

Kriterienanalyse für ein Gesundheitsziel „Bewegungsförderung“

Autorin und Autoren:

Peters, S.¹, Baldus, A. &¹ Köppel, M.¹ für die Working Group Bewegungsförderung

¹Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V., Hürth-Efferen

Stand: August 2023

Präambel

Seit 2010 widmet sich eine Arbeitsgruppe von Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis der evidenzbasierten „Bewegungsförderung im Alltag“ unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Gesundheit. Ein wichtiges Ergebnis dieser Arbeitsgruppe sind die 2016 veröffentlichten „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ (Rütten & Pfeifer, 2016) des Bundesministeriums für Gesundheit, welche durch den DVGS unterstützt wurden. Diese evidenzbasierten Empfehlungen richten sich an die professionellen Akteurinnen und Akteure, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Organisationen im Feld der Bewegungsförderung. Pfeifer und Rütten (2016, S. 7) schreiben hierzu (verweisend auf den international üblichen Begriff „health-enhancing physical activity“ (Foster, 2000)): „In diesen Empfehlungen wird ‚Bewegung‘ unter der Gesundheitsperspektive betrachtet. Bewegung umfasst demnach alle ‚gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivitäten‘“. Diese sind im internationalen Kontext weiter gefasst als der Begriff „Sport“ und umfassen auch alle körperlichen Aktivitäten über Freizeittätigkeiten (z.B. Sport) hinaus – eben auch Alltagsbewegung, bzw. den bewegungsaktiven Transport sowie Bewegung am Arbeitsplatz, im Beruf oder Haushalt.

Das BMG-geförderte Projekt SAMBA („Systematische Erfassung relevanter Akteure, Berufsgruppen sowie künftige Multiplikatoren in der Bewegungsförderung zur Analyse und Entwicklung eines interdisziplinären Netzwerks zur nachhaltigen Bewegungsförderung“) identifizierte wichtige Schlüsselspieler der Bewegungsförderung. Diese wichtigen Akteurinnen und Akteure, Berufsgruppen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren agieren jedoch in „Verinselung“ – ohne gemeinsame gesundheitspolitische Zielrichtung oder im Austausch (Baldus et al., 2017). Um einen solchen Austausch zu aktivieren, luden das Bundesministerium des Innern und für Heimat und das Bundesministerium für Gesundheit Vertreterinnen und Vertreter von Bund, Ländern, Kommunen und Verbänden am 13.12.2022 zu einem Bewegungsgipfel ein.

Seit Oktober 2022 initiiert das Bundesministerium für Gesundheit zur Bewegungsförderung den „Runden Tisch für Bewegung und Gesundheit“. Teilnehmende am Runden Tisch sind im Wesentlichen alle Bundesministerien, das Bundeskanzleramt, Landesministerien, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sowie das Robert Koch-Institut, Vertreterinnen und Vertreter der Fachministerkonferenz der Länder, Sozialversicherungsträger sowie die Private Kranken- und Pflegeversicherung und auch die BVP, der organisierte Sport, das WHO Collaborating Centre for Physical Activity and Public Health sowie auch der DVGS. Von Geburt bis ins hohe Alter sollten Menschen möglichst körperlich aktiv sein und eigenverantwortlich die Vorgaben der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten & Pfeifer, 2016) bzw. die Empfehlungen

der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu körperlicher Aktivität und sitzendem Lebensstil (WHO, 2020a) erfüllen können.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über beide Empfehlungen für Erwachsene. Für verschiedene Zielgruppen bzw. Lebensphasen gibt es zu den hier dargestellten Empfehlungen kleinere bis größere Abweichungen.

Tabelle 1: Gängige Bewegungsempfehlungen

	Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung	WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour
Aerobe körperliche Aktivität	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 150 Minuten/Woche mit moderater Intensität oder • Mindestens 75 Minuten/Woche mit höherer Intensität oder • Eine entsprechende Kombination und • Gesamtaktivität in mind 10-minütigen Einheiten sammeln 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 150-300 Minuten/Woche mit moderater Intensität oder • Mindestens 75-150 Minuten/Woche mit höherer Intensität oder • Eine entsprechende Kombination
Muskelkräftigende Bewegung	An mind. 2 Tagen pro Woche durchführen	
Sitzen	Lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden und Sitzen regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrechen	

Bei der Diskussion am Runden Tisch geht es insbesondere auch um zwei strukturelle Fragen, die für die Zukunft der Bewegungsförderung in Deutschland entscheidend sind, nämlich den Bedarf für ein nationales Kompetenzzentrum Bewegungsförderung und um die Erforderlichkeit für ein nationales Gesundheitsziel Bewegungsförderung. Hierbei haben sich die Akteurinnen und Akteure am Runden Tisch, die den Bereich der Bewegungsförderung vertreten (BVPG, DOSB, DVGS & WHO CC), gemeinsam eindeutig für ein nationales Gesundheitsziel Bewegungsförderung ausgesprochen.

Die vorliegende Ausarbeitung möchte mit einer Analyse entsprechender Kriterien die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsziels „Bewegungsförderung“ unterstützen. In der folgenden Kriterienanalyse wird „Bewegung“ unter der Gesundheitsperspektive betrachtet. „Bewegung“ umfasst demnach alle „gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivitäten“ (vgl. Rütten & Pfeifer, 2016 bzw. Foster, 2000).

1. Schweregrad: Mortalität

In Europa kommt es Jahr für Jahr zu ca. 1 Mio. Todesfällen durch körperliche Inaktivität (WHO, 2015). Moderate bis intensive körperliche Aktivität reduziert hingegen das Mortalitätsrisiko, wie prospektive Daten aus den USA im Zeitraum von 1988 bis 2018 zeigen. Sofern Personen die gängigen Bewegungsempfehlungen erfüllen, ergeben sich (Lee et al., 2022):

- 19%-21% Reduktion der ursachenübergreifenden Mortalität („all-cause“)
- 22%-31% Reduktion der kardiovaskulären Mortalität
- 15%-20% Reduktion der nicht-kardiovaskulären Mortalität

Eine Metaanalyse von Ekelund et al. (2019) (n = 36.383, 8 Studien) bestätigt bereits für leichte körperliche Aktivität und sedentär verbrachte Zeit einen deutlichen Zusammenhang mit der ursachenübergreifenden Mortalität aller Ursachen. Hingegen konnten Ekelund et al. (2016) ebenfalls zeigen, dass ein relativ hohes Ausmaß moderater körperlicher Aktivität (ca. 60-75 Minuten pro Tag) das erhöhte Mortalitätsrisiko aufheben kann, welches aus einer hohen Sitzzeit resultiert. Auch für muskelkräftigende Aktivitäten zeigt eine aktuelle Metaanalyse (Shailendra et al., 2022) eine 27%ige Risikoreduktion der Mortalität aller Ursachen bei 60 Minuten Kräftigungstraining pro Woche.

