

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

Implikationen einer regelmäßigen Teilnahme am Rehabilitationssport auf
die funktionale Selbstständigkeit von alleinlebenden älteren Menschen
im Alter von 65 bis 80 Jahren – Eine qualitative Untersuchung

Bachelorarbeit
Gesundheitswissenschaften
7. Fachsemester

Vorgelegt von:
Joey Marleen Gammelien



Hamburg
Am 27. August 2025

Gutachterin: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sabine Wöhlke (HAW Hamburg)

Gutachterin: Jane Saftig (HAW Hamburg)

Abstract

Hintergrund: In Deutschland ist seit Jahren ein Trend zur Alterung der Gesellschaft zu verzeichnen und die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen steigt kontinuierlich. Gleichzeitig besteht der große Wunsch nach Unabhängigkeit bei der älteren Bevölkerung. Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, die funktionale Selbstständigkeit der älteren alleinlebenden Menschen zu fördern und zu erhalten. Körperliche Aktivität im Alter zeigt positive Effekte auf die Gesundheit sowie auf die selbstständige Lebensführung. Jedoch erreichen nur wenige der Altersgruppe die für sie vorgesehenen Aktivitätsempfehlungen. Ein Setting, das soziale Kontakte und die körperliche Aktivität fördert, ist der Rehabilitationssport. Darum zielt diese Arbeit auf die Erhebung von Implikationen einer regelmäßigen Teilnahme am Rehabilitationssport auf die funktionale Selbstständigkeit älterer alleinlebender Menschen ab.

Methode: Anhand von sechs Leitfadeninterviews mit Teilnehmenden verschiedener Rehabilitationssportgruppen eines regionalen Spotvereins im norddeutschen Raum, wurden Erfahrungen der Teilnehmenden in Bezug auf die funktionale Selbstständigkeit erhoben. Die Datenauswertung erfolgte auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und mit Hilfe der Software QCAmap.

Ergebnisse: Hauptsächliche Veränderungen durch den Rehabilitationssport weisen die Ergebnisse in der Kraft, der Beweglichkeit, der Kondition sowie in dem Wohlbefinden der Teilnehmenden auf. Als unterstützenden Faktoren zeigen die psychosozialen Effekte einen Einfluss auf die Motivation der Teilnehmenden zu einer regelmäßigen Teilnahme. Langfristige Veränderungen werden vor allem in der Veränderung des Gesundheitsbewusstseins der Teilnehmenden vermerkt.

Diskussion: Rehabilitationssport trägt bei älteren alleinlebenden Menschen wirksam zur Förderung der funktionalen Selbstständigkeit bei und stärkt sowohl körperliche als auch soziale Ressourcen. Um eine nachhaltige Wirkung gewährleisten zu können sollten langfristige Trainingsprogramme durch feste Gruppenstrukturen, eine gezielte Motivationsförderung sowie die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins unterstützt werden.

Schlüsselwörter: Rehabilitationssport, ältere alleinlebende Menschen, körperliche Aktivität, funktionale Selbstständigkeit

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	IV
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund	2
2.1. Demografischer Wandel und Alterungsprozesse	2
2.2. Funktionale Selbstständigkeit und Rehabilitation	5
2.3. Körperliche Aktivität und Gesundheit im höheren Lebensalter	7
2.4. Rehabilitation im Gesundheitssystem	10
2.5. Soziale Aspekte des Rehabilitationssports	12
3. Methodisches Vorgehen	14
3.1. Forschungsdesign	14
3.2. Auswahl der Interviewpartner*innen	14
3.3. Datenerhebung	16
3.3.1. Das halbstrukturierte Leitfadeninterview	16
3.3.2. Erstellung des Interviewleitfadens	16
3.3.3. Transkription der Interviews	17
3.4. Inhaltlich-strukturierende Analyse nach Mayring	18
3.5. Maßnahmen des Datenschutzes	21
3.6. Gütekriterien qualitativer Forschung	21
4. Ergebnisse	23
4.1. Subjektive Wahrnehmung funktionaler Selbstständigkeit	23
4.2. Körperliche Wirkungen des Rehabilitationssports	25
4.3. Soziale Interaktionen und Motivation	27
4.4. Langfristige Auswirkungen des Rehabilitationssports	29
5. Diskussion	32
5.1. Ergebnisdiskussion	32
5.1.1. Erlebte Auswirkungen des Rehabilitationssports auf die funktionale Selbstständigkeit im Alter	33

5.1.2. Einflussfaktoren auf den nachhaltigen Erhalt funktionaler Selbstständigkeit durch Rehabilitationssport.....	37
5.2. Reflexion des methodischen Vorgehens	40
6. Fazit und Ausblick.....	42
Literaturverzeichnis	44
Anhang 1: Interviewleitfaden	50
Anhang 2: Informationsschreiben und Einverständniserklärung	56
Anhang 3: Transkriptionsregeln	59
Anhang 4: Kodierleitfaden.....	60
Anhang 5: Ethik Checkliste	67
Eidesstattliche Erklärung	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Komponenten des ICF-Modells.....	6
Abbildung 2: Ablaufmodell inhaltliche Strukturierung.....	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle1: Darstellung finales Kategoriensystem.....	20
---	----

Abkürzungsverzeichnis

Reha-Sport.....	Rehabilitationssport
ICF.....	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
WHO.....	World Health Organisation

1. Einleitung

Die demografische Entwicklung in Deutschland zeigt einen klaren Trend zur Alterung der Gesellschaft. Prognosen zufolge wird der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 16% im Jahr 2021 auf 23% im Jahr 2040 ansteigen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2021, S. 21). Mit dieser Entwicklung geht die Herausforderung einher, die körperliche Selbstständigkeit und Lebensqualität der älteren Menschen zu erhalten und zu fördern.

Körperliche Inaktivität ist für sechs bis zehn Prozent der nicht übertragbaren Krankheiten verantwortlich. Dazu zählen die Koronare Herzkrankheit, Diabetes Mellitus Typ 2 sowie Colon- und Mammakarzinom. Neun Prozent der vorzeitigen Sterblichkeit sind auf dieses ungesunde Verhalten zurückzuführen (Lee et al., 2012, S. 6). Körperliche Inaktivität ist somit eine der häufigsten Todesursachen weltweit und wird als Pandemie bezeichnet (Kohl et al., 2012, S. 303). Im Jahr 2013 haben die Auswirkungen von körperlicher Inaktivität die Weltwirtschaft mehr als 67,6 Milliarden US-Dollar gekostet. Diese sind auf Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverluste zurückzuführen (Ding et al., 2016, S. 1323).

Den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2025c) ist zu entnehmen, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2023 auf 5,69 Millionen Menschen gestiegen ist. Im Vergleich dazu betrug die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2009 noch 2,34 Millionen. Über 80% der 5,69 Millionen pflegebedürftigen Personen leben zuhause und werden dort durch Angehörige versorgt (67%) oder durch ambulante Pflege- oder Betreuungsdienste (19%). Nur 14% leben in vollstationären Pflegeheimen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025c).

Studien zeigen, dass ein erheblicher Anteil älterer Menschen von Einschränkungen in ihren alltäglichen Aktivitäten betroffen sind. So sind laut einer Studie aus dem Jahr 2022 etwa 45% der 65-79-Jährigen in ihrem Alltag aufgrund ihres Gesundheitszustandes eingeschränkt (Fuchs et al., 2022, S. 8). Gleichzeitig besteht bei vielen älteren Menschen der Wunsch nach Unabhängigkeit (Dapp et al., 2009, S. 249). So zeigt eine Studie aus Norwegen, deren Ziel darin bestand, herauszufinden, wie ältere Menschen den Alterungsprozess wahrnehmen, dass der Großteil der befragten Personen, so lange es ihnen möglich ist, in ihren Privathaushalten leben möchten (Fjell et al., 2021, S. 5).

In diesem Kontext gewinnt der Rehabilitationssport als gesundheitsfördernde Maßnahme zunehmend an Bedeutung. Er zielt darauf ab, die körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern und somit die körperliche Selbstständigkeit zu unterstützen (Bundesgemeinschaft für Rehabilitation e.V., 2022, S. 20).

Ziel dieser Arbeit ist die Erhebung von Auswirkungen des Rehabilitationssports auf die funktionale Selbstständigkeit im Alter. Es wird der Fragestellung nachgegangen, wie alleinlebende

ältere Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren die Auswirkungen einer regelmäßigen Teilnahme am Rehabilitationssport auf ihre funktionale Selbstständigkeit erleben und welche Faktoren diese beeinflussen. Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt im Rahmen einer qualitativen Untersuchung, mithilfe von leitfadengestützten Interviews. Die Auswertung erfolgt durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

In dem theoretischen Hintergrund dieser Arbeit wird zunächst auf den demografischen Wandel und den Alterungsprozess als gesellschaftliche Herausforderung eingegangen. In dem folgenden Kapitel wird die funktionale Selbstständigkeit im Zusammenhang mit der Rehabilitation auf Basis des Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) näher erläutert. Anschließend wird auf die Bedeutung von körperlicher Aktivität im höheren Lebensalter eingegangen. Welche Rolle die Rehabilitation in dem Gesundheitssystem spielt kann dem nachfolgenden Kapitel entnommen werden. Das letzte Kapitel des theoretischen Hintergrundes beschäftigt sich mit der Rolle der sozialen Aspekte in dem Rehabilitationssport.

In dem dritten Kapitel „Methodisches Vorgehen“ werden das Forschungsdesign, die Auswahl der Interviewpartner*innen, die Datenerhebung sowie die Datenauswertung dargestellt. Abschließend werden in dem Kapitel die Maßnahmen des Datenschutzes näher erläutert sowie die Gütekriterien für die qualitative Forschung. Anschließend werden die Ergebnisse dargestellt und folglich in dem fünften Kapitel „Diskussion“ zusammengefasst sowie diskutiert. Nach einer Auseinandersetzung mit den Limitationen, werden in dem abschließenden sechsten Kapitel ein Fazit gezogen, sowie ein Ausblick gegeben.

2. Theoretischer Hintergrund

In dem theoretischen Hintergrund werden Grundlagen beleuchtet, die für die Erarbeitung der Forschungsfrage von Relevanz sind. Hierbei wird zunächst der Alterungsprozess erklärt und wie dieser im Zusammenhang mit der Selbstständigkeit steht. Danach wird auf die physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen von körperlicher Aktivität sowie Inaktivität eingegangen. Anschließend wird der Rehabilitationssport (im Folgenden Reha-Sport) als Bestandteil der Rehabilitation näher erläutert.

2.1. Demografischer Wandel und Alterungsprozesse

Der demografische Wandel wird als Veränderung der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung definiert und berücksichtigt dabei insbesondere Aspekte der Altersstruktur, Geburtenraten und Lebenserwartung (Pundt, 2023, S. 58).

Die Lebenserwartung bei Geburt gilt im Kontext des demografischen Wandels als ein wichtiger Indikator, um die langfristige Entwicklung hin zu einer steigenden Lebenserwartung darzustellen. Seit Ende des 19. Jahrhunderts hat sich die Lebenserwartung bei Geburt auf mehr als das Doppelte erhöht. Gründe dafür sind unter anderem ein gestiegener Wohlstand, bessere Hygiene, verbesserte Arbeitsbedingungen sowie der Fortschritt innerhalb der medizinischen Versorgung (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024). Aufgrund dessen wird der Alterungsprozess und seine Auswirkungen auf die körperliche Selbstständigkeit von immer höherer Relevanz.

Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass im Jahr 2021 der Bevölkerungsaufbau von Personen im Alter von Anfang 50 bis Mitte 60 dominiert wird. Diese wechseln nach und nach in das Seniorenalter und versterben schließlich. Ihnen folgen die zahlenmäßig kleineren Geburtenjahrgänge. Daraus ergibt sich eine deutliche Verlagerung der Relationen zwischen den Altersgruppen (Statistisches Bundesamt (Destatis), o. J.a).

Ein wichtiger Faktor des demografischen Wandels in Deutschland ist die Zunahme an älteren Menschen. Zu der Personengruppe der älteren Menschen zählen Personen in dem Alter von 65 bis 84 Jahren (Statistisches Bundesamt (Destatis), o. J.c). In dem Jahr 1991 betrug die Anzahl der 65-Jährigen und Älteren zwölf Millionen und ist im Jahr 2022 auf 18,7 Millionen gestiegen. Daraus ergibt sich ein Anstieg des prozentualen Anteils der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung von 15% im Jahr 1991 auf 22% im Jahr 2022 (Statistisches Bundesamt (Destatis), o. J.c). In der Altersklasse der 67-Jährigen und älter wird bis zum Ende des Jahres 2030 ein weiterer Anstieg von vier bis fünf Millionen Menschen erwartet (Statistisches Bundesamt, o. J.a).

Unter Betrachtung der Bevölkerungsstruktur, unterteilt nach Altersgruppen, betrug der Anteil der Kinder und jungen Menschen unter 20 Jahren im Jahr 2021 16%, 62% machen die Menschen im Alter von 20 bis 66 Jahren aus und knapp 20% die 67-Jährigen und älter (Statistisches Bundesamt, o. J.a). Wie der Fragestellung zu entnehmen ist, bildet die für diese Arbeit am relevantesten Altersgruppe die Personen ab 67 Jahren. Im Jahr 2070 wird der Anteil der 67-Jährigen und älter schließlich 22% bis 30% der Gesamtbevölkerung ausmachen (ebd.).

Aufgrund dieser Entwicklung zeigt sich eine starke gesundheitspolitische Relevanz, denn die steigende Zahl von älteren Menschen bedeutet auch eine verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Robert Koch Institut, 2015, S. 435). So geht mit dem demografischen Wandel auch eine steigende Anzahl an Pflegebedürftigen einher. Es wird ein Anstieg an pflegebedürftigen Personen von fünf Millionen Menschen Ende 2021 auf über 6,8 Millionen Menschen Ende 2055 erwartet (Statistisches Bundesamt, o. J.b).

Aus den aufgeführten Zahlen ergibt sich also im Zuge des demografischen Wandels ein sinkendes Pflegepotenzial (Robert Koch Institut, 2015, S. 444).

Aufgrund der Entwicklung des demografischen Wandels resultiert die Herausforderung, die älteren Menschen, nach Beendigung ihrer Erwerbstätigkeit, weiterhin sozial zu integrieren. Dies wird aufgrund gesundheitlicher und körperlicher Einschränkungen, die mit dem Alter einhergehen, schwieriger. Es hat sich gezeigt, dass sich eine soziale Inklusion positiv auf die physische und psychische Gesundheit auswirkt und somit eine Pflegebedürftigkeit vermieden oder vermindert werden kann (Waldenberger et al., 2022, S. 3).

Neben dem demografischen Wandel spielt auch der Alterungsprozess eine wichtige gesellschaftliche Rolle. Jeder Mensch ist dem Alterungsprozess ausgesetzt, vorausgesetzt er wird alt genug. Der Alterungsprozess ist ein physiologisch gesehen normaler Prozess und keine Krankheit. Kennzeichen des Alterungsprozesses ist es, dass sich die Wahrscheinlichkeit zu erkranken fortwährend erhöht. Dabei kann es sich um eine Krankheit oder mehrere Krankheiten gleichzeitig handeln. Letztes wird als Multimorbidität definiert und geht mit bedeutenden Konsequenzen der Lebensqualität einher (Von Zuglinick, 2019, S. 989).

Betrachtet man den Alterungsprozess auf physiologischer Ebene, bedeutet dies eine erhöhte Knochenbrüchigkeit durch einen Abbau des Mineralgehaltes in den Knochen, sowie eine kontinuierliche Abnahme der Muskelkraft. Die Muskelmasse wird insgesamt kleiner, auch Atrophie genannt, und ersetzt sich zum Teil durch Fettgewebe (Von Zuglinick, 2019, S. 999). Neben den altersbedingten Veränderungen des Bewegungsapparates kommt es zudem zu einer reduzierten Vitalkapazität der Lunge, sowie zu einer Abnahme der Herzfrequenz unter Belastung und einer Abnahme der Elastizität der Gefäße, was wiederum zu einem Blutdruckanstieg im Alter führen kann (ebd. S. 885).

Der Funktionsverlust eines Menschen entscheidet über die therapeutischen Möglichkeiten. So gibt es Menschen, die an einer Vielzahl schwerer Erkrankungen leiden, die aber nicht mit einem Funktionsverlust einhergehen. Es gibt aber auch Menschen, bei denen eine Einzelerkrankung, wie z.B. ein Schlaganfall, zu erheblichen funktionellen Einschränkungen führen kann (Von Zuglinick, 2019, S. 1003).

Auch die physiologischen Veränderungen stehen im Zusammenhang mit der funktionalen Selbstständigkeit, da unter anderem Herzkrankheiten, Bluthochdruck und Schmerzen mit einer erhöhten Sturzgefahr einher gehen (Xu et al., 2022, S. 5).

Eine Studie in den Vereinigten Staaten von Amerika hat ergeben, dass 27,5% der über 65-Jährigen im Jahr 2018 mindestens einen Sturz erlitten haben und 10,2% der über 65-Jährigen berichteten von einer sturzbedingten Verletzung im selben Jahr (Moreland et al., 2020, S. 875). Da die Folgen eines Sturzes zu einer herabgesetzten Selbstständigkeit und Lebensqualität führen können (Tsai et al., 2021, S. 5), sollten diese möglichst verhindert werden.

Der Zustand der Gebrechlichkeit spielt eine wesentliche Rolle bei der Bevölkerungsalterung (Clegg et al., 2013, S. 1). Gebrechlichkeit beschreibt das Ereignis, dass eine kleine

Veränderung, wie z.B. eine leichte Infektion, den Gesundheitszustand unverhältnismäßig verändert und die betroffene Person somit von der Unabhängigkeit in eine Abhängigkeit fällt (ebd. S. 2). Gebrechlichkeit lässt sich in drei Dimensionen unterteilen: die körperliche, die psychische und die soziale Dimension (Fuchs et al., 2016, S. 735).

Somit spielt neben der physischen Gesundheit, auch die psychische und soziale Gesundheit eine bedeutende Rolle bei dem Alterungsprozess. Dies wird verdeutlicht durch eine Studie die zeigt, dass gruppenbasierte Interventionen, die soziale Interaktionen erhöhen können und Einsamkeitsgefühlen entgegenwirken (Paquet et al., 2023, S. 10). Diese Wirkung könnte dabei auf den Reha-Sport übertragen werden.

2.2. Funktionale Selbstständigkeit und Rehabilitation

Die Selbstständigkeit zu erlangen, stellt ein unbestrittenes Ziel der Rehabilitation dar (Stürnimann, 2015, S. 705). Gemeint ist damit die persönliche Integrität und somit auch die Autonomie wiederherzustellen (ebd. S. 705). Rehabilitationsleistungen umfassen sämtliche medizinische Maßnahmen, die darauf abzielen, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu beseitigen, zu lindern oder auszugleichen, sowie ihre Verschlimmerung zu vermeiden oder ihre Folgen abzumildern (Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Diese Faktoren sind besonders relevant für den Erhalt der Selbstständigkeit, da funktionale Einschränkungen die Selbstständigkeit des Menschen limitieren. Zu diesen funktionalen Einschränkungen zählen neben den kognitiven Einschränkungen, wie ein Mangel an Wissen, auch die körperlichen Einschränkungen, wie Behinderung oder Krankheit (Stürnimann, 2015, S. 704).

Ein Modell, mit welchem der Gesundheitszustand, sowie Zustände, die mit Gesundheit zusammenhängen, verstanden und beschrieben werden kann, ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Ziel der ICF ist es, eine einheitliche Sprache zu bilden, mit welcher der Gesundheitszustand beschrieben werden kann und somit auch Datenvergleiche zwischen Ländern, Gesundheitsdiensten und Disziplinen im Gesundheitswesen möglich sind (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015, S. 11).

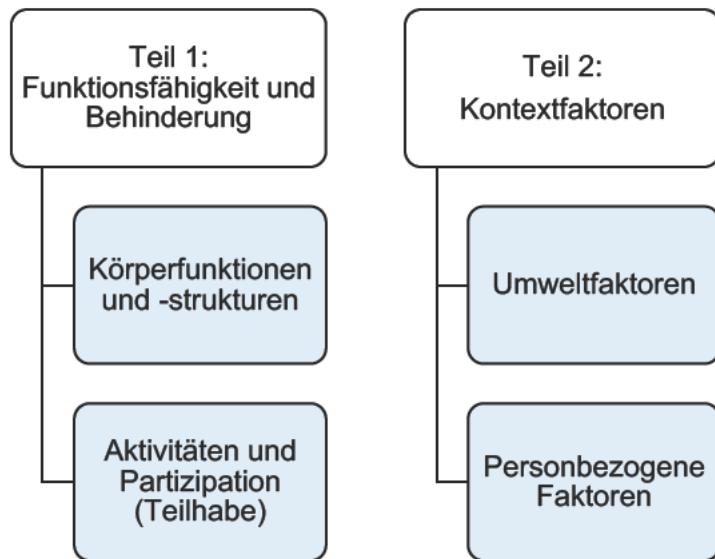


Abbildung 1: Komponenten des ICF-Modells eigene Darstellung (nach Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015, S. 16)

Abbildung 1 zeigt, dass das ICF-Modell aus zwei Teilen besteht, mit jeweils zwei Komponenten. Der erste Teil ist der Teil der Funktionsfähigkeit und Behinderung. Dieser beinhaltet zum einen die Körperfunktionen und -strukturen und zum anderen die Aktivitäten und die Partizipation (Teilhabe). Den zweiten Teil bilden die Kontextfaktoren mit den personenbezogenen Faktoren und den Umweltfaktoren (ebd. S. 16). Das ICF-Modell berücksichtigt somit sämtliche Faktoren, die sich auf den Gesundheitszustand eines Menschen auswirken können.

Auch für die Rehabilitation ist das Modell von großer Bedeutung. Für das ärztliche Handeln ist es von hoher Relevanz sich nicht nur auf die reine Behandlung von Krankheiten zu fokussieren, sondern ebenfalls den gesamten Lebenshintergrund zu betrachten. Dafür wird das ICF-Modell verwendet. Da es die ärztliche Aufgabe ist, den Patienten/die Patientin optimal zu versorgen, entscheidet dieser über die Verschreibungen von Rehabilitationsmaßnahmen. Während der Rehabilitationsmaßnahme können aufgrund der durch die ICF ermöglichte transparente Kommunikation Reha-Ziele vereinbart werden und die Ergebnisse verständlich dokumentiert werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S. 9).

