport (z. B. Schwimmen) benannt. Das Unterkapitel 4.2 veranschaulicht je nach Bedarf das passende Bewegungsangebot geschlechter-, alters- und gemeindespezifisch.

In Anbetracht der Personen, die die Mindestanforderung erfüllen, wurden sich vermehrt Schwimm-, Seniorenspezifischen- und Gymnastikangebote sowie Bewegungsangebote in der Natur gewünscht. Hinsichtlich der benannten Wünsche kann ein Angebot konzipiert werden, welches nach den Erkenntnissen der Befragung maximal bis zu 60 Minuten andauert und ein- bis zweimal die Woche erfolgt. Ebenso sollten die Gymnastik- und zielgruppenspezifischen Bewegungsangebote, die in Kapitel 2.4.2 benannte nationale Bewegungsempfehlung berücksichtigen. Dies kann erfolgen, indem neben der Erfüllung des Bewegungsumfangs beispielsweise zweimal die Woche muskelkräftigende Aktivitäten (z. B. Training mit elastischen Bändern, Wandliegestützen) sowie Balance- und Kraftübungen zum Erhalt der Mobilität und Selbstständigkeit in das Bewegungsprogramm integriert werden. Zu bedenken ist, dass nicht alle älteren Menschen die gleichen körperlichen Fähigkeiten aufweisen. Besonders bei sturzgefährdeten älteren Personen sollten gewisse Übungen im Rahmen des Bewegungsprogramms gesichert werden (BZgA, 2016, S. 33-34; Becker, Brenner & Blessing-Kapelke, 2015, S. 8-13). Es könnte sinnvoll sein, Kooperationen mit Schwimmbädern zu schließen, um die wasserbezogenen Bewegungsangebote (z. B. Aquafitness- oder Gymnastik) zu realisieren. Diese sollten dann eine gute Lage und Erreichbarkeit aufweisen. Die Umsetzung von Seniorensport- und Gymnastikangeboten sowie Bewegungsangeboten in der Natur können in Zusammenarbeit mit dem Kreissportbund Uelzen erfolgen. Insbesondere niedrigschwellige Bewegungsangebote mit persönlichen Kontakt zu den Teilnehmenden und Kursleitenden können vorteilhaft sein, denn dies hat oftmals eine Steigerung der körperlichen Aktivität zur Folge und verändert das Verhalten der Senior*innen zum Positiven. Daneben kann durch Abwechslung in der Art der körperlichen Aktivität die Motivation der Teilnehmenden erhalten oder gesteigert werden (Moore et al., 2016, S. 164-165). Das Bewegungsprogramm sollte wohnortnah sein und eine geringe Teilnehmendenzahl sowie Teilnehmende derselben Altersgruppe aufweisen. Dies kann sich positiv auf die Teilnahme auswirken und den Leistungsdruck reduzieren, da sich die Teilnehmenden wohler

fühlen (Hutton et al., 2009, S. 87). Senior*innen, welche aufgrund der Entfernung bzw. einer schlechten Anbindung an den Nahverkehr nicht an Bewegungsangeboten teilgenommen haben, können abgefangen werden, indem kostenlose Fahrdienste und gemeindenahe Bewegungsprogramme geschaffen werden. Dies gilt ebenso für die älteren Personen, welche nicht wissen wie sie zum Bewegungsangebot kommen sollen. Des Weiteren sollten für die Senior*innen, für die die Kosten von Bedeutung sind, kostenlose Bewegungsmöglichkeiten geboten werden. Es ist außerdem zu zeigen, dass einige Bewegungsangebote im Landkreis (siehe Anlage 6) kostenlos für die Senior*innen zugänglich sind. Da einige der Senior*innen dies ggf. nicht wissen und keine Bewegungsangebote kennen, müsste die Öffentlichkeitsarbeit entsprechend ausgebessert werden. Ferner könnte für Personen, welche unter Beschwerden leiden, geeignete individuelle Bewegungsangebote erfolgen. Senior*innen, welche beispielsweise kein Interesse an Bewegung und Bewegungsangeboten haben, könnten über die Vorteile von regelmäßiger körperlicher Aktivität aufgeklärt und dadurch motiviert werden, ihr Verhalten zu ändern. Die Bewegungsangebote sollten durch Werbemaßnahmen beworben werden, um den Bekanntheitsgrad zu steigern. Dies könnte insbesondere durch die von den Senior*innen gewünschten Methoden der Informationsvermittlung (Tageszeitung, Broschüre, Internet oder Informationsveranstaltungen) geschehen.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. (2009). Gemeindenahe Gesundheitsförderung für ältere Menschen - Die Wiederentdeckung des Quartiers als zentrale Handlungsebene. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 4, S. 149-157. Online publiziert: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/s11553-009-0185-x>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (2018). Gerontologie - Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Alter und altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie, S. 1-34. De Gruyter-Verlag. <https://doi.org/10.1515/9783110873085>
- Balzer, K., Bremer, M., Schramm, S., Lühmann, D., & Raspe, H. (2012). Sturzprophylaxe bei älteren Menschen in ihrer persönlichen Wohnumgebung. Köln: DIMDI. <https://doi.org/10.3205/hta000099L>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2021). Bewegungsförderung für Ältere - 'bewegt & aktiv' in Stuttgart. In: Gesund und aktiv älter werden – Projektdatenbank. Abgerufen am 10. Juni 2023 von <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/projektdatenbank/angebot/bewegungsfoerderung-fuer-aelttere-bewegt-aktiv-in-stuttgart/>
- Becker, C., Brenner, N., & Blessing-Kapelke, U. (2015). Gleichgewicht und Kraft, 1. Köln: BZgA. Abgerufen am 13. Mai 2023 von <https://shop.BZgA.de/gleichgewicht-und-kraft-einfuehrung-in-die-sturzpraevention-60582360/>
- Becker, S. (2017). Demografischer Wandel - eine mehrfache Herausforderung. In: Pflege im Wandel gestalten: Eine Führungsaufgabe, S. 18-21. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54166-1>
- Benesch, T. (2013). Verfahren zur Überprüfung von Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen. In: Schlüsselkonzepte zur Statistik: die wichtigsten Methoden, Verteilungen, Tests anschaulich erklärt, S. 201-229. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-8274-2772-4_8
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6. Köln: BZgA. Abgerufen am 13. Mai 2023 von <https://shop.BZgA.de/pdf/60606000.pdf>
- Billings, J., Křížová, E., & Strümpel, C. (2008). Key points of thematic findings and review of methods. In: Overview on Health Promotion for Older People. European Summary Report, S. 88-92. Vienna: Austrian Red Cross. Abgerufen am 17. Mai 2023 von https://www.kent.ac.uk/chss/docs/hpe_European_Report_draft_May9_2008_final_draft.pdf
- Bitzer, E. M., & Sørensen, K. (2018). Gesundheitskompetenz - Health Literacy. In: Das Gesundheitswesen, 80(08/09), S. 754-766. Georg Thieme Verlag KG. <https://doi.org/10.1055/a-0664-0395>
- Blättner, B., & Waller, H. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. 6., überarbeitete Auflage, S. 198-252. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Böhme, C., & Stender, K. P. (2020). Gesundheitsförderung und Gesunde – Soziale Stadt – Kommunalpolitische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i043-2.0>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2019). Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte – Älterwerden im sozialen Wandel. Zentrale Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 1996 bis 2017. Berlin: BMFSFJ. Abgerufen am 17. Mai 2023 von <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/135038/62670d8da500ebd1548deb1da31a01c0/frauen-und-maenner-in-der-zweiten-lebenshaelfte-data.pdf>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik - Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen (Teil I). Abgerufen am 17. Mai 2023 von <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94658/4a99f36664eba951dd911974f883b956/prm-21786-4-altenbericht-teil-i-data.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2023). Gesund bleiben - Prävention und Gesundheitsförderung. In: Online-Ratgeber Krankenversicherungen. Abgerufen am 20. Mai 2023 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenversicherung-praevention.html>
- Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). (o. D.). Gesundheit – ein Menschenrecht. Abgerufen am 20. Mai 2023 von <https://www.bmz.de/de/themen/menschenrecht-gesundheit>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2007). Seniorenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene - eine Bestandsaufnahme. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 33. Köln: BZgA. Abgerufen am 20. Mai 2023 von <https://shop.BZgA.de/band-33-seniorenbezogene-gesundheitsfoerderung-und-praevention-auf-ko-60633000/>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 03. Köln: BZgA. Abgerufen am 25. Mai 2023 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf
- Byberg L, Melhus H, Gedeberg R, Sundström J, Ahlbom A, Zethelius B, Berglund LG, Wolk A, Michaëlsson K. (2009). Total mortality after changes in leisure time physical activity in 50-year-old men: 35 year follow-up of population based cohort. In: British Medical Journal, (5), 338:b688. <https://doi.org/10.1136/bmj.b688>
- Caspersen, C. J., Powell, K.E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness - definitions and distinctions for health-related research. In: Public Health Reports, 100(2), S. 126-131. Abgerufen am 20. Mai 2023 von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>

- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults - Review and Commentary of a National Academies Report. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), S. 1233-1244. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
- Ernstmann, N., Sautermeister, J., & Halbach, S. (2019). Gesundheitskompetenz. In: Haring, R (Hrsg.). *Gesundheitswissenschaften*, S. 269-277. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2>
- Finger, J. D., Manz, K., Krug, S., & Mensink, G. B. (2017). Epidemiologie der körperlichen Aktivität und Inaktivität. In: Banzer, W. (Hrsg.). *Körperliche Aktivität und Gesundheit: Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin*, S. 3-13. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-50335-5>
- Fogelholm, M., Malmberg, J., Suni, J., Santtila, M., Kyröläinen, H., Mäntysaari, M., & Oja, P. (2006). International Physical Activity Questionnaire - Validity against fitness. In: *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(4), S. 753-760. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000194075.16960.20>
- Franzkowiak, P. (2022). Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i026-1.0>
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2022). Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-1.0>
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I. M., Nieman, D. C., & Swain, D. P. (2011). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. In: *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(7), S. 1334-1359. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213fefb>
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2022). Determinanten der Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>
- Hutton L., Frame R., Maggo H., Shirakawa H., Mulligan H., Waters D. & Hale L. (2009). The perceptions of physical activity in an elderly population at risk of falling - a focus group study. In: *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 37(2), S. 85–92.
- International Business Machines Corporation (IBM). (2020). The Fisher Exact test for an RxC table is the Fisher-Freeman-Halton Test. Abgerufen am 02. Juni 2023 von <https://www.ibm.com/support/pages/fisher-exact-test-rxc-table-fisher-freeman-halton-test>

- International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) Research Committee. (2004). Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short form. Version 2.0. Abgerufen am 17. Juni 2023 von https://www.physio-pedia.com/images/c/c7/Quidelines_for_interpreting_the_IPAQ.pdf
- Kochskämper, S. (2017). Alternde Bevölkerung - Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung. In: IW-Report, 8/2017. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft (IW). Abgerufen am 20. Mai 2023 von <https://www.econstor.eu/handle/10419/157210>
- Kolip, P., & Razum, O. (Hrsg.). (2020). Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7., überarbeitete Auflage. Weinheim Basel, Beltz Verlagsgruppe.
- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. B. M., Müters, S., Finger, J. D., & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt, 56, S. 765-771. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1661-6>
- Kubesch, S. (Hrsg.). (2016). Exekutive Funktionen und Selbstregulation - neurowissenschaftliche Grundlagen und Transfer in die pädagogische Praxis. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Bern, Hogrefe AG.
- Kuhlmei, E. (2018). Lerne mit uns komplexe Statistik! Drei Studis erklären fortgeschrittene statistische Verfahren und ihre SPSS-Anwendungen. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61751-9>
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V (LVG&AFS) (Hrsg.). (2021). Leitfaden Gesundheitsregionen Niedersachsen. 3. aktualisierte Auflage. Abgerufen am 20. Mai 2023 von https://www.ms.niedersachsen.de/download/92076/Leitfaden_Gesundheitsregionen_Niedersachsen.pdf
- Landesamt für Statistik Niedersachsen. (2021a). LSN-Online - die kostenfreie Regionaldatenbank für Niedersachsen. Tabelle A100002G: Bevölkerung nach Altersgruppen (23) und Geschlecht (Gemeinde). Landkreis Uelzen, Stichtag: 31. Dezember 2021. Niedersachsen, Stichtag: 1. Dezember 2021. Abgerufen am 10. Mai 2023 von <https://www1.nls.niedersachsen.de/statistik/html/default.asp>
- Landesamt für Statistik Niedersachsen. (2021b). LSN-Online - die kostenfreie Regionaldatenbank für Niedersachsen. Tabelle K1200060: Zuzüge, Fortzüge und Wanderungssaldo über die Kreisgrenze nach Geschlecht; Altersgruppen (6) (Kreis). Uelzen. Stichtag: 31.12.2021. Abgerufen am 10. Mai 2023 von <https://www1.nls.niedersachsen.de/statistik/html/default.asp>
- Landesamt für Statistik Niedersachsen. (2021c). LSN-Online - die kostenfreie Regionaldatenbank für Niedersachsen. Tabelle K101W203: Bevölkerungsberechnung 2021 bis 2040 (Moderate Wanderungsannahme (W2)) nach Geschlecht und Altersgruppen (19) (gr. Stadt, Kreis) Stichtag: 01.11.2021. Abgerufen am 10. Mai 2023 von <https://www1.nls.niedersachsen.de/statistik/html/default.asp>

- Landessportbund Niedersachsen (o. D.). AGIL - Aktiv und gesund in der zweiten Lebenshälfte. Uelzen in Bewegung startet aus der Winterpause. Abgerufen am 05. Juni 2023 von <https://www.lsb-niedersachsen.de/themen/sport-und-vereinsentwicklung/aktiv-in-jedem-alter/agil/uelzen-in-bewegung>
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V. (LVG&AFS). (o. D.). Gesundheitsförderung in Lebenswelten - Kommune. Abgerufen am 06. Juni 2023 <https://www.gesundheit-nds-hb.de/themen/gesundheitsfoerderung-in-lebenswelten/kommune/>
- Landkreis Uelzen. (2022). Unsere Gesundheitsregion. Abgerufen am 06. Juni 2023 von <https://www.landkreis-uelzen.de/home/soziales-familie-und-gesundheit/gesundheitsregion/unsere-gesundheitsregion-2.aspx>
- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Renneberg, B., & Hammelstein, P. (Hrsg.). Gesundheitspsychologie, S. 7-12. Heidelberg Berlin: Springer Medizin Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-47632-0_2
- Löw, M., Stegmaier, C., Ziegler, H., Rothenbacher, D., & Brenner, H. (2004). Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung (ESTHER-studie). In: DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift, 129(49), S. 2643-2647. <https://doi.org/10.1055/s-2004-836089>
- Moore, M., Warburton, J., O'Halloran, P. D., & Shields, N. (2016). Effective community-based physical activity interventions for older adults living in rural and regional areas: a systematic review. In: Journal of aging and physical activity, 24(1), S. 158-167. <https://doi.org/10.1123/japa.2014-0218>
- Neubart, R. (2018). Physiologisches Altern und Krankheit. In: Repetitorium Geriatrie: Geriatriische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung - Geriatrie-Schwerpunktbezeichnung Geriatrie, 2. Auflage. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56479-0>
- Niederstadt, C., Gaber, E., & Füsgen, I. (2007). Harninkontinenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 39. Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). <https://doi.org/10.25646/3116>
- Nowossadeck, E., Von Der Lippe, E., & Lampert, T. (2019). Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland - Aktuelle Trends. In: Journal of Health Monitoring, 4(1), S. 41-48. Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.). <http://doi.org/10.25646/5869>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal - a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health promotion international, 15(3), S. 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Pelikan, J. (2015). Gesundheitskompetenz - ein vielversprechender Driver für die Gestaltung der Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems. In: Bauer, R. & Wesenauer, A. Zukunftsmotor Gesundheit: Entwürfe für das Gesundheitssystem von morgen, S. 173-196. Wiesbaden: Springer Galber. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10783-3_10

- Pfeifer, K., Sudeck, G., Geidl, W., & Tallner, A. (2013). Bewegungsförderung und Sport in der Neurologie – Kompetenzorientierung und Nachhaltigkeit. In: Neurologie und Rehabilitation, 19(1), S. 7-19. Bad Honnef: Hippocampus-Verlag. Abgerufen am 19. Mai 2023 von https://www.hippocampus.de/media/316/cms_51277cc7eefae.pdf zitiert nach Weinert, F. E., (2001). Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert, F. E. (Hrsg.). Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim und Basel: Beltz. S. 17-31.
- Powell, K. E., King, A. C., Buchner, D. M., Campbell, W. W., DiPietro, L., Erickson, K. I., Hillman, C. H., Jakicic, J. M., Janz, K. F., Katzmarzyk, P. T., Kraus, W. E., Macko, R. F., Marquez, D. X., McTiernan, A., Pate, R. R., Pescatello, L. S., & Whitt-Glover, M. C. (2018). The scientific foundation for the physical activity guidelines for Americans. In: Journal of Physical Activity and Health, 16(1), S. 1-11. <https://doi.org/10.1123/jpah.2018-0618>
- Dolan, H., & Taylor-Piliae, R. (2020). Embarrassment experienced by older adults in relation to accidental falls: A concept analysis. In: Geriatric nursing, 41(6). <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.05.007>
- Raithel, J. (2008). Quantitative Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Abgerufen am 20. Juni 2023 von https://doi.org/10.1007/978-3-531-91148-9_6
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2016). Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_21
- Rolland, Y., van Kan, G. A., Bénétois, A., Blain, H., Bonnefoy, M., Chassagne, P., Jeandel, C., Laroche, M., Nourhashemi, F., Orcel, P., Piette, F., Ribot, S., Ritz, P., Roux, C., Taillandier, J., Tremolieres, F., Weryha, G., & Vellas, B. (2008). Frailty, osteoporosis and hip fracture: causes, consequences and therapeutic perspectives. In: The journal of nutrition, health & aging, 12(5), S. 335-346. <https://doi.org/10.1007/BF02982665>
- Röwekamp, A., & Dargatz, T. (2021). Aqua Fitness - Gelenkschonende Wassergymnastik für mehr Ausdauer, Beweglichkeit und Kraft. 8., erweiterte Auflage. Grünwald: Stiebner Verlag.
- Saß, A. C., Wurm, S. & Ziese, T. (2009). Somatische und psychische Gesundheit. In: Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. S. 31-61. Abgerufen am 21. Mai 2023 von https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3220/21r1eZ1NVL2AY_02.pdf?sequence=1 zitiert nach Schaub, T., Hillen, T., & Borchelt, M. (2002). Demenz und erhöhte Mortalität - ein Problem nicht berücksichtigter somatischer Erkrankungen. Die Gerontopsychiatrie und ihre Nachbardisziplinen. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie(3). S. 49-59.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E., & Hurrelmann, K. (2017). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Ergebnisbericht 2016. Bielefeld: Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.2390/0070-pub-29088450>