2. Schweregrad: Bevölkerungsbezogene Krankheitslast

Marques et al. (2018) untersuchten mit Hilfe der Daten aus dem European Social Survey (n = 30.826, Alter 50,5+/-18,0) den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und chronischen Erkrankungen in Europa. Letztere treten bei Personen, welche regelmäßig körperlich aktiv sind, seltener auf. Im nicht adjustierten Modell ergeben sich für den Zusammenhang zwischen 2- bis 4-maliger körperlicher Aktivität pro Woche und dem Auftreten gesundheitlicher Beschwerden folgende Odds ratios¹:

- Herzprobleme: Männer: 0,57 (0,5-0,65); Frauen: 0,61 (0,54-0,69)
- Bluthochdruck: Männer: 0,69 (0,62-0,76); Frauen: 0,70 (0,63-0,77)
- Diabetes: Männer: 0,62 (0,52-0,73); Frauen: 0,41 (0,34-0,49)
- Krebs: Männer: 0,77 (0,67-0,89); Frauen: 0,79 (0,70-0,89)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hebt in Ihren aktuellen Bewegungsempfehlungen, basierend auf einer umfangreichen Auswertung bestehender Evidenz (WHO, 2020b), ebenfalls die Risikoreduktion von nicht übertragbaren Erkrankungen (NCDs) wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Typ-2 Diabetes, Brust- und Darmkrebs sowie Adipositas hervor. Weiterhin wird die Risikoreduktion bzgl. kognitiver Einschränkungen bzw. dementieller Erkrankungen dargelegt. Im Bereich der psychischen Gesundheit werden außerdem Depression und Angsterkrankungen benannt,

¹ Die Odds Ratio ist ein so genanntes Quotenverhältnis. Ein Wert kleiner 1 bedeutet, dass die Chance, dass ein Ereignis eintritt in dieser Gruppe (hier der körperlich aktiven Gruppe) kleiner ist.

deren Entstehung in einem inversen Zusammenhang mit dem regelmäßigen Ausüben körperlicher Aktivität steht (WHO, 2020a).

3. Verbreitung

Nur ein geringer Prozentsatz (22,6%) der erwachsenen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland erfüllt die gängigen Bewegungsempfehlungen. Betrachtet man lediglich die Empfehlungen zur ausdauerorientierten Aktivität, so werden diese von 48% der erwachsenen Männer und 42,6% der erwachsenen Frauen erfüllt. Zwei Mal pro Woche muskelkräftigende Aktivitäten werden hingegen nur von 31,2% der Männer und 27,6% der Frauen durchgeführt (Finger et al., 2017). Die angeführten Mittelwerte sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass in unterschiedlichen Alters- bzw. Bildungsgruppen die Werte teils deutlich niedriger liegen (vgl. Kap. Chancengleichheit).

Über die Lebensspanne hinweg zeigt sich häufig, dass jüngere Generationen körperlich aktiver sind als ältere. Weil meist Querschnittsdaten zugrunde liegen, lässt dies nicht einwandfrei auf eine längsschnittliche Zunahme von Bewegungsmangel schließen. Huber und Köppel (2017) konnten bei einer Analyse der Sitzzeiten von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 20 Jahren feststellen, dass über die Klassenstufen hinweg die tägliche Sitzzeit nahezu stetig zunimmt.

Aktuelle querschnittliche Auswertungen von Sudeck et al. (2021) können zeigen, dass Personen mit nicht übertragbaren Erkrankungen seltener die gängigen Bewegungsempfehlungen erfüllen als die Gesamtbevölkerung. So sind z. B. lediglich 14,8% (KI: 13,5-16,1) der Personen mit Adipositas so körperlich aktiv, wie es die Bewegungsempfehlungen für Ausdauer- und Kräftigungsaktivitäten nahelegen (vgl. 22,6% in der Gesamtbevölkerung) (Sudeck et al., 2021). Lediglich 1/3 der Menschen über 65 Jahre in Deutschland erfüllt die WHO-Empfehlungen zur körperlichen Aktivität. Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die körperliche Aktivität noch weiter ab und Personen über 80 Jahre sind nur noch halb so aktiv wie Menschen in ihren 60ern (Köppel et al., im Druck). Mit Eintritt in ein Pflegeheim werden über 40% der Menschen längerfristig immobil (Wingenfeld, 2014).

Die COVID-19-Pandemie hatte in den verschiedenen Lebensphasen komplexe und teils sogar gegensätzliche Auswirkungen auf die körperliche Aktivität der Deutschen, welche bei einer differenzierten Betrachtung des Bewegungsverhaltens (Freizeit, Transport, Bewegung in Arbeit und Haushalt) ersichtlich werden (Peters et al., 2021). Daten der GEDA Studie zeigen z. B., dass bei den Erwachsenen 54,7% angeben, genauso viele Wege bewegungsaktiv zurückzulegen wie vor der Pandemie. 15,4% haben ihre aktiven Wegstrecken reduziert, 16,8% diese gesteigert. 23,7% berichten, weniger Sport zu treiben als vor der Pandemie, während 12,1% mehr Sport treiben. 38,1% haben den Umfang des Sporttreibens nicht verändert (Manz & Krug, 2022). In der Gesamtschau kommen Beck et al. (2022) zu dem Ergebnis, dass die Pandemie zu weniger Bewegung in der Bevölkerung führte.

4. Verbesserungspotenzial

Der verbreitete Bewegungsmangel legt nahe, dass durch den gezielten, evidenzbasierten Einsatz von Maßnahmen der Bewegungsförderung ein Verbesserungspotenzial besteht.

