



Bundesministerium
für Gesundheit

Bestandsaufnahme (Langversion)

Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen (ab 65 Jahren) in Deutschland

Oktober 2024

WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Public Health
Department für Sportwissenschaft und Sport
FAU Erlangen-Nürnberg

Inhalt

1 Hintergrund	3
2 Methodik	6
3 Ergebnisse Teil I: Bewegungsverhalten	14
Kapitel 1: Empfehlungen für Bewegung für ältere Erwachsene	14
Kapitel 2: Prävalenzen	17
4 Ergebnisse Teil II: Bewegungsförderung	32
Kapitel 3: Empfehlungen für Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen	32
Kapitel 4: Bisherige Aktivitäten der Bewegungsförderung in Deutschland (etablierte Praxis)	38
Kapitel 5: Beispiele guter Praxis	51
Kapitel 6: Politik für Bewegungsförderung	57
Literaturverzeichnis	64
Impressum	72

1 Hintergrund

Angesichts der demografischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung gewinnt die Zielgruppe der älteren Erwachsenen in Deutschland zunehmend an Bedeutung. In Deutschland leben ca. 18,7 Millionen ältere Erwachsene (ab 65 Jahre), was einem Anteil von 22 % der Gesamtbevölkerung entspricht (Statistisches Bundesamt 2023). Davon gelten 6,1 Millionen Erwachsene als Hochbetagte (ab 80 Jahre); dies entspricht 7,2 % der Gesamtbevölkerung (Gerstl 2024). Die demografischen Trends lassen erwarten, dass sich die Zahl älterer Erwachsener weltweit bis 2050 verdoppeln wird (Weltgesundheitsorganisation 2015b). In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass ältere Erwachsene z.B. hinsichtlich ihres gesundheitlichen und sozioökonomischen Status eine heterogene Zielgruppe sind.

Vor diesem Hintergrund ist es entscheidend, Maßnahmen zu ergreifen, die die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen fördern und ihre Lebensqualität verbessern (Weltgesundheitsorganisation 2015a). Bewegung spielt dabei eine zentrale Rolle, da sie die physische Fitness, die Mobilität und das Herz-Kreislauf-System fördert (Cunningham et al. 2020; Cardona et al. 2022; Sherrington et al. 2020) und auch das Risiko für nichtübertragbare Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose verringert (Pinheiro et al. 2020). Zudem trägt regelmäßige körperliche Aktivität dazu bei, geistige Fähigkeiten zu erhalten, sozialen Kontakt zu fördern, Depressionen zu senken und Demenzerkrankungen vorzubeugen (Cunningham et al. 2020; Cooney et al. 2013; Weltgesundheitsorganisation 2019). All dies trägt zu einem aktiven und selbstbestimmten Lebensstil im Alter bei.

Trotz des Wissens über die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität ist ein hoher Anteil älterer Erwachsener inaktiv und erfüllt die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation nicht (Weltgesundheitsorganisation 2024, 2022). Daher hat es in den letzten Jahrzehnten vielfältige Initiativen gegeben, um das Bewegungsniveau in der Gesamtbevölkerung zu verbessern. Dazu zählen für Deutschland die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung, die zielgruppenspezifische Empfehlungen für ältere Erwachsene enthalten (Rütten und Pfeifer 2016). Auch der Nationale Aktionsplan „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ von 2008 inklusive seiner Weiterentwicklung von 2021 richtet sich in Teilen explizit an ältere Erwachsene; in der Weiterentwicklung des Nationalen Aktionsplans wird sogar ein besonderer Schwerpunkt auf diese Altersgruppe gelegt (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2008; Bundesministerium für Gesundheit 2024e; Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft 2021). Auch in der Nationalen Demenzstrategie spielt regelmäßige körperliche Bewegung eine wichtige Rolle für Maßnahmen zur Demenzprävention (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit 2020). Ergänzend gibt es entsprechende politische Aktivitäten auf europäischer und internationaler Ebene (Weltgesundheitsorganisation 2018; Rat der Europäischen Union 2013).

In den Jahren 2022-2024 richteten das Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam zwei Bewegungsgipfel aus; in diesem Zusammenhang brachte das BMG Vertreterinnen und Vertreter verschiedener politischer Ebenen und Sektoren zu einem Runden Tisch „Bewegung und Gesundheit“ zusammen. Der Runde Tisch verfolgte einen Zielgruppenansatz und setzte sich in einer Reihe von Sitzungen gezielt mit Maßnahmen der Bewegungsförderung für Kleinkinder, Kinder und Jugendliche, Erwachsene und ältere Erwachsene auseinander. Die Ergebnisse dieses Prozesses wurden im Konsenspapier des Runden Tisches veröffentlicht (Bundesministerium für Gesundheit 2023).

Diese Bestandsaufnahme ist Teil einer Serie von vier Dokumenten, die ebenfalls einen Zielgruppenansatz verfolgen und als Informationsgrundlage für die effektive Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Bewegungsförderung dienen:

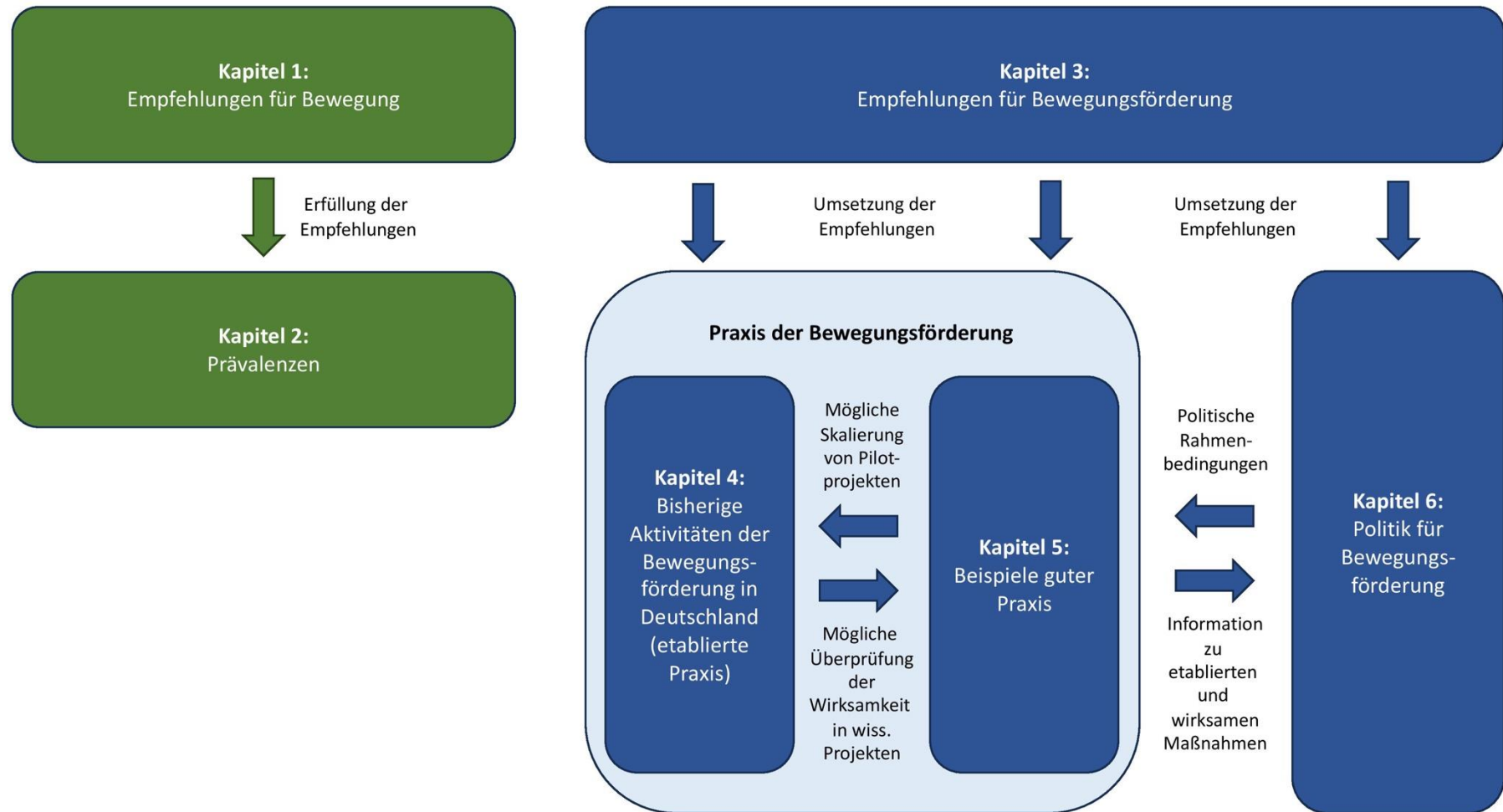
- Kinder und Jugendliche (Bundesministerium für Gesundheit 2022)
- Erwachsene von 18-64 Jahren (Bundesministerium für Gesundheit 2024b)
- Ältere Erwachsene ab 65 Jahren (Bundesministerium für Gesundheit 2024a)
- Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen (Bundesministerium für Gesundheit 2024c)

Ziel der vorliegenden Bestandsaufnahme ist es, auf Basis der aktuell verfügbaren Informationen einen detaillierten Überblick über zentrale Aspekte von Bewegungsförderung für ältere Erwachsene ab 65 Jahren in Deutschland zu geben. Weitere relevante Informationen können der Bestandsaufnahme für Erwachsene von 18-64 Jahren entnommen werden; diese enthält auch zielgruppenübergreifende Informationen über Maßnahmen zur Bewegungsförderung, die sich auch an ältere Erwachsene (ab 65 Jahren) richten bzw. diese Altersgruppe nicht ausschließen. Ältere Erwachsene, die eine nichtübertragbare Erkrankung haben, finden zusätzliche Informationen in der entsprechenden Bestandsaufnahme.¹

Die Bestandsaufnahme besteht, analog zu den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten und Pfeifer 2016), aus zwei Teilen, in denen Informationen zum Bewegungsverhalten (*Teil I*) sowie zu Maßnahmen der Bewegungsförderung (*Teil II*) in sechs Kapiteln dargestellt werden. In Bezug auf die Praxis der Bewegungsförderung wird zwischen zwei Aspekten unterschieden: Bisherigen Aktivitäten der Bewegungsförderung in Deutschland, sog. „etablierte Praxis“ (*Kapitel 4*), und Beispielen guter Praxis mit nachgewiesener Wirksamkeit (*Kapitel 5*). Zwischen diesen beiden Aspekten bestehen – ebenso wie zwischen allen anderen Kapiteln der Bestandsaufnahme – zahlreiche Bezüge (vgl. Abbildung 1).

¹ Die Bestandsaufnahme für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen erfasst u.a. die Bereiche der Rehabilitation und Nachsorge sowie der Sekundär- und Tertiärprävention, welche von diesem Dokument nicht systematisch abgedeckt werden.

Abbildung 1: Struktur der Bestandsaufnahme für Bewegungsförderung für ältere Erwachsene



Die Daten für diese Bestandsaufnahme wurden in den Jahren 2023-2024 gesammelt. Ergänzend zu dieser Langversion wurde vom Bundesministerium für Gesundheit eine Kurzversion veröffentlicht, die in komprimierter Form einen Überblick über zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen zur Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen in Deutschland gibt.

2 Methodik

Teil I: Bewegungsverhalten

Kapitel 1: Empfehlungen für Bewegung für älterer Erwachsene (ab 65 Jahren)

Für dieses Kapitel wurden die nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten und Pfeifer 2016) sowie die international geltenden Empfehlungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation 2010, 2020) für ältere Erwachsene tabellarisch gegenübergestellt. Die Empfehlungen der WHO werden in vielen Studien als Richtwert für das Erreichen der Bewegungsempfehlungen herangezogen.

Kapitel 2: Prävalenzen

Als Datengrundlage für die Darstellung von Informationen zum Bewegungsverhalten älterer Erwachsener ab 65 Jahren in Deutschland wurden 25 große Studien zum Bewegungsverhalten von 1996 bis 2022 ausgewählt. Die für die Analyse verwendeten Datensätze stammen aus den folgenden Quellen:

- Robert Koch-Institut (Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring 2018, 2014a, 2014b, 2014c, 2014d, 2015, 2016, 2022; Gaertner et al. 2023)
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Deutsches Zentrum für Altersfragen 2022)
- Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (Albrecht et al. 2023)
- GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS 2011, 2012, 2018a, 2018b)
- Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik (Börsch-Supan 2019)
- GfK (Rütten et al. 2007)
- NAKO e.V. (Geschäftsstelle Nationale Kohorte e. V. 2023)

Nach der Identifizierung passender Studien aus Deutschland wurden die Stichprobengröße, die Altersspanne und die gemessenen Parameter der körperlichen Aktivität tabellarisch zusammengefasst. Dabei wurden die Studien nach drei Altersgruppen sortiert: 60-69 Jahre, 70-79 Jahre und ab 80 Jahre. Mithilfe dieser Daten wurde eine Art Seifenblasen-Diagramm erstellt, um die zeitlichen Trends bei der Messung der körperlichen Aktivität zu veranschaulichen.

Die Datensätze wurden für vergleichende Analysen einheitlich für ältere Erwachsene ab 70 Jahren ausgewertet.² Bei der Analyse wurde der Prozentsatz der Bevölkerung, der sich nicht sportlich oder (stark) körperlich betätigte, zwischen den Studien verglichen. Zusätzlich wurden aus den Studien – soweit vorhanden – die Angaben zu Unterschieden nach Geschlecht extrahiert.

Die Daten zum aktuellen Bewegungsverhalten in Deutschland stammen aus der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS). Abbildungen, die sich ausschließlich auf die GEDA-Studie beziehen, differenzieren zwischen Erwachsenen (18-64 Jahre), älteren Erwachsenen (65-79 Jahre) und Hochbetagten (ab 80 Jahren). Hierfür wurden Diagramme erstellt, die Informationen zum Prozentsatz der Bevölkerung, die die WHO-Empfehlungen für körperliche Aktivität erfüllen sowie zur körperlichen Aktivität bei der Arbeit³, im Verkehr und in der Freizeit veranschaulichen. Diese Diagramme zeigen die Gesamtprävalenz und Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Die Darstellung der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf das Bewegungsverhalten basiert auf den Ergebnissen einer zusätzlichen Studie, die vom Robert Koch-Institut im Jahr 2021 durchgeführt wurde (Manz und Krug 2022).

Teil II: Bewegungsförderung

Kapitel 3: Empfehlungen für Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen (ab 65 Jahre)

Für dieses Kapitel wurden die folgenden Dokumente zusammengefasst, die die aktuellen nationalen, europäischen und internationalen Empfehlungen für Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen sowie die Position der internationalen Fachwelt widerspiegeln:

- Deutschland: Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten und Pfeifer 2016)
- WHO: Globaler Aktionsplan für Bewegung (Weltgesundheitsorganisation 2018)
- WHO Europa: Strategie für Bewegung für die Europäische Region der WHO 2016-2025 (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa 2016)
- EU: Empfehlung des Rates der Europäischen Union zur sektorübergreifenden Unterstützung gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität (Rat der Europäischen Union 2013)

² Dies ermöglichte den Vergleich aller Studien, da einige Datensätze lediglich Informationen über Altersgruppen enthielten (z.B. 60-69 Jahre, 70-79 Jahre, ...).

³ Der Begriff „Arbeit“ umfasst dabei sowohl bezahlte als auch unbezahlte Tätigkeiten (z.B. im Haushalt).

- International Society for Physical Activity and Health: Eight Investments that work for physical activity (International Society for Physical Activity and Health 2020)

Die in diesen Dokumenten enthaltenen Empfehlungen wurden zunächst anhand der „Eight Investments“ der wissenschaftlichen Fachgesellschaft ISPAH strukturiert (International Society for Physical Activity and Health 2020).⁴ Diese Kategorisierung wurde für die Zielgruppe ältere Erwachsene angepasst und um die Kategorien „Häusliche Lebenswelt“ und „Alten- und Pflegeheime“ ergänzt.⁵ Um keine Empfehlungen auszuschließen, die sich dieser Struktur nicht zuordnen ließen, wurde die Kategorie „Weitere“ ergänzt.

Anschließend wurden die Dokumente nach Empfehlungen durchsucht, die systematisch diesen Kategorien zugeordnet wurden. Es wurden alle Empfehlungen berücksichtigt, die sich explizit an ältere Erwachsene richteten. Die zentralen Inhalte der Empfehlungen wurden daraufhin exzerpiert und in tabellarischer Form zusammengefasst.

Die aus den Empfehlungen für Bewegungsförderung abgeleiteten Kategorien wurden auch zur Strukturierung der bisherigen Aktivitäten (Kapitel 4), der Beispiele guter Praxis (Kapitel 5) sowie der Politik (Kapitel 6) zur Bewegungsförderung von älteren Erwachsenen in Deutschland verwendet.

Kapitel 4: Bisherige Aktivitäten der Bewegungsförderung in Deutschland (etablierte Praxis)

Für den Bereich der in Deutschland etablierten Praxis für Bewegungsförderung für ältere Erwachsene (ab 65 Jahren) wurden sowohl eine systematische Online-Recherche als auch eine Expertenbefragung durchgeführt. Unter etablierter Praxis wurden alle Aktivitäten verstanden, die routinemäßig in Deutschland im Bereich der Bewegungsförderung stattfinden, z.B. aufgrund von gesetzlichen Regelungen, Mechanismen zur finanziellen Förderung oder der Eigeninitiative von Organisationen.

⁴ Die acht Kategorien aus dem Dokument der ISPAH sind „Schule“, „Betrieb“, „Gesundheit“, „Sport“, „Verkehr“, „Stadtplanung“, „Kommune“ sowie „Massenmediale Kampagnen“. Drei dieser Kategorien sind ausschließlich in Bestandsaufnahmen für andere Zielgruppen berücksichtigt: „Schule“ (Kinder und Jugendliche) sowie „Betrieb“ und „Massenmediale Kampagnen“ (Erwachsene).

⁵ Diese Kategorien wurden ergänzt, da für beide Lebenswelten entsprechende zielgruppenspezifische Empfehlungen für ältere Erwachsene existieren.

Schritt 1: Online-Recherche

In einem ersten Schritt wurde von Juli 2023 bis November 2023 eine systematische Online-Recherche auf den Websites relevanter Bundesministerien sowie anderer Akteure der Bewegungsförderung in Deutschland (n=64) durchgeführt. Dabei wurde gezielt nach den Begriffen "Bewegung" und "Bewegungsförderung" gesucht. Die Ergebnisse wurden entweder nach Relevanz (erste fünf Seiten) oder nach Datum (ab Januar 2022) sortiert und gescreent. Zusätzlich wurde mit der Google-Suchmaschine nach etablierter Praxis anhand der in Kapitel 3 entwickelten Kategorien recherchiert.⁶ Es wurden Beispiele zu Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert und ausgewählt, (a) die einen klaren Fokus auf verhaltens- oder verhältnisbezogene Bewegungsförderung haben, (b) fest in den Strukturen einer Organisation verankert sind und (c) das Potenzial haben, eine große Reichweite und somit einen Public-Health-Impact auf Bevölkerungsebene zu erzielen. Der Schwerpunkt der Recherche lag auf der nationalen Ebene. Die Zwischenergebnisse wurden mit früheren Datenerhebungen zu Bewegungsförderung in Deutschland verglichen (z.B. anhand des EU Physical Activity Monitoring Frameworks oder des HEPA PATs, vgl. Kapitel 6). Im Anschluss wurde online nach Informationen zu Reichweite, Dauerhaftigkeit und Effektivität der identifizierten Beispiele zu Maßnahmen etablierter Praxis auf den jeweiligen Websites der verantwortlichen Organisationen gesucht.

Schritt 2: Befragung von Expertinnen und Experten

In einem zweiten Schritt wurde eine Online-Umfrage unter Akteuren der Bewegungsförderung in Deutschland durchgeführt. Diese Umfrage verfolgte das Ziel, die Ergebnisse aus Schritt 1 zu überprüfen und zu ergänzen. Die Umfrage bestand aus insgesamt 24 Fragen und umfasste eine tabellarische Übersicht der Maßnahmen etablierter Praxis für die Zielgruppen Erwachsene und ältere Erwachsene.⁷ Die Umfrage enthielt für jede Kategorie die folgenden Fragen:

1. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Maßnahmen etablierter Praxis für Bewegungsförderung, die in der Tabelle nicht berücksichtigt sind und die die oben genannten Auswahlkriterien erfüllen?
2. Falls Sie Feedback zu den in der Tabelle genannten Maßnahmen haben, freuen wir uns über Ihre Kommentare z.B. zu den folgenden Aspekten:
 - a. Auswahl der Maßnahmen (falls eine der Maßnahmen aus Ihrer Sicht keine „etablierte Praxis“ für Bewegungsförderung ist, bitten wir Sie um eine kurze Begründung)
 - b. Kurzbeschreibung der Maßnahmen und/oder aktuellere Informationen zu Reichweite oder Dauerhaftigkeit
 - c. Evaluationen der in der Tabelle genannten Maßnahmen

⁶ Als Suchbegriffe wurden die Bezeichnungen der Kategorien in Kombination mit „Bewegung“ und „Bewegungsförderung“ verwendet. Die Ergebnisse der ersten fünf Seiten wurden systematisch nach möglichen Maßnahmen etablierter Praxis gescreent.

⁷ Die Ergebnisse für Erwachsene (18-64 Jahre) werden in einer separaten Bestandsaufnahme dargestellt.