- Schlecht, M., & Von Werder, A. (2013). Alter und Altern. Was weiß man über das Alter? In: Lebensqualität - Die Zeitschrift für Kinaesthetics, 2013/4, S. 36-41. Stiftung Lebensqualität (Hrsg.). Abgerufen am 25. Mai 2023 von <https://verlag-lq.net/resources/10-vlq/01-zlq/01-Artikel/01-Print/2013/4/lq-1304-10-Alter-und-Altern.pdf>
- Schnell, R. (2019) Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. 2., Auflage. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19901-6_6
- Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe H., Siegrist, J., & Walter, U. (Hrsg.). (2003). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2., Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Spicker, I. & Lang, G. (2011). Kommunale Gesundheitsförderung mit Fokus auf ältere Menschen, Wissen 4. Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). Bad Vöslau: Grasl Druck & Neue Medien. Abgerufen am 21. Mai 2023 von https://fgoe.org/medien/reihewissen/kommunale_gesundheitsfoerderung
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (o. D.). Mitten im demografischen Wandel. Abgerufen am 15. Mai 2023 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/demografie-mitten-im-wandel.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023a). Genesis-Online, Code 12411-0005: Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011. Stichtag: 31.12.2021. Abgerufen am 15. Mai 2023 von <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023b). Genesis-Online, Code 12411-0006: Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand. Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011. Stichtag: 31.12.2021. Abgerufen am 15. Mai 2023 von <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023c). Genesis-Online, Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland. Variante 2: Moderate Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, der Lebenserwartung und des Wanderungssaldos. Für das Jahr 2030. Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011. Stichtag: 31.12.2021. Abgerufen am 15. Mai 2023 von <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide>
- Stiftung Gesundheitswissen (Hrsg.). (2020). Statussymbol Gesundheit. Wie sich der soziale Status auf Prävention und Gesundheit auswirken kann. Gesundheitsbericht 2020. Abgerufen am 28. Mai 2023 von [https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/brochure/pdf/SGW-Gesundheitsbericht_2020_Statussymbol %20Gesundheit_0.pdf](https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/brochure/pdf/SGW-Gesundheitsbericht_2020_Statussymbol_%20Gesundheit_0.pdf)
- Tausendpfund, M. (Hrsg.). (2022). Quantitative Datenanalyse - Eine Einführung mit SPSS. 2., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-37282-8>
- Techniker Krankenkasse (TK). (2023). Gesundheitskurssuche. Kursthema: Bewegungsgewohnheiten, Kursart: Kurse vor Ort, Kursort: Landkreis Uelzen. Abgerufen am 20. Juni 2023 von <https://www.tk.de/service/app/2009028/gesundheitskurs/suche.app>

- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In: Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter, S. 7-20. Abgerufen am 21. Mai 2023 von https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3220/21r1eZ1NVL2AY_02.pdf?sequence=1
- Thünen-Landatlas. (2020). Thünen-Institut Forschungsbereich ländliche Räume (Hrsg.), Raumstruktur – Braunschweig. Stichtag: 31. Dezember 2020. Abgerufen am 17. Mai 2023 von www.landatlas.de
- Trampisch, U., Platen, P., Burghaus, I., Moschny, A., Wilm, S., Thiem, U., & Hinrichs, T. (2010). Reliabilität des PRISCUS-PAQ Fragebogen zur Erfassung körperlicher Aktivität von Personen im Alter von 70 Jahren und älter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43, S. 399-406. <https://doi.org/10.1007/s00391-010-0118-5>
- TuS Bad Bodenteich. (2022). 3000 Schritte für die Gesundheit - eine Erfolgsgeschichte in Bad Bodenteich. Online-Artikel vom 07. Dezember 2022. Abgerufen am 20. Juni 2023 von <https://tus-bodenteich.de/3000-schritte-fuer-die-gesundheit-eine-erfolgsgeschichte-in-bad-bodenteich/>
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS). (2018). Physical Activity Guidelines for Americans 2nd edition. Abgerufen am 17. Mai 2023 von https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf
- Wahl, H. W., & Heyl, V. (2015). Altern und Altersforschung - Das junge gesellschaftliche und wissenschaftliche Interesse am Alter. In: Gerontologie - Einführung und Geschichte. 2., überarbeitete Ausgabe, S. 11-26. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Abgerufen am 10. Mai 2023 von https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1997). Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert-Erklärung der 4. In Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. Abgerufen am 10. Mai 2023 von https://www.ahnrw.de/upload/PDF/Content_allgemein/1997_Jakarta-Erklaerung.pdf
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2010). Global recommendations on physical activity for health. In Global recommendations on physical activity for health. Abgerufen am 10. Mai 2023 von <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241599979>
- Weltgesundheitsorganisation. (2002) Aktiv altern – Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Genf, Schweiz. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.). Abgerufen am 10. Mai 2023 von https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8_g_er.pdf;jsessionid=E3FCD9ABBF739FCFAC99FB833DEE65CA?sequence=2

- Weyerer, S. (2005). Leben mit Demenz und Folgen der Demenz. In: Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, S. 16-17. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Berlin: Robert Koch-Institut. Abgerufen am 01. Juni 2023 von <https://edoc.rki.de/handle/176904/3179>
- Wurm, S. & Schüz, B. (2009). Wie wichtig ist Prävention? In: Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. S. 160-167. Abgerufen am 21. Mai 2023 von https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3220/21r1eZ1NVL2AY_02.pdf?sequence=1

Anhang

Anlage 1: Fragebogen inkl. Informationspflichten

Befragung

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger im Alter von 65 Jahren und älter,

im Zuge des geplanten Projekts „*Gesund älter werden*“ und einer begleitenden Bachelorarbeit möchten wir, die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen, wissen, was Sie in Ihrer Freizeit tun, um Ihre Gesundheit zu erhalten/ zu fördern. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um zu beschreiben wie sich Bewegung in Ihrem täglichen Leben gestaltet und was Sie sich diesbezüglich im Landkreis wünschen würden!

Die Bearbeitung nimmt etwa **15 Minuten** in Anspruch. Mehrfachantworten sind ausschließlich bei gekennzeichneten Fragen möglich. Die Teilnahme ist freiwillig, anonym und für Sie kostenlos. Gleichwohl kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass aufgrund der von Ihnen getätigten Angaben eine Rückverfolgung auf Ihre Person möglich ist. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Anlage zum Fragebogen.

Die Abgabe des Fragebogens kann **bis zum 31. März 2023** postalisch mit beiliegendem Umschlag an die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen erfolgen. Mit der Abgabe stimmen Sie einer Speicherung und Verarbeitung der Daten zu.

Die Ergebnisse der Befragung werden im digitalen Repositorium der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg sowie auf der Webseite des Landkreises Uelzen archiviert und veröffentlicht.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch unter **0581/82-462** oder folgender E-Mail-Adresse **Gesundheitsregion@landkreis-uelzen.de** zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

i. A. Ihre Ansprechpartnerin Frau J. Franz

Persönliche Angaben

1. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?	<input type="checkbox"/> 64 und jünger	<input type="checkbox"/> 65-79	<input type="checkbox"/> 80 und älter
2. Geben Sie Ihr Geschlecht an:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Divers
3. Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
4. In welcher Gemeinde leben Sie?	<input type="checkbox"/> Hansestadt Uelzen	<input type="checkbox"/> Samtgemeinde Bevensen-Ebstorf	<input type="checkbox"/> Samtgemeinde Aue
	<input type="checkbox"/> Samtgemeinde Suderburg	<input type="checkbox"/> Samtgemeinde Rosche	<input type="checkbox"/> Gemeinde Bienenbüttel

Bewegung und Mobilität

5. Wie bewegen Sie sich hauptsächlich außerhalb Ihres Wohnumfeldes? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Zu Fuß	<input type="checkbox"/> Mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/> Selbständig mit dem PKW	<input type="checkbox"/> Mit Fahrdiensten	<input type="checkbox"/> Mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z.B. Bus, Bahn)	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
--	---------------------------------	--	--	---	--	---

6. Benötigen Sie fremde Hilfe oder Hilfsmittel zur Fortbewegung?	<input type="checkbox"/> Ja (weiter mit Frage 7) <input type="checkbox"/> Nein (weiter mit Frage 8)
7. <u>Wenn ja</u> , benötigte Hilfe/ Hilfsmittel: (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Hilfe/ Begleitung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
8. Nutzen Sie Bewegungsangebote von Vereinen oder anderen Einrichtungen? (z.B. Seniorenfitness des DRK Uelzen, Seniorentanz des SV Natendorf etc.)	<input type="checkbox"/> Ja (weiter mit Frage 9) <input type="checkbox"/> Nein (weiter mit Frage 10)
9. <u>Wenn ja</u> , welche Bewegungsangebote von Vereinen oder anderen Einrichtungen <u>nutzen</u> Sie? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Ballspiele (z.B. Tischtennis, Boule) <input type="checkbox"/> Tennis/ Golf <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Gymnastik <input type="checkbox"/> Fitness-Studio (z.B. Kraft- und Balanceübungen) <input type="checkbox"/> Tanzen/ Dance-Fitness <input type="checkbox"/> Spezieller Seniorensport <input type="checkbox"/> Gemeinsames Spazieren gehen/ (Nordic-)Walking <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
10. <u>Wenn nein</u> , was ist der Grund, weshalb Sie Bewegungsangebote nicht nutzen? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Die entstehenden Kosten <input type="checkbox"/> Die Entfernung zum Angebot <input type="checkbox"/> Schlechte Anbindung an den Nahverkehr <input type="checkbox"/> Beschwerden/ Schmerzen <input type="checkbox"/> Ich komme nicht alleine hin <input type="checkbox"/> Ich möchte nicht alleine gehen <input type="checkbox"/> Ich kenne keine Angebote <input type="checkbox"/> Kein Interesse <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
11. Welche Angebote der Bewegung <u>wünschen</u> Sie sich im Landkreis? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Ballspiele (z.B. Tischtennis, Boule) <input type="checkbox"/> Tennis/ Golf <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Gymnastik <input type="checkbox"/> Fitness-Studio (z.B. Kraft- und Balanceübungen) <input type="checkbox"/> Tanzen/ Dance-Fitness <input type="checkbox"/> Spezieller Seniorensport <input type="checkbox"/> Gemeinsames Spazieren gehen/ (Nordic-)Walking <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