Für solche Maßnahmen liegt bei verschiedenen Zielgruppen in verschiedenen Lebenswelten gute bzw. mittlere Evidenz vor (Rütten & Pfeifer, 2016):

- Kinder und Jugendliche: Lebenswelt Schule (gute Evidenz),
- Erwachsene: Betrieb, gesundheitliche Versorgung, häusliches Umfeld (jeweils mittlere Evidenz)
- Ältere Menschen: häusliches Umfeld, kommunale Lebenswelt, gesundheitliche Versorgung (jeweils mittlere Evidenz)
- Menschen mit Vorerkrankungen: gesundheitliche Versorgung (mittlere Evidenz)

Auch im Bereich der Reduktion von sedentärem Verhalten besteht mittlerweile metaanalytische Evidenz, dass individuums- und umweltbezogene Interventionen sowohl die Sitzzeiten im Arbeitskontext als auch in der Freizeit maßgeblich reduzieren (Lam et al., 2021).

5. Volkswirtschaftliche Relevanz

Laut des globalen Status-Reports der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur körperlichen Aktivität (WHO, 2022) werden im Zeitraum zwischen 2020 und 2030 weltweit schätzungsweise 499.208 Millionen neuer Fälle von vermeidbaren nicht-übertragbaren Erkrankungen auftreten. Die daraus resultierenden Behandlungskosten schätzt die WHO auf ca. 27 Milliarden US Dollar (WHO, 2022), sofern die aktuelle Prävalenz körperlicher Inaktivität nicht nennenswert verändert werden kann. 0,3% bis 4,6% der Ausgaben im Gesundheitswesen entstehen in den verschiedensten Ländern weltweit durch verbreitete körperliche Inaktivität (Ding et al., 2017).

Dezidierte Schätzungen zu Mehrkosten für das Gesundheitswesen durch Bewegungsmangel existieren für die Schweiz, wo von 1,6 Milliarden Schweizer Franken ausgegangen wurde (Rütten et al., 2005). Der Global Action Plan on Physical Activity (GAPPA) der WHO konstatiert neben den Gesundheitskosten weitere 14 Milliarden Dollar, welche auf Produktivitätsausfall zurückzuführen sind, ausgelöst durch körperliche Inaktivität (WHO, 2018).

Demgegenüber schätzt eine 2020 publizierte, umfassende Analyse die finanziellen Vorzüge bzgl. des Bruttoinlandsprodukts von Ländern als beträchtlich ein, wenn die erwachsene Bevölkerung die Bewegungsempfehlungen erreicht. Sofern Letzteres der Fall ist, kann laut der mehrstufigen Analyse eine Erhöhung des globalen Bruttoinlandsprodukts von ca. 0,15%-0,24% pro Jahr erfolgen, berechnet über die Verknüpfung von körperlicher Aktivität, Mortalität und Arbeitsproduktivität (Hafner et al., 2020).

6. Ethische Aspekte

Die folgenden Ausführungen erheben nicht den Anspruch, das breite Feld ethischer Aspekte hinsichtlich gesunder Lebensführung des Individuums bzw. der Gesellschaft abzudecken. Es sei im Folgenden lediglich auf einige zentrale Kernthemen eingegangen.

Körperliche Inaktivität belastet das Wohl der Allgemeinheit nachhaltig und zieht hohe Kosten für das Gesundheitswesen nach sich (siehe Kap. 5). Rütten und Pfeifer (2016) beschreiben nach umfassender Sichtung des einschlägigen Forschungsstandes, dass der Nutzen körperlicher Aktivität bei den meisten Menschen gegenüber den Risiken deutlich überwiegt. Bei bestimmten Zielgruppen (z. B. Personen mit Vorerkrankungen) liegen dennoch gewisse gesundheitliche Risiken vor, die aber durch „adäquate Belastungsgestaltung und die passende Form körperlicher Aktivität minimiert werden“ (Rütten & Pfeifer, 2016, S. 51) können. In §1 SGB V (Solidarität und Eigenverantwortung) heißt es „Die Versicherten sind für Ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, (...) dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“

Es liegt in der gesellschaftlichen Verantwortung, möglichst allen Menschen, unabhängig von Ihrem Einkommen, Bildungsstand, Herkunftsland oder sonstiger Attribute, den Zugang zu körperlicher Aktivität zu ermöglichen und sie zu befähigen, regelmäßig und überdauernd gesundheitswirksam körperlich aktiv zu sein. Autoren der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg haben hierzu sogar eine Debatte für körperliche Aktivität als potenzielles Menschenrecht angestoßen (Messing et al., 2021). In der UN-Kinderrechtskonvention ist in Artikel 31 implizit das Recht auf Bewegung und Sport verankert: „Beteiligung an Freizeit, kulturellem und künstlerischem Leben, staatliche Förderung. Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf Ruhe und Freizeit an, auf Spiel und altersgemäße aktive Erholung (...). Die Vertragsstaaten (...) fördern die Bereitstellung geeigneter und gleicher Möglichkeiten (...) für aktive Erholung und Freizeitbeschäftigung“ (Unicef, 1989, S. 35-36).

Keinesfalls sollte allerdings eine formelle oder informelle Pflicht zu körperlicher Aktivität bestehen. Vielmehr ist eine Befähigung von Menschen anzustreben, dass diese im Sinne der kritischen Gesundheitskompetenz ihr gesundheitsbezogenes Handeln bzw. gesundheitsbezogene Angebote im Gesundheitswesen reflektieren können (vgl. Abel & Benkert, 2022; Hinneburg & Steckelberg, 2018).

7. Chancengleichheit

Deutschlandweit gibt es große Unterschiede im Betreiben körperlicher Aktivitäten je nach Bevölkerungsgruppen; Trendanalysen zeigen, dass diese Unterschiede seit der Jahrtausendwende zunehmen (Hoebel et al., 2017). Auch wenn insbesondere Bildung und Einkommen zu den wichtigsten Dimensionen der sozialen Ungleichheit gehören, gibt es weitere aggravierende Faktoren, darunter:

soziale Herkunft, Geschlechtszugehörigkeit, ethnische Zugehörigkeit und Behinderungen. Personen mit niedrigerem Bildungsniveau sind z.B. genereller seltener aktiv als Personen mit höherem Bildungsabschluss (Finger et al., 2019). Dies gilt bereits für Kinder und Jugendliche der entsprechenden Bildungsgruppen: Zahlen des Robert Koch-Instituts zeigen zudem, dass bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen die Beteiligung in einem Sportverein vom Sozialstatus (der Eltern) abhängt. Während knapp 77,9% (KI: 75,0-80,5) der Jungen mit hohem Sozialstatus in einem Sportverein aktiv sind (Mädchen: 79,1% (KI: 66,5-73,4)), sind es etwas unter 48,7% (KI:42,3-55,2) bei den Jungen mit niedrigem Sozialstatus (Mädchen: 36,0% (30,0-42,4)) (RKI, 2014).

