Bundesministerium
für Gesundheit

Bestandsaufnahme (Langversion)

Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland

November 2024

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

Inhalt

1 Hintergrund 3

2 Methodik 7

3 Ergebnisse Teil I: Bewegungsverhalten 15

Kapitel 1: Empfehlungen für Bewegung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen 15

Kapitel 2: Prävalenzen 20

4 Ergebnisse Teil II: Bewegungsförderung 32

Kapitel 3: Empfehlungen für Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen 32

Kapitel 4: Bisherige Aktivitäten der Bewegungsförderung in Deutschland (etablierte Praxis) 36

Kapitel 5: Beispiele guter Praxis 44

Kapitel 6: Politik für Bewegungsförderung 49

Literaturverzeichnis 56

Impressum 62

1 Hintergrund

Rund 49 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland hat eine nichtübertragbare Erkrankung (Heidemann et al. 2021). Zu den nichtübertragbaren Erkrankungen gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, neurologische Erkrankungen, psychische Störungen, Erkrankungen der unteren Atemwege und Stoffwechselkrankheiten (IHME 2020). Nichtübertragbare Erkrankungen sind von den übertragbaren Infektionskrankheiten abzugrenzen und durch einen chronischen, langanhaltenden Charakter gekennzeichnet. Nichtübertrag-bare Erkrankungen sind häufig nicht heilbar, mindern die Lebensqualität und die Lebenserwartung und beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Personen. In Deutschland sind etwa 90 % der Sterblichkeit auf nichtübertragbare Erkrankungen zurückzuführen (IHME 2020). Zusätzlich mindern nichtübertragbare Erkrankungen die in Gesundheit verbrachte Lebenszeit deutlich (Plass et al. 2014).

Regelmäßige und ausreichende Bewegung ist von zentraler Bedeutung für die Gesundheit von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen, da sie einen positiven Einfluss auf Symptome und Erkrankungsverlauf, körperliche Leistungsfähigkeit und Fitness, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenserwartung haben kann (Dibben et al. 2024; Lee et al. 2022; Pedersen und Saltin 2015). Die Gesundheitseffekte von Bewegung sind nicht auf einzelne Erkrankungen beschränkt. Positive Effekte von bewegungsbezogenen Interventionen sind für die meisten nichtübertragbaren Erkrankungen belegt[1] (Dibben et al. 2024).

Trotz der nachgewiesenen umfassenden Gesundheitswirkungen regelmäßiger Bewegung sind körperlich inaktive Lebensstile unter Personen mit nichtübertragbaren Erkrankungen weit verbreitet (Brawner et al. 2016; Barker et al. 2019; Marks-Vieveen et al. 2024). Für 147 nichtübertragbare Erkrankungen konnte in einer großen epidemiologischen Studie im Vereinigten Königreich mit knapp 100.000 Teilnehmenden gezeigt werden, dass fast alle von einer nichtübertragbaren Erkrankung betroffenen Personengruppen im Vergleich zu gesunden Personen signifikant weniger aktiv sind (Barker et al. 2019). Auch in anderen Ländern stellen vergleichbare Studien fest, dass Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen deutlich weniger körperlich aktiv sind als gesunde Vergleichspersonen (Brawner et al. 2016; Li et al. 2022).

[1] Zu den Erkrankungen für die positive Gesundheitswirkungen nachgewiesen sind zählen z. B. Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Arthrose, Bluthochdruck, Depression, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Osteoporose, Brust- und Darmkrebs, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Herzinsuffizienz, polycystisches Ovarialsyndrom, periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), chronische Nierenerkrankung, Bindegewebserkrankungen und chronische Schmerzerkrankungen (Dibben et al. 2024).

Aufgrund des Bewegungsmangels dieser Zielgruppe gab es in den letzten Jahren verschiedene Initiativen, um das Bewegungsniveau von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen zu verbessern. Dazu zählen für Deutschland die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung, die zielgruppenspezifische Empfehlungen zur Bewegungsförderung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen beinhalten (Rütten und Pfeifer 2016). Auf internationaler Ebene adressieren auch die Strategie der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025) (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa 2016), der Globale Aktionsplan der WHO für die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa 2012) sowie der Globale Aktionsplan der WHO für Bewegung 2018-2030 (GAPPA) (Weltgesundheitsorganisation 2018) gezielt Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen z. B. in Bezug auf die Vermittlung von Patientinnen und Patienten in geeignete Bewegungsprogramme.

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.

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

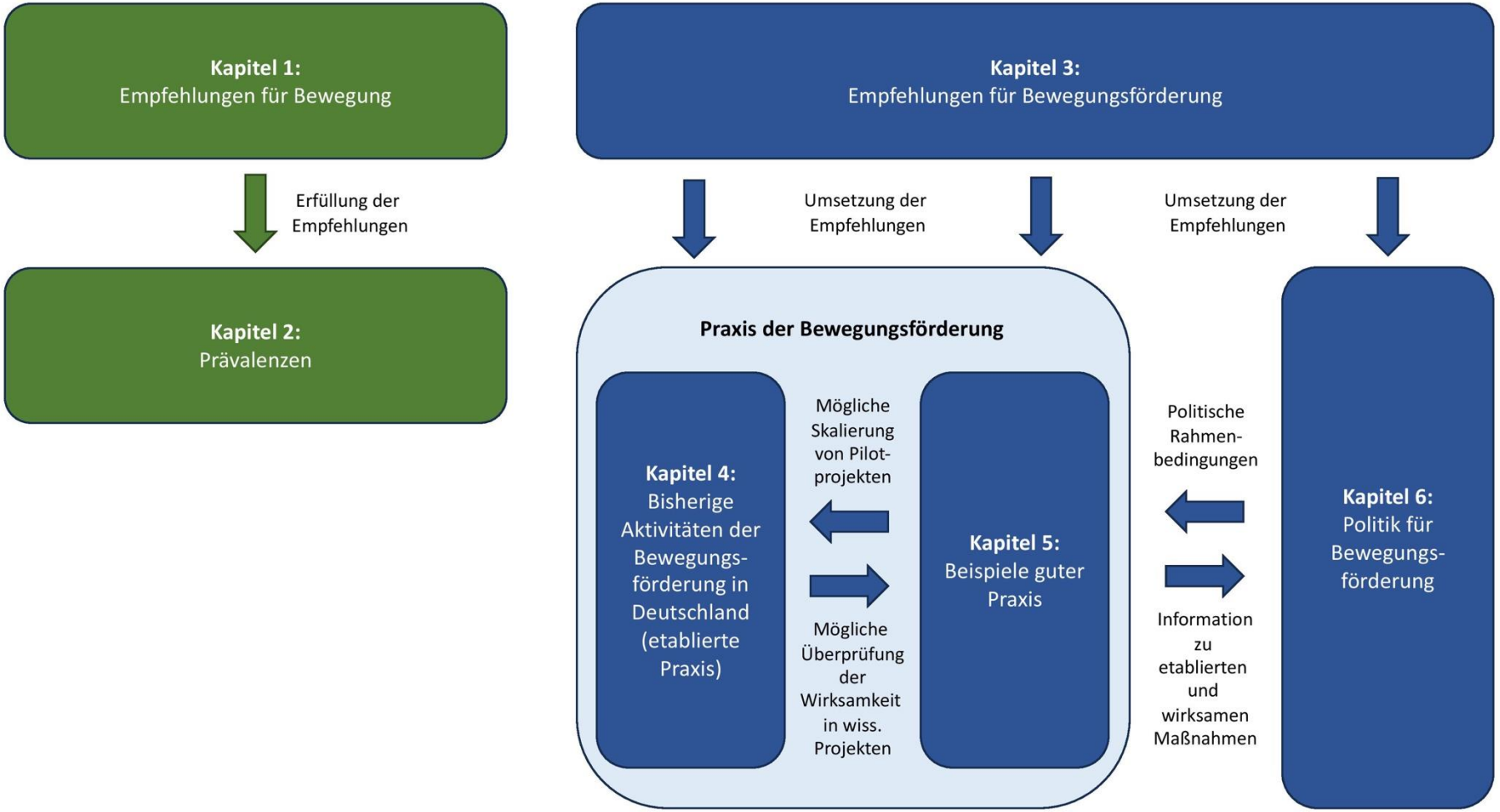
- Kinder und Jugendliche (Bundesministerium für Gesundheit 2022)
- Erwachsene von 18-64 Jahren (Bundesministerium für Gesundheit 2024b)
- Ältere Erwachsene ab 65 Jahren (Bundesministerium für Gesundheit 2024a)
- Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen (Bundesministerium für Gesundheit 2024c)

Ziel der vorliegenden Bestandsaufnahme ist es, auf Basis der aktuell verfügbaren Informationen einen detaillierten Überblick über zentrale Aspekte von Bewegungsförderung von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen (ab 18 Jahren) in Deutschland zu geben. Teilweise wird der Begriff chronische Erkrankungen als Synonym für nichtübertragbare Erkrankungen verwendet. Inhaltlich muss jedoch zwischen chronischen Erkrankungen (zu denen auch übertragbare Erkrankungen wie AIDS zählen) und nichtübertragbaren Erkrankungen unterschieden werden. Die vorliegende Bestandsaufnahme verwendet daher i. d. R. den Begriff nichtübertragbare Erkrankungen. Der Begriff chronische Erkrankungen wird nur dann

verwendet, wenn sich der Text auf entsprechende Referenzen bezieht. Weitere relevante Informationen können den Bestandsaufnahmen für Erwachsene von 18-64 Jahren bzw. für ältere Erwachsene ab 65 Jahren entnommen werden; diese enthalten Informationen über Maßnahmen zur Bewegungsförderung, die sich teilweise auch an Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen richten bzw. diese Altersgruppe nicht ausschließen.

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 insgesamt 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).

Abbildung 1: Struktur der Bestandsaufnahme für Bewegungsförderung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen



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 Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland gibt.

2 Methodik

Teil I: Bewegungsverhalten

Kapitel 1: Empfehlungen für Bewegung Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen

Für dieses Kapitel wurden die nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten und Pfeifer 2016) sowie die international geltenden Empfehlungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation 2020) für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen gegenübergestellt.[2] 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 von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland wurden 20 große Studien zum Bewegungsverhalten von 1996 bis 2022 ausgewählt. Die für die Analyse verwendeten Datensätze stammen aus den folgenden Quellen:

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

Nach der Identifizierung passender Studien aus Deutschland wurden die Stichprobengröße des gesamten Datensatzes, die Altersspanne und die gemessenen Parameter der körperlichen Aktivität tabellarisch zusammengefasst.

[2] Bei den Empfehlungen der WHO wurden sowohl die Empfehlungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen als auch die Empfehlungen für Menschen mit einer Behinderung berücksichtigt, da beide Empfehlungen Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen adressieren.

Die Daten zum aktuellen Bewegungsverhalten in Deutschland stammen aus der jüngsten Erhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS). Dabei wurden die Studien mit Blick auf neun national bedeutsame Erkrankungen betrachtet: Koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Diabetes, Adipositas, COPD, Arthrose, untere Rückenschmerzen, chronische Nackenschmerzen und Depression. Mithilfe dieser Daten wurde ein Diagramm erstellt, um die zeitlichen Trends bei der Messung der körperlichen Aktivität zu veranschaulichen.

Bei den Analysen wurde das Bewegungsverhalten von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen mit dem von Erwachsenen ohne eine der neun oben aufgeführten Erkrankungen verglichen. Zusätzlich wurde die Erfüllung der Bewegungsempfehlungen für Erwachsene nach den neun nicht-übertragbaren Erkrankungen aufgeschlüsselt.

Die Abbildungen differenzieren zwischen den Altersgruppen 18-29 Jahre, 30-44 Jahre, 45-64 Jahre, 65-79 Jahre und ab 80 Jahre. Hierfür wurden Diagramme erstellt, die Informationen zum Prozentsatz der Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen sowie ohne nichtübertragbare Erkrankungen darstellen, die die WHO-Empfehlungen für körperliche Aktivität erfüllen. Zusätzlich wird die Prävalenz der Erfüllung der Bewegungs-empfehlungen nach Anzahl an nichtübertragbaren Erkrankungen, sowie die Art der nichtübertragbaren Erkrankung gegenübergestellt. Anschließend werden arbeitsbezogene Aktivität[3], freizeitbezogene Aktivität sowie aktive Mobilität (zu Fuß, mit dem Fahrrad) gezeigt. Jene Abbildungen zeigen die Gesamtprävalenz der Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen, die die Bewegungsempfehlungen erfüllen, sowie Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Für die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf das Bewegungsverhalten von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen liegen für Deutschland derzeit keine Daten vor.

Teil II: Bewegungsförderung

Kapitel 3: Empfehlungen für Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen

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

- Deutschland: Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten und Pfeifer 2016)

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

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

Nach einer ersten Prüfung der Inhalte dieser Dokumente wurden für diese Bestandsaufnahme lediglich Empfehlungen für den Sport- und Gesundheitssektor berücksichtigt.[4] Anschließend wurden die Dokumente nach Empfehlungen durchsucht, die systematisch diesen Kategorien zugeordnet wurden. Es wurden ausschließlich Empfehlungen berücksichtigt, die sich an Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen sowie teilweise allgemein an vulnerable Gruppen richteten. Die zentralen Inhalte der Empfehlungen wurden daraufhin exzerpiert und in tabellarischer Form zusammengefasst.

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

Für den Bereich der in Deutschland etablierten Praxis für Bewegungsförderung für Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen 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.

Schritt 1: Online-Recherche

Die Bewegungsförderung hat sich im deutschen Gesundheitssystem als Versorgungsform für Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen etabliert. Diese Struktur wurde bereits in der Literatur beschrieben. In einem ersten Schritt der Online-Recherche wurde diese Struktur für den Sektor Gesundheit aufgegriffen. Dabei wurden auf Grundlage des Memorandums des Netzwerk Bewegungsbezogene Versorgungsforschung (Gabrys et al. 2024) und der Darstellung bewegungsbezogener Versorgungsbereiche der Sport- und Bewegungstherapie (Baldus et al. 2024) relevante Versorgungsbereiche für Menschen mit einer nichtübertragbaren Erkrankung herausgearbeitet.

[4] Für diese Sektoren gibt es spezifische Empfehlungen, die für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen von besonderer Relevanz sind. Darüber hinaus sind die Empfehlungen aus den Bestandsaufnahmen für Erwachsene und ältere Erwachsene auch für diese Zielgruppe gültig.

Anschließend wurde eine Online-Recherche für Beispiele etablierter Praxis auf den Webseiten relevanter Akteure der Bewegungsförderung in Deutschland durchgeführt. Zusätzlich wurde mit der Google-Suchmaschine nach etablierter Praxis recherchiert.[5] 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. 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: Überprüfung und Ergänzung durch Befragung von Expertinnen und Experten

In einem zweiten Schritt wurde eine Online-Umfrage unter Akteuren der Bewegungsförderung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen durchgeführt. Diese Umfrage verfolgte das Ziel, die Ergebnisse aus Schritt 1 zu überprüfen und zu ergänzen. Die Umfrage umfasste eine tabellarische Übersicht der Beispiele zu Maßnahmen etablierter Praxis für die Zielgruppe Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen. Die Umfrage enthielt für jede Kategorie die folgenden Fragen:

1. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Maßnahmen etablierter Praxis für Bewegungsförderung oder weitere Beispiele für die genannten Maßnahmen, 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

[5] Als Suchbegriffe wurden hier 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.

Für die Umfrage wurden folgende Netzwerke und Organisationen kontaktiert: (a) 54 Mitglieder der Arbeitsgruppe Bewegungsbezogene Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung; diese Arbeitsgruppe setzt sich interdisziplinär zusammen und besteht insbesondere aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus Sportwissenschaft, Physiotherapie, Gesundheitswissenschaft, Public Health und Medizin; (b) 45 medizinische und bewegungsbezogene Fachgesellschaften sowie Selbsthilfegruppen; (c) 19 Organisationen aus verschiedenen politischen Sektoren bzw. Settings und mit verschiedenem Fokus (Praxis, Wissenschaft, Politik), die für Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen bedeutsam sind und die bereits in Zusammenhang mit der Erstellung der Bestandsaufnahmen für Erwachsene (18-64 Jahre) und Ältere Erwachsene (ab 65 Jahre) angefragt wurden.