- | | |
|--|--|
| 12. Wie viel Zeit würden Sie für ein interessantes Bewegungsangebot aufwenden? | <input type="checkbox"/> Bis zu 30 Minuten pro Einheit
<input type="checkbox"/> Bis zu 60 Minuten pro Einheit
<input type="checkbox"/> Mehr als 60 Minuten pro Einheit |
| 13. Wie oft würden Sie ein interessantes Bewegungsangebot nutzen wollen? | <input type="checkbox"/> 1x/ Woche
<input type="checkbox"/> 2x/ Woche
<input type="checkbox"/> 1x/ Monat
<input type="checkbox"/> 2x/ Monat |
| 14. Wie würden Sie gerne über Angebote informiert werden?
(Mehrfachantworten möglich) | <input type="checkbox"/> Tageszeitung/ Beilage
<input type="checkbox"/> Prospekt/ Broschüre
<input type="checkbox"/> Internet/ Homepage
<input type="checkbox"/> Social-Media (z.B. Facebook)
<input type="checkbox"/> Messenger (z.B. Whatsapp, Signal)
<input type="checkbox"/> (Info-)Veranstaltungen
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| 15. Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten gestürzt? | <input type="checkbox"/> Ja (weiter mit Frage 16)
<input type="checkbox"/> Nein (weiter mit Frage 19) |
| 16. <u>Wenn ja</u> , wo sind Sie gestürzt?
(Mehrfachantworten möglich) | <input type="checkbox"/> Häusliches Umfeld
<input type="checkbox"/> Außer Haus |
| 17. Haben Sie infolgedessen eine medizinische Einrichtung aufgesucht? | <input type="checkbox"/> Ja (weiter mit Frage 18)
<input type="checkbox"/> Nein (weiter mit Frage 19) |
| 18. <u>Wenn ja</u> , welche Art der Einrichtung?
(Mehrfachantworten möglich) | <input type="checkbox"/> Arztpraxis
<input type="checkbox"/> Krankenhaus/ Klinik |

Aktivitätslevel

Denken Sie an all Ihre **anstrengenden** und **moderaten Aktivitäten** in den **vergangenen 7 Tagen**.

- **Anstrengende Aktivitäten** bezeichnen Aktivitäten, die starke körperliche Anstrengungen erfordern und bei denen Sie deutlich stärker atmen als normal.
- **Moderate Aktivitäten** bezeichnen Aktivitäten mit moderater körperlicher Anstrengung bei denen Sie ein wenig stärker atmen als normal.

19. *Denken Sie nur an die körperlichen Aktivitäten, die Sie für mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung verrichtet haben.*

An wie vielen der **vergangenen 7 Tage** haben Sie _____ Tage pro Woche **anstrengende** körperliche Aktivitäten verrichtet?

(z.B. schnelles Laufen, Fahrradfahren oder Schwimmen)

- Keine anstrengende Aktivität
(weiter mit Frage 21)

20. **Wie viel Zeit** haben Sie für gewöhnlich an einem dieser Tage mit **anstrengender** körperlicher Aktivität verbracht?
- _____ Stunden pro Tag
_____ Minuten pro Tag
- Ich weiß nicht/ bin mir nicht sicher
-
21. *Denken Sie erneut nur an die körperlichen Aktivitäten, die Sie für **mindestens 10 Minuten** ohne Unterbrechung verrichtet haben.*
- An wie vielen der **vergangenen 7 Tage** haben Sie **moderate** körperliche Aktivitäten verrichtet?
- _____ Tage pro Woche
- (z.B. leichtes Joggen, das Tragen leichter Lasten, Haus- oder Gartenarbeit)
- Keine moderate Aktivität
(weiter mit Frage 23)
-
22. **Wie viel Zeit** haben Sie für gewöhnlich an einem dieser Tage mit **moderater** körperlicher Aktivität verbracht?
- _____ Stunden pro Tag
_____ Minuten pro Tag
- Ich weiß nicht/ bin nicht sicher
-
23. An wie vielen der **vergangenen 7 Tage** sind Sie **mindestens 10 Minuten** ohne Unterbrechung **zu Fuß** gegangen?
- _____ Tage pro Woche
- (z.B. Gehstrecken daheim oder in der Arbeit, gehen um von einem Ort zu einem anderen zu gelangen sowie Gehen zur Erholung, Bewegung oder Freizeit)
- Keine entsprechenden Wege zu Fuß
(weiter mit Frage 25)
-
24. **Wie viel Zeit** haben Sie für gewöhnlich an einem dieser Tage mit **Gehen** verbracht?
- _____ Stunden pro Tag
_____ Minuten pro Tag
- Ich weiß nicht/ bin nicht sicher
-
25. **Wie viel Zeit** haben Sie in den **vergangenen 7 Tagen** an einem Wochentag mit **Sitzen** verbracht?
- _____ Stunden pro Tag
_____ Minuten pro Tag
- (z.B. Sitzen am Schreibtisch, vor dem Fernseher sitzen oder liegen, Sitzen in einem öffentlichen Verkehrsmittel)
- Ich weiß nicht/ bin nicht sicher

Vielen Dank für die Teilnahme an der Befragung!

Informationspflichten nach Art. 13 DSGVO

<p>Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen Gesundheitsregion Landkreis Uelzen Auf dem Rahlande 15 29525 Uelzen Telefon: +49 581 82-462 E-Mail: Gesundheitsregion@landkreis-uelzen.de</p>
<p>Kontaktinformationen der behördlichen Datenschutzbeauftragten Behördliche Datenschutzbeauftragte Albrecht-Thaer-Str. 101 29525 Uelzen Telefon: +49 581 82-248 Telefax: +49 581 82 445 E-Mail: datenschutz@landkreis-uelzen.de</p>
<p>Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung</p> <p>a) Zweck: Ihre Daten werden dafür erhoben, um ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine wissenschaftliche Ausarbeitung vorzubereiten* - das Bewegungsverhalten von Seniorinnen und Senioren im Landkreis zu erheben - die Wünsche der Seniorinnen und Senioren zu ermitteln - dem Landkreis spezifische Handlungsempfehlungen zu unterbreiten <p><i>*Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgt im Rahmen einer Bachelorarbeit. Diese wird von der Studierenden Frau J. Franz der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW-Hamburg) durchgeführt.</i></p> <p>b) Rechtsgrundlage: Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 a DSGVO verarbeitet.</p>
<p>Kategorien der personenbezogenen Daten, die verarbeitet werden Die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen verarbeitet folgende Kategorien von personenbezogenen Daten von Ihnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altersklasse - Geschlecht - Pflegegrad - Gemeinde
<p>Empfänger der personenbezogenen Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW-Hamburg)
<p>Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland Es ist nicht geplant, Ihre personenbezogenen Daten an ein Drittland/ eine internationale Organisation zu übermitteln.</p>
<p>Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit Die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen benötigt Ihre Daten, um eine wissenschaftliche Ausarbeitung durchzuführen.</p>
<p>Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten Ihre Daten werden nach der Erhebung für vier Monate gespeichert.</p>

Betroffenenrechte

Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an die behördliche Datenschutzbeauftragte. Bei datenschutzrechtlichen Beschwerden können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5
30159 Hannover
Telefon: 0511 120-4500
Fax: 0511 120-4599
E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Widerrufsrecht bei Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.



BÜRGERINNEN- UND BÜRGERBEFRAGUNG

Was tun Sie für Ihre Gesundheit?

SIE SIND 65 JAHRE ODER ÄLTER?
DANN ERZÄHLEN SIE UNS, WAS SIE IN IHRER FREIZEIT
TUN, UM IHRE BEWEGLICHKEIT ZU ERHALTEN BZW. ZU
FÖRDERN!

1

Scannen Sie den
QR-Code mit
Ihrer
Handykamera

2

QR-Code:



3

Nutzen Sie die
Chance und
äußern Sie Ihre
Wünsche!

Der Fragebogen ist vom 01.03.23 bis 31.03.23 als Print-
Version sowie digital unter dem oben eingebetteten QR-
Code oder folgendem Link erreichbar:

<https://www.soscisurvey.de/bewegungsverhalten-landkreis>

Jetzt mitmachen!
Gestalten Sie aktiv
Ihren Landkreis!

weitere Informationen

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger im Alter von 65 Jahren und älter,

im Rahmen des geplanten Projekts „Gesund älter werden“ und einer Bachelorarbeit möchten wir, die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen, gerne in Erfahrung bringen, was Sie in Ihrer Freizeit tun, um Ihre Gesundheit zu erhalten/ zu fördern.

Bitte nehmen Sie sich Zeit und schildern Sie, wie sich Bewegung in Ihrem Alltag gestaltet und welche Wünsche diesbezüglich im Landkreis bestehen!

Die Bearbeitung kann sowohl digital als auch händisch erfolgen und nimmt etwa 15 Minuten in Anspruch. Die Teilnahme an der Bürgerinnen- und Bürgerumfrage ist freiwillig, anonym und für Sie kostenlos.