Zu den weiteren Faktoren der gesundheitlichen Chancengleichheit und des Themenkomplexes körperliche Aktivität zählt z.B. der Familienstand: es konnte z. B. empirisch dargelegt werden, dass bei alleinerziehenden Frauen, Bewegungsmangel verbreiteter ist als bei den nicht alleinerziehenden Frauen (Mensink, 2003). Auch zeigen Datensätze, dass Migrantinnen und Migranten weit weniger intensiv körperlich aktiv sind (Abu-Omar et al., 2021). Gemäß dem dritten Teilhabebericht der Bundesregierung trieben 55% der Menschen mit Behinderungen in Deutschland bereits vor der COVID-19-Pandemie keinen Sport (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021). Die Zahlen des Deutschen Behinderten Sportverbandes und Nationalen Paralympischen Komitees (DBS) e.V. untermauern diese statistische Entwicklung, indem ein deutlicher Verlust an Mitgliedern bei den Landesverbänden bzgl. der Gesamtanzahl an Vereinen und Rehasportgruppen in den letzten 3 Jahre dargelegt wird (DBS, 2022). Auch regional zeigen sich große Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz körperlicher Aktivität. Deskriptiv betrachtet, schneiden die neuen Bundesländer hierbei schlechter ab. Während in Mecklenburg-Vorpommern 39,4% der Männer (Konfidenzintervall (KI): 35,1-43,9) die Empfehlungen zu ausdauerorientierter Aktivität der WHO erfüllen, ist dies in Bremen bei 57,9% der Männer der Fall (KI: 51,7-63,9). Bei den Frauen erfüllen in Thüringen 32,8% (KI: 29,5-36,3) die Ausdauerempfehlungen und in Hamburg 48,2% (KI: 45,1-51,3) bzw. in Baden-Württemberg 45,0% (KI: 41,4-48,6) (Finger et al., 2017). Bei digitalen Bewegungsangeboten könnten neue Aspekte der gesundheitlichen Chancengleichheit dazukommen. Eine repräsentative Studie der Techniker Krankenkasse zeigte 2022 auf, dass Personen in Orten mit mehr als 100.000 Einwohnern deskriptiv häufiger digitale Bewegungsangebote während der COVID-19-Pandemie in Anspruch nahmen, als es Menschen taten, die in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern zu Hause sind (TK, 2022).

8. Priorität aus Sicht der Bevölkerung

Wenngleich eine Forschungslücke darin besteht, welche Haltungen in der Bevölkerung zu Bewegung bzw. zu Maßnahmen der Bewegungsförderung vorliegen, scheinen der Themenkomplex Bewegung, sowie dessen Bedeutung für die Gesundheit, eine gewisse Bedeutsamkeit in der Bevölkerung zu haben.

In der groß angelegten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) wurden die Teilnehmenden gefragt „Insgesamt gesehen, wie stark achten Sie auf ausreichend körperliche Bewegung“. 41,1% antworteten hier mit teils/teils bzw. 35,0% mit stark/sehr stark. Besonders hoch scheint die Priorität für Ältere auszufallen. So antworteten 52,3% (KI: 46,6-57,9) der 70-79-jährigen Männer mit stark/sehr stark und 41,8% (KI: 36,8-47,0) der Frauen in dieser Altersgruppe (Krug et al., 2013).

9. Messbarkeit

Zahlreiche Indikatoren können herangezogen werden, um das Erreichen des Gesundheitsziels Bewegungsförderung zu messen. Wichtig erscheinen beispielsweise:

- Prävalenz körperlicher und sportlicher Aktivität im Detailgrad der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Ausdauer- und Kräftigungsaktivitäten, koordinative Aktivitäten, Sitzverhalten)
- Einstellung/Priorität bzgl. körperlicher Aktivität (vgl. Item „(...) wie stark achten Sie auf ausreichend körperliche Bewegung“ (DEGS1, Krug et al., 2013))
- Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz (Sudeck & Pfeifer, 2016; Carl et al., 2020; Lindemann et al., 2022)
- Infrastrukturelle Möglichkeiten bzgl. körperlicher Aktivität (vgl. Rütten et al., 2005).
- Bewegungsfördernde Politik (Policy-Audit-Tool zu gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität, Messing et al., 2022; Gelius et al., 2021).

Zur Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Allgemeinen liegt von Loss et al. (2010) eine Handreichung vor, welche sich auch an Praktikerinnen und Praktiker richtet und Aspekte der Prozessevaluation mitberücksichtigt (Loss et al., 2010).

10. Machbarkeit – Instrumente

In Deutschland existiert eine Vielzahl an Maßnahmen zur Bewegungsförderung in Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung. Für den primärpräventiven Bereich legten Jordan et al. bereits 2012 eine sehr umfassende, wenngleich nicht erschöpfende Übersicht vor. Gleichzeitig wird dabei kritisch angemerkt, dass in der BRD vornehmlich so genannte Einzelinterventionen zum Einsatz kommen und weniger Mehrkomponenten-Interventionen, welche sich als effektiv herausgestellt haben (Jordan et al., 2012).

Im Zuge der Erstellung der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung erarbeiteten Henn et al. (2017) eine Auswahl von Projekten „Guter Praxis“, gegliedert nach den Zielgruppen, wie sie in den Empfehlungen aufgeführt werden. In der medizinischen Rehabilitation

besteht in Deutschland ein hoher Stellenwert der Bewegungstherapie, der unter anderem an deren zeitlichem Anteil von 60,8% an allen Leistungen festgemacht werden kann (Daten der Deutschen Rentenversicherung von 2014: Brüggemann et al., 2018). Dieser hohe Anteil besteht schon länger und hat zuletzt sogar noch zugenommen (Anteil von 59,8% im Jahr 2007 (Brüggemann & Sewöster, 2010)). Die Ausprägung der Konzepte/Maßnahmen in der rehabilitativen Praxis bezüglich der Gewichtung von Bewegungsförderung bzw. einer Ausrichtung auf körperliche Funktionsfähigkeit ist dabei durchaus mannigfaltig (Sudeck et al., 2019), was einen erheblichen Entwicklungsbedarf impliziert (siehe auch Geidl et al., 2022).