Für die Umfrage wurden insgesamt 89 Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen mit Bezug zum Thema Bewegungsförderung angefragt (Antwortrate 50,5 %). Es wurden Organisationen aus verschiedenen politischen Sektoren bzw. Settings (min. fünf Organisationen für jede der in Kapitel 3 beschriebenen Kategorien) und mit verschiedenem Fokus (Praxis, Wissenschaft, Politik) ausgewählt. Die Expertinnen und Experten wurden anhand (a) der Liste an Organisationen, in deren Strukturen Maßnahmen etablierter Praxis in Deutschland verankert sind (vgl. Schritt 1) und (b) der Liste relevanter Akteure der Bewegungsförderung in Deutschland (vgl. Kapitel 6, Tabelle 14) ausgewählt. Bei einer unzureichenden Anzahl an Expertinnen und Experten innerhalb einer Kategorie wurden Vertreterinnen und Vertreter weiterer relevanter Organisationen neu recherchiert und ergänzt.

Die Umfrage wurde von 45 Personen beantwortet, davon kamen Personen größtenteils aus dem Bereich Sonstiges (41,7 %) und zu etwa gleichen Anteilen aus Praxis (22,2 %) und Wissenschaft (19,4 %), gefolgt von Politik (16,7 %).⁸ Die überwiegende Mehrheit der Befragten ordnete sich am ehesten dem Gesundheitssektor zu (48,9 %), gefolgt von Sport (13,3 %) und Alten- und Pflegeheimen (8,9 %).⁹

Die Auswertung der Umfrage erfolgte anhand der in Schritt 1 beschriebenen Kriterien. Maßnahmen, die aus Sicht der Befragten keine „etablierte Praxis“ darstellen (Frage 1), wurden kritisch überprüft. Informationen zu Reichweite, Dauerhaftigkeit und Effektivität (Frage 2) wurden verifiziert. Neue Vorschläge für Maßnahmen etablierter Praxis (Frage 3) wurden analog zu Schritt 1 überprüft.

Schritt 3: Zusammenfügen zu Maßnahmen etablierter Praxis

In einem dritten Schritt wurden vergleichbare Beispiele verschiedener Organisationen innerhalb einer Kategorie – soweit möglich – zu Maßnahmen etablierter Praxis zusammengefasst.

Kapitel 5: Beispiele guter Praxis in der Bewegungsförderung

Unter guter Praxis wird in der Wissenschaft eine nachweislich erfolgreiche Vorgehensweise verstanden, die positive Ergebnisse erzielt und daher als vorbildlich empfohlen werden kann (CHRODIS 2015). Für die Suche nach Beispielen guter Praxis in der Bewegungsförderung für ältere Erwachsene in Deutschland wurde eine Datenbankrecherche durchgeführt. Geeignete Projektdatenbanken wurden anhand eines Memorandums der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu evidenzbasierter Prävention und Gesundheitsförderung (Bock et al. 2020) sowie anhand von Recherchen in Zusammenhang mit der Entwicklung der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung ausgewählt (Henn et al.

⁸ Mehrfachantworten waren möglich. Die Frage lautete: „Welchem Bereich würden Sie sich / Ihren Arbeitgeber am ehesten zuordnen?“.

⁹ Mehrfachantworten waren möglich. Die Frage lautete: „Welchem Bereich würden Sie sich / Ihren Arbeitgeber am ehesten zuordnen?“.

2017). Insgesamt wurden acht Datenbanken identifiziert, die aktuell verfügbar sind und Projekte zur Bewegungsförderung von älteren Erwachsenen auführen:

- Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung ([Website ZPG Bayern](#))
- Grüne Liste Prävention, Landespräventionsrat Niedersachsen ([Website Grüne Liste Prävention](#))
- Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ([Website Gesundheitliche Chancengleichheit](#))
- Projektdatenbank von „IN FORM“ ([Website IN FORM](#))
- Sport Information Portal SURF des Bundesinstituts für Sportwissenschaft, BIsP Database SPOFOR ([Website Bundesinstitut für Sportwissenschaft](#))
- Wissen für gesunde Lebenswelten, GKV-Bündnis für Gesundheit ([Website GKV-Bündnis für Gesundheit](#))
- Projektdatenbank „Gesund und aktiv älter werden“, BZgA ([Website Gesund und aktiv älter werden](#))
- Projektsammlung des Impulsgebers Bewegungsförderung, BZgA ([Website Impulsgeber Bewegungsförderung](#))

Für die Bewertung der Projekte wurden etablierte Qualitätskriterien zur Bewertung der Konzipierung, Implementierung und Evaluation von Interventionen in der Bewegungsförderung herangezogen (Messing und Rütten 2017). Zunächst wurde eine Strukturierung dieser Qualitätskriterien auf Basis des RE-AIM-Frameworks vorgenommen (Glasgow et al. 2019). Eine Reduktion und Zusammenfassung der ursprünglich 18 Qualitätskriterien erfolgte aufgrund der Messbarkeit einzelner Kriterien und der Relevanz für das aktuelle Vorhaben. Folgende drei Qualitätskriterien wurden als besonders relevant für die aktuelle Projektbewertung identifiziert:

- Effektivität (*Efficacy*):
 - Das Projekt ist theoretisch fundiert.
 - Die Ergebnisse wurden evaluiert und im Idealfall die Kosten-Nutzen-Relation bestimmt.
- Reichweite (*Reach*):
 - Die Zielgruppe wurde definiert und die Zielgruppenerreichung evaluiert.
- Dauerhaftigkeit (*Maintenance*):
 - Die Dauerhaftigkeit des Projekts wird vorbereitet, u. a. durch die Befähigung von Personen, die Kapazitätsentwicklung von Organisationen und die strukturelle Verankerung des Projekts.

Als zentrales Kriterium für die Auswahl eines Projekts als Beispiel guter Praxis wurde dessen Effektivität betrachtet. Bei Nicht-Erfüllung dieses Kriteriums wurde das Projekt aus der weiteren Bewertung ausgeschlossen. Als weitere Bewertungskriterien wurden aufgrund der Relevanz für den Public Health Impact eines Projekts die Reichweite und die Dauerhaftigkeit der Projekte herangezogen.

Die Auswahl und Bewertung der Projekte aus der Datenbankrecherche erfolgte anschließend durch zwei Reviewer in vier Schritten: (1) Projektsichtung und Einordnung in die in Kapitel 3 entwickelten Kategorien, (2) Extraktion der vorhandenen Daten aus den Projektdatenbanken, (3) Auswahl von Beispielen guter Praxis auf Grundlage nachgewiesener Effektivität sowie (4) Bewertung und Beschreibung der Beispiele guter Praxis anhand der Kriterien Effektivität (Wirksamkeit der Projekte), Reichweite (i.d.R. Anzahl der erreichten Personen oder Einrichtungen) und Dauerhaftigkeit (i.d.R. Laufzeit des Projekts). Für die Schritte 3 und 4 wurde weiterführende Literatur herangezogen, unter anderem Projektberichte, wissenschaftliche Publikationen und Projekt-Homepages.

Kapitel 6: Politik für Bewegungsförderung

Die Datenerhebung zur Politik zur Bewegungsförderung erfolgte auf Grundlage des Health Enhancing Physical Activity (HEPA) Policy Audit Tools (PAT) der Weltgesundheitsorganisation (Bull et al. 2015). Das HEPA PAT wurde zur Politikanalyse auf nationaler Ebene entwickelt, dient der standardisierten Datenerhebung und besteht aus einem Fragebogen mit 29 geschlossenen und offenen Fragen. Die Daten wurden im Jahr 2019 von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) und des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie Bremen (BIPS) erhoben. Diese Datenerhebung erfolgte im Rahmen des Projekts „Policy Evaluation Network“ (PEN) und parallel zu vergleichbaren Datenerhebungen in Irland, den Niederlanden und Polen. Für die Studie wurde das HEPA PAT in Abstimmung mit den internationalen Partnern des PEN-Forschungsnetzwerks in drei Kategorien unterteilt, für die sich die Methodik der Datenerhebung unterschied:

- Verwendung von Daten des EU Physical Activity Monitoring Frameworks
- Gezielte Internetrecherche, unterstützt durch die Kontaktaufnahme mit einzelnen Organisationen zur Verifizierung/Ergänzung von Informationen
- Expertenbefragung von Mitgliedern der „AG Bewegungsförderung im Alltag“ des Bundesministeriums für Gesundheit

Das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse sind in wissenschaftlichen Publikationen detailliert beschrieben, sowohl im internationalen Vergleich (Gelius et al. 2021) als auch spezifisch für Deutschland (Messing et al. 2022).

Für diese Bestandsaufnahme wurde auf die Daten des HEPA PATs sowie auf Informationen zurückgegriffen, die das BMG in Kooperation mit weiteren Ministerien und Akteuren der WHO Europa in Zusammenhang mit der Datenerhebung für die „Physical Activity Country Factsheets“ zur Verfügung gestellt hat. Aus beiden Dokumenten wurden die Daten ausgewählt, die für die Zielgruppe ältere Erwachsene relevant sind. Diese Informationen wurden zusammengefasst und anhand der für Kapitel 3 entwickelten Kategorien strukturiert. Für den Abschnitt „politische Dokumente“ wurde zusätzlich eine Inhaltsanalyse der in beiden Dokumenten genannten Politiken durchgeführt, um einen Überblick über deren Bezüge zur Bewegungsförderung für Erwachsene zu erhalten.

Im Abschnitt „politische Rahmenbedingungen“ beruht die Darstellung ausgewählter relevanter Akteure für Bewegungsförderung neben den genannten Dokumenten auch auf eigenen Recherchen, einer Erhebung des SAMBA-Projekts (Wäsche et al. 2018), einer Übersicht über die am Runden Tisch Bewegung und Gesundheit des BMG beteiligten Akteure (Bundesministerium für Gesundheit 2024d) sowie einer weiteren aktuellen wissenschaftlichen Publikation (Gelius und Wäsche 2023).

3 Ergebnisse Teil I: Bewegungsverhalten

Kapitel 1: Empfehlungen für Bewegung für ältere Erwachsene (ab 65 Jahren)

Als Basis für die aktuell gültigen Empfehlungen für Ausmaß, Intensität und Art gesundheitsförderlicher Bewegung für ältere Erwachsene in Deutschland dienen aktuell v.a. zwei Dokumente: (1) die Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten und Pfeifer 2016), (2) die Bewegungsempfehlungen der WHO. Viele aktuell verfügbare Prävalenzdaten beziehen sich allerdings noch auf die „alten“ Empfehlungen der WHO (2010). Die Empfehlungen unterscheiden sich insbesondere in den folgenden Punkten (vgl. Tabelle 1, zentrale Unterschiede farbig hervorgehoben):

- In den neuesten Empfehlungen der WHO (2020) wird es nicht mehr als notwendig erachtet, dass die Aktivität in mindestens 10-minütigen Einheiten ausgeübt wird.
- In den neuesten Empfehlungen der WHO (2020) wird für den Umfang an körperlicher Aktivität eine Spannbreite von mindestens 150-300 Minuten/Woche in moderater Intensität oder 75-150 Minuten/Woche in hoher Intensität empfohlen (vorher: mindestens 150 Minuten/Woche in moderater Intensität bzw. mindestens 75 Minuten/Woche in hoher Intensität).

Tabelle 1: Ausgewählte Bewegungsempfehlungen für ältere Erwachsene im Vergleich

	Nationale Empfehlungen 2016	WHO 2010	WHO 2020
Umfang, Intensität und Häufigkeit körperlicher Aktivität	Um die Gesundheit zu erhalten und umfassend zu fördern, gelten für ältere Erwachsene ab 65 Jahren folgende Mindestempfehlungen: <ul style="list-style-type: none"> - Ältere Erwachsene sollten möglichst <i>mindestens 150 Minuten/Woche</i> aerobe körperliche Aktivität mit moderater Intensität durchführen (z. B. 5x30 Minuten/Woche) oder - <i>mindestens 75 Minuten/Woche</i> ausdauerorientierte Bewegung mit höherer Intensität durchführen oder - ausdauerorientierte Bewegung in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen - <i>und dabei die Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag</i> 	Erwachsene im Alter ab 65 Jahren sollten <ul style="list-style-type: none"> - <i>mindestens 150 Minuten/Woche</i> in moderater Intensität aerob körperlich aktiv sein oder - <i>mindestens 75 Minuten/Woche</i> in hoher Intensität aerob körperlich aktiv sein oder - in einer entsprechenden Kombination aus moderater und hoher Intensität körperlich aktiv sein. <p><i>Die aeroben Aktivitäten sollten in mindestens 10-minütigen Einheiten durchgeführt werden.</i></p>	Ältere Erwachsene ab 65 Jahren sollten für substantielle Gesundheitseffekte <ul style="list-style-type: none"> - <i>mindestens 150-300 Minuten/Woche</i> in moderater Intensität aerob körperlich aktiv sein oder - <i>mindestens 75-150 Minuten/Woche</i> in hoher Intensität aerob körperlich aktiv sein oder - <i>in einer entsprechenden Kombination von moderater und hoher Intensität körperlich aktiv sein.</i>

	Nationale Empfehlungen 2016	WHO 2010	WHO 2020
	<i>und Woche sammeln (z. B. mind. 3 x 10 Minuten/Tag bzw. 5 x 30 Minuten/Woche).</i>		
Muskelkräftigende Aktivitäten	Ältere Erwachsene sollten muskelkräftigende körperliche Aktivitäten an mindestens zwei Tagen pro Woche durchführen.	Muskelkräftigende Aktivitäten sollten unter Einbeziehung großer Muskelgruppen an zwei oder mehr Tagen pro Woche durchgeführt werden.	Ältere Erwachsene sollten muskelkräftigende Aktivitäten, die alle großen Muskelgruppen einbeziehen, an zwei oder mehr Tagen pro Woche in moderater bis hoher Intensität durchführen.
Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention	Ältere Erwachsene mit Mobilitätseinschränkungen sollten an mindestens drei Tagen der Woche Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention durchführen	Ältere Erwachsene mit Mobilitätseinschränkungen sollten an mindestens drei Tagen der Woche Gleichgewichtsübungen zur Sturzprävention durchführen	Ältere Erwachsene sollten abwechslungsreiche Aktivitäten zum Gleichgewichts- und Krafttraining, die aus mehreren Komponenten bestehen, an drei oder mehr Tagen pro Woche in moderater oder hoher Intensität durchführen, um die funktionelle Kapazität zu verbessern und Stürzen vorzubeugen.
Weitere Gesundheitseffekte	<p>Ältere Erwachsene können weitere Gesundheitseffekte erzielen, wenn sie den Umfang und/oder die Intensität der Bewegung über die Mindestempfehlungen hinaus weiter steigern.</p> <p>Ältere Erwachsene, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht entsprechend den Empfehlungen körperlich aktiv sein können, sollen sich so viel bewegen, wie es ihre aktuelle gesundheitliche Situation zulässt.</p>	Für zusätzliche Gesundheitseffekte sollten ältere Erwachsene ihre körperliche Aktivität in moderater Intensität auf 300 Minuten/Woche steigern oder ihre körperliche Aktivität in hoher Intensität auf 150 Minuten/Woche oder in einer entsprechenden Kombination aus moderater und hoher Intensität körperlich aktiv sein.	Für zusätzliche Gesundheitseffekte können ältere Erwachsene ihre körperliche Aktivität in moderater Intensität auf mehr als 300 Minuten/Woche steigern oder ihre körperliche Aktivität in hoher Intensität auf mehr als 150 Minuten/Woche oder in einer entsprechenden Kombination aus moderater und hoher Intensität körperlich aktiv sein.
Reduktion von Sitzen / Inaktivität	Ältere Erwachsene sollten lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden und nach Möglichkeit das Sitzen regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrechen.	-	Ältere Erwachsene sollten die Zeit, die sie im Sitzen verbringen, reduzieren. Zeit im Sitzen durch körperliche Aktivität in verschiedener Intensität zu ersetzen (einschließlich leichter Intensität) hat positive Effekte auf die Gesundheit.

Schlussfolgerungen

Die bestehenden nationalen und internationalen Empfehlungen für ältere Erwachsene (ab 65 Jahren) sind unterschiedlich. Dies ergibt sich vornehmlich durch die verschiedenen Entstehungsjahre und die sich dynamisch verändernden zugrundeliegenden Evidenzen. Eine Aktualisierung der nationalen Empfehlungen sollte in Deutschland in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden.

Limitationen

Der Vergleich der Bewegungsempfehlungen war auf Deutschland und die WHO beschränkt.

Kapitel 2: Prävalenzen

Überblick über nationale Studien zum Bewegungsverhalten

Diese Bestandsaufnahme beinhaltet 25 größere Datenerhebungen zum Bewegungsverhalten in Deutschland aus den Jahren 1996 bis 2023 (Tabelle 2). Es wurden jeweils die Daten für ältere Erwachsene ausgewertet und nicht der gesamte Datensatz (siehe ‚Stichprobengröße‘). Die Stichproben unterscheiden sich jedoch nicht nur hinsichtlich ihrer Größe, sondern auch in Bezug auf personenbezogene Merkmale (z.B. hinsichtlich der Frage, ob Personen, die in Pflegeeinrichtungen leben, eingeschlossen waren).

Tabelle 2. Übersicht über Studien zum Bewegungsverhalten von älteren Erwachsenen in Deutschland (1996-2023)

Jahr(e) der Daten-erhebung	Umfrage	Institution, die die Daten erhebt	Stichprobengröße*			Parameter	
			Gesamtmenge	60-69 Jahre	70-79 Jahre		80+ Jahre
1996	DEAS 1996	Deutsches Zentrum für Altersfragen	4.838	1.023	1.049	291	Teilnahme am Sport
1997–1999	BGS98	Robert Koch-Institut	7.124	1.037	578	0	Gesamte körperliche Aktivität Körperliche Aktivität in der Freizeit Teilnahme am Sport Sitzendes Verhalten
1998	Allbus 1998	Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften	3.234	552	322	116	Teilnahme am Sport
2002	DEAS 2002	Deutsches Zentrum für Altersfragen	5.194	1.273	1.112	321	Teilnahme am Sport
2003	GSTel03	Robert Koch-Institut	8.318	1.217	587	155	Teilnahme am Sport
2004	Allbus 2004	Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften	2.946	509	262	98	Teilnahme am Sport
2006	NBS 2006	GfK Nürnberg	10.554	1.543	970	0	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2008	DEAS 2008	Deutsches Zentrum für Altersfragen	8.186	2.070	1.953	642	Teilnahme am Sport
2008–2011	DEGS1	Robert Koch-Institut	7.987	1.537	1.233	0	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2009	GEDA 2009	Robert Koch-Institut	21.262	3.029	1.830	592	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2010	GEDA 2010	Robert Koch-Institut	22.050	3.207	1.956	569	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport

2011	DEAS 2011	Deutsches Zentrum für Altersfragen	4.854	1.342	1.336	504	Teilnahme am Sport
2012	GEDA 2012	Robert Koch-Institut	19.294	3.325	2.936	871	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2013	SHARE-WAVE 5	Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik	5.752	1.847	1.363	521	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2013–2018	GESIS Panel 2018	Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften	7.599	1.269	130	0	Teilnahme am Sport
2014	Allbus 2014	Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften	3.471	500	418	132	Teilnahme am Sport
2014-2015	GEDA 2014-2015	Robert Koch-Institut	24.016	3.444	3.044	1.107	Gesamte körperliche Aktivität Muskelkräftigung Körperliche Aktivität bei der Arbeit Körperliche Aktivität in der Freizeit Fahrradfahren von Ort zu Ort Zu Fuß gehen von Ort zu Ort
2014	DEAS 2014	Deutsches Zentrum für Altersfragen	10.323	2.711	2.831	892	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2014-2019	NAKO	NAKO e.V.	205.000	50.810	4.383	0	Gesamte körperliche Aktivität Körperliche Aktivität bei der Arbeit Körperliche Aktivität in der Freizeit Fortbewegung von Ort zu Ort Sitzendes Verhalten
2017	DEAS 2017	Deutsches Zentrum für Altersfragen	6.626	2.055	1.867	832	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2019–2020	GEDA 2019/2020	Robert Koch-Institut	23.001	4.983	3.573	1.809	Gesamte körperliche Aktivität Muskelkräftigung Körperliche Aktivität bei der Arbeit Körperliche Aktivität in der Freizeit Fahrradfahren von Ort zu Ort Zu Fuß gehen von Ort zu Ort Sitzendes Verhalten
2020	DEAS 2020	Deutsches Zentrum für Altersfragen	4.823	1.469	1.475	938	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2020-2021	D 80+	Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH	10.578	0	0	10.578	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport

2020-2021	DEAS 2020/2021	Deutsches Zentrum für Altersfragen	5.402	1.731	1.518	940	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2021-2023	Gesundheit 65+ ¹⁰	Robert Koch-Institut	3.694	587	932	2.175	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport

* Die Datensätze wurden für vergleichende Analysen einheitlich für ältere Erwachsene ab 70 Jahren ausgewertet; Abbildungen, die sich ausschließlich auf die GEDA-Studie beziehen, beziehen sich auf Daten für ältere Erwachsene ab 65 Jahren.