Die Abgabe der händisch ausgefüllten Fragebögen kann bis zum 31.03.23 postalisch mit beiliegendem Umschlag an die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen erfolgen.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch unter 0581/82-462 oder folgender E-Mail-Adresse Gesundheitsregion@landkreis-uelzen.de als Ansprechpartner*innen zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

i. A. Frau J. Franz

Anlage 3: Pressemitteilung (Allgemeine Zeitung Uelzen)

Projekt „Gesund älter werden“ nimmt Fahrt auf

Gesundheitsregion Landkreis Uelzen führt Online-Befragung unter Menschen ab 65 Jahren durch

Uelzen/Landkreis – Im Zusammenhang mit dem Projekt „Gesund älter werden“ führt die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen vom 1. bis 31. März eine Online-Befragung unter allen Bürgern ab 65 Jahren im Kreisgebiet durch – und zwar auf www.soscsurvey.de/bewegungsverhalten-landkreis. Die Teilnahme nimmt nach Angaben der Kreisverwaltung etwa 15 Minuten in Anspruch, erfolgt kostenfrei und anonym.

Die Ergebnisse werden digital bei der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg gespeichert sowie auf der Internetseite des Landkreises veröffentlicht. Die Gesundheitsregion Landkreis Uelzen ist mit der Aufgabe betraut, für das Projekt „Gesund älter werden“ ein Konzept zu erstellen und es planmäßig 2023 umzusetzen. Es handelt sich um eine landesbezogene Projektförde-

rung des GKV-Bündnisses (Initiative der gesetzlichen Krankenkassen) für Gesundheit mit dem Thema „Gesund älter werden in Niedersachsen“. Der Fokus liegt auf der Förderung von lebensweltbezogenen Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention älterer Menschen.

Das Projekt hat zum Ziel, die Gesundheit in der Zielgruppe der über 60-Jährigen zu erhalten beziehungsweise zu verbessern und den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Die Konzeption des Projekts wird vom Programmbüro des GKV-Bündnisses für Gesundheit in Niedersachsen begleitet.

Das Vorhaben wird durch eine Studentin der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, die zurzeit beim Gesundheitsamt des Landkreises Uelzen ein Praktikum im Rahmen ihrer Bachelor-Arbeit absolviert,



Im Alter körperlich fit bleiben: Das trägt zum Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität bei. SYMBOLFOTO: DPA

begleitet. Diese konzentriert sich auf ein Modul des Projektes mit dem Thema „Bewegung und Sturzprävention“.

Infolgedessen wurde ein entsprechender Fragebogen konzipiert. Mit diesem soll in Erfahrung gebracht werden, welches Bewegungsverhalten im Landkreis vorliegt und

welche Angebote der Bewegungsförderung gewünscht sind. Denn auch im fortgeschrittenen Alter trägt sowohl die Aufrechterhaltung als auch die Wiederaufnahme von körperlicher Aktivität zum Erhalt von Selbstständigkeit, Autonomie und Lebensqualität bei.

Anhand der erhobenen Daten können spezifische Handlungsempfehlungen entwickelt und umgesetzt werden. Weitere Informationen sind erhältlich bei der Gesundheitsregion Landkreis Uelzen unter (05 81) 8 24 62 oder per E-Mail an gesundheitsregion@landkreis-uelzen.de.

Zum Hintergrund: Der Anteil der über 65-jährigen Menschen steigt angesichts des demografischen Wandels stetig an. Das stellt Politik sowie Gesellschaft vor zentrale Herausforderungen. Den Kommunen kommt die Aufgabe zu, perspektivisch auf die zunehmende Alterung der Bevölkerung zu reagieren, mit den daraus resultierenden Auswirkungen umzugehen und ein aktives Altern der Bürgerschaft zu ermöglichen – konkret: Betroffene in ihrem gesundheitsförderlichen Handeln zu unterstützen und zu befähigen.

Anlage 4: Werbung über die sozialen Medien des Landkreises Uelzen



Landkreis Uelzen
1. März · 🌐

„Gesund älter werden“ – so lautet das aktuelle Projekt der Gesundheitsregion Landkreis Uelzen. Ziel des Projekts ist es, die Gesundheit der Menschen über 60 Jahren zu erhalten bzw. zu verbessern und den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern 🙌🙌🙌

Dafür ist heute eine Befragung gestartet, die sich inhaltlich mit Fragen zum Bewegungsverhalten im Landkreis und den Wünschen nach Angeboten zur Bewegungsförderung von Seniorinnen und Senioren beschäftigt. Ausgearbeitet wurde die Umfrage im Rahmen einer Bachelorarbeit einer Studentin der HAW Hamburg, die derzeit ein Praktikum im Gesundheitsamt absolviert 🟢

Die Umfrage läuft vom 1. bis zum 31. März. Falls ihr über 65 Jahre seid, freuen wir uns über eure Teilnahme 🙌 Falls ihr jemanden kennt, der jemanden kennt, leitet die Umfrage gerne weiter 😊 Wir danken euch für eure Unterstützung!

Weitere Infos und die Umfrage findet ihr hier 📄

<https://www.soscsurvey.de/bewegungsverhalten-landkreis/>



Anlage 5: Variablenübersicht/ Codebook (alle Variablen)

Variable	Variable Label	Response Code	Response Label	Variable Type
A001	Altersgruppe	1	65-79	NOMINAL
A001	Altersgruppe	2	80 und älter	NOMINAL
A001	Altersgruppe	-9	ungültig	
A002	Geschlecht	1	Männlich	NOMINAL
A002	Geschlecht	2	Weiblich	NOMINAL
A002	Geschlecht	3	Divers	NOMINAL
A002	Geschlecht	-9	ungültig	
A003	Pflegegrad	1	Ja	NOMINAL
A003	Pflegegrad	2	Nein	NOMINAL
A003	Pflegegrad	-9	ungültig	
A004	Gemeinde	1	Hansestadt Uelzen	NOMINAL
A004	Gemeinde	2	Samtgemeinde Bevensen-Ebstorf	NOMINAL
A004	Gemeinde	3	Samtgemeinde Aue	NOMINAL
A004	Gemeinde	4	Samtgemeinde Suderburg	NOMINAL
A004	Gemeinde	5	Samtgemeinde Rosche	NOMINAL
A004	Gemeinde	6	Gemeinde Bienenbüttel	NOMINAL
A004	Gemeinde	-9	ungültig	
A0042	Gemeinde 2.0	1	Hansestadt Uelzen	NOMINAL
A0042	Gemeinde 2.0	2	(Samt-)Gemeinden	NOMINAL
A005	Aktivitätslevel	1	inaktiv	ORDINAL
A005	Aktivitätslevel	2	ausreichend aktiv	ORDINAL
A005	Aktivitätslevel	3	HEPA aktiv	ORDINAL
A005	Aktivitätslevel	-9	ungültig	
A006	Zeit im Sitzen (offene Eingabe)			TEXT
A101	IPAQ 1 Tage	1	Tage pro Woche:	NOMINAL
A101	IPAQ 1 Tage	2	Keine anstrengende Aktivität (weiter mit Frage 21)	NOMINAL
A101	IPAQ 1 Tage	-9	ungültig	

A101_01	IPAQ 1 Tage: Tage pro Woche (offene Eingabe)			TEXT
A102_01	IPAQ 2 Minuten/h: Stunden pro Tag	1	nicht gewählt	NOMINAL
A102_01	IPAQ 2 Minuten/h: Stunden pro Tag	2	ausgewählt	NOMINAL
A102_01a	IPAQ 2 Minuten/h: Stunden pro Tag (offene Eingabe)			TEXT
A102_02	IPAQ 2 Minuten/h: Minuten pro Tag	1	nicht gewählt	NOMINAL
A102_02	IPAQ 2 Minuten/h: Minuten pro Tag	2	ausgewählt	NOMINAL
A102_02a	IPAQ 2 Minuten/h: Minuten pro Tag (offene Eingabe)			TEXT
A102_03	IPAQ 2 Minuten/h: Ich weiß nicht/ bin mir nicht sicher	1	nicht gewählt	NOMINAL
A102_03	IPAQ 2 Minuten/h: Ich weiß nicht/ bin mir nicht sicher	2	ausgewählt	NOMINAL
A103	IPAQ 3 Tage	1	Tage pro Woche:	NOMINAL
A103	IPAQ 3 Tage	2	Keine moderate Aktivität (weiter mit Frage 23)	NOMINAL
A103	IPAQ 3 Tage	-9	ungültig	
A103_01	IPAQ 3 Tage: Tage pro Woche			TEXT
A104_01	IPAQ 4 Minuten/h: Stunden pro Tag	1	nicht gewählt	NOMINAL
A104_01	IPAQ 4 Minuten/h: Stunden pro Tag	2	ausgewählt	NOMINAL
A104_01a	IPAQ 4 Minuten/h: Stunden pro Tag (offene Eingabe)			TEXT
A104_02	IPAQ 4 Minuten/h: Minuten pro Tag	1	nicht gewählt	NOMINAL
A104_02	IPAQ 4 Minuten/h: Minuten pro Tag	2	ausgewählt	NOMINAL
A104_02a	IPAQ 4 Minuten/h: Minuten pro Tag (offene Eingabe)			TEXT
A104_03	IPAQ 4 Minuten/h: Ich weiß nicht/ bin mir nicht sicher	1	nicht gewählt	NOMINAL
A104_03	IPAQ 4 Minuten/h: Ich weiß nicht/ bin mir nicht sicher	2	ausgewählt	NOMINAL

