

Journal of Health Monitoring · 2022 7(3)
DOI 10.25646/10294
Robert Koch-Institut, Berlin

Kristin Manz, Olga M. Domanska,
Ronny Kuhnert, Susanne Krug

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 09.03.2022
Akzeptiert: 31.03.2022
Veröffentlicht: 14.09.2022

Wie viel sitzen Erwachsene? Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS)

Abstract

Hintergrund: Sitzendes Verhalten wird zunehmend als ein Risikofaktor für die Entstehung von Erkrankungen und für eine erhöhte Sterblichkeit wahrgenommen. Insbesondere erhöhte Sitzzeiten in Kombination mit geringer körperlicher Aktivität scheinen negative Gesundheitsfolgen zu haben.

Methode: In der bundesweiten Querschnittstudie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) wurde der Indikator „Sitzen“ durch die Selbstangabe der Teilnehmenden erfasst.

Ergebnisse: Für mindestens acht Stunden am Tag sitzen 16,7% der Frauen und 22,3% der Männer: Männer häufiger als Frauen, Jüngere häufiger als Ältere und der Anteil nimmt von der unteren zur oberen Bildungsgruppe deutlich zu. Ebenso sitzt etwa ein Fünftel der Erwachsenen in Deutschland mindestens vier Stunden am Tag und übt keine körperliche Aktivität in der Freizeit aus.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass präventive Maßnahmen notwendig sind, um Sitzzeiten zu reduzieren und körperliche Aktivität zu steigern.

SITZEN · KÖRPERLICHE INAKTIVITÄT · ERWACHSENE · GESUNDHEITSMONITORING

Einleitung

In den vergangenen Jahren ist das Sitzen als ein Risikofaktor für die Entstehung von Erkrankungen vermehrt in den wissenschaftlichen und medialen Fokus geraten. Der Begriff „Sitzen“ bezeichnet in diesem Zusammenhang sitzend oder liegend ausgeführte Tätigkeiten im Wachzustand, die mit einem niedrigen Energieverbrauch einhergehen [1]. Zieht man das Metabolische Äquivalent (MET) heran, mit dem der Energieverbrauch bei verschiedenen Tätigkeiten verglichen werden kann, liegt der Wert beim sitzenden Verhalten bei <1,5 MET (zur Einordnung: 1 MET entspricht dem Energieverbrauch beim Ruhen und 7 METs entsprechen im

Durchschnitt dem Energieverbrauch beim Joggen) [2]. Die negativen Gesundheitsfolgen körperlicher Inaktivität, die eine nicht ausreichende körperliche Aktivität im Sinne des Nichterreichens von Bewegungsempfehlungen beschreibt, sind seit längerer Zeit bekannt [3]. Die Untersuchungen zu den negativen Gesundheitsfolgen des Sitzens sind hingegen ein relativ neuer Forschungsbereich. Dennoch zeigt sich bereits deutlich, dass langanhaltende Sitzzeiten mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Gebrechlichkeit und körperliche Einschränkungen sowie Depression einhergehen und zudem in Zusammenhang mit einer niedrigeren gesundheitsbezogenen Lebensqualität und kognitiven

GEDA 2019/2020-EHIS

Fünfte Folgerhebung der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

Studiendesign: Telefonische Querschnitterhebung

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten, die über Festnetz oder Mobilfunk erreichbar sind

Stichprobenziehung: Zufallsstichprobe von Festnetz- und Mobilfunknummern (Dual-Frame-Verfahren) aus dem Stichprobensystem des ADM (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V.)

Stichprobenumfang: 23.001 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: April 2019 bis September 2020

GEDA-Erhebungswellen:

- ▶ GEDA 2009
- ▶ GEDA 2010
- ▶ GEDA 2012
- ▶ GEDA 2014/2015-EHIS
- ▶ GEDA 2019/2020-EHIS

Mehr Informationen unter www.geda-studie.de

Leistungsfähigkeit stehen [4]. Hierbei scheint das Risiko für eine Gefährdung der Gesundheit mit höheren Sitzzeiten zu steigen. Zudem zeichnet sich ab, dass die negativen Gesundheitsfolgen des Sitzens zumindest teilweise durch vermehrte körperliche Aktivität kompensiert werden können [5, 6]. Beispielsweise lag in einer Meta-Analyse das Risiko, aufgrund einer kardiovaskulären Erkrankung zu versterben, bei Personen mit einer täglichen Sitzzeit von mindestens acht Stunden um 32 % höher als bei Personen mit einer täglichen Sitzzeit von weniger als vier Stunden [6]. Dieser Zusammenhang konnte jedoch nur für Personen mit niedriger körperlicher Aktivität nachgewiesen werden, während Personen mit einer hohen körperlichen Aktivität (mindestens 60 Minuten moderat bis anstrengende Aktivität pro Tag), die deutlich über den aktuellen Bewegungsempfehlungen liegt, und hohen Sitzzeiten keine erhöhte Mortalität aufwiesen. Derzeit ist die Datenlage weder ausreichend, um konkrete Empfehlungen zu maximalen Sitzzeiten pro Tag geben zu können, noch um den Umfang der körperlichen Aktivität zu beschreiben, der erforderlich ist, um negative Effekte für die Gesundheit gegebenenfalls abzuschwächen [3]. Eindeutig ist jedoch, dass insbesondere erhöhte Sitzzeiten in Kombination mit einer sehr geringen körperlichen Aktivität negative Gesundheitsfolgen haben. In einer Übersichtsarbeit wird beispielsweise das Risiko, frühzeitig zu versterben, als moderat bis hoch bezeichnet, wenn täglich mindestens vier Stunden gesessen wird und gleichzeitig die moderat bis anstrengende körperliche Aktivität weniger als fünf Minuten am Tag beträgt [7].

Indikator

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Querschnittbefragung der in Deutschland lebenden Wohnbevölkerung. Die fünfte Folgerhebung, GEDA 2019/2020-EHIS, fand zwischen April 2019 und September 2020 statt.

Der Indikator „Sitzen“ wurde in GEDA 2019/2020-EHIS durch die Selbstangabe der Teilnehmenden in einer telefonischen Befragung mittels eines vollstrukturierten Fragebogens (Computer Assisted Telephone Interview, CATI) erfasst. Die Fragestellung entstammt dem Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) und lautete: „Wie viel Zeit verbringen Sie an einem gewöhnlichen Tag mit Sitzen oder Ruhen?“ [8]. Einleitend wurde darauf hingewiesen, dass an Sitzen oder Ruhen bei der Arbeit, zu Hause, zur Fortbewegung oder mit Freunden gedacht werden soll und Beispiele genannt (am Schreibtisch sitzen, mit Freunden zusammensitzen, Auto, Bus oder Zug fahren, lesen oder fernsehen). Die Zeit, die mit schlafen verbracht wird, sollte ausgeschlossen werden. Die Antwortkategorien lauteten: Weniger als vier Stunden pro Tag/vier Stunden bis unter sechs Stunden pro Tag/sechs Stunden bis unter acht Stunden pro Tag/acht Stunden bis unter zehn Stunden pro Tag/zehn Stunden bis unter zwölf Stunden pro Tag/zwölf Stunden pro Tag und mehr. Für die Auswertung wurde eine Variable mit vier Kategorien gebildet, wozu die oberen drei Antwortkategorien zu „Mindestens acht Stunden pro Tag“ zusammengefasst wurden.

Die Darstellung des Indikators „Sitzen“ erfolgte stratifiziert nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (Internationale Standardklassifikation für das Bildungswesen, ISCED [9]).

Männer sitzen häufiger mindestens acht Stunden am Tag als Frauen (22,3 % vs. 16,7 %).

Zudem wurde, in Anlehnung an Dunstan et al. [7], ein Indikator gebildet, der Personen ausweist, die mindestens vier Stunden am Tag sitzen und keine moderat bis anstrengende körperliche Aktivität in der Freizeit ausüben (dies können Sport, Fitness oder weitere körperliche Aktivitäten sein). Eine ausführlichere Beschreibung des Indikators zur körperlichen Aktivität in der Freizeit ist im GEDA-Dashboard zu finden [10].

Die Analysen basieren auf Daten von 22.560 teilnehmenden Personen ab 18 Jahren (11.863 Frauen, 10.638 Männer, 59 Personen mit anderer Geschlechtsidentität bzw. keiner Angabe [11]) mit gültigen Angaben zum Sitzen. Für die Analysen zum Sitzen sowie zur körperlichen Aktivität in der Freizeit wurden die Angaben von 11.775 Frauen und 10.561 Männer einbezogen.