Im Bereich der politikbezogenen Bewegungsförderung haben Messing et al. (2022) in der jüngeren Vergangenheit eine umfassende Analyse mittels eines etablierten Policy Audit Tools der WHO durchgeführt (Gelius et al., 2021).

11. Machbarkeit – Akteurinnen und Akteure/Adressaten

In einem Förderprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit wurden 2016/2017 zentrale Akteurinnen und Akteure, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und Berufsgruppen in der Bewegungsförderung in Deutschland ermittelt (Peters et al., 2017; Wäsche et al., 2018). In der qualitativen Analyse ergaben sich insgesamt 128 relevante Akteurinnen und Akteure der Bewegungsförderung in Deutschland, welche den folgenden Gesellschaftsbereichen zugeordnet werden konnten (Baldus et al., 2017):

- Bildung und Forschung
- Familie, Soziales und Umwelt
- Gesundheit
- Medien
- Politik und Verwaltung
- Wirtschaft
- Sport

Für den korrespondierenden Abschlussbericht wurde eine sehr umfassende Übersicht in der Form von Akteurssteckbriefen angefertigt, welche auf der Seite des BMG abrufbar ist, auf die hier verwiesen sei (S. 67ff):

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_SAMBA.pdf

Im Hinblick auf die strukturelle Vernetzung der Akteurinnen und Akteure zeigte sich im SAMBA-Projekt, dass das vorhandene Netzwerk sehr schwach ausgeprägt ist (Baldus et al., 2017). Man kann hier, wie bereits in der Präambel der vorliegenden Kriterienanalyse angesprochen, von „Verinselung“ sprechen.

12. Beteiligungsmöglichkeit von Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten

Bereits seit einigen Jahren wird die Diskussion zur Bewegungsförderung in Deutschland mitgeprägt durch eine dezidierte Stärkung von Beteiligungsansätzen, um Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten und andere Stakeholder vermehrt bei der Entwicklung, Implementierung und Dissemination von Maßnahmen einzubeziehen (vgl. u.a. Gelius et al., 2021; Rütten et al., 2016). Die zugrunde liegenden partizipativen Vorgehensweisen haben sich im Hinblick auf die Nachhaltigkeit bereits bewährt (vgl. Fleuren et al., 2020). Die vom BMG geförderten Projekte KOMBINE und VERBUND haben im Ergebnis gezeigt, dass eine kommunale Dissemination der Nationalen Bewegungsempfehlungen nur mit Partizipation der Bürgerinnen und Bürger gelingt. In der Bewegungstherapie haben die Patientinnen- und Patienten- und Personenorientierung sowie die Ressourcenorientierung eine feste konzeptuelle Verankerung (vgl. Schüle, 1987, Huber, 2011), was Beteiligung begünstigen kann. Moderne Konzepte der Bewegungstherapie setzen hier eine hohe Priorität. Pfeifer und Sudeck (2020, S. 257) konstatieren folglich: „Es geht demnach nicht nur um die Quantität körperlicher Aktivität, sondern auch um die für den Einzelnen passende Aktivitätsform und deren adäquates Maß.“

13. Rechtlicher Rahmen

Bewegung und Bewegungsförderung bzw. Sport-/Bewegungstherapie finden in Deutschland in den verschiedenen Versorgungs- und Handlungsbereichen Anwendung. Tabelle 2 (angepasst nach Scheer et al., 2022) liefert einen Überblick über den entsprechenden rechtlichen und organisationsgebundenen Rahmen.

Tabelle 2: Rechtlicher und organisationsgebundener Rahmen

Bereich	Vereinbarung
Akutversorgung	DRG (Diagnosis Related Groups)/OPS Kap. 9) - > bspw. Vereinbarungen des Medizinischen Dienstes Hessen zu Morbus Parkinson
Stationäre Rehabilitation	Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) 01.07.2016
	Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) in der med. Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund, 2015).
	Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf Grundlage des § 111a SGB V

	12.05.1999 in Verbindung mit § 111c SGB V; Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen 27.03.2020 Kap. Physio-, Bewegungs- und Sporttherapie
Ambulante medizinische Rehabilitation	Indikationsspezifische BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation 01.03.2016 (Diese liegen vor für die onkologische, muskuloskeletale, neurologische, dermatologische und kardiologische Rehabilitation sowie die Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder mit Behinderungen)
	Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) 01.07.2014
	Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf Grundlage des § 111a SGB V 12.05.1999 in Verbindung mit § 111c SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen 27.03.2020 Kapitel Physio-, Bewegungs- und Sporttherapie
Nachsorgeleistungen	BAR-Rahmenvereinbarung zur Durchführung des Rehabilitationssportes und des Funktionstrainings gemäß § 64 SGB IX 01.01.2022
	Rahmenkonzept zur Nachsorge für medizinische Rehabilitation nach § 15 SGB VI in der Fassung vom 01.07.2019 Kapitel IRENA, T-RENA
Integrierte Versorgung gem. §140a SGB V	z. B. Onkologische Trainingstherapie (OTT)
Ergänzende Leistungen	Rahmenempfehlung der Ersatzkassen und ihrer Verbände zur Förderung ergänzender Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V – Rahmenempfehlung Patientenschulung 25.11.2004 bzw. Gemeinsame Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom 2. Dezember 2013 in der Fassung vom 01.02.2022
Prävention	Gemäß dem aktuellen Leitfaden Prävention § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V, § 20 a und § 20 b SGB V mit Handlungsfeldern Bewegungsgewohnheiten und Bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte
	Deutsche Rentenversicherung nach §14 SGB VI (z. B. RV-Fit)
	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherungen (SGB VII, ASchG , ArbStättV) mit Empfehlungen zur Bewegung

Pflege	Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der Fassung vom 27.09.2021, Kapitel 5.4.1 Handlungsfeld Bewegungsgewohnheiten
--------	--