Beschreibung der Datensätze

Abbildung 2 veranschaulicht die Verfügbarkeit von Daten zum Bewegungsverhalten von älteren Erwachsenen. Wie bei den Erwachsenen im Alter von 18 bis 64 Jahren erhoben zahlreiche Studien Daten zur gesamten körperlichen Aktivität und zur Teilnahme an sportlichen Aktivitäten, während in deutlich weniger Studien Daten zu körperlicher Aktivität bei der Arbeit ¹¹, Fortbewegung von Ort zu Ort, Muskelkräftigung und sitzendem Verhalten erhoben wurden. Die Stichprobengrößen sind in der Regel für die Altersgruppe 60 bis 69 Jahre am größten und sinken für die älteren Altersgruppen. Einige Studien haben grundsätzlich keine Teilnehmenden über 80 Jahre einbezogen (BGS98, NBS 2006, DEGS1, GESIS-Panel 2018 und NAKO). Zehn Studien (DEAS 1996-2021, SHARE, D 80+) richteten sich zwar an die ältere Bevölkerung, hatten jedoch einen eher breiteren Fokus und erhoben nur sehr begrenzt Daten zur körperlichen Aktivität.

¹⁰ Die Datenauswertung für die Studie „Gesundheit 65+“ war bei Redaktionsschluss dieser Bestandsaufnahme noch nicht abgeschlossen. Daher werden im Folgenden keine Ergebnisse dargestellt.

¹¹ Der Begriff „Arbeit“ umfasst dabei sowohl bezahlte als auch unbezahlte Tätigkeiten (z.B. im Haushalt).

Abbildung 2: Erhebung von Daten zur körperlichen Aktivität von älteren Erwachsenen in Deutschland (1996-2023)



Stichprobengröße:

Je größer der Kreis, desto größer ist die Stichprobe

Farbkodierung:

Dunkelgrün:

Robert Koch-Institut

Hellgrün:

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Deutsche Alterssurvey, Erwachsene ab 40 Jahren)

Blau:

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+, Erwachsene ab 80 Jahren)

Gelb: andere Institutionen

NAKO e.V., Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, GfK Nürnberg, Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik

Die Studien Allbus 1998-2014, DEAS 1996-2011, D 80+, GSTel03 und GESIS Panel 2018 erhoben ausschließlich Daten zur Teilnahme an sportlichen Aktivitäten. Die Studien BGS98, NBS 2006, DEGS1 2011, SHARE-WAVE 5, DEAS 2011-2021 und GEDA 2009-2012 erhoben zusätzlich Daten zum Gesamtumfang der (intensiven) körperlichen Aktivität. In einigen Studien wurde nach der Häufigkeit von körperlicher Aktivität bzw. der Teilnahme an sportlichen Aktivitäten gefragt (Allbus 1998-2014, GESIS-Panel 2018, BGS 1998, SHARE-WAVE 5), in anderen Studien nach der Zeit pro Woche (GEDA, GSTel03, NBS 2006, DEGS1, DEAS). Dies macht einen systematischen Vergleich des Bewegungsverhaltens über alle Studien hinweg unmöglich.

Seit 2014 wird in der GEDA-Studie zur Erfassung des Bewegungsverhaltens der EHIS-Fragebogen verwendet (European Health Interview Survey Physical Activity Questionnaire, EHIS-PAQ). In dieser Studie wird nach der körperlichen Aktivität in einer typischen Woche gefragt, sowohl während der Arbeit als auch bei der Fortbewegung und in der Freizeit. Für den Indikator "Erfüllung der Empfehlungen für körperliche Aktivität" wird die Zeit pro Woche erhoben, in der die Befragten zumindest mäßig anstrengende körperliche Aktivitäten in der Freizeit ausgeübt haben und mit dem Fahrrad gefahren sind. Das Gehen wird für diesen Indikator nicht berücksichtigt.

In der NAKO-Studie wird der GPAQ-Fragebogen verwendet (Global Physical Activity Questionnaire, GPAQ). Der GPAQ ist ein von der WHO entwickelter Fragebogen zur Erfassung der körperlichen Aktivität im Laufe einer normalen Woche. Das Instrument umfasst 16 Fragen, mit denen die folgenden Informationen erfasst werden: Prävalenz, Häufigkeit (Tage/Woche), Dauer (Minuten/Tag) und subjektiv empfundene Intensität (moderat, intensiv) der körperlichen Aktivität bei der Arbeit, im Verkehr und in der Freizeit.

Daten 1996-2022

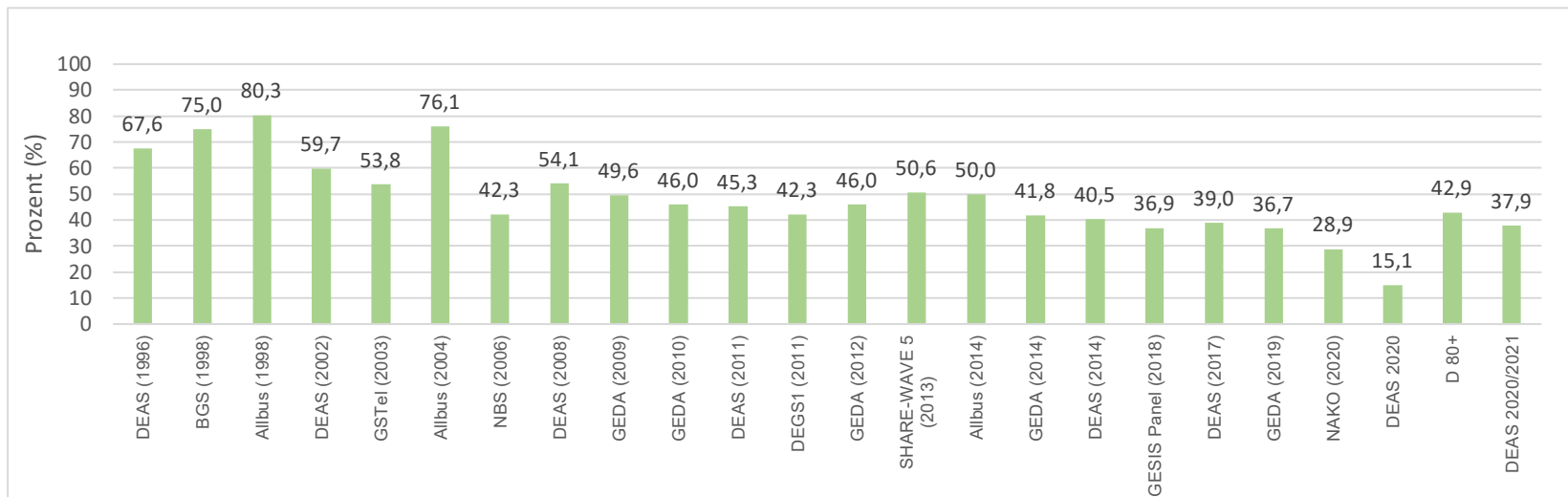
Abbildung 3 gibt einen Überblick über ausgewählte Ergebnisse der zwischen 1996 und 2022 durchgeführten Studien; die Abbildung bezieht sich auf ältere Erwachsene ab 70 Jahren. Für den Vergleich wurden zwei Parameter ausgewählt, da nur diese in den meisten Studien angegeben wurden:

- der Prozentsatz der Personen, die noch nie Sport getrieben haben; dieser schwankte in den verschiedenen Studien stark zwischen 15 % und 80 %, lag jedoch überwiegend zwischen 40 % und 60 %. Es zeigt sich unter Umständen die Tendenz, dass der Prozentsatz der älteren Erwachsenen, die noch nie Sport getrieben haben, im Laufe der Zeit abnimmt.
- der Prozentsatz der Personen, die sich noch nie/fast nie (intensiv) körperlich betätigt haben; dieser variiert in den verschiedenen Studien zwischen 6,7 % und 59,1 %. Es konnte kein Trend in Richtung einer Abnahme oder Zunahme dieses Anteils im Laufe der Zeit festgestellt werden.

Die beobachtbaren Unterschiede zwischen den Studien können auch auf unterschiedliche Fragen zur Erhebung des Bewegungsverhaltens sowie verschiedene Methodiken bei der Stichprobenziehung bzw. Datenerhebung zurückgeführt werden. Dies lässt eine Interpretation der Ergebnisse über die Studien(-zeiträume) hinweg nur sehr bedingt zu. Die Frage, ob es in Deutschland in den Jahren zu zeitlichen Veränderungstrends hinsichtlich des Bewegungsverhaltens gekommen ist, lässt sich nicht eindeutig beantworten.

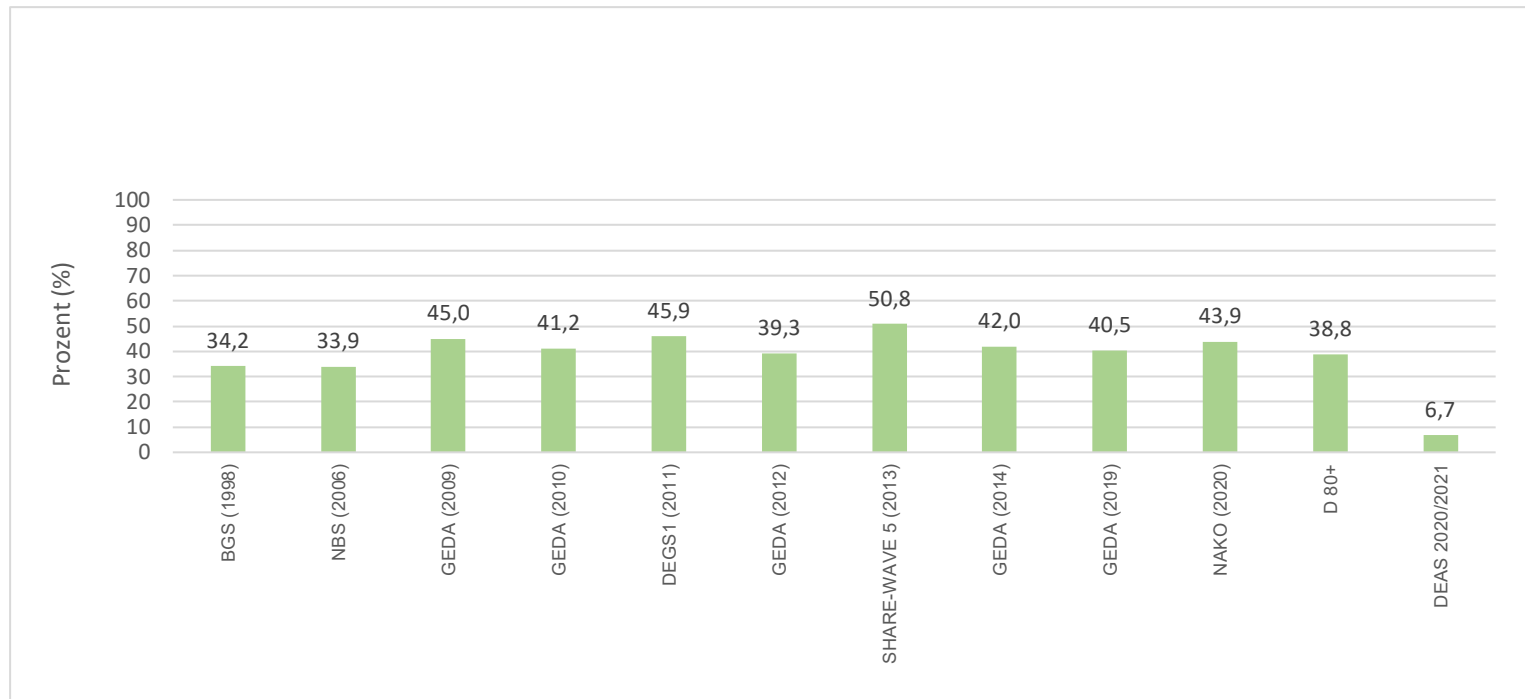
Abbildung 3: Vergleich des Bewegungsverhaltens (körperliche Inaktivität) älterer Erwachsener ab 70 Jahren über 24 Studien hinweg

Keine Teilnahme an sportlichen Aktivitäten*



*- für NAKO und GEDA 2014, GEDA 2019 wurde der Parameter "Körperliche Aktivität in der Freizeit" verwendet

Nie / fast nie körperlich in mindestens moderater Intensität aktiv



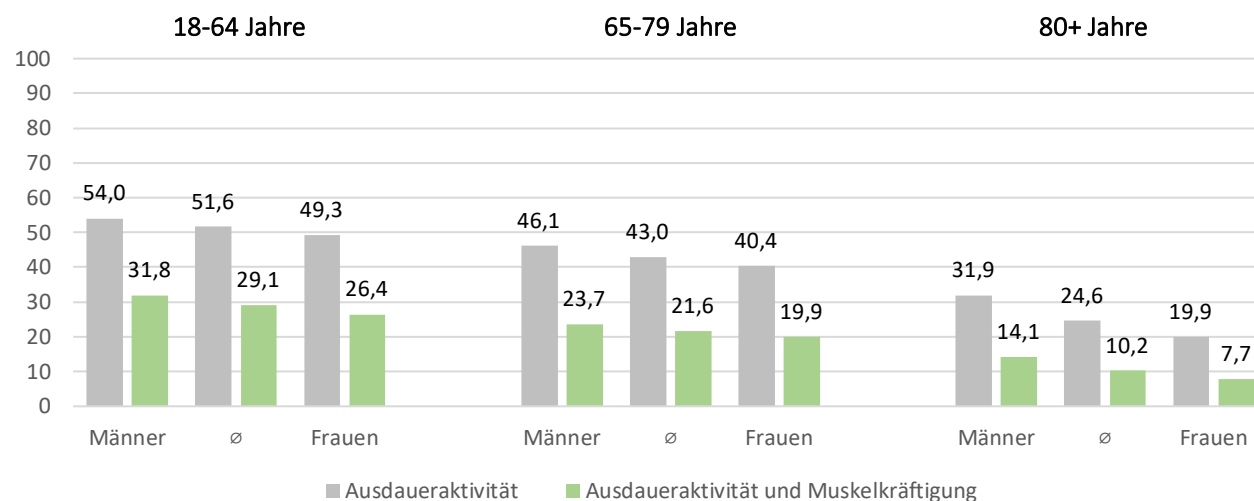
Aktuelle Daten zum Bewegungsverhalten Erwachsener in Deutschland (GEDA 2019/2020)

Im Folgenden werden aktuelle Daten zum Bewegungsverhalten ältere Erwachsener in Deutschland präsentiert. Diese Daten stammen aus der national repräsentativen Studie GEDA 2019/2020. GEDA ist eine Querschnittbefragung der deutschsprachigen erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren, die regelmäßig vom Robert Koch-Institut als Komponente des bundesweiten Gesundheitsmonitorings durchgeführt wird. Zur Analyse wurden die Ergebnisse von zwei Altersgruppen verwendet (65-79 Jahre und ab 80 Jahren). Zum Vergleich werden die Daten für Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren dargestellt.

Erfüllung der Empfehlungen für Bewegung nach Alter und Geschlecht

Die GEDA-Studie zeigt für Deutschland, dass 37,4 % der älteren Erwachsenen ab 65 Jahren die WHO-Empfehlungen zur Ausdaueraktivität erfüllen. Der Anteil verringert sich im Altersverlauf (Abbildung 4): Während 43,0 % der 65- bis 79-Jährigen die WHO-Empfehlung erfüllen, sind es bei den ab 80-Jährigen nur noch 24,6 %. Männer erreichen die WHO-Empfehlung in allen Altersgruppen häufiger als Frauen. Berücksichtigt man zusätzlich die WHO-Empfehlung zur Muskelkräftigung, erreichen lediglich 18,1 % der älteren Erwachsenen die Empfehlungen.

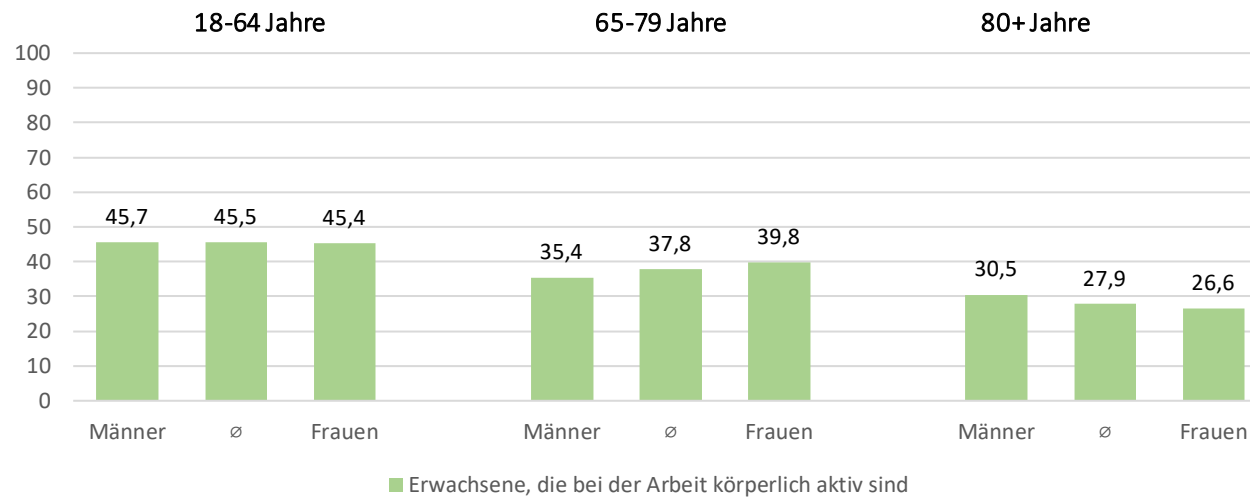
Abbildung 4: Erfüllung der WHO-Bewegungsempfehlungen (in %), nach Alter und Geschlecht (GEDA 2019/2020)



Arbeitsbezogene Aktivität

Laut der GEDA-Studie sind nur 34,8 % der älteren Erwachsenen in Deutschland in Bezug auf Arbeit körperlich aktiv. Der Begriff „Arbeit“ umfasst dabei sowohl bezahlte als auch unbezahlte Tätigkeiten (z.B. im Haushalt). Der Trend, dass mit steigendem Alter der Anteil an Personen mit arbeitsbezogener körperlicher Aktivität abnimmt, wird durch diese Studie bestätigt (Abbildung 5). Bei den 65- bis 79-Jährigen liegt dieser Anteil bei 37,8 % und bei den 80-Jährigen und Älteren bei 27,9 %. In der jüngeren Altersgruppe der älteren Erwachsenen (65-79 Jahre) sind tendenziell mehr Frauen arbeitsbezogen körperlich aktiv und in der älteren Gruppe (ab 80 Jahren) tendenziell mehr Männer.

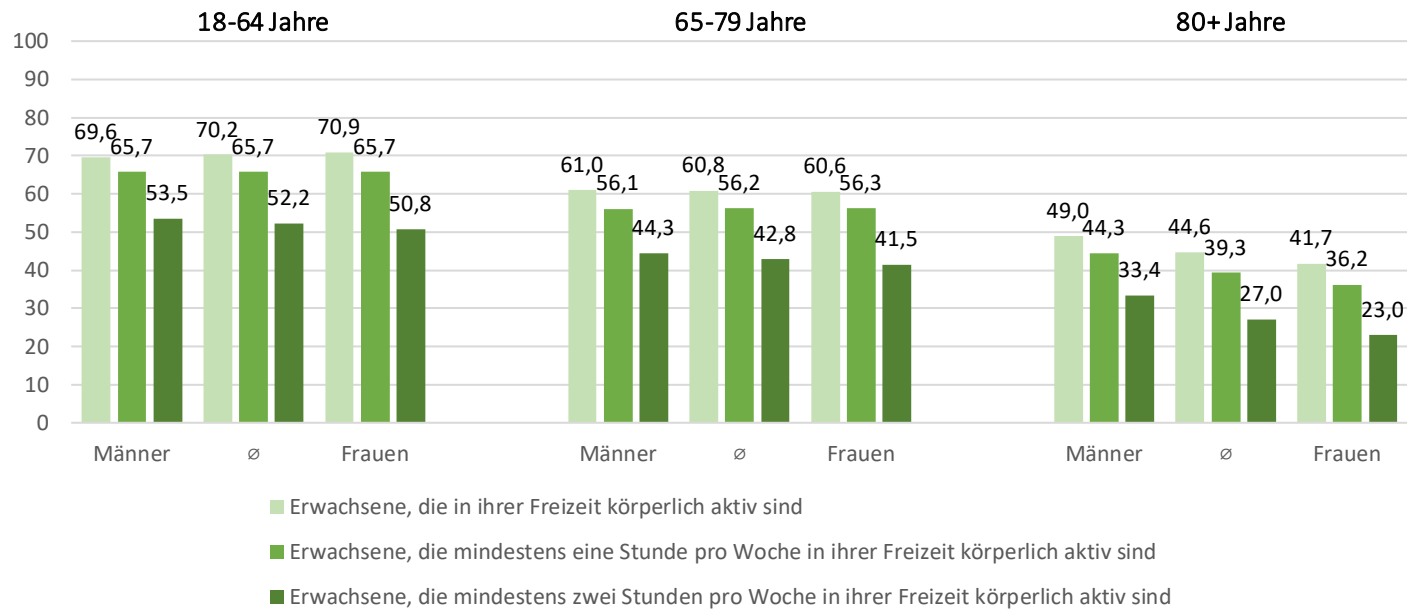
Abbildung 5: Arbeitsbezogene Aktivität von Erwachsenen und älteren Erwachsenen (in %), nach Alter und Geschlecht (GEDA 2019/2020)



Freizeitbezogene Aktivität

Abbildung 6 zeigt den Prozentsatz der älteren Erwachsenen, die in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind. Die Ergebnisse der GEDA-Studie zeigen, dass die körperliche Aktivität in der Freizeit mit dem Alter abnimmt. Während bei Erwachsenen im Alter von 18-64 Jahren 70,2 % in der Freizeit körperlich aktiv sind, sinkt dieser Anteil in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen auf 60,8 % und bei den ab 80-Jährigen auf 44,6 %. Dieser Rückgang ist bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern. Der Anteil der Personen, die mindestens zwei Stunden pro Woche in ihrer Freizeit körperlich aktiv sind, sinkt mit dem Alter von 52,2 % (18-64 Jahre) auf 27,0 % (ab 80 Jahre).