Die funktionale Selbstständigkeit lässt sich anhand des ICF-Modells erklären, indem diese als ein Wechselspiel zwischen den individuellen Fähigkeiten eines Menschen und den Umweltfaktoren betrachtet wird. Denn alle Bestandteile der Funktionsfähigkeit und Behinderung sind durch die Umweltfaktoren beeinflussbar (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015, S. 14). Da funktionale Einschränkungen die Selbstständigkeit limitieren (Stirimann, 2015, S. 704), lässt sich die Selbstständigkeit anhand des ICF-Modells in vier zentrale Komponenten unterteilen, die sich gegenseitig beeinflussen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015, S. 16). Diese vier Komponenten sind zum

einen die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten, die Partizipation (Teilhabe) und die Kontextfaktoren, zu denen die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren gehören (ebd. S. 16). Zu den Körperfunktionen und -strukturen zählen physiologische Aspekte wie die Muskelkraft, die Gelenkbeweglichkeit und das Bewegungsmuster beim Gehen (ebd. S. 38). Die Aktivitäten umfassen Tätigkeiten wie das Gehen, sich kleiden, Hausarbeiten erledigen und sich selbst zu versorgen (ebd. S. 44). Zu der Partizipation (Teilhabe) lassen sich Freizeit- und Erholungsaktivitäten zuordnen, zu denen auch der Sport gehört oder auch sich mit Freunden oder der Familie zu treffen (ebd. S. 121). Die Umweltfaktoren umfassen unter anderem private Bauproekte, wie eine barrierefreie Wohnung (ebd. S. 128) oder Dienste des Gesundheitswesens, wie die Rehabilitation (ebd. S. 141). Die personenbezogenen Faktoren sind in der ICF nicht spezifisch klassifiziert, bilden aber den speziellen Hintergrund der Lebensführung eines Menschen (ebd. S. 22).

Daraus ergibt sich, dass die funktionale Selbstständigkeit kein statischer Zustand ist, der sich klar definieren lässt, sondern ein Gleichgewicht aus den genannten Faktoren. Das ICF-Modell macht sichtbar, wo Interventionen angesetzt werden müssen.

Der Erhalt der Selbstständigkeit ist essenziell, für ein langes Leben in dem eigenen Zuhause. Die Ergebnisse einer Studie aus dem Jahr 2022 zeigen, dass 46,1% der Frauen und 42,9% der Männer in der Altersgruppe von 65-79 Jahren aufgrund ihres Gesundheitszustandes bei ihren alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt sind (Fuchs et al., 2022, S. 8). Das könnte dazu führen, dass ältere Personen nicht mehr allein zuhause leben können. Jedoch befürchten älteren Menschen den Verlust ihrer Identität, wenn sie in ein Alten- und Pflegewohnheim ziehen, oder den Verlust ihrer Freiheit und Macht, wenn sie zu ihrer Familie ziehen und mit dieser zusammen leben (Molina-Mula et al., 2020, S. 14).

Diese Ergebnisse verdeutlichen die Relevanz von einer selbstständigen Lebensführung im Alter und wie wichtig es ist, den Erhalt der Selbstständigkeit zu fördern.

2.3. Körperliche Aktivität und Gesundheit im höheren Lebensalter

Caspersen et al., (1985, S. 126-127) definiert körperliche Aktivität als jene körperliche Aktivität, welche durch die Skelettmuskulatur erzeugt wird und somit zu einem Energieaufwand führt. Caspersen et al. unterteilt die körperliche Aktivität im Alltag in die beruflichen, sportlichen, konditionellen, häuslichen oder anderen Aktivitäten (ebd. S. 128).

Den Empfehlungen der World Health Organisation (WHO) für die körperliche Aktivität ist zu entnehmen, dass ältere Menschen mindestens 150 bis 300 Minuten in der Woche ein moderate Training oder 75 bis 150 Minuten ein intensives körperliches Training absolvieren sollen. Es geht auch beides zu kombinieren. Zudem sollen sie Muskelkräftigungsübungen an zwei

oder mehr Tagen in der Woche durchführen, sowie an drei Tagen die Woche funktionelle Kräftigungs- und Gleichgewichtsübungen absolvieren, um die funktionelle Leistungsfähigkeit zu verbessern und Stürze zu verhindern (WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour, 2020, S. 43).

Den Einfluss, den regelmäßige körperliche Aktivität auf eine selbstständige Lebensführung hat, verdeutlicht eine randomisierte Interventionsstudie von Ožić et al., (2020). Die Interventionsgruppe nahm dabei an zwei Interventionen teil. Die eine thematisierte die Absturzprävention, wobei die Teilnehmenden zweimal wöchentlich spezielle Übungen durchführten und über mögliche Sturzgefahren im Haushalt aufgeklärt wurden. Die zweite Intervention bestand aus Schulungen zur Verringerung von Einsamkeit. Die Kontrollgruppe führte keine Interventionen durch (ebd. S. 3). Die Studie zeigt deutliche Anstiege der körperlichen Gebrechlichkeit in der Kontrollgruppe, während in der Interventionsgruppe kein Anstieg verzeichnet werden kann (ebd. S.4).

Ebenfalls positive Auswirkungen der körperlichen Aktivität zeigt die folgende Studie, in welcher Frauen ab 70 Jahren befragt wurden, die regelmäßig an einem Gruppenübungsprogramm teilnehmen. Die Frauen haben gelernt durch die Aktivität mehr auf ihre eigenen Fähigkeiten zu vertrauen. Zudem ist die Kräftigung der Muskulatur wichtig, um Stürze zu verhindern und die individuelle Lebensqualität beizubehalten. Die Frauen gaben ebenfalls an, dass sie sich durch die körperliche Aktivität, körperlich leistungsfähiger fühlen und somit die soziale Teilhabe gefördert wird (Bergland et al., 2018, S. 5).

Die beiden Studienergebnisse verdeutlichen die Relevanz von körperlicher Aktivität im Alter sowohl im Hinblick auf die körperliche Leistungsfähigkeit als auch für die soziale Teilhaben und die Lebensqualität.

Wie in Kapitel 2.1. erwähnt, ergibt sich aufgrund der Entwicklung des demografischen Wandels die Herausforderung, die älteren Menschen, nach Beendigung ihrer Erwerbstätigkeit, weiterhin sozial zu integrieren. Dies wird aufgrund von gesundheitlichen und körperlichen Einschränkungen, die mit dem zunehmenden Alter einhergehen, schwieriger. Es hat sich gezeigt, dass sich eine soziale Inklusion positiv auf die physische und psychische Gesundheit auswirkt und somit eine Pflegebedürftigkeit vermieden oder vermindert werden kann (Waldenberger et al., 2022, S. 3). Die regelmäßige Teilnahme an einer Reha-Sport-Gruppe kann zu einer Bewältigung dieses Hindernisses beitragen.

Nach dem neunten Altersbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, sollen niedrigschwellige Angebote, welche körperliche Bewegung fördern, ausgeweitet sowie beworben werden. Diese Angebote sollten leicht zugänglich sowie kostengünstig oder kostenfrei sein. Darunter wird auch der Reha-Sport gezählt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2025, S. 269).

Im Folgenden werden neben den positiven Auswirkungen von Bewegung auch die Risiken einer Inaktivität näher beleuchtet.

Die Folgen von einer körperlichen Inaktivität werden von immer größerer Bedeutung, denn sie zählt zu einer der häufigsten Todesursachen weltweit und werden als Pandemie bezeichnet (Kohl et al., 2012, S. 303). Etwa ein Drittel der Menschen im Alter von 65 Jahren und älter sitzt mindestens vier Stunden am Tag und ist nicht körperlich aktiv in der Freizeit (Manz, et al., 2022, S. 35). Eine Studie der WHO zeigt, dass im Jahr 2016 weltweit mehr als ein Viertel der Erwachsenen (27,5%) nicht ausreichend körperlich aktiv waren. Gemessen wurde dies anhand der Aktivitätsempfehlungen der WHO. Zudem zeigt die Studie eine weitestgehend konstant gebliebene Prävalenz mangelnder körperlicher Aktivität seit dem Jahr 2001 (Guthold et al., 2018, S. 1082). Die Folgen von fehlender körperlicher Aktivität sind gerade für ältere Menschen gravierend. So zeigt sich, dass körperlich aktive Menschen ein etwa 29% geringeres Frakturrisiko haben, als Menschen mit einer sehr geringen körperlichen Aktivität (Qu et al., 2014, S. 207). Zudem führt eine hohe körperliche Aktivität, zu einem erhöhten funktionellen Status im Alter. Bei der Betrachtung von höheren Funktionen wie das Gehen oder Treppensteigen, konnte die Wahrscheinlichkeit eines funktionellen Verlustes bei körperlich aktiven Menschen signifikant reduziert werden (Cunningham et al., 2020, S. 5). Ein Verlust der funktionellen Fähigkeiten kann zu einer Einschränkung der Selbstständigkeit führen (Stirnimann, 2015, S.704).

Auch die psychosozialen Auswirkungen, die mit einer eingeschränkten Selbstständigkeit einhergehen sind nicht zu vernachlässigen. So zeigt sich, dass eine bestehende Multimorbidität mit zunehmendem Alter, zu einer Verringerung des körperlichen Wohlbefindens führen kann. Mit guten sozialen Beziehungen steigt dieses wieder (Vespa et al., 2023, S. 7). Das ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und sozialer Isolation besteht, belegt die folgende Studie. Diese zeigt, dass eine mäßige bis hohe körperliche Aktivität die Wahrscheinlichkeit einer sozialen Isolation um 31% und 35% reduziert. Die 31% beziehen sich dabei auf die mäßige körperliche Aktivität und die 35% auf die hohe körperliche Aktivität. Zudem wurde der Zusammenhang zwischen körperlicher Inaktivität und Depressionen, einem schlechten Gesundheitszustand und einer eingeschränkten Funktionalität untersucht. Dabei wurde ein klarer Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und der Risikoreduktion für alle drei Faktoren erkannt (Musich et al., 2022, S. 90). Zudem können gesundheitliche Folgen von sozialer Isolation Depressions- und Angstsymptome sein (Santini et al., 2020, S. 66).

Die vorliegenden Daten unterstreichen die Folgen von körperlicher Inaktivität sowohl auf die körperliche Gesundheit als auch auf die psychische Gesundheit.

Für die in dieser Arbeit untersuchte Zielgruppe sind die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität von besonderer Relevanz. Die Zielgruppe sind alleinlebende älteren Menschen im

Alter von 65 bis 80 Jahren. Alleinlebend bedeutet, dass die Person in einem Einpersonenhaus-
halt lebt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025a).

Im Jahr 2022 lebten rund 6 Millionen Menschen in dem Alter ab 65 Jahren allein in ihrem Hauptwohnsitz. Das waren 34% und somit jede dritte Person in dieser Altersgruppe (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023). Auffällig ist, dass in der Altersgruppe die Anzahl der alleinlebenden Männer von 15% im Jahr 1996, auf 21% im Jahr 2024 angestiegen ist. Grund dafür ist die ansteigende Lebenserwartung der Männer (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2025b). Wie in Kapitel 2.1. bereits erwähnt, wird der prozentuale Anteil dieser Altersgruppe weiter ansteigen und somit von immer größerer Relevanz. Ein weiterer wichtiger Faktor ist, dass 12% der Menschen ab 65 Jahren nicht in einem barrierearmen Wohnraum leben. Das bedeutet, dass nicht genügend Raum in der Küche und im Badezimmer vorhanden ist, Wohnungs- und Raumtüren schmal sind, sowie das Stufen vorhanden sind, die die Bewegungsfreiheit einschränken. Somit leben 81% der Menschen in der Altersgruppe in Wohnungen, die keinen stufenlosen Zugang haben (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023).

Viele ältere Erwachsenen ziehen es vor, so lange wie möglich allein und unabhängig zu leben (Haslbeck et al., 2012, S. 541). Aufgrund dessen ist es von hoher Relevanz die Unabhängigkeit zu fördern, denn mit dem Alleinleben können gesundheitliche Risiken einhergehen. Eine Studie aus dem Jahr 2020 zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Belastung zu erleiden, durch das Alleinleben signifikant erhöht ist (Gyasi et al., 2020, S. 7). Dieses Risiko kann jedoch durch soziale Teilhabe und körperliche Aktivität reduziert werden (ebd. S. 6).

2.4. Rehabilitation im Gesundheitssystem

Rehabilitation bedeutet wortwörtlich übersetzt „Wiederbefähigung“. Zugeordnet wird diese national und international verschiedenen Konzepten und Maßnahmen. (Gmünder, 2015, S. 22). Die WHO definiert Rehabilitation als verschiedene Interventionen, die darauf ausgerichtet sind, die Funktionsfähigkeit und Behinderungen bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu verbessern und gleichzeitig deren Beeinträchtigung im Kontext ihres Lebensumfeldes zu verringern. Darunter fallen unter anderem körperliches Training, um die Muskelkraft zu verbessern oder das Training von sozialen Fähigkeiten (World Health Organisation, 2024a). Die Rehabilitation beinhaltet Maßnahmen, um die körperliche, seelische und soziale Gesundheit wiederherzustellen (Beise et al., 2013, S. 36). Dabei richtet sich Rehabilitation nicht nur an Personen mit Behinderungen. Rehabilitation soll als wesentliche Gesundheitsdienstleistung gesehen werden und für jeden der sie benötigt, zugänglich sein. Dabei ist egal, ob eine chronische oder eine akute Erkrankung vorliegt, eine Beeinträchtigung oder eine Verletzung, welche zu einer Beeinträchtigung der Funktion führt (World Health Organisation, 2024a).

Den Begriffsbestimmungen nach §2 Absatz 1 SGB IX heißt es, dass Menschen mit Behinderungen an körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen leiden und diese sie an einer gleichberechtigten Teilhabe hindern können. Dieser Zustand liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit über mehr als sechs Monate vor. Weicht der Körper- und Geisteszustand von dem Zustand, welcher für das Lebensalter normal ist ab, spricht man von einer Beeinträchtigung. Wenn diese zu erwarten ist, spricht man von Behinderung bedrohten Menschen. Chronische Erkrankungen werden auch nichtübertragbare Krankheiten genannt. Diese sind das Resultat von einer Kombination aus genetischen, umweltbedingten, physiologischen und verhaltensbezogenen Faktoren und sind grundsätzlich von langer Dauer. Zu ihnen gehören unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus. Im Jahr 2021 verstarben mindestens 43 Millionen Menschen an nicht übertragbaren Krankheiten. Diese werden unter anderem begünstigt durch körperliche Inaktivität (World Health Organisation, 2024b).

Unter dem Begriff Rehabilitationsmaßnahmen werden Maßnahmen zusammengefasst, die darauf abzielen, die Gesundheit wiederherzustellen. Diese können stationär, ambulant oder auch teilstationär stattfinden (Beise et al., 2013, S. 36).

Der Reha-Sport zählt zu den sogenannten Rehabilitationsnachsorgeangeboten und kann unter anderem in Anschluss an eine ambulante oder stationäre Rehabilitation stattfinden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), 2018, S. 450). Die Aufgabe des Reha-Sports ist es, den in der Rehabilitation erzielten Erfolg zu festigen und eine wohnortnahe rehabilitative Nachsorge zu gewährleisten (ebd. S. 499).

Der Reha-Sport wird in regelmäßigen Übungsveranstaltungen abgehalten und erfolgt unter fachkundiger Anleitung. Ziele des Reha-Sports sind unter anderem die Stärkung von Kraft und Ausdauer, sowie Koordination und Flexibilität. Zudem soll das Selbstbewusstsein gestärkt werden. Durch den Reha-Sport soll die Lebensqualität, die Krankheitsbewältigung sowie die gesellschaftliche Teilhabe gefördert werden. (Bundesgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., 2022, S. 20).

Um die sportlichen Inhalte des Reha-Sports genauer darstellen zu können, muss dieser zunächst einer sportlichen Kategorie zugeordnet werden und Begrifflichkeiten definiert werden. Der Reha-Sport fällt unter die übergeordnete Kategorie „körperliche Aktivität“, wie auch die „sportlichen Aktivitäten“. Die Begrifflichkeiten müssen jedoch unterschieden werden. Zu den sportlichen Aktivitäten zählen körperliche Aktivitäten, welche strukturiert aufgebaut sind und mit hoher Intensität durchgeführt werden. Außerdem sind diese häufig wettkampforientiert (Fuchs & Schlicht, 2012, zitiert nach Wiemeyer, Hänsel, 2017, S. 4). Dem gegenüber steht das

gesundheitsstärkende sportliche Training. Bei diesem steht nicht der Wettkampfgedanke im Vordergrund, sondern er ist darauf ausgelegt, die Gesundheitsfaktoren, wie die körperliche Fitness, zu stärken. Außerdem soll er eine langfristige Bindung an die sportliche Aktivität bewirken. Gesundheitssport, Reha-Sport oder Fitnesssport fallen unter diesen Begriff (Brehm et. al, 2013, zitiert nach Wiemeyer, Hänsel, 2017, S. 4).

Es gibt unterschiedliche Arten des Reha-Sports. Darunter zählen die Gymnastik (auch im Wasser möglich), Schwimmen, Ausdauer- und Kraftausdauerübungen und Bewegungsspiele (Bundesgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., 2022, S. 9). Da der Reha-Sport in festen Gruppen angeboten wird, trainieren in einer Übungsgruppe immer Personen mit ähnlichen Beeinträchtigungen. Somit gibt es passende Gruppen für jede Behinderung oder chronische Erkrankung (Deutscher Behindertensportverband, 2024b).

Diese Arbeit konzentriert sich auf die Reha-Sportart Gymnastik bei älteren Menschen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Die konkreten Inhalte der Übungsstunden werden von den qualifizierten Übungsleiter*innen an die Bedarfe der Teilnehmer*innen angepasst. Die Übungsveranstaltungen beinhalten Gymnastik-, Kraft- oder Ausdauerübungen oder auch Entspannungsübungen. Diese können mit Hilfe von kleinen Geräten wie Bällen oder Faszienrollen abwechslungsreich gestaltet werden (Deutscher Behindertensportverband, 2024a).

Um den Erfahrungsaustausch zwischen den Gruppenteilnehmer*innen zu Unterstützen und zur Förderung von gruppendiffusiven Effekten finden die Übungsveranstaltungen regelmäßig (je nach Verordnung ein- bis dreimal Wöchentlich) und in festen Gruppen statt (Bundesgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., 2022, S. 11).

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten in der Regel für 50 Übungseinheiten, welche in 18 Monaten erfolgt sein müssen (ebd. S. 13). Die Dauer der Übungsveranstaltungen soll mindestens 45 Minuten betragen (ebd. S. 19).

Mit dem Reha-Sport soll eine Grundlage für ein lebensbegleitendes Sporttreiben geschaffen werden. Die Teilnehmenden sollen möglichst nach erfolgreicher Beendigung der Reha-Sport-Verordnung weiterhin sportliche aktiv bleiben, um die durch den Reha-Sport erreichten positiven Effekte weiter auszubilden oder zu erhalten (Deutscher Behindertensportverband, 2024b).

2.5. Soziale Aspekte des Rehabilitationssports

Die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit wurden bereits in Kapitel 2.3. erläutert. Neben der körperlichen Aktivität spielt jedoch auch die soziale Teilhabe eine bedeutende Rolle für die Gesundheit. So können gesundheitliche Folgen von sozialer

Isolation Depressions- und Angstsymptome sein (Santini et al., 2020, S. 66). In Hinblick auf die Sterbewahrscheinlichkeit ist die soziale Gesundheit von besonderer Relevanz. Wie eine Studie von Holt-Lunstad et al. zeigt, liegt eine 32% höhere Sterbewahrscheinlichkeit bei sozialer Isolation vor (Holt-Lunstad et al., 2015, S. 233).

Da der Reha-Sport in festen Gruppen angeboten wird, besteht dort die Möglichkeit für einen sozialen Austausch unter den Teilnehmenden (Deutscher Behindertensportverband, 2024b). Die positiven Auswirkungen der sozialen Kontakte eines regelmäßigen Gruppentrainings bei älteren Erwachsenen zeigt eine Studie von Komatsu et al. aus dem Jahr 2017. Diese qualitative Studie hat die Erfahrungen älterer Erwachsener, im Alter von 66 bis 86 Jahre, mit Gruppenübungen untersucht und kam zu dem Ergebnis, dass die älteren Erwachsenen zwar die Auswirkungen des Alterns spürten, sich die regelmäßigen Gruppenübungen jedoch positiv auf ihre funktionale Gesundheit auswirken (S. 5). Neben der körperlichen Bewegung führt die regelmäßige Teilnahme an den Gruppenübungen auch dazu, mit Gleichaltrigen in Interaktion zu treten und somit eine Isolation zu verhindern (ebd. S. 4). Somit können sich die Teilnehmenden sozial verbinden, sich als Mitglied einer Gesellschaft identifizieren und die Studie zeigte, dass auch außerhalb der Gruppenübungen, soziale Aktivitäten von den Teilnehmenden geplant wurden (ebd. S. 6). In Hinblick auf das Altern stehen den älteren Erwachsenen eventuelle Herausforderungen bevor, welche mit Sorgen um die Zukunft verbunden sind. Die Studie zeigt, dass die Teilnehmenden ein Gefühl der Sicherheit verspürten, als sie erkannt haben, dass sich auch die Menschen in der Gemeinschaft um sie kümmerten und sie sich untereinander austauschen können (ebd. S. 6).

Ähnliche Aspekte wurden in einer Studie von Tcymbal et al. aus dem Jahr 2022 untersucht. Diese zeigt, dass die Teilnehmenden von Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität, vermehrt soziale Unterstützung verspürten, sich sozial verbunden fühlten und die Kommunikation ebenfalls für die Gruppenübung hinaus erweiterten (S. 7).