Die Umfrage wurde von 17 Personen beantwortet. Die Personen ordneten sich folgenden Arbeitsbereichen zu: Politik (29,4 %), Wissenschaft (23,5 %) Praxis (23,5 %) und Sonstiges (23,5%).[6] Die Mehrheit der Befragten ordnete sich am ehesten dem Gesundheitssektor zu (76,4 %), gefolgt von Sport (11,7 %).[7]

Die Auswertung der Umfrage erfolgte anhand der in Schritt 1 beschriebenen Kriterien. Beispiele, 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 Beispiele zu Maßnahmen etablierter Praxis (Frage 3) wurden analog zu Schritt 1 überprüft. Geeignete Beispiele, welche die Kriterien etablierter Praxis erfüllten, wurden als solche aufgenommen.

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).

[6] Mehrfachantworten waren möglich. Die Frage lautete: „Welchem Bereich würden Sie sich / Ihren Arbeitgeber am ehesten zuordnen?".
[7] Mehrfachantworten waren möglich. Die Frage lautete: „Welchem Bereich würden Sie sich / Ihren Arbeitgeber am ehesten zuordnen?".

Schritt 1: Datenbankenrecherche

Für die Suche nach Beispielen guter Praxis in der Bewegungsförderung für Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen 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. 2017). Insgesamt wurden acht Datenbanken identifiziert, die aktuell verfügbar sind und Projekte zur Bewegungsförderung von Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen aufführen:

- 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)
- Projektdatenbank „Gesund und aktiv älter werden“, BZgA (Website Gesund und aktiv älter werden)
- Projektsammlung des Impulsgebers Bewegungsförderung, BZgA (Website Impulsgeber Bewegungsförderung)
- 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)

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 Phasen: (1) Projektsichtung und Einordnung in 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 Phasen 3 und 4 wurde weiterführende Literatur herangezogenen, unter anderem Projektberichte, wissenschaftliche Publikationen und Projekt-Homepages.

Schritt 2: Ergänzung durch Befragung von Expertinnen und Experten

In einem zweiten Schritt wurde die Online-Umfrage unter Akteuren der Bewegungsförderung in Deutschland (vgl. Kapitel 4) genutzt, um die Ergebnisse aus Schritt 1 zu ergänzen. Die Umfrage beinhaltete eine tabellarische Übersicht identifizierter Beispiele guter Praxis für die Zielgruppe Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen und folgende Frage:
Welche weiteren Projekte guter Praxis für Bewegungsförderung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland kennen Sie, deren Wirksamkeit (Effektivität) auf eine Steigerung des Bewegungsverhaltens nachgewiesen ist?

Die Auswertung der Umfrage erfolgte anhand der in Schritt 1 beschriebenen Kriterien. Neue Vorschläge für Beispiele guter Praxis wurden analog zu Schritt 1 überprüft und ergänzt. Informationen zu Reichweite, Dauerhaftigkeit und Effektivität wurden unter Heranziehung weiterführender Literatur – unter anderem Projektberichte, wissenschaftlicher Publikationen und Projekt-Homepages – recherchiert.

Kapitel 6: Politik für Bewegungsförderung

Im Abschnitt „politische Rahmenbedingungen“ beruht die Darstellung ausgewählter relevanter Akteure für Bewegungsförderung auf einer Erhebung anhand des Health Enhancing Physical Activity (HEPA) Policy Audit Tools (PAT) der Weltgesundheitsorganisation (Gelius et al. 2021; Messing et al. 2022), 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), einer weiteren aktuellen wissenschaftlichen Publikation (Gelius und Wäsche 2023) sowie dem Memorandum des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (Gabrys et al. 2024). Für den Abschnitt „zentrale politische Regelungen und Dokumente“ wurden Dokumente mit Bezug zum Thema Bewegungsförderung auf Grundlage des HEPA PATs (Gelius et al. 2021; Messing et al. 2022) ausgewählt sowie weitere relevante Dokumente für die Zielgruppe Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen unter Nutzung der Expertise des Deutschen Verbands für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) ergänzt. Aus diesen Dokumenten wurden zentrale Inhalte zu Bewegungs-förderung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen extrahiert. Die Zusammenfassung im Abschnitt „Monitoring von Maßnahmen zur Bewegungsförderung“ beruht auf eigenen Recherchen.

3 Ergebnisse Teil I: Bewegungsverhalten

Kapitel 1: Empfehlungen für Bewegung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen

Für die aktuell gültigen Empfehlungen für Ausmaß, Intensität und Art gesundheitsförderlicher Bewegung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen (ab 18 Jahre) in Deutschland dienen v. a. zwei Dokumente als Basis: (1) die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten und Pfeifer 2016) sowie (2) die Bewegungsempfehlungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation 2020). Neben den jeweiligen Empfehlungen für Erwachse mit nichtübertragbaren bzw. chronischen Erkrankungen werden zusätzlich die WHO-Empfehlungen für Erwachsene mit Behinderung betrachtet, da auch hier weitere nichtübertragbare Erkrankungen adressiert werden.[8]

Die Empfehlungen unterscheiden sich insbesondere in den folgenden Punkten (vgl. Tabelle 1, zentrale Unterschiede farbig hervorgehoben):

- Eine Mindestdauer der Aktivität von 10 Minuten pro Einheit wird in den Empfehlungen der WHO nicht mehr als notwendig erachtet.
- In den Empfehlungen der WHO 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; in den Nationalen Empfehlungen werden mindestens 150 Minuten/Woche in moderater Intensität bzw. mindestens 75 Minuten/Woche in hoher Intensität empfohlen.
- In den Empfehlungen der WHO wird für kräftigenden Muskelaktivitäten eine Intensitätsangabe (moderat bis hoch) benannt; in den Nationalen Empfehlungen findet sich keine Intensitätsangabe.
- Die Empfehlungen der WHO für Menschen mit chronischen Erkrankungen beziehen sich explizit nur auf drei nichtübertragbare Erkrankungen (Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, Personen mit oder nach Krebserkrankungen („cancer survivors“) sowie die übertragbare Erkrankungen HIV). Die Empfehlungen der WHO für Menschen mit Behinderung adressieren Personen mit weiteren nichtübertragbaren Erkrankungen (Multiple Sklerose, Rückenmarksverletzung; Parkinson, Schlaganfall, Schizophrenie, Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung, klinische Depression). Die Nationalen Empfehlungen schließen hingegen sieben nichtübertragbare Erkrankungen ein: Arthrose (Hüfte/Knie), Diabetes

[8] Die jüngsten Empfehlungen der WHO von 2020 berücksichtigen erstmals explizit Menschen mit chronischen Erkrankungen und beziehen sich dabei explizit auf drei nichtübertragbare Erkrankungen (Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, Personen mit oder nach Krebs („cancer survivors“) und eine übertragbare Erkrankung (HIV). Die Empfehlungen der WHO (2020) für Menschen mit Behinderung adressieren Personen mit weiteren nichtübertragbaren Erkrankungen (Multiple Sklerose, Rückenmarksverletzung, Parkinson, Schlaganfall, Schizophrenie, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, klinische Depression). Die Nationalen Empfehlungen (2016) schließen hingegen explizit sieben nichtübertragbare Erkrankungen ein: Arthrose (Hüfte/Knie), Diabetes mellitus Typ 2, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD), klinisch stabile ischämische Herzerkrankung, Schlaganfall, klinische Depression und chronischer nichtspezifischer Rückenschmerz.

mellitus Typ 2, chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD), klinisch stabile ischämische Herzerkrankung, Schlaganfall, klinische Depression und chronischer nichtspezifischer Rückenschmerz.

- In den Empfehlungen der WHO wird eine Empfehlung zur Reduktion von Sitzzeit gegeben.
- Außerdem unterscheiden sich die adressierten Altersgruppen der Empfehlungen für Erwachsene mit nichtübertragbaren / chronischen Erkrankungen. Während sich die Nationalen Empfehlungen auf Erwachsene von 18 bis 65 Jahren beziehen, richten sich die WHO-Empfehlungen für diese Zielgruppe an Erwachsene von 18-65 Jahren und ältere Erwachsene über 65 Jahren.

Tabelle 1: Ausgewählte Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit nichtübertragbaren / chronischen Erkrankungen im Vergleich

	Nationale Empfehlungen 2016 – *Erwachsene (18-65 Jahre) mit einer nichtübertragbaren Erkrankung (z. B. Arthrose, Diabetes mellitus Typ 2, chronische obstruktive Atemwegserkrankung)*	**WHO 2020 –** *Erwachsene (ab 18 Jahren) mit einer chronischen Erkrankung (z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, Personen mit oder nach Krebs)*	**WHO 2020 –** *Erwachsene (ab 18 Jahren) mit einer Behinderung (z. B. Multiple Sklerose, Rückenmarksverletzung, Parkinson, Schlaganfall)*
Umfang, Intensität und Häufigkeit körperlicher Aktivität	Um die Gesundheit zu erhalten und umfassend zu fördern, sollten sich Erwachsene mit einer nichtübertragbaren Erkrankung an den Bewegungsempfehlungen für Erwachsene ohne eine nichtübertragbare Erkrankung orientieren. Die meisten Erwachsenen mit einer nichtübertragbaren Erkrankung können und sollten – möglichst *mindestens 150 Minuten/Woche* aerobe körperliche Aktivität mit moderater Intensität durchführen (z. B. 5x30 Minuten/Woche) *oder* – mindestens *75 Minuten/Woche* aerobe körperliche Aktivität mit höherer Intensität durchführen *oder* – aerobe körperliche Aktivität in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen – und dabei die Gesamtaktivität in *mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten* verteilt über Tag und Woche sammeln (z. B. mind. 3 x 10 Minuten/Tag an fünf Tagen einer Woche)	Erwachsene und ältere Erwachsene mit chronischen Erkrankungen sollten für substanzielle Gesundheitseffekte - *mindestens 150-300 Minuten/Woche* in moderater Intensität aerob körperlich aktiv sein oder - *mindestens 75-150 Minuten/Woche* in hoher Intensität aerob körperlich aktiv sein *oder* - in einer entsprechenden Kombination von moderater und hoher Intensität körperlich aktiv sein.	Erwachsene und ältere Erwachsene mit einer Behinderung sollten für substanzielle Gesundheitseffekte - *mindestens 150-300 Minuten/Woche* in moderater Intensität aerob körperlich aktiv sein oder - *mindestens 75-150 Minuten/Woche* in hoher Intensität aerob körperlich aktiv sein *oder* - in einer entsprechenden Kombination von moderater und hoher Intensität körperlich aktiv sein.
Muskelkräftigende Aktivitäten	Erwachsene mit einer nichtübertragbaren Erkrankung sollten zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivitäten an mindestens zwei Tagen pro Woche durchführen.	Erwachsene und ältere Erwachsene mit chronischen Erkrankungen sollten muskelkräftigende Aktivitäten, die alle großen Muskelgruppen einbeziehen, an zwei	Erwachsene und ältere Erwachsene mit Behinderung sollten muskelkräftigende Aktivitäten, die alle großen Muskelgruppen einbeziehen, an zwei oder mehr

	Nationale Empfehlungen 2016 – *Erwachsene (18-65 Jahre) mit einer nichtübertragbaren Erkrankung (z. B. Arthrose, Diabetes mellitus Typ 2, chronische obstruktive Atemwegserkrankung)*	WHO 2020 – *Erwachsene (ab 18 Jahren) mit einer chronischen Erkrankung (z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, Personen mit oder nach Krebs)*	WHO 2020 – *Erwachsene (ab 18 Jahren) mit einer Behinderung (z. B. Multiple Sklerose, Rückenmarksverletzung, Parkinson, Schlaganfall)*
		oder mehr Tagen pro Woche *in moderater bis hoher Intensität durchführen.*	Tagen pro Woche *in moderater bis hoher Intensität durchführen.*
Weitere Aktivitäten		Ältere Erwachsene mit chronischen Erkrankungen sollten abwechslungsreiche, aus mehreren Komponenten bestehende Aktivitäten zum Gleichgewichts- und Krafttraining, an drei oder mehr Tagen pro Woche in moderater oder hoher Intensität durchführen, um die funktionelle Kapazität zu verbessern und Stürzen vorzubeugen.	Ältere Erwachsene mit Behinderung sollten abwechslungsreiche, aus mehreren Komponenten bestehende Aktivitäten zum Gleichgewichts- und Krafttraining, an drei oder mehr Tagen pro Woche in moderater oder hoher Intensität durchführen, um die funktionelle Kapazität zu verbessern und Stürzen vorzubeugen.
Weitere Gesundheitseffekte	Erwachsene mit einer nichtübertragbaren Erkrankung können weitere Gesundheitseffekte erzielen, wenn sie den Umfang und/oder die Intensität der Bewegung über die Mindestempfehlungen hinaus weiter steigern.	Für zusätzliche Gesundheitseffekte können Erwachsene und ältere Erwachsene mit chronischen Erkrankungen ihre körperliche Aktivität in moderater Intensität auf mehr als 300 Minuten/Woche oder ihre körperliche Aktivität in hoher Intensität auf mehr als 150 Minuten/Woche steigern oder in einer entsprechenden Kombination aus moderater und hoher Intensität körperlich aktiv sein.	Für zusätzliche Gesundheitseffekte können Erwachsene und ältere Erwachsene mit Behinderung ihre körperliche Aktivität in moderater Intensität auf mehr als 300 Minuten/Woche oder ihre körperliche Aktivität in hoher Intensität auf mehr als 150 Minuten/Woche steigern oder in einer entsprechenden Kombination aus moderater und hoher Intensität körperlich aktiv sein.
Reduktion von Sitzen / Inaktivität		Erwachsene und ältere Erwachsene mit chronischen Erkrankungen sollten die Zeit, die sie im Sitzen verbringen, reduzieren, da das Ersetzen von Sitzzeiten durch körperliche Aktivität in verschiedenen Intensitäten (einschließlich leichter Intensität) positive Effekte auf die Gesundheit hat.	Erwachsene und ältere Erwachsene mit Behinderung sollten die Zeit, die sie im Sitzen verbringen, reduzieren, da das Ersetzen von Sitzzeiten durch körperliche Aktivität in verschiedenen Intensitäten (einschließlich leichter Intensität) positive Effekte auf die Gesundheit hat.
Weitere Empfehlungen	Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen sollten in Phasen, in denen sie nicht in dem Maße körperlich aktiv sein können, wie es die Empfehlungen für gesunde Erwachsene nahelegen – z. B. aufgrund von Krankheitsschwere, Symptomatik oder körperlicher Funktionsfähigkeit – so aktiv sein, wie es ihre momentane Situation zulässt.	Erwachsene und ältere Erwachsene mit chronischen Erkrankungen sollten die Zeit, die sie im Sitzen verbringen, reduzieren, da das Ersetzen von Sitzzeiten durch körperliche Aktivität in verschiedenen Intensitäten (einschließlich leichter Intensität) positive Effekte auf die Gesundheit hat. Erwachsene und ältere Erwachsene mit chronischen Erkrankungen sollten in Phasen, in denen sie nicht in dem Maße körperlich aktiv sein können, wie es die	Erwachsene und ältere Erwachsene mit Behinderung sollten in Phasen, in denen sie nicht in dem Maße körperlich aktiv sein können, wie es die Empfehlungen für gesunde Erwachsene nahelegen so aktiv sein, wie es ihre momentane Situation zulässt. Um die Sicherheit und Effektivität körperlicher Aktivität zu erhöhen, sollten Erwachsene und ältere Erwachsene mit Behinderung:

	Nationale Empfehlungen 2016 – *Erwachsene (18-65 Jahre) mit einer nichtübertragbaren Erkrankung (z. B. Arthrose, Diabetes mellitus Typ 2, chronische obstruktive Atemwegserkrankung)*	WHO 2020 – *Erwachsene (ab 18 Jahren) mit einer chronischen Erkrankung (z. B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2, Personen mit oder nach Krebs)*	WHO 2020 – *Erwachsene (ab 18 Jahren) mit einer Behinderung (z. B. Multiple Sklerose, Rückenmarksverletzung, Parkinson, Schlaganfall)*
	Um die Sicherheit und Effektivität körperlicher Aktivität zu erhöhen, sollten Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen: – beim Einstieg in einen körperlich aktiven Lebensstil bzw. in ein körperliches Trainingsprogramm eine (sport-)medizinische Eingangsuntersuchung durchführen lassen – gemeinsam mit einer Ärztin oder einem Arzt entscheiden, ob die selbstständige Durchführung körperlicher Aktivitäten sicher und angemessen ist oder zu Beginn eher eine professionelle Betreuung durch Personen aus Bewegungsfachberufen angebracht ist – gemeinsam mit einer Person aus einem Bewegungsfachberuf die Dosis (Bewegungsart, Trainingsintensität, -dauer und -frequenz) an körperlicher Aktivität individuell anpassen, – in Phasen der Krankheitsprogression, mangelnder Krankheitskontrolle oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes den professionellen Rat von Personen aus Gesundheitsfachberufen einholen, da z. B. veränderte körperliche Aktivitäten oder sogar eine Aktivitätspause notwendig sein können.	Empfehlungen für gesunde Erwachsene nahelegen so aktiv sein, wie es ihre momentane Situation zulässt. Um die Sicherheit und Effektivität körperlicher Aktivität zu erhöhen, sollten Erwachsene und ältere Erwachsene mit chronischen Erkrankungen: – beim Einstieg in einen körperlich aktiven Lebensstil bzw. in ein körperliches Trainingsprogramm die Frequenz, Intensität und Dauer langsam und über Zeit steigern – gemeinsam mit einer Person aus einem Bewegungsfachberuf die Dosis (Bewegungsart, Trainingsintensität, -dauer und -frequenz) an körperlicher Aktivität individuell anpassen Eine ärztliche Freigabe vor dem Training ist in der Regel nicht erforderlich, wenn keine Kontraindikationen vorliegen, bevor eine leichte oder moderate körperliche Aktivität begonnen wird, die nicht über die Anforderungen eines zügigen Spaziergangs oder des täglichen Lebens hinausgeht.	– beim Einstieg in einen körperlich aktiven Lebensstil bzw. in ein körperliches Trainingsprogramm die Frequenz, Intensität und Dauer langsam und über Zeit steigern – gemeinsam mit einer Person aus einem Bewegungsfachberuf die Dosis (Bewegungsart, Trainingsintensität, -dauer und -frequenz) an körperlicher Aktivität individuell anpassen Es gibt keine größeren Risiken für Erwachsene mit Behinderungen sich körperlich zu betätigen, wenn dies dem aktuellen Aktivitätsniveau, dem Gesundheitszustand und der körperlichen Funktion angepasst ist und der gesundheitliche Nutzen den Risiken überwiegt.

Schlussfolgerungen

- Bewegung ist für Erwachsene mit unterschiedlichen nichtübertragbaren Erkrankungen gesundheitsförderlich.
- Die bestehenden Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen orientieren sich zunächst deutlich an den Bewegungsempfehlungen für gesunde Erwachsene. Mit Blick auf die empfohlene Bewegungsdosis gibt es kleinere Unterschiede zwischen den bestehenden nationalen und internationalen Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit nichtübertragbaren bzw. chronischen Erkrankungen.
- Mit Blick auf die Heterogenität und die individuellen Besonderheiten von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen enthalten die nationalen und internationalen Empfehlungen ergänzenden Empfehlungen; diese adressieren die Aspekte a) Beginn in einen aktiven Lebensstil und Progression der körperlichen Belastung, b) Individualisierung der Bewegungsdosis sowie c) medizinische Eingangsuntersuchung und professionelle Begleitung. Hiermit soll sichergestellt werden, dass Bewegung für Erwachsene mit einer nichtübertragbaren Erkrankung sicher und effektiv ist.

Limitationen

- Der Vergleich der Bewegungsempfehlungen war auf Deutschland und die WHO beschränkt. In der Gegenüberstellung der Empfehlungen wurden indikationsspezifische Praxisleitlinien nicht berücksichtigt und somit auch besondere Problemlagen nicht im Detail abgebildet. Es handelt sich daher um allgemeine Empfehlungen, die für die meisten Personen mit einer nichtübertragbaren Erkrankung gültig sind.
- Die Empfehlungen für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen, chronischen Erkrankungen und Behinderung sind nicht ohne weiteres vergleichbar, da sich die darin berücksichtigten Krankheiten und eingeschlossenen Altersgruppen unterscheiden.

Kapitel 2: Prävalenzen

Überblick über nationale Studien zum Bewegungsverhalten unter Berücksichtigung von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen

Diese Bestandsaufnahme beschreibt zunächst 20 größere Datenerhebungen zum Bewegungsverhalten, die zwischen 1996 und 2022 in Deutschland auf nationaler Ebene durchgeführt wurden und Angaben zum Vorliegen nichtübertragbarer Erkrankungen beinhalten (Tabelle 2). In einem nächsten Schritt wurden diese Datenerhebungen hinsichtlich der Berücksichtigung von Erwachsenen mit nichtübertragbaren analysiert (Abbildung 2). Anschließend werden auf Basis des jüngsten GEDA-Datensatzes (2019/2020) Analysen zu ausgewählten Bewegungsaspekten für Erwachsene mit nichtübertragbarer Erkrankung berichtet.

Tabelle 2. Übersicht über Studien zum Bewegungsverhalten von Erwachsenen in Deutschland (1996-2022)

Jahr(e) der Datenerhebung	Umfrage	Institution, die die Daten erhebt	Altersspanne	Stichprobengröße	Parameter
1996	DEAS 1996	Deutsches Zentrum für Altersfragen	Ab 40	4.838	Teilnahme am Sport
1997–1999	BGS 1998	Robert Koch-Institut	18–79	7.124	Gesamte körperliche Aktivität Körperliche Aktivität in der Freizeit Teilnahme am Sport Sitzendes Verhalten
2002	DEAS 2002	Deutsches Zentrum für Altersfragen	Ab 40	5.194	Teilnahme am Sport
2003	GSTel03	Robert Koch-Institut	Ab 18	8.318	Teilnahme am Sport
2004	Allbus 2004	Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften	Ab 18	2.946	Teilnahme am Sport
2008	DEAS 2008	Deutsches Zentrum für Altersfragen	Ab 40	8.186	Teilnahme am Sport
2008–2011	DEGS1 2011	Robert Koch-Institut	18–79	7.987	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2009	GEDA 2009	Robert Koch-Institut	Ab 18	21.262	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2010	GEDA 2010	Robert Koch-Institut	Ab 18	22.050	Gesamt körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2011	DEAS 2011	Deutsches Zentrum für Altersfragen	Ab 40	4.854	Teilnahme am Sport
2012	GEDA 2012	Robert Koch-Institut	Ab 18	19.294	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2013	SHARE-WAVE 5	Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik	Ab 50	5.752	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2014	Allbus 2014	Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften	Ab 18	3.471	Teilnahme am Sport

2014-2015	GEDA 2014-2015	Robert Koch-Institut	Ab 18	24.016	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	Ab 40	10.323	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2014-2019	NAKO	NAKO e.V.	18-69	205.000	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	Ab 40	6.626	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2019–2020	GEDA 2019/2020	Robert Koch-Institut	Ab 15	23.001	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
2020-2021	D 80+	Institut für angewandte Sozialwissenschaften GmbH	Ab 80	10.578	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport
2020-2021	DEAS 2020/2021	Deutsches Zentrum für Altersfragen	Ab 40	5.402	Gesamte körperliche Aktivität Teilnahme am Sport

Beschreibung der Datensätze

Abbildung 2: Übersicht über Daten zur körperlichen Aktivität von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland. (1996 - 2022)

Abbildung 2 veranschaulicht die Verfügbarkeit von Daten zum Bewegungsverhalten von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen. Die Datensätze umfassen einen Zeitraum von 1996 bis 2022. Pro Zeile wird dabei für jeweils eine Erkrankung dargestellt, welche Bereiche von körperlicher Aktivität (z. B. gesamte körperliche Aktivität oder Muskelkräftigung) in den verfügbaren Datensätzen erhoben wurden. Die älteren Erhebungen erfassen überwiegend die gesamte körperliche Aktivität sowie die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten. Überwiegend die jüngeren Datenerhebungen differenzieren zwischen den Kontexten in denen körperliche Aktivität stattfindet, wie beispielweise in der Freizeit, bei der Arbeit oder als Fortbewegung von Ort zu Ort. Körperliche Aktivität in der Freizeit wurde in den Studien GEDA 2014/15 und 2019/2020 sowie in der NAKO und im BGS 1998 erfasst. Körperliche Aktivität bei der Arbeit und Fortbewegung von Ort zu Ort wurden nur in den neueren GEDA- (2014/15 und 2019/20), sowie der NAKO-Erhebung abgefragt. Die Aktivitätsarten muskelkräftigende Aktivität und sitzende Aktivitäten wurden selten abgefragt. Muskelkräftigende Aktivität wurde nur im Rahmen von GEDA (2014/15 und 2019/20) erhoben. Sitzende Aktivität wurde in GEDA 2019/20, NAKO, sowie in BGS 1998 erfasst.

Über die Studien hinweg zeigt sich keine einheitliche Erfassung der nichtübertragbaren Erkrankungen. Beispielsweise wurden in der GEDA 2019/20-Erhebung keine Krebserkrankungen erfasst. Die NAKO Erhebung umfasst keine Daten zu koronaren Herzerkrankungen. Häufig wurden in den Studien die Erkrankungen Schlaganfall, Diabetes, Adipositas, COPD, Arthrose, Depression und Krebserkrankungen berücksichtigt. Nackenschmerzen fanden nur in drei Datenerhebungen (GEDA 2014/15, GEDA2019/20, BGS 1998) Berücksichtigung. Koronare Herzkrankheiten wurden in 9 von 20 und Untere Rücken-schmerzen in 10 von 20 Datenerhebungen erhoben.

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

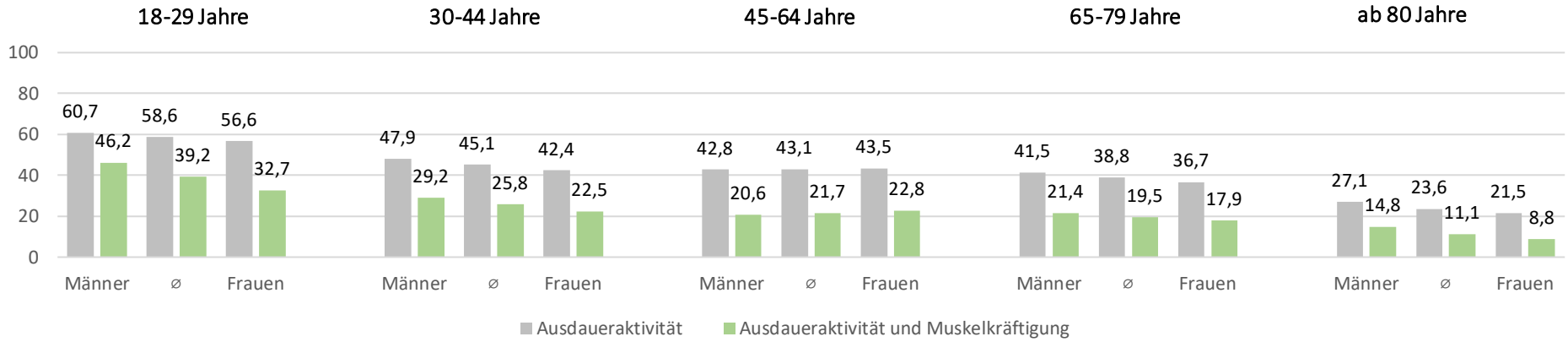
Im Folgenden werden aktuelle Daten zum Bewegungsverhalten Erwachsener mit einer nichtübertragbaren Erkrankung in Deutschland präsentiert. Diese Daten stammen aus der national repräsentativen Studie GEDA 2019/2020. GEDA ist eine Querschnittbefragung der deutschsprachigen erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren, die regelmäßig vom Robert Koch-Institut als Teil des bundesweiten Gesundheitsmonitorings durchgeführt wird. Zur Analyse wurden die Ergebnisse von fünf Altersgruppen verwendet (18-29 Jahre, 30-44 Jahre, 45-64 Jahre, 65-79 Jahre und ab 80 Jahre). In diesem Kapitel bezieht sich der Begriff, Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen` auf Personen, die laut der GEDA-Befragung mindestens eine der neun besonders bedeutsamen nichtübertragbaren Erkrankungen haben: Koronare Herzerkrankung, Schlaganfall, Diabetes, Adipositas, COPD, Arthrose, untere Rückenschmerzen, chronische Nackenschmerzen und Depression.

Erfüllung der Empfehlungen für Bewegung nach Alter und Geschlecht

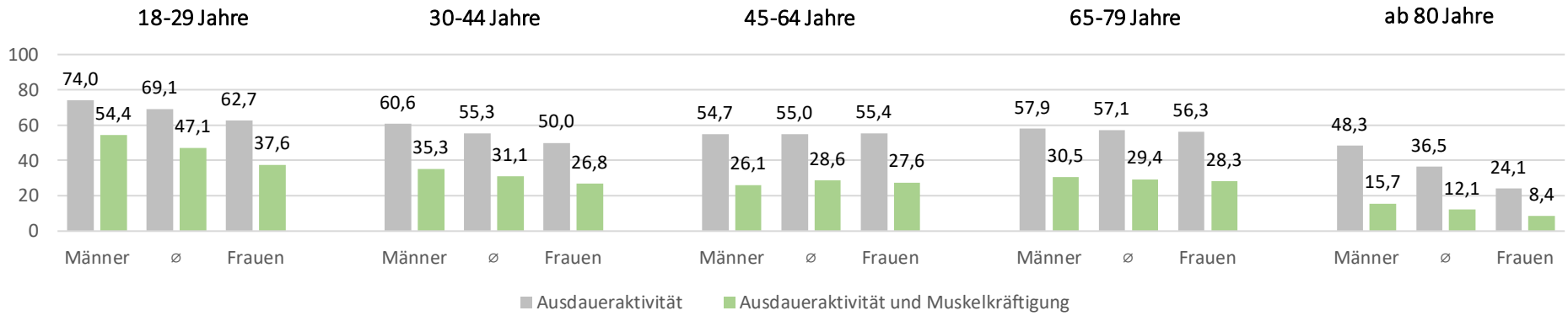
Abbildung 3a zeigt, inwieweit Erwachsene mit nichtübertragbaren Krankheiten die Empfehlungen zur Ausdaueraktivität erfüllen. Der Anteil der körperlich Aktiven verringert sich im Altersverlauf (Abbildung 3a): Während 58,6% der 18- bis 29-Jährigen die WHO-Empfehlungen erfüllen, sind es bei den ab 80-Jährigen nur noch 23,6%. Männer erreichen die WHO-Empfehlung in allen Altersgruppen, außer bei den 45-64-Jährigen, häufiger als Frauen. Berücksichtigt man zusätzlich die Empfehlung zu muskelkräftigenden Aktivitäten, erreichen lediglich 39,2 % der 18- bis 29-Jährigen und 11,1% der ab 80-Jährigen die Empfehlungen. Über alle Altersgruppen hinweg erreichen Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen weniger oft die Bewegungsempfehlungen, als Erwachsene ohne nichtübertragbare Erkrankungen (vgl. Abbildung 3b). Abbildung 3c verdeutlicht, dass mit steigender Anzahl an nichtübertragbaren Erkrankungen (Multimorbidität) eine Verringerung des Anteils der Personengruppe, die die Bewegungsempfehlungen erfüllen einhergeht.