A105	IPAQ 5 Tage	1	Tage pro Woche:	NOMINAL
A105	IPAQ 5 Tage	2	Keine entsprechenden Wege zu Fuß (weiter mit Frage 25)	NOMINAL
A105	IPAQ 5 Tage	-9	ungültig	
A105_01	IPAQ 5 Tage: Tage pro Woche			TEXT
A106_01	IPAQ 6 Minuten/h: Stunden pro Tag	1	nicht gewählt	NOMINAL
A106_01	IPAQ 6 Minuten/h: Stunden pro Tag	2	ausgewählt	NOMINAL
A106_01a	IPAQ 6 Minuten/h: Stunden pro Tag (offene Eingabe)			TEXT
A106_02	IPAQ 6 Minuten/h: Minuten pro Tag	1	nicht gewählt	NOMINAL
A106_02	IPAQ 6 Minuten/h: Minuten pro Tag	2	ausgewählt	NOMINAL
A106_02a	IPAQ 6 Minuten/h: Minuten pro Tag (offene Eingabe)			TEXT
A106_03	IPAQ 6 Minuten/h: Ich weiß nicht/ bin mir nicht sicher	1	nicht gewählt	NOMINAL
A106_03	IPAQ 6 Minuten/h: Ich weiß nicht/ bin mir nicht sicher	2	ausgewählt	NOMINAL
A107_01	IPAQ 7 Minuten/h: Stunden pro Tag	1	nicht gewählt	NOMINAL
A107_01	IPAQ 7 Minuten/h: Stunden pro Tag	2	ausgewählt	NOMINAL
A107_01a	IPAQ 7 Minuten/h: Stunden pro Tag (offene Eingabe)			TEXT
A107_02	IPAQ 7 Minuten/h: Minuten pro Tag	1	nicht gewählt	NOMINAL
A107_02	IPAQ 7 Minuten/h: Minuten pro Tag	2	ausgewählt	NOMINAL
A107_03	IPAQ 7 Minuten/h: Ich weiß nicht/ bin mir nicht sicher	1	nicht gewählt	NOMINAL
A107_03	IPAQ 7 Minuten/h: Ich weiß nicht/ bin mir nicht sicher	2	ausgewählt	NOMINAL
A201_01	Mobilität: Zu Fuß	1	Nein	NOMINAL
A201_01	Mobilität: Zu Fuß	2	Ja	NOMINAL
A201_02	Mobilität: Mit dem Fahrrad	1	Nein	NOMINAL

A201_02	Mobilität: Mit dem Fahrrad	2	Ja	NOMINAL
A201_03	Mobilität: Selbständig mit dem PKW	1	Nein	NOMINAL
A201_03	Mobilität: Selbständig mit dem PKW	2	Ja	NOMINAL
A201_04	Mobilität: Mit Fahrdiensten	1	Nein	NOMINAL
A201_04	Mobilität: Mit Fahrdiensten	2	Ja	NOMINAL
A201_05	Mobilität: Mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn)	1	Nein	NOMINAL
A201_05	Mobilität: Mit öffentlichen Verkehrsmitteln (z. B. Bus, Bahn)	2	Ja	NOMINAL
A201_06	Mobilität: Sonstiges	1	Nein	NOMINAL
A201_06	Mobilität: Sonstiges	2	Ja	NOMINAL
A202	Nutzung von Hilfsmitteln/ Hilfe	1	Ja (weiter mit Frage 7)	NOMINAL
A202	Nutzung von Hilfsmitteln/ Hilfe	2	Nein (weiter mit Frage 8)	NOMINAL
A202	Nutzung von Hilfsmitteln/Hilfe	-9	ungültig	
A203_01	Hilfe/ Hilfsmittel: Gehstock	1	Nein	NOMINAL
A203_01	Hilfe/ Hilfsmittel: Gehstock	2	Ja	NOMINAL
A203_02	Hilfe/ Hilfsmittel: Rollator	1	Nein	NOMINAL
A203_02	Hilfe/ Hilfsmittel: Rollator	2	Ja	NOMINAL
A203_03	Hilfe/ Hilfsmittel: Rollstuhl	1	Nein	NOMINAL
A203_03	Hilfe/ Hilfsmittel: Rollstuhl	2	Ja	NOMINAL
A203_04	Hilfe/ Hilfsmittel: Hilfe/ Begleitung	1	Nein	NOMINAL
A203_04	Hilfe/ Hilfsmittel: Hilfe/ Begleitung	2	Ja	NOMINAL
A203_06	Hilfe/ Hilfsmittel: Sonstiges	1	Nein	NOMINAL
A203_06	Hilfe/ Hilfsmittel: Sonstiges	2	Ja	NOMINAL
A203_06a	Hilfe/ Hilfsmittel: Sonstiges (offene Eingabe)			TEXT
A204	Nutzung von Bewegungsangeboten	1	Ja (weiter mit Frage 9)	NOMINAL

A204	Nutzung von Bewegungsangeboten	2	Nein (weiter mit Frage 10)	NOMINAL
A204	Nutzung von Bewegungsangeboten	-9	ungültig	
A205_01	Genutzte Bewegungsangebote: Ballspiele (z. B. Tischtennis, Boule)	1	Nein	NOMINAL
A205_01	Genutzte Bewegungsangebote: Ballspiele (z. B. Tischtennis, Boule)	2	Ja	NOMINAL
A205_02	Genutzte Bewegungsangebote: Tennis/ Golf	1	Nein	NOMINAL
A205_02	Genutzte Bewegungsangebote: Tennis/ Golf	2	Ja	NOMINAL
A205_03	Genutzte Bewegungsangebote: Schwimmen	1	Nein	NOMINAL
A205_03	Genutzte Bewegungsangebote: Schwimmen	2	Ja	NOMINAL
A205_04	Genutzte Bewegungsangebote: Gymnastik	1	Nein	NOMINAL
A205_04	Genutzte Bewegungsangebote: Gymnastik	2	Ja	NOMINAL
A205_05	Genutzte Bewegungsangebote: Fitness-Studio (z. B. Kraft- und Balanceübungen)	1	Nein	NOMINAL
A205_05	Genutzte Bewegungsangebote: Fitness-Studio (z. B. Kraft- und Balanceübungen)	2	Ja	NOMINAL
A205_06	Genutzte Bewegungsangebote: Tanzen/ Dance-Fitness	1	Nein	NOMINAL
A205_06	Genutzte Bewegungsangebote: Tanzen/ Dance-Fitness	2	Ja	NOMINAL
A205_07	Genutzte Bewegungsangebote: Spezieller Seniorensport	1	Nein	NOMINAL

A205_07	Genutzte Bewegungsangebote: Spezieller Senioren-sport	2	Ja	NOMINAL
A205_08	Genutzte Bewegungsangebote: Gemeinsames Spazieren gehen/ (Nordic-)Walking	1	Nein	NOMINAL
A205_08	Genutzte Bewegungsangebote: Gemeinsames Spazieren gehen/ (Nordic-)Walking	2	Ja	NOMINAL
A205_09	Genutzte Bewegungsangebote: Sonstiges	1	Nein	NOMINAL
A205_09	Genutzte Bewegungsangebote: Sonstiges	2	Ja	NOMINAL
A205_09a	Genutzte Bewegungsangebote: Sonstiges (offene Eingabe)			TEXT
A206_01	Keine Bewegungsangebote: Die entstehenden Kosten	1	Nein	NOMINAL
A206_01	Keine Bewegungsangebote: Die entstehenden Kosten	2	Ja	NOMINAL
A206_02	Keine Bewegungsangebote: Die Entfernung zum Angebot	1	Nein	NOMINAL
A206_02	Keine Bewegungsangebote: Die Entfernung zum Angebot	2	Ja	NOMINAL
A206_03	Keine Bewegungsangebote: Schlechte Anbindung an den Nahverkehr	1	Nein	NOMINAL
A206_03	Keine Bewegungsangebote: Schlechte Anbindung an den Nahverkehr	2	Ja	NOMINAL
A206_04	Keine Bewegungsangebote: Beschwerden/ Schmerzen	1	Nein	NOMINAL

A206_04	Keine Bewegungsangebote: Beschwerden/ Schmerzen	2	Ja	NOMINAL
A206_05	Keine Bewegungsangebote: Ich komme nicht allein hin	1	Nein	NOMINAL
A206_05	Keine Bewegungsangebote: Ich komme nicht allein hin	2	Ja	NOMINAL
A206_06	Keine Bewegungsangebote: Ich möchte nicht allein gehen	1	Nein	NOMINAL
A206_06	Keine Bewegungsangebote: Ich möchte nicht allein gehen	2	Ja	NOMINAL
A206_07	Keine Bewegungsangebote: Ich kenne keine Angebote	1	Nein	NOMINAL
A206_07	Keine Bewegungsangebote: Ich kenne keine Angebote	2	Ja	NOMINAL
A206_08	Keine Bewegungsangebote: Kein Interesse	1	Nein	NOMINAL
A206_08	Keine Bewegungsangebote: Kein Interesse	2	Ja	NOMINAL
A206_09	Keine Bewegungsangebote: Sonstiges	1	Nein	NOMINAL
A206_09	Keine Bewegungsangebote: Sonstiges	2	Ja	NOMINAL
A206_09a	Keine Bewegungsangebote: Sonstiges (offene Eingabe)			TEXT
A207_01	Wunsch Bewegungsangebot: Ballspiele (z. B. Tischtennis, Boule)	1	Nein	NOMINAL
A207_01	Wunsch Bewegungsangebot: Ballspiele (z. B. Tischtennis, Boule)	2	Ja	NOMINAL