Abbildung 6: Freizeitbezogene Aktivität von Erwachsenen und älteren Erwachsenen (in %), nach Alter und Geschlecht (GEDA 2019/2020)

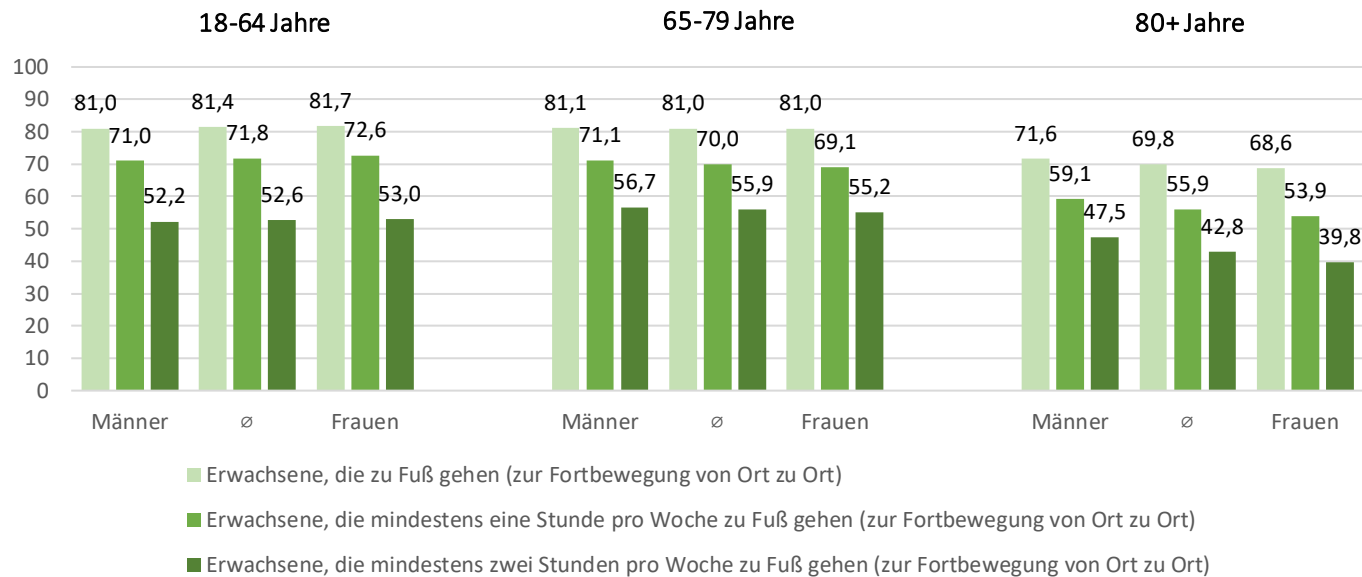


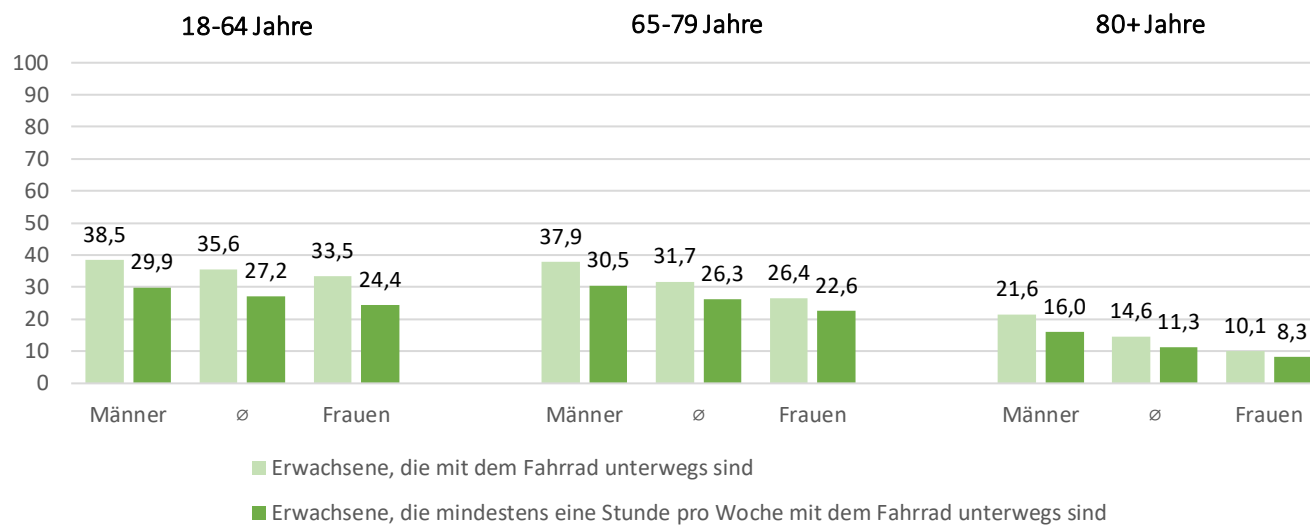
Fortbewegung von Ort zu Ort (aktive Mobilität)

In Abbildung 7 werden die Daten zu verkehrsbezogener körperlicher Aktivität dargestellt. Der Anteil der Menschen, die zur Fortbewegung von Ort zu Ort zu Fuß gehen, ist in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen derselbe wie in der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen, ohne signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern. Jedoch sinkt dieser Anteil bei den ab 80-Jährigen um mehr als 10 %.

Die Ergebnisse zeigen einen Rückgang der Fahrradnutzung mit zunehmendem Alter. Während 35,6 % der erwachsenen Bevölkerung das Fahrrad zur Fortbewegung nutzen, sinkt dieser Anteil auf 31,7 % bei den 65- bis 79-Jährigen und auf 14,6 % bei den über 80-Jährigen. Frauen nutzen in allen Altersgruppen seltener das Fahrrad zur Fortbewegung als Männer.

Abbildung 7: Fortbewegung von Ort zu Ort von Erwachsenen und älteren Erwachsenen (in %), nach Alter und Geschlecht (GEDA 2019/2020)

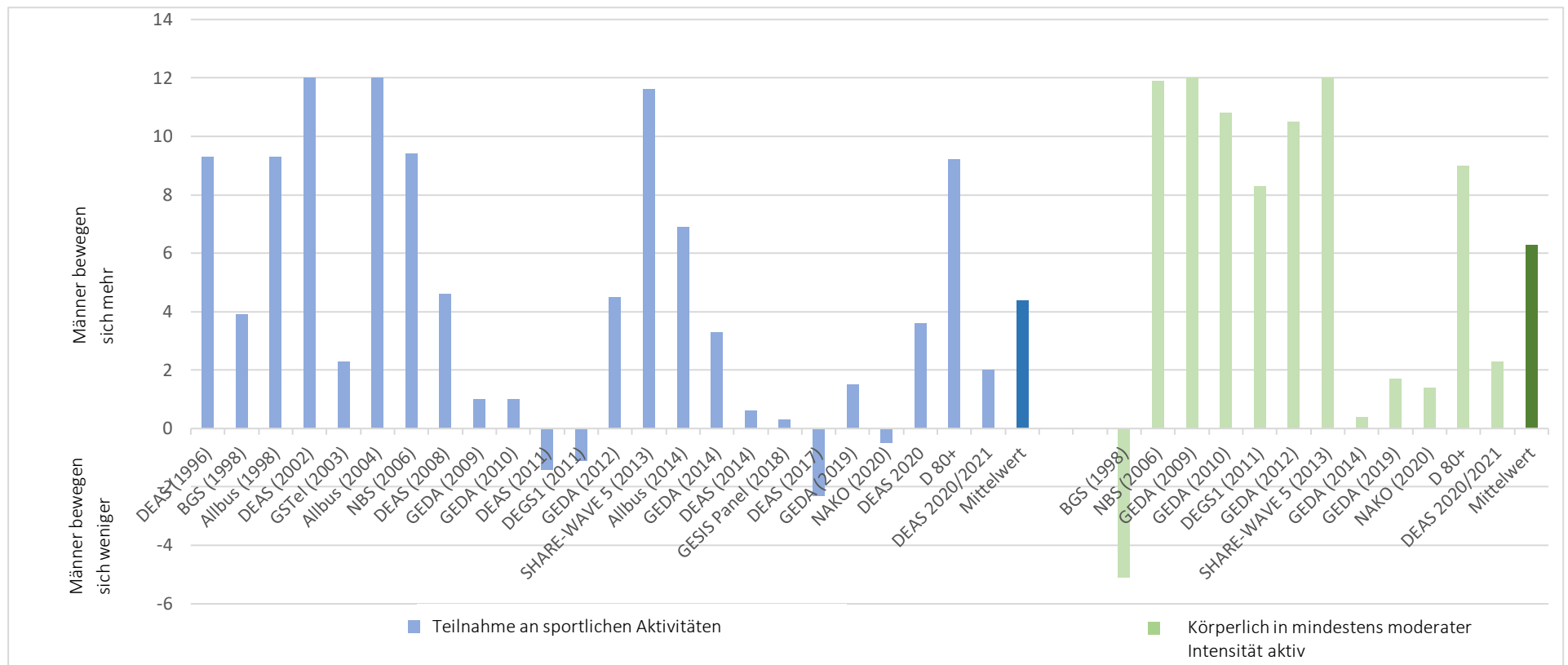




Unterschiede nach Geschlecht

Abbildung 8 zeigt für 24 Studien die Unterschiede in Bezug auf körperliche Aktivität von Männern und Frauen. Die Mehrheit der Studien deutet darauf hin, dass mehr Männer Sport treiben und in mindestens moderater Intensität körperlich aktiv sind. In Bezug auf körperliche Aktivität in mindestens moderater Intensität ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen besonders signifikant (der Anteil aktiver Männer ist um 6,3 Prozentpunkte höher als der Anteil aktiver Frauen).

Abbildung 8: Bewegungsverhalten von Männern im Vergleich zu Frauen (ab 70 Jahren, Differenz in Prozentpunkten)

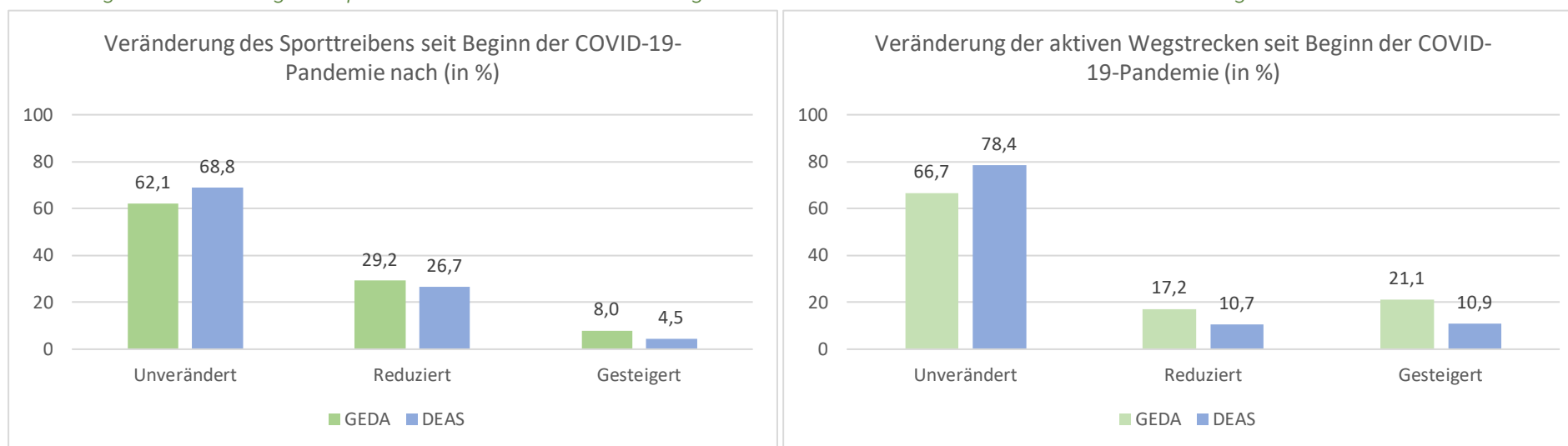


Veränderung des Sporttreibens und der aktiven Wegstrecken seit der COVID-19-Pandemie

Im Rahmen der Studie GEDA 2021 wurden zwischen Juli und Oktober 2021 repräsentative Daten zur Veränderung des Bewegungsverhaltens seit Beginn der COVID-19 Pandemie erhoben. Die Umfrage beinhaltete Fragen zum Umfang des Sporttreibens sowie zu den aktiv zurückgelegten Wegstrecken (Gehen/Radfahren). Die Stichprobe umfasste 2.985 Personen im Alter von 18 Jahren und älter (davon 1.066 ältere Erwachsene ab 65 Jahren).¹² Auch die siebte Welle des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020 umfasste Fragen zur Veränderung des Bewegungsverhaltens, die Stichprobengröße der älteren Erwachsenen über 65 Jahre betrug 3.192.

Die Ergebnisse beider Studien sind in Abbildung 9 dargestellt und zeigen, dass die Mehrheit der älteren Erwachsenen ihr Bewegungsverhalten während der COVID-19-Pandemie nicht verändert hat. Über ein Viertel der Befragten (26,7 % bzw. 29,2 %) reduzierten jedoch ihre sportlichen Aktivitäten und ein geringer Prozentsatz trieb mehr Sport als vor der Pandemie (4,5 % bzw. 8,0 %). In Bezug auf aktive Wegstrecken ist der Anteil der Personen, die ihre Aktivität reduziert bzw. erhöht haben, in etwa ausgeglichen (10,7 % bzw. 17,2 % reduzierten ihre aktiven Wegstrecken, 10,9 % bzw. 21,1 % steigerten diese).

Abbildung 9. Veränderung des Sporttreibens und der aktiven Wegstrecken älterer Erwachsener ab 65 Jahren seit Beginn der COVID-19-Pandemie.



¹² Veränderung des Sporttreibens und der aktiven Wegstrecken seit der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Studie GEDA 2021 – Journal of Health Monitoring 4/2022

Schlussfolgerungen

- Es gibt in Deutschland eine Vielzahl von Datenerhebungen, die das Bewegungsverhalten von älteren Erwachsenen erfassen. Jedoch ist für Hochbetagte (ab 80 Jahren) die Datengrundlage kleiner, insbesondere in Bezug auf körperliche Aktivität in der Freizeit, aktiven Transport, Muskelkräftigung und sitzendes Verhalten. Dies kann auch darauf zurückzuführen sein, dass für Hochaltrige angepasste Rekrutierungswege und Erhebungsmethoden notwendig sind, um sie für die Teilnahme an entsprechenden Studien zu erreichen.
- Die verschiedenen Studien verwenden unterschiedliche Methoden und Instrumente der Datensammlung. Dies kann teilweise erklären, warum die Daten zum Bewegungsverhalten zwischen den einzelnen Studien variieren.
- Über die Studien hinweg sind – bedingt durch die unterschiedlichen Studiendesigns und Messmethoden – nur sehr eingeschränkte Aussagen zu Veränderungen des Bewegungsverhaltens Erwachsener in Deutschland möglich. Die Rate der älteren Menschen, die angeben keinen Sport zu treiben, nahm in den vergangenen Jahrzehnten möglicherweise ab, während bei der gesamten körperlichen Aktivität kein Zeittrend nachweisbar ist.
- Über die gesamte Lebensspanne hinweg wird in den Daten ein starker Altersgradient sichtbar – je höher das Alter, desto weniger bewegen sich ältere Erwachsene. Außerdem zeigt sich in den meisten Studien, dass Frauen seltener Freizeitsport ausüben als Männer.
- In Bezug auf die Erhebung von Längsschnittdaten zum Bewegungsverhalten der Bevölkerung ist in Zukunft eine stärkere Harmonisierung der Instrumente und Methoden zur Messung von Sport und körperlicher Aktivität zu prüfen, ebenso wie weitere Datenerhebungen zum Bewegungsverhalten von Hochbetagten (ab 80 Jahren).

Limitationen

- Die Analyse von möglichen Zeittrends wird durch die unterschiedlichen Methodiken und Messungen von Sport und körperlicher Aktivität deutlich erschwert.
- Bedingt durch die Charakteristika der verwendeten Messinstrumente war es nicht für alle Datensätze möglich, den Anteil der älteren Erwachsenen, die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen, zu identifizieren.

4 Ergebnisse Abschnitt II: Bewegungsförderung

Kapitel 3: Empfehlungen für Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die sieben zentralen Kategorien von Empfehlungen für Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen, die auf Basis der fünf ausgewählten nationalen und internationalen Dokumente identifiziert werden konnten. Des Weiteren zeigt die Tabelle, welche der Kategorien in welchen Empfehlungen explizit thematisiert werden.

Tabelle 3: Zentrale Kategorien von Empfehlungen für Bewegungsförderung in ausgewählten Dokumenten

Nr.	Kategorie	Nationale Empfehlungen (2016)	Globaler Aktionsplan für Bewegung der WHO (2018)	Strategie für Bewegung der WHO Europa (2016)	Empfehlung des Rats der Europäischen Union (2013)	Eight investments der ISPAH ¹³ (2021)
1	Häusliche Lebenswelt	X	X			
2	Alten- und Pflegeheime		X	X		
3	Sport		X			X
4	Gesundheit	X	X	X		
5	Verkehr		X	X		
6	Kommune	X	X		X	
7	Weitere	X	X	X	X	

¹³ Wissenschaftliche Fachgesellschaft „International Society for Physical Activity and Health“

Tabelle 4 fasst die konkreten Empfehlungen in allen sieben Bereichen zusammen und zeigt, welchen Dokumenten diese entnommen sind.

Tabelle 4: Empfehlungen für Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen

Nr.	Empfehlung	Weitere Anmerkungen	Nationale Empfehlungen (2016)	Globaler Aktionsplan für Bewegung der WHO (2018)	Strategie für Bewegung der WHO Europa (2016)	Empfehlung des Rats der Europäischen Union (2013)	Eight investments der ISPAH (2021)
1	Häusliche Lebenswelt						
1.1	Zielgruppenspezifische Programme und Dienstleistungen zur Bewegungsförderung für ältere Erwachsene (z.B. Bewegungsberatung)	Individuell auf ältere Erwachsene zugeschnitten, angemessene Berücksichtigung des sozialräumlichen Kontexts (soziale Einbindung, Bewegungsgelegenheiten), inkl. Reduktion von sitzendem Verhalten	X	X			
1.2	Unterstützung von Familien, damit diese die notwendigen Fähigkeiten und Kompetenzen erwerben, um durch Maßnahmen der Bewegungsförderung gesundes Altern in der häuslichen Lebenswelt zu unterstützen			X			
2	Alten- und Pflegeheime						
2.1	Zielgruppenspezifische Programme und Dienstleistungen zur Bewegungsförderung	Z.B. in Langzeitpflegeeinrichtungen und Einrichtungen des betreuten Wohnens		X			
2.2	Sicherstellung der Verfügbarkeit von Bewegungsmöglichkeiten in Langzeitpflegeeinrichtungen					X	
2.3	Einbeziehung von Bewegungsmöglichkeiten in die Pflegeplanung und -praxis					X	
2.4	Einbeziehung von Bewegungsförderung in die Weiterbildung von Pflegekräften			X			
2.5	Einbeziehung von Altenpflegeeinrichtungen in						X

Nr.	Empfehlung	Weitere Anmerkungen	Nationale Empfehlungen (2016)	Globaler Aktionsplan für Bewegung der WHO (2018)	Strategie für Bewegung der WHO Europa (2016)	Empfehlung des Rats der Europäischen Union (2013)	Eight investments der ISPAH (2021)
		kommunale Ansätze der Bewegungsförderung					
3	Sport						
3.1	Zielgruppenspezifische Bewegungsangebote mit Sport und Freizeit für ältere Erwachsene						X
3.2	Förderung des Zugangs zu qualitativ hochwertigen Sportanlagen für Menschen jeden Alters			X			
4	Gesundheit						
4.1	Zielgruppenspezifische Interventionen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung (z.B. Bewegungsberatung für ältere Erwachsene, ärztlich verordnete Bewegung)	Individuell auf ältere Erwachsene zugeschnitten, angemessene Berücksichtigung des sozialräumlichen Kontexts (soziale Einbindung, Bewegungsgelegenheiten) notwendig, abhängig von den Fähigkeiten	X	X			
4.2	Weiterbildung von Gesundheitsfachkräften (u.a. zur Verbesserung der Qualität von Bewegungsberatung und zur Bedeutung der Bewegungsförderung für gesundes Altern)	Einfache und rechtzeitige Beratung von älteren Patienten in Bezug auf spezifische Vorteile eines aktiven Lebensstils; auf deren individuelle gesundheitliche Bedürfnisse, Fähigkeiten und Präferenzen zugeschnitten; bei Bedarf intensivere Beratung und Unterstützung von Verhaltensänderungen			X		
4.3	Seniorenfreundliche Infrastruktur zur Bewegungsförderung im Gesundheitssektor (z.B. barrierefreier Zugang zu Gesundheitszentren und Rehabilitationsprogrammen)				X		
5	Verkehr						
5.1	Schaffung einer altersgerechten Fahrrad- und Fußwege-Infrastruktur (z.B. beleuchtete Wege)	Sicherstellung eines sicheren, universellen und gleichberechtigten Zugangs für Menschen jeden Alters zu Fuß- und Radwegeninfrastruktur		X	X		