Abbildung 3: Erfüllung der WHO-Bewegungsempfehlungen (in %), nach Alter und Geschlecht (GEDA 2019/2020)

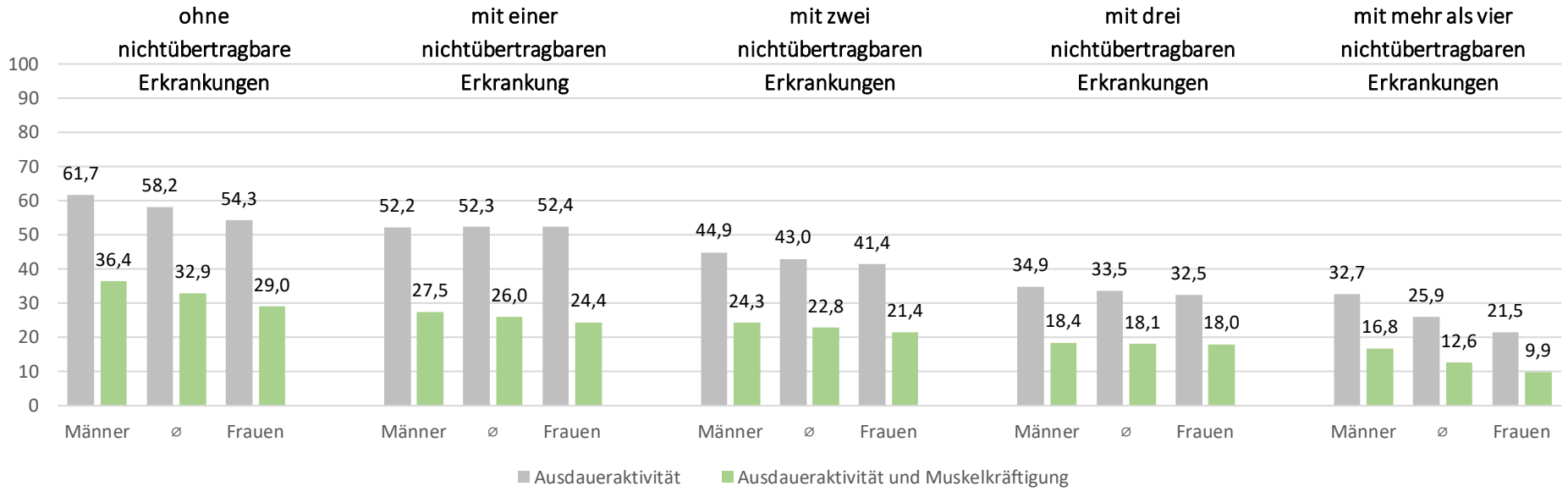
a. Mit nichtübertragbaren Erkrankungen



b. Ohne nichtübertragbare Erkrankungen[9]



c. Nach Anzahl der nichtübertragbaren Erkrankungen



[9] Hier handelt es sich um Personen, die nicht angegeben haben, eine der neun genannten nichtübertragbaren Erkrankungen zu haben. Personen aus dieser Gruppe könnten jedoch nichtübertragbare Erkrankungen haben, die in der Umfrage nicht erfasst wurden.

d. Differenziert nach Erkrankung

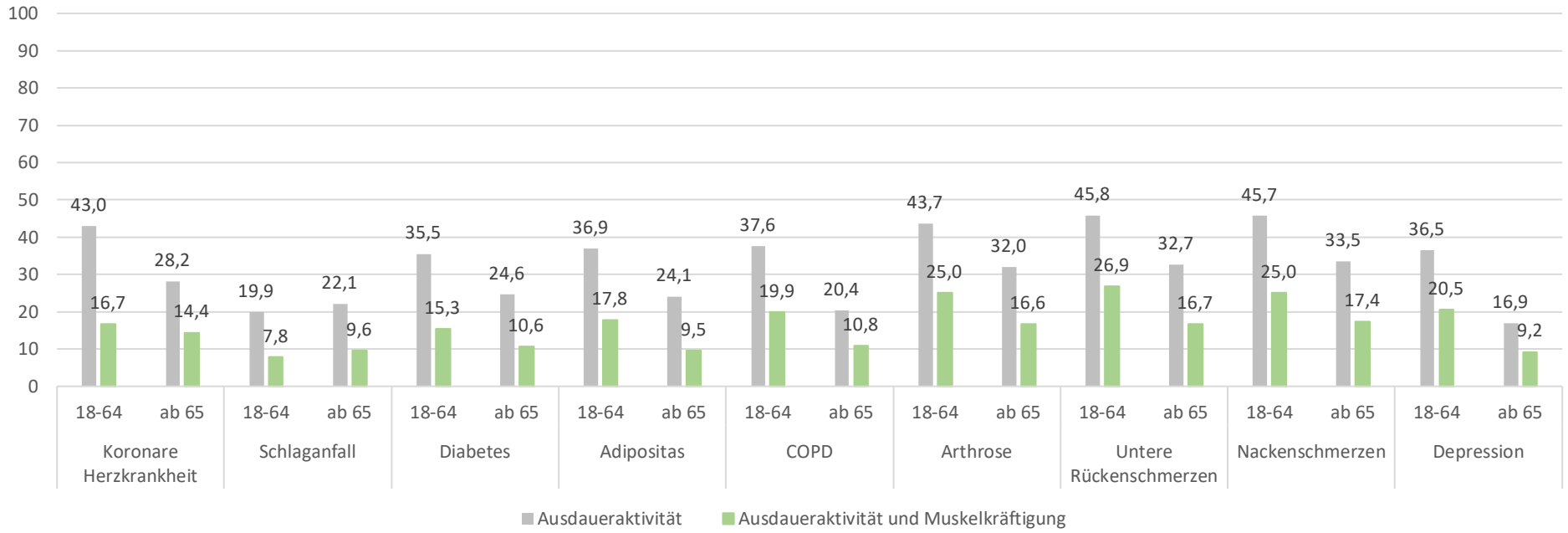


Abbildung 3d zeigt für neun nichtübertragbare Erkrankungen die Erfüllung der Bewegungsempfehlungen (Ausdaueraktivität sowie für Ausdauer in Kombination mit Muskelkräftigung) jeweils getrennt nach den Altersgruppen 18-64 Jahre und ab 65 Jahre. Über die Erkrankungen hinweg werden in der höheren Altersgruppe über 65 Jahre die Bewegungsempfehlungen in der Regel seltener erfüllt als bei den jüngeren Erwachsenen unter 65 Jahren. Eine Ausnahme bilden Erwachsene mit einem Schlaganfall. Bei diesen erfüllen 22,1 % der ab 65-Jährigen und nur 19,9 % der unter 65-Jährigen die Bewegungsempfehlungen für Ausdauer.

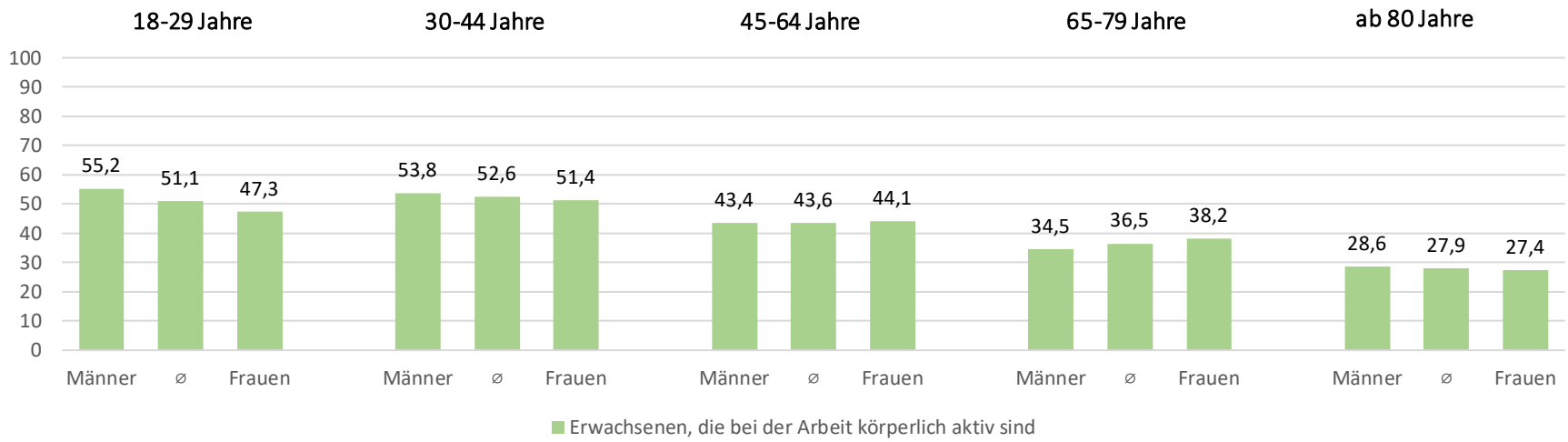
Über beide Altersgruppen hinweg erfüllen Erwachsene mit unteren Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Arthrose am häufigsten und Erwachsene mit Schlaganfall am seltensten die Bewegungsempfehlungen. In der Altersgruppe 18-64 Jahre erfüllen 45,8 % der Erwachsenen mit unteren Rückschmerzen die Empfehlungen zur Ausdaueraktivität (bzw. 26,9% bei Berücksichtigung der Empfehlungen zur Muskelkräftigung). Dies ist der höchste Wert über alle Erkrankungen hinweg. Ähnlich häufig aktiv in dieser Altersgruppe sind Erwachsene mit Arthrose und Nackenschmerzen.

Im Gegensatz dazu erfüllen jüngere Erwachsene mit Diabetes, Adipositas, COPD, Depressionen und Schlaganfall deutlich seltener die Bewegungsempfehlungen. In der Altersgruppe ab 65 Jahren findet sich über die Erkrankungsgruppen hinweg ein sehr ähnliches Muster wie bei den jüngeren Erwachsenen. Besonders aktiv sind auch bei den älteren Erwachsenen diejenigen mit unteren Rückenschmerzen, Nackenschmerzen und Arthrose. Zusätzlich zu den älteren Erwachsenen mit Schlaganfall sind auch ältere Erwachsene mit Depression und COPD besonders häufig inaktiv. Beispielsweise erfüllen nur 16,9 % der älteren Erwachsenen mit Depression die Ausdauer- und 9,2 % die kombinierten Ausdauer- und Muskelkräftigungsempfehlungen.

Arbeitsbezogene Aktivität

Der Begriff „Arbeit“ umfasst hier sowohl bezahlte, berufliche als auch unbezahlte Tätigkeiten (z. B.im Haushalt oder im Garten). Abbildung 4 zeigt, dass laut der GEDA-Studie in Deutschland weniger als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung mit nichtübertragbaren Erkrankungen bei der Arbeit körperlich aktiv sind. Bei den 18- bis 29-Jährigen liegt dieser Anteil bei 51,1 %. Mit steigendem Alter nimmt dieser Anteil zuerst leicht zu (30-44-jährige) und danach kontinuierlich ab.

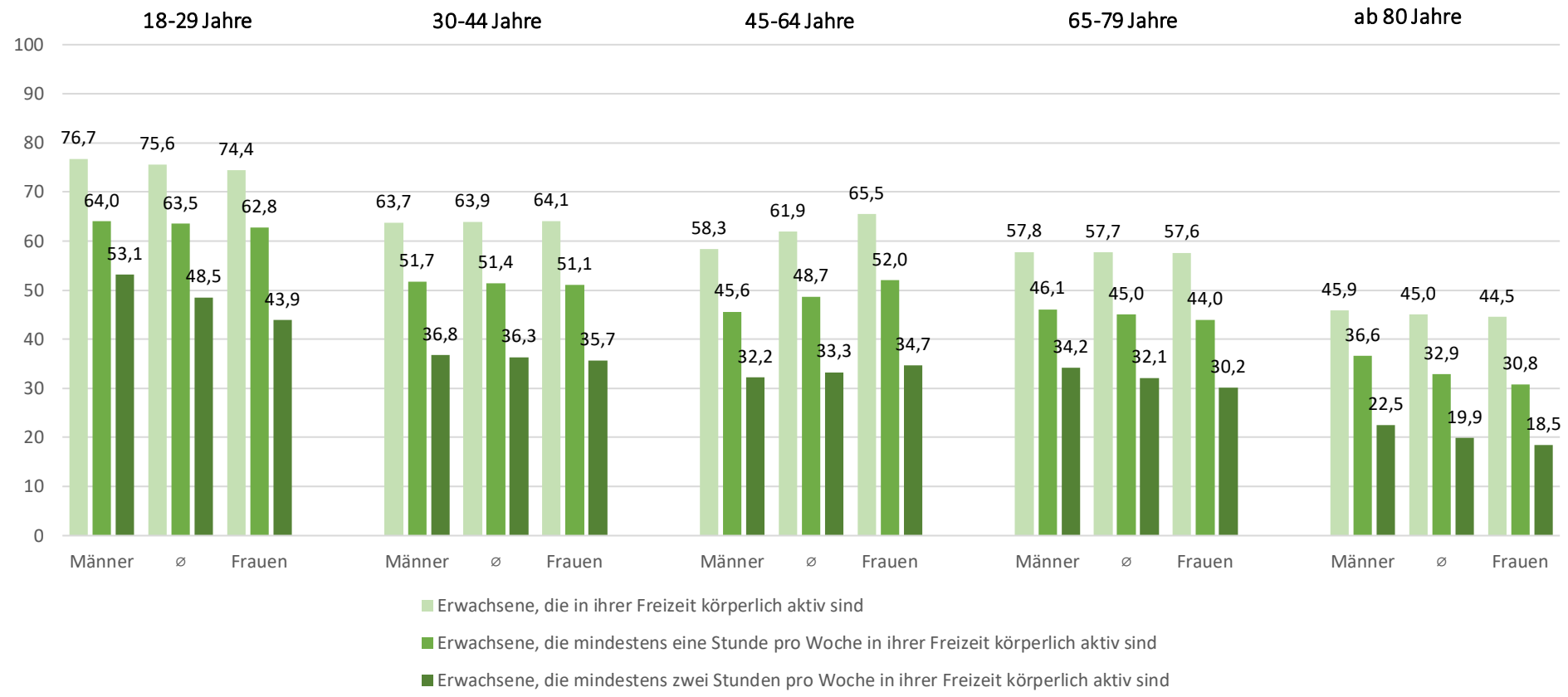
Abbildung 4: Arbeitsbezogene Aktivität von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen (in %), nach Alter und Geschlecht (GEDA 2019/2020)



Freizeitbezogene Aktivität

Abbildung 5 zeigt im Vergleich den Prozentsatz der Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen, die laut GEDA-Studie entweder angegeben haben, aktiv zu sein, mindestens eine Stunde aktiv oder mindestens zwei Stunden pro Woche in ihrer Freizeit körperlich aktiv zu sein. Die Umfrage zeigt, dass Männer in den Altersgruppen 18-29 Jahre, 65-79 Jahre und ab 80 Jahre tendenziell aktiver sind als Frauen, während bei den 45- bis 64-Jährigen Frauen tendenziell aktiver sind.