Um Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur zu korrigieren, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt. Im Rahmen der Datengewichtung erfolgte zunächst eine Designgewichtung für die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten (Mobilfunk und Festnetz). Anschließend erfolgte eine Anpassung an die amtlichen Bevölkerungszahlen bezogen auf Alter, Geschlecht, Bundesland und Kreistyp (Stand: 31.12.2019). Zusätzlich wird an die Bildungverteilung im Mikrozensus 2017 nach der International Standard Classification of Education (ISCED-Klassifikation) [12] angepasst.

Im vorliegenden Beitrag werden Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI) berichtet. Von einem signifikanten Unterschied wird ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des Surveydesigns berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist.

Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2019/2020-EHIS findet sich im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell \(GEDA 2019/2020-EHIS\) – Hintergrund und Methodik](#) in Ausgabe 3/2021 des Journal of Health Monitoring [13].

Ergebnisse und Einordnung

Weniger als vier Stunden am Tag sitzen 33,1% der Frauen und 27,5% der Männer. Besonders hohe Sitzzeiten von mindestens acht Stunden am Tag berichteten 16,7% der Frauen und 22,3% der Männer ([Tabelle 1](#)). Damit werden von Männern häufiger Sitzzeiten in diesem hohen Maß erreicht als von Frauen. Je höher das Alter, desto seltener sitzen Frauen und Männer mindestens acht Stunden am Tag, ein deutlicher Unterschied ist zwischen den Altersgruppen 18 bis 64 Jahre und ab 65 Jahre zu sehen. Während beispielsweise 25,4% der 18- bis 29-jährigen Frauen mindestens acht Stunden am Tag sitzen, sind es in der Altersgruppe ab 65 Jahre noch 7,5% ([Tabelle 1](#)). Zudem zeigt sich bei Frauen, dass 30- bis 44-Jährige häufiger in geringerem Umfang sitzen (unter vier Stunden am Tag) als Frauen aus den anderen Altersgruppen. Bei Männern besteht kein eindeutiger Alterseffekt in der Gruppe derjenigen, die am wenigsten sitzen.

Von der unteren zur oberen Bildungsgruppe nimmt der Anteil der Erwachsenen deutlich zu, die mindestens acht Stunden am Tag sitzen. Insbesondere bei 18- bis 29-jährigen Frauen und Männern der oberen Bildungsgruppe ist der Anteil mit einer Sitzzeit von mindestens 8 Stunden am Tag mit 35,4% beziehungsweise 39,8% hoch ([Tabelle 1](#)). Werden die Unterschiede im Sitzen zwischen den Bildungsgruppen stratifiziert nach Alter betrachtet, wird deutlich,

18- bis 64-jährige Frauen und Männer sitzen deutlich häufiger mindestens acht Stunden am Tag als ältere Frauen und Männer.

dass bei Frauen ab 65 Jahren diese Unterschiede nicht vorhanden sind.

Der Anteil der Personen, die mindestens vier Stunden am Tag sitzen und keine körperliche Aktivität in der Freizeit ausüben, beträgt bei Frauen 22,6% und bei Männern 24,3% (**Abbildung 1**). Mit steigendem Alter nimmt dieser Anteil bei Frauen und Männern zu. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen sind es etwa ein Drittel, die mindestens vier Stunden am Tag sitzen und in der Freizeit nicht körperlich aktiv sind.

Etwa ein Fünftel der Erwachsenen erreicht hohe Sitzzeiten, die, wenn von acht Stunden Schlaf ausgegangen wird, mindestens die Hälfte der Wachzeit einnehmen. Nach aktueller Studienlage müsste diese Gruppe mindestens 60 Minuten pro Tag moderat bis anstrengende körperliche Aktivität aufweisen, um negative Gesundheitseffekte aufgrund des Sitzens abzuwenden [6, 14].

Aktuelle Daten zeigen jedoch, dass die moderate bis anstrengende körperliche Aktivität in der erwachsenen Bevölkerung mehrheitlich noch nicht mal den mindestens empfohlenen 150 Minuten pro Woche entspricht [15], sodass nicht von einer ausreichenden Kompensation der Sitzzeiten ausgegangen werden kann. Im höheren Alter werden zwar seltener hohe Sitzzeiten erreicht als bei Jüngeren, jedoch sind Ältere auch seltener moderat bis anstrengend körperlich aktiv [15], sodass bereits Sitzzeiten ab vier Stunden am Tag von dieser Gruppe vermutlich nicht kompensiert werden.