Nr.	Empfehlung	Weitere Anmerkungen	Nationale Empfehlungen (2016)	Globaler Aktionsplan für Bewegung der WHO (2018)	Strategie für Bewegung der WHO Europa (2016)	Empfehlung des Rats der Europäischen Union (2013)	Eight investments der ISPAH (2021)
		Geeignete seniorenfreundliche Infrastruktur zur Bewegungsförderung im Verkehrssektor (z.B. gut beleuchtete Fußwege und sichere Nachbarschaften)					
5.2	Sicherstellung eines altersgerechten Zugangs zum öffentlichen Personennahverkehr	Sicherstellung eines sicheren, universellen und gleichberechtigten Zugangs für Menschen jeden Alters zu öffentlichen Verkehrsmitteln		X			
6 Kommune							
6.1	Zielgruppenspezifische Bewegungsprogramme und -beratung in verschiedenen kommunalen Settings	Angemessene Berücksichtigung des sozialräumlichen Kontexts (soziale Einbindung, Bewegungsgelegenheiten) notwendig; Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten; Dienstleistungen	X	X		X	
6.2	Zugang zu öffentlichen Grünflächen für Menschen jeden Alters	Stärkung des Zugangs zu qualitativ hochwertigen öffentlichen Grünflächen, Erholungsräumen (inkl. Fluss- und Küstenbereiche) für Menschen jeden Alters		X			
6.3	Einbeziehung älterer Erwachsener in ganzheitliche bzw. Mehrkomponentenansätze der Bewegungsförderung, z.B. durch die Partizipation der Zielgruppe an der Entwicklung solcher Maßnahmen			X			
7 Weitere							
7.1	Förderung intersektoraler Zusammenarbeit zur Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen	Sicherstellung der Beteiligung des Gesundheits-, Stadtplanungs-, Grünflächen- und Sportsektors			X		
7.2	Unterstützung von sozialen Organisationen bei der Entwicklung und Umsetzung geeigneter	z.B. Finanzierung, Infomaterialien, Beratung, Forschung zu innovativen partizipatorischen Ansätzen, generationenübergreifende Ansätze			X		

Nr.	Empfehlung	Weitere Anmerkungen	Nationale Empfehlungen (2016)	Globaler Aktionsplan für Bewegung der WHO (2018)	Strategie für Bewegung der WHO Europa (2016)	Empfehlung des Rats der Europäischen Union (2013)	Eight investments der ISPAH (2021)
	Programme zur Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen	Nutzung innovativer partizipatorischer Ansätze um ältere Menschen sowie den Gesundheits-, Sport- und Tourismussektor einzubinden um attraktive und bezahlbare Bewegungsangebote zu schaffen					
7.3	Nutzung bestehender sozialer Strukturen zur Erreichung älterer Erwachsener für Maßnahmen der Bewegungsförderung	z.B. Gemeindezentren, Sozialvereine, Kirchen und Glaubensgemeinschaften und NGOs Insbesondere zur Erreichung älterer Erwachsener aus sozial schwierigen Verhältnissen			X		
7.4	Unterstützung von Möglichkeiten für bezahlbaren bewegungsaktiven Tourismus insbesondere für sozial benachteiligte ältere Erwachsene				X		
7.5	Systematische Berücksichtigung älterer Erwachsener bei der regelmäßigen Datenerhebung (Surveillance) zu körperlicher Aktivität			X			
7.6	Ausbau der Forschung zur Bewegungsförderung speziell bei älteren Erwachsenen		X				

Schlussfolgerungen

- Die nationalen und internationalen Empfehlungen für Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen betreffen eine Vielzahl von Lebenswelten bzw. politischen Sektoren und Ebenen. Um diese Empfehlungen umzusetzen und miteinander zu verzahnen, ist eine enge intersektorale Zusammenarbeit über Ressortgrenzen hinweg notwendig.
- Inhaltlich umfassen die Empfehlungen insbesondere direkte Maßnahmen zur Bewegungsförderung (z.B. zielgruppenspezifische Sport- und Freizeitangebote), die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal (z.B. im Gesundheitssektor), die Unterstützung von Familien (zur Förderung gesunden Alterns in der häuslichen Lebenswelt), die Verbesserung von Infrastrukturen (z.B. altersgerechte Rad- und Fußwege) sowie eine Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen (z.B. Förderung intersektoraler Zusammenarbeit zur Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen). Diese verschiedenen Ansätze sollten möglichst in Mehrkomponentenansätzen systematisch verknüpft bzw. aufeinander abgestimmt werden.
- Die Empfehlungen für Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen sollten bei allen politischen Maßnahmen im Bereich Bewegungsförderung systematisch berücksichtigt und umgesetzt werden.

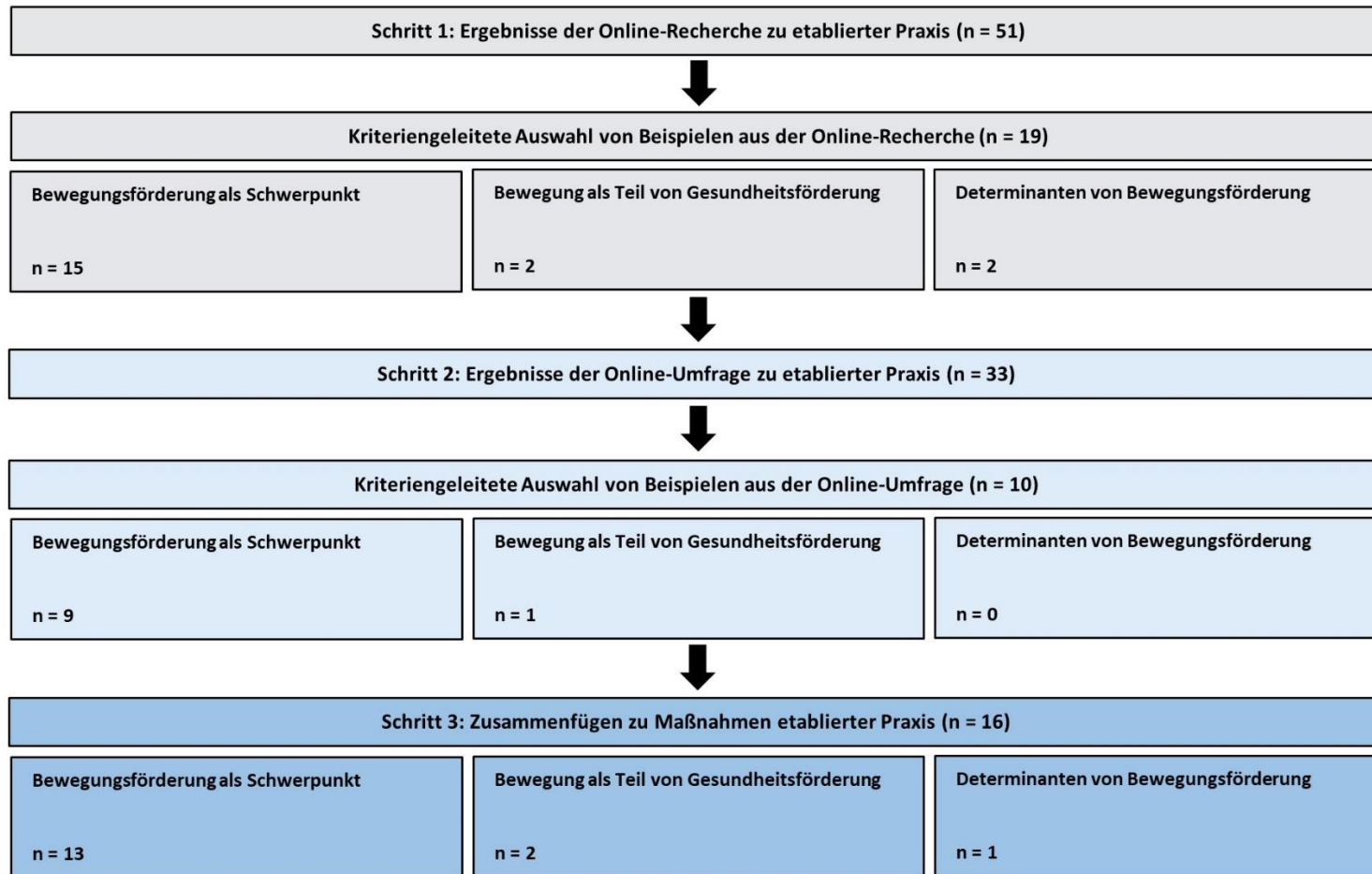
Limitationen

- Die Analyse der Empfehlungen für Bewegungsförderung basiert auf übergreifenden Dokumenten, die Empfehlungen für eine Vielzahl an Lebenswelten und Zielgruppen beinhalten. Darüber hinaus wäre eine Einbeziehung sektorspezifischer Dokumente zur Bewegungsförderung denkbar.

Kapitel 4: Bisherige Aktivitäten der Bewegungsförderung in Deutschland (etablierte Praxis)

Insgesamt wurden 16 Maßnahmen etablierter Praxis der Bewegungsförderung für ältere Erwachsene (ab 65 Jahren) in Deutschland identifiziert (Abbildung 10). Elf dieser Maßnahmen richteten sich direkt an die Zielgruppe und fünf an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Abbildung 10: Flow-Chart zur Recherche etablierter Praxis



Wie in Tabelle 5 dargestellt, konnten verschiedene Typen etablierter Praxis festgestellt werden. 13 Maßnahmen haben einen Schwerpunkt auf Bewegungsförderung als übergeordnetes Ziel. Zwei Maßnahmen adressieren Bewegung als einen Bestandteil einer ganzheitlichen Gesundheitsförderungsmaßnahme. Eine Maßnahme betrifft Determinanten von Bewegungsförderung, d.h. die Beeinflussung relevanter Faktoren für Bewegungsförderung (z.B. Abbau von Barrieren für bestimmte Zielgruppen).

Tabelle 5: Übersicht über Maßnahmen etablierter Praxis

Nr.	Kategorie	Anzahl an Maßnahmen etablierter Praxis	Bewegungsförderung als Schwerpunkt	Bewegung als Teil von Gesundheitsförderung	Determinanten von Bewegungsförderung
1	Häusliche Lebenswelt	2	1	1	
2	Alten- und Pflegeheime	4	4		
3	Sport	3	3		
4	Gesundheit	-			
5	Verkehr	1			1
6	Kommune	3	2	1	
7	Weitere	3	3		

Die detaillierten Ergebnisse sind – strukturiert anhand der in Kapitel 3 entwickelten Kategorien – in den Tabellen 6-11 dargestellt. Die Reihenfolge der Darstellung stellt keine Rangordnung der etablierten Praxis (z.B. bzgl. ihrer Reichweite oder Wirksamkeit) dar. Jede Maßnahme etablierter Praxis wird in der Regel durch eines oder mehrere Beispiele konkretisiert und durch eine Kurzbeschreibung¹⁴ erläutert.

¹⁴ Die Informationen, auf deren Grundlage die Kurzbeschreibungen erstellt wurden, stammen die in der Regel von den Webseiten der Träger der jeweiligen Angebote.

Häusliche Lebenswelt

Für das Setting Häusliche Lebenswelt wurden zwei Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert (Tabelle 6). Eine Maßnahme hat einen starken Fokus auf Bewegungsförderung (1) und die andere Maßnahme adressiert Bewegung im Rahmen von Gesundheitsförderung (2).

Tabelle 6: Häusliche Lebenswelt

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
1	Online-Bewegungseinheiten	Online-Übungsvideos des Präventionsprogramms „Gesund & aktiv älter werden“	Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat im Rahmen des Präventionsprogramms „Gesund & aktiv älter werden“ mehr als 50 Übungsvideos in sechs Kategorien für zu Hause zusammengestellt. Diese sind unterteilt in Alltagsaktivitäten, Arme und Schultern, Rumpf und Kopf, Beine, Spiel und Spaß sowie Entspannung. [Link]		seit 2014	
		GYMWELT-Spezial 60 Plus: "Mach mit, bleib fit!"	Das GYMWELT-Spezial 60 Plus ist ein Angebot des Deutschen Turnerbundes (DTB) und richtet sich an Frauen und Männer ab 60 Jahren. Es umfasst vielfältige Übungen, die sowohl zu Hause als auch draußen im Garten oder im Park durchgeführt werden können. Die einzelnen Bewegungseinheiten stehen unter einem bestimmten Thema und umfassen eine ausgewogene Kombination von Übungen zur Förderung der Ausdauer, der Kraft, der Beweglichkeit und der Koordination. Weiterhin beinhaltet das Angebot Entspannungs- und Atemübungen sowie Denkaufgaben, mit denen die körperliche und geistige Gesundheit gefördert werden soll. Das Programm ist kostenfrei und für alle online zugänglich. Einmal pro Woche wird eine neue Bewegungseinheit als PDF-Dokument eingestellt. [Link]		seit 2020	
2	Aktivierende und präventive Hausbesuche	Aktivierende Hausbesuche	Der "Aktivierende Hausbesuch" ist ein Angebot des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), bei dem ältere und hochaltrige Erwachsene von speziell ausgebildeten "DRK-Aktivierungscoaches" im eigenen Zuhause besucht werden. Ein Besuch dauert ca. 60 Minuten, davon werden ca. 30 Minuten für Bewegung und Aktivierung verwendet und ca. 30 Minuten Gespräche und Gedächtnistraining. Das Angebot soll vor allem Personen ansprechen, die ihre Beweglichkeit im Alter erhalten möchten, jedoch aus verschiedensten Gründen nicht an bestehenden Gruppenangeboten zur Seniorengymnastik teilnehmen können. [Link]			
		Präventive Hausbesuche	Präventive Hausbesuche sind niedrigschwellige, ehrenamtlich ausgeführte Senioreninformationsdienste. Trägerübergreifend werden den Seniorinnen und Senioren Informationen zu Angeboten, Aktivitäten, Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten direkt nach Hause gebracht. Diese Maßnahme hat das Ziel, Pflegeheimaufnahmen oder Pflegebedürftigkeit zu verzögern bzw. zu	über 110 Standorte		

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
-----	--------	----------	------------------	------------	-----------------	--------------

vermeiden sowie die Lebensqualität insgesamt zu steigern. Dies schließt auch die Gestaltung des eigenen Zuhauses ein, damit sich ältere Erwachsene darin frei bewegen können. Die Malteser bauen" beispielsweise im Rahmen des Projektes „Miteinander Füreinander“ den Malteser Hausbesuch bundesweit aus. Das Projekt wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

[\[Link\]](#)

Alten- und Pflegeheime

Für Alten- und Pflegeheime wurden vier Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert (Tabelle 7). Alle Maßnahmen haben einen starken Fokus auf Bewegungsförderung (1-4).

Tabelle 7: Alten- und Pflegeheime

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
1	Bewegungsbezogene Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen	-	Die Pflegekassen haben die Pflicht, Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen. Sie entwickeln unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge, wie die gesundheitliche Situation der Versicherten und ihre gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten verbessert werden können – z.B. in Form von Bewegungsangeboten – und helfen bei der Umsetzung dieser Vorschläge (§ 5 SGB XI). Die Maßnahmen werden von den Pflegekassen/Krankenkassen selbst oder mit Kooperationspartnern durchgeführt oder finanziell gefördert.			
			[Link]			
2	Körperliches Training in Pflegeheimen	Lübecker Modell Bewegungswelten (LMB)	Das Lübecker Modell Bewegungswelten (LMB) ist ein körperlich, geistig und sozial aktivierendes Präventionsprogramm zur Bewegungsförderung für ältere pflegebedürftige Menschen mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen. Das Programm fördert Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit sowie die Gedächtnisleistung und das soziale Miteinander. Das LMB wurde von der Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck entwickelt und in verschiedenen Einrichtungen erprobt. Das LMB ist Bestandteil des Programms „Gesund & aktiv älter werden“ der BZgA.	bundesweit über 100 Pflegeeinrichtungen.	seit 2015	deutlichste Effekte auf Selbsthilfefähigkeiten; Effekte auf Mobilität, Ausdauer, Beweglichkeit, Gleichgewicht, Kraft, Kognition (Krupp et al. 2019)
			[Link]			

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
		MAKS	MAKS® (motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial) ist eine nicht-medikamentöse Mehrkomponententherapie für Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung, leichter oder mittelschwerer Demenz. Sie wird möglichst täglich für ca. zwei Stunden durchgeführt und beinhaltet neben motorischer, kognitiver und alltagspraktischer Förderung auch eine soziale Einstimmung in der Gruppe. Ziel ist die möglichst langfristige, intensive und wirksame Förderung von Personen mit Gedächtnisschwierigkeiten im Alter (Stabilisierung der kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten, Erhalt der Selbstständigkeit und der Lebensqualität). [Link]		seit 2008	signifikanter Effekt in Stabilisierung der alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten für den Therapiezeitraum von 12 Monaten (Schmidt und Gräßel 2023)
3	Sturzpräventionsprogramme in Alten- und Pflegeheimen	Sicher- und Aktivsein im Alter - Sturzprävention	Das Programm "Sicher und Aktivsein im Alter – Sturzprävention" der AOK Nordost richtet sich an ambulante Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren. Primäres Ziel des Projekts ist, Selbständigkeit, Mobilität, Koordination, Balancegefühl und Kraft älterer Menschen möglichst lange zu erhalten. Geschulte Trainingsgruppenleiter führen wöchentlich Gruppentrainings durch, welche für alle Teilnehmer kostenfrei sind. Das Programm beinhaltet vier Module zu (a) Balance- und Krafttraining, (b) Koordinationsschulung mit kognitivem Anteil, (c) sicher Aufstehen und (d) gesunde und genussvolle Ernährung im Alter. [Link]	über 250 Standorte mit zirka 500 Trainingsgruppenleiterinnen und -leitern	seit 2010	
		Ulmer Modell	Das „Ulmer Modell“ ist ein Gruppentraining, das für das Setting Pflegeheim entwickelt wurde und das Sturzrisiko reduziert. Die Übungen zum funktionellen Kraft- und Gleichgewichtstraining sind durch das Imitationsprinzip auch für kognitiv leicht eingeschränkte Personen durchführbar. Das „Ulmer Modell“ wird durch die AOK Baden-Württemberg unterstützt. [Link] Daraus hervorgegangen ist das Programm „Sicher und mobil bleiben“ der AOK, das sich an Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflege richtet. Das Programm besteht aus zwei Schulungsmodulen: Mobilitätstraining und Kraft-Balance-Training. [Link]		seit 2003	
4	Fortbildungsangebote für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen	DTB-Bewegungsexperten in der Pflege	Die Weiterbildung zum DTB-Bewegungsexperten ist ein Angebot des DTB für Pflegeeinrichtungen zur Umsetzung des aktuellen Expertenstandards Mobilität. Diese Weiterbildung kann von Einzelpersonen gebucht oder als Inhouse-Schulung in Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Die Schulungen werden an verschiedenen Standorten in Deutschland angeboten. [Link]			

Sport

Für das Setting Sport wurden drei Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert (Tabelle 8). Alle drei Maßnahmen haben einen starken Fokus auf Bewegungsförderung.