Abbildung 5: Freizeitbezogene Aktivität von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen (in %), nach Alter und Geschlecht (GEDA 2019/2020)

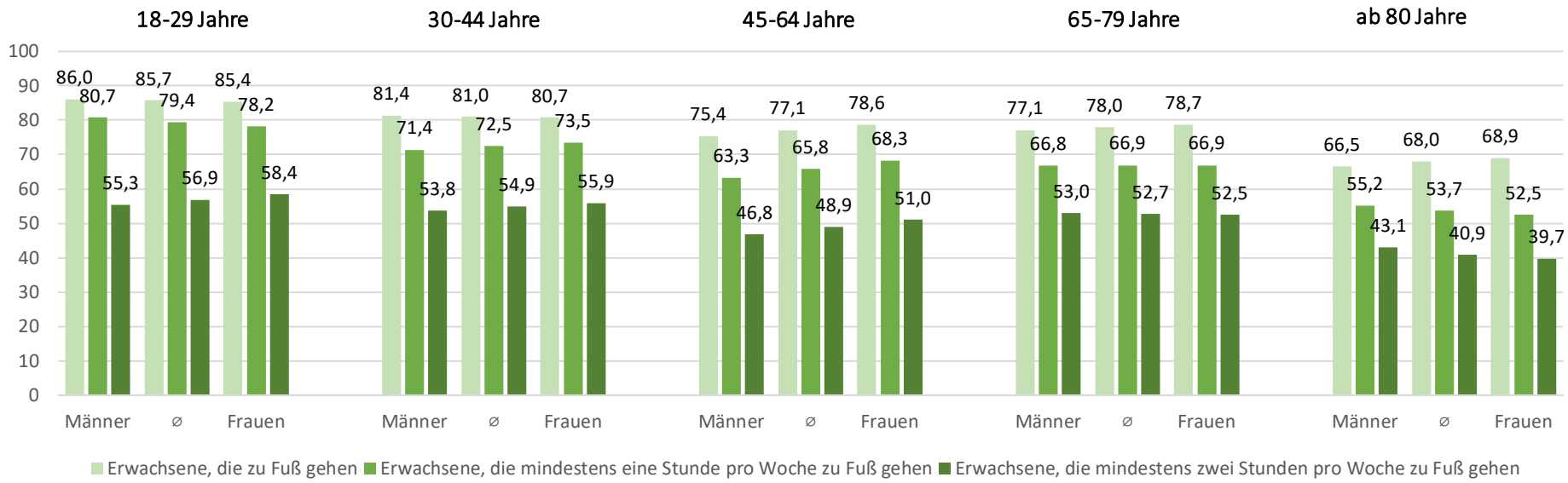


Fortbewegung von Ort zu Ort (aktive Mobilität)

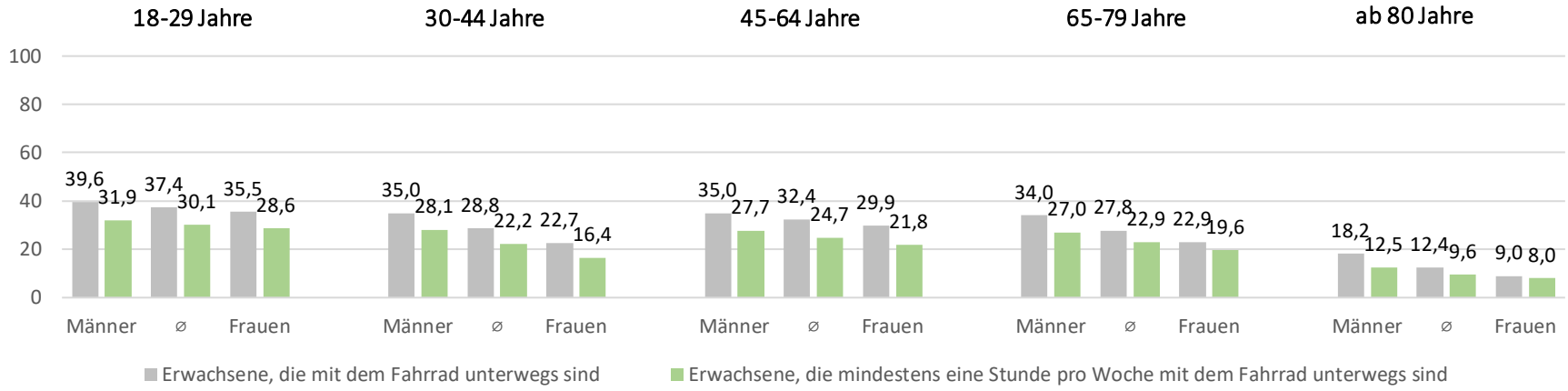
In den Abbildungen 6a und 6b werden die Daten zu verkehrsbezogener körperlicher Aktivität dargestellt. Die GEDA-Studie 2019/2020 erfasst dabei die beiden Aspekte Radfahren und Gehen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Anteil der Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen, die mindestens eine Stunde pro Woche mit dem Fahrrad unterwegs sind ab der Altersgruppe 18-29 Jahre stetig verringert. Frauen sind über alle Altersgruppen hinweg tendenziell weniger mit dem Fahrrad unterwegs als die gleichaltrigen Männer. Der GEDA-Studie zufolge gehen etwa 56,9% der Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen im Alter von 18-29 Jahren mindestens zwei Stunden pro Woche zu Fuß. Der Anteil nimmt über die Altersgruppen 30-44 Jahre und 45-64 Jahre ab. Danach zeigt sich eine leichte Erhöhung des Anteils an Personen, die mindestens zwei Stunden pro Woche zu Fuß gehen in der Altersgruppe 65-79 Jahre. In der Altersgruppe ab 80 sinkt dieser Anteil wieder. Frauen gehen in den Altersgruppen 18-19 Jahre, 30-44 Jahre und 45-64 Jahre etwas häufiger über zwei Stunden pro Woche, als Männer. Dieses Verhältnis dreht sich jedoch ab der Altersgruppe 65-79 Jahre und ab 80 Jahre.

Abbildung 6: Fortbewegung von Ort zu Ort von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen (in %), nach Alter und Geschlecht (GEDA 2019/2020)

a. Zu Fuß von Ort zu Ort



b. *Mit dem Rad von Ort zu Ort*



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. Dies kann zu einer Untererfassung von Bewegung führen.

Schlussfolgerungen

- Es gibt zahlreiche, jedoch heterogene Datenerhebungen zum Bewegungsverhalten Erwachsener mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland.
- Die GEDA-Studie liefert für Deutschland repräsentative Daten zum Bewegungsverhalten von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen.
- Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen erfüllen im Vergleich zu gleichaltrigen Erwachsenen ohne nichtübertragbare Erkrankung seltener die Bewegungsempfehlungen. Über alle Altersgruppen hinweg ist das Vorliegen einer nichtübertragbaren Erkrankung ein Risikofaktor dafür, die Bewegungsempfehlungen nicht zu erfüllen.
- Die Trends aus der erwachsenen Gesamtbevölkerung (höheres Alter und weibliches Geschlecht ist ein Risikofaktor für geringere Erfüllung der Empfehlungen) zeigen sich auch bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen.
- Je mehr nichtübertragbare Erkrankungen eine Person hat, desto unwahrscheinlicher wird es, dass sie die Bewegungsempfehlungen erfüllt.
- Zwischen den Erkrankungen gibt es teils deutliche Unterschiede bzgl. der Erfüllung der Bewegungsempfehlungen: Personen mit Rücken- und Nackenschmerzen erfüllen besonders häufig, Personen mit Schlaganfall erfüllen besonders selten die Bewegungsempfehlungen. Bei der Altersgruppe ab 65 Jahre wirken sich eine COPD und Depression besonders negativ auf die Erfüllung der Bewegungsempfehlungen aus.

Limitationen

- In der Analyse wurden soweit möglich neun nichtübertragbare Erkrankungen betrachtet, die für das nationale Krankheitsgeschehen eine besondere Rolle spielen. Seltenere nichtübertragbare Erkrankungen wurden in der Analyse nicht berücksichtigt.
- Die verwendeten Daten beziehen sich nur auf einen Datensatz (GEDA-Studie 2019/2020).
- Bei den Prävalenzdaten wurden Menschen mit Krebserkrankungen nicht berücksichtigt, da hierzu keine aktuellen Daten aus der GEDA-Studie 2019/20 vorlagen.

4 Ergebnisse Abschnitt II: Bewegungsförderung

Kapitel 3: Empfehlungen für Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen

Tabelle 3 zeigt, inwieweit Empfehlungen für Bewegungsförderung für den Sport- und Gesundheitssektor in den fünf ausgewählten nationalen und internationalen Dokumenten identifiziert werden konnten.

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[10]** *(2021)*
1	Gesundheit	X	X	X	X	X
2	Sport		X	X		X

Im Gegensatz zur Bestandsaufnahme für Erwachsene (18-64 Jahre) konnten für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen keine zielgruppenspezifischen Empfehlungen für die Kategorien Betrieb, Verkehr, Kommune, Massenmediale Kampagnen und Weitere identifiziert werden.

Tabelle 4 fasst die konkreten Empfehlungen für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen in den relevanten Bereichen zusammen und zeigt, welchen Dokumenten diese entnommen sind. Bei der Analyse wurden auch Bewegungsempfehlungen berücksichtigt, die sich auf eine etwas breitere Zielgruppe beziehen, sofern diese Gruppen Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen einschließen (beispielsweise vulnerable, besonders gefährdete oder besonders inaktive Gruppen).

[10] Wissenschaftliche Fachgesellschaft „International Society for Physical Activity and Health“

Tabelle 4: Empfehlungen für Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen

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	**Gesundheit**						
1.1	Bewegungsförderung durch Gesundheitsfachkräfte als routinemäßige Praxis für alle Menschen und spezifisch für besonders gefährdete Zielgruppen	Verstärkte Ausrichtung der Tätigkeitsbereiche aller Gesundheitsfachberufe auf bewegungsfördernde Angebote, um das Verständnis von Bewegungsförderung als Kernaufgabe der Gesundheitsprofessionen zu festigen		X	X	X	X
1.2	Nutzung zielgerichteter und wirksamer Interventionen zur Bewegungs-förderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen in der gesundheitlichen Versorgung	Einsatz bewegungsförderlicher Maßnahmen als standardmäßiger Bestandteil des Versorgungs- und Rehabilitationsprozesses; z. B. begleitende Interventionen zur Bewegungsförderung (motivierende Interviews), Schrittzähler-basierte und Internet-basierte Interventionen, Verankerung von Assessment-, Beratungs- und Überweisungsmaßnahmen (z. B. „Bewegung auf Rezept“ oder „Exercise referral schemes“)	X	X	X		X
1.3	Staatliche Förderung durch politische Maßnahmen (z. B. finanzielle Anreize), um die bedarfsorientierte Inanspruchnahme von Bewegungs- und Rehabilitationsprogrammen zu erleichtern				X		X
1.4	Stärkung der Zusammenarbeit im Gesundheitssektor und Anpassung von Lehrplänen relevanter Gesundheits-fachberufe, um Bewegungsförderung bei Menschen mit nichtübertragbaren			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)*
	Krankheiten als grundlegende Kompetenz in der Primär- / Sekundärversorgung zu integrieren						
1.5	Stärkung von Wissen und Fähigkeiten in der Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachberufen bezüglich der Schaffung einer integrativen und gleichberechtigten aktiven Gesellschaft			X			
1.6	Weiterentwicklung und Verbreitung von anerkannten Richtlinien, Ressourcen und effektiven Strategien der Bewegungsförderung in der Primär- und Sekundärversorgung			X			
1.7	Förderung effektiver technologischer Innovationen als zielgruppenspezifischer Ansatz der Bewegungsförderung in der Primär- und Sekundärversorgung sowie in Sozialeinrichtungen (z. B. mHealth Programme)		X	X			
2	**Sport**						
2.1	Förderung des integrativen Zugangs zu qualitativ hochwertigen Sportanlagen für Menschen aller Fähigkeiten			X	X		X
2.2	Maßnahmen zur Entwicklung und Bereitstellung niedrigschwelliger Angebote und Veranstaltungen im Breiten- und Freizeitsport für besonders vulnerable und wenig aktive Bevölkerungsgruppen	Partizipative Einbindung relevanter Akteure, adäquate Flächennutzung und Anwendung politischer Maßnahmen zur Optimierung der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit solcher Angebote		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)*
2.3	Entwicklung sportpolitischer Ansätze zur Steigerung der Teilhabe von besonders gefährdeten und benachteiligten Personengruppen	Zum Beispiel Ansätze zur Identifizierung von besonders inaktiven Zielgruppen und partizipative Einbindung dieser in die Entwicklung adäquater Sport- und Bewegungsangebote		X			

Schlussfolgerungen

- Die nationalen und internationalen Empfehlungen für Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen beschränken sich auf die beiden Sektoren Gesundheit und Sport. Sie schließen auch Empfehlungen für vulnerable, benachteiligte, besonders gefährdete und besonders inaktive Gruppen ein. Darüber sind die in den Bestandsaufnahmen für Erwachsene (18-64 Jahre) und ältere Erwachsene (ab 65 Jahren) dargestellten Empfehlungen auch für diese Zielgruppe relevant.
- Inhaltlich liegt der Schwerpunkt der zielgruppenspezifischen Empfehlungen insbesondere auf strukturellen Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung (z. B. einer Verbesserung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften oder der routinemäßigen Bewegungsförderung durch Gesundheitsfachkräfte). Die Empfehlungen umfassen außerdem Aspekte zur erleichterten Teilnahme an bewegungsförderlichen Aktivitäten (z. B. Zugang zu Sportanlagen) sowie politische Ansätze (z. B. staatliche Förderungen).
- Für eine optimale Umsetzung der Empfehlungen ist eine enge intersektorale Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitssektor und dem Sportsektor notwendig.
- In den Empfehlungen zur Bewegungsförderung für weitere Sektoren, Lebenswelten (z. B. Kommune, Betrieb) oder Interventionsarten (z. B. massenmediale Kampagnen) spielt die Zielgruppe der Erwachsenen mit einer nichtübertragbaren Erkrankung bislang keine explizite Rolle.

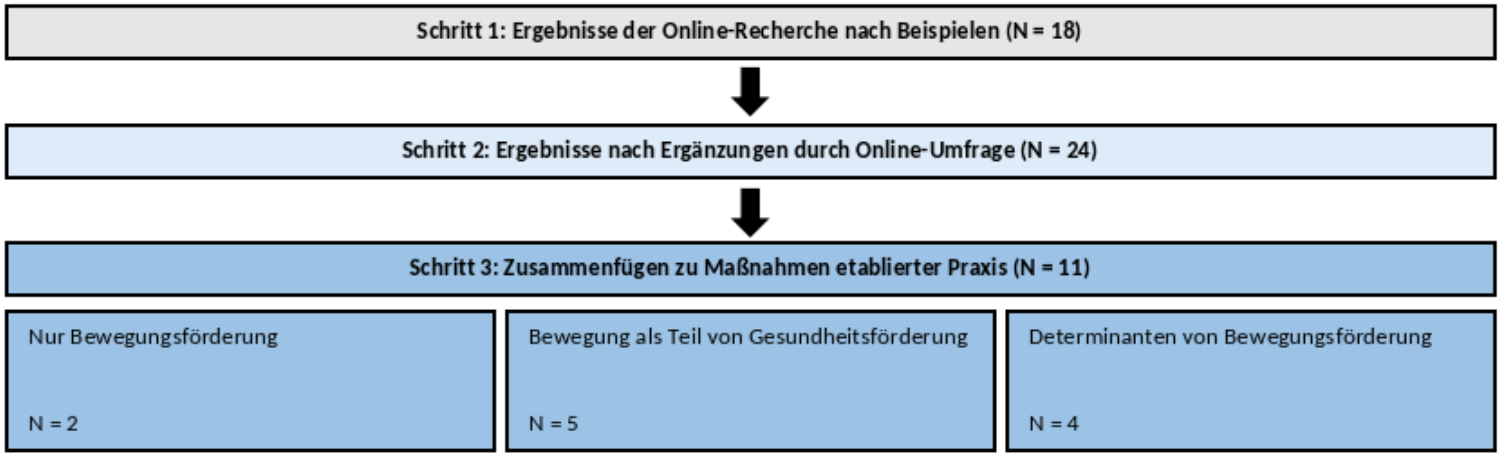
Limitationen

- Die Analyse der Empfehlungen für Bewegungsförderung basiert auf ausgewählten Dokumenten, die eine hohe politische und/oder wissenschaftliche Relevanz haben. Für eine tiefgreifendere Analyse wäre eine Einbeziehung indikationsspezifischer Dokumente (z. B. klinische Leitlinien) und Handlungsempfehlungen für bestimmte Gesundheitsfachkräfte (z. B. Praxisleitlinien Bewegungsförderung im Rahmen der Bewegungstherapie) denkbar.

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

Insgesamt wurden elf Maßnahmen etablierter Praxis der Bewegungsförderung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland identifiziert (Abbildung 7).

Abbildung 7: Flow-Chart zur Recherche etablierter Praxis



Wie in Tabelle 5 dargestellt, konnten verschiedene Typen etablierter Praxis festgestellt werden. Zwei Maßnahmen haben einen Schwerpunkt auf Bewegungsförderung als übergeordnetes Ziel. Fünf Maßnahmen adressieren Bewegung als einen Bestandteil einer Gesundheitsförderungsmaßnahme. Vier Maßnahmen betreffen 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	Sport	2	-	-	2
2	Gesundheit	9	2	5	2

Die detaillierten Ergebnisse sind anhand der entwickelten Kategorien (vgl. Kapitel 3) in den Tabellen 6-7 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 Kurzbeschreibung[11] erläutert.

Sport

Für den Sportsektor wurden zwei Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert (Tabelle 6). Beide dieser Maßnahmen beziehen sich auf Determinanten von Bewegungsförderung (1, 2).