Basierend auf diesen Erkenntnissen wird in der vorliegenden Arbeit untersucht, wie alleinlebende ältere Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren die Auswirkungen einer regelmäßigen Teilnahme am Reha-Sport auf ihre funktionale Selbstständigkeit wahrnehmen. Vor dem Hintergrund, dass bisherige Forschungsarbeiten die spezifischen Erfahrungen und Herausforderungen von alleinlebenden älteren Menschen im Zusammenhang mit Reha-Sport selten systematisch und qualitativ beleuchtet haben, adressiert diese Arbeit eine zentrale Forschungslücke. Bislang fehlen fundierte Erkenntnisse darüber, wie die älteren Menschen den Reha-Sport erleben, wie dieser zum nachhaltigen Erhalt ihrer funktionalen Selbstständigkeit beitragen kann und welche individuellen und sozialen Einflussgrößen dabei eine Rolle spielen.

Das Ziel der Arbeit ist es, erlebte Auswirkungen des Reha-Sports auf die funktionale Selbstständigkeit zu untersuchen, sowie mögliche Einflussfaktoren auf den nachhaltigen Erhalt der funktionalen Selbstständigkeit durch den Reha-Sport zu ermitteln.

Im Folgenden soll das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfrage beschrieben werden.

3. Methodisches Vorgehen

In dem theoretischen Hintergrund wurden die für diese Bachelorarbeit relevanten Begrifflichkeiten und das ICF-Modell definiert, sowie ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand gegeben. Auf diese Weise wurde ein theoretischer Rahmen geschaffen, der den nun folgenden empirischen Teil trägt. In dem nachfolgenden Kapitel soll ein Überblick über die empirische Untersuchung der Arbeit gegeben werden. Dazu werden das Forschungsdesign, die Auswahl der Interviewpartner*innen, die Datenerhebung sowie die Datenauswertung näher beschrieben.

3.1. Forschungsdesign

Der vorliegenden Arbeit liegt eine qualitative Methodik zugrunde. Dabei wurde eine qualitative Forschungsmethodik angewandt, die darauf abzielt, soziale Phänomene in dem jeweiligen Kontext zu interpretieren und zu verstehen. Dabei stehen die individuellen Erfahrungen und Perspektiven der Teilnehmer*innen im Fokus (Döring, 2023, S. 63).

Ein weiteres Merkmal qualitativer Forschung ist, dass diese eine sehr detaillierte Analyse aufweist, weniger Fälle betrachtet und Personen in ihrem natürlichen Umfeld erforscht werden (Döring, 2023, S. 186). Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Wahrnehmungen und Perspektiven der Reha-Sport-Teilnehmenden im Fokus stehen und dabei detailliert auf die jeweiligen Aspekte eingegangen werden soll, scheint der qualitative Zugang am zielführendsten.

3.2. Auswahl der Interviewpartner*innen

Die Teilnehmenden wurden aus einem regionalen Sportverein im norddeutschen Raum rekrutiert. Aus Gründen des Datenschutzes und zur Wahrung der Anonymität wird der Name des Vereins sowie der Ort nicht genannt. Um an den Interviews teilnehmen zu können, mussten einige Einschluss- und Ausschlusskriterien erfüllt werden. Die Teilnehmenden mussten im Alter von 65 und 80 Jahren sein und allein in ihrem Privathaushalt leben. Das heißt sie sind nicht in einem stationären Pflegeheim oder in einer Tagespflege untergebracht. Zudem müssen sie regelmäßig am Reha-Sport teilnehmen, das heißt mindestens einmal wöchentlich und bereits

über einen Zeitraum von mindestens vier Monaten in ihrer Reha-Sport-Gruppe aktiv sein. Außerdem sollten die Teilnehmer*innen kognitiv in der Lage sein, Interviews durchführen zu können, um verlässliche qualitative Daten liefern zu können.

Zu den Ausschlusskriterien gehören unter anderem Vorerkrankungen, wie starke degenerative Erkrankungen oder kognitive Beeinträchtigungen, die eine funktionale Selbstständigkeit unabhängig vom Reha-Sport stark beeinflussen können. Auch von der Teilnahme ausgeschlossen sind Teilnehmende, die sehr unregelmäßig teilnehmen, das heißt mit in regelmäßigen Abständen auftretende mehrwöchige Unterbrechungen oder noch nicht länger als vier Monate am Reha-Sport teilnehmen.

Die Auswahl der Interviewpartner*innen unterliegt der bewussten Auswahl von Fällen („purposive sampling“). Dabei werden auf Grundlage der ermittelten empirischen Daten bewusst Interviewpartner*innen ausgewählt, die besonders aufschlussreich für die Beantwortung der Fragestellung sind (Döring, 2023, S. 303).

Zur Rekrutierung von potenziellen Interviewpartner*innen wurden die jeweiligen Kurstrainer*innen kontaktiert. Diese wurden über die Ein- und Ausschlusskriterien informiert und stellten den Kontakt zu den Reha-Sport-Teilnehmenden her.

Die Interviews wurden nach Abschluss der Literaturrecherche in dem Zeitraum vom 23.05.2025 bis 05.06.2025 geführt.

Der Altersdurchschnitt der befragten Personen lag dabei bei 75 Jahren. Teilgenommen haben an der Befragung fünf weibliche Teilnehmerinnen sowie ein männlicher Teilnehmer.

Die Interviewpartner*innen konnten über den Ort und die Art der Interviewdurchführung eigenständig entscheiden. Somit sollte ein Mehraufwand möglichst gering gehalten werden. Zur Auswahl standen zwei Optionen. Zum einen das persönliche Interview und zum anderen das telefonische Interview. Vier der sechs Interviewpartner*innen entschieden sich für das persönliche Interview in Präsenz und zwei der Interviewpartner*innen für das telefonische Interview. Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 28 Minuten. Das längste Interview betrug 35 Minuten und das kürzeste 21 Minuten.

Eine Befragung von sechs Interviewpartner*innen wurde als ausreichend erachtet, da sich in den Interviews ähnliche Muster widerspiegeln und den letzten beiden Interviews keine neuen Erkenntnisse mehr entnommen werden konnten. Aufgrund dessen kann angenommen werden, dass die relevanten Erkenntnisse für die Beantwortung der Fragestellung erfasst wurden und die Datensättigung erreicht ist.

3.3. Datenerhebung

Zur Untersuchung von den erlebten Auswirkungen des Reha-Sports auf die funktionale Selbstständigkeit älterer Menschen, wurde das halbstrukturierte Leitfadeninterview als Methode für die Datenerhebung gewählt. In den folgenden Unterkapiteln wird dieses Vorgehen beschrieben.

3.3.1. Das halbstrukturierte Leitfadeninterview

Die Form des halbstrukturierten Leitfadeninterviews wurde als Instrument zur Datenerhebung ausgewählt. Die Führung im Interview wird dabei über einen vorbereiteten Leitfaden gestaltet (Helfferich, 2022, S. 875). Das halbstrukturierte Interview stellt in einem qualitativen Forschungsansatz eine der wichtigsten Techniken zur Datenerhebung dar (Döring, 2023, S. 353). Der Interviewleitfaden bildet die Grundlage für die Datenerhebung und sorgt für eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Interviews. Zeitgleich bietet der Interviewleitfaden einen gewissen Spielraum, um neue Themen und Fragen mit einbeziehen zu können (ebd. S. 367). Für die vorliegende Arbeit war das halbstrukturierte Interview besonders geeignet, da die Interviews durch den Leitfaden gut vergleichbar sind (Helfferich, 2022, S. 881), gleichzeitig aber auch die Möglichkeit besteht, neue Themen und Fragen aus der Interviewsituation heraus einzubeziehen (Döring, 2023, S. 367). Diese Offenheit, aber auch Vergleichbarkeit ist besonders wichtig, um alle relevanten Faktoren der Reha-Sport-Teilnehmenden erfassen zu können. Das folgende Kapitel beschreibt die Erstellung des Interviewleitfadens.

3.3.2. Erstellung des Interviewleitfadens

Um eine gute Vergleichbarkeit der Interviews untereinander zu erreichen, wird ein Interviewleitfaden entwickelt, der die Grundlage für alle Interviews bildet (Helfferich, 2022, S. 881). Ein Merkmal von qualitativen Interviews ist die offene Fragestellung. Somit wird das Interview stärker von den interviewten Personen gesteuert und weniger von den Interviewenden. Außerdem kann der Interviewablauf flexibel gestaltet werden und neue Fragen können spontan weiterverfolgt werden (Döring, 2023, S. 360). Die Form des Leitfadeninterviews eignet sich, wenn es darum geht, persönliche Vorstellungen und das Alltagswissen der Befragten zu erfassen und eine größtmögliche Offenheit erreicht werden soll. Gleichzeitig kann mithilfe des Leitfadens das Gespräch in eine bestimmte Richtung gelenkt werden. Diese Eingriffe sind durch das Interesse der Forschung gerechtfertigt. (Helfferich, 2011, S. 179). Um diesen Anforderungen an einen Interviewleitfaden gerecht zu werden, wurde für die Erstellung des Interviewleitfaden für diese Arbeit die SPSS-Methode nach Helfferich (2011, S. 182) angewendet. Die Abkürzung SPSS steht dabei für die Begriffe „Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“ und „Subsumieren“ (ebd.).

S. 182.). Dabei werden zunächst alle Fragen gesammelt, die in einem Zusammenhang zu dem Forschungsinteresse stehen. Anschließend werden diese ausführlich geprüft und Fragen, die nicht von Relevanz sind, aussortiert. Im dritten Schritt werden die Fragen nach den inhaltlichen Aspekten sortiert. Der vierte Schritt beschreibt den finalen Aufbau des Leitfadens (ebd. S. 182). Hierbei wird in dieser Arbeit der Leitfaden nach „Leitfrage (Erzählaufforderung)“, „Check-Wurde das erwähnt“, „Konkrete Frage“ und „Aufrechterhaltungs-/ Steuerungsfragen“ gegliedert. Zunächst wurde ein Pretest durchgeführt und der Leitfaden anschließend erneut überarbeitet.

Der vorliegende Interviewleitfaden orientiert sich an der Forschungsfrage der Arbeit und umfasst vier Kernthemen. Der Interviewleitfaden beginnt mit einer Einführung, gefolgt von einer Aufwärmphase, welche sich mit der Lebenssituation der Teilnehmenden beschäftigt und wie diese zum Reha-Sport bei dem regionalen Sportverein gekommen sind. Anschließend folgen die vier Kernthemen. Das erste Kernthema beschäftigt sich mit der subjektiven Wahrnehmung von funktionaler Selbstständigkeit, um herauszufinden, was die Teilnehmenden als Selbstständigkeit definieren. Dem folgt das zweite Kernthema, die körperlichen Wirkungen des Reha-Sports. Das dritte Kernthema beschäftigt sich mit den sozialen Interaktionen und der Motivation der Teilnehmenden. Abschließend erhebt das vierte Kernthema die langfristigen Effekte des Reha-Sports, gefolgt von einem Abschluss inklusive Verabschiedung. Jedes Kernthema beinhaltet zwischen einer und drei Unterfragen, welche jeweils einem thematischen Fokus zugeordnet sind. Zudem sind jeder Leitfrage ein bis zwei Eventualfragen zugeordnet, sowie zwei bis drei Aufrechterhaltungs- bzw. Steuerungsfragen. Im Anhang 1 befindet sich der vollständige Interviewleitfaden. Im folgenden Kapitel wird die Transkription der Interviews genauer beschrieben.

3.3.3. Transkription der Interviews

Unter einer Transkription versteht man das Niederschreiben einer Audio- oder Videoaufnahme (Dresing & Pehl, 2018, S. 16). Somit wird Gesprochenes in einem Transkript schriftlich festgehalten und kann anschließend analysiert werden (ebd., S. 16). Es bestehen verschiedene Transkriptionsformen, welche anhand der Erkenntnis erwartung und Forschungsmethodik gewählt werden (ebd. S. 19). Für die vorliegende Arbeit wurde das semantisch-inhaltliche Transkriptionssystem verwendet. Dieses erleichtert ein schnelles Erfassen des Gesprächsinhalts und verzichtet auf Tonhöherverläufe, die Laustärke sowie die Sprechgeschwindigkeit (ebd., S. 18). Die Inhaltliche-semantische Transkription von Dresing und Pehl (2018, S. 21) beinhaltet 15 Regeln. In der vorliegenden Arbeit wurden acht Regeln der inhaltlich-semantischen Transkription verwendet, sowie zwei Regeln der erweiterten inhaltlich-semantischen Transkription

und drei Regeln aus den Hinweisen zur einheitlichen Schreibweise. Die Audioaufnahmen werden wörtlich transkribiert und vorhandene Wortverschleifungen werden dem Schriftdeutsch angepasst. Den Redefluss nicht unterbrechende Rezeptionssignale werden nicht transkribiert. Pausen, die länger als drei Sekunden sind, werden durch „(...)“ gekennzeichnet. Die einzelnen Sprechbeiträge werden durch Absätze kenntlich gemacht, sowie durch eine freie, leere Zeile. Einwürfe werden ebenfalls in separaten Absätzen transkribiert und das Ende eines Absatzes wird mit Zeitmarken ergänzt. Die Aussagen unterstützende, nonverbale, emotionale Aussagen, wie z.B. lachen, werden in Klammern notiert. Sind einzelne Wörter unverständlich, werden diese mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Um die einzelnen Sprecherbeiträge einer Person zuordnen zu können, wird die interviewende Person durch ein „I:“ gekennzeichnet und die befragte Person durch ein „B:“.

Wird ein Wort oder ein Satz abgebrochen, wird dies durch „/“ kenntlich gemacht und bei Sprechüberlappungen werden „//“ verwendet. Dabei liegt der Text, der gleichzeitig gesprochen wird in „//“. In einer separaten Spalte steht der Einwurf der anderen Person, ebenfalls in „//“ (ebd. S. 23). Zögerungsläute werden einheitlich als „ähm“ geschrieben und nicht „öhm“, „äh“. In der Aufnahme zitierte wörtliche Rede, wird in der Transkription durch Anführungszeichen kenntlich gemacht. Zahlen von null bis zwölf werden in der Transkription ausgeschrieben, größere Zahlen werden in Ziffern geschrieben (ebd. S. 24). Die vollständigen Transkriptionsregeln sind dem Anhang 3 zu entnehmen. Die inhaltlich-strukturierende Analyse nach Mayring zur Datenauswertung wird in dem folgenden Kapitel beschrieben.

3.4. Inhaltlich-strukturierende Analyse nach Mayring

Zur Auswertung der qualitativ erhobenen Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring verwendet. Besonders geeignet erscheint die Anwendung der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring, bei welcher es das Ziel ist, das Material nach bestimmten Aspekten zu filtern und aufgrund von bestimmten Kriterien einschätzen zu können (Mayring, 2022, S. 66). Die Struktur bildet sich dabei aus einem Kategoriensystem. Dieses ist theoretisch begründet und leitet sich aus der Fragestellung der Arbeit ab. Durch die Kategorien angesprochene Textbestandteile werden somit systematisch aus dem Material herausgefiltert (ebd. S. 96). Für die Kategorienbildung ist es von hoher Relevanz, dass vorab klar definiert wurde, welche Textbestandteile einer Kategorie angehören, konkrete Textstellen als Ankerbeispiele ausgewählt werden und Kodierregeln zu formulieren, um Abgrenzungsprobleme zu vermeiden (ebd. S. 96). Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht das Vorgehen der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring:

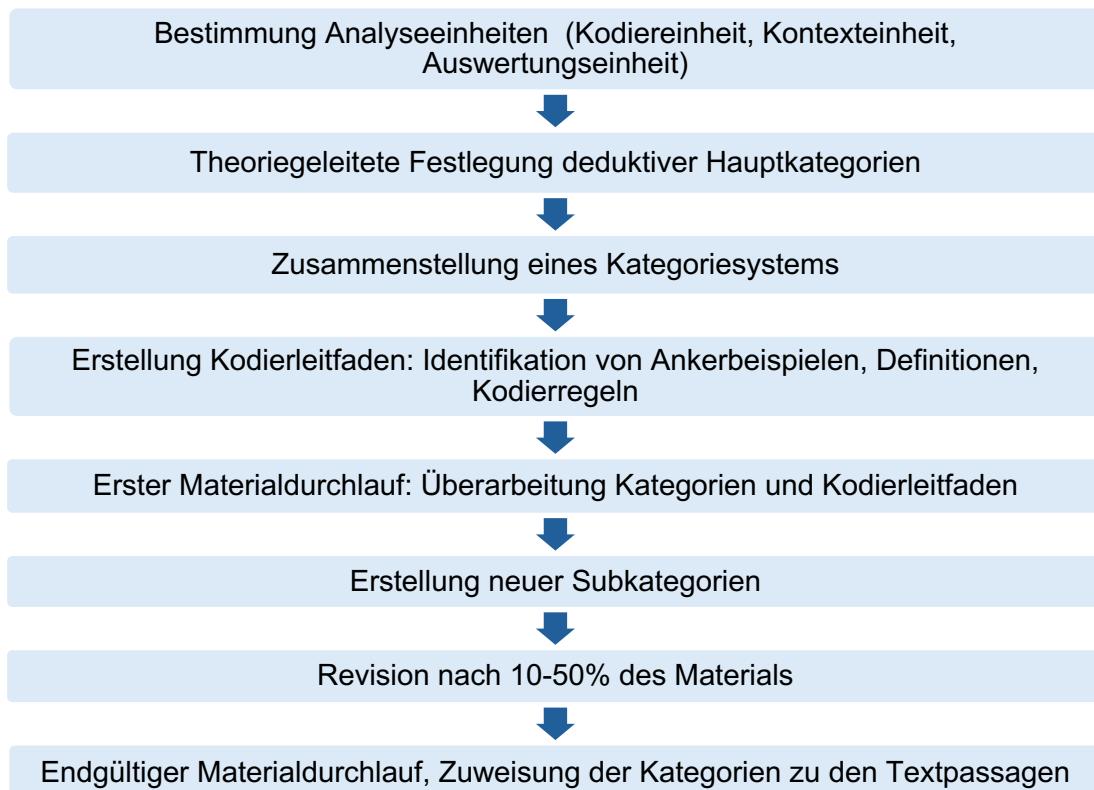


Abbildung 2: Ablaufmodell inhaltliche Strukturierung, eigene Darstellung (nach Mayring, 2022, S. 97)

Wie der erste Schritt verdeutlicht, benötigt es zuerst die Festlegung der Analyseeinheiten. Mithilfe dieser Analyseeinheiten soll eine Erhöhung der Präzision der qualitativen Inhaltsanalyse erreicht werden. Bestandteil der Analyseeinheiten sind die Kodiereinheit, die Kontexteinheit und die Auswertungseinheit. Die Kodiereinheit legt den kleinsten auswertbaren Materialbestandteil fest, die Kontexteinheit den größten auswertbaren Textbestandteil und die Auswertungseinheit die Reihenfolge der auszuwertenden Textteile (Mayring, 2022, S. 60). In dieser Arbeit wurden als Kodiereinheit ganze Sätze, aber auch einzelne Wörter festgelegt. Als Kontexteinheit galten mehrere Sätze eines Interviews und als Auswertungseinheit wurde die Reihenfolge der Auswertung der Interviews gewählt.

Anhand des theoretischen Hintergrundes erfolgt eine Festlegung von deduktiven Hauptkategorien und anschließend eines umfassenden Kategoriesystems (ebd. S. 97). Ebenfalls theoriegestützt wird jeder Kategorie eine Definition zugeordnet, um Textbestanteile eindeutig zuzuordnen zu können (ebd. S. 96). Es folgen das Herausarbeiten von Ankerbeispielen und, falls notwendig, das Formulieren von Kodierregeln. Das Produkt ist der Kodierleitfaden (ebd. 97). Anschließend beginnt der erste Materialdurchlauf und die Kategorien sowie der komplette Kodierleitfaden können angepasst und überarbeitet werden (ebd. S. 98). Kommt es im weiteren Verlauf zu keiner erneuten Anpassung des Kodierleitfadens, folgt ein Revisionsdurchgang und

der endgültige Materialdurchlauf mit der Zuweisung der Textstellen zu den Kategorien kann erfolgen (ebd. S. 98).

In der vorliegenden Arbeit wurden diese Kategorien unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrundes und anhand des Fragebogens entwickelt. Zudem wurden deduktive Subkategorien anhand des Fragebogens hinzugefügt. Aus den vorliegenden Haupt- und Subkategorien wurde ein Kategoriesystem gebildet und darauf aufbauend der Kodierleitfaden, welcher aus Code, Kategorie, Definition, Ankerbeispiel und, falls notwendig, Kodierregel besteht. In dem anschließenden Materialdurchlauf wurde das Material zunächst grob kodiert und anschließend fein kodiert. Dabei wurden die deduktiven Subkategorien durch induktive Subkategorien ergänzt. Die induktiven Kategorien werden in der nachfolgenden Tabelle 1 kursiv dargestellt.

Tabelle 1: Darstellung finales Kategoriensystem (eigene Darstellung)

Hauptkategorie	Subkategorie
Subjektive Wahrnehmung funktionaler Selbstständigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Bedeutung Selbstständigkeit - Selbstversorgung im Alltag - Kommunikation im Alltag - Mobilität im Alltag - Häusliches Leben - <i>Entscheidungsfreiheit im Alltag</i> - Freizeitgestaltung im Alltag - Zukünftige und aktuelle Herausforderungen im Alltag - <i>Bewältigungsstrategien</i>
Körperliche Wirkungen des Reha-Sports	<ul style="list-style-type: none"> - Wirkungen auf die Muskelkraft - Wirkungen auf die körperliche Gelenkbeweglichkeit - Wirkungen auf die Kondition - <i>Wirkungen auf das Wohlbefinden</i>
Soziale Interaktionen und Motivation	<ul style="list-style-type: none"> - Einfluss soziale Kontakte auf die Motivation - <i>Einfluss der Anleitung in der Gruppe auf die Motivation</i> - Gemeinschaftsgefühl - Erweiterung der Gemeinschaft - <i>Gruppendynamik</i>
Langfristige Auswirkungen des Reha-Sports	<ul style="list-style-type: none"> - Langfristige körperliche Veränderungen - Langfristige psychische Veränderungen - <i>Langfristige Veränderungen des Wohlbefindens</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Langfristige Veränderungen des Gesundheitsbewusstseins</i> - Langfristige Veränderungen der Alltagsbewältigung
--	--

Der finale Kodierleitfaden ist dem Anhang zu entnehmen (Anhang 4). Die Datenauswertung erfolgte anschließend computergestützt mit QCMap (Version 1.2.0.). Das folgende Kapitel beschreibt die Maßnahmen des Datenschutzes.

