



Bewegung und Bewegungsförderung in Deutschland – Ein Überblick

Autorinnen und Autoren: Sven Messing^{1,2}, Leonie Birkholz², Julian Resch², Johannes Brandl², Eva Lorenz², Karim Abu-Omar², Wolfgang Geidl², Antonina Tcymbal², Peter Gelius³, Klaus Pfeifer²

Institutionen: ¹ University of Limerick, Physical Activity for Health Research Centre, Health Research Institute, Department of Physical Education and Sport Science, Limerick, Irland ² Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Department für Sportwissenschaft und Sport, Erlangen, Deutschland

³ Université de Lausanne, Institut des Sciences du Sport, Lausanne, Schweiz

Abstract

Hintergrund: Regelmäßige Bewegung ist gesund, dennoch bewegt sich ein großer Teil der Bevölkerung in Deutschland zu wenig. Dies hat erhebliche gesundheitliche und wirtschaftliche Folgen. Da das Thema verschiedene Lebenswelten und politische Sektoren betrifft, fehlt häufig ein systematischer Überblick über verfügbare Daten zum Bewegungsverhalten sowie zur Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland.

Methode: Der Beitrag basiert auf vier vom Bundesministerium für Gesundheit in den Jahren 2022 bis 2024 veröffentlichten Bestandsaufnahmen zur Bewegungsförderung in Deutschland. Analysiert wurden Daten zum Bewegungsverhalten (Sekundärdatenanalyse) sowie zur Praxis der Bewegungsförderung in verschiedenen Sektoren (Mixed-Methods-Ansatz). Dabei wurde zwischen guter Praxis (Projekte mit nachgewiesener Wirksamkeit) und etablierter Praxis (routinemäßige Aktivitäten) der Bewegungsförderung differenziert.

Ergebnisse: Zwischen 1993 und 2024 erhoben elf Institutionen aus unterschiedlichen politischen Sektoren in 23 größeren Studien Daten zum Bewegungsverhalten. Aktuelle Daten zeigen, dass ältere Menschen, Frauen, sozioökonomisch benachteiligte Gruppen und Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen weniger aktiv sind. Insgesamt wurden 43 Projekte guter Praxis und 88 Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert. Während die Wirksamkeit für gute Praxis nachgewiesen ist, trifft dies nur auf 11 % der etablierten Praxis zu. Gute Praxis erreicht seltener eine Reichweite von mindestens 100.000 Personen (12 % der eingeschlossenen Projekte) als etablierte Praxis (25 %). Zudem ist die Laufzeit guter Praxis häufiger auf unter fünf Jahre begrenzt (33 %) als bei etablierter Praxis (9 %).

Schlussfolgerungen: Bewegungsförderung ist ein intersektorales Handlungsfeld, welches eine verstärkte strukturelle Verankerung und Verantwortungsübernahme erfordert. Um mehr Menschen in Bewegung zu bringen, sollte die Reichweite guter Praxis erhöht und die Wirksamkeit etablierter Praxis häufiger evaluiert werden. Die seitens des Bundes geplante Gründung eines Nationalen Kompetenzzentrums für Bewegungsförderung bietet hierfür eine Chance.

Keywords: Bewegung, Bewegungsförderung, Körperliche Aktivität, Gute Praxis, Wirksamkeit, Reichweite, Evaluation, Integrated Knowledge Translation

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 30.05.2025
Akzeptiert: 16.10.2025
Veröffentlicht: 26.11.2025

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Messing S, Birkholz L, Resch J, Brandl J, Lorenz E, Abu-Omar K, et al. Bewegung und Bewegungsförderung in Deutschland – Ein Überblick. J Health Monit. 2025;10(4):e 13544. doi: 10.25646/13544

Dr. Sven Messing
sven.messing@ul.ie

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

 Open access



[CC BY 4.0 Lizenzvertrag](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)
[Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.