Tabelle 6: Sport

Nr.	Praxis	Beispiele	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
1	Übersichten zu Bewegungs- und Sportangeboten	Bewegungslandkarte	Die Bewegungslandkarte ist eine Übersicht des DOSB zu Sport- und Bewegungsangeboten in Deutschland. Die rund 87.000 Sportvereine in Deutschland können ihre Angebote an einer zentralen Stelle online sammeln und zur Verfügung stellen. Durch die Bündelung der vielfältigen Maßnahmen der Sportvereine an einem Ort soll der Zugang zum Sport für Menschen in ganz Deutschland erleichtert werden. Die Bewegungslandkarte bietet auch eine Übersicht über Rehabilitationssportangebote für Menschen mit chronischen Krankheiten und (drohender) Behinderung. [Link]	Über 45.000 Rehabilitations-sportangebote	Seit 2023	
		Datenbank für Lungensportgruppen der AG Lungensport in Deutschland e.V.	Die Arbeitsgemeinschaft Lungensport in Deutschland e. V. zielt mit ihrer Adressdatenbank darauf ab, eine flächendeckende Übersicht zu wohnortnahen Angeboten für Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen zur Verfügung zu stellen. Lungensportgruppen werden hierbei nicht nur in Gesundheitseinrichtungen, sondern auch in vielzähligen Vereinen angeboten, die die Qualitätsanforderungen des Lungensports nachweisen können. [Link]	Über 1.850 Lungensport-gruppen von mehr als 750 Anbietern		
		Online-Portal für Angebote im Rahmen der Nachsorge des Herzinfarktes und der Koronaren Herzkrankheit (KHK)	Das Online-Portal Herzwegweiser.de bietet eine Übersicht zu wohnortnahen Gesundheitsangeboten für die Nachsorge des Herzinfarktes und der Koronaren Herzkrankheit (KHK) in den Regionen Berlin und Brandenburg. Neben umfassenden und unabhängigen Informationen für betroffene Personen und medizinische Experten können über die Suchfunktion des Portals verschiedene Gesundheitsportkurse wie beispielsweise Herzgruppen oder Entspannungskurse gefunden werden. [Link]	Region Berlin-Brandenburg	Seit 2014	

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

Nr.	Praxis	Beispiele	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
2	Kampagnen zur Bewegungsförderung inkl. Fördermöglichkeiten	Vereinswettbewerb „Bewegung gegen Krebs“	Im Rahmen des Vereinswettbewerbs „Bewegung gegen Krebs“ wird dazu aufgerufen, gemeinsam Menschen zu Bewegung zu animieren. Gefördert werden bei diesem Wettbewerb Aktionstage oder „Vereins-Challenges“ durch den DOSB und die Deutsche Krebshilfe, wobei die kreativsten Beiträge zusätzliche Preise gewinnen können. [Link]		Seit 2014	

Gesundheit

Für den Gesundheitssektor wurden neun Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert (Tabelle 7). Zwei Maßnahmen haben einen starken Fokus auf Bewegungsförderung (3, 5). Fünf Maßnahmen adressieren Bewegung als einen Bestandteil einer Gesundheitsförderungsmaßnahme mit mehreren Interventionselementen (1, 2, 6, 7, 8). Zwei Maßnahmen beziehen sich auf Determinanten von Bewegungsförderung (4, 9). Weitere Maßnahmen im Bereich der Prävention werden in der Bestandsaufnahme für Erwachsene dargestellt (diese richten sich jedoch i. d. R. auch an alle Erwachsene bzw. Erwachsene ohne gesundheitliche Einschränkungen).

Tabelle 7: Gesundheit

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
1	Leistungen zur Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation	Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation	Bewegungsförderung ist ein Kernziel der Rehabilitation. Innerhalb der medizinischen Rehabilitation zielen insbesondere Leistungen aus der Sport- und Bewegungstherapie und aus dem Bereich Information, Motivation und Schulung auf die Förderung nachhaltiger körperlicher Aktivität. Die Sport- und Bewegungstherapie adressiert dabei explizit die Entwicklung individueller Kompetenzen zur Initiierung und Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils. Physiotherapeutische Leistungen fördern v.a. die körperliche Funktionsfähigkeit und tragen damit ebenfalls zur Bewegungsförderung bei.	739.832 stationäre und 143.750 ambulante Leistungen der Deutschen Renten-versicherung (DRV), 190.241 Reha-Fälle der Deutschen Gesetzlichen Unfall-versicherung (DGUV) und		

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
				10.976 Leistungen der Pflegekassen im Jahr 2022		
		Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)	Die EAP ist eine von der DGUV entwickelte ambulante Therapieform. Dabei wird wohnortnah eine intensivierte physiotherapeutische Behandlung durch ein muskuläres Aufbautraining und physikalische Therapie unterstützt. Dabei werden z. B.die körperlichen Voraussetzungen wiederhergestellt, um die Bewegungsempfehlungen umsetzen zu können.	Bundesweit über 550 ambulante Rehabilitations-zentren und jährlich mehr als 30.000 behandelte Personen		
2	Programme zur Bewegungsförderung in der Nachsorge oder als ergänzende Reha-Leistung	Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 64 SGB IX)	Um unter anderem die funktionale Gesundheit zu fördern, zielen der Rehabilitationssport und das Funktionstraining auf Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe ab. Menschen mit Behinderung oder solche, die von Behinderung bedroht sind, werden in die Lage versetzt, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen. Unter anderem kommen dabei Ausdauer- und Krafttraining, Bewegungsspiele oder Entspannungsübungen zum Einsatz.	Bundesweit 100.899 Rehabilitations-sportgruppen (Stand 2024)	Seit 2001	
		Patientenschulung (§ 43 SGB V)	Patientenschulungsangebote gemäß § 43 SGB V zielen darauf ab, chronisch Kranke und ggf. deren Angehörige bzw. ständige Betreuungspersonen in erster Linie zu einem besseren Krankheitsselbstmanagement zu befähigen, sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zu reduzieren oder zu vermindern. Die Vermittlung von Handlungskompetenz und die Förderung der Bereitschaft zur langfristigen Änderung der gesundheitsbezogenen Lebensgewohnheiten (z. B. Bewegung, Ernährung) sind wichtige Teilziele.			
		IRENA® (§ 17 SGB VI)	Die intensivierte Rehabilitationsnachsorge IRENA® ist eine multimodale und interdisziplinäre Nachsorgeleistung, die durch eine Kombination der bereits in der Rehabilitation angewandten Kernelemente Training, Schulung und Beratung definiert ist. Gesundheitsbezogene Verhaltens- und Lebensstiländerungen sowie der adäquate Umgang mit einer Erkrankung sind wichtige Ziele. In der Nachsorge sollen insbesondere Eigenaktivitäten gefördert und damit die in der Rehabilitation geweckten Selbsthilfepotentiale gestärkt werden.	83.197 Leistungen (Stand 2022)		
		Digitale IRENA®	Bei der multimodalen Reha-Nachsorge IRENA® digital werden die Ziele und Inhalte der intensivierten Rehabilitationsnachsorge IRENA® online umgesetzt. Dabei kommen Videos, Bild- und Text-Elementen zum Einsatz. Neben bewegungsbezogenen Therapieübungen kommen Seminare, Vorträge, Schulungen und Entspannungsübungen zur Anwendung. Es besteht regelmäßiger Therapeutenkontakt.	5.771 Leistungen (Stand 2022)		

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
		T-RENA® (§ 17 SGB VI)	Die Trainingstherapeutische Nachsorge T-RENA® ist eine multimodale Nachsorgeleistung, die dem Versicherten helfen soll, das in der Rehabilitationseinrichtung Gelernte in die Zeit nach der medizinischen Rehabilitation zu übertragen und bei der Einleitung etwaiger erforderlicher weiterführender Maßnahmen in ihrem gewohnten Umfeld zu nutzen. Zur Stabilisierung eines gesundheitsfördernden Bewegungs- und Sportverhaltens wird am Wohnort Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer weiter trainiert.	87.333 Leistungen (Stand 2022)		
		Digitale T-RENA®	Bei der unimodalen Trainingstherapie T-RENA® digital werden die Therapieinhalte (Bewegungsübungen und Übungsanweisungen) in Form von Video-, Audio-, Bild- und Textdateien dargestellt. Eine integrierte Feedbackfunktion (Monitoring) ermöglicht es den Therapeuten, die Therapiepläne jederzeit individuell anzupassen.	358 Leistungen (Stand 2022)		
3	Übersichten zu Angeboten des Rehabilitationssports und Funktionstrainings	Kontaktliste für Rehabilitationssport und Funktionstraining	Die DRV veröffentlicht eine Liste mit Ansprechpartnern für Rehabilitationssportgruppen, Herzgruppen und Funktionstrainingsgruppen auf Länderebene. [Link]			
		Versorgungslandkarte der Deutschen Rheuma-Liga	Die Deutsche Rheuma-Liga erleichtert mit der Versorgungslandkarte die Suche nach Rheumaspezialisten in den Regionen. Darin sind auch bewegungsspezifische Angebote enthalten. [Link]	Über 1.000 gelistete Rheuma-Spezialisten	Seit 2015	
		Reha-Sportsuche des DBS	Die Reha-Sportsuche des DBS erleichtert die Suche nach Rehabilitationssportangeboten in den Regionen. [Link]			
		Landkarte zu onkologischen Sport- und Bewegungsangeboten	Die Bewegungslandkarte des Netzwerks OnkoAktiv bietet an Krebs erkrankten Menschen, ehemals betroffenen Personen und onkologischen Fachkräften die Möglichkeit, ein geeignetes wohnortnahes Bewegungs- oder Beratungsangebot zu finden. Die Karte bildet zertifizierte regionale OnkoAktiv-Zentren sowie Trainingsinstitutionen ab, welche definierten Qualitätsstandards unterliegen. Zu solchen Institutionen zählen unter anderem Rehabilitationseinrichtungen, Praxen für Sport- und Physiotherapie, Gesundheits- und Trainingseinrichtungen oder Sportvereine mit onkologischem Angebot. [Link]	275 zertifizierte Zentren und Institutionen in ganz Deutschland		
4	Bewegungsförderung im Rahmen von Selektivverträgen gemäß § 140 a-d SGB V	Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie (OTT®)	Die OTT® bietet ein kontrolliertes und angepasstes Bewegungsprogramm für Menschen mit einer Krebsdiagnose. Unter Anleitung von qualifizierten Sport- und Physiotherapeuten werden Beweglichkeit, Kraft, Koordination und Ausdauer trainiert. Ziel ist es, die individuelle gesundheitliche Situation zu stabilisieren und Therapie-Nebenwirkungen wie Kachexie, Erschöpfung, Müdigkeit etc. entgegenzuwirken. [Link]	Mehr als 100 zertifizierte Einrichtungen	Seit 2012	

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
		FPZ/DVGS OsteoporoseTherapie	Die FPZ/DVGS OsteoporoseTherapie ist eine Symbiose aus digitalen Übungsprogrammen und aktiven Trainingsmaßnahmen. Ziel ist die Verbesserung der Knochenstruktur und Senkung des Sturzrisikos von Osteoporosepatientinnen und -patienten, um hohe Folgekosten von Knochenfrakturen zu vermeiden. Therapieinhalt ist ein individuell angepasstes, progressives Trainingsprogramm ergänzt durch Edukationsmaßnahmen. [Link]	Bundesweit 210 Therapiezentren	Seit 2023	
5	Bewegungsversorgung in der Primärversorgung	Physiotherapie inkl. unterschiedlicher bewegungstherapeutischer Anwendungen (§ 92 SGB V – Heilmittelkatalog)	Im Mittelpunkt der Physiotherapie stehen bewegungstherapeutische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Funktionen des Körpers. Dabei werden z. B. die körperlichen Voraussetzungen wiederhergestellt, um die Bewegungsempfehlungen umsetzen zu können.	67.226.000 Behandlungs-einheiten im 1. Quartal 2024 (Stand 2024)		
		Disease-Management-Programme (DMP)	DMP sind Behandlungsprogramme für Menschen mit chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen. Sie beinhalten aufeinander abgestimmte unterschiedliche Behandlungen, regelmäßige Verlaufskontrollen, aber auch die Beratung und Schulung der Betroffenen im Umgang mit ihrer Krankheit. DMP werden von gesetzlichen Krankenkassen in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten angeboten. Das DMP für Diabetes mellitus Typ 2 empfiehlt z. B. als Basistherapie die nachhaltige Integration von körperlicher Aktivität in den Lebensstil. [Link] [Link]	Insgesamt 8.554 Programm-zulassungen mit ca. 7,2 Millionen eingeschriebenen Versicherten (Stand März 2024)	Seit 2002	
7	Bewegungsbezogene Prävention in Pflegeeinrichtungen	Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI	Körperliche Aktivität ist eines der Handlungsfelder zu Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Steigerung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen und damit verbunden die Prävention zusätzlicher Erkrankungen ist das primäre Ziel. Zum Einsatz kommen Bewegungsprogramme in Gruppen mit Konzepten zur Förderung der körperlichen Aktivität im Alltag.	101.119 direkt erreichte Pflegebedürftige in 2.529 stationären Pflegeeinrich-tungen (Stand 2022)		
8	Programme zur Bewegungsförderung als digitale Gesundheits-anwendung	-	Digitale Gesundheitsanwendungen unterstützen die Behandlung von Krankheiten sowie die Förderung einer selbstbestimmten gesundheitsförderlichen Lebensführung. Dabei kann Bewegung ein Behandlungselement sein, um dieses Ziel zu erreichen. Das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) listet zertifizierte digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) auf, die von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet werden können. [Link]	13 von 64 aufgenommene DiGAs im Verzeichnis der BfArM mit Bewegungsbezug (Stand August 2024)	Seit 2019	
9	Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung	-	Die sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung identifiziert mögliche Risiken für ein fatales Ereignis bzw. ein erhöhtes Verletzungs-/Überlastungsrisiko bei			

Nr.	Praxis	Beispiel	Kurzbeschreibung	Reichweite	Dauerhaftigkeit	Effektivität
			sportlicher Betätigung frühzeitig. Sie versucht mögliche kardiometabolische bzw. muskuloskelettale Risiken körperlicher Aktivität zu minimieren. Eine solche Vorsorgeuntersuchung kann auch für Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen die Basis für eine bewegungsbezogene Beratung darstellen sowie den Status quo der körperlichen Leistungsfähigkeit dokumentieren.			

Schlussfolgerungen

- Maßnahmen etablierter Praxis wurden ausschließlich für die Bereiche Gesundheit (n=9) und Sport (n=2) identifiziert. Den anderen Bereichen, z. B. Kommune oder Betrieb, konnten (auch nach der Online-Umfrage) keine Maßnahmen etablierter Praxis zugeordnet werden.
- Ein Großteil der Maßnahmen etablierter Praxis bezieht sich auf Bewegung als Teil von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (n=5).
  Nur ein geringer Teil der Maßnahmen adressiert direkt Bewegungsförderung (n=2) oder Determinanten von Bewegungsförderung (n=4).
- Die Reichweite, Dauerhaftigkeit und Effektivität (Wirksamkeit) der Maßnahmen etablierter Praxis (bzw. der identifizierten Beispiele) 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 für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland ermöglichen. Kooperationen von Wissenschaft und Praxis könnten dabei helfen, Strategien zur Erhöhung der Reichweite, Dauerhaftigkeit und/oder Effektivität zu entwickeln.