3.5. Maßnahmen des Datenschutzes

Um die Privatsphäre der Teilnehmenden zu gewährleisten, wurden verschiedene Datenschutzmaßnahmen ergriffen. Zunächst erhielten alle sechs Teilnehmenden sowohl mündlich als auch schriftlich umfassende Informationen zu den inhaltlichen und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen der freiwilligen Befragung.

Die Interviews wurden mit dem integrierten Mikrofon des Laptops aufgezeichnet und extern auf einem passwortgeschützten USB-Stick gespeichert. Dieser war nur der verantwortlichen Person zugänglich. Die Audioaufnahmen inklusive personenbezogenen Daten wurden bis zum 25. August 2025 vollständig gelöscht. Die Befragten wurden darüber aufgeklärt, dass die Verantwortliche der Schweigepflicht unterliegt und jederzeit ein Recht auf Widerrufung besteht.

Bei der Pseudonymisierung wurden während des Interviews genannte Namen anonymisiert und unkenntlich gemacht.

Alle erhobenen Daten wurden vertraulich behandelt und unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetztes (DSGVO).

Im Folgenden werden die Gütekriterien qualitativer Forschung näher erläutert.

3.6. Gütekriterien qualitativer Forschung

Um die Qualität der Forschungsergebnisse messen zu können, werden Maßstäbe in Form von Gütekriterien entwickelt (Mayring, 2023, S. 119). Dabei können nicht die Gütekriterien verwendet werden, die in der quantitativen Forschung verwendet werden, da die Geltungsbegründung der Ergebnisse in der qualitativen Forschung erheblich flexibler gestaltet werden muss (ebd. S. 119). Infolgedessen werden anschließend die folgenden Gütekriterien qualitativer Forschung vorgestellt:

1. Verfahrensdokumentation

Das erste Gütekriterium stellt die Verfahrensdokumentation dar. Das bedeutet, dass es bei qualitativer Forschung von besonderer Relevanz ist, dass das methodische Vorgehen sehr

detailliert dokumentiert werden muss, um den Forschungsprozess für den Leser transparent darstellen zu können (Mayring, 2023, S.123).

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Das zweite Gütekriterium bildet die argumentative Interpretationsabsicherung. Da Interpretationen in der qualitativen Forschung entscheiden sind, diese sich jedoch nicht beweisen lassen, müssen diese auf Argumenten basieren und begründet werden (Mayring, 2023, S.123).

3. Regelgeleitetheit

Die Regelgeleitetheit ist ein weiteres Gütekriterium. Das bedeutet, dass auch das Vorgehen in der qualitativen Forschung nach bestimmten Regeln erfolgt. So müssen Analyseschritte festgelegt werden, das Material in sinnvolle Einheiten unterteilt werden und die Analyse systematisch aufgebaut werden (Mayring, 2023, S.123-124).

4. Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand bildet das vierte Gütekriterium. Dieses Kriterium beschreibt, dass die qualitative Forschung darauf basiert, die Beforschten in ihrer natürlichen Lebenswelt zu besuchen. So soll eine während des Forschungsprozesses größtmögliche Nähe zu dem Forschungsgegenstand erreicht werden (Mayring, 2023, S.124).

5. Kommunikative Validierung

Das fünfte Gütekriterium ist die Kommunikative Validierung. Dieses ist darauf zurückzuführen, dass die Gültigkeit der Ergebnisse überprüft werden kann, indem man diese den Beforschten nochmal vorlegt und gemeinsam diskutiert (Mayring, 2023, S.124)

6. Triangulation

Die Triangulation ist das sechste und letzte Gütekriterium der qualitativen Forschung. Damit ist gemeint, dass verschiedene Lösungswege für eine Fragestellung gesucht und deren Ergebnisse miteinander verglichen werden, wobei es nicht darum geht, vollständige Übereinstimmung zu erzielen. Vielmehr geht es darum, unterschiedliche Perspektiven und deren Stärken und Schwächen sichtbar zu machen, um ein facettenreiches Gesamtbild zu erhalten (Mayring, 2023, S.125)

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel der Arbeit werden die Ergebnisse aus den Befragungen der Reha-Sport-Teilnehmenden vorgestellt. Die Struktur der Ergebnisse orientiert sich an dem Aufbau des Kategoriensystems.

4.1. Subjektive Wahrnehmung funktionaler Selbstständigkeit

Zunächst wird auf die subjektive Wahrnehmung der funktionalen Selbstständigkeit eingegangen. Das Ziel bestand darin, herauszufinden, welche Bedeutung die Selbstständigkeit für die Reha-Sport-Teilnehmenden hat und was genau sie persönlich unter Selbstständigkeit verstehen.

Anfangs wurden die Teilnehmenden zu der persönlichen Bedeutung von Selbstständigkeit befragt. Alle befragten Personen haben ihrer Selbstständigkeit eine gewisse Bedeutung und Relevanz zugeordnet. Ein Beispiel dafür ist das folgende Zitat:

„Na das ist letztlich das Allerwichtigste. Weil ich kann ja meinen Alltag nur bestehen, wenn ich ihn selbstständig managen kann.“ (ID_I1_Pos. 35).

Anschließend wurden die Teilnehmenden dazu befragt, was sie unter dem Begriff „Selbstständigkeit“ verstehen. Die Antworten wurden in unterschiedliche Kategorien unterteilt und beziehen sich auf das alltägliche Leben.

Die erste Kategorie ist die Selbstversorgung im Alltag. Darunter zählen die befragten Personen selbst zu kochen, sowie einkaufen gehen (ID_I2_Pos. 66). Auch Bankgeschäfte und Versicherungen selbstständig anrufen zu können, gehört für eine befragte Person zur Selbstständigkeit (ID_I3_Pos. 105). Hinzu kommt sich selbstständig waschen zu können (ID_I3_Pos. 131).

Zwei der Teilnehmenden erzählten, dass die Kommunikation ein wichtiger Bestandteil ist, um ihren Alltag selbstständig bewältigen zu können. Dazu zählen der Austausch mit Freunden und Familie sowie Gespräche mit Behörden (ID_I6_Pos. 93; ID_I6_Pos. 33). Auch ein selbst aufgebautes soziales Netzwerk hat eine der befragten Personen hervorgehoben (ID_I3_Pos. 45).

Darüber hinaus wurde die Mobilität im Alltag von allen Teilnehmenden auf die Frage, was sie unter Selbstständigkeit verstehen, genannt.

„Also erstmal, dass ich mich frei bewegen kann, dass ich zum Beispiel Fahrrad fahren kann, laufen kann.“ (ID_I4_Pos. 84).

Aufgezählt wurde dabei neben dem Fahrradfahren, und dem Laufen und auch mit dem Auto fahren zu können (ID_I1_Pos. 55). Dem Autofahren wurde von einer befragten Person besondere Wichtigkeit beigemessen, da die Person ihr Auto benötigt, um eigenständig zum Reha-Sport kommen zu können:

„Auto fahren vor allen Dingen ne, dass ich, das ich selbstständig Auto/ denn ich komme ja nicht aus XXX, denn ich komme ja von Außerhalb.“ (ID_I6_Pos. 46).

Im Hinblick auf die Selbstständigkeit im häuslichen Leben nannten die Teilnehmenden Tätigkeiten, wie Treppensteigen (ID_I2_Pos. 72), Wäsche machen (ID_I3_Pos. 349), sich um den Garten zu kümmern und den Haushalt selbst erledigen zu können (ID_I4_Pos. 85).

„Eben das ich meinen Garten selbst versorgen kann, dass ich meine Wohnung versorgen kann.“ (ID_I4_Pos. 96).

Ein weiterer Aspekt, den drei der befragten Personen mit ihrer Selbstständigkeit verbinden ist die Entscheidungsfreiheit im Alltag:

„Ja ich kann machen, was ich will. Ich lebe ja alleine, ne und das ist die Selbstständigkeit für mich.“ (ID_I1_Pos. 78).

Die Teilnehmenden hoben darunter hervor, dass sie selbst entscheiden können, was sie tun möchten (ID_I5_Pos. 108). Außerdem betonten sie, dass sie auch darüber bestimmen, wie viel Zeit sie für Aufgaben im Haushalt benötigen und wann sie diese erledigen möchten (ID_I1_Pos. 86).

Der letzte genannte Punkt, der sich auf das alltägliche Leben bezieht, ist die Freizeitgestaltung. Fünf der sechs befragten Personen ordneten die Freizeitgestaltung ihrer Selbstständigkeit im Alltag zu. Darunter zählten die Teilnehmenden Aktivitäten wie Sport (ID_I1_Pos. 308), mit den Freunden etwas essen gehen (ID_I5_Pos. 168), sich um die Großneffen zu kümmern (ID_I4_Pos. 97), aber auch mit Freunden zu verreisen (ID_I3_Pos. 49).

Die ersten fünf Aspekte stellen deduktive Kategorien dar, da sie sich aus dem Interviewleitfaden ableiten. Der Aspekt „Freizeitgestaltung“ hingegen stellt eine induktive Kategorie dar, da diese aus den Erzählungen der befragten Personen gewonnen wurde.

Die Teilnehmenden wurden anschließend dazu befragt, welche Herausforderungen in der Zukunft bei der Bewältigung des Alltags, auf sie zukommen könnten. Dazu haben alle sechs der befragten Personen Beispiele nennen können. Auch aktuelle schon bestehende Herausforderungen wurden genannt. Zu den zukünftigen Herausforderungen zählten die Teilnehmenden körperliche Herausforderungen, wie die Beweglichkeit (ID_I1_Pos. 94), lange Gehstrecken (ID_I3_Pos. 192), das Treppensteigen (ID_I6_Pos. 204) oder auch das Arbeiten auf den Knien (ID_I3_Pos. 297). Neben den körperlichen Herausforderungen wurden auch Herausforderungen genannt, die die Mobilität betreffen, wie das Autofahren (ID_I5_Pos. 183). Zwei der befragten Personen gaben an, dass der Garten eine große Herausforderung darstellen wird (ID_I5_Pos. 179; ID_I6_Pos. 138).

„Also das wäre für mich nicht schön, ne. Also das ist die größte Bewältigung in der Zukunft. Weil das ein großer Garten ist, den zu machen.“ (ID_I6_Pos. 139).

Hinzu kommen Herausforderungen wie das Einkaufen gehen (ID_I6_Pos. 188) und sich um das Haus zu kümmern (ID_I6_Pos. 138). Auch in der häuslichen Umgebung hat eine befragte Person eine Herausforderung identifizieren können, wie folgende Aussage verdeutlicht:

„Naja meine Badewanne ist zu hoch. Und das ist natürlich, da muss ich aufpassen beim Darübersteigen und dann musst du aufpassen, ob du da nicht wegrutscht dann ne.“ (ID_I1_Pos. 343).

Zu den Herausforderungen haben alle sechs befragten Personen eigene Strategien genannt, um die drohenden oder bereits bestehenden Herausforderungen bewältigen zu können. Diese wurden der induktiven Kategorie „Bewältigungsstrategien“ zugeordnet. Für den Fall, dass das Einkaufen gehen ein Problem darstellen sollte, wurde als Alternative genannt, dass eine Person aus dem Freundeskreis den Einkauf mitbringt (ID_I6_Pos. 188), dass die Lieferfunktion von Einkaufsläden genutzt werden kann (ID_I6_Pos. 130) oder der Bus genutzt wird, um zu dem Einkaufsladen zu gelangen (ID_I5_Pos. 184). Eine weitere Option, die genannt wurde, ist die Unterstützung im Garten oder Haushalt durch Bekannte oder Familie (ID_I5_Pos. 180; ID_I6_Pos. 188).

„Wenn ich das nicht mehr selber kann, dann muss das eben jemand machen oder die Kinder oder ich hab ja einen Enkelsohn, das der mir dann mal den Rasen mäht, wenn es gar nicht mehr geht.“ (ID_I5_Pos. 180).

Eine Person gab an, dass sie sich einen genauen Weg überlegt, wenn sie in die Stadt geht und keinen Umweg geht, um die Gehstrecke bewältigen zu können (ID_I1_Pos. 481). Eine andere befragte Person nutzt Nordic Walking Stöcker, um längere Gehstrecken bewältigen zu können (ID_I2_Pos. 52). Des Weiteren wurde die Anstellung einer Haushaltshilfe in Betracht gezogen, um weiterhin in dem eigenen Haushalt leben zu können (ID_I4_Pos. 147). Auch von Alternativen zu baulichen Problemen in dem häuslichen Umfeld wurde in den Interviews berichtet. Ein Beispiel dazu ist folgende Aussage:

„Ich gehe im Fitnessstudio duschen. Also hier dusche ich nur noch, sag mal, wenn ich sonnabends irgendwo hin gehe. Sonst dusche ich im Studio. Oder ich bin auch schon mal hingefahren, dann Sonnabend zum Duschen.“ (ID_I1_Pos. 376).

4.2. Körperliche Wirkungen des Rehabilitationssports

In den Interviews wurden die Reha-Sport-Teilnehmenden dazu befragt, ob und welche körperlichen Wirkungen sie durch den Reha-Sport bemerkt haben. Diese lassen sich in vier Kategorien unterteilen. Darunter fallen die Wirkungen auf die Muskelkraft und auf die körperliche

Gelenkbeweglichkeit, sowie auf die Kondition und das Wohlbefinden. Dabei gingen die Wirkungen auf die Muskelkraft, die Kondition und die Gelenkbeweglichkeit aus dem Interviewleitfaden hervor, die Wirkungen auf das Wohlbefinden ergaben sich aus den Berichten der Teilnehmenden.

50% der befragten Personen gaben positive Veränderungen in Betracht auf die Muskelkraft an. Eine Person berichtete davon, dass alles etwas muskulöser geworden ist (ID_I1_Pos. 126). Eine andere Person berichtete davon, dass sie seit dem Reha-Sport besser gehen kann und schwere Sachen heben kann (ID_I3_Pos. 241). Die dritte Person gab an, dass sie mehr an Stabilität gewonnen hat:

„Und ähm ja ich finde das hat sich stabilisiert bei mir und ich bin auch nicht mehr so wackelig auf den Beinen. So auf einem Bein stehen oder so kann ich nicht so gut, aber es ist auf jeden Fall schon besser geworden, ne. Alles solche Gleichgewichts Geschichten oder so, ne. Ja das finde ich hat sich alles verbessert.“ (ID_I5_Pos. 223).

Von einer Veränderung der körperlichen Gelenkbeweglichkeit, erzielt durch den Reha-Sport, haben fünf der sechs befragten Personen berichtet. Drei der befragten Personen bejahten eine Verbesserung der körperlichen Gelenkbeweglichkeit auf die direkte Fragestellung als Anregung in den Interviews (ID_I2_Pos. 158; I3_ID_Pos. 214; ID_I5_Pos. 214). Zudem berichtet eine befragte Person von einer Verbesserung, direkt nach dem Reha-Sport (ID_I6_Pos. 214). Die Auswertungen zeigen zudem eine Verbesserung des Gangbildes, aufgrund einer verbesserten körperlichen Gelenkbeweglichkeit (ID_I3_Pos. 214).

Von positiven Wirkungen des Reha-Sports auf die Kondition haben drei der Teilnehmenden berichtet. So erzählte eine der Teilnehmenden, dass sie weniger schnell aus der Puste ist als zu der Zeit, wo sie mit dem Reha-Sport begonnen hat. Dabei bezieht sich diese Aussage sowohl auf die Übungen während des Reha-Sports (ID_I5_Pos. 226) als auch auf den Alltag. Denn auch im Alltag ist der Person aufgefallen, eine verbesserte Ausdauer zu haben, seit sie mit dem Reha-Sport begonnen hat (ID_I5_Pos. 304).

„Und, und ähm ja das wie, wie soll, soll ich sagen, man ist auch nicht mehr so schnell aus der Puste, ne. Wenn wir vor der, vor der, vorm Sport, ne. Bevor ich damit angefangen habe, da war ich schon beim Aufwärmen, da bin ich schon kaputt gewesen und muss, geschnauft wie so ein altes Walross und das ist auf jeden Fall besser geworden, ne.“ (ID_I5_Pos. 226)

Eine der befragten Personen berichtete zudem davon, dass es sich negativ auf ihre Kondition auswirkt, wenn sie nicht mehr am Reha-Sport teilnimmt.

„Naja das ich denn noch schwerfälliger werde, dass ich wahrscheinlich mit der Bewegung nicht mehr hinkomme, ne. Die Luft würde enger werden, weil ich, ja ich kann das zu Hause auch machen. Aber macht man das zu Hause?“ (ID_I6_Pos. 304)

Zuletzt haben drei der befragten Personen davon berichtet, dass sich die Teilnahme an dem Reha-Sport auf ihr Wohlbefinden auswirkt. Dabei ging es hauptsächlich darum, dass sie sich nach der Bewegung wohl fühlen (ID_I1_Pos. 497). Dabei wurde auch erwähnt, dass es sich positiv auf das Wohlbefinden auswirkt, den Körper einmal mobilisiert zu haben, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Und das finde ich gut und fühl mich hinterher auch einmal gut, so durchbewegt. Und das tut gut.“ (ID_I4_Pos. 198).

Neben dem Einfluss der Mobilitätsübungen auf das Wohlbefinden hat zudem eine befragte Person davon erzählt, dass sie sich in der Gruppe wohl fühlt und der Reha-Sport sich deshalb positiv auf das Wohlbefinden auswirkt (ID_I1_Pos. 267).

4.3. Soziale Interaktionen und Motivation

In diesem Abschnitt der Interviews wurden die Teilnehmenden dazu befragt, wie sich die sozialen Kontakte in der Reha-Sport-Gruppe, an der immer die gleichen Menschen teilnehmen, auf ihre Motivation auswirken, ob ein Gemeinschaftsgefühl in den Gruppen besteht und ob sie auch außerhalb des Reha-Sports gemeinsam etwas unternehmen. Zudem berichteten die Teilnehmenden wie sich die Anleitung in einer Gruppe auf ihre Motivation auswirkt und welche Rolle eine Gruppendynamik spielt. Diese beiden Aspekte gingen nicht aus dem Interviewleitfaden hervor und wurden von den Teilnehmenden neu eingebbracht.

Von den sechs befragten Personen berichteten fünf Personen, dass sie die sozialen Kontakte in der Reha-Gruppe sehr schätzen. Eine Person erzählte davon, dass sie da lediglich für sich hingehört und die sozialen Kontakte dabei keine Rolle spielen (ID_I3_Pos. 426).

„Ja also dann denk ich meistens an den Donnerstag, wo ich ja dann schon wirklich einen vollen Tag hinter mir habe. Aber ich denke ja, das, das ist einfach, tut mir gut und ja freundliche Gesichter und Bewegung und natürlich XXX tut mir gut.“ (ID_I2_Pos. 205).

So schätzen die Teilnehmenden vor allem die Bewegung mit der Gruppe (ID_I2_Pos. 182), sowie die wachsenden Beziehungen in der Gruppe, die sich mit der Zeit entwickeln (ID_I4_Pos. 256). Eine Person gab an, dass sie auch bei einer immer wechselnden Gruppenzusammensetzung aus dem Pflichtgefühl ihres Körpers gegenüber am Reha-Sport teilnehmen würde. Jedoch sagte sie auch, dass sie so nach einem anstrengenden Tag eher einmal aussetzen würde, da es den anderen Teilnehmenden nicht auffallen würde. Anders ist das bei der festen Gruppenzusammensetzung, wo sich die Teilnehmenden untereinander kennen (ID_I2_Pos. 235). Berichtet wurde auch, dass es häufig die sozialen Kontakte in der Gruppe

sind, die die Teilnehmenden dazu motivieren, an anstrengenden Tagen trotzdem zu Reha-Sport zu gehen.

„Ja ich glaube schon. Ich glaube schon das die nochmal dazu beiträgt, dass man gerne hingehst oder so, ne. Das, es gibt natürlich auch gleich mal Tage oder wo, oder wo du sagst: oh boah hey du machst, du warst hier schon den ganzen Nachmittag im Garten und jetzt heute Abend noch zum Sport, hast gar keinen Bock. Aber dann im Grunde genommen ähm sind es wirklich die Leute, dann gehst du trotzdem, egal.“ (ID_I5_Pos. 370).

Neben den sozialen Kontakten erwähnten zudem drei der befragten Personen, dass sie durch die Anleitung in der Gruppe zusätzlich motiviert werden. Eine befragte Person erzählte, dass sie sich ab und an fragt, warum sie den Fahrtweg auf sich nimmt, um Übungen zu machen, die sie teilweise auch zuhause machen könnte. Jedoch erzählte sie auch, dass sie die Übungen zuhause nicht macht und vor allem nicht so zielbewusst, wie sie unter Anleitung in der Reha-Gruppe gemacht werden (ID_I2_Pos. 108). Die Wichtigkeit den Sport angeleitet zu tun, wurde mehrmals erwähnt (ID_I4_Pos. 322). Dies verdeutlicht folgendes Zitat besonders:

„Aber ich würde glaub ich schon in einer Gruppe bleiben, wenn man so ein bisschen angeleitet wird zur Bewegung, weil das doch ganzheitlicher ist, als wenn man das allein macht.“ (ID_I4_Pos. 156).

Auch das Bewusstsein, dass die Teilnehmenden jede Woche an die Bewegung erinnert werden, wird von einer Person positiv hervorgehoben (ID_I2_Pos. 146).

Das Gemeinschaftsgefühl, welches nach einer gewissen Zeit in einer Reha-Gruppe entsteht, wurde von allen sechs befragten Personen positiv hervorgehoben.

„Ja, deswegen mache ich das ja auch. Nicht nur wegen Sport, sondern auch wegen der Geselligkeit. Das man mit den Leuten zusammen kommt, das ist ja wichtig.“ (ID_I1_Pos. 306).