14. Klimapolitische Relevanz

Schlüsselthemen klimafreundlichen Handelns in der Bevölkerung sind z. B. Stadtraumentwicklung und aktiver Transport. Die gemeinsame Erklärung Klimapakt Gesundheit (BMG, 2022) hebt hervor, den Nutzen von Bewegung bzw. Mobilität (Laufen, Radfahren oder Elektromobilität) noch stärker sichtbar zu machen. Zudem verweist die Gipfelerklärung des Bewegungsgipfels des Bundes, der Länder sowie der Kommunen (BMI & BMG, 2022) auf einen Fokus bzgl. aktiver Mobilität sowie den Bau flächendeckender, möglichst vom Kraftfahrzeugverkehr getrennter und sicherer Radinfrastrukturen vor Ort und im Fernradwegenetz. Der genannte aktive Transport erscheint auch für die Bevölkerung gut umsetzbar zu sein. Selbst seit der COVID-19-Pandemie (im Vergleich zum Stand vor der Pandemie) konnten 55% der Bürgerinnen und Bürger das Zurücklegen aktiver Wegstrecken aufrechterhalten. 17% haben den aktiven Transport sogar gesteigert und 15% reduziert (Manz & Krug, 2022). Und der aktive Transport reicht bei vielen Personen sogar aus, um die gängigen Bewegungsempfehlungen zu erfüllen (24% in einer bevölkerungsrepräsentativen Studie (Froböse & Wallmann-Sperlich, 2015)). Hierbei wird auch deutlich, dass Bewegungsförderung und klimafreundliches Handeln Hand in Hand gehen können. Es wird bei Kostenträgern von so genannten „Co-Benefits“ gesprochen (vgl. BKK-Dachverband, 2022). Aktuell konstatieren allerdings Abu-Omar et al. (2020) für Deutschland einen Mangel an öffentlichen Beratungsangeboten zu ökologischen Vorteilen des aktiven Transports.

15. Zusammenfassung: Versorgungslücken und -bedarfe

„(...) [D]ie Prävalenzen von Menschen mit bewegungsarmen Lebensstilen [sind] in Europa im letzten Jahrzehnt weitgehend konstant geblieben. Die gewonnenen Erkenntnisse über die Zusammenhänge von Bewegung und Gesundheit haben offensichtlich die relevanten Zielgruppen in der Bevölkerung in deren Alltagshandeln nur unzureichend erreicht.“ (Rütten & Pfeifer, 2016, S.8). Daher muss relevantes Wissen wirkungsvoll bereitgestellt werden.

Dabei scheint in der Bevölkerung die Bedeutsamkeit von Gesundheit durch Bewegung hoch zu sein – insbesondere bei vulnerablen Gruppen. Diese Diskrepanz weist auf die Notwendigkeit eines nationalen Gesundheitsziels „Bewegungsförderung“ hin.

Versorgungsaspekte

- a) Bewegungsförderung wird aktuell vorwiegend auf den Versorgungsbereich Gesundheitsförderung/Prävention bezogen. Im Hinblick auf nichtübertragbare chronische Erkrankungen (NCDs) muss Bewegung und Bewegungsförderung auch in den Versorgungsbereichen Rehabilitation, Nachsorge und Pflege implementiert werden.
- b) Die Terminologie zu körperlicher Aktivität, Bewegung, Bewegungsförderung, Bewegungstherapie sowie sportlicher Aktivität/Sport ist uneinheitlich.
- c) Es fehlen strukturierte, der aktuellen Evidenz angepassten Maßnahmen zur Bewegungsförderung für alle Zielgruppen und Settings.
- d) Es fehlen bedarfsorientierte, individualisierte und regionale Versorgungsangebote in der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Pflege zur Vermeidung einer Über-, Unter-, Fehlversorgung (fehlende Allokation).
- e) Es fehlt insbesondere in der bewegungsbezogenen Versorgung an Lösungen für die Schnittstellenproblematik von der Akutversorgung in die stationäre/ambulante Rehabilitation sowie Weiterführung in die wohnortnahe Versorgung. Aktuell entstehen durch die Schnittstellenprobleme Versorgungslücken.
- f) Es fehlen insbesondere sektorenübergreifende bewegungsbezogene Versorgungspfade.

Strukturelle Aspekte

- a) Laut Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (2016) fehlen systematische Strukturen, eine Zielagenda zur Stärkung intersektoraler Zusammenarbeit auf Bundesebene, den Ländern sowie Kommunen.
- b) Es fehlen zur Bewegungsförderung Mehrkomponentenansätze.
- c) Es fehlen populationsbezogene Informationsansätze zur Bewegungsförderung zur Verdeutlichung der unterschiedlichen regionalen Bedarfe.
- d) Es fehlen weitestgehend partizipative Ansätze in der Bewegungsförderung für Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten.
- e) Gemäß der Netzwerkanalyse SAMBA (2017) wurden hinsichtlich identifizierter Akteurinnen und Akteure/Berufsgruppen und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Bewegungsförderung für die Netzwerke „Kooperationsstrukturen“ und „Konflikt-/Konkurrenzstrukturen“ keine Beziehungszusammenhänge ausgewiesen. Die Beteiligten sind sehr heterogen und agieren isoliert. Es besteht hinsichtlich einer interagierenden Netzwerkerstellung erhebliches Potential für die Bewegungsförderung.

- f) Es fehlt gemäß Netzwerkanalyse SAMBA eine koordinierende Netzwerk Governance (Nationales Kompetenzzentrum Bewegungsförderung).

Chancengleichheit

- a) In den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung konnten aus Ressourcengründen Menschen mit Behinderungen, sozial Benachteiligte und Schwangere nicht als eigenständige Zielgruppen betrachtet werden, auch ethnische und genderspezifische Aspekte wurden nicht gesondert adressiert. Hier fehlt der entsprechende bewegungsbezogene Versorgungsansatz.
- b) In den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung ist für alle Zielgruppen die Forschungslage zu den Auswirkungen von Interventionen der Bewegungsförderung auf die soziale Gerechtigkeit nicht umfassend vorhanden.
- c) Gerade bei älteren Menschen (insbesondere im Setting Pflege) besteht ein Ungleichgewicht zwischen Bedarf und Versorgungsangebot an körperlicher Aktivität.
- d) Zur Bewegungsförderung müssen die Belange der Menschen mit Behinderungen gemäß § 30 (5) der UN BRK Berücksichtigung finden (vgl. auch Bundesteilhabegesetz).