A207_02	Wunsch Bewegungsangebot: Tennis/ Golf	1	Nein	NOMINAL
A207_02	Wunsch Bewegungsangebot: Tennis/ Golf	2	Ja	NOMINAL
A207_03	Wunsch Bewegungsangebot: Schwimmen	1	Nein	NOMINAL
A207_03	Wunsch Bewegungsangebot: Schwimmen	2	Ja	NOMINAL
A207_04	Wunsch Bewegungsangebot: Gymnastik	1	Nein	NOMINAL
A207_04	Wunsch Bewegungsangebot: Gymnastik	2	Ja	NOMINAL
A207_05	Wunsch Bewegungsangebot: Fitness-Studio (z. B. Kraft- und Balanceübungen)	1	Nein	NOMINAL
A207_05	Wunsch Bewegungsangebot: Fitness-Studio (z. B. Kraft- und Balanceübungen)	2	Ja	NOMINAL
A207_06	Wunsch Bewegungsangebot: Tanzen/ Dance- Fitness	1	Nein	NOMINAL
A207_06	Wunsch Bewegungsangebot: Tanzen/ Dance- Fitness	2	Ja	NOMINAL
A207_07	Wunsch Bewegungsangebot: Spezieller Senioren-sport	1	Nein	NOMINAL
A207_07	Wunsch Bewegungsangebot: Spezieller Senioren-sport	2	Ja	NOMINAL
A207_08	Wunsch Bewegungsangebot: Gemeinsames Spazieren gehen/ (Nordic-)Walking	1	Nein	NOMINAL
A207_08	Wunsch Bewegungsangebot: Gemeinsames Spazieren gehen/ (Nordic-)Walking	2	Ja	NOMINAL

A207_09	Wunsch Bewegungsangebot: Sonstiges	1	Nein	NOMINAL
A207_09	Wunsch Bewegungsangebot: Sonstiges	2	Ja	NOMINAL
A207_09a	Wunsch Bewegungsangebot: Sonstiges (offene Eingabe)			TEXT
A208	Minuten pro Einheit	1	Bis zu 30 Minuten pro Einheit	NOMINAL
A208	Minuten pro Einheit	2	Bis zu 60 Minuten pro Einheit	NOMINAL
A208	Minuten pro Einheit	3	Mehr als 60 Minuten pro Einheit	NOMINAL
A208	Minuten pro Einheit	-9	ungültig	
A209	Häufigkeit	1	1x/ Woche	NOMINAL
A209	Häufigkeit	2	2x/ Woche	NOMINAL
A209	Häufigkeit	3	1x/ Monat	NOMINAL
A209	Häufigkeit	4	2x/ Monat	NOMINAL
A209	Häufigkeit	-9	ungültig	
A210_01	Information: Tageszeitung/ Beilage	1	Nein	NOMINAL
A210_01	Information: Tageszeitung/ Beilage	2	Ja	NOMINAL
A210_02	Information: Prospekt/ Broschüre	1	Nein	NOMINAL
A210_02	Information: Prospekt/ Broschüre	2	Ja	NOMINAL
A210_03	Information: Internet/ Homepage	1	Nein	NOMINAL
A210_03	Information: Internet/ Homepage	2	Ja	NOMINAL
A210_04	Information: Social- Media (z. B. Facebook)	1	Nein	NOMINAL
A210_04	Information: Social- Media (z. B. Facebook)	2	Ja	NOMINAL
A210_05	Information: Messenger (z. B. WhatsApp, Signal)	1	Nein	NOMINAL
A210_05	Information: Messenger (z. B. WhatsApp, Signal)	2	Ja	NOMINAL
A210_06	Information: (Info-)Veranstaltungen	1	Nein	NOMINAL

A210_06	Information: (Info-)Veranstaltungen	2	Ja	NOMINAL
A210_07	Information: Sonstiges	1	Nein	NOMINAL
A210_07	Information: Sonstiges	2	Ja	NOMINAL
A210_07a	Information: Sonstiges (offene Eingabe)			TEXT
Sturzursachen				
A301	Gestürzt	1	Ja (weiter mit Frage 16)	NOMINAL
A301	Gestürzt	2	Nein (weiter mit Frage 19)	NOMINAL
A301	Gestürzt	-9	ungültig	
Sturzort				
A302_01	Sturz Ort: Häusliches Umfeld	1	Nein	NOMINAL
A302_01	Sturz Ort: Häusliches Umfeld	2	Ja	NOMINAL
A302_02	Sturz Ort: Außer Haus	1	Nein	NOMINAL
A302_02	Sturz Ort: Außer Haus	2	Ja	NOMINAL
Sturzeinrichtung				
A303	Einrichtung aufgesucht	1	Ja (weiter mit Frage 18)	NOMINAL
A303	Einrichtung aufgesucht	2	Nein (weiter mit Frage 19)	NOMINAL
A303	Einrichtung aufgesucht	-9	ungültig	
Sturzeinrichtung: Krankenhaus/Klinik				
A304_01	Sturz Einrichtung: Arztpraxis	1	Nein	NOMINAL
A304_01	Sturz Einrichtung: Arztpraxis	2	Ja	NOMINAL
A304_02	Sturz Einrichtung: Krankenhaus/ Klinik	1	Nein	NOMINAL
A304_02	Sturz Einrichtung: Krankenhaus/ Klinik	2	Ja	NOMINAL

Anlage 6: Übersicht der bestehenden zielgruppenspezifischen Bewegungsangebote im Landkreis Uelzen (Eigene Recherche, Stand: 20.12.2022)

Institution	Angebot	Gemeinde/OT
Post Sportverein Uelzen	Walking/Nordic-Walking	Uelzen
Post Sportverein Uelzen	Lungensport in zwei Belastungsgruppen	Uelzen
Post Sportverein Uelzen	Parkinsonsport	Uelzen
Post Sportverein Uelzen	Rückenschule Gelenkschul Sturzprophylaxe	Uelzen
Post Sportverein Uelzen	Wassergymnastik	Ebstorf
Post Sportverein Uelzen	Zeit für mich	Uelzen
Post Sportverein Uelzen	Linedance/ Mehrgenerationen-Gruppe	Uelzen
Post Sportverein Uelzen	Senioren-sport	Uelzen
Sportverein Rosche v. 1921 e.V.	Kegeln	Uelzen/Rosche
Sportverein Rosche v. 1921 e.V.	Sport 50+	Uelzen/Rosche
SC Kirch-/Westerweyhe e.V.	50+ Fitness – Fit & Stark mit Steffi	Uelzen (OT Westerweyhe)
SC Kirch-/Westerweyhe e.V.	Senioren-gymnastik	Uelzen (OT Westerweyhe)
Sport Jongleure Dreilingen e. V.	Jongliertreff 60+	Suderburg (OT Gerdau)
Sport Jongleure Dreilingen e. V. in Kooperation mit Gemeindegruppe der St.-Marien-Kirche Eimke	Senioren-gymnastik Sport, Spiel und Bewegung	Suderburg (OT Eimke)
Sportvereinigung Sperber Veerßen von 1920 e.V.	Gymnastik Gemischte Gruppe 50+	Uelzen
Sportvereinigung Sperber Veerßen von 1920 e.V.	Gymnastik Damen	Uelzen
Sportvereinigung Sperber Veerßen von 1920 e.V.	sanfte Gymnastik Damen	Uelzen
Sportvereinigung Sperber Veerßen von 1920 e.V.	Rückenschule "Gemischte Gruppe"	Uelzen
Sportvereinigung Sperber Veerßen von 1920 e.V.	Trimmgruppe "Männer 60+"	Uelzen
Turnverein Uelzen von 1860 e.V.	Senioren-gymnastik Damen	Uelzen

Turnverein Uelzen von 1860 e.V.	Senioren-gymnastik Herren	Uelzen
Turnverein Uelzen von 1860 e.V.	Senioren-gymnastik ü70	Uelzen
Turnverein Uelzen von 1860 e.V.	Senioren-sport: Gymnastik und Volleyball	Uelzen
Turnverein Uelzen von 1860 e.V.	Körper spüren	Uelzen
Boule-Treff Ebstorf	Boule	Ebstorf
Turn- und Sportverein Ebstorf von 1866 e. V.	Fit ins hohe Alter/Rückenschule, Gymnastik für Senioren	Ebstorf
TUS Ebstorf 1965 e.V.	70+ Fitness	Adendorf
TUS Ebstorf 1965 e.V.	Fit in der 2. Lebenshälfte	Adendorf
TUS Ebstorf 1965 e.V.	Trittsicher	Adendorf
TUS Ebstorf 1965 e.V.	Alltagsfitness	Adendorf
TuS Soltendieck	Frauengymnastik 60+	Soltendieck
TSV Wrestedt/Stederdorf	Frauengymnastik 60+	Wrestedt/Stederdorf
TSV Wriedel von 1912 e.V.	Präventionssportgruppe	
MTV Barum	Gymnastikgruppe 60+	Barum
VFL Suderburg v. 1912 e.V.	Seniorenturnen	Suderburg
VFL Suderburg v. 1912 e.V.	Frauen Fitness 60+	Suderburg (OT Böddenstedt)
VFL Suderburg v. 1912 e.V.	Aquajogging	Unterlüß (Winter) Stadensen (Sommer)
VFL Suderburg v. 1912 e.V.	Wasser-Gymnastik	Unterlüß (Winter) Stadensen (Sommer)
VFL Suderburg v. 1912 e.V.	Präventive Wirbelsäulengymnastik	Suderburg
VFL Suderburg v. 1912 e.V.	Rehasport (Osteoporose- und Koronarsportgruppe, Funktionstraining)	Suderburg
VfL SF Böddenstedt e. V.	Seniorenturnen	Suderburg (OT Böddenstedt)
SV Holdenstedt v. 1920 e.V.	Walking u. Lauffreff	Holdenstedt
SV Holdenstedt v. 1920 e.V.	zehn Seniorenveranstaltungen teilnehmen (Bosseln, Kegeln,	Holdenstedt