Tabelle 8: Sport

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
1	Gesundheitssportkurse für ältere Erwachsene	AlltagsTrainingsProgramm - Konzept (ATP)	Das AlltagsTrainingsProgramm (ATP) ist ein Bewegungsangebot für Menschen ab 60 Jahren und Bestandteil des bundesweiten Programms „Gesund & aktiv älter werden“ der BZgA. Ziel des ATP ist die Förderung des Bewegungsverhaltens älterer Menschen. Diese sollen ihren Alltag drinnen und draußen als Trainingsmöglichkeit verstehen und so mehr Bewegung in ihr tägliches Leben einbauen. Das ATP gibt es in zwei Varianten: (a) als ZPP-zertifizierter Präventionskurs mit 12 Einheiten zur Ganzkörperkräftigung und Koordinationsschulung mit Alltagsbezug und (b) als ATP-Dauerangebot zur Förderung von Bewegung im Alltag. Ergänzend wurden Materialien, z.B. der ATP-Bewegungspfad, eine „Bewegungspackung“ (25 Karten mit Bewegungsübungen in einer kleinen Schachtel) und Flyer entwickelt, um auf das Programm aufmerksam zu machen. [Link]		seit 2014	Die entwickelten Inhalte des Programms sind gut in der Praxis umsetzbar und anwendbar; die Zielgruppe der älteren Inaktiven wird erreicht. (Ammann et al. 2017)
		Gesundheitssportkurse des DRK, der Volkshochschulen und anderer Anbieter	Das DRK bietet verschiedene Gesundheitskurse an. Dazu zählen Yoga, Wassergymnastik, Tanzen und Gymnastik. Geleitet werden die Gymnastikkurse von Übungsleitern des DRK, die die Ausbildung nach den Richtlinien der DRK-Gesundheitsprogramme durchlaufen haben und regelmäßig fortgebildet werden. Diese finden bundesweit statt. [Link] Die Volkshochschulen bieten ebenfalls Gesundheitssportkurse speziell für ältere Erwachsene an, z.B. Seniorengymnastik. [Link]			
		Standardisierte Gesundheitssportprogramme für ältere Erwachsene	Der DTB bietet standardisierte Trainingsprogramme speziell für ältere Erwachsene an, die mit dem Siegel „Präventionsgeprüft“ ausgezeichnet sind. Für diese Trainingsprogramme gibt es bundesweit Schulungstermine für Übungsleiter. Zu den standardisierten Programmen zählen u.a.:			

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
			<ul style="list-style-type: none"> - "Fit bis ins hohe Alter": Das Programm wurde speziell für Menschen ab 70 Jahren entwickelt. Es zielt darauf ab, die Selbstständigkeit im Alltag zu erhalten und Stürze zu verhindern. - "Cardio-Aktiv": Dieses Programm ist ein präventives, ausdauerorientiertes Herz-Kreislauf-Training, das für alle Altersgruppen geeignet ist. - "Standfest und Stabil": Der Bewegungskurs stärkt die Gleichgewichtsfähigkeit und die Beinmuskulatur älterer Menschen. Dadurch werden Standfestigkeit und Bewegungssicherheit im Alltag erhalten sowie das Sturzrisiko reduziert. 			
2	Programme zur Sturzprävention und Förderung der Selbstständigkeit im Alltag	Programm "Sturzprävention"	Die Landessportbünde bieten in den Vereinen das Standardprogramm "Sturzprävention" als Zusatzqualifikation für Übungsleiterinnen und -leiter an. Das Programm wird für das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT und das Prüfsiegel Deutscher Standard Prävention anerkannt.			
		Programm "Trittsicher durchs Leben"	"Trittsicher durchs Leben" ist ein Bewegungsprogramm der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) in Zusammenarbeit mit dem Deutschen LandFrauenverband e.V. (dlv) und dem DTB. Das Programm soll ältere Menschen, die im ländlichen Raum leben, vor Stürzen bewahren und sie darin unterstützen, bis ins hohe Alter mobil zu bleiben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer trainieren über 6 Wochen einmal wöchentlich 90 Min. in der Gruppe. Seit 2024 ist das Bewegungsprogramm in der Regelversorgung etabliert.	Angebot von 4.850 Teilnehmern (Stand Februar 2022)	seit 2015	
		Trainingsprogramm "SimA Selbstständig im Alter"	Das SimA® – Programm ist ein nicht-medikamentöses Programm, um die Selbstständigkeit älterer Menschen zu fördern und diese bei der Bewältigung ihres Alltags zu unterstützen. Dazu bündelt SimA® psychomotorische und kognitive Übungsformen in einen Kompetenzansatz ein, der auf die jeweilige Zielgruppe angepasst werden kann. Die Dialog Akademie bietet dazu ein modulares Ausbildungsprogramm an, das wirksame Interventionsansätze zur Förderung der Selbstständigkeit und der kognitiven Leistungsfähigkeit vermittelt.		seit 1991	
			<p>[Link]</p> <p>Eine Weiterentwicklung ist das Präventionsangebot „GRIPS – Kompetent im Alter!“, das seit 2009 von der Stadt Kassel als Teil der kommunalen Altenhilfe fortgeführt wird. Es handelt sich um ein stadtteilorientiertes und von bürgerschaftlichem Engagement getragenes Angebot, bei dem ältere</p>			

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
			<p>Personen am Trainingsprogramm teilnehmen und/oder sich selbst zu Übungsleitenden ausbilden lassen können. Das Angebot soll auch die Vernetzung im Quartier fördern.</p> <p>[Link]</p>			
		Programm "fit für 100"	<p>"fit für 100" ist ein Bewegungsprogramm zur Förderung von Mobilität und über 50 Standorten Selbstständigkeit mit dem Ziel, dass ältere Erwachsene Alltagshandlungen in und über die möglichst lange selbstständig verrichten können. Das Bewegungsprogramm Grenzen Nordrhein-beinhaltet neben Kräftigungsübungen spezielle Übungen zur Westfalens Koordinationsschulung sowie ein breites Spektrum an Alternativübungen für Rollstuhlfahrern. Insgesamt stärkt das Bewegungsprogramm vorhandene und fördert neue Ressourcen und kann auch bei demenziell Erkrankten eingesetzt werden. Insbesondere im Rahmen der Sturzprophylaxe werden Verbesserungen sichtbar.</p> <p>Das Konzept ist Ergebnis eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes am Institut für Bewegungs- und Sportgerontologie der Deutschen Sporthochschule Köln.</p> <p>[Link]</p>		seit 2007	
		LiFE Alltagsübungen – Aktiv und sicher durch Bewegung	<p>Beim Lifestyle-integrated Functional Exercise-Programm (LiFE) handelt es sich um ein geprüftes, auf den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen basierendes Übungsprogramm für ältere Erwachsene. Das Programm zielt auf eine Veränderung des Lebensstils ab, um während der Ausführung wiederkehrender, täglicher Aktivitäten Kraft und Gleichgewicht effektiv zu trainieren. Durch Aktivitätssteigerung und Bewegungssicherung soll mehr Training in den Alltag integriert und damit Stürzen präventiv vorgebeugt werden.</p> <p>[Link]</p>			
3	Zusatzqualifikation für Übungsleiterinnen und -leiter		<p>Es gibt verschiedene Qualifizierungsmaßnahmen bzw. Zusatzqualifikationen für Übungsleiterinnen und Übungsleiter in Bezug auf Bewegungsangebote für ältere bzw. hochaltrige Erwachsene. Diese haben auch das Ziel, deren Selbstständigkeit zu erhalten und/oder mehr Teilhabe zu ermöglichen.</p> <p>Ein Anbieter ist z.B. in Hessen die Bildungsakademie des Landessportbundes Hessen e.V.</p> <p>[Link]</p>			

Gesundheit

Für das Setting Gesundheit wurde keine Maßnahme etablierter Praxis identifiziert, die sich speziell auf ältere Erwachsene fokussiert. Generelle Maßnahmen etablierter Praxis, wie z.B. ärztliche Empfehlungen zu mehr Bewegung („Rezept für Bewegung“) und Präventionsangebote der Sozialversicherungsträger sind in der Bestandsaufnahme für Erwachsene aufgelistet. Relevante Maßnahmen in den Bereichen der Rehabilitation und Nachsorge sowie der Sekundär- und Tertiärprävention werden in der Bestandsaufnahme für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen dargestellt. Diese können häufig auch von Erwachsenen mit altersbedingten Einschränkungen genutzt werden.

Verkehr

Für das Setting Verkehr wurde eine Maßnahme etablierter Praxis identifiziert (Tabelle 9), welche sich auf Determinanten von Bewegung bezieht.

Tabelle 9: Verkehr

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
1	Trainingsprogramme zur Erhöhung der Sicherheit beim aktiven Transport	Programm "sicher mobil"	Das Programm "sicher mobil" des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR) richtet sich an ältere Menschen ab 65 Jahren. Ziel ist es, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Kenntnisse und Fähigkeiten zur sicheren Mobilität zu vermitteln. [Link]		seit 2019	
		Programm "Fit mit dem Fahrrad"	Das Fahrradtrainingsprogramm "Fit mit dem Fahrrad" der Deutschen Verkehrswacht richtet sich speziell an ältere oder Fahrrad-unerfahrene Erwachsene, die z.B. auf ein Pedelec umgestiegen sind oder mit dem Lastenrad fahren. In dem Programm erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter Anleitung von qualifizierten Moderatorinnen und Moderatoren eine Auffrischung ihrer Fahrfertigkeiten. Finanziell gefördert wird das Programm vom Bundesministerium für Digitales und Verkehr (BMDV). [Link]			

Kommune

Für das Setting Kommune wurden drei Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert (Tabelle 10). Zwei Maßnahmen haben einen starken Fokus auf Bewegungsförderung (1, 3) und eine Maßnahme adressiert Bewegung im Rahmen von Gesundheitsförderung (2).

Tabelle 10: Kommune

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
1	Bewegungsgeräte/-stationen auf Spielplätzen und Freizeitflächen	Mehrgenerationen-parks und Bewegungsparcours	Mehrgenerationenparks (auch Generationen- oder Seniorenspielplätze) sind Bewegungsmöglichkeiten an der frischen Luft für ältere Erwachsene. Solche Parks sind in der Regel gut erreichbar, sowohl hinsichtlich ihrer Lage als auch in Bezug auf ihre Barrierefreiheit. Mit einem Mehrgenerationenpark sollen Generationen zusammengeführt werden, v.a. Kinder, Jugendliche und Senioren. Dabei werden die geistige und körperliche Gesundheit – ohne Altersbeschränkung – gefördert. Außerdem gibt es Bewegungsparcours als Fitnessangebot für Erwachsene jeden Alters, die der Steigerung von Kraft und Koordination dienen. [Link]			
2	Digitale Planungshilfe zur Entwicklung einer bewegungsfreundlichen Kommune für ältere Erwachsene	Impulsgeber Bewegungsförderung	Der "Impulsgeber Bewegungsförderung" ist ein digitales Planungstool zur Entwicklung einer bewegungsfreundlichen Kommune für ältere Erwachsene. Der „Impulsgeber Bewegungsförderung“ ist eingebettet in das Programm „Gesund & aktiv älter werden“ der BZgA. Entwickelt wurde das Tool mit finanzieller Unterstützung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. (PKV). [Link]		seit 2020	
3	Ausgewiesene Stadtteilspaziergänge und Wanderrouten	Bewegte Apotheke, Bewegungstreffe im Freien	Die „Bewegte Apotheke“ ist ein niedrigschwelliges Angebot, welches Spaziergänge in der Gruppe mit ergänzenden Übungen für Gleichgewicht, Koordination und Muskelkräftigung durch Übungsleiterinnen und -leiter beinhaltet. Das Angebot richtet sich vor allem an ältere Erwachsene, die sich bisher wenig bewegen. Die Spaziergänge starten an ausgewählten Apotheken. Beispiel Stuttgart: [Link]			
		-	Viele Kommunen bieten ausgewiesene Stadtteilrouten an, welche in einer Broschüre veröffentlicht sind.			

Weitere

Darüber hinaus wurden drei weitere Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert (Tabelle 11). Diese Maßnahmen haben einen starken Fokus auf Bewegungsförderung.

Tabelle 11: Weitere

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
1	Kompetenzzentrum für Bewegungsförderung für ältere Erwachsene	Zentrum für Bewegungsförderung "Bewegung im Norden"	Das Zentrum für Bewegungsförderung wurde im Rahmen einer Anschubfinanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von 2009 bis 2011 aufgebaut und durch eine Kooperation der Landesvereinigungen für Gesundheit in Hamburg, Bremen und Niedersachsen nachhaltig verankert. Ziel ist es, ältere Erwachsene (ab 60 Jahre) sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu Bewegung im Alltag zu motivieren bzw. für das Thema „Bewegung im Alter“ zu sensibilisieren. Dies geschieht unter anderem durch niedrigschwellige Bewegungsangebote im Rahmen der „Komm mit!“-Initiative, welche auch die soziale Teilhabe fördern. [Link]		seit 2009	
2	Staatlich geförderte Landesprogramme für ältere Erwachsene	Rheinland-Pfalz: Kampagne "Ich bewege mich – mir geht es gut!" Hamburg: Programm "Mach mit - Bleib fit"	Die Kampagne "Ich bewege mich – mir geht es gut!" zielt darauf ab, Bewegungsangebote für ältere Menschen in ihrem Wohnumfeld und im öffentlichen Raum zu schaffen: auf Grünflächen, auf öffentlichen Plätzen und in Parks. Leicht zu erreichende Treffpunkte und einfach auszuführende Übungen sollen zu mehr Bewegung im Alltag motivieren. Gleichzeitig werden soziale Kontakte gefördert. Die Kampagne wird im Auftrag des GKV-Bündnisses für Gesundheit umgesetzt. Sie ist eine Kooperation der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) mit den drei großen Turnverbänden im Land und dem Landessportbund Rheinland-Pfalz (LSB). Die Kampagne wurde mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz entwickelt. [Link]	Ausbildung von mehr als 600 ehrenamtlichen Bewegungsbegleitern und –begleiter; Kampagne umfasst über 120 Bewegungsgruppen	seit 2015	
			"Mach mit - bleib fit!" ist ein gemeinsames Projekt des Hamburger Sportbundes 28 und des Hamburger Abendblattes. Qualifizierte und speziell ausgebildete Kooperationsvereine Übungsleiterinnen und Übungsleiter aus den Stadtteilsportvereinen realisieren nbarungen vor Ort in wohnortnahen Einrichtungen oder in den Seniorenwohnanlagen selbst zwischen Bewegungsangebote für ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität. Die Wohnungsunterne Angebote sind wohnortnah, kostengünstig, bedarfsorientiert und hmen und niedrigschwellig. Ziel ist es, die Beweglichkeit und Selbständigkeit, die soziale Sportvereinen Teilhabe und die Gesundheit von Seniorinnen und Senioren zu fördern. [Link]	28 (Stand Februar 2024)	seit 2013	

3	Bewegungsprogramme in Tages- und Begegnungsstätten	Einrichtungen des DRK	<p>Bewegungsprogramme finden u.a. in den Begegnungs- und Tagesstätten des DRK, aber auch in Einrichtungen anderer Träger, statt. Diese Angebote richten sich an Seniorinnen und Senioren, die an gemeinsamen Aktivitäten in einer Gruppe interessiert sind oder sich über bestimmte Themen informieren möchten (inkl. Menschen mit Demenz). Üblicherweise werden die Kurse, Treffs oder Informationsveranstaltungen in regelmäßigen Abständen und zu festen Terminen angeboten und unterscheiden sich ortsabhängig.</p> <p>[Link].</p>	über 270 DRK-Kreisverbände nutzen Angebote	seit über 50 Jahren
---	--	-----------------------	--	--	---------------------

Schlussfolgerungen

- Maßnahmen etablierter Praxis wurden insbesondere für die Bereiche Alten- und Pflegeheime (n=4), Kommune (n=3), Sport (n=3) und Weitere (n=3) identifiziert. Es konnte keine Maßnahme etablierter Praxis dem Bereich Gesundheit zugeordnet werden.
- Ein Großteil der Maßnahmen etablierter Praxis hat einen starken Fokus auf Bewegungsförderung (n=13). Nur ein geringer Teil der Maßnahmen adressiert Determinanten von Bewegungsförderung (n=2) oder als Teil von breiteren Maßnahmen der Gesundheitsförderung (n=1).
- Die Reichweite, Dauerhaftigkeit und Effektivität (Wirksamkeit) der Maßnahmen etablierter Praxis ist nicht immer bekannt. Eine systematische Erhebung dieser Informationen zu in der Praxis etablierten Maßnahmen würde einen detaillierteren Überblick über den aktuellen Stand der Bewegungsförderung in Deutschland ermöglichen. Kooperationen von Wissenschaft und Praxis könnten dabei helfen, Strategien zur Erhöhung der Reichweite, Dauerhaftigkeit und/oder Effektivität zu entwickeln.

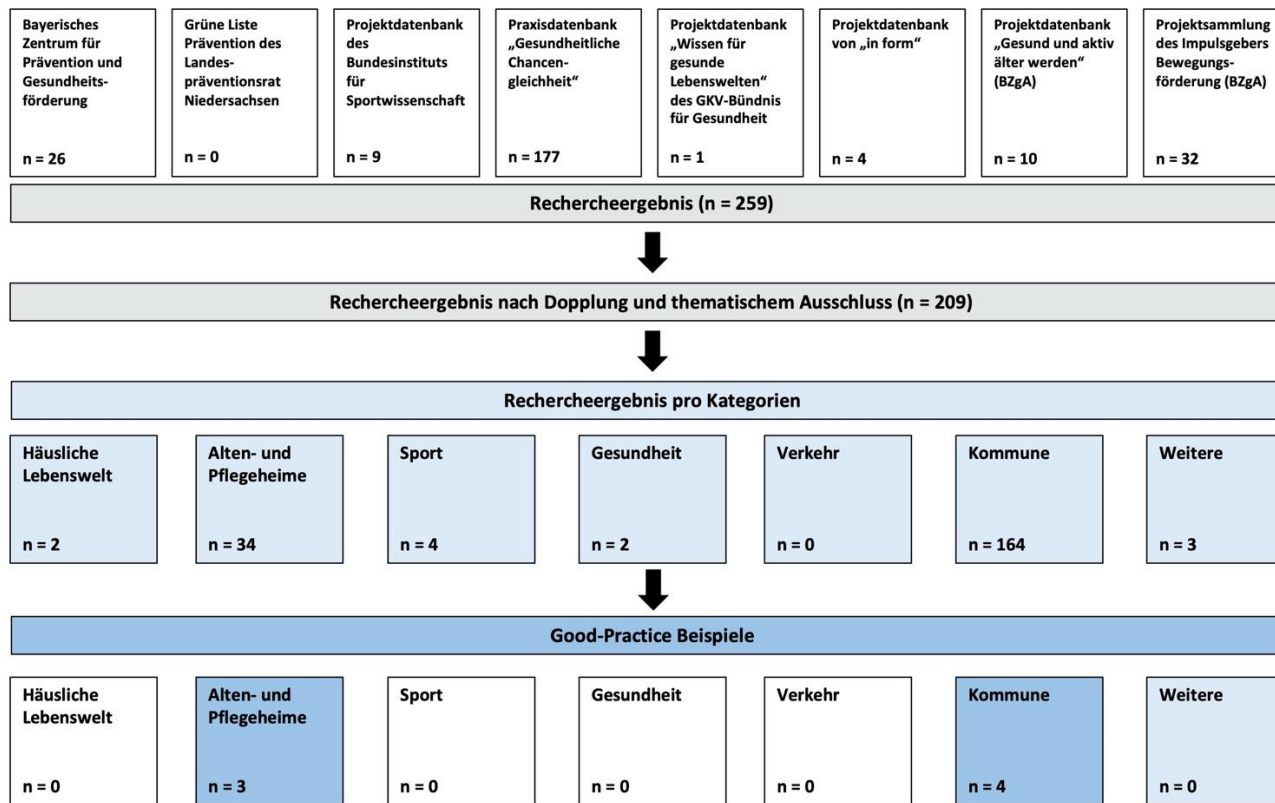
Limitationen

- Im Bereich der Bewegungsförderung werden in der Regel nicht systematisch Daten zu „etablierter Praxis“ erhoben. Daher gibt es keine standardisierte Definition des Begriffs sowie keine einheitlichen Kriterien für Maßnahmen etablierter Praxis. Aus diesem Grund waren bei der Erstellung der Bestandsaufnahme Einzelfallentscheidungen anhand eines Expertenkonsenses nötig.
- Die Datenerhebung zu etablierter Praxis erfolgte erstmals für Deutschland anhand eines systematischen Vorgehens (Online-Recherche und Befragung von Expertinnen und Experten). Dennoch kann es auf den verschiedenen politischen Ebenen weitere Maßnahmen etablierter Praxis geben, die mit diesem systematischen Vorgehen nicht identifiziert werden konnten.
- Der Aufwand für die Identifikation von Maßnahmen etablierter Praxis unterschied sich zwischen den jeweiligen Bereichen. In manchen Bereichen waren Maßnahmen vergleichsweise einfach zu identifizieren, da diese von großen Organisationen auf ihren jeweiligen Websites gut für die Öffentlichkeit aufbereitet waren.
- Manche Maßnahmen ließen sich nicht eindeutig einer Kategorie zuordnen, da sie an der Schnittstelle verschiedener Settings, Sektoren oder Ebenen agieren.

Kapitel 5: Beispiele guter Praxis

In der Datenbankrecherche wurden zunächst 227 Projekte zur Bewegungsförderung für ältere Erwachsene identifiziert (Abbildung 15). Nach Ausschluss von Dopplungen und thematisch nicht passenden Projekten wurden die Daten von 208 Projekten extrahiert und in die acht Kategorien eingeteilt. Mehr als drei Viertel der Projekte verortet sich im Bereich Kommune. Als Beispiele guter Praxis wurden vier Projekte aus dem Bereich Kommune und drei Projekte aus dem Bereich Alten- und Pflegeheime identifiziert. Alle sieben Beispiele guter Praxis erfüllen das Qualitätskriterium "Effektivität", unterscheiden sich allerdings in den nachgewiesenen Effekten (z.B. Steigerung der körperlichen Aktivität, Aufrechterhaltung der Mobilität, Wissenssteigerung).

Abbildung 15: Flow-Chart zur Datenbankrecherche. N = Anzahl der Projekte



Alten- und Pflegeheime

Für Alten- und Pflegeheime wurden drei Beispiele guter Praxis identifiziert. Detaillierte Informationen und die Bewertung anhand der Qualitätskriterien sind Tabelle 12 zu entnehmen. Während zwei Projekte einen starken Fokus auf Bewegungsförderung haben (1, 3), strebt ein Projekt eine ganzheitliche Gesundheitsförderung (Bewegung, Ernährung, Wohlbefinden) für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für Mitarbeitende von Altenheimen an (2).