Die Teilnehmenden berichteten von netten Gruppen (ID_I1_Pos. 41; ID_I3_Pos. 467), dass sie sich in der Gruppe untereinander alle gut verstehen (ID_I6_Pos. 319) und auch neue Gruppenmitglieder nett empfangen werden (ID_I4_Pos. 247). Eine Person erzählte zudem davon, dass sich die Gruppenmitglieder untereinander vermissen, wenn sie sich länger nicht gesehen haben (ID_I6_Pos. 320).

Außerdem erzählte eine Person, dass sie sich immer freut die Leute zu sehen und sich vor und nach dem Reha-Sport oder auch zwischen den Übungen, mit den anderen Teilnehmenden zu unterhalten (ID_I2_Pos. 219). Auch der Austausch mit anderen Senioren wurde positiv hervorgehoben (ID_I2_Pos. 80).

Alle sechs Teilnehmenden berichteten davon, dass sich die Gemeinschaft und der Kontakt zu den anderen Reha-Sport-Teilnehmenden bereits über die Reha-Sport-Einheit hinaus entwickelt hat. Eine befragte Person erzählte davon, dass sich ein paar Leute aus der Reha-Sport-Gruppe bei gutem Wetter zum Grillen verabreden (ID_I1_Pos. 212). Eine weitere Person erzählte, dass sich die Reha-Gruppe einmal im Monat zum Kaffee trinken verabredet (ID_I3_Pos. 500). Die Reha-Gruppe einer befragten Person trifft sich extra eher, bevor sie mit dem Sport beginnen, damit sich alle austauschen können (ID_I6_Pos. 380). Auch der Kontakt in der Freizeit hat sich nach Angaben einer befragten Person entwickelt:

„Wir haben Kontakt, waren grillen und alles so was, das ist klar. Wir haben auch WhatsApp, wir rufen uns an, wenn einer Geburtstag hat. Das ist das was, was sein sollte. Nicht nur hin gehen, - „guten Tag und - auf Wiedersehen“. Nein, man macht, man telefoniert vielleicht mal, aber meist ist ja WhatsApp heute.“ (ID_I1_Pos. 212).

Von einer in der Reha-Gruppe entstandenen Gruppendynamik haben fünf der befragten Personen berichtet. Eine Person sagt, dass es immer diese Gruppe ist, die etwas Positives hat (ID_I2_Pos. 151). In dem von der befragten Person genannten Beispiel ist die Gruppendynamik auf eine Person zurückzuführen, die die Gruppe zusammenhält, da sie viel Wissen über den Verein teilen kann (ID_I3_Pos. 173).

Die Wichtigkeit der Gruppendynamik wurde von drei Personen hervorgehoben.

„Ja denn überleg mal, so eine Gruppe baut sich ja auf. Logisch wechseln immer mal die Teilnehmer, kommen neue zu, man muss erstmal mit den frisch werden usw. Das macht was.“ (ID_I6_Pos. 356).

Die Auswertung zeigt jedoch auch, dass zwei der befragten Personen die Gruppendynamik schätzen, jedoch primär wegen der Bewegung am Reha-Sport teilnehmen und die Gruppendynamik somit zweitrangig ist (ID_I3_Pos. 453; ID_I4_Pos. 285). Dieser Aspekt wurde neu aus den Interviews gewonnen und bildet somit eine induktive Kategorie.

4.4. Langfristige Auswirkungen des Rehabilitationssports

Abschließend wurden die Teilnehmenden zu den langfristigen Wirkungen des Reha-Sports befragt. Darunter zählen in dieser Untersuchung Wirkungen, die nicht unmittelbar nach dem Sport auftreten, sondern erst nach einer bestimmten Zeit hervortreten, wie Verhaltensänderungen oder körperliche Veränderungen, die die Teilnehmenden über einen längeren Zeitraum feststellen. Da ein Einschlusskriterium der Befragung war, dass die Personen bereits mindesten vier Monate am Reha-Sport teilnehmen, kann darauf Bezug genommen werden. Die langfristigen Auswirkungen wurden in die körperlichen Auswirkungen, die psychischen Auswirkung, Auswirkungen auf das Wohlbefinden, Auswirkungen auf das Gesundheitsbewusstsein und

Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung unterteilt. Aus der bestehenden Literatur gingen primär die körperlichen Auswirkungen, die psychischen Auswirkungen und die Veränderungen in der Alltagsbewältigung hervor. Die Auswirkungen aus das Gesundheitsbewusstsein, auf das Wohlbefinden und auf die Alltagsbewältigung ergaben sich aus den Gesprächen mit den befragten Personen und bilden somit induktive Kategorien.

Die Auswertungen zeigen, dass zwei der Teilnehmenden eine langfristige Veränderung in ihrer Kondition bemerkt haben (ID_I1_Pos. 442; ID_I5_Pos. 424). Von einer langfristigen Veränderung der Koordination berichtete eine Person (ID_I5_Pos. 403). Von einer direkten körperlichen Veränderung berichtete eine Person nicht, jedoch wurde im Reha-Sport spezifisch auf ihr Rückenproblem eingegangen und Alternativen gezeigt, mit dem körperlichen Problem besser umzugehen, sodass sie zu dem Entschluss gekommen ist, dass sie für ihren Rücken viel gelernt hat (ID_I3_Pos. 483). Eine weitere genannte langfristige körperliche Veränderung ist die Beweglichkeit: „*Also ich bin schon fitter geworden, ich war ziemlich steif als ich dahin und ähm ja also das ist schon und ähm ja. Das ist auf jeden Fall besser geworden.*“ (ID_I5_Pos. 425).

Eine befragte Person berichtete in dem Interview von regelmäßigen Arztbesuchen, aufgrund von körperlichen Beschwerden. In dem Interview hat sie hervorgehoben, dass sie seit sie am Reha-Sport teilnimmt, ihren Orthopäden nicht mehr aufsuchen musste. Der Reha-Sport hat ihr bei den Beschwerden geholfen. (ID_I3_Pos. 727).

Insgesamt wird deutlich, dass die Befragung hauptsächlich körperliche Veränderungen in der Beweglichkeit und der Kondition ergeben hat.

Langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit konnte in zwei Fällen festgestellt werden. Eine Person berichtete, dass sich der Reha-Sport nicht nur positiv auf ihre körperliche Gesundheit auswirkt, sondern auch positive Veränderungen auf der mentalen Ebene zu verzeichnen sind (ID_I1_Pos. 539).

Die zweite Person gab an, sich durch den Reha-Sport an Übungen heranzutrauen, die sie sich vorher nicht getraut hat. Da hat sich bei ihr was gesteigert (ID_I4_339).

Aus drei der geführten Interviews gingen langfristige Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Reha-Sport-Teilnehmenden hervor. Sie berichteten das sie sich nach dem Reha-Sport gut fühlen und aus diesem Grund am Reha-Sport teilnehmen (ID_I1_Pos. 453). Außerdem wurde das positive Gefühl, welches mit körperlicher Bewegung einhergeht von einer Person hervorgehoben (ID_I4_Pos. 458). Eine Person erwähnte zudem, dass sie sich vom Reha-Sport erhofft, dass ihr Wohlbefinden so bleibt, wie es sich bisher entwickelt hat, oder sich weiterhin verbessert. (ID_I6_Pos. 431).

Quantitativ betrachtet wird den Auswirkungen auf das Gesundheitsbewusstsein den größten Wert beigemessen. Unter der Kategorie sind 20 Aussagen von fünf befragten Personen vermerkt. Darunter zählen die Gesundheit positiv beeinflussende Verhaltensänderungen, die durch den Reha-Sport hervorgegangen sind, sowie gewonnene Erkenntnisse, die die Gesundheit betreffen. Vier der befragten Personen berichteten davon, dass sie durch den Reha-Sport gelernt haben, dass sie manche Übungen leicht in den Alltag integrieren können, da sie ihnen guttun und keinen großen Aufwand bedeuten.

„Ähm ja, also ja einfach sich doch immer wieder bewusstwerden, dass ich ja manche von den Übungen, die wir zum Beispiel gestern gemacht haben, kann ich doch wirklich, während ich warte, dass die Mikrowelle fertig ist, kann ich doch sozusagen auch mich auf die Zehenspitzen stellen.“ (ID_I2_Pos. 115).

Auch in den Urlaub werden Übungszettel mitgenommen und im Zimmer durchgeführt. (ID_I3_Pos. 314).

Eine Person erzählte zudem, dass sie ihre Rückenprobleme mit gezielten Übungen, die sie im Reha-Sport gelernt hat, zuhause angehen kann. Dort macht sie Übungen auf der Matte. Auch im Alltag achtet sie auf die richtige Körperhaltung, die im Reha-Sport gelehrt wurde (ID_I6_Pos. 396).

Auch um den Körper am Morgen zu aktivieren, werden Übungen aus dem Reha-Sport angewendet (ID_I4_Pos. 223).

Neben dem Bewusstsein für die Integrierung von Übungen in den Alltag, berichtete eine Person von einer grundsätzlichen Veränderung ihres Bewegungsverhaltens. Sie erzählte, dass sie es nicht mehr lange aushält ohne Bewegung und diese regelmäßig am Tag integriert. Sie hofft zudem, dass sie dieses Verhalten möglichst lange beibehalten kann (ID_I4_Pos. 461).

Die gleiche Person hat zudem von einer veränderten Einstellung zur Bewegung auch in der Zukunft berichtet.

„Ja, insofern das ich denke, man muss sich einfach immer wieder etwas zutrauen und nicht denken ach jetzt bin ich alt und jetzt ist es egal, jetzt muss ich nicht mehr so bewegen. Also ich glaube das ist für mich der wichtigste Aspekt, dass man sich weiterhin bewegen sollte und muss, damit man ein bisschen fit bleibt.“ (ID_I4_Pos. 410).

Eine weitere Person erzählte ebenfalls, dass sich ihr Gesundheitsverhalten dahingehend verändert hat, dass sie gelernt hat, dass die körperliche Gesundheit und die Fortschritte davon abhängig sind, wie konsequent daran gearbeitet wird.

„oh Gott das ist der Schwachpunkt, das kann ich nicht, ich muss es jeden Tag üben. Es wird von selbst nur schlechter.“ (ID_I2_Pos. 145)

Die letzte Kategorie bilden die langfristigen Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung. Diese wurden von zwei der Teilnehmenden in den Interviews erwähnt. Da die Zielgruppe alleinlebende ältere Menschen darstellt, ist die selbstständige Alltagsbewältigung von besonderer Bedeutung. Diesen Aspekt betonte eine befragte Person besonders in ihrer Aussage:

„Denn ich mach ja hier auch noch einiges, ne. Und ich muss ja meinen Alltag auch bewältigen, sonst würde ich da ja nicht hingehen. Wenn ich jetzt gar nichts machen würde, dann, dann kann ich meinen Alltag nicht mehr bewältigen.“ (ID_I3_Pos. 514).

Auch die zweite Aussage basiert auf dem persönlich empfundenen Effekt, den die Person durch den Reha-Sport erfährt.

„Aber sonst bin ich ja in Bewegung und dann brauch ich das nicht und weiß ja, dass ich ja hierher gehe, ne. Aber wenn ich jetzt ausfallen lassen, denn ist das schon anders, ne. Dann würde ich richtig zurückfallen.“ (ID_I6_Pos. 311).

Beide Aussagen lassen darauf schließen, dass der Reha-Sport die Teilnehmenden bei der Alltagsbewältigung unterstützt und somit einen langfristigen positiven Effekt erzielt.

Nachdem die Ergebnisse vorgestellt wurden, sollen diese im folgenden Teil diskutiert und kritisch beleuchtet werden.

5. Diskussion

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse aus dem vorherigen Teil zusammengefasst und anschließend diskutiert. Dem folgt eine kritische Auseinandersetzung mit der Methodik.

5.1. Ergebnisdiskussion

Um die Auswirkungen einer regelmäßigen Teilnahme am Rehabilitationssport auf die funktionale Selbstständigkeit von älteren Erwachsenen im Alter von 65 bis 80 Jahren zu untersuchen, wurden eine qualitative Forschung durchgeführt. Dafür wurden sechs Reha-Sport-Teilnehmende interviewt. In der vorliegenden Ergebnisdiskussion werden zunächst die gefundenen Ergebnisse vorgestellt.

Mit Blick auf das Kapitel 4.1. lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Selbstständigkeit und deren Erhalt für die befragten Personen von großer Bedeutung ist. Unter dem Begriff Selbstständigkeit verstehen die Teilnehmenden Aspekte wie die Selbstversorgung, die Kommunikation, die Mobilität im Alltag, das häusliche Leben, die Entscheidungsfreiheit sowie eine selbstbestimmte Freizeitgestaltung.

Aktuelle Herausforderungen oder solche, die auf die befragten Personen zukommen könnten, sind vor allem körperliche Herausforderungen wie die Beweglichkeit, lange Gehstrecken oder

auch das Treppensteigen. Zudem kommen Herausforderungen im Hinblick auf die Mobilität, wie das Autofahren, hinzu. Darüber hinaus zeichneten sich im häuslichen Leben Herausforderungen wie die Gartenarbeit oder bauliche Hindernisse in der Wohnung ab.

Die genannten Bewältigungsstrategien für mögliche Herausforderungen beinhalten Hilfe von Freunden und Familie, die Umstellung von dem Auto auf den Bus, die Lieferung der Einkäufe sowie die Anstellung einer Haushaltshilfe.

In Kapitel 4.2. der Ergebnisse wurden die körperlichen Auswirkungen des Reha-Sports thematisiert. Untergliedert wurden diese in die Wirkungen auf die Muskelkraft, auf die Gelenkbeweglichkeit, auf die Kondition sowie auf das Wohlbefinden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mindestens 50% der Befragten eine positive Veränderung in jeder Kategorie vermerkt haben. Die Kategorie „körperliche Gelenkbeweglichkeit“ sticht dabei besonders hervor, da fünf von sechs befragten Personen von einer positiven Veränderung berichteten.

Die zentralen Erkenntnisse aus dem Kapitel 4.3. „Soziale Interaktionen und Motivation“ sind, dass alle der befragten Personen das Gemeinschaftsgefühl in der Reha-Sport-Gruppe sehr schätzen und sich die Gemeinschaft bereits über die Reha-Sport-Einheit hinaus entwickelt hat. Die Ergebnisse zu den langfristigen Auswirkungen des Reha-Sports lassen sich ebenfalls in mehrere Kategorien unterteilen. Dem größten Wert kann dabei den langfristigen Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten beigemessen werden.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass der Erhalt der Selbstständigkeit für die Befragten von zentraler Bedeutung war, körperliche und alltagspraktische Herausforderungen mithilfe individueller Strategien bewältigt wurden, der Reha-Sport sowohl positive körperliche Aspekte als auch ein starkes Gemeinschaftsgefühl fördert und insbesondere die langfristigen Veränderungen im Gesundheitsverhalten als besonders wertvoll erlebt wurden.

Nachdem die Ergebnisse zusammengefasst wurden, folgt im nachstehenden Kapitel die Einordnung relevanter Ergebnisse im Kontext der Forschungsfrage zur funktionalen Selbstständigkeit älterer Menschen.

5.1.1. Erlebte Auswirkungen des Rehabilitationssports auf die funktionale Selbstständigkeit im Alter

In diesem Abschnitt der Diskussion werden zunächst die subjektiven Bedeutungen, von den Befragten, zum Thema „Selbstständigkeit im Alter“ vorgestellt, um anschließend die qualitativen Ergebnisse zu den erlebten Auswirkungen auf die Selbstständigkeit im Alter im Kontext des ICF-Modells einzuordnen und zu interpretieren.

Die Bedeutung funktionaler Selbstständigkeit im Alter ist vielschichtig und individuell geprägt. Um die Auswirkungen des Reha-Sports auf die funktionale Selbstständigkeit aus der

Perspektive der befragten Personen adäquat einordnen zu können, ist es wesentlich zu verstehen, was ältere Menschen unter dem Begriff Selbstständigkeit verstehen und welche Wertigkeit sie dieser zuordnen. Die im Rahmen der Interviews gewonnenen Aussagen geben Aufschluss darüber, wie stark funktionale und soziale Komponenten hierbei zusammenspielen. Die Tatsache, dass alle Teilnehmenden ihrer Selbstständigkeit eine gewisse Relevanz beigemessen haben, verdeutlicht die Wichtigkeit von funktionaler Selbstständigkeit im Alter. Wie in Kapitel 4.1. gezeigt wurde, verstehen die Teilnehmenden unter dem Begriff Selbstständigkeit nicht nur körperliche Unabhängigkeit, sondern auch soziale Eingebundenheit und Entscheidungsfreiheit.

Die subjektiven Bedeutungen decken sich mit den Komponenten des ICF-Modells.

Das ICF-Modell gliedert sich in die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe, sowie die Kontextfaktoren mit den Umweltfaktoren und den persönlichen Faktoren (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015, S. 16). Für die subjektive Bedeutung von Selbstständigkeit sind hierbei vor allem die Komponenten Aktivitäten und die Teilhabe anzubringen, sowie die Kontextfaktoren. Aktivitäten umfassen Tätigkeiten wie das Gehen und sich kleiden, sowie Hausarbeiten und die Selbstversorgung (ebd. S. 44). Zu den Kontextfaktoren zählen unter anderem private Bauprodukte (ebd. S. 128). Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, können Treppen, oder auch andere bauliche Hindernisse, wie der Eingang der Dusche, zu einer Herausforderung werden und sind somit essenziell für die Selbstständigkeit. Diese Aspekte der Selbstständigkeit wurden von den Teilnehmenden hervorgehoben. Die Teilhabe umfasst Freizeit- und Erholungsaktivitäten wie sich mit Freunden zu treffen oder Sport zu treiben (ebd. S. 121). Auch diese Aspekte gehen aus den Ergebnissen der Interviews hervor.

Um die qualitativen Ergebnisse zu den erlebten Auswirkungen auf die Selbstständigkeit im Alter im Kontext des ICF-Modells einordnen und interpretieren zu können, wird im Folgenden Bezug zu den Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, den Aktivitäten und der Teilhabe genommen.

In Bezug auf die körperlichen Auswirkungen des Reha-Sports äußerten sich 50% der Teilnehmenden positiv zu Wirkungen auf die Muskelkraft. Diese ist im ICF-Modell den Körperfunktionen zugeordnet. In der Literatur wird von einer kontinuierlichen Abnahme der Muskelkraft im Alter berichtet (von Zuglinick, 2019, S. 999). Von daher ist es von besonderer Relevanz der Abnahme der Muskelkraft entgegenzuwirken. Die Wichtigkeit des Muskelaufbaus belegt eine Studie aus dem Jahr 2018 die zeigt, dass eine Kräftigung der Muskulatur dazu führen kann, Stürze zu verhindern (Bergland et al., 2018, S. 5). Die Sturzgefahr zu minimieren ist von hoher Relevanz, da die Folgen eines Sturzes zu einer herabgesetzten Selbstständigkeit führen können (Tsai et al., 2021, S. 5). Das wiederum kann steigende Gesundheitskosten bedeuten und

somit eine hohe gesundheitspolitische Relevanz für das Thema Sturzereignisse. Da mithilfe des Reha-Sports die funktionale Selbstständigkeit von älteren Menschen bei regelmäßiger Teilnahme gefördert werden kann, ist es wichtig diese Erkenntnis zu teilen. Eine Möglichkeit stellt die Kommunikation über die Ärzt*innen dar. Der Reha-Sport wird primär von Ärzt*innen verordnet und sie bilden somit die ersten Ansprechpartner*innen für ältere Menschen. Aus diesem Grund sollte diese Berufsgruppe über die positiven Auswirkungen des Reha-Sports informiert sein und die älteren Menschen zur körperlichen Aktivität und zum Krafttraining motivieren. Kraftübungen sind Teil der Reha-Sport Übungsveranstaltungen (Deutscher Behindertensportverband, 2024).

Die Ergebnisse dieser Untersuchung stimmen mit der Literatur überein und zeigen, dass Kraftübungen nicht vernachlässigt werden und regelmäßig in den Übungsplan integriert werden sollten. Es muss jedoch kritisch hinterfragt werden, mit welcher Häufigkeit die Kraftübungen durchgeführt werden, denn die WHO empfiehlt Kräftigungsübungen an drei Tagen die Woche (WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour, 2020, S. 43). Da der Reha-Sport in der Regel nur ein bis zwei Mal wöchentlich stattfindet, wäre es wichtig, dass die Teilnehmenden die Wichtigkeit der Muskelkräftigung erkennen und an einem weiteren Tag in der Woche selbstständig Übungen machen, um die bestmögliche Wirkung zu erzielen.

Eine weitere Wirkung des Reha-Sports, die in den Ergebnissen in Kapitel 4.2. beschrieben wird, ist die Auswirkung auf die Gelenkbeweglichkeit. Diese wird in dem ICF-Modell den Körperfunktionen zugeordnet. Die Befragten beschrieben, dass sie sich nach dem Reha-Sport beweglicher fühlten und sich somit auch das Gangbild verbessert hat. Die Verbesserung des Gangbildes unterstreicht die praktische Bedeutung dieses Aspektes im Alltag. Einschränkungen im Bereich der Gelenkbeweglichkeit können sich erheblich auf alltägliche Aktivitäten und die gesellschaftliche Teilhabe auswirken. Dieses Ergebnis verdeutlicht wie stark die ICF-Komponente Körperfunktionen mit den Komponenten Aktivitäten und Teilhabe zusammenhängen. Daraus resultiert eine ganzheitliche Betrachtungsweise der Selbstständigkeit.

Diese subjektiven Befunde korrespondieren mit Ergebnissen aus der Fachliteratur. So führt ein schlechtes Gangbild zu einem Verlust von funktionellen Fähigkeiten. Das wiederum kann zu einer Einschränkung der Selbstständigkeit führen (Stirnimann, 2014, S.704). Umso wichtiger ist es, dass die Ziele für den Reha-Sport, welche von der Bundesgemeinschaft für Rehabilitation herausgegeben werden, die Stärkung der körperlichen Beweglichkeit beinhalten (Bundesgemeinschaft für Rehabilitation e.V., 2022, S. 20).

Vor diesem Hintergrund lassen die erfassten subjektiven Erfahrungsberichte aus den Interviews darauf schließen, dass ein regelmäßig durchgeführter Reha-Sport nicht nur die körperliche Gelenkbeweglichkeit positiv beeinflussen kann, sondern auch die funktionale Alltagskompetenz. Dies ist darauf zurückzuführen, dass beispielweise ein verbessertes Gangbild durch

vermehrte Gelenkbeweglichkeit zu einer selbstständigen Lebensführung beiträgt. Es bleibt jedoch kritisch anzumerken, dass die positiven Effekte teils unmittelbar im Anschluss an die Reha-Sport Einheit zu vermerken war und daher nicht zwingend auf einen nachhaltigen Effekt schließen lassen.

Von einer positiven Veränderung der Kondition haben 50% der Teilnehmenden berichtet. Diese lässt sich in dem ICF-Model den Körperfunktionen zuordnen. Besonders hervorzuheben ist die Aussage einer befragten Person, die angab, dass sich ihre Kondition ohne den Reha-Sport weiter verschlechtern würde.

Diese subjektiven Befunde decken sich mit den Angaben in der Literatur. Ferner zählt eine Abnahme der Vitalkapazität der Lunge zu den klassischen Veränderungen des Körpers im Alter (von Zuglinick, 2019, S. 885). Umso wichtiger ist es, dieser Abnahme durch körperliche Aktivität entgegenzuwirken. Kritisch anzumerken ist, dass in der Literatur häufig die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Muskelkraft zu finden sind (Bergland et al., 2018, S. 5; WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour, 2020, S. 43), jedoch selten die Auswirkungen auf die Kondition. Dabei haben die Aussagen der Befragten in den Interviews gezeigt, dass eine verminderte Kondition ebenfalls Einfluss auf das alltägliche Leben hat und somit ebenfalls von Relevanz für die funktionale Selbstständigkeit ist. Das Unterstreicht die Aussage einer befragten Person, die berichtete, dass sie im Alltag mit der Bewegung nicht mehr hinkäme, wenn die Kondition weiterhin abnimmt. So würde unter anderem das Treppensteigen unmöglich werden und der Alltag wird somit stark eingeschränkt.

Angesichts der subjektiven Befragungsergebnisse lassen sich diese als einen Hinweis darauf interpretieren, dass der Erhalt oder die Verbesserung der konditionellen Fähigkeiten der älteren Menschen ebenfalls ein wichtiger Aspekt ist, um den Alltag im Alter selbstständig bewältigen zu können. Kritisch zu betrachten, gilt die Anzahl der Erfahrungsberichte von 50%. Das kann jedoch darauf zurückzuführen sein, dass die anderen 50% keine konditionellen Probleme verzeichnen.

Beachtenswert ist außerdem die Verbesserung im Bereich der Teilhabe. Viele Befragte gaben an, dass sie, seit sie am Reha-Sport teilnehmen, die Gemeinschaft über die Übungsveranstaltung heraus ausgeweitet haben und sich der Reha-Sport somit auch positiv auf die Teilhabe in ihrer Freizeit ausgewirkt hat. Zudem hat die Untersuchung ergeben, dass sich die Gemeinschaft in der Gruppe positiv auf das Wohlbefinden der Teilnehmenden auswirkt.

Die Erkenntnisse der qualitativen Untersuchung decken sich mit den Angaben in der Literatur. Eine gesellschaftliche Herausforderung in Bezug auf den demografischen Wandel ist es, eine soziale Isolation nach Eintritt in das Rentenalter zu verhindern und die Menschen weiterhin sozial zu integrieren (Waldenberger et al., 2022, S. 3). Wie die Literatur zeigt, sind die Folgen

von sozialer Isolation erheblich und beinhalten sowohl Depressions- und Angstsymptome (Santini et al., 2020, S. 66), als auch eine erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit (Holt-Lunstad et al., 2015, S. 233). Wie die Ergebnisse zeigen, stellt der Reha-Sport eine gute Möglichkeit dar, die soziale Integration der älteren Menschen zu ermöglichen. Wichtig ist, dass die Personen offen für neue Kontakte sein müssen, um diesen positiven sozialen Effekt des Reha-Sports zu erzielen. So ist eine Aussage kritisch anzumerken, da die befragte Person angab, lediglich wegen der Bewegung zum Reha-Sport zu gehen und nicht wegen den sozialen Kontakten. Diese Einstellung stellt einen limitierenden Faktor der positiven sozialen Effekte dar.

Neben der Bewerkstelligung der drohenden Herausforderung, aufgrund des demografischen Wandels, wirkt sich eine soziale Inklusion positiv auf die physische und psychische Gesundheit aus (Waldenberger et al., 2022, S. 3). Auch dieser Aspekt geht aus der Befragung hervor. Ähnliche Ergebnisse zeigt eine Studie von Komatsu, et al. aus dem Jahr 2017. Hier werden Interaktionen untereinander in der Gruppe positiv hervorgehoben und zudem positive Effekte auf die funktionale Gesundheit beschrieben (S. 5).

Zusammenfassend zeigen sowohl die Ergebnisse dieser Arbeit als auch externe Studien, dass Reha-Sport bei älteren Menschen umfassend auf mehreren ICF-Ebenen (Körperfunktionen und-strukturen, Aktivitäten, Teilhabe) wirksam ist und damit einen entscheidenden Beitrag zum Erhalt und zur Förderung funktionaler Selbstständigkeit leisten kann. Zudem verdeutlicht der Forschungsstand, dass die differenzierte Anwendung des ICF-Modells in der Rehabilitation die Erfolgsmessung und Versorgungssteuerung langfristig verbessert und die individuellen Fortschritte sowie Barrieren transparent macht.

Für eine nachhaltige Aufrechterhaltung der positiven Effekte des Reha-Sport ist eine langfristige Trainingsmotivation und eine kontinuierliche Fortführung entscheidend. Diese Aussage wird weiterhin in der Literatur betont, da der Reha-Sport als Grundlage für ein lebensbegleitendes Sporttreiben dienen soll und die so erreichten positiven Effekt weiter ausgebildet werden sollen (Deutscher Behindertensportverband, 2024).

Im folgenden Kapitel werden die fördernden und hemmenden Einflussfaktoren auf den nachhaltigen Erhalt der funktionalen Selbstständigkeit durch den Reha-Sport analysiert und diskutiert.

5.1.2. Einflussfaktoren auf den nachhaltigen Erhalt funktionaler Selbstständigkeit durch Rehabilitationssport

Ziel dieses Kapitels ist es, die ermittelten Einflussfaktoren zu analysieren, die einen langfristigen Nutzen des Rehabilitationssports aus Sicht der Befragten fördern oder behindern. Diese

werden zudem in Bezug zu der bisher bestehenden Literatur gesetzt. Dabei werden gezielt die Kontextfaktoren des ICF-Modells in den Fokus genommen. Darunter fallen die Umweltfaktoren sowie die personenbezogenen Faktoren. Unter den Umweltfaktoren werden unter anderem private Bauprodukte, wie eine barrierefreie Wohnung (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015, S. 128) oder Dienste des Gesundheitswesens (ebd. S. 141) zusammengefasst. Die personenbezogenen Faktoren beinhalten Aspekte wie die Motivation eines Menschen (ebd. S. 22). In diesem Kapitel wird diskutiert, wie diese Faktoren als Barrieren oder Förderfaktoren wirken können und es wird dargestellt, wie das Zusammenspiel aller ICF-Komponenten den langfristigen Funktionserhalt beeinflussen.

Zu den fördernden Einflussfaktoren müssen unter anderem die im vorherigen Kapitel 5.1.2. genannten positiven Effekte auf der körperlichen und funktionalen Ebene gezählt werden. So wurde aufgezählt, dass eine regelmäßige Teilnahme am Reha-Sport, zu einer Verbesserung der Beweglichkeit, Kondition und Koordination geführt hat. Daraus lässt sich schließen, dass diese positiven Veränderungen einen Einfluss auf die Motivation der Teilnehmenden haben, um eine weitere Verbesserung zu erzielen, um möglichst lange selbstständig in dem eigenen Haus oder in der eigenen Wohnung leben zu können. Dieser Wunsch wurde mehrfach während der Befragung geäußert und verdeutlicht die Wichtigkeit der funktionalen Selbstständigkeit. Diese Ergebnisse decken sich mit der Literatur. Wie eine Studie aus dem Jahr 2021 zeigt, wünscht sich der Großteil der in der Studie befragten Personen, möglichst lange in ihrem eigenen Zuhause leben zu können (Fjell et al., 2021, S. 5).

Zu den fördernden personenbezogenen Faktoren zählt insbesondere die Steigerung des Gesundheitsbewusstseins der Teilnehmenden durch die Reha-Sport-Maßnahme. So berichteten die Teilnehmenden, dass sie Übungen selbstständig zuhause durchführen, seit sie am Reha-Sport teilnehmen, da sie gelernt und wahrgenommen haben, dass dies positive Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat. Die Befragten nehmen die positiven Effekte der Übungen wahr und erkennen die Notwendigkeit, an individuellen Defiziten konsequent zu arbeiten, um langfristige Verbesserungen zu erzielen. Das zeigt, dass sie durch den Reha-Sport gelernt haben, dass sie eigenverantwortlich für den Erhalt ihrer Gesundheit sind. Durch dieses Verhalten kann ein nachhaltiger Erhalt der funktionalen Selbstständigkeit gewährleistet werden, da die Teilnehmenden eine hohe intrinsische Motivation entwickelt haben, regelmäßig am Reha-Sport teilzunehmen und darüber hinaus selbstständig Übungen durchzuführen. Dieser Faktor kann ebenfalls als förderlich angesehen werden, da die Literatur zeigt, dass auch ältere Menschen mindestens 150-300 Minuten in der Woche ein moderates Training oder 75-150 Minuten ein intensives körperliches Training absolvieren sollen. Diese Angaben sind den Empfehlungen

der WHO zu entnehmen (WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour, 2020, S. 43).

Der eigenständige Übungswille der Teilnehmenden trägt dazu bei, diese Empfehlungen zu erfüllen und damit die funktionale Selbstständigkeit langfristig zu sichern. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass lediglich fünf der sechs Befragten eine Verhaltensänderung zeigen. Ein nachhaltiger Effekt auf die funktionale Selbstständigkeit erfordert die breite und konsistente Etablierung gesundheitsfördernden Verhaltens bei sämtlichen Teilnehmenden.

Von zentraler Bedeutung zur Förderung der Motivation wurden die festen Gruppenstrukturen genannt. So zeigt die Befragung, dass sich sowohl die sozialen Kontakte als auch die Anleitung in der Gruppe positiv auf die Motivation der Teilnehmenden auswirken. Die Teilnehmenden berichten, dass die Dynamik der konstant zusammengesetzten Gruppe ihre Teilnahmebereitschaft erhöht, insbesondere an Tagen, an denen die Motivation geringer ist. Die Literatur hebt die Bedeutung von Sozialunterstützung für die Aufrechterhaltung von Bewegungsaktivitäten hervor (Komatsu, et al., 2017, S. 5), was die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen. Die Teilnehmenden sind durch die feste Gruppenzusammensetzung stärker an die körperliche Aktivität gebunden, was für die Erreichung nachhaltiger Effekte unabdingbar ist. Veränderungen der Gruppenzusammensetzung könnten hingegen zu Rückgängen in der Teilnahmekontinuität führen und damit zu geringeren positiven Langzeiteffekten.

Als einen hemmenden personenbezogenen Faktor konnte die drohende Multimorbidität identifiziert werden. Die befragten Personen haben Aspekte wie eine schlechte Beweglichkeit, das Knie sowie lange Gehstrecken und Treppen steigen als zukünftige Herausforderungen genannt. Diese Angaben decken sich mit der Literatur. Ein natürlicher Bestandteil des Alterungsprozesses ist unter anderem die erhöhte Knochenbrüchigkeit, ein Abbau der Muskelmasse (von Zuglinick, 2019, S. 999), sowie eine Abnahme der Vitalkapazität der Lunge (ebd. S. 885). Diese physiologischen Faktoren können die Beweglichkeit oder das Treppen steigen erheblich beeinflussen und somit die Selbstständigkeit der älteren Menschen gefährden. Körperliche Aktivität kann den physiologischen Alterungsprozess nachweislich positiv beeinflussen (Ožić et al., 2020, S.4), komplett verhindert werden kann dieser jedoch nicht, da er ein physiologisch gesehen normaler Prozess ist und keine Krankheit (von Zuglinick, 2019, S. 989). Somit stellt der Alterungsprozess und die damit einhergehende drohende Multimorbidität einen hemmenden Einflussfaktor auf den nachhaltigen Erhalt der funktionalen Selbstständigkeit dar.

Als hemmenden Umweltfaktor anzubringen ist die Mobilität. Aus der Befragung geht hervor, dass die Teilnehmenden teilweise auf das Autofahren angewiesen sind, um zum Reha-Sport zu kommen. Teilweise kann der Bus als Alternative genutzt werden. Ist es den Teilnehmenden

jedoch nicht mehr möglich selbstständig zum Reha-Sport zu kommen, droht eine soziale Isolation, da die sozialen Kontakte im Reha-Sport wegfallen. Wie in der Literatur beschrieben, haben die sozialen Kontakte einen positiven Einfluss auf den Erhalt der Selbstständigkeit (Komatsu, et al., 2017, S. 5). Hervorzuheben ist hierbei, dass es sich bei der Untersuchung um alleinlebende ältere Menschen handelt und die sozialen Kontakte im Reha-Sport somit von besonderer Relevanz sind. Somit kann eine fehlende Mobilität den nachhaltigen Erhalt der funktionalen Selbstständigkeit durch Reha-Sport erheblich beeinflussen. Daran zeigt sich die Relevanz, die Mobilität der Teilnehmenden so lange wie möglich zu erhalten, oder weitere Möglichkeiten zu bieten, den Teilnehmenden die Möglichkeit zur Teilnahme am Reha-Sport zu ermöglichen. Eine mögliche Handlungsoption wäre, ein vom Sportverein gestellter Fahrerservice, um diese Barriere zu beseitigen und eine lange Teilnahme am Reha-Sport zu ermöglichen.

Zusammenfassen lässt sich sagen, dass besonders die festen Gruppenstrukturen und die sozialen Kontakte eine regelmäßige Teilnahme am Reha-Sport fördern. Als hemmende Faktoren konnten altersbedingte körperliche Einschränkungen sowie Mobilitätsprobleme, die eine Teilnahme erschweren, identifiziert werden.

5.2. Reflexion des methodischen Vorgehens

Im Rahmen dieser Arbeit wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Als Grundlage diente ein Interviewleitfaden, der auf der Basis des theoretischen Hintergrunds erstellt wurde. Es wurden sechs Interviews mit Reha-Sport-Teilnehmenden eines regionalen Sportvereins im norddeutschen Raum geführt. Die Durchschnittliche Interviewdauer betrug 27 Minuten. Im Anschluss an die Interviews wurden diese nach den Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2018) transkribiert und ein Kategoriesystem und Kodierleitfaden entwickelt. Die Auswertung erfolgte computergestützt mit QCAmap. Anschließend wurden die codierten Segmente pro Code zusammengefasst und der Ergebnisteil verfasst.

Im Folgenden werden zunächst Stärken des gewählten methodischen Vorgehens dargestellt, bevor anschließend auf die Limitationen dieser Methodik eingegangen wird.

Die ausgewählte Methode hat ausreichend Ergebnisse erzielt, die zur angemessenen Beantwortung der Forschungsfrage nötig erschienen. Dabei ist positiv hervorzuheben, dass fünf der sechs Gütekriterien von Mayring (2023) eingehalten werden konnten. Die Verfahrensdokumentation konnte mithilfe der Begründung und Beschreibung der Analyseinstrumente und der Datenerhebung eingehalten werden.

Die argumentative Interpretationsabsicherung wurde eingehalten, da die theoretische Grundlage mithilfe des ICF-Models und des theoretischen Hintergrundes sichergestellt werden konnte. Die auf Argumenten basierende Analyse erfolgte in der Diskussion dieser Arbeit.

Durch eine präzise Berücksichtigung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring konnte auch das Gütekriterium der Regelgeleitetheit eingehalten werden.

Die Teilnehmenden wurden vor Beginn der Interviews ausführlich mithilfe eines Informationsblattes über das Forschungsziel aufgeklärt und welchen Beitrag sie zur Erreichung des Ziels leisten. Somit wurde auch das Gütekriterium „Nähe zum Gegenstand“ erfüllt.

Die Triangulation wurde in dieser Arbeit eingehalten, da die Ergebnisse dieser Arbeit mit empirischen Befunden aus der Literatur verglichen wurden.

Außerdem muss positiv hervorgehoben werden, dass ein leitfadengestütztes Interview ausreichend Handlungsspielraum lässt, um neue Erkenntnisse zu erheben (Helfferich, 2011, S. 179).

Die durch den Leitfaden gegebene Vergleichbarkeit der Interviews lässt ebenfalls auf die Qualität der Ergebnisse hinweisen (ebd. S. 881).

Im Folgenden werden die Limitationen der vorliegenden Arbeit diskutiert, um die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Arbeit einordnen zu können.

Wie im Kapitel 4.6. dargestellt, nennt Mayring (2023) sechs Gütekriterien, um die Güte der Ergebnisse sicherstellen zu können. In dieser Arbeit konnten fünf der sechs Gütekriterien eingehalten werden. Aufgrund des zeitlichen Rahmens der Bachelorarbeit konnte das fünfte Gütekriterium, die kommunikative Validierung, nicht eingehalten werden. In weiterer Forschung sollte auch dieses Gütekriterium beachtet werden, um die „Gültigkeit der Ergebnisse“ überprüfen zu können (ebd. S. 124).

Eine weitere Limitation liegt in der Auswahl der Interviewpartner*innen. Die Befragung der Reha-Sport-Teilnehmenden fand aufgrund des Feldzugangs ausschließlich in einem regionalen Sportverein statt. Somit beziehen sich die Befragungsergebnisse lediglich auf den einen Sportverein. Da der Reha-Sport in den Rahmenvereinbarungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2022) jedoch einheitlich geregelt ist, ist davon auszugehen, dass sich die Ergebnisse auch auf andere Reha-Sport-Anbieter ausweiten lassen.

Außerdem ist eine weitere Limitation in der Selektion der Teilnehmenden zu finden. Aufgrund des gewählten Verfahrens kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich besonders motivierte oder zufriedene Reha-Sport Teilnehmenden für ein Interview bereit erklärt haben und somit eine Verzerrung im Ergebnis möglich ist.

Die Zusammensetzung der Interviewstichprobe stellt eine weitere Limitation des methodischen Vorgehens dar. Fünf der sechs interviewten Personen waren weiblich und eine Person männlich. Dadurch ist die Geschlechterverteilung innerhalb des Samples unausgewogen. Dies hat zu Folge das die männliche Sichtweise weniger stark in die Analyse einfließt. Somit ist die

Generalisierbarkeit der Ergebnisse hinsichtlich geschlechterspezifischer Aspekte eingeschränkt. Die gewonnenen Erkenntnisse können dennoch als Indizien für die untersuchte Zielgruppe betrachtet werden.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass eine soziale Erwünschtheit zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben kann. Dies könnte dadurch aufgetreten sein, dass die Teilnehmenden, insbesondere bei den Themen Gesundheit, vermehrt von positiven Veränderungen berichten, um den Erwartungen der Forschenden zu entsprechen.

6. Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, welche Auswirkungen alleinlebende ältere Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren durch eine regelmäßige Teilnahme am Rehabilitationssport auf die funktionale Selbstständigkeit wahrnehmen und welche Faktoren diese beeinflussen. Für die Beantwortung wurde eine qualitative Untersuchung in Form von Leitfadeninterviews mit Reha-Sport-Teilnehmenden eines regionalen Sportvereins durchgeführt.

Auf Grundlage des ICF-Models lässt sich aus den Ergebnissen schließen, dass nicht nur körperliche Parameter wie Kondition, Kraft und die körperliche Gelenkbeweglichkeit verbessert werden konnten, sondern zudem auch die Partizipation im Alltag gestärkt werden konnte. Besonders hervorzuheben sind hierbei die psychosozialen Aspekte. Die Gruppendynamik, das angeleitete Training in einer Gruppe und die Erweiterung der Gemeinschaft über die Reha-Sport-Veranstaltungen hinaus erwiesen sich als wichtige Faktoren, langfristige Erfolge der Reha-Sport-Teilnehmenden zu erzielen. So ist als zentraler langfristiger Effekt ein positiv verändertes Gesundheitsverhalten hervorzuheben.

Ergänzend zu bisheriger Forschung betonen die Ergebnisse dieser Arbeit positive Implikationen einer regelmäßigen Reha-Sport Teilnahme auf das Gesundheitsverhalten sowie auf die Alltagsbewältigung. Außerdem berücksichtigt diese Arbeit die Gruppendynamik, sowie die Anleitung in der Gruppe in Bezug auf die Motivation der Teilnehmenden. In zukünftiger Forschung sollten diese Aspekte näher betrachtet und berücksichtigt werden.

Zudem werden in dieser Arbeit Bewältigungsstrategien zu den genannten Herausforderungen in der Alltagsbewältigung der Teilnehmenden erfasst. Diese gilt es in nachfolgender Forschung systematisch zu erfassen und in Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit zu bewerten.

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass sich eine regelmäßige körperliche Aktivität im Rahmen des Reha-Sports positiv auf die funktionale Selbstständigkeit älterer

alleinlebender Menschen im Alter von 65 bis 80 auswirkt. Diese Erkenntnis verstärkt die Bedeutung von Reha-Sport Angeboten für alleinlebende ältere Menschen.

In Bezug auf die Praxis des Reha-Sports könnte ein verstärkter Fokus auf die Gruppendynamik und die soziale Unterstützung im Reha-Sport dazu beitragen, die positiven Effekte auf die Lebensqualität und die funktionale Selbstständigkeit älterer alleinlebender Menschen weiter zu erhalten oder weiter zu stärken.

Zusammenfassen zeigt diese Arbeit, dass eine regelmäßige Teilnahme am Rehabilitations-sport nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit von alleinlebenden älteren Menschen verbessert, sondern vor allem durch die Gruppendynamik und die soziale Unterstützung, die funktionale Selbstständigkeit sowie ein nachhaltiges Gesundheitsverhalten gestärkt wird.