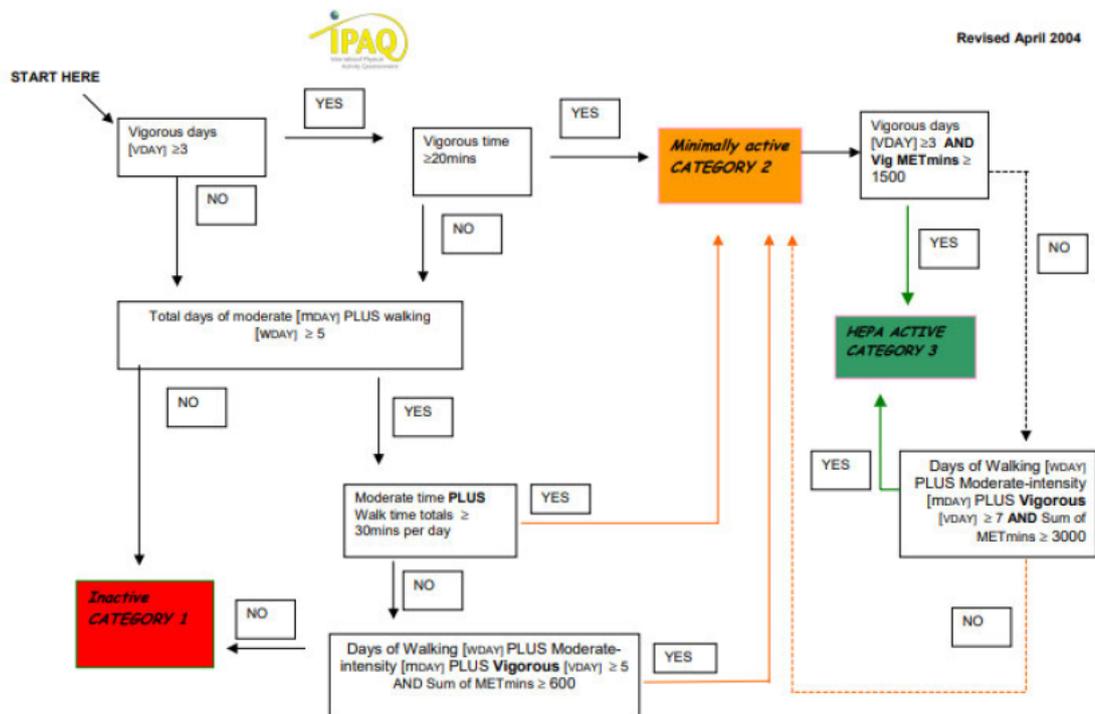
	Halbtages- und Tages-Busfahrten, Fahrradtouren etc.)	
Reha-Herzsport des VSV Uelzen	Herzsport unter ärztlicher Aufsicht (wechselndes Programm)	Uelzen
Kreissportbundes Uelzen e.V.	Spaziergänge ("Uelzen in Bewegung")	Uelzen
Kreissportbundes Uelzen e.V.	AGIL-Sporttag ("Aktiv und gesund in der zweiten Lebenshälfte")	Uelzen
MTV Hanstedt	Nordic Walking/ Funktionsgymnastik (ohne Alterseinschränkung)	Hanstedt
MTV Hanstedt	Fit im Alter	Hanstedt
SV Emmendorf von 1920 e.V.	Gymnastik für Damen (Jedes alter)	Bad Bevensen (PT Emmendorf)
MTV Bad Bevensen 1861 e.V.	Gymnastik ü50 Gymnastik ü60 Gymnastik ü70	Bad Bevensen
MTV Bad Bevensen 1861 e.V.	Hockergymnastik	Bad Bevensen
MTV Bad Bevensen 1861 e.V.	Walking	Bad Bevensen
MTV Bad Bevensen 1861 e.V.	Nordic Fitness	Bad Bevensen
Turn- und Sportverein Altenmedingen v. 1911 e.V.	Seniorengruppe "Aktiv im Alter"	Bad Bevensen (OT Altenmedingen)
TSV Bienenbüttel 1911 e.V.	Aktiv 60 plus	Bienenbüttel
TSV Bienenbüttel 1911 e.V.	Boule-Spiel	Bienenbüttel
TSV Bienenbüttel 1911 e.V.	Damengymnastik (60+)	Bienenbüttel
TuS Bodenteich von 1911 e.V.	Bewegung am Morgen / Balance- und Gleichgewichtstraining	Bad Bodenteich
TuS Bodenteich von 1911 e.V.	Trittsicher-Bewegungskurs/ 6 Übungseinheiten (Ende 2023)	Bad Bodenteich
TuS Bodenteich von 1911 e.V.	AlltagsTrainingsProgramm(ATP) – Programm zur Ganzkörperkräftigung und Koordinationsschulung mit Alltagsbezug	Bad Bodenteich
TuS Bodenteich von 1911 e.V.	Fit und Gesund - ein 60 Minuten Gesundheitssportprogramm zur	Bad Bodenteich

	umfassenden Stärkung der Fitness - mit einem Schwerpunkt Ganzkörperkräftigung und Beweglichkeit	
TuS Bodenteich von 1911 e.V.	Bewegen statt Schonen - ein Ganzkörperkräftigungsprogramm	Bad Bodenteich
TuS Bodenteich von 1911 e.V.	Gymnastik Wirbelsäulengymnastik	Bad Bodenteich
TuS Bodenteich von 1911 e.V.	Rehabilitationssport: Lungensport Wirbelsäule, Gelenke & Osteoporose (Hockergruppe) Herzsport (ärztlicher Aufsicht) Krebssport	Bad Bodenteich
MTV Himbergen v. 1913 e.V.	Lauftreff (Wandern, Gehen oder Walken mögl.)	Himbergen
SV Frischauf Natendorf von 1919 e.V.	Seniorentanz	Natendorf
SV Frischauf Natendorf von 1919 e.V.	Gymnastik (Hockergymnastik, Wirbelsäulentraining, Ausdauer)	Natendorf
SV Jelmstorf e.V.	Linedance für Anfänger (keine Altersbeschränkung)	Jelmstorf
SV Jelmstorf e.V.	Frauen-Yoga (65+)	Jelmstorf
MTV Gerdau von 1921 e.V.	Frauenturnen Männerturnen	Gerdau
TV Rätzlingen von 1992 e.V.	Volleyball (keine Altersbeschränkung)	Rätzlingen
TV Rätzlingen von 1992 e.V.	Power-Dance (keine Altersbeschränkung)	Rätzlingen
TSV Suhlendorf von 1920 e.v.	Rückenschule	Suhlendorf
TSV Suhlendorf von 1920 e.v.	Nordic Walking I & II	Suhlendorf
TSV Suhlendorf von 1920 e.v.	Fitness für Frauen	Suhlendorf
TSV Suhlendorf von 1920 e.v.	Präventiv-Gymnastik für Frauen	Suhlendorf
AWO Ortsverein Bad Bevensen	AWO-Tanzen	Bad Bevensen
AWO Ortsverein Bad Bevensen	AWO-Gymnastik	Bad Bevensen
AWO Ortsverein Uelzen	Kegeln	Uelzen
AWO Ortsverein Uelzen	Senioren-Gymnastik	Uelzen

Ev. Familien-Bildungsstätte Uelzen	Gymnastik für Seniorinnen	Uelzen
Heiligen-Geist-Stift gGmbH	Treff Am KÖ Line Dance Gymnastik/ Sitzgymnastik	Uelzen
DRK Mehrgenerationenzentrum Uelzen	Rollator - Tanz Präventives Gesundheitstraining für Senioren Nordic Walking Gymnastik Gymnastik auf der Matte Gymnastik auf dem Stuhl Seniorenfitness Line-Dance/ ZUMBA Dart-Kurs oder Boule Tanzkreis Arbeitskreis Seniorengruppe Sport-Mix	Uelzen
DRK Mehrgenerationenhaus Ebstorf	Nordic Walking	Ebstorf
DRK Altenmedingen	Sommerfahrradtouren Seniorengymnastik	Altenmedingen
DRK Bad Bevensen	Gymnastik Yoga Kegeln	Bad Bevensen
DRK Bienenbüttel	Gymnastikgruppe Frühstücks-Kegeln	Bienenbüttel
DRK Ebstorf	Gymnastikgruppen Radtouren	Ebstorf
DRK Molzen	Gymnastik	Molzen
DRK Uelzen	Gymnastikgruppen	Uelzen
DRK Wriedel	Gymnastikgruppe durch Pia Burmester	Wriedel
DRK Nettelkamp – Bad Bodenteich	Gymnastikgruppen Nordic-Walking Kegeln Spielen Boßeln Yoga	Nettelkamp – Bad Bodenteich
Kirchengemeinden Römstedt und Himbergen	Seniorentanzen/	Himbergen
Kirchengemeinden Römstedt und Himbergen	Kontratanz	Himbergen
Kirchengemeinden Römstedt und Himbergen	Line-Dance	Himbergen
EV. -luth. St. Remigius Kirchengemeinde Suderburg	Stuhlgymnastik	Suderburg

Seniorenkreis Kirch- und Westerweyhe	Seniorenkreis Kirch- und Westerweyhe: "Bleib fit und mach mit!" - Der fröhliche Tanzkreis	Westerweyhe
Gemeindezentrum Westerweyhe	Linedance (externe Gruppe)	Westerweyhe
Gemeindezentrum Westerweyhe	Bewegung mit Musik	Westerweyhe
Kirchengemeinde Oldenstadt-Groß Liedern	Stuhlgymnastik	Oldenstadt
Volkstanzgruppe Suderburg (Verein)	Volkstanz	Suderburg

Anlage 7: Flussdiagramm des IPAQ Research Committee (2004)



APPENDIX 2: Flow chart algorithm for the analysis of IPAQ short form

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Bad Bevensen, 03. Juli 2023