Ein Gesundheitsziel „Bewegungsförderung“ würde die gesetzliche Grundlage zur Entwicklung der notwendigen politischen, strukturellen, wissenschaftlichen und finanziellen Versorgungsansätze bilden.

Mitarbeit

Diese Kriterienanalyse wurde unter Beteiligung der Working Group Bewegungsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitsziele.de erarbeitet. An der Working Group waren die folgenden Personen beteiligt:

Angelika Baldus	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)
Uwe Dresel	DAK-Gesundheit
Dr. Beate Grossmann	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG)
Julia Junk	GVG / Kooperationsverbund Gesundheitsziele.de
Dr. Mischa Kläber	Deutscher Olympischer Sportbund
Maximilian Köppel	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)
Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider	Vorsitzende des Evaluationsbeirats von Gesundheitsziele.de

Dr. Silke Penning-Schulz	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Dr. Stefan Peters	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS)
Prof. Dr. Klaus Pfeifer	WHO CC / FAU
Britta Susen	Bundesärztekammer
Dr. Alexia Zurkuhlen	Gesundheitsregion KölnBonn e.V.

Literatur

- Abel T, Benkert R. Critical health literacy: reflection and action for health. Health Promot Int. 2022 Aug 1;37(4):daac114.
- Abu-Omar, K., Gelius, P., & Messing, S. (2020). Physical activity promotion in the age of climate change. F1000Research, 9, 349.
- Abu-Omar, K., Messing, S., Sarshar, M. et al. Sociodemographic correlates of physical activity and sport among adults in Germany: 1997–2018. Ger J Exerc Sport Res 51, 170–182
- Baldus, A. et al. (2017). Sachbericht SAMBA. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_SAMBA.pdf
- Beck F, Siefken K, Reimers AK. Physical activity in the face of the COVID-19 pandemic: changes in physical activity prevalence in Germany. Dtsch Z Sportmed. 2022; 73: 175-183.
- BKK-Dachverband (2022). Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit in der Arbeitswelt. Online verfügbar unter: <https://www.bkk-dachverband.de/innovation/planetary-health/auswirkungen-des-klimawandels-auf-die-gesundheit-in-der-arbeitswelt>
- BMG (2022): Klimapakt Gesundheit. Gemeinsam für Klimaanpassung und Klimaschutz im Gesundheitswesen eintreten. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheit/Erklaerung_Klimapakt_Gesundheit_A4_barrierefrei.pdf
- BMI & BMG (2022). Gipfelerklärung zum Bewegungsgipfel des Bundes, der Länder, der Kommunen und des organisierten Sports „Bewegung und Sport für Alle“. Online verfügbar unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2022/bewegungsgipfel-erklaerung.pdf;jsessionid=FAE524AA36EC24B654F7CF22FD456320.2_cid340?blob=publicationFile&v=3
- Brüggemann, S. & Sewöster, D. (2010). Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 26, 266-269.

- Brüggemann, S., Sewöster, D. & Kranzmann, A. (2018). Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. *Rehabilitation*, 57(01), 24-30
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2021). Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Online verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7
- Carl J, Sudeck G, Pfeifer K. Competencies for a Healthy Physically Active Lifestyle: Second-Order Analysis and Multidimensional Scaling. *Front Psychol.* 2020 Dec 21;11:558850. doi: 10.3389/fpsyg.2020.558850. PMID: 33408660; PMCID: PMC7779792.
- DBS (2022). Statistische Entwicklung der Landesverbände Mitglieder, Vereine, Rehasportgruppen, TN Rehasport gesamt in den letzten 3 Jahren. Online verfügbar unter: <https://www.dbs-npc.de/dbs-downloads.html>
- Ding, D., Kolbe-Alexander, T., Nguyen, B., Katzmarzyk, P. T., Pratt, M., & Lawson, K. D. (2017). The economic burden of physical inactivity: a systematic review and critical appraisal. *British journal of sports medicine*, 51(19), 1392–1409.
- Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., Bauman, A., Lee, I. M., Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee, & Lancet Sedentary Behaviour Working Group (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet (London, England)*, 388(10051), 1302–1310.
- Ekelund, U., Tarp, J., Steene-Johannessen, J., Hansen, B. H., Jefferis, B., Fagerland, M. W., Whincup, P., Diaz, K. M., Hooker, S. P., Chernofsky, A., Larson, M. G., Spartano, N., Vasan, R. S., Dohrn, I. M., Hagströmer, M., Edwardson, C., Yates, T., Shiroma, E., Anderssen, S. A., & Lee, I. M. (2019). Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 366, l4570.
- Finger, J. D. et al. (2017). Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), Doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-027
- Finger, J. D. Et al. (2019). Bildungsunterschiede in der Prävalenz verhaltensbezogener Risikofaktoren in Deutschland und der EU – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*, 4(4), doi: 10.25646/6219