Höhere Sitzzeiten von Männern im Vergleich zu Frauen und eine Abnahme von hohen Sitzzeiten im Altersverlauf werden ebenfalls in einem aktuellen Bericht der Deutschen Krankenversicherung berichtet (DKV-Report 2021) [16]. Anhand von Daten der GEDA-Studie konnte gezeigt werden,

dass Personen der oberen Bildungsgruppe im Vergleich zur unteren Bildungsgruppe im Arbeitskontext häufiger sitzende Tätigkeiten ausführen [17]. Einen höheren Anteil des Sitzens während der Arbeit bei höher Gebildeten bestätigen die Daten des DKV Reports 2021 und können die höheren Sitzzeiten dieser Gruppe zumindest teilweise erklären.

Auf Grundlage der berichteten Daten ist es nicht möglich zu bestimmen, welche Tätigkeiten während des Sitzens ausgeführt wurden. Für die Abschätzung des Gesundheitsrisikos aufgrund des Sitzens wäre diese Information jedoch hilfreich. Beispielsweise ist das Sitzen während des Fernsehens mit einer erhöhten Gesundheitsgefährdung assoziiert, was vermutlich auf ungünstiges Snackverhalten währenddessen und auf relativ wenige Unterbrechungen der Sitzzeit zurückgeführt werden kann [5]. Zudem sind je nach Tätigkeit während des Sitzens unterschiedliche präventive Maßnahmen erforderlich, um die Sitzzeiten zu verkürzen oder zu unterbrechen.

Die vorliegenden Daten zum Sitzen wurden in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS erstmals erhoben und ermöglichen die Beschreibung von Sitzzeiten auf Bevölkerungsebene. Bei der Interpretation sollte berücksichtigt werden, dass eine Beeinflussung der Ergebnisse aufgrund von Selbstangaben nicht ausgeschlossen werden kann. Im Rahmen einer Validierungsstudie wurde die Validität der genutzten Fragestellung zum Sitzen als moderat beschrieben [18]. Beachtet werden sollte zudem, dass bei der Darstellung der Sitzzeiten in Kombination mit der körperlichen Aktivität, lediglich die Aktivität in der Freizeit jedoch keine arbeitsbezogene Aktivität oder Fortbewegung von Ort zu Ort berücksichtigt wurde. Die Datenerhebung bezieht sowohl die Zeit vor als auch den Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland ein.

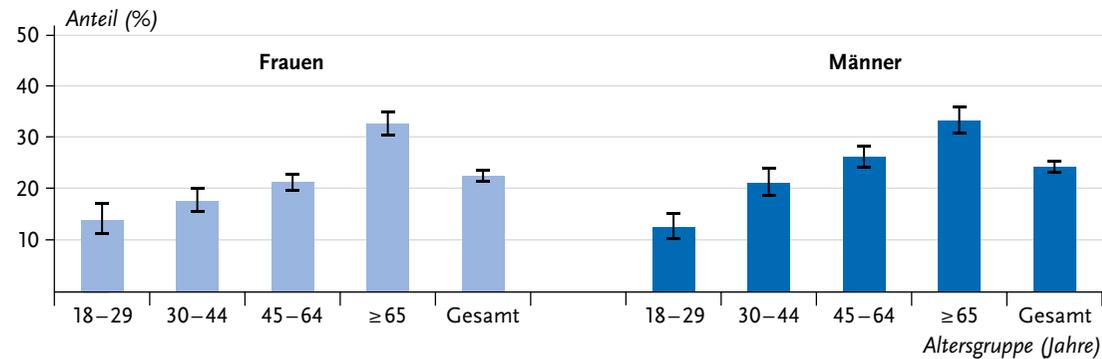
Tabelle 1
Sitzzeiten nach Geschlecht, Alter und Bildung
(n=11.863 Frauen, n=10.638 Männer)
Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS

	Sitzen							
	Weniger als vier Stunden pro Tag		Vier bis unter sechs Stunden pro Tag		Sechs bis unter acht Stunden pro Tag		Mindestens acht Stunden pro Tag	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	30,4	(29,5–31,3)	33,4	(32,4–34,3)	16,8	(16,1–17,5)	19,5	(18,7–20,3)
Frauen	33,1	(31,8–34,4)	34,2	(32,9–35,5)	16,1	(15,2–17,1)	16,7	(15,7–17,7)
18–29 Jahre	23,9	(20,3–27,8)	31,5	(27,6–35,6)	19,3	(16,5–22,4)	25,4	(21,9–29,2)
Untere Bildungsgruppe	33,9	(24,2–45,2)	31,2	(21,8–42,3)	15,3	(9,6–23,5)	19,6	(12,4–29,6)
Mittlere Bildungsgruppe	23,6	(19,1–28,8)	33,9	(28,8–39,5)	19,0	(15,4–23,1)	23,5	(19,1–28,6)
Obere Bildungsgruppe	15,6	(10,8–21,9)	24,6	(19,2–31,0)	24,5	(18,9–31,0)	35,4	(28,7–42,6)
30–44 Jahre	38,7	(35,6–42,0)	27,1	(24,4–30,0)	14,0	(12,2–16,1)	20,1	(17,9–22,6)
Untere Bildungsgruppe	57,0	(44,2–69,0)	18,8	(10,8–30,6)	9,0*	(3,9–19,1)	15,2*	(8,5–25,7)
Mittlere Bildungsgruppe	40,4	(36,2–44,7)	30,7	(26,8–34,9)	11,5	(9,2–14,3)	17,4	(14,5–20,8)
Obere Bildungsgruppe	27,6	(24,5–30,9)	24,3	(21,2–27,7)	20,7	(17,8–23,8)	27,4	(24,1–31,0)
45–64 Jahre	33,2	(31,2–35,2)	32,4	(30,4–34,4)	16,3	(14,9–17,9)	18,1	(16,7–19,6)
Untere Bildungsgruppe	38,6	(31,4–46,3)	37,8	(30,7–45,5)	13,7	(9,3–19,9)	9,9	(6,2–15,3)
Mittlere Bildungsgruppe	33,5	(31,1–35,9)	32,4	(30,1–34,8)	15,8	(14,1–17,7)	18,3	(16,5–20,3)
Obere Bildungsgruppe	28,5	(26,3–30,9)	28,4	(26,3–30,7)	19,8	(18,0–21,8)	23,3	(21,3–25,4)
≥ 65 Jahre	33,3	(31,2–35,6)	43,4	(41,0–45,8)	15,7	(14,0–17,6)	7,5	(6,2–9,1)
Untere Bildungsgruppe	33,5	(28,5–38,8)	40,6	(35,1–46,2)	17,2	(13,3–22,0)	8,8	(5,8–13,0)
Mittlere Bildungsgruppe	32,9	(30,5–35,3)	44,9	(42,3–47,5)	15,2	(13,3–17,2)	7,1	(5,8–8,6)
Obere Bildungsgruppe	33,7	(31,0–36,6)	45,5	(42,7–48,4)	14,4	(12,5–16,6)	6,3	(4,9–8,1)
Männer	27,5	(26,2–28,8)	32,6	(31,3–34,0)	17,6	(16,6–18,7)	22,3	(21,1–23,5)
18–29 Jahre	23,6	(20,5–27,1)	29,0	(25,6–32,6)	20,6	(17,8–23,7)	26,7	(23,7–30,0)
Untere Bildungsgruppe	22,1	(16,0–29,6)	26,9	(20,1–35,1)	28,7	(21,3–37,4)	22,3	(16,5–29,5)
Mittlere Bildungsgruppe	25,3	(21,0–30,1)	32,3	(27,7–37,3)	17,3	(14,1–20,9)	25,1	(21,1–29,7)
Obere Bildungsgruppe	19,5	(15,0–24,9)	20,1	(15,6–25,4)	20,6	(16,1–26,0)	39,8	(34,0–46,0)
30–44 Jahre	29,8	(26,7–33,0)	26,5	(23,6–29,5)	17,0	(14,8–19,6)	26,7	(24,2–29,5)
Untere Bildungsgruppe	37,0	(25,8–49,8)	28,9	(18,9–41,5)	17,6*	(9,7–29,9)	16,5*	(9,0–28,1)
Mittlere Bildungsgruppe	35,0	(30,5–39,8)	29,4	(25,2–33,9)	15,5	(12,4–19,1)	20,2	(16,9–23,9)
Obere Bildungsgruppe	18,0	(15,3–21,0)	21,5	(18,7–24,5)	19,2	(16,5–22,2)	41,3	(37,7–45,0)
45–64 Jahre	28,2	(26,1–30,4)	30,6	(28,5–32,8)	16,2	(14,6–17,8)	25,0	(23,1–27,1)
Untere Bildungsgruppe	35,8	(26,9–45,9)	30,9	(22,1–41,3)	9,9*	(5,4–17,7)	23,3	(15,5–33,5)
Mittlere Bildungsgruppe	31,1	(28,1–34,2)	32,4	(29,4–35,6)	14,4	(12,2–16,8)	22,2	(19,5–25,1)
Obere Bildungsgruppe	19,9	(18,0–21,9)	27,5	(25,4–29,8)	21,5	(19,6–23,5)	31,1	(28,9–33,3)
≥ 65 Jahre	27,1	(24,8–29,5)	44,8	(42,1–47,4)	18,1	(16,2–20,3)	10,0	(8,4–11,9)
Untere Bildungsgruppe	25,8	(16,9–37,1)	34,9	(24,8–46,7)	23,5	(14,8–35,3)	15,8*	(8,3–28,0)
Mittlere Bildungsgruppe	29,5	(26,2–33,1)	45,7	(41,9–49,5)	17,0	(14,4–20,0)	7,8	(6,0–10,0)
Obere Bildungsgruppe	24,2	(22,1–26,4)	45,7	(43,3–48,2)	18,3	(16,4–20,4)	11,8	(10,2–13,5)