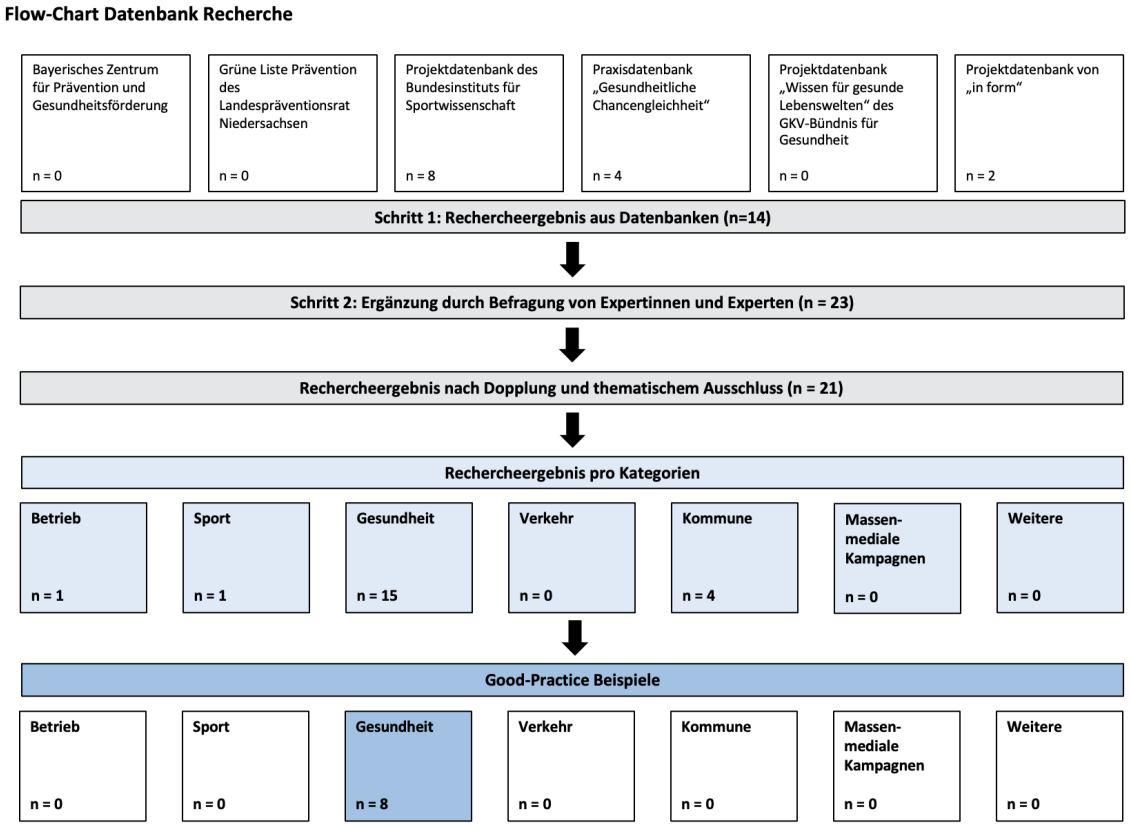
Limitationen

- 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 (inkl. Beispiele) geben, die mit diesem systematischen Vorgehen nicht identifiziert werden konnten.
- Im Bereich Gesundheit konnten im Vergleich zum Sport mehr Maßnahmen identifiziert werden, die das Ziel der Bewegungsförderung verfolgen. Dies kann z. B. auf die Verfügbarkeit von Informationen zu den Maßnahmen zurückgeführt werden. Die Sichtbarkeit von Maßnahmen ist unter anderem davon abhängig, wie die Organisationen die Informationen auf ihren jeweiligen Websites platzierten.
- Manche Maßnahmen ließen sich nicht eindeutig einer Kategorie zuordnen, da sie an der Schnittstelle verschiedener Settings, Sektoren oder Ebenen agieren (z. B. durch Gesundheitsfachkräfte angestoßene Maßnahmen, die im Sportsektor umgesetzt werden). Ebenso war die Zuordnung der Maßnahmen etablierter Praxis in die Typologie nicht immer eindeutig möglich, da sich die Schwerpunkte der identifizierten Beispiele teilweise voneinander unterscheiden (z. B. Schwerpunkt auf Bewegungsförderung vs. Determinanten von Bewegungsförderung). Für einzelne Maßnahmen wäre somit auch andere Zuordnungen möglich gewesen.

Kapitel 5: Beispiele guter Praxis

In der Datenbankrecherche wurden zunächst 14 Projekte zur Bewegungsförderung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen identifiziert (Abbildung 8). Neun Projekte wurden durch die Online-Umfrage ergänzt. Nach Ausschluss von Dopplungen und thematisch nicht passenden Projekten wurden die Daten von 21 Projekten extrahiert. Mehr als die Hälfte der Projekte verortetet sich im Setting Gesundheit. Als Beispiele guter Praxis wurden acht Projekte aus dem Bereich Gesundheit identifiziert. Alle acht Beispiele guter Praxis erfüllen das Qualitätskriterium "Effektivität", unterscheiden sich allerdings in den nachgewiesenen Effekten (z. B. Steigerung der körperlichen Aktivität, Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit, Wissenssteigerung).

Abbildung 8: Flow-Chart zur Datenbankrecherche. N = Anzahl der Projekte



Gesundheit

Alle acht Beispiele guter Praxis wurden dem Gesundheitssektor zugeordnet. Detaillierte Informationen und die Bewertung der Qualitätskriterien sind Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8: Beispiele guter Praxis

Nr.	Projektname	Kurzbeschreibung	Effekte/Wirksamkeit (Outcome)	Teilnehmende	Zielgruppen-erreichung	Laufzeit	Dauerhaftigkeit wird vorbereitet
1	Sport- und Bewegungs-förderung in der medizinischen Rehabilitation (VIN-CET)	Das Projekt VIN-CET zielt auf die Unterstützung der Regelmäßigkeit und Langfristigkeit von sportlicher Aktivität im Anschluss an eine Rehabilitationsmaßnahme ab. Auf Grundlage handlungspsychologischer Erkenntnisse wird die kardiologische Sport- und Bewegungstherapie um motivationale Maßnahmen und volitionale Interventionsformen ergänzt. Das Projekt wurde von der Eberhard Karls Universität Tübingen entwickelt und durch die Deutsche Rentenversicherung Bund und Rheinland-Pfalz gefördert. [Link]	Gesteigerte körperliche Aktivität nach zwölf Monaten, verbesserte gesundheitsbezogene Lebensqualität (*Methodik*: Fragebögen, Intervention-Kontrollgruppe) [Link]	485 Teilnehmende in Evaluation (inklusive Kontrollgruppe)		Keine Angabe	
2	MS-bewegt	Das Projekt MS-bewegt basiert auf einer Online-Plattform, durch welche Personen mit Multipler Sklerose eine professionelle Betreuung durch Sport- und Physiotherapeuten erhalten. Es zielt darauf ab, Personen mit Multipler Sklerose dabei zu unterstützen, mehr Bewegung in den Alltag zu integrieren. Zum anderen schafft es geeignete Strukturen und Handlungsmöglichkeiten, die es Personen mit Multipler Sklerose ermöglichen, von den positiven Wirkungen gezielter Bewegung und Gesundheitssport zu profitieren. Das Projekt wurde von der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg gemeinsam mit mehreren Kooperationspartnern entwickelt und von der Techniker Krankenkasse Baden-Württemberg gefördert. [Link]	Gesteigerte körperlich-sportliche Aktivität, verbesserte bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz, gesteigerte Mobilität, verminderte Fatigue, verbesserte Lebensqualität (*Methodik*: Akzelerometrie & Fragebögen, Intervention-Kontrollgruppe) [Link]			2017 – 2020	

3	Beschäfti-gungsfähigkeit teilhabe-orientiert sichern (Betsi)	Das Projekt Betsi zielt auf die Implementierung einer berufsbegleitenden Maßnahme zur dauerhaften Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit ab. Die Zunahme einer bestehenden Bedrohung der Erwerbsfähigkeit durch riskantes Gesundheitsverhalten sollte abgewendet bzw. reduziert und die Lebensqualität und gesundheitsbewusstes Verhalten erhöht werden. Das Projekt wurde vom Institut für Rehabilitationsforschung NORDERNEY an den Standorten Bad Rothenfelde und Enneptal gemeinsam mit der der DRV und der Medizinischen Hochschule Hannover sowie der Universität Würzburg durchgeführt. Der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung Norderney e. V. und die DRV förderten das Projekt. [Link]	Reduktion von gesundheitsbezogenen Risikofaktoren, Reduktion von Übergewicht, gesteigerte Bewegung, verbesserter Gesundheitszustand, Verbesserung von arbeitsbezogenen Bewältigungsmustern (*Methodik:* Fragebögen, Prä-Post-Vergleich) [Link]	249 Teilnehmende in Evaluation eingeschlossen		Jan 2009 – Okt 2011	
4	MAKS® Therapie	MAKS® steht für motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, sozial und zeichnet sich durch eine nicht-medikamentöse Mehrkomponententherapie für Personen mit Demenz aus. Das Programm richtet sich sowohl an Erwachsene, die bereits eine ausgeprägte nichtübertragbare Erkrankung haben, als auch an ältere Erwachsene. Im Mittelpunkt der Gruppentherapien steht die langfristige und wirksame Förderung von kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten sowie die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und der Lebensqualität. Das Projekt wurde am Universitätsklinikum Erlangen entwickelt. [Link]	Verbesserte Kognition, verbesserte ADL-Fähigkeit (*Methodik*: Fragebögen, funktionelle Assessments, Intervention-Kontrollgruppe) [Link]	362 Teilnehmende in Evaluation eingeschlossen		Apr 2015 – Mar 2017	
5	M.O.B.I.L.I.S.	Das Projekt M.O.B.I.L.I.S. (Multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung) ist ein 12-monatiges Programm zur Veränderung des Bewegungs- und Ernährungs-verhaltens für Personen mit Adipositas (BMI 30-40). Die psychologische Grundlage stellt das im Rahmen des MoVo-Konzepts entwickelte Programm „MoVo-LIFE“ dar, durch welches eine Umstellung der körperlichen Aktivität und des Ernährungsverhaltens erreicht werden soll. Das Projekt wurde am Universitätsklinikum Freiburg in Zusammenarbeit mit der Sporthochschule Köln, der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg und der Universität Freiburg entwickelt. [Link]	Erhöhte körperliche Aktivität, Reduktion des BMI [Link] Gewichtsreduktion, Verbesserung des Hüftumfangs und der körperlichen Fitness [Link] (*Methodik*: Fragebögen, Untersuchungsprotokolle, Prä-Post-Vergleich)	316 Teilnehmende (inklusive Kontrollgruppe) 5884 Teilnehmende		2004 - 2018	

6	CARE-for-CAYA	Das Projekt CARE-for-CAYA adressiert Personen, die eine Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- oder jungen Erwachsenenalter überstanden haben. Ziel des Projekts ist es, die Nachbetreuung zu verbessern und damit langfristig Folgeerkrankungen zu reduzieren oder zu verhindern. Das Projekt wurde federführend am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in Zusammenarbeit mit Konsortialpartnern entwickelt und in 14 Zentren deutschlandweit aufgebaut. [Link]	Erhöhte sportliche Aktivität (*Methodik*: Fragebögen, Akzelerometrie, medizinische Assessments) [Link]	791 Teilnehmende in Evaluation		Dez 2017 – Nov 2021	
7	MoVo-Lisa	Das Projekt MoVo-LISA (Lebensstil-Integrierte Sportliche Aktivität) ist eine aus insgesamt 5 Modulen bestehende Intervention und zielt darauf ab, Bewegung als einen festen Bestandteil des Alltags von Patienten in der stationären Rehabilitation zu verankern. Um dieses Ziel nachhaltig zu sichern, werden den Patientinnen und Patienten motivationale Handlungsvoraussetzungen und volitionale Umsetzungskompetenzen vermittelt. Das Projekt wurde an der Universität Freiburg entwickelt und durch randomisiert-kontrollierte Studien wissenschaftlich überprüft. Die DRV förderte das Projekt. [Link] [Link]	Gesteigerte sportliche Aktivität, Abnahme des Schmerzerlebens [Link] Verbessertes Bewegungsverhalten (auch nach zwölf Monaten) [Link] Gesteigerte körperliche Aktivität, Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustands [Link] Gesteigerte körperliche Aktivität (auch nach zwölf Monaten) [Link] (*Methodik*: Fragebögen, Intervention-Kontrollgruppe)	403 Teilnehmende (inklusive Kontrollgruppe) 220 Teilnehmende (inklusive Kontrollgruppe) 112 Teilnehmende (inklusive Kontrollgruppe) 202 Teilnehmende (inklusive Kontrollgruppe)		Feb 2005 - Jan 2008	
8	MoVo-BnB	Das Projekt MoVo-BnB ist eine evidenzbasierte Patientinnenschulung für an Brustkrebs erkrankte Frauen auf Basis des MoVo-Konzepts. Es zielt darauf ab, die körperliche Aktivität nachhaltig zu erhöhen sowie verschiedene Anregungen für gezielte und effektive Nachsorge zu bieten. Das Projekt wurde an der pädagogischen Hochschule Freiburg entwickelt. [Link] [Link]	Gesteigerte körperliche Aktivität (*Methodik*: Fragebögen, Intervention-Kontrollgruppe) [Link]	545 Teilnehmer-innen in Evaluation (Inklusive Kontrollgruppe) [Link]		Jan 2015 - Jan 2018	

Schlussfolgerungen

- Von den 21 berücksichtigten Projekten wurden für acht Projekte die Effektivität nachgewiesen. Alle Projekte guter Praxis wurden von Universitäten oder Hochschulen entwickelt oder mitentwickelt. Durch Kooperationen von Wissenschaft und Praxis (die durch entsprechende Förderlinien initiiert werden könnten) könnte eine größere Anzahl an Projekten hinsichtlich ihrer Effektivität evaluiert werden.
- Die Projekte wurden ausschließlich im Setting Gesundheit identifiziert. Die Projekte guter Praxis adressieren Erwachsene in Rehabilitations-einrichtungen und solche mit Neubildungen, Multipler Sklerose, Demenz, Adipositas sowie gesundheitsrelevanten Risikoverhaltensweisen.

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.
- Manche Projekte ließen sich nicht eindeutig einer Kategorie zuordnen, da sie an der Schnittstelle verschiedener Settings, Sektoren oder Ebenen agieren (z. B. durch Gesundheitsfachkräfte angestoßene Maßnahmen, die im Sportsektor umgesetzt werden).
- 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 vielschichtiges Thema, für das verschiedene politische Sektoren und Ebenen von Relevanz sind. Dazu gehören staatliche und nichtstaatliche Organisationen[12] auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, die das Bewegungsverhalten von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen 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 9 gibt einen Überblick über die aktuelle Situation in Deutschland. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich die Bedeutung einzelner Akteure für die Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen teils deutlich voneinander unterscheidet, ebenso wie ihr Fokus auf das Thema Gesundheit und das Ausmaß ihrer tatsächlichen politischen Aktivität in diesem Bereich[13].

Tabelle 9: Übersicht ausgewählter relevanter Akteure für Bewegungsförderung

	Bundesebene	**Länderebene**	**Kommunale Ebene**
Sport	*Staatliche Organisationen*:* • Bundesinstitut für Sportwissenschaft • Bundesministerium des Inneren und für Heimat *Nichtstaatliche Organisationen:* • Bundesverband Gesundheitsstudios Deutschland e.V (BVGSD) • Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) • Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs) • Deutscher Behindertensportverband (DBS) • Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB) • Mitgliedsverbände des DOSB	*Staatliche Organisationen*:* • Sportministerien der Länder • Sportministerkonferenz (Breitensport) *Nichtstaatliche Organisationen:* • Landessportbünde/-verbände	*Staatliche Organisationen*:* • Arbeitsgemeinschaft Deutscher Sportämter (ADS) • Sportämter *Nichtstaatliche Organisationen:* • Fitness- und Gesundheitsstudios • Kommunale Sportbünde • Sportvereine und ambulante Rehabilitationssportgruppen

[12] Darüber hinaus können Organisationen mit öffentlichem Auftrag als eigener Organisationstyp angesehen werden. Die entsprechenden Organisationen - wie z. B. die Nationale Präventionskonferenz - werden in Tabelle 16 in der Kategorie „staatliche Organisationen“ dargestellt.

[13] Alle Organisationen werden in der Tabelle nur einmal genannt. Manche Organisationen sind in mehreren Sektoren / Lebenswelten aktiv. In diesen Fällen wurden sie der Kategorie zugeordnet, zu der sie die meisten Bezüge haben.

	Bundesebene	Länderebene	Kommunale Ebene
Gesundheit	*Staatliche Organisationen*:* • Bundesministerium für Gesundheit (federführende Zuständigkeit) • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) • GKV-Bündnis für Gesundheit • IN FORM-Geschäftsstelle • Krankenkassen / GKV-Spitzenverband / Kassenärztliche Bundesvereinigung • Nationale Präventionskonferenz • Robert-Koch-Institut (RKI)	*Staatliche Organisationen*:* • Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden • Gesundheitsministerien der Länder • Gesundheitsministerkonferenz • Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit • Landesgesundheitskonferenzen • Landeszentren/-ämter für Gesundheit	*Staatliche Organisationen*:* • Bündnisse für gesunde Städte • Gesunde-Städte-Netzwerk • Gesundheitsämter / Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) • Kommunale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen
	Nichtstaatliche Organisationen: • Betriebskrankenkassen Dachverband e. V. (BKK) • Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe • Bundesärztekammer (BÄK) • Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) • Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) • Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. • Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) • Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e. V. (DGRW) • Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) • Deutscher Verband für Gesundheitssport & Sporttherapie (DVGS) • Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF) • Medizinische Fachgesellschaften • Verband der Privaten Krankenversicherungen (PKV-Verband)	*Nichtstaatliche Organisationen:* • Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE) • Landesärztekammern (LÄK) • Landesvereinigungen für Gesundheit	*Nichtstaatliche Organisationen:* • Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen • Hausärztliche und fachärztliche Praxen • Krankenhäuser • Pflegeeinrichtungen • Physiotherapiepraxen • Selbsthilfegruppen

*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 Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen relevant sind (Tabelle 10). Die Liste beinhaltet Dokumente, die einen Schwerpunkt auf die Zielgruppe der Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen legen sowie weitere Dokumente mit einem weiteren Blick auf Bewegungsförderung, in denen Erwachsene mit einer nichtübertragbaren Erkrankung an ausgewählten Stellen berücksichtigt werden.

Tabelle 10: Zentrale politische Aktionspläne, Leitfäden und Empfehlungen

Nr.	Dokument	Sektoren/Lebenswelten	Ziel bzgl. Bewegungsförderung	Ausgewählte Details zu Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen
1a	Nationaler Aktionsplan IN FORM (2008)	Gesundheit	Erwachsene sollen gesünder leben	Zielgruppenorientierung bei Aktivitäten Menschen mit chronischen Erkrankungen als Zielgruppe im Handlungsfeld 3 „Bewegung im Alltag“ Schaffung von Motivation und Anreizen für Bewegung im Alltag, inklusive institutionalisierter körperlicher Aktivität z. B. beim Rehabilitationssport
1b	Nationaler Aktionsplan IN FORM – Weiterentwicklung (2021)	Gesundheit	Förderung der Gesundheitskompetenz mit dem Fokus auf Bewegung; Erwachsene sollen gesünder leben	Verbreitung von Wissen über den Nutzen von Bewegung für die Gesundheit, über Aufklärung zu Umfang und Intensität der körperlichen Aktivität sowie über Motivation zur Umsetzung der Bewegungsempfehlungen im Alltag Stärkere Verbreitung der „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ Zentrale Steuerung durch Bündelung qualitätsgesicherter Ansätze und Förderung von Kooperationen Bedarfsgerechte Ansprache/Schwerpunktsetzungen für einzelne Zielgruppen Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen als Zielgruppe einer Maßnahme des im Rahmen von IN FORM gestarteten Förderschwerpunkts Bewegung und Bewegungsförderung
2	DRV Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (2009)	Gesundheit	Gesundheit und darunter Bewegung nach der Rehabilitation zu verstetigen und in den Alltag zu integrieren	Gesundheit bestmöglich erhalten oder verbessern Physiotherapie und Sport- und Bewegungstherapie sollen zur nachhaltigen, regelmäßigen Bewegungsausübung motivieren Förderung der Motivation zu gesundheitsförderlichen Entscheidungen über den Lebensstil Langfristige Sicherung der Rehabilitationseffekte
3	DRV Verhaltens-medizinisch orientierte Rehabilitation (2014)	Gesundheit	Abbau von psychischen und somatischen Funktionseinschränkungen innerhalb eines Gruppenangebots, unter anderem in einer Bewegungskompetenzgruppe	Vermittlung eines positiven Zugangs zu Bewegung in Alltag Verwendung von edukativen Mitteln und Pläne für eine langfristige Umsetzung im Alltag Wohnortnahe Bewegungsmöglichkeiten identifizieren

Nr.	Dokument	Sektoren/Lebenswelten	Ziel bzgl. Bewegungsförderung	Ausgewählte Details zu Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen
4	Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (2016)	Gesundheit	Formulierung evidenzbasierter Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen (18-65 Jahre)	Vgl. Darstellung der Empfehlungen für Bewegung (Kapitel 1) und Empfehlungen für Bewegungsförderung (Kapitel 3)
5	DRV Rahmenkonzept zur Nachsorge (2019)	Gesundheit	Stabilisierung und Verstetigung von Verhaltens- und Lebensstiländerungen nach der Rehabilitation, darunter auch die Verstetigung von Bewegung	Sicherung der Nachsorge nach der Rehabilitation Förderung der Motivation zu einer nachhaltigen Lebensstiländerung Anpassung an berufliche Herausforderungen Orientierung am biopsychosozialen Modell IRENA/RENA/TRENA Eingliederung in bestehende Bewegungsangebote Zusammenarbeit von Reha- und Nachsorgeeinrichtungen
6	BAR ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation – Rahmenempfehlungen allgemeiner Teil (2021)	Gesundheit	Wiederherstellung der Gesundheit und Befähigung zur Partizipation am täglichen Leben	Selbstbefähigung zur Verhaltensänderung wird durch Beratung, Anleitung und Unterstützung zu gesundheitsförderlichem Verhalten angestoßen Unter anderem sind die Information und Motivation zur Lebensstilveränderung und ein verbesserter Umgang mit der (chronischen) Erkrankung wesentliche Behandlungselemente von Physiotherapie, Sporttherapie und Patientenschulungsprogrammen
7	BAR Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining (2022)	Gesundheit	Sport und Bewegung in der Gruppe als unterstützende Maßnahme im rehabilitativen Prozess, um positiv auf eine vorhandene Krankheit bzw. Behinderung einzuwirken und zu einem gesundheitsbewussten und -fördernden Lebensstil beizutragen	Stärkung von Ausdauer und Kraft, Verbesserung der Koordination, Flexibilität, und des Selbstbewusstseins sowie Förderung der funktionalen Gesundheit durch Rehabilitationssport; Unterstützung der Schmerzlinderung, der Bewegungsverbesserung und der Krankheitsbewältigung durch Funktionstraining; Förderung der funktionalen Gesundheit spezifisch bei Personen mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen; Motivation und Befähigung zur langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Durchführung von Bewegungstraining; Gemeinsames Üben in festen Gruppen als Voraussetzung, um gruppendynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken
8*	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) (2015)	Betrieb Sport Gesundheit Kommune	Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten Gesund aufwachsen: Bewegung	Gesundheitsziele: Frühes Erkennen und Behandeln von an Diabetes mellitus Typ 2 Erkrankten; Erhöhung der Lebensqualität und Senkung der Mortalität von Personen mit Brustkrebs; Verhindern, frühes Erkennen und nachhaltige Behandlung von depressiven Erkrankungen; gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken;
9*	Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen	Betrieb	Qualitätsorientierte Bewegungsförderung in Lebenswelten	Beratung von Betrieben zum Thema Prävention und Rehabilitation durch die gesetzlichen Rentenversicherungsträger

Nr.	Dokument	Sektoren/Lebenswelten	Ziel bzgl. Bewegungsförderung	Ausgewählte Details zu Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen
	Präventionskonferenz (2018)			
10*	Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbands (2020)	Gesundheit	Bewegung als Gesundheitsziel; Verbesserung des Gesundheitszustandes und -verhaltens der Menschen	- Präventive bewegungsförderliche Maßnahmen richten sich an gesunde Erwachsene auch mit gesundheitlichen Risikofaktoren aber ohne behandlungsbedürftige Erkrankungen des Bewegungsapparats.
11*	Nationaler Radverkehrsplan 3.0 (2021)	Verkehr	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)	-
12*	Konsenspapier „Runder Tisch Bewegung und Gesundheit“ (2024)	Betrieb Sport Gesundheit Kommune Verkehr	Ergebnisse eines sektorübergreifenden Dialogs in der Form von vereinbarten Maßnahmen zwischen den Stakeholdern zur Stärkung der Bewegungsförderung	-

* Diese Dokumente legen keinen Schwerpunkt auf die Zielgruppe der Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen. Es handelt sich um Dokumente mit einem weiteren Blick auf Bewegungsförderung in denen Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen an ausgewählten Stellen berücksichtigt werden.

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.

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 -vertreter 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 Erwachsene mit nichtübertragbaren bzw. chronischen Erkrankungen[14] durch diese Instrumente erhoben werden. Diese Informationen werden insbesondere durch die Factsheets der Europäischen Union und des WHO Regionalbüros für Europa, das Health Enhancing Physical Activity Policy Audit Tool (HEPA-PAT) sowie den Physical Activity Environment Policy Index (PA-EPI) erhoben (Bull et al. 2015; Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa 2015, 2018, 2021; Woods et al. 2022):

- Informationen zu Nationalen Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit chronischen bzw. nichtübertragbaren Erkrankungen
- Personen bzw. Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen als Zielgruppe politischer Maßnahmen oder konkreter Programme / Interventionen zur Bewegungsförderung[15]
- Politische Maßnahmen im Gesundheitssektor zur Förderung von körperlicher Aktivität für Risikogruppen wie z. B. Personen mit Diabetes

Im Gegensatz zu anderen Zielgruppen wird in den Instrumenten nicht abgefragt, ob Daten zum Bewegungsverhalten von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen erhoben werden bzw. welcher Prozentsatz der Zielgruppe das empfohlene Maß an körperlicher Aktivität erreicht (Prävalenz). Ebenso gibt es in den Instrumenten keine separaten Abschnitte, die sich schwerpunktmäßig auf diese Zielgruppe beziehen (während z. B. für ältere Erwachsene Daten zu zielgruppenspezifischen Programmen oder Projekten zur Förderung von körperlicher Aktivität auf kommunaler Ebene erhoben werden).

Im Nationalen Präventionsbericht werden Erwachsene mit chronischen Erkrankungen sowie deren Kinder an verschiedenen Stellen als relevante Zielgruppe erwähnt. Inhaltlich haben die jeweiligen Stellen jedoch einen breiten Blick auf Gesundheitsförderung (z. B. als Zielgruppe von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen, in Bezug auf digitale Gesundheitskompetenz oder die schwere Erreichbarkeit der Zielgruppe durch digitale Angebote während der COVID-19 Pandemie); es wird jedoch kein spezifischer Bezug zu Bewegungsförderung hergestellt (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 Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen (Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) 2021).

[14] Die Instrumente zum Monitoring von Maßnahmen zur Bewegungsförderung verwenden i. d. R. den Begriff „chronische Erkrankungen“ und nicht „nichtübertragbare Erkrankungen“.

[15] Für Datenerhebungen auf lokaler Ebene erfasst das Instrument CAPLA-Santé ebenfalls Informationen zu politischen Maßnahmen für Patienten mit nichtübertragbaren Erkrankungen.

Schlussfolgerungen

- Relevante Kompetenzen für die Bewegungsförderung von Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen 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 Erwachsenen in Deutschland bzw. definieren deren Rahmenbedingungen. Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen werden dabei insbesondere in Dokumenten aus dem Bereich Gesundheit explizit adressiert. Politische Dokumente aus den anderen Lebenswelten bzw. Sektoren beinhalten teils allgemeinere Forderungen nach bedarfsgerechten Ansprachen oder nach Schwerpunktsetzungen für spezielle Zielgruppen, ohne dabei Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen explizit aufzuführen. Ein systematisches und regelmäßiges Monitoring der Politik zur Bewegungsförderung in Deutschland 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. Bei der Einführung eines systematischen Monitorings von Politik und von Maßnahmen zur Bewegungsförderung in Deutschland sollte die Zielgruppe Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen explizit berücksichtigt werden.
- Um die Politik zur Bewegungsförderung in Deutschland zu stärken, sollten die Aktivitäten des Runden Tischs ‚Bewegung und Gesundheit' fortgeführt und die Umsetzung der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen des bisherigen Prozesses regelmäßig überprüft werden. Die Zielgruppe der Erwachsenen mit einer nichtübertragbaren Erkrankung sollte hierbei systematisch berücksichtigt werden.

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 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.

Baldus, Angelika; Peters, Stefan; Scheer, Jannik (2024): Bewegungsbezogene Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen. In: *B & G* 40 (2), S. 78–79.

Barker, Joseph; Smith Byrne, Karl; Doherty, Aiden; Foster, Charlie; Rahimi, Kazem; Ramakrishnan, Rema et al. (2019): Physical activity of UK adults with chronic disease: cross-sectional analysis of accelerometer-measured physical activity in 96 706 UK Biobank participants. In: *International journal of epidemiology* 48 (4), S. 1167–1174. DOI: 10.1093/ije/dyy294.

Bock, Freia de; Dietrich, Martin; Rehfuess, 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.

Brawner, Clinton A.; Churilla, James R.; Keteyian, Steven J. (2016): Prevalence of Physical Activity Is Lower among Individuals with Chronic Disease. In: *Medicine and science in sports and exercise* 48 (6), S. 1062–1067. DOI: 10.1249/MSS.0000000000000861.

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 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 (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.

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.

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

Dibben, Grace O.; Gardiner, Lucy; Young, Hannah M. L.; Wells, Valerie; Evans, Rachael A.; Ahmed, Zahira et al. (2024): Evidence for exercise-based interventions across 45 different long-term conditions: an overview of systematic reviews. In: *EClinicalMedicine* 72, S. 102599. DOI: 10.1016/j.eclinm.2024.102599.

Gabrys, Lars; Schaller, Andrea; Peters, Stefan; Barzel, Anne; Berrisch-Rahmel, Susanne; Dreinhöfer, Karsten E. et al. (2024): DNVF Memorandum – Ziele und Methoden bewegungsbezogener Versorgungsforschung. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. DOI: 10.1055/a-2340-1669.

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.

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.

Heidemann, Christin; Scheidt-Nave, Christa; Beyer, Ann-Kristin; Baumert, Jens; Thamm, Roma; Maier, Birga et al. (2021): Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Unter Mitarbeit von Robert Koch-Institut.

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 Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 79 (S 01), S66-S72. DOI: 10.1055/s-0042-123697.

IHME (2020): Global burden of disease. Compare data visualization. Seattle, WA. Online verfügbar unter https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.

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.

Lee, Dong Hoon; Rezende, Leandro F. M.; Joh, Hee-Kyung; Keum, NaNa; Ferrari, Gerson; Rey-Lopez, Juan Pablo et al. (2022): Long-Term Leisure-Time Physical Activity Intensity and All-Cause and Cause-Specific Mortality: A Prospective Cohort of US Adults. In: *Circulation* 146 (7), S. 523–534. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.058162.

Li, Yajie; Li, Xianzhi; Yu, Bin; Li, Jingzhong; He, Ruifeng; Nima, Qucuo; Zhou, Junmin (2022): Association between chronic disease multimorbidity and leisure-time physical activity: Evidence from the China Multiethnic Cohort study. In: *Frontiers in medicine* 9, S. 874456. DOI: 10.3389/fmed.2022.874456.

Marks-Vieveen, Jenny M.; Uijtdewilligen, Léonie; Motazedi, Ehsan; Stijnman, Dominique P. M.; van den Akker-Scheek, Inge; Bouma, Adrie J. et al. (2024): Physical Activity Levels, Correlates, and All-Cause Mortality Risk in People Living With Different Health Conditions. In: *Journal of physical activity & health* 21 (4), S. 394–404. DOI: 10.1123/jpah.2023-0387.

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 Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 79 (S 01), S60-S65. DOI: 10.1055/s-0042-123378.

Pedersen, B. K.; Saltin, B. (2015): Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. In: *Scandinavian journal of medicine & science in sports* 25 Suppl 3, S. 1–72. DOI: 10.1111/sms.12581.

Plass, Dietrich; Vos, Theo; Hornberg, Claudia; Scheidt-Nave, Christa; Zeeb, Hajo; Krämer, Alexander (2014): Trends in disease burden in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. In: *Deutsches Arzteblatt international* 111 (38), S. 629–638. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0629.

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 Arzte des Offentlichen 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.

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

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

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

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2012): Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016).

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.

Woods, Catherine B.; Kelly, Liam; Volf, Kevin; Gelius, Peter; Messing, Sven; Forberger, Sarah et al. (2022): The Physical Activity Environment Policy Index for monitoring government policies and actions to improve physical activity. In: *European journal of public health* 32 (Suppl 4), iv50-iv58. DOI: 10.1093/eurpub/ckac062.

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, Eva Lorenz, Sven Messing, Klaus Pfeifer, Julian Resch, Antonina Tcymbal

Unterstützende Personen:
René Streber, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS)

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