- Fleuren, T. et al. (2020). Bewegungsförderung bei Menschen in schwierigen Lebenslagen Die Projekte BIG und GESTALT als Beispiele nachhaltiger Bewegungsförderung im kommunalen Setting. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 36, 257-263.
- Foster, C., Guidelines for Health-Enhancing Physical Activity Promotion Programmes. 2000, Oxford: British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford.
- Froböse, I. & Wallmann-Sperlich, B. (2015). Der DKV-Report „Wie gesund lebt Deutschland?“ 2015. Düsseldorf: DKV.
- Gelius P, Messing S, Forberger S, Lakerveld J, Mansergh F, Wendel-Vos W, Zukowska J, Woods C; PEN Consortium. The added value of using the HEPA PAT for physical activity policy monitoring: a four-country comparison. *Health Res Policy Syst.* 2021;19(1):22. doi: 10.1186/s12961-021-00681-6.
- Hafner, M., Yerushalmi, E., Stepanek, M., Phillips, W., Pollard, J., Deshpande, A., Whitmore, M., Millard, F., Subel, S., & van Stolk, C. (2020). Estimating the global economic benefits of physically active populations over 30 years (2020-2050). *British journal of sports medicine*, 54(24), 1482–1487.
- Henn, A., Karger, C., Wöhlken, K., Meier, D., Ungerer-Röhrich, U., Graf, C., & Woll, A. (2017). Identifikation von Beispielen guter Praxis der Bewegungsförderung – Methoden, Fallstricke und ausgewählte Ergebnisse. *Das Gesundheitswesen*, 79(S 01), S66–S72. doi:10.1055/s-0042-123697
- Hinneburg, J. & Steckelberg, A. (2018). Aus dem Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. *Kritische Gesundheitskompetenz. KVH-Journal* 9/2018, 30-32.
- Hoebel J, Finger JD, Kuntz B et al. (2017) Changing educational inequalities in sporting inactivity among adults in Germany: a trend study from 2003 to 2012. *BMC Public Health* 17(1):547
- Huber, G. (2011). Passung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Projektbericht, Institut für Sport und Sportwissenschaft, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Huber G, Köppel M. (2017) Analyse der Sitzzeiten von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 20 Jahren. *Dtsch Z Sportmed.* 2017; 68: 101-106.
- Jordan, S. (2012). Überblick über primärpräventive Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl*, 55, 73-81.
- Köppel, M. et al. (im Druck). Körperliche Aktivität bei älteren Erwachsenen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*
- Kolb, M. (1999). *Bewegtes Altern: Grundlagen und Perspektiven einer Sportgeragogik. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport.* Schorndorf: Hofmann.
- Krug, S. et al. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl*, 56, 765-771.
- Lam K et al. (2022). How effective and how expensive are interventions to reduce sedentary behavior? An umbrella review and meta-analysis. *Obes Rev*, 23(5):e13422.

- Lee, D. H., Rezende, L. F. M., Joh, H. K., Keum, N., Ferrari, G., Rey-Lopez, J. P., Rimm, E. B., Tabung, F. K., & Giovannucci, E. L. (2022). Long-Term Leisure-Time Physical Activity Intensity and All-Cause and Cause-Specific Mortality: A Prospective Cohort of US Adults. *Circulation*, 146(7), 523–534.
- Lindemann, U. et al. (2022). Adaptation und Validierung von Skalen zur Erfassung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–16 Jahren. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 53, 89-101.
- Manz K, Krug S (2022) Veränderung des Sporttreibens und der aktiven Wegstrecken seit der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Studie GEDA 2021. *J Health Monit* 7(4): 24–38. DOI 10.25646/10665
- Marques, A. et al. (2018). The association between physical activity and chronic diseases in European adults. *European journal of sport science*, 18(1), 140–149.
- Mensink, G. (2003). Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Berlin: RKI.
- Messing, S. et al. (2021). Physical activity as a human right? *Health and Human Rights Journal*, 23(2), 201-211.
- Messing S, Forberger S, Woods C, Abu-Omar K, Gelius P. (2022). Politik zur Bewegungsförderung in Deutschland: Eine Analyse anhand eines Policy-Audit-Tools der Weltgesundheitsorganisation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2022 Jan;65(1):107-115.
- Peters, S., Wäsche, S., Projektteam SAMBA (2017). Projekt SAMBA. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 33(3), 114-118.
- Pfeifer, K., Sudeck, G. (2020). Körperliche Aktivität. In: Bengel, J., Mittag, O. (eds) *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation*. Springer, Berlin, Heidelberg.
- RKI Robert Koch Institut (Hrsg.) (2014) Sport. Fakten blatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. RKI, Berlin.
- Rütten, A. et al. (2005). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26: Körperliche Aktivität. Berlin: Robert Koch-Institut
- Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen: FAU.
- Rütten, A., Wolff, A., & Streber, A. (2016). Nachhaltige Implementierung evidenzbasierter Programme in der Gesundheitsförderung: Theoretischer Bezugsrahmen und ein Konzept zum interaktiven Wissenstransfer. *Gesundheitswesen*, 78(3), 139–145.
- Scheer, J., Peters, S. & Baldus, A. (2022). Bewegungsbezogene Versorgungsbereiche im Gesundheitswesen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 38(6), 263-264.
- Schüle, K. (1987). Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation. Zum Stellenwert von Bewegungstherapie und Sport. St. Augustin: Richarz.

- Shailendra, P., Baldock, K. L., Li, L. S. K., Bennie, J. A., & Boyle, T. (2022). Resistance Training and Mortality Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of preventive medicine*, 63(2), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.03.020>
- Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2016). Physical activity-related health competence as an integrative objective in exercise therapy and health sports – conception and validation of a short questionnaire. *Sportwissenschaft*, 46, 74-87.
- Sudeck G, Geidl W, Deprins J, Pfeifer K. (2020). The role of physical activity promotion in typical exercise therapy concepts: a latent class analysis based on a national survey in German rehabilitation settings. *Disabil Rehabil.* 2020 Dec;42(25):3653-3663. doi: 10.1080/09638288.2019.1608322. Epub 2019 May 13. PMID: 31079505.
- Sudeck, G. et al. (2021). Do adults with non-communicable diseases meet the German physical activity recommendations? A cross-sectional analysis of the GEDA 2021/2015 Survey. *Ger J Exerc Sport Res*, 51, 183-193.
- TK (2022). *Beweg Dich, Deutschland!* Hamburg: Techniker Krankenkasse. Online verfügbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2033598/9f2d920e270b7034df3239cbf1c2a1eb/beweg-dich-deutschland-data.pdf>
- Unicef (1989). *Konvention über die Rechte des Kindes*. Online verfügbar unter: <https://www.unicef.de/cae/resource/blob/194402/3828b8c72fa8129171290d21f3de9c37/d0006-kinderkonvention-neu-data.pdf>
- Wäsche, H., et al. (2018). Bewegungsförderung in Deutschland: Akteure, Strukturen und Netzwerkentwicklung. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*. 34(06): p. 257- 273.
- WHO (2015). *Factsheets on health enhancing physical activity in the 28 European Union member states of the WHO European Region*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe. Online verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/366625/WHO-EURO-2015-7305-47071-68836-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- WHO (2020a). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behavior*. Online verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>
- WHO (2020b). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behavior. Web Annex. Evidence Profiles*. Online verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015111>
- WHO (2022). *Global status report on physical activity 2022*. Geneva: World Health Organization.
- Wingenfeld, K. (2014). Die Entwicklung der Mobilität von Heimbewohnern. *Pflege und Gesellschaft*, 19, 113-124.