Tabelle 12: Beispiele guter Praxis in Alten- und Pflegeheimen

Nr.	Projektname	Kurzbeschreibung	Effekte/Wirksamkeit (Outcome)	Teilnehmende	Zielgruppen- erreichung	Laufzeit	Dauerhaftig- keit wird vorbereitet
1	BaSAlt	Das Projekt BaSAlt entwickelt Strategien zur Bewegungsförderung und individuellen Bewegungsberatung in Altenheimen. Neben der Analyse von bewegungsförderlichen und -hemmenden Faktoren in diesem Setting wird ein partizipativer Ansatz genutzt, um dem Bedarf entsprechende Angebote und Strukturen für ältere Erwachsene zu entwickeln. Dabei steht die Förderung von körperlicher Aktivität als Schutz gegen chronisch degenerative Erkrankungen im Mittelpunkt. Acht Einrichtungen nehmen an der Umsetzung des Projekts teil. BaSAlt ist ein Projekt der Universität Tübingen, das im Förderschwerpunkt „Bewegung und Bewegungsförderungsforschung“ des BMG gefördert wird. [Link]	Verbesserung der Bewegungsmuster und -interaktionen, Steigerung der körperlichen Aktivität und Reduzierung des sedentären Verhaltens (Methodik: Beobachtung, Akzelerometer) ¹⁵	170 Bewohnende	Erfüllt	2019- 2023	Erfüllt
2	PROCARE	Das Projekt PROCARE etabliert partizipativ gesundheitsfördernde Interventionen für Mitarbeitende und Bewohnende in Altenheimen. Ziel ist es, unter Berücksichtigung individueller betrieblicher Bedingungen, ein bedarfsgerechtes Präventionsprogramm nach §5 SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen zu implementieren, welches sich	Verbesserung der grundlegenden Alltagsfunktionen sowie Steigerung der Leistungsfähigkeit der Bein- und Hüftmuskulatur, der geistigen Leistungsfähigkeit, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Lebenszufriedenheit und der Handkraft (Methodik: Intervention – Kontrollgruppe, Prä-Post-Design, sportmotorische Tests)	47 Pflegeeinrichtu- ngen, 724 Bewohnende, 1752 Pflegekräfte	Erfüllt	2017- 2021	Teilweise erfüllt

¹⁵ Die Ergebnisse der Evaluation waren bei der Datenerhebung noch nicht öffentlich verfügbar, lagen dem BMG allerdings bereits als Abschlussbericht vor.

Nr.	Projektname	Kurzbeschreibung	Effekte/Wirksamkeit (Outcome)	Teilnehmende	Zielgruppen- erreichung	Laufzeit	Dauerhaftig- keit wird vorbereitet
		<p>sowohl an Pflegekräfte als auch an Pflegebedürftige richtet.</p> <p>PROCARE ist ein Projekt der Universität Hamburg in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse und sieben anderen Universitäten. Die Interventionen wurden an insgesamt 47 Pflegeeinrichtungen umgesetzt und evaluiert.</p> <p>[Link]</p>	<p>[Link]</p>				
3	Lübecker Modell Bewegungswelten	<p>Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ (LMB) ist ein körperlich, geistig und sozial aktivierendes Trainingsprogramm, das sich an ältere und pflegebedürftige Menschen richtet. Als Baustein des Programms „Gesund & aktiv älter werden“ trägt das LMB dazu bei, die Selbstständigkeit der Bewohnenden in Pflegeeinrichtungen aufrechtzuerhalten und durch verschiedene Angebote Freude an alltäglicher Bewegung zu vermitteln.</p> <p>Das LMB wurde von der Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck (FGL) mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und weiteren Partnerinnen und Partnern entwickelt und bundesweit in verschiedenen Einrichtungen erprobt. Die wissenschaftliche Evaluation des Projekts erfolgte in Kooperation mit der FGL durch das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und die Christian-Albrechts-Universität Kiel. Die wissenschaftliche Evaluation und Begleitung des Implementierungsprozesses erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld (IPW).</p> <p>Das LMB wurde weiterentwickelt (z.B. „Ausweitung für stärker körperlich und/oder kognitiv eingeschränkte Pflegebedürftige und Bewohnende mit einer demenziellen Erkrankung“, „Digitalisierung“, „LMB im Quartier“).</p> <p>[Link]</p>	<p>Steigerung der Selbsthilfefähigkeit, Aufrechterhaltung der Mobilität, Verbesserung des Körpergleichgewicht und der Armbeweglichkeit, Steigerung der Hand- und Beinkraft sowie der Ausdauerfähigkeit, positiver Effekt auf kognitive Fähigkeiten</p> <p>(Methodik: Intervention – Kontrollgruppe, Prä-Post-Design, sportmotorische Tests; quasi-randomisiertes kontrolliertes Längsschnittdesign)</p> <p>[Link]</p>	120 LMB-Gruppen, 280 LMB-Übungsleiter, über 100 Pflegeeinrichtungen	Teilweise erfüllt	2015-2022	Erfüllt

Kommune

Für das Setting Kommune wurden vier Beispiele guter Praxis identifiziert. Detaillierte Informationen und die Bewertung anhand der Qualitätskriterien sind Tabelle 13 zu entnehmen. Zwei Projekte haben einen starken Fokus auf Bewegungsförderung (1,2), zwei weitere Projekte adressieren Bewegungsförderung im Rahmen einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung (3, 4).

Tabelle 13: Beispiele guter Praxis im Setting Kommune

Nr.	Projektname	Kurzbeschreibung	Effekte/Wirksamkeit (Outcome)	Teilnehmende	Zielgruppen- erreichung	Laufzeit	Dauerhaftig- keit wird vorbereitet
1	GESTALT	<p>Das Projekt GESTALT (<i>GEhen, Spielen und Tanzen Als Lebenslange Tätigkeiten</i>) hat das Ziel, nachhaltige Bewegungsförderung zur Demenzprävention zu nutzen. Das Projekt richtet sich insbesondere an ältere Menschen ab 60 Jahren, die ein erhöhtes Risiko für dementielle Erkrankungen aufweisen, jedoch noch nicht mit Demenz diagnostiziert wurden. Das gruppenbasierte multimodale Bewegungsprogramm und die ergänzende Bewegungsberatung adressieren sowohl körperliche als auch kognitive und soziale Komponenten von Bewegung.</p> <p>GESTALT wurde an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) entwickelt und durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit gefördert. Seit 2013 wird GESTALT von der Stadt Erlangen als Dauerangebot weitergeführt.</p> <p>[Link]</p>	<p>Kurzfristige Steigerung der körperlichen Aktivität, leichte Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Methodik: Intervention – Kontrollgruppe, Prä-Post-Design, Schrittzähler, Bewegungstagebuch, DemTect)</p> <p>[Link]</p> <p>[Link]</p>		Erfüllt	Seit 2010	Erfüllt
2	Im Alter Aktiv und Fit Leben (AuF-Leben)	<p>„Im Alter Aktiv und Fit Leben (AuF-Leben)“ zielt auf die Verbesserung von Bewegungsverhältnissen für ältere Personen auf kommunaler Ebene ab. Dazu kooperieren Kommunen mit Turn- und Sportvereinen zur Implementierung von niedrigschwelligen Bewegungsangeboten, die sich vor allem an körperlich inaktive Menschen ab 60 Jahren richten.</p> <p>AuF-Leben wurde vom Deutschen Turner-Bund entwickelt und durch das GKV-Bündnis für Gesundheit</p>	<p>(Positive) Veränderungen im Hinblick auf Bewegungsverhalten, soziale Kontakte, körperliche Effekte, Wissen bzgl. gesundheitsfördernder Bewegung (Methodik: Fragebogen)</p> <p>[Link]</p>	560 Projektteilnehmende, Befragung (n = 83)	Erfüllt	2019-2025	Teilweise erfüllt

Nr.	Projektname	Kurzbeschreibung	Effekte/Wirksamkeit (Outcome)	Teilnehmende	Zielgruppen- erreichung	Laufzeit	Dauerhaftig- keit wird vorbereitet
		gefördert. Inzwischen wird AuF-Leben von sieben Landesturnverbänden umgesetzt. [Link]					
3	Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund	„Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“ ist ein Projekt zur Analyse und Gestaltung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen für ältere Migrantinnen und Migranten. Im Rahmen eines partizipativen Prozesses werden zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen entwickelt und sowohl Förderfaktoren als auch Barrieren für den Zugang zu kommunalen Gesundheitsangeboten identifiziert. Ergebnis des Projekts ist ein Praxisleitfaden. Durchgeführt wurde das Forschungsprojekt von der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. an der Technischen Universität Dortmund. [Link]	Verbesserung der Beweglichkeit, Verringerung von Schmerzen, Steigerung der Fitness, Entspannung, Stressabbau, Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein sowie emotionaler Stabilität, Erweiterung der sozialen Kontakte und Teilhabe, Kompetenzerweiterung zu Gesundheit, Bewältigungsstrategien und Sozialverhalten (Methodik: Qualitatives Forschungsdesign mit Befragung) [Link]		Teilweise erfüllt	2007-2010	Nicht erfüllt
4	PreFalls	Das Projekt PreFalls ist ein 16-wöchiges Sturzpräventionsprogramm für über 65-jährige selbstständig lebende Sturzrisikopatienten und zielt darauf ab, die Anzahl von Stürzen zu senken und die Lebensqualität und körperliche Aktivität bei älteren Menschen zu verbessern. Sturzgefährdete Menschen werden durch ein standardisiertes Sturzrisiko-Assessment von geschulten Hausärztinnen und Hausärzten identifiziert und zu einem wohnortnahen Sturzpräventionsangebot weitervermittelt. PreFalls ist ein Projekt der TU München und der FAU Erlangen-Nürnberg, das im Rahmen der Initiative Gesund.Leben.Bayern. des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit gefördert wurde. [Link]	Reduzierung von Stürzen und sturz-assoziiertes Verletzungen, Verbesserung der Mobilität, des Gleichgewichts und der Angst vor Stürzen (Methodik: Intervention – Kontrollgruppe, Prä-Post-Design, Sturzdokumentation mit telefonischer Befragung, sportmotorische Tests, Fragebogen) [Link] [Link]	33 Allgemeinärzte, 378 Teilnehmende in Studie (222 Intervention)	Erfüllt	Ab 2009	Nicht erfüllt

Schlussfolgerungen

- Von den 227 in den Datenbanken enthaltenen Projekten wurde lediglich für sieben Projekte die Effektivität nachgewiesen. Die meisten dieser Projekte wurden nicht wissenschaftlich begleitet oder evaluiert. Durch Kooperationen von Wissenschaft und Praxis (die durch entsprechende Förderlinien initiiert werden könnten) könnten mehr dieser Projekte hinsichtlich ihrer Effektivität evaluiert werden.
- In den Settings Kommune sowie Alten- und Pflegeheime sind die meisten Projekte zur Bewegungsförderung von älteren Erwachsenen verortet. Projekte guter Praxis wurden ausschließlich in diesen Settings identifiziert.
- Die Projekte guter Praxis richten sich an ältere Erwachsene, die pflegebedürftig sind, ein erhöhtes Demenz- oder Sturzrisiko aufweisen, inaktiv sind oder einen Migrationshintergrund haben. Dies zeigt, dass die Projekte einen Fokus auf vulnerable Bevölkerungsgruppen und die Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit legen.

Limitationen



- Die Vollständigkeit der Datenbanken und die Auswahl der Projekte ist kritisch zu beurteilen, da Defizite bezüglich der Aktualität und der Datenverfügbarkeit festgestellt wurden. Der Anreiz für einen Datenbankeintrag ist in vielen Datenbanken unklar; dies kann dazu führen, dass wirksame Projekte guter Praxis aufgrund eines fehlenden Datenbankeintrags nicht identifiziert wurden.
- Durch das Einschlusskriterium der Wirksamkeit (Nachweis von signifikanten positiven Effekten auf das Bewegungsverhalten) wurden möglicherweise Projekte nicht als gute Praxis identifiziert, die zu einer Änderung der Bewegungsumwelt (gebaute Umwelt oder soziale/organisatorische Strukturen für Bewegungsförderung) führten. Der Einfluss der Bewegungsumwelt auf das Bewegungsverhalten ist jedoch wissenschaftlich gut belegt.
- Manche Projekte ließen sich nicht eindeutig einer Kategorie zuordnen, da sie an der Schnittstelle verschiedener Settings, Sektoren oder Ebenen agieren.
- Manche wissenschaftlichen Projekte waren zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Bestandsaufnahme noch nicht oder erst kürzlich abgeschlossen. Daher lagen noch keine Informationen zur Effektivität der Interventionen vor.

Kapitel 6: Politik für Bewegungsförderung



Politische Rahmenbedingungen

Bewegungsförderung ist ein Querschnittsthema, für das verschiedene politische Sektoren und Ebenen von Relevanz sind. Dazu gehören staatliche und nichtstaatliche Organisationen¹⁶ auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, die das Bewegungsverhalten von älteren Erwachsenen direkt oder indirekt beeinflussen können. Ebenso sind die Gremien von Bedeutung, in denen die zuständigen Ministerien und Organisationen ihre Aktivitäten koordinieren, wie z.B. die jeweiligen Landesministerkonferenzen. Tabelle 14 gibt einen Überblick über die aktuelle Situation in Deutschland. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich die Bedeutung einzelner Akteure für die Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen teils deutlich voneinander unterscheidet, ebenso wie ihr Fokus auf das Thema Gesundheit und das Ausmaß ihrer tatsächlichen politischen Aktivität in diesem Bereich.

Tabelle 14: Übersicht ausgewählter relevanter Organisationen für Bewegungsförderung

	Bundesebene	Landesebene	Kommunale Ebene
 Häusliche Lebenswelt	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend • Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA) 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Landesministerien für Senioren 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Seniorenämter
 Alten- und Pflegeheime	<p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO) • Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) • Seniorenlebenshilfe • Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO) • Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK) • Malteser Hilfsdienst e.V. • Sozialverband VdK Deutschland e.V. • Bundesverband Seniorentanz e.V. • Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. • Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA-Pflegeschatzbund) • Deutscher Caritasverband e.V. • Radeln ohne Altern e.V. • wir pflegen – Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger e.V. • Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. 	<p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesse Seniorenvertretungen e.V. (BAG LSV) 	<p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alten- und Pflegeeinrichtungen • Anbieter von Tagespflege

¹⁶ Darüber hinaus können Organisationen mit öffentlichem Auftrag als eigener Organisationstyp angesehen werden. Die entsprechenden Organisationen – wie z.B. die Nationale Präventionskonferenz – werden in Tabelle 14 in der Kategorie der „staatlichen Organisationen“ dargestellt.

	Bundesebene	Landesebene	Kommunale Ebene
 <p>Sport</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Alzheimergesellschaft e.V. • Zentrum für Qualität in der Pflege 		
	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium des Innern und für Heimat • Bundesinstitut für Sportwissenschaft <p>Nichtstaatliche Organisationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutscher Olympischer Sportbund e.V. (DOSB) • Mitgliedsverbände des DOSB • Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft e.V. (dvs) • Internationale Vereinigung Sport- und Freizeiteinrichtungen (IAKS) Deutschland e.V. • Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) • Bundesverband Gesundheitsstudios Deutschland e.V. (BVGSD) 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sportministerien der Länder (Breitensport) • Sportministerkonferenz <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Landessportbünde/-verbände 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sportämter • Arbeitsgemeinschaft Deutscher Sportämter (ADS) <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Sportbünde • Sportvereine • Fitness- und Gesundheitsstudios
 <p>Gesundheit</p>	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Gesundheit (federführende Zuständigkeit) • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) • Robert-Koch-Institut (RKI) • IN FORM-Geschäftsstelle • Nationale Präventionskonferenz • Krankenkassen / GKV-Spitzenverband / Kassenärztliche Bundesvereinigung • GKV-Bündnis für Gesundheit <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutscher Verband für Gesundheitssport & Sporttherapie e.V. (DVGS) • Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH) • Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP) • Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung e.V. (DNVF) • Bundesärztekammer (BÄK) • Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) • Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe e.V. • Plattform Ernährung und Bewegung e.V. • Verband der Privaten Krankenversicherungen e.V. (PKV-Verband) • Stiftung Gesundheitswissen • Gesundheitsziele.de 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsministerien der Länder • Gesundheitsministerkonferenz • Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden • Landeszentren/-ämter für Gesundheit • Landesgesundheitskonferenzen • Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit • Kooperationsstrukturen auf Basis der Landesrahmenvereinbarungen <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Landesvereinigungen für Gesundheit • Landesärztekammern (LÄK) • Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsämter/Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) • Gesunde-Städte-Netzwerk • Bündnisse für gesunde Städte • Gesundheitsregionen • Kommunale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <p>-</p>

	Bundesebene	Landesebene	Kommunale Ebene
 Verkehr	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Digitales und Verkehr <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner Deutscher Fahrrad-Club e.V. (ADFC) • Deutsche Verkehrswacht e.V. • Verkehrsclub Deutschland (VCD) e.V. • Fuss e.V. 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verkehrsministerien der Länder • Verkehrsministerkonferenz <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsgemeinschaft fußgänger- und fahrradfreundlicher Städte, Gemeinden und Kreise in NRW e.V. (AGFS NRW) 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verkehrsämter <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ÖPNV-Anbieter
 Kommune	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen • Deutscher Städtetag • Deutscher Städte- und Gemeindebund • Deutscher Landkreistag <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutsches Institut für Urbanistik (DifU) • Institut für Urban Public Health • Bundesverband für Wohnen und Stadtentwicklung e.V. • Bund Deutscher Landschaftsarchitekt:innen bdla e.V. 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bauministerien der Länder • Bauministerkonferenz • Ministerkonferenz für Raumordnung <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bauämter <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. • Seniorenrat
 Weitere	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesministerium für Bildung und Forschung • Bundesministerium für Arbeit und Soziales • Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz • Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissenschaftliche Fachverbände • Bundesverband der Familienzentren e.V. • Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband e.V. 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Wissenschaftskonferenz • Jugend- und Familienministerkonferenz • Universitäten und Forschungseinrichtungen <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 	<p><i>Staatliche Organisationen*:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozialämter <p><i>Nichtstaatliche Organisationen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Volkshochschulen (VHS) • Soziale Einrichtungen • Kirchen

*Inkl. Organisationen mit öffentlichem Auftrag

Zentrale politische Regelungen und Dokumente

In der folgenden Tabelle wird eine Auswahl zentraler politischer Dokumente dargestellt, die für die Bewegungsförderung von älteren Erwachsenen relevant sind (Tabelle 15).

Tabelle 15: Zentrale politische Aktionspläne, Leitfäden und Empfehlungen

Nr.	Dokument	Lebenswelten	Ziel bzgl. Bewegungsförderung	Ausgewählte Details zu älteren Erwachsenen
1a	Nationaler Aktionsplan IN FORM (2008)	Häusliche Lebenswelt Alten- und Pflegeheime Sport Gesundheit Kommune	Verbesserung des Bewegungsverhaltens	Maßnahmen staatlicher Stellen im direkten Lebensumfeld der Menschen (z.B. Senioreneinrichtungen) erforderlich Gesundheitsbewusstes Verhalten in den Alltag integrieren Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, z.B. in Senioreneinrichtungen Verbesserung der Rahmenbedingungen im Bereich Pflege und Gesundheit im Hinblick auf die Förderung des Bewegungsverhaltens innerhalb der Einrichtungen Zielgruppenorientierung bei Aktivitäten und Schaffung von Bewegungsanreizen in den Lebenswelten bezüglich der Gestaltung bewegungsfreundlicher und barrierearmer Wohnquartiere Entwicklung von zielgruppenspezifischen Konzepten zur Bewegungsförderung gezielt für ältere Erwachsene
1b	Nationaler Aktionsplan IN FORM – Weiterentwicklung (2021)	Alten- und Pflegeheime Gesundheit	Förderung der Gesundheitskompetenz mit dem Fokus auf Bewegung;	Erprobung verschiedener Ansätze in unterschiedlichen Lebenswelten, z. B. quartiersbezogene Bewegungsangebote für Personen im Übergang in die nachberufliche Lebensphase oder Strategien der Bewegungsförderung für Altenwohnheime und betreutes Wohnen Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Strukturen und Prozesse und Integration in Lebensweltansatz zur Bewegungsförderung von älteren Menschen in der Kommune Zentrale Steuerung durch Bündelung qualitätsgesicherter Ansätze und Förderung von Kooperationen
2	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) (2015)	Häusliche Lebenswelt Alten- und Pflegeheime Sport Gesundheit Kommune	Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten	Aufwendungen der Krankenkassen in Höhe von mindestens 2 Euro für jeden ihrer Versicherten für Leistungen nach den §§20a und 20b (§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten) Beauftragung der BZgA mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation in den Lebenswelten älterer Menschen (<i>aufgrund des BSG-Urteils vom 18.05.21 nicht mehr aktuell</i>)
3	Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (2016)	Häusliche Lebenswelt Gesundheit Kommune Weitere	Formulierung evidenzbasierter Empfehlungen für Bewegungsförderung	Vgl. Darstellung der Empfehlungen (Kapitel 3)
4	Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz (2018)	Häusliche Lebenswelt Alten- und Pflegeheime Sport	Qualitätsorientierte Bewegungsförderung in Lebenswelten, Gesund im Alter	Konzeption und Durchführung von verhaltenspräventiven Angeboten zu Bewegungsgewohnheiten für unterschiedliche Altersgruppen Erkennen der Risiken und Vorbeugung von Stürzen

Nr.	Dokument	Lebenswelten	Ziel bzgl. Bewegungsförderung	Ausgewählte Details zu älteren Erwachsenen
		Gesundheit Kommune		Prävention und Gesundheitsförderung in Form von Aufklärung, Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen sowie der Planung und Durchführung prophylaktischer Maßnahmen Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Erwachsene im Setting Kommune Konkretisierung der Bundesrahmenempfehlungen durch Landesrahmenvereinbarungen zur Berücksichtigung regionaler Erfordernisse
5	Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands (2020)	Häusliche Lebenswelt Alten- und Pflegeheime Gesundheit Sport Kommune	Bewegung als Gesundheitsziel; Steigerung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen	Erhöhung der Anzahl der Pflegeeinrichtungen, die ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität vorweisen und entsprechende Maßnahmen umsetzen Motivation von pflegebedürftigen Menschen zur regelmäßigen und dauerhaften Teilnahme an Angeboten, die ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und ihrem Bedarf entsprechen Förderung der körperlichen Aktivität im Alltag durch Angebot von Bewegungsprogrammen in Gruppen und Entwicklung entsprechender Konzepte
6	Nationaler Radverkehrsplan 3.0 (2021)	Verkehr Kommune	Steigerung der Anzahl der mit dem Fahrrad zurückgelegten Wege pro Person und Jahr von 120 (2017) auf 180 (2030), Steigerung der durchschnittlichen Wegelänge von 3,7 km (2017) auf 6 km (2030)	Durchführung von altersgerechten und niedrigschwelligen Radfahrtrainings
7	Konsenspapier „Runder Tisch Bewegung und Gesundheit“ (2024)	Häusliche Lebenswelt Alten- und Pflegeheime Gesundheit Sport Kommune	Stärkung von Bewegungsförderung	Stärkung von Bewegung im häuslichen Umfeld Stärkung von Bewegungsförderung in der ambulanten und stationären Pflege Stärkung der Kooperation zu Bewegung auf Bund- und Länderebene Maßnahmen zur Verbesserung der Erreichbarkeit von inaktiven älteren Erwachsenen Erhöhung der Sichtbarkeit eines Tests zur Überprüfung der alltagsrelevanten Fitness älterer Erw. Erhöhung der Sichtbarkeit von Bewegungsangeboten für ältere und pflegebedürftige Menschen Stärkung von Bewegungsförderung für ältere Erwachsene mit Migrationshintergrund

Zudem hat sich Deutschland durch die Verabschiedung des Globalen Aktionsplans für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten 2013-2020 der WHO zu einer Reduktion der Prävalenz von unzureichender Bewegung um 10 Prozent bis 2025 verpflichtet (Weltgesundheitsorganisation 2013). Diese Zielsetzung bezieht sich auf die gesamte Bevölkerung. Bewegungsförderung ist außerdem Bestandteil des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2010).

Monitoring von Maßnahmen zur Bewegungsförderung

Es gibt zahlreiche Instrumente zum Monitoring von Maßnahmen zur Bewegungsförderung, die sich unter anderem in Bezug auf die Rolle von Regierungsvertreterinnen und -vertretern sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern voneinander unterscheiden (Messing et al. 2023). Die aktuell in Deutschland verwendeten Instrumente sind in der Bestandsaufnahme für Erwachsene (18-64 Jahre) ausführlich dargestellt. Die folgenden Stichpunkte geben einen Überblick, welche Informationen speziell für ältere Erwachsene durch diese Instrumente erhoben werden. Diese Informationen werden insbesondere durch die Factsheets der Europäischen Union und des WHO Regionalbüros für Europa sowie das Health Enhancing Physical Activity Policy Audit Tool (HEPA-PAT) erhoben (Bull et al. 2015; Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa 2015, 2018, 2021):

- Informationen zu Nationalen Bewegungsempfehlungen für ältere Erwachsene
- Datenerhebungen zum Bewegungsverhalten älterer Erwachsener sowie Prozentsatz der Personen in dieser Altersgruppe, die das empfohlene Maß an körperlicher Aktivität erreicht (Prävalenz)
- Ältere Erwachsene als Zielgruppe politischer Maßnahmen oder konkreter Programme / Interventionen zur Bewegungsförderung¹⁷
- Nationale Programme oder Projekte zur Förderung von körperlicher Aktivität älterer Erwachsener auf kommunaler Ebene

Der Nationale Präventionsbericht stellt Bezüge zu Bewegungsförderung für ältere Erwachsene unter anderem in Zusammenhang mit individuellen verhaltensbezogenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, kommunalen Gesundheitskonferenzen, den Empfehlungen der Präventionsforen, dem Nationalen Aktionsplan IN FORM, sowie dem Anstieg von Bewegungsmangel und Übergewicht während der COVID-19 Pandemie her (Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) 2023). Die Präventionsberichterstattung der Länder adressiert zwar im Themenfeld Bewegung / körperliche Aktivität die Gesamtbevölkerung, allerdings hat keiner der 11 Indikatoren einen expliziten Bezug zu älteren Erwachsenen (Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2021).

¹⁷ Für Datenerhebungen auf lokaler Ebene erfasst das Instrument CAPLA-Santé ebenfalls Informationen zu politischen Maßnahmen für ältere Erwachsene.

Schlussfolgerungen

- Relevante Kompetenzen für die Bewegungsförderung von älteren Erwachsenen sind über verschiedene politische Sektoren und Ebenen verteilt. Um einen vollständigen Überblick über alle relevanten politischen Maßnahmen zu erhalten, die Bewegung direkt oder indirekt beeinflussen, ist neben der intersektoralen Zusammenarbeit bei der Datenerhebung auch eine Einbeziehung relevanter Landesministerien und der Landesministerkonferenzen nötig. Darüber hinaus ist bei der Entwicklung politischer Maßnahmen zur Bewegungsförderung eine enge Abstimmung zwischen den jeweils relevanten Sektoren und Ebenen nötig.
- Verschiedene politische Dokumente unterstützen die Bewegungsförderung von älteren Erwachsenen in Deutschland bzw. definieren deren Rahmenbedingungen. Ein systematisches und regelmäßiges Monitoring der Politik zur Bewegungsförderung in Deutschland, das auch die Ebenen der Bundesländer und Kommunen abdeckt, könnte umfassendere Daten erheben und auf diese Weise politische Erfolge sichtbar machen sowie zur besseren Vernetzung der Politik zur Bewegungsförderung zwischen den verschiedenen Sektoren und Ebenen beitragen.

Limitationen

- Das HEPA PAT ist kein zielgruppenspezifisches Tool und erhebt allgemeine Informationen zu bewegungsfördernder Politik in Deutschland. Einige der oben beschriebenen Inhalte beziehen sich nicht ausschließlich auf ältere Erwachsene. Außerdem konnten durch den Fokus des HEPA PATs auf die nationale Ebene jene Politikbereiche, die auch von Bundesländern und Kommunen mitgestaltet werden, nicht umfassend abgebildet werden. Dennoch bietet das Tool einen guten Überblick zur Bewegungsförderungspolitik in Deutschland, der aufgrund seiner Standardisierung international vergleichbar ist.

Literaturverzeichnis

Albrecht, Andrea; Kaspar, Roman; Simonson, Julia; Stuth, Stefan; Tesch-Römer, Clemens; Wagner, Michael et al. (2023): Hohes Alter in Deutschland (D80+): Repräsentativbefragung 2022. Scientific Use File Version 1.0.

Ammann, Christian; Atzinger, Sabine; Froböse, Ingo (2017): Das AlltagsTrainingsProgramm (ATP). In: *Public Health Forum* 25 (2), S. 165–168. DOI: 10.1515/pubhef-2016-2157.

Bock, Freia de; Dietrich, Martin; Rehfues, Eva (2020): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Börsch-Supan, Axel (2019): Survey of health, ageing and retirement in europe (SHARE)wave 5. Release version: 5.4.10. SHARE-ERIC. Data set.

Bull, Fiona C.; Milton, Karen; Kahlmeier, Sonja (2015): Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT) version 2. Online verfügbar unter https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/286795/Health-enhancing_physical_activityHEPAPolicy_audit_toolPATVersion_2.pdf, zuletzt geprüft am 04.10.2022.

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2008): IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/IN_FORM_Nationaler_Aktionsplan_zur_Praevention_von_Fehlernaehrung__Bewegungsmangel__UEbergewicht_und_damit_zusammenhaengenden_Krankheiten.pdf, zuletzt aktualisiert am 01.03.2024.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit (2020): Nationale Demenzstrategie. Online verfügbar unter https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzsstrategie.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesundheit aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Online verfügbar unter https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/01/Nationales_Gesundheitsziel_Gesund_aufwachsen_2010.pdf, zuletzt geprüft am 24.06.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (2022): Bestandsaufnahme zur Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Langversion). Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html>.

Bundesministerium für Gesundheit (2023): Abschlussitzung „Runder Tisch Bewegung und Gesundheit“. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/abschlussitzung-runder-tisch-bewegung-und-gesundheit>, zuletzt aktualisiert am 28.08.2023, zuletzt geprüft am 16.07.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (2024a): Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Langversion). Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html>.

Bundesministerium für Gesundheit (2024b): Bewegungsförderung bei Erwachsenen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Langversion). Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html>.

Bundesministerium für Gesundheit (2024c): Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen (Langversion). Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html>.

Bundesministerium für Gesundheit (2024d): Konsenspapier. Runder Tisch Bewegung und Gesundheit. Ergebnisse des sektorenübergreifenden Dialogs zur Stärkung der Bewegungsförderung in Deutschland. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Konsenspapier_Runder_Tisch.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit (2024e): Förderschwerpunkt Bewegung und Bewegungsförderung. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/bewegungsfoerderung.html>, zuletzt aktualisiert am 19.02.2024, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2021): Aktionsplan „Weiterentwicklung IN FORM - Schwerpunkte des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten ab 2021“. Online verfügbar unter https://www.in-form.de/fileadmin/SITE_MASTER/content/Downloads_IN_FORM/weiterentwicklung-aktionsplan-in-form-ab-2021.pdf.

Cardona, Maria Isabel; Weißenborn, Marina; Zöllinger, Isabel; Kroeber, Eric Sven; Bauer, Alexander; Lupp, Melanie et al. (2022): Physical Activity Determinants in Older German Adults at Increased Dementia Risk with Multimorbidity: Baseline Results of the AgeWell.de Study. In: *International journal of environmental research and public health* 19 (6). DOI: 10.3390/ijerph19063164.

CHRODIS, J. A. (2015): Joint Action on Chronic Diseases & Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle—Work Package 5: Task 3. Good Practices in Health Promotion & Primary Prevention of Chronic Diseases. Summary Report. Online verfügbar unter http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/09/Summary-Report-CHRODIS-WP5-Task-3_Version-1.3.pdf.

Cooney, Gary M.; Dwan, Kerry; Greig, Carolyn A.; Lawlor, Debbie A.; Rimer, Jane; Waugh, Fiona R. et al. (2013): Exercise for depression. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2013 (9), CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.

Cunningham, Conor; O' Sullivan, Roger; Caserotti, Paolo; Tully, Mark A. (2020): Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. In: *Scandinavian journal of medicine & science in sports* 30 (5), S. 816–827. DOI: 10.1111/sms.13616.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2022): Scientific Use Files Deutscher Alterssurvey (SUFs DEAS) 1996-2021, Version 1.1.

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) (2023): Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Online verfügbar unter https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_barrierefrei.pdf, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

Gaertner, Beate; Scheidt-Nave, Christa; Koschollek, Carmen; Fuchs, Judith (2023): Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+. In: *J Health Monit* 8 (3), S. 7–31. DOI: 10.25646/11564.

Gelius, Peter; Messing, Sven; Forberger, Sarah; Lakerveld, Jeroen; Mansergh, Fiona; Wendel-Vos, Wanda et al. (2021): The added value of using the HEPA PAT for physical activity policy monitoring: a four-country comparison. In: *Health Res Policy Sys* 19 (1), S. 22. DOI: 10.1186/s12961-021-00681-6.

Gelius, Peter; Wäsche, Hagen (2023): Nationale Akteure für Bewegungsförderung in Deutschland. In: Ansgar Thiel, Susanne Tittlbach, Gorden Sudeck, Petra Wagner und Alexander Woll (Hg.): *Handbuch Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung*. 1. Auflage. Schorndorf: Hofmann-Verlag GmbH & Co. KG (Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport, 199), S. 259–271.

Gerstl, Sybille (2024): Factsheet Hochbetagte Menschen (80 Jahre und älter). Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/impulsgeber-bewegungsfoerderung/infomaterialien/factsheet-hochbetagte-menschen-80-jahre-und-aelter/>, zuletzt aktualisiert am 13.05.2024, zuletzt geprüft am 13.05.2024.

Geschäftsstelle Nationale Kohorte e. V. (2023): Dataset vom 09.10.2023.

GESIS (2011): ALLBUS/GGSS 2004 (Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften/ German general social survey 2004). ZA3762 data file version 2.0.0, zuletzt aktualisiert am 2011.

GESIS (2012): ALLBUS/GGSS 1998 (Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften/ German general social survey 1998). ZA3000 data file version 2.0.0, zuletzt aktualisiert am 2012.

GESIS (2018a): ALLBUS/GGSS 2014 (Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften/ German general social survey 2014). ZA5240 data file version 2.2.0. Online verfügbar unter https://search.gesis.org/research_data/ZA5240?doi=10.4232/1.13141, zuletzt geprüft am 21.02.2024.

GESIS (2018b): GESIS panel—extended edition. ZA 5664 data file version 24.0.0. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.4232/1.1300>.

Glasgow, Russell E.; Harden, Samantha M.; Gaglio, Bridget; Rabin, Borsika; Smith, Matthew Lee; Porter, Gwenndolyn C. et al. (2019): RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. In: *Frontiers in public health* 7, S. 64. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00064.

Henn, Annette; Karger, Claudia; Wöhlken, Katrin; Meier, Diana; Ungerer-Röhrich, Ulrike; Graf, Christine; Woll, Alexander (2017): Identifikation von Beispielen guter Praxis der Bewegungsförderung – Methoden, Fallstricke und ausgewählte Ergebnisse. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 79 (S 01), S66-S72. DOI: 10.1055/s-0042-123697.

International Society for Physical Activity and Health (2020): Eight Investments that work for physical activity. Online verfügbar unter <https://ispah.org/wp-content/uploads/2020/11/English-Eight-Investments-That-Work-FINAL.pdf>, zuletzt geprüft am 21.02.2024.

Krupp, Sonja; Kasper, Jennifer; Hermes, Anne; Balck, Friedrich; Ralf, Christina; Schmidt, Thorsten et al. (2019): Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Ergebnisse der Effektevaluation. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62 (3), S. 274–281. DOI: 10.1007/s00103-019-02881-6.

Manz, Kristin; Krug, Susanne (2022): Veränderung des Sporttreibens und der aktiven Wegstrecken seit der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Studie GEDA 2021. In: *J Health Monit* 7 (4), S. 24–38. DOI: 10.25646/10665.

Messing, Sven; Forberger, Sarah; Woods, Catherine; Abu-Omar, Karim; Gelius, Peter (2022): Politik zur Bewegungsförderung in Deutschland : Eine Analyse anhand eines Policy-Audit-Tools der Weltgesundheitsorganisation. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 65 (1), S. 107–115. DOI: 10.1007/s00103-021-03403-z.

Messing, Sven; Rütten, Alfred (2017): Qualitätskriterien für die Konzipierung, Implementierung und Evaluation von Interventionen zur Bewegungsförderung: Ergebnisse eines State-of-the-Art Reviews. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 79 (S 01), S60-S65. DOI: 10.1055/s-0042-123378.

Messing, Sven; Tcymbal, Antonina; Abu-Omar, Karim; Gelius, Peter (2023): Research- vs. government-driven physical activity policy monitoring: a systematic review across different levels of government. In: *Health research policy and systems* 21 (1), S. 124. DOI: 10.1186/s12961-023-01068-5.

Pinheiro, Marina B.; Oliveira, Juliana; Bauman, Adrian; Fairhall, Nicola; Kwok, Wing; Sherrington, Catherine (2020): Evidence on physical activity and osteoporosis prevention for people aged 65+ years: a systematic review to inform the WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. In: *Int J Behav Nutr Phys Act* 17 (1), S. 150. DOI: 10.1186/s12966-020-01040-4.

Rat der Europäischen Union (2013): Council Recommendation of 26 November 2013 on promoting health-enhancing physical activity across sectors.

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2014a): German health update 2009 (GEDA 2009). Scientific use file second version.

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2014b): German health update 2010 (GEDA 2010). Scientific use file third version.

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2014c): German health update 2012 (GEDA 2012). Scientific use file first version.

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2014d): German telephone health survey (GSTel03). Scientific use file second version.

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2015): German health interview and examination survey for adults (DEGS1). Scientific use file first version.

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2016): German national health interview and examination survey 1998. Scientific use file 4th version.

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2018): German health update 2014/2015-EHIS (GEDA 2014/2015-EHIS). Scientific use file first version.

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring (2022): Gesundheit in Deutschland aktuell 2019/2020-EHIS (GEDA 2019/2020-EHIS). Scientific Use File 1. Version.

Rütten, A.; Abu-Omar, K.; Adlwarth, W.; Meierjürgen, R. (2007): Bewegungsarme Lebensstile. Zur Klassifizierung unterschiedlicher Zielgruppen für eine gesundheitsförderliche körperliche Aktivierung. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 69 (7), S. 393–400. DOI: 10.1055/s-2007-984440.

Rütten, Alfred; Pfeifer, Klaus (2016): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. FAU University Press. Erlangen.

Schmidt, Ralf; Gräsel, Elmar (2023): Nicht-medikamentöse Behandlung bei Demenz. In: *PFLEGE Zeitschrift* (76), S. 60–62. Online verfügbar unter https://link.springer.com/epdf/10.1007/s41906-023-2120-8?sharing_token=aJ2AZnynjZ4TvrOLF7qXGve4RwlQNchNByi7wbcMAY58VaBHBTtZKPJTOnpXIYild93v-Z_k3dbKHwkKITyCBMNWPoied1ZMuJ52yIR99kLZzhUMoi2AKy9N3lxHH7ANTMSS4JU3m5mRs3M8OiQPLMvAV2cUifVZOQh7oPo12I%3D, zuletzt geprüft am 30.04.2024.

Sherrington, Catherine; Fairhall, Nicola; Kwok, Wing; Wallbank, Geraldine; Tiedemann, Anne; Michaleff, Zoe et al. (2020): Evidence on physical activity and falls prevention for people aged 65+ years: systematic review to inform the WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour | International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. In: *International Journal of behavioral nutrition and physical activity* 17 (144). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1186/s12966-020-01041-3#Sec1>, zuletzt geprüft am 03.05.2024.

Statistisches Bundesamt (2023): Ältere Menschen. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html?nn=238640>, zuletzt aktualisiert am 27.10.2023, zuletzt geprüft am 03.05.2024.

Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2021): Entwicklung eines Indikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder. Diskussionspapier der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren.

Wäsche, Hagen; Peters, Stefan; Appelles, Luisa; Woll, Alexander (2018): Bewegungsförderung in Deutschland: Akteure, Strukturen und Netzwerkentwicklung. In: *B & G* 34 (06), S. 257–273. DOI: 10.1055/a-0739-9857.

Weltgesundheitsorganisation (2010): Global recommendations on physical activity for health. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation.

Weltgesundheitsorganisation (2013): Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013-2020. Geneva, Switzerland: Weltgesundheitsorganisation.

Weltgesundheitsorganisation (2015a): World report on ageing and health. Geneva: Weltgesundheitsorganisation. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1.

Weltgesundheitsorganisation (2015b): World report on Ageing and health. Geneva: Weltgesundheitsorganisation. Online verfügbar unter <https://iris.who.int/handle/10665/186463>, zuletzt geprüft am 03.05.2024.

Weltgesundheitsorganisation (2018): Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: Weltgesundheitsorganisation.

Weltgesundheitsorganisation (2019): Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines: Weltgesundheitsorganisation. Online verfügbar unter <https://iris.who.int/handle/10665/312180>.

Weltgesundheitsorganisation (2020): WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation.

Weltgesundheitsorganisation (2022): Global status report on physical activity 2022. Geneva, Switzerland: Weltgesundheitsorganisation.

Weltgesundheitsorganisation (2024): Prevalence of insufficient physical activity in older people aged 70 or over. Online verfügbar unter <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/MCA/prevalence-of-insufficient-physical-activity-in-older-people-aged-70-or-over>, zuletzt aktualisiert am 10.05.2024, zuletzt geprüft am 13.05.2024.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2015): Germany - physical activity factsheet. Copenhagen, Denmark: WHO Regionalbüro für Europa. Online verfügbar unter https://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/factsheets/germany-factsheet_en.pdf, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2016): Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. Copenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2018): Germany physical activity factsheet 2018. Copenhagen, Denmark: WHO Regionalbüro für Europa. Online verfügbar unter https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/country-sites/germany/germany-eng.pdf?sfvrsn=60e6a040_3&download=true, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2021): Germany - physical activity factsheet 2021. Copenhagen, Denmark: WHO Regionalbüro für Europa. Online verfügbar unter https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/country-sites/physical-activity-factsheet---germany-2021.pdf?sfvrsn=1faf11c9_1&download=true, zuletzt geprüft am 19.02.2024.

Impressum

Herausgeber

Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Autorinnen und Autoren

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Department für Sportwissenschaft und Sport
WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Public Health
Arbeitsbereich Bewegung und Gesundheit (Prof. Dr. Klaus Pfeifer)

Beteiligte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler:

Karim Abu-Omar, Leonie Birkholz, Johannes Brandl, Wolfgang Geidl, Peter Gelius, Sven Messing, Klaus Pfeifer, Julian Resch, Antonina Tcymbal

Vorgeschlagene Zitierweise

Bundesministerium für Gesundheit (2024). Bewegungsförderung bei Erwachsenen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Langversion). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html>

Kurzversion der Bestandsaufnahme

In der Kurzversion der Bestandsaufnahme sind zentrale Inhalte und Schlussfolgerungen für einen ersten Überblick über das Thema aufbereitet:
Bundesministerium für Gesundheit (2024). Bewegungsförderung bei Erwachsenen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Kurzversion). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html>

Kontakt

WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Public Health
Department für Sportwissenschaft und Sport
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Gebbertstraße 123b
91058 Erlangen
www.who-cc.sport.fau.de