KI = Konfidenzintervall, * n < 15

Der Anteil der unter 65-jährigen Erwachsenen, die mindestens acht Stunden am Tag sitzen, ist in der oberen Bildungsgruppe deutlich größer als in der unteren Bildungsgruppe.

Abbildung 1
Anteil und 95 %-Konfidenzintervalle der Frauen und Männer mit einer täglichen Sitzzeit von mindestens vier Stunden und keiner körperlichen Aktivität in der Freizeit nach Alter (n=11.775 Frauen, n=10.561 Männer)
 Quelle: GEDA 2019/2020-EHIS



22,6 % der Frauen und 24,3 % der Männer sitzen mindestens vier Stunden am Tag und üben keine körperliche Aktivität in der Freizeit aus.

Forschende gehen davon aus, dass die nötigen Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie zu einer deutlichen Abnahme der körperlichen Aktivität und zu einer Zunahme des Sitzens geführt haben [19]. Mögliche Veränderungen im Sitzverhalten aufgrund der Pandemie spiegeln sich gegebenenfalls in diesen Daten wider, können allerdings aufgrund der Abfrage der gewöhnlichen Sitzzeiten – und der individuellen Auffassung ab wann eine Ausnahme-situation zur Gewohnheit wird – nicht differenziert für den Zeitraum vor und während der Pandemie abgebildet werden.

Auch wenn noch Unklarheiten darin bestehen, welche Empfehlung zur „optimalen“ Begrenzung der Sitzzeiten geeignet ist, zeichnet sich ab, dass ein erheblicher Teil der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland aufgrund langer Sitzzeiten und nicht ausreichender körperlicher Aktivität die eigene Gesundheit gefährdet. Somit sind präventive Maßnahmen zur Reduktion der Sitzzeiten dringend notwendig. Mehrkomponenten-Interventionen, die eine Kombination aus Wissensvermittlung und bewegungsfreundlicher Gestaltung der Umwelt beinhalten, wie beispielsweise das Angebot von höhenverstellbaren Schreibtischen am Arbeitsplatz sowie Erinnerungen zu Bewegungspausen in

Beruf, Freizeit und Transport durch digitale Geräte, sind mögliche Ansätze [20, 21].

Korrespondenzadresse

Dr. Kristin Manz
 Robert Koch-Institut
 Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
 General-Pape-Str. 62–66
 12101 Berlin
 E-Mail: ManzK@rki.de

Zitierweise

Manz K, Domanska OM, Kuhnert R, Krug S (2022)
 Wie viel sitzen Erwachsene? Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS).
 J Health Monit 7(3): 32–40.
 DOI 10.25646/10294

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

GEDA 2019/2020-EHIS unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutz-

gesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Durchführung des Studienvorhabens zugestimmt (Antragsnummer EA2/070/19). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre mündliche Einwilligung (informed consent).

Datenverfügbarkeit

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Der minimale Datensatz, der den Ergebnissen zugrunde liegt, ist im Forschungsdatenzentrum des Robert Koch-Instituts archiviert und kann von Forschenden auf begründete Anfrage eingesehen werden. Der Datenzugriff ist vor Ort im Secure Data Center des Forschungsdatenzentrums des Robert Koch-Instituts möglich. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden.