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

1. Einleitung

Regelmäßige Bewegung ist gesund. Über die gesamte Lebensspanne hinweg können Menschen, die sich regelmäßig bewegen, mit vielfältigen physischen, psychischen und sozialen Gesundheitswirkungen rechnen [1–3]. Es ist jedoch auch bekannt, dass sich ein großer Teil der Bevölkerung zu wenig bewegt. Im Jahr 2022 lag der Anteil inaktiver Erwachsener weltweit bei 31,3 %; dies ist ein deutlicher Anstieg

im Vergleich zu den Jahren 2000 (23,4 %) und 2010 (26,4 %) [4]. Der Anteil inaktiver Jugendlicher im Alter von 11 bis 17 Jahren lag im Jahr 2016 weltweit sogar bei 81,0 % [5]. Wissenschaftliche Modellierungsstudien zeigen einen Zusammenhang zwischen Bewegungsmangel und vorzeitigen Todesfällen [6] und beziffern die wirtschaftlichen Belastungen auf 47,6 bis 67,5 Milliarden Dollar pro Jahr weltweit [7, 8]. Zudem fällt auf, dass Bewegungsmangel auch ein soziales Problem ist: Verschiedene Studien zeigen, dass Menschen mit niedrigem Einkommen, niedrigem Bildungsniveau, Migrationshintergrund oder nichtübertragbaren Erkrankungen weniger körperlich aktiv sind als andere Bevölkerungsgruppen [9–12].

Aufgrund dieser vielfältigen Probleme ist die Bedeutung der Bewegungsförderung in den vergangenen Jahrzehnten stetig gewachsen. Auf internationaler Ebene zeigen dies Dokumente wie der Globale Aktionsplan für Bewegung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2018 [13], die Empfehlungen zur sektorübergreifenden Unterstützung gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität des Rats der Europäischen Union von 2013 [14] oder das Dokument „Eight investments that work for physical activity“ der wissenschaftlichen Fachgesellschaft International Society of Physical Activity and Health (ISPAH), welches die Bedeutung verschiedener Lebenswelten und Sektoren für Bewegungsförderung betont (z. B. Sport, Gesundheit, Verkehr, Schule) [15]. Auch in Deutschland gab es verschiedene Initiativen wie die erstmalige Veröffentlichung Nationaler Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung im Jahr 2016/2017 [16] und die Verabschiedung des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ im Jahr 2008 und seiner Weiterentwicklung von 2021 [17, 18].

Seit 2022 richteten das Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zudem gemeinsam zwei Bewegungsgipfel aus; zusätzlich brachte das BMG Vertreterinnen und Vertreter verschiedener politischer Ebenen und Sektoren zu einem Runden Tisch „Bewegung und Gesundheit“ zusammen. Im Vorfeld dieser Aktivitäten wurde deutlich, dass für den politischen Prozess wichtige Informationen – insbesondere zum Status Quo der Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland – nicht vorlagen bzw. nicht systematisch aufbereitet waren. Daher entschied sich das BMG für die Erstellung von „Bestandsaufnahmen der Bewegungsförderung in Deutschland“, die unter Beteiligung der Autorinnen und Autoren dieses Beitrags erstellt wurden. Diese Bestandsaufnahmen beinhalten bevölkerungsgruppenspezifische Daten für Kinder und Jugendliche [19], Erwachsene von 18 bis 64 Jahren [20], ältere Erwachsene ab 65 Jahren [21] und Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen ab 18 Jahren [22]; zusätzlich wurden für den vorliegenden Beitrag weitere Recherchen und Analysen durchgeführt. Diese Bestandsaufnahmen folgen einer einheitlichen Struktur, was

Kernaussagen

- In Deutschland bewegt sich ein großer Teil der Bevölkerung zu wenig – insbesondere ältere Menschen, Frauen, sozioökonomisch benachteiligte Gruppen und Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen.
- Es existieren zahlreiche Datenquellen zum Bewegungsverhalten, jedoch erschweren methodische Unterschiede die Trendanalyse.
- 43 Projekte guter Praxis wurden identifiziert, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist – sie haben jedoch meist eine begrenzte Reichweite.
- 88 Maßnahmen etablierter Praxis sind fest in bestehenden Strukturen verankert und erreichen viele Menschen, wurden aber selten wissenschaftlich evaluiert.
- Eine stärkere Verzahnung von Wissenschaft, Politik und Praxis ist notwendig, um Bewegungsförderung wirksam und nachhaltig zu gestalten.

den Vergleich sowie die Synthese der Ergebnisse über die Bevölkerungsgruppen hinweg ermöglicht.

Ziel dieses Beitrags ist es, einen Überblick über Bewegung und Bewegungsförderung in Deutschland zu geben. Der Beitrag beantwortet vier Forschungsfragen: (1) Was ist der aktuelle Stand des Wissens zum Bewegungsverhalten der Bevölkerung in Deutschland?, (2) Welche wissenschaftlich evaluierten Projekte mit nachgewiesener Wirksamkeit („gute Praxis“) sind über Datenbanken identifizierbar?, (3) Welche Aktivitäten der Bewegungsförderung finden routinemäßig in Deutschland statt („etablierte Praxis“) und (4) Inwieweit unterscheiden sich gute Praxis und etablierte Praxis in Bezug auf Wirksamkeit, Reichweite und Dauer? Da dieser Beitrag einen Überblickscharakter hat, wird für spezifische Details zu Methoden und Ergebnissen auf die vom BMG veröffentlichten Bestandsaufnahmen [19–22] sowie weitere wissenschaftliche Publikationen [23, 24] verwiesen.

2. Methode

Das methodische Vorgehen zur Erstellung der Bestandsaufnahmen wurde in einem Koproduktionsprozess von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des WHO-Kooperationszentrums Physical Activity und Public Health und Mitarbeitenden des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt. Dieser Prozess, der in der wissenschaftlichen Literatur auch als „Integrated Knowledge Translation“ bezeichnet wird, bindet „knowledge user“ aktiv in den Forschungs-

prozess ein, was die spätere Anwendung der Forschungsergebnisse in Politik und/oder Praxis erhöht [25]. Da kein Erhebungsinstrument verfügbar war, das dem politischen Bedarf nach einem Überblick über relevante Aspekte der Bewegung und Bewegungsförderung in Deutschland entsprach, musste dies erst entwickelt werden. Dieses Erhebungsinstrument wird in der wissenschaftlichen Literatur als TARGET:PA-Tool bezeichnet und ist an anderer Stelle im Detail beschrieben [26]. Politische Rahmenbedingungen wurden nicht nur bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments berücksichtigt, sondern hatten auch Einfluss auf den verfügbaren Zeitrahmen für Datenerhebung und -analyse. Da das Erhebungsinstrument für Kinder und Jugendliche pilotiert [23] und im Anschluss minimal angepasst wurde, unterscheidet sich das methodische Vorgehen zwischen den Bevölkerungsgruppen im Detail. Daher wurden für diesen Beitrag weitere Recherchen und Analysen durchgeführt, um Ergebnisse über alle vier Bevölkerungsgruppen hinweg einheitlich darstellen zu können.

2.1 Daten zum Bewegungsverhalten in Deutschland

Datensätze zum Bewegungsverhalten wurden anhand einer bestehenden Übersichtsarbeit [11], einer Studie zum Bewegungs- und Sitzverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland [27] sowie weiterer Recherchen in wissenschaftlichen Datenbanken und auf Websites relevanter Organisationen identifiziert. Für jeden Datensatz wurden die verantwortliche Institution, die Altersspanne der Befragten, Anzahl und Jahre der Datenerhebungen sowie die Stichprobengrößen tabellarisch zusammengefasst.

Zur Vorbereitung einer vergleichenden Analyse des Bewegungsverhaltens wurden für alle Datensätze die gemessenen Variablen zu körperlicher Aktivität extrahiert. In der anschließenden Analyse wurden für Erwachsene (18–64 Jahre) und ältere Erwachsene (ab 65 Jahre) diejenigen Variablen betrachtet, bei denen die Vergleichbarkeit zwischen den Datensätzen am größten ist: Der Prozentsatz der Bevölkerung, der nicht (a) sportlich oder (b) in mindestens moderater Aktivität körperlich aktiv ist.

Die Daten zum aktuellen Bewegungsverhalten in Deutschland stammen für Kinder und Jugendliche aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS [28]), für die anderen drei Bevölkerungsgruppen aus der national repräsentativen Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA [29]). Die Werte beziehen sich auf die Erfüllung der WHO-Empfehlungen zur Ausdaueraktivität von 2010 [30]. Für Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 17 Jahren entspricht dies einer täglichen Aktivität von mindestens 60 Minuten in moderater bis hoher Intensität. Für Erwachsene sind dies – pro Woche – mindestens 150 Minuten körperliche Aktivität in moderater Intensität, oder mindes-

tens 75 Minuten in hoher Intensität, oder eine entsprechende Kombination von moderater und hoher Intensität.

2.2 Gute Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland

Gute Praxis wird definiert als eine erfolgreiche Vorgehensweise, die nachweislich positive Ergebnisse erzielt – d. h. deren Wirksamkeit nachgewiesen ist – und die daher als vorbildlich empfohlen werden kann [31]. Beispiele guter Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland wurden anhand einer Datenbankrecherche identifiziert. Geeignete Projektdatenbanken wurden anhand eines Memorandums der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu evidenzbasierter Prävention und Gesundheitsförderung [32], einer früheren Studie zu Beispielen guter Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland [33] und weiteren Recherchen ausgewählt. Insgesamt wurden zehn Datenbanken identifiziert:

- ▶ Netzwerk Prävention, Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung [34]
- ▶ Grüne Liste Prävention, Landespräventionsrat Niedersachsen [35]
- ▶ Praxisdatenbank „Gesundheitliche Chancengleichheit“ [36]
- ▶ Projektdatenbank des deutschen Bildungsservers [37]
- ▶ Projektdatenbank des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen [38]
- ▶ Projektdatenbank „Gesund und aktiv älter werden“, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit [39]
- ▶ Projektdatenbank von „IN FORM“ [40]
- ▶ Projektsammlung des Impulsgebers Bewegungsförderung, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit [41]
- ▶ Datenbank SPOFOR, Sportinformationsportal SURF, Bundesinstitut für Sportwissenschaft [42]
- ▶ Wissen für gesunde Lebenswelten, GKV-Bündnis für Gesundheit [43]

Die Datenbanken wurden für Kinder und Jugendliche im Jahr 2021 und – aufgrund des Zeitplans des BMG für die Veröffentlichung der einzelnen Bestandsaufnahmen – für die anderen Bevölkerungsgruppen in den Jahren 2023 und 2024 ausgewertet. Wegen der verschiedenen Zeitpunkte und inhaltlichen Schwerpunkte wurden manche der genannten Datenbanken nur für einzelne Bevölkerungsgruppen ausgewertet.

In den Datenbanken wurden 1.061 potenziell relevante Projekte identifiziert; weitere 23 Projekte für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen wurden im Rahmen der Umfrage identifiziert. 574 der 1.084 Projekte wurden als Duplikate oder aus thematischen Gründen (kein Fokus auf Bewegungsförderung) ausgeschlossen. Für 43 der verbleibenden 510 Projekte gibt es Nachweise zur Wirksamkeit, so dass diese als gute Praxis bezeichnet werden können.

Für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen wurde zusätzlich im Jahr 2024 eine Umfrage unter Akteuren der Bewegungsförderung in Deutschland durchgeführt, über die weitere Projekte identifiziert wurden. Die Rekrutierung erfolgte über (a) die interdisziplinäre Arbeitsgruppe Bewegungsbezogene Versorgungsforschung des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung, (b) medizinische und bewegungsbezogene Fachgesellschaften sowie Selbsthilfegruppen und (c) weitere Organisationen mit Relevanz für Bewegungsförderung in Deutschland. An der Umfrage beteiligten sich 17 Expertinnen und Experten, die sich in etwa zu gleichen Anteilen den Bereichen Politik (29,4 %), Wissenschaft (23,5 %), Praxis (23,5 %) und Sonstiges (23,5 %) zuordneten. Die Befragten kamen überwiegend aus dem Gesundheitssektor (76,4 %), gefolgt von Sport (11,7 %).

2.3 Etablierte Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland

Als etablierte Praxis wurden alle Aktivitäten definiert, die routinemäßig in Deutschland im Bereich der Bewegungsförderung stattfinden, z. B. aufgrund von gesetzlichen Regelungen, Mechanismen zur finanziellen Förderung oder der Eigeninitiative von Organisationen. Der Schwerpunkt der Recherche lag auf der nationalen Ebene.

Zur Identifizierung von etablierter Praxis für Bewegungsförderung in Deutschland wurden verschiedene Methoden verwendet: Für Kinder und Jugendliche wurden im Rahmen der Pilotstudie im Jahr 2021 sechs leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten für verschiedene Sektoren und Lebenswelten durchgeführt (Familie und häusliche Lebenswelt, Kindergarten und Kindertagesstätte, Schule, Sport, Gesundheit, Verkehr und Stadtplanung). Für Erwachsene, ältere Erwachsene und Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen wurde in den Jahren 2023 und 2024 online nach etablierter Praxis recherchiert, unter anderem auf den Webseiten relevanter Akteure der Bewegungsförderung in Deutschland (n=64) und mit der Suchmaschine Google. Es wurden Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert und ausgewählt, die (a) einen klaren Fokus auf verhaltens- oder verhältnisbezogene Bewegungsförderung haben, (b) fest in den Strukturen einer Organisation verankert sind und (c) das Potenzial haben, einen großen Public-Health-Impact auf Bevölkerungsebene zu erzielen.

Zur Überprüfung und Ergänzung der Ergebnisse wurden im Anschluss zwei Online-Umfragen unter Akteuren der Bewegungsförderung in Deutschland durchgeführt (zunächst für Erwachsene und ältere Erwachsene, später für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen). Für Erwachsene und ältere Erwachsene erfolgte die Rekrutierung über eine Liste an relevanten Organisationen, die verschiedene Sektoren

und Lebenswelten repräsentieren (z. B. Organisationen, deren Aktivitäten als etablierte Praxis identifiziert wurden). Diese Umfrage wurde von 45 Personen beantwortet, die sich zu etwa gleichen Teilen den Bereichen Praxis (22,2 %), Wissenschaft (19,4 %) und Politik (16,7 %) zuordneten (Sonstiges: 41,7 %). Die Mehrheit der Befragten kam aus dem Gesundheitssektor (48,9 %), gefolgt von Sport (13,3 %) und Alten- und Pflegeheimen (8,9 %). Für Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen beteiligten sich 17 Personen (siehe Abschnitt 2.2), sodass die zwei Umfragen von insgesamt 62 Expertinnen und Experten beantwortet wurden. Beide Umfragen enthielten eine tabellarische Übersicht der Maßnahmen etablierter Praxis für die jeweilige Bevölkerungsgruppe sowie Fragen (a) zur Identifizierung weiterer Maßnahmen und (b) zur Validierung der in den Tabellen dargestellten Informationen.

2.4 Wirksamkeit, Reichweite und Dauer der Praxis der Bewegungsförderung

Die Auswahl geeigneter Kriterien für einen Vergleich von guter Praxis und etablierter Praxis erfolgte anhand des RE-AIM Frameworks [44] und einer Studie zu Qualitätskriterien für Interventionen der Bewegungsförderung [45]. Im Rahmen des Koproduktionsprozesses wurden folgende drei Kriterien als besonders relevant identifiziert:

- ▶ **Wirksamkeit:** Nachweis von Effekten auf das Bewegungsverhalten und/oder damit zusammenhängende Indikatoren
- ▶ **Reichweite:** Anzahl der Personen, die insgesamt durch ein Projekt guter Praxis oder eine Maßnahme etablierter Praxis erreicht wurden
- ▶ **Dauer:** Laufzeit des Projekts guter Praxis oder der Maßnahme etablierter Praxis

Für die identifizierten Projekte guter Praxis wurden Informationen zur Wirksamkeit, Reichweite und Dauer aus den Datenbanken bzw. – falls verfügbar – aus Projektberichten, wissenschaftlichen Publikationen und Projekt-Webseiten extrahiert. Für die als etablierte Praxis identifizierten Maßnahmen wurde online auf den Projektwebseiten und via Google nach entsprechenden Informationen recherchiert. Für die Analyse wurden folgende Kategorien verwendet:

- ▶ **Wirksamkeit:** ja/nein
- ▶ **Reichweite:** Unter 10.000 erreichte Personen/10.000 bis unter 100.000 Personen/100.000 bis unter 1.000.000 Personen/Ab 1.000.000 Personen/Daten nicht verfügbar
- ▶ **Dauer:** Unter 5 Jahre/5 bis unter 10 Jahre/10 bis unter 20 Jahre/Ab 20 Jahren/Daten nicht verfügbar

3. Ergebnisse
3.1 Daten zum Bewegungsverhalten in Deutschland

Insgesamt wurden 23 größere (meist bevölkerungsrepräsentative) Studien zum Bewegungsverhalten der Bevölkerung in Deutschland identifiziert. Die Daten wurden von elf verschiedenen Institutionen im Zeitraum von 1993 bis 2024 erhoben (teilweise in mehreren Erhebungen pro Studie), de-

cken verschiedene Altersgruppen ab und setzen unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte. Einige Studien erheben Daten zum Bewegungsverhalten über verschiedene Lebensbereiche hinweg, andere Studien legen einen Fokus auf Sport- und Freizeitaktivitäten oder aktive Mobilität. Die Stichprobengröße der Studien liegt innerhalb einer Spannbreite von 850 bis 421.000 Befragten pro Erhebung (Tabelle 1).

Tabelle 1: Datensätze zum Bewegungsverhalten in Deutschland

Institution	Datensatz	Altersspanne	Erhebung	Stichprobengröße (gerundet)
Bundesministerium für Digitales und Verkehr	Mobilität in Deutschland (MiD)	Ab 0 Jahre	4 Erhebungen 2002–2023	60.000–421.000
Deutsches Jugendinstitut	Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten (AID:A)	Unterschiedlich, i. d. R. ab 0 Jahre bis 32–37 Jahre	6 Erhebungen 2009–2023	1.500–22.000
	AID:A Mig+	0–32 Jahre	2019	1.900
	AID:A NRW	0–32 Jahre	2019	2.400
	AID:A Corona	1–33 Jahre	2020	1.000
	Medien, Kultur und Sport bei jungen Menschen (MediKuS)	9–24 Jahre	2011–2012	4.900
Deutsches Zentrum für Altersfragen	Deutscher Alterssurvey (DEAS)	Ab 40 Jahre	9 Erhebungen 1996–2023	4.800–10.300
	Hohes Alter in Deutschland (D80+)	Ab 80 Jahre	2020/2021	10.600
Gesellschaft für Konsumforschung e. V.	Nichtbewegerstudie (NBS)	Ab 10 Jahre	2006	10.600
Karlsruher Institut für Technologie	Motorik-Modul der KiGGS-Studie (MoMo)	4–17 Jahre	4 Querschnitterhebungen 2003–2022	4.200–5.100
		4–17 Jahre (zu Beginn der Studie)	1 Längsschnitterhebung 2003–2022	850–4.500
Leibniz-Institut für Bildungsverläufe	Nationales Bildungspanel (NEPS)	Ab 0 Jahre	Seit 2008	70.000
Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften	Allbus	Ab 18 Jahre	3 Erhebungen 1998–2014	2.900–3.500
	GESIS Panel 2018	Ab 18 Jahre	2013–2018	7.600
SHARE ¹ BERLIN Institute GmbH (SBI)	SHARE-WAVE 1	Ab 50 Jahre	9 Erhebungen 2004–2022	5.800 in SHARE-WAVE 5*
NAKO ² e.V.	NAKO Gesundheitsstudie	Ab 20 Jahre	Seit 2014	205.000
Robert Koch-Institut	Bundes-Gesundheitssurvey (BGS 1998)	18–79 Jahre	1997–1999	7.100
	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)	18–79 Jahre	2008–2011	8.000
	Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)	Ab 15/18 Jahre	9 Erhebungen 2009–2024	5.000–33.100
	GEDA Fokus	Ab 18 Jahre	2021–2022	6.000
	Gesundheit 65+	Ab 40 Jahre	2021–2023	3.700
	Telefonischer Gesundheitssurvey (GTel03)	Ab 18 Jahre	2003	8.300
	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)	0–17/18 Jahre	3 Querschnitterhebungen 2003–2017	12.400–17.600
		0–17 Jahre (zu Beginn der Studie)	1 Längsschnitterhebung 2003–2017	10.900–17.600
Weltgesundheitsorganisation (WHO)	Health-Behaviour in School-Aged Children (HBSC)	11–15 Jahre	8 Erhebungen 1993–2022	4.300–6.500*

*Daten nicht für alle Erhebungen verfügbar
¹Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe; ²Nationale Kohorte