Literaturverzeichnis

- Beise, U., Heimes, S., & Schwarz, W. (2013). Gesundheits- und Krankheitslehre: Lehrbuch für die Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege, [3. Auflage]. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-36984-1>
- Bergland, A., Fougner, M., Lund, A., & Debesay, J. (2018). Ageing and exercise: Building body capital in old age. *European Review of Aging and Physical Activity*, 15, 7. <https://doi.org/10.1186/s11556-018-0195-9>
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (2006). ICF-Praxisleitfaden: Träger-übergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation [2. überarbeitete Auflage]. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.). (2018). Rehabilitation: Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-54250-7>
- Bundesgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.). (2022). Rehabilitationssport und Funktionstraining. ISBN: 978-3-943714-34-0
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2021). Fakten zur demografischen Entwicklung Deutschlands 2010-2020 - Bericht des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden. https://www.bib.bund.de/Publikation/2021/pdf/Fakten-zur-demografischen-Entwicklung-Deutschlands-2010-2020.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025). Neunter Altersbericht - Alt werden in Deutschland - Vielfach Potenziale und Ungleichheiten der Teilhabechancen. Berlin. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/254238/10edb003a180e008e452f058c8b17530/neunter-altersbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2024). Rehabilitation. Rehabilitation. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html#:~:text=Medizinische%20Vorsorge%20soll%20Krankheiten%20verhüten,oder%20Milderung%20ihrer%20Folgen%20dienen>. [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126–131.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Cunningham, C., O' Sullivan, R., Caserotti, P., & Tully, M. A. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30(5), 816–827. <https://doi.org/10.1111/sms.13616>

Dapp, U., Lorentz, Ch., Laub, S., Anders, J., von Renteln-Kruse, W., Minder, Ch., & Dirksen-Fischer, M. (2009). Im Alter aktiv und gesund leben – Ergebnisse einer repräsentativen Seniorenbefragung in Hamburg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42(3), 245–255. <https://doi.org/10.1007/s00391-009-0040-x>

Deutscher Behindertensportverband. (2024a). Rehasportstunde – Was erwartet mich dort? Rehasportstunde – Was erwartet mich dort? <https://www.dein-rehasport.de/dein-rehasport/rehasport-stunde-was-erwartet-mich-dort> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

Deutscher Behindertensportverband. (2024b). Rahmenbedingungen – Welche Regeln gibt es für den Rehasport? Rahmenbedingungen – Welche Regeln gibt es für den Rehasport? <https://www.dein-rehasport.de/dein-rehasport/rahmenbedingungen-welche-regeln-gibt-es-fuer-den-rehasport#c394> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2015). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9241545429_ger.pdf;sequence=102

Ding, D., Lawson, K. D., Kolbe-Alexander, T. L., Finkelstein, E. A., Katzmarzyk, P. T., van Mechelen, W., & Pratt, M. (2016). The economic burden of physical inactivity: A global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*, 388(10051), 1311–1324. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)

Döring, N. (2023). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, [6. Auflage]. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2>

Dresing, T., & Pehl, T. (2018). Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende, [8. Auflage]. Eigenverlag.

Fjell, A., Eriksen, K. Å., Hermann, M., Boström, A.-M., & Cronfalk, S. B. (2021). Older people living at home: Experiences of healthy ageing. *Primary Health Care Research & Development*, 22, e6. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000049>

Fuchs, J., Scheidt-Nave, C., Gaertner, B., Dapp, U., Von Renteln-Kruse, W., Saum, K.-U., Thorand, B., Strobl, R., & Grill, E. (2016). Frailty in Deutschland: Stand und Perspektiven: Ergebnisse eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(8), 734–742. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0999-4>

Fuchs, J., Gaertner, B., & Prütz, F. (2022). Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten und Unterstützungsbedarfe – Auswertungen der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. <https://doi.org/10.25646/9569>

Gesetz: SGV IX – Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und

Teilhabe von Menschen mit Behinderung – in der Fassung des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGB1. I S. 3234), zuletzt geändert durch Artikel 7c des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGB1. I S. 4530).

- Gmünder, H.P. (2015) Die Rehabilitation - ein Überblick. In Strubreither, W., Neikes, M., Stirnimann, D., Eisenhuth, J., Schulz, B., & Lude, P. (Hrsg.). (2015). Klinische Psychologie bei Querschnittslähmung: Psychologische und psychotherapeutische Interventionen bei psychischen, somatischen und psychosozialen Folgen. (S. 21-31) Springer Vienna. <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1601-2>
- Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: A pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *The Lancet Global Health*, 6(10), e1077–e1086. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
- Gyasi, R. M., Abass, K., & Adu-Gyamfi, S. (2020). How do lifestyle choices affect the link between living alone and psychological distress in older age? Results from the Age-HeaPsyWel-HeaSeeB study. *BMC Public Health*, 20(1), 859. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08870-8>
- Haslbeck, J. W., McCorkle, R., & Schaeffer, D. (2012). Chronic Illness Self-Management While Living Alone in Later Life: A Systematic Integrative Review. *Research on Aging*, 34(5), 507–547. <https://doi.org/10.1177/0164027511429808>
- Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten, [4. Auflage]. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Helferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In Baur, N., & Blasius, J. (Hrsg.). (2022). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, [3. Auflage]. (S. 875-892) Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Kohl, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., & Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: Global action for public health. *The Lancet*, 380(9838), 294–305. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60898-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60898-8)
- Komatsu, H., Yagasaki, K., Saito, Y., & Oguma, Y. (2017). Regular group exercise contributes to balanced health in older adults in Japan: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 17, 190. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0584-3>
- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. *Lancet*, 380(9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- Manz, K., Domanska, OM., Kuhnert, R., Krug, S. (2022). Wie viel sitzen Erwachsene? Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS). *J Health Monit* 7(3): 32–40. DOI 10.25646/10294
- Mayring, Philipp. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse—Grundlagen und Techniken [13. überarbeitete Auflage]. Beltz. ISBN: 978-3-407-25898-4
- Mayring, Philipp. (2023). Einführung in die qualitative Sozialforschung [7. überarbeitete Auflage]. Beltz. ISBN: 978-3-407-29601-6

- Molina-Mula, J., Gallo-Estrada, J., & González-Trujillo, A. (2020). Self-Perceptions and Behavior of Older People Living Alone. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), Article 23. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238739>
- Moreland, B., Kakara, R., & Henry, A. (2020). Trends in Nonfatal Falls and Fall-Related Injuries Among Adults Aged ≥ 65 Years—United States, 2012–2018. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(27), 875–881. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6927a5>
- Musich, S., Wang, S. S., Schaeffer, J. A., Kraemer, S., Wicker, E., & Yeh, C. S. (2022). The association of physical activity with loneliness, social isolation, and selected psychological protective factors among older adults. *Geriatric Nursing*, 47, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.07.006>
- Ožić, S., Vasiljev, V., Ivković, V., Bilajac, L., & Rukavina, T. (2020). Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population. *Medicine*, 99(8), e19145. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019145>
- Paquet, C., Whitehead, J., Shah, R., Adams, A. M., Dooley, D., Spreng, R. N., Aunio, A.-L., & Dubé, L. (2023). Social Prescription Interventions Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Meta-Review Integrating On-the-Ground Resources. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e40213. <https://doi.org/10.2196/40213>
- Pund, L., (2023). Demografischer Wandel und Demografiemanagement. In Werkmann-Karcher, B., Müller, A., & Zbinden, T. (Hrsg.). (2023). Personalpsychologie für das Human Resource Management. (S. 57-72) Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65308-1>
- Qu, X., Zhang, X., Zhai, Z., Li, H., Liu, X., Li, H., Liu, G., Zhu, Z., Hao, Y., & Dai, K. (2014). Association Between Physical Activity and Risk of Fracture. *Journal of Bone and Mineral Research*, 29(1), 202–211. <https://doi.org/10.1002/jbmr.2019>
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. ISBN 978-3-89606-225-3
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62–e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (o. J.a). 15. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (o. J.b). Zahl der Pflegebedürftigen steigt bis 2070 deutlich an. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/aktuell-vorausberechnung-pflegebeduerftige.html> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (o. J.c). Ältere Menschen. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2023). In nahezu jedem dritten Haushalt in Deutschland leben ältere Menschen. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/09/PD23_N051_12.html [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024). Lebenserwartung und Sterblichkeit. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025a). Alleinlebende. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Glossar/alleinlebende.html> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025b). Lebensformen älterer Menschen. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/lebensformen.html> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2025c). Mehr Pflegebedürftige—Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

Stirnimann, D. (2015) Autonomie und Selbstständigkeit. In Strubreither, W., Neikes, M., Stirnimann, D., Eisenhuth, J., Schulz, B., & Lude, P. (Hrsg.). (2015). Klinische Psychologie bei Querschnittslähmung: Psychologische und psychotherapeutische Interventionen bei psychischen, somatischen und psychosozialen Folgen. (S. 703-708). Springer Vienna. <https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1601-2>

Tcymbal, A., Abu-Omar, K., Hartung, V., Bußkamp, A., Comito, C., Rossmann, C., Meinzinger, D., & Reimers, A. K. (2022). Interventions simultaneously promoting social participation and physical activity in community living older adults: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 10, 1048496. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1048496>

Tsai, C.-Y., Lin, E.-S., Li, Y.-T., Tung, T.-H., & Chen, W.-C. (2021). The Relationship Between Storey of Buildings and Fall Risk. *Frontiers in Public Health*, 9, 665985. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.665985>

Vespa, A., Spatuzzi, R., Fabbietti, P., Di Rosa, M., Bonfigli, A. R., Corsonello, A., Gattafoni, P., & Giulietti, M. V. (2023). Association between Sense of Loneliness and Quality of Life in Older Adults with Multimorbidity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2615. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032615>

Von Zuglinicki, T. (2019) Alter und Altern. In Schmidt, R., Lang, F., Heckmann, M., Physiologie des Menschen – mit Pathophysiologie, [32. Auflage]. (S. 988-1003). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56468-4>

Waldenberger, F., Naegele, G., Kudo, H., & Matsuda, T. (2022). Einleitung zu Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe. In Waldenberger, F., Naegele, G., Kudo, H., Matsuda, T. (Hrsg.), Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe (S. 1–17). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-36844-9_1

Wiemeyer, J., Hänsel, F. (2017). Körperliche Aktivität. In Oertel, V., Matura, S. (2017). Bewegung und Sport gegen Burnout, Depressionen und Ängste (S. 3-11). Springer DOI: 10.1007/978-3-662-53938-5

WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour (1st ed). (2020). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>

World Health Organisation. (2024a). Rehabilitation. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

World Health Organisation. (2024b). Nichtübertragbare Krankheiten. Nichtübertragbare Krankheiten. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [zuletzt abgerufen am 24.08.2025]

Xu, Q., Ou, X., & Li, J. (2022). The risk of falls among the aging population: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10, 902599. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.902599>

Anhang 1: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden für die Befragung der Reha-Sport-Teilnehmer*innen

Zielgruppe: Rehasportteilnehmer*innen im Alter von 65 bis 80 Jahren

Dauer: Ca. 30-45 Minuten

Einleitung:

- Begrüßung und Dank für die Teilnahmebereitschaft
- Kurze Vorstellung der Interviewerin und das Ziel der Forschung
- Betonung auf Vertraulichkeit der Daten – Einverständniserklärung und Datenschutzerklärung aushändigen und unterschreiben lassen
- Teilnehmenden müssen Fragen nicht beantworten und können jederzeit aufhören

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check- Wurde das erwähnt? Nachfragen nur, wenn nicht von allein angesprochen, Formulierung anpassen	Konkrete Fragen Eventualfragen An passender Stelle einfügen	Aufrechterhaltungs- / Steuerungsfragen
Aufwärmphase	Können Sie mir etwas über sich erzählen und wie Sie zum Reha-Sport bei diesem regionalen Sportverein gekommen sind?	Alter, Lebenssituation, Sportverein	Wie sind Sie auf den regionalen Sportverein aufmerksam geworden? Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?
Kernthema 1: Subjektive Wahrnehmung von funktioneller Selbstständigkeit	Welche Bedeutung hat „Selbstständigkeit im Alltag“ für Sie?	Subjektive Definition Selbstständigkeit	Was brauchen Sie, um im Alltag selbstständig zu sein? Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Haben Sie dazu ein Beispiel?

<p>Welche alltäglichen Tätigkeiten sind für Sie unverzichtbar, um selbstständig zu leben?</p>	<p>Identifikation von Tätigkeiten, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versorgung - Haushaltstätigkeiten - Kommunikation 	<p>Was sind die ersten drei Tätigkeiten, die Sie morgens selbstständig durchführen?</p> <p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?</p> <p>Haben Sie ein Beispiel dazu?</p>
	<p>Wo sehen Sie perspektivisch im Alter die größten Herausforderungen bei der Bewältigung des Alltags?</p>	<p>Identifikation physischer, psychischer und umweltbedingter Barrieren, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Treppen steigen - Lange Gehstrecken - Einkaufen gehen - Kommunikation <p>Beispiele für Tätigkeiten, die evtl. überfordern oder die vermieden werden.</p> <p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?</p> <p>Haben Sie ein Beispiel dazu?</p>

Kernthema 2: Körperliche Wirkungen des Rehasports	<p>Wie hat sich Ihre körperliche Beweglichkeit und Sicherheit (z.B. beim Gehen oder Treppe steigen) durch das Training im Rehabilitationssport entwickelt?</p>	<p>Untersuchung der konkreten Auswirkungen des Reha-Sports auf die allgemeine Mobilität im Alltag insbesondere hinsichtlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kraft - Koordination - Sicherheits- empfinden 	<p>Können Sie beschreiben, ob und welche Bewegungen Ihnen im Alltag seit dem Training leichter fallen? Wie sieht es mit dem Treppen steigen aus?</p>	<p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Spielt Ihre Gehstrecke dabei eine Rolle?</p>
	<p>Welche Veränderungen haben Sie seit Beginn des Reha-Sports bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben wie Einkaufen, Kochen oder Haushaltsführung bemerkt?</p>	<p>Subjektive Veränderungen der Alltagsaktivitäten erläutern lassen</p>	<p>Können Sie mir Tätigkeiten nennen, die sich seit dem Reha-Sport für Sie einfacher anfühlen?</p>	<p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Haben Sie ein Beispiel dazu?</p>

<p>Kersthema 3: Soziale Interaktionen und Motivation</p> <p>Welche Rollen spielen die sozialen Kontakte in der Rehagruppe für Ihre Motivation?</p>	<p>z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gemeinschaftsgefühl - Verbindlichkeit - Psychologische Unterstützung 	<p>Einflussfaktoren erfassen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontakt zu anderen Teilnehmer*innen Sie motiviert oder beeinflusst? 	<p>Können Sie ein konkretes Beispiel nennen, wie der Kontakt zu anderen Teilnehmer*innen Sie motiviert oder beeinflusst?</p> <p>Haben Sie ein Beispiel dazu?</p>	<p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?</p>
<p>Inwiefern beeinflusst die Gruppendynamik Ihre Verbindlichkeit gegenüber der Teilnahme?</p>	<p>Gruppendynamische Prozesse erfassen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soziale Normen - gemeinsame Ziele 	<p>Können Sie beschreiben, ob Sie sich in der Gruppe verpflichtet fühlen, regelmäßig teilzunehmen?</p> <p>Wie wichtig ist Ihnen die regelmäßige Gruppenzusammensetzung für Ihre Verbindlichkeit?</p>	<p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?</p>	<p>Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?</p>
<p>Kersthema 4: Langfristige Effekte</p> <p>Gibt es langfristige Veränderungen, die Sie durch den Reh-Sport bemerkt haben?</p>	<p>Erfassung langfristiger körperlicher, psychischer und sozialer Veränderungen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gehstrecke, Treppensteigen) feststellen? - Körperliche Veränderungen 	<p>Erfassung langfristiger körperlicher, psychischer und sozialer Veränderungen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gehstrecke, Treppensteigen) feststellen? - Körperliche Veränderungen 	<p>Können Sie konkrete Veränderungen (z.B. Gehstrecke, Treppensteigen) feststellen?</p>	<p>Nonverbale Aufrechterhaltung</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Leistungsfähigkeit - Alltagsbewältigung 	<p>Falls sich Ihre Mobilität verbessert hat, konnten Sie vermehrt an sozialen Aktivitäten teilnehmen?</p>	<p>Haben Sie ein Beispiel dazu?</p>
--	--	---	-------------------------------------

Abschluss:

Sonstige Anmerkungen: Haben Sie sonstige Anmerkungen, die nicht berücksichtigt wurden?

Verabschiedung: Bedankung für die Teilnahme und Verabschiedung

Anhang 2: Informationsschreiben und Einverständniserklärung



Information zur freiwilligen Teilnahme an einem Interview

Beschreibung der Studie:

Das Ziel der Befragung von Reha-Sport-Teilnehmer*innen des MTV Treubund Lüneburg von 1848 e.V., ist es, mögliche Auswirkungen einer regelmäßigen Teilnahme am Reha-Sport auf die funktionale Selbstständigkeit von alleinlebenden älteren Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren zu untersuchen. Dabei soll untersucht werden, wie das Training die Bewältigung alltäglicher Aufgaben und Mobilität sowie Lebensqualität beeinflusst.

Dafür führe ich ein Interview mit Ihnen, dass etwa 30-45 Minuten dauern wird und mithilfe eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet wird.

Im Folgenden erhalten Sie Informationen zum datenschutzrechtskonformen Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten sowie der Bitte um Ihre Zustimmung zur Teilnahme an dieser Studie.

Bitte lesen Sie die folgenden Erklärungen sorgfältig durch. Bei Rückfragen oder Verständnisschwierigkeiten können Sie sich gerne bei Joey Gammelien melden.

Wenn Sie mit dem Vorhaben einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte die nachfolgende Einverständniserklärung.

Mit freundlichen Grüßen
Joey Gammelien

Verantwortliche und Ansprechperson:

Joey Gammelien, Studentin im siebten Semester des Studiengangs
Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Hamburg.
E-Mail: [REDACTED]

Kontaktdaten der HAW Hamburg Fakultät Life Science
Ulmenliet 20
21033 Hamburg

Einwilligungs- und Datenschutzerklärung

Liebe Reha-Sport-Teilnehmer*innen,

Vielen Dank für Ihr Interesse, an einem Interview teilzunehmen.

Die Teilnahme an dieser Erhebung ist freiwillig. Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit und ohne eine Angabe von Gründen durch ein formloses Schreiben an die Verantwortliche (Joey Gammelien) widerrufen werden.

Das Interview wird mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und die digitale Datei anschließend passwortgeschützt auf einem USB-Stick gespeichert und ist nur der verantwortlichen Person (Joey Gammelien) zugänglich. Nach Verschriftlichung und Anonymisierung der Daten werden die Audioaufnahmen, inklusive personenbezogene Daten, nach Abschluss der Arbeit vollständig gelöscht. Persönliche Informationen, die gegebenenfalls eine Person erkennbar machen, werden sinnerhaltend im Textdokument verändert. Das Passwort des USB-Sticks, sowie der Pseudonymisierungsschlüssel ist nur Joey Gammelien zugänglich. Alle erfassten Daten werden unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes (DGSVO) streng vertraulich behandelt.

Als Verantwortliche der Erhebung unterliege ich, Joey Gammelien, der Schweigepflicht.

Es steht Ihnen jederzeit zu, über den Inhalt und den Umfang der Ihrer Person zuzuordnenden Daten Auskunft zu erhalten. Außerdem sind Sie jederzeit dazu berechtigt, eine Lösung, eine Übertragung oder Sperrung Ihrer gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.

Ihre Teilnahme an der Erhebung und Ihre Zustimmung zur Verwendung der Daten wie oben beschrieben sind freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit zu widerrufen. Durch Verweigerung oder Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und auf Widerspruch gegen die weitere Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Kontaktieren Sie hierfür ebenfalls formlos: [REDACTED]

**Einverständniserklärung zur Teilnahme und zur Verwendung
personenbezogener Daten**

Zur oben bezeichneten Studie habe ich das Informationsblatt erhalten und dieses gelesen. Auch hatte ich die Möglichkeit Fragen zu stellen

Mir ist bewusst, dass meine Teilnahme an der Studie vollkommen freiwillig ist und ich bei Verweigerung meiner Einwilligung keinerlei Nachteile erleide. Ich kann meine Zustimmung jederzeit widerrufen. Ich wurde auch über meine Rechte im Umgang mit personenbezogenen Daten informiert.

Bei Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Verantwortliche (Joey Gammelien)

Einverständniserklärung

Ich, _____ (Vorname, Nachname), habe das vorangegangene Schreiben für die Interview-Befragung der Reha-Sport-Teilnehmerinnen erhalten, verstanden und hatte die Möglichkeit, ggf. Fragen zu stellen.

Ich stimme der Verarbeitung

folgender personenbezogenen Daten:

- Alter
- Wohnsituation
- körperliche Fitness

Der personenbezogenen Audioaufnahme

Zu den vereinbarten Bedingungen zu.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer*in

Anhang 3: Transkriptionsregeln

Geringfügig geänderte Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (Dresing & Pehl 2018)

1. Es wird wörtlich transkribiert.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert (So'n Buch = So ein Buch)
3. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert
4. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden mit (...) gekennzeichnet
5. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch Einwürfe werden in eine, separaten Absatz transkribiert. Am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
6. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
7. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“.
8. Die interviewende Person wird durch ein „l:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet.

Erweiterte Transkriptionsregeln:

1. Wort- und Satzabbrüche werden mit „/“ markiert: „Ich habe mir aber Sor/Gedanken gemacht.“ Wortdoppelungen werden immer notiert
2. Sprecherüberlappungen werden mit „//“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „//“. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser „//“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit „//“ gekennzeichnet.

Hinweise zur einheitlichen Schreibweise:

1. Zögerungslaute werden immer „ähm“ geschrieben (nicht: „äm“, „ehm“, „öhm“).
2. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: „Und ich sagte dann ,Na, dann schauen wir mal“.
3. Zahlen null bis zwölf im Fließtext als Wörter, größere in Ziffern.

Anhang 4: Kodierleitfaden

Kodierleitfaden - Auswirkungen einer regelmäßigen Teilnahme am Rehabilitationssport auf die funktionale Selbstständigkeit von alleinlebenden älteren Menschen im Alter von 65 bis 80 Jahren

Kontexteinheit: mehrere Sätze eines Interviews

Kodiereinheit: ganze Sätze, aber auch einzelne Wörter

Auswertungseinheit: Das Interviewtranskript, alle Transkripte nacheinander

Hinweise zum Kodierleitfaden:

Dicke Schrift: Deduktive Hauptkategorie

Blau hinterlegte Felder: deduktive Subkategorie

Orange hinterlegte Felder: induktive Subkategorie

Hauptkategorie 1: Subjektive Wahrnehmung funktionale Selbstständigkeit

Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodier Regel
persönliche Bedeutung Selbstständigkeit	Den individuellen Wert und die Wichtigkeit, die eine Person darauf legt, ihr Leben eigenständig und ohne fremde Hilfe zu gestalten.	Na das ist letztendlich das Allerwichtigste. "Weil ich kann ja meinen Alltag nur bestehen, wenn ich ihn selbstständig managen kann."	Kodiert werden alles Aussagen, die eine klare Aussage beinhalten, was der Begriff Selbstständigkeit für die Person bedeutet.
RQ1-23			

<p>Selbstversorgung im Alltag</p> <p>RQ1-1</p>	<p>Die Person kann grundlegende Bedürfnisse wie Nahrung, Kleidung und Hygiene eigenständig und ohne fremde Hilfe erfüllen.</p>	<p>„Und mich selbstständig wieder waschen können.“</p>	<p>Kodiert werden alle Aussagen, die auf die alltäglichen Grundbedürfnisse hinweisen. Dazu zählen unter anderem sich waschen, sich kleiden und die Nahrungszufuhr.</p>
<p>Kommunikation im Alltag</p> <p>RQ1-2</p>	<p>Der Austausch von Informationen und Gedanken zwischen Menschen im täglichen Leben.</p>	<p>„Wir treffen uns nicht regelmäßig aber eben ab und zu, dass man mal wieder bisschen austauschen kann, ne. Doch also das ist mir sehr wichtig.“</p>	<p>Kodiert werden alle Aussagen, die auf eine Kommunikation außerhalb des Reha-Sports hinweisen.</p>
<p>Mobilität im Alltag</p> <p>RQ1-3</p>	<p>Die Möglichkeiten sich täglich von einem Ort zum anderen zu bewegen.</p>	<p>„Ich bin zum Beispiel Autofahrer. Ich könnte ohne Auto gar nicht, ne, gehen, geht gar nicht, ne.“</p>	<p>Kodiert werden alle Aussagen, die beschreiben, wie und mit welchen Mitteln die Person sich im Alltag fortbewegt.</p>
<p>Häusliches Leben</p> <p>RQ1-4</p>	<p>Tätigkeiten im täglichen Leben in der häuslichen Umgebung, wie Hausarbeiten.</p>	<p>„Ich mache hier den ganzen Haushalt machen ich, die Wohnung machen ich, allerdings anstreichen oder reparieren oder so das brauch ich ja auch nicht. Den Garten, gestern war ich noch im Garten, wenn man das Garten nennen darf (lacht), das gehört zum ganzen Alltag dazu.“</p>	<p>Kodiert werden Aussagen, die auf die Freiheit der Selbstbestimmung eingehen und nicht auf die Freizeitgestaltung.</p>
<p>Entscheidungsfreiheit im Alltag</p> <p>RQ1-5</p>	<p>Selbstbestimmt zwischen verschiedenen Handlungsoptionen wählen zu können.</p>	<p>„Ja das ich für mich hier machen kann eigentlich, was ich will, ne. Denk ich einfach mal. Und, und für mich alleine bestimmen kann.“</p>	<p>Kodiert werden Aussagen, die spezifisch auf die Freiheit der Selbstbestimmung eingehen und nicht auf die Freizeitgestaltung.</p>

Freizeitgestaltung im Alltag RQ1-6	Die bewusste Planung und Nutzung der freien Zeit für Erholung, Hobbys und persönliche Interessen.	„Und ich kann selbstständig, ja und ich geh mit meinen beiden Freundinnen hier mit XXX oder so wir wohnen hier auf der Nachbarschaft und ja. Wir gehen irgendwann am Wochenende einen Tag mal gehen wir mal essen oder wir machen, fahren in die Stadt oder ja solche Sachen.“	
zukünftige und aktuelle Herausforderungen im Alltag RQ1-7	Schwierigkeiten, die sich aus zukünftigen Veränderungen oder Entwicklungen ergeben können.	„Wenn ich nicht mehr Auto fahren kann, das ist natürlich auch noch erstmal eine Umstellung.“	Kodiert werden alle Aussagen, die auf Ängste oder Herausforderungen in der Zukunft hindeuten und das tägliche Leben der Personen beeinflussen.
Bewältigungsstrategien RQ1-8	Von den Personen entwickelte Strategien, um Herausforderungen zu bewältigen und Alternativen zu finden.	„Wir haben zwar auch eine Kellertreppe, die ganz steil ist. Aber die umgehe ich, will ich durch das große Tor gehe. Dann geht das einfach nur bergab.“	Kodiert werden alle Aussagen, die Alternativen zu genannten Herausforderungen beinhalten um den Alltag weiterhin selbstständig bewältigen zu können.

Hauptkategorie 2: Körperliche Wirkungen des Reha-Sports

Subkategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodier Regel
Wirkungen auf die Muskulkrft	Veränderungen der Fähigkeiten der Muskeln Kraft zu erzeugen, durch den Reha-Sport.	„Ja es ist natürlich alles ein bisschen muskulöser geworden im Endeffekt.“	Kodiert werden alle Aussagen, die einen direkten Bezug zur Muskulatur herstellen.
RQ1-9			

<p>Wirkungen auf die körperliche Gelenkbeweglichkeit RQ1-10</p>	<p>Veränderungen der Fähigkeit, Bewegungen mit erweitertem Bewegungsumfang der Gelenke auszuführen.</p>	<p><i>Und ähm ja ich finde das hat sich stabilisiert bei mir und ich bin auch nicht mehr so wackelig auf den Beinen. So auf einem Bein stehen oder so kann ich nicht so gut, aber es ist auf jedem Fall schon besser geworden, ne. Alles solche Gleichgewichts Geschichten oder so, ne. Ja das finde ich hat sich alles verbessert</i></p> <p><i>Und ja das wie soll ich sagen, man ist auch nicht mehr so schnell aus der Puste. Bevor ich damit angefangen habe, da war ich schon beim Aufwärmen, da bin ich schon kaputt gewesen und muss, geschnauft wie so ein altes Walross und das ist auf jeden Fall besser geworden, ne.</i></p> <p><i>Ja mir gehts gut. Deswegen mach ich ja auch den Reha-Sport. Weil es mir dann wieder, danach fühle ich mich gut.</i></p>
<p>Wirkungen auf die Kondition RQ1-11</p>	<p>Veränderungen der Ausdauer und Leistungsfähigkeit des Körpers bei körperlicher Belastung.</p>	
<p>Wirkungen auf das Wohlbefinden RQ1-12</p>	<p>Veränderungen auf den körperlichen, geistigen und emotionalen Zustand.</p>	

Hauptkategorie 3: Soziale Interaktionen und Motivation

<p>Subkategorie</p>	<p>Definition</p>	<p>Ankerbeispiel</p>
<p>Einfluss soziale Kontakte auf die Motivation</p>	<p>Wirkung zwischenmenschlicher Beziehungen auf die</p>	<p><i>„Ja also es ist diese, es ist die Gruppe, die immer etwas Positives ist, ähm und es ist</i></p>

RQ1-13	Motivation zur Teilnahme.	einfach diese dauernde Erinnerung, dass man dranbleiben muss.“	
Einfluss der Anleitung in der Gruppe auf die Motivation	Wirkung der gemeinsamen Anleitung auf die Motivation der Teilnehmenden.	„Aber ich würde glaub ich schon in einer Gruppe bleiben, wenn man so ein bisschen angeleitet wird zur Bewegung, weil das doch ganzheitlicher ist, als wenn man das allein macht.“	Nur kodieren, wenn der direkte Vergleich zum Sport alleine zuhause zu machen genannt wird
RQ1-14			
Gemeinschaftsgefühl	Das Gefühl von Zusammengehörigkeit und Verbundenheit mit anderen Personen in einer Gruppe.	„Ja, deswegen mache ich das ja auch. Nicht nur wegen Sport, sondern auch wegen der Geselligkeit.“	
Erweiterung der Gemeinschaft	Die Erweiterung von Gemeinschaftsaktivitäten über den Reha-Sport hinaus.	„Und wir haben dann bei einem Kollegen in Hohnsdorf, der hat ein Haus, und da haben wir immer gegrillt. Also immer im Sommer ein bis zwei Mal.“	
RQ1-16			
Gruppendynamik	Das Zusammenspiel und die Wechselwirkung von Mitgliedern innerhalb einer Gruppe.	„Ja denn überleg mal, so eine Gruppe baut sich ja auf. Logisch wechseln immer mal die Teilnehmer, kommen neue zu, man muss erstmal mit den frisch werden usw. Das macht was.“	
RQ1-17			

Hauptkategorie 4: Langfristige Auswirkungen des Reha-Sports

Subkategorie	Definition	Ankerbeispiele	Kodier Regeln

<p>langfristige körperliche Veränderungen RQ1-18</p> <p>Langfristige psychische Veränderungen RQ1-19</p>	<p>Anhaltende Veränderungen des Körpers, die sich über einen längeren Zeitraum entwickeln.</p> <p>Anhaltende Veränderungen im Denken, Fühlen oder Verhalten einer Person über einen längeren Zeitraum.</p>	<p>„Als vor 13, ne. Da habe ich, da habe ich nichts gemacht, ne. Also da ist es auf alle Fälle viel beweglicher geworden.“</p> <p>Ich würde sagen, ich traue mir jetzt eher zu auf diese bestimmten Geräte zu gehen, wo ich vorher gar nicht die Idee gehabt hätte darauf zu gehen. Das hat sich bei mir, da hat sich was gelöst so und was gesteigert würde ich sagen.</p>	<p>Kodieren wenn langfristige Veränderung in Bezug auf Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit genannt werden.</p>
<p>Langfristige Veränderungen des Wohlbefindens RQ1-20</p>	<p>Anhaltende Veränderungen im subjektiven Erleben von Lebensqualität und Zufriedenheit.</p>	<p>„Damit was passiert und das ist ja auch so im Großen und Ganzen das Wohlfühlen meiner Meinung nach. So das ist gut und das bleibe, da bleibe ich auch bei im Endeffekt. Das will ich auch machen. Ich fühle mich wohl, darum gehts mir ja im Endeffekt, ne.“</p>	<p>„Also ja. Aber es ist mir sehr viel bewusster, wie nötig das ist. Das auf jeden Fall.“</p>
<p>Langfristige Veränderungen des Gesundheitsbewusstseins RQ1-21</p>	<p>Anhaltende Veränderungen des Bewusstseins und der Einstellung einer Person zu ihrer Gesundheit und deren Bedeutung für das eigene Leben.</p>	<p>„Also ja. Aber es ist mir sehr viel bewusster, wie nötig das ist. Das auf jeden Fall.“</p> <p>„Damit was passiert und das ist gut und das bleibe, da bleibe ich auch bei im Endeffekt. Das will ich auch machen. Ich fühle mich wohl, darum gehts mir ja im Endeffekt, ne.“</p>	<p>Kodiert werden alle Aussagen, die eine Veränderung des Gesundheitserhalts durch den Reha-Sport beschreiben und deren Umsetzung.</p>
<p>Langfristige Veränderungen der Alltagsbewältigung</p>	<p>Dauerhafte Anpassungen in der Fähigkeit, tägliche Aufgaben und</p>	<p>„Denn ich mach ja hier auch noch einiges, ne. Und ich muss ja meinen Alltag auch bewältigen, sonst würde ich da ja nicht hingehen. Wenn ich jetzt gar nichts machen</p>	

RQ1-22	Herausforderungen zu meistern.	würde, dann, dann kann ich meinen Alltag nicht mehr bewältigen.“
--------	--------------------------------	--

Deduktive Kategorien in Anlehnung an das ICF-Modell (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015)

Anhang 5: Ethik Checkliste

Checkliste Ethische Selbstbewertung - Ethikkommission HAW Hamburg November 2022

Einleitung:

Anhand der vorliegenden Checkliste können Forschende eine Selbst-Evaluierung im Hinblick auf ethisch relevante Aspekte Ihres Forschungsvorhabens vornehmen. Die nachfolgenden Fragen dienen der Orientierung, ob ein Antrag auf Stellungnahme der Ethikkommission gestellt werden sollte. Falls eine oder mehrere Fragen unter den Punkten 2 bis 11 mit JA beantwortet werden, sollte die/der Forschende einen Antrag auf Stellungnahme an die Ethikkommission der HAW Hamburg stellen. Die Selbst-Evaluierung ersetzt kein Votum durch die Ethikkommission. Es wird empfohlen, die ausgefüllte Selbst-Evaluierung zu der Dokumentation des Forschungsvorhabens zu nehmen.

Grundsätzlich prüft die Ethikkommission nur Anträge, die VOR Beginn der Forschungsarbeiten gestellt werden. Anträge, die nachträglich eingereicht werden, können nicht berücksichtigt werden.

Falls nach dieser Selbst-Evaluierung kein vollständiger Ethikantrag erforderlich ist und es sich im Nachhinein herausstellt, dass eine Bestätigung der Ethikkommission hierüber, z.B. für eine Publikation, benötigt wird, kann die Checkliste zusammen mit einer Kurzbeschreibung des Forschungsvorhabens der Kommission vorgelegt und um Bestätigung gebeten werden.

1. Ethische Prüfung

JA NEIN

a) Ist das Forschungsvorhaben bereits bei einer anderen Ethikkommission in Deutschland zur Begutachtung eingereicht worden?

⇒ Ja: **keinen** Ethikantrag stellen

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

b) Wünscht der Mittelgeber ein Ethikvotum?

⇒ Ja: Ethikantrag stellen

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

c) Wird für eine beabsichtigte Publikation ein Ethikvotum benötigt?

⇒ Ja: Ethikantrag stellen

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

2. Forschung an und mit Menschen

2.1. Allgemeines

- a) Liegt eine freiwillige informierte Einwilligung¹ zur Studienteilnahme **nicht** vor?²
- b) Handelt es sich beim Forschungsvorhaben um etwas anderes als eine reine (nicht-interventionelle) Beobachtung von Menschen im öffentlichen Raum oder um eine reine Befragung in Form von Einzel- oder Gruppen- Interviews oder Fragebögen (online oder Paper-Pencil)³?
- c) Werden in individuellen Interviews/Fragebögen oder Gruppeninterviews /-fragebögen des Forschungsvorhabens Themen angesprochen, die sensibel, peinlich oder übergriffig sind oder als stigmatisierend wahrgenommen werden können?
- d) Können im Rahmen des Forschungsvorhabens möglicherweise kriminelle oder andere Taten offenkundig werden, die entsprechende Maßnahmen erfordern (z.B. Untersuchung auf Drogenkonsum)?

2.2. Forschung an und mit vulnerablen Gruppen

- e) Sind im Forschungsvorhaben Studienteilnehmer*innen involviert, die nicht in der Lage sind, eine informierte Einwilligung⁴ zu geben?
- f) Handelt es sich um Kinder/Minderjährige?
- g) Handelt es sich um Patient*innen?
- h) Handelt es sich um gesunde Freiwillige für medizinische Studien?
- i) Ist das Forschungsvorhaben mit körperlichen Eingriffen an den Studienteilnehmer*innen verbunden?
- j) Liegen im Forschungsvorhaben Umstände vor, durch die eine Verweigerung der Teilnahme erschwert wird (z.B. Abhängigkeitsverhältnisse)?

3. Forschung an und mit menschlichen Zellen / Gewebe⁵

Planen Sie mit menschlichen Zellen oder Gewebe zu forschen?

4. Forschung an und mit menschlichen Embryonen / Föten⁶

Planen Sie an menschlichen embryonalen Stammzellen zu forschen?

¹ Im Sinne der Grundsätze 25-32 der Deklaration von Helsinki des Weltärztekongresses:

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf

² Sofern **keine** Einwilligung vorliegt, ist „Ja“ anzukreuzen und ein Ethikantrag zu stellen. Eine Ausnahme stellen reine Beobachtungsstudien im öffentlichen Raum dar: Hier ist ein Ethikantrag nicht erforderlich, sofern keine der anderen Fragen unter 2.1, 2.2 und 5 bejaht wird.

³ Für reine Beobachtungsstudien und reine Befragungsstudien ist ein Ethikantrag nicht erforderlich, wenn keine der anderen Fragen unter 2.1. und 2.2. und 5 bejaht wird.

⁴ Vergl. Anmerkung 1 oder weitere Ergänzung durch <https://www.forschungsdaten-bildung.de/einwilligung>

⁵ Die Ethikkommission behält sich vor, auf die Zuständigkeit einer anderen Ethikkommission zu verweisen.

⁶ Die Ethikkommission behält sich vor, auf die Zuständigkeit einer anderen Ethikkommission zu verweisen.

5. Schutz personenbezogener Daten

JA NEIN

Werden Sie in Ihrem Forschungsvorhaben personenbezogene Daten aus eigenen oder fremden Quellen erhoben, gespeichert oder verarbeitet, die nicht anonymisiert⁷ sind?

6. Menschenrechte, Nachhaltigkeit

Sind durch das Forschungsvorhaben und die damit gesetzten Zielen Konflikte mit Menschenrechten⁸ oder Nachhaltigkeit absehbar (insbesondere im Kontext der Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen⁹ oder des Übereinkommens von Paris¹⁰)?

7. Umweltschutz und Ökologie

- Sind durch das Forschungsvorhaben und die damit gesetzten Zielen Konflikte mit Umwelt- und/oder Klimaschutz absehbar (insbesondere im Kontext der Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen oder des Übereinkommens von Paris)?
- Beinhaltet das Forschungsvorhaben Elemente, welche die Umwelt, Tiere oder Pflanzen beeinträchtigen?
- Planen Sie an oder mit geschützten Arten zu forschen?

8. Technologie und Künstliche Intelligenz

- Beinhaltet oder entwickelt das Forschungsvorhaben Technologien (in Hardware oder Software), von denen zu erwarten ist, dass sie ethisch relevante Entscheidungsunterstützung oder -vorbereitung¹¹ zur Aufgabe haben, bzw. die künftig ethisch relevante Entscheidungen treffen könnten bzw. sollen¹²?
- Beinhaltet oder entwickelt das Forschungsvorhaben Technologien, von denen zu erwarten ist, dass sie die ethischen Prinzipien der Achtung der menschlichen Autonomie, Schadensverhütung, Fairness und Erklärbarkeit¹³ verletzen können?

⁷ Für eine Einschätzung, ob es sich um ein datenschutzrelevantes Vorhaben handelt, sollte die DSGVO beachtet werden. Es findet sich dort keine Definition von **Anonymisierung**, es gibt hierzu lediglich Hinweise: „Die Grundsätze des Datenschutzes sollten [...] nicht für anonyme Informationen gelten, d.h. für Informationen, die sich nicht auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen, oder personenbezogene Daten, die in einer Weise anonymisiert worden sind, dass die betroffene Person nicht oder nicht mehr identifiziert werden kann.“ (Erwägungsgrund 26 DSGVO)

Pseudonymisierung ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art 4 DSGVO).

⁸ auswaertiges-amt.de/blob/209898/beeab63c2704f684c606a65589cf236c/allgerklaerungmenschenerrechte-data.pdf

⁹ <https://sdgs.un.org/goals>

¹⁰ Europäische Union: Übereinkommen von Paris. Amtsblatt der Europäischen Union L 282/4, Brüssel (2016).

[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:22016A1019\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:22016A1019(01))

¹¹ z.B. auf der Basis großer Datens Mengen, Sensordaten, Bildern.

¹² z.B. durch Algorithmen, die auf Künstlicher Intelligenz (KI) z.B. Machine Learning (ML) beruhen.

¹³ insbesondere im Hinblick auf: • Vorrang menschlichen Handelns und menschliche Aufsicht • Technische Robustheit und Sicherheit • Datenschutz und Datenqualitätsmanagement • Transparenz • Vielfalt, Nichtdiskriminierung und Fairness • Gesellschaftliches und ökologisches Wohlergehen • Rechenschaftspflicht.

<https://www.demographie-netzwerk.de/site/assets/files/5064/ethicsguidelinesfortrustworthyai-de.pdf>

9. Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen

JA NEIN

- a) Werden für das Forschungsvorhaben Ressourcen aus Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen genutzt, ohne dass ein adäquater Benefit-Ausgleich eingeplant ist?
- b) Werden bei dem Forschungsvorhaben Daten in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen erhoben, ohne dass Forschenden aus den betroffenen Ländern Zugang zu den Daten und Forschungsergebnissen gewährt wird?

10. Dual-Use

- a) Gibt es Bedenken oder eine nicht nur geringe Wahrscheinlichkeit, dass die Forschungsergebnisse für militärische Zwecke genutzt werden können?
- b) Beinhaltet das Forschungsvorhaben Dual-Use-Güter (Güter mit doppelter Verwendungszweck gemäß EG-Verordnung 428/2009, d.h. Güter, die einschließlich Datenverarbeitungsprogramme und Technologie sowohl für zivile als auch für militärische Zwecke verwendet werden können)?
- c) Beinhaltet das Forschungsvorhaben Kooperationspartner aus dem nicht-zivilen Bereich und kann ein ausschließlich ziviler Charakter des Vorhabens nicht eindeutig belegt werden?

11. Missbrauch

Hat Ihre Forschung ein Potenzial für den Missbrauch von Forschungsergebnissen¹⁴?

Hiermit bestätige ich, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Datum Unterschrift Antragsteller*in

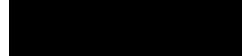
08.05.2025

(bei Qualifikationsarbeiten auch Unterschrift Betreuer*in)

¹⁴ z.B.: Könnten die Materialien / Methoden / Technologien und das Wissen, das oder die erzeugt wurden, Menschen, Tieren, Pflanzen oder der Umwelt schaden, wenn sie verändert oder weiterentwickelt werden?

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschließlich unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel ohne Nutzung einer gKI-Anwendung (wie z.B. ChatGPT) angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche durch Anführungszeichen kenntlich gemacht und die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.



Südergellersen, den 27.08.2025