Förderungshinweis

GEDA 2019/2020-EHIS wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und der Autor geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Hinweis

Das Dashboard [Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020](#) enthält in den Bereichen Gesundheitsverhalten, Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand, Körperliche und Psychische Gesundheit über 40 Gesundheitsindikatoren. Diese sind abrufbar nach Geschlecht, Alter, Bildung und Bundesland. So findet sich z. B. der Gesundheitsindikator Körperliche Aktivität unter der Kategorie Gesundheitsverhalten. Weitere Informationen: www.rki.de/geda-dashboard

Literatur

1. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD et al. (2017) Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act* 14(1):75
2. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD et al. (2011) 2011 Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc* 43(8):1575–1581
3. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S et al. (2020) World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 54(24):1451–1462
4. Saunders TJ, McIsaac T, Douillette K et al. (2020) Sedentary behaviour and health in adults: an overview of systematic reviews. *Appl Physiol Nutr Metab* 45(10 (Suppl. 2)):S197–S217
5. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ et al. (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* 388(10051):1302–1310
6. Ekelund U, Brown WJ, Steene-Johannessen J et al. (2019) Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants. *Br J Sports Med* 53(14):886
7. Dunstan DW, Dogra S, Carter SE et al. (2021) Sit less and move more for cardiovascular health: emerging insights and opportunities. *Nat Rev Cardiol* 18(9):637–648
8. Bull FC, Maslin TS, Armstrong T (2009) Global physical activity questionnaire (GPAQ): nine country reliability and validity study. *J Phys Act Health* 6(6):790–804

9. UNESCO Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education: ISCED 2011. UNESCO Institute for Statistics, Montreal

10. Robert Koch-Institut (2022) Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020. Körperliche Aktivität: Freizeitbezogene Aktivität. Berlin. DOI: 10.25646/9362. https://public.tableau.com/shared/FC388F7RP?display_count=n&:origin=viz_share_link (Stand: 29.04.2022)

11. Pöge K, Rommel A, Starker A et al. (2022) Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. J Health Monit 7(2):52–71. <https://edoc.rki.de/handle/176904/9885> (Stand: 05.07.2022)

12. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus 2017. DOI: 10.21242/12211.2017.00.00.1.1.1, eigene Berechnungen

13. Allen J, Born S, Damerow S et al. (2021) Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. J Health Monit 6(3):72–87. <https://edoc.rki.de/handle/176904/8753> (Stand: 23.06.2022)

14. Prince SA, LeBlanc AG, Colley RC et al. (2017) Measurement of sedentary behaviour in population health surveys: a review and recommendations. PeerJ 5:e4130

15. Robert Koch-Institut (2022) Dashboard zu Gesundheit in Deutschland aktuell – GEDA 2019/2020. Körperliche Aktivität: Ausdaueraktivität., Berlin. DOI: 10.25646/9362. https://public.tableau.com/shared/76ZHTRD5X?display_count=n&:origin=viz_share_link (Stand: 29.04.2022)

16. Froböse I, Wallmann-Sperrlich B (2021) Der DKV-Report 2021 – Wie gesund lebt Deutschland? DKV Deutsche Krankenversicherung, Köln

17. Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. (2017) Arbeitsbezogene körperliche Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland. J Health Monit 2(2):29–36. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2647> (Stand: 23.06.2022)

18. Wanner M, Hartmann C, Pestoni G et al. (2017) Validation of the Global Physical Activity Questionnaire for self-administration in a European context. BMJ Open Sport Exerc Med 3(1):e000206

19. Hall G, Laddu DR, Phillips SA et al. (2021) A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? Prog Cardiovasc Dis 64:108–110

20. Stephenson A, McDonough SM, Murphy MH et al. (2017) Using computer, mobile and wearable technology enhanced interventions to reduce sedentary behaviour: a systematic review and meta-analysis. Int J Behav Nutr Phys Act 14(1):105

21. Shrestha N, Kukkonen-Harjula KT, Verbeek JH et al. (2018) Workplace interventions for reducing sitting at work. The Cochrane database of systematic reviews 6(6):Cd010912

Impressum

Journal of Health Monitoring

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

Redakteurinnen und Redakteure

Dr. Martina Groth, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,
Dr. Franziska Prütz, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Simone Stimm

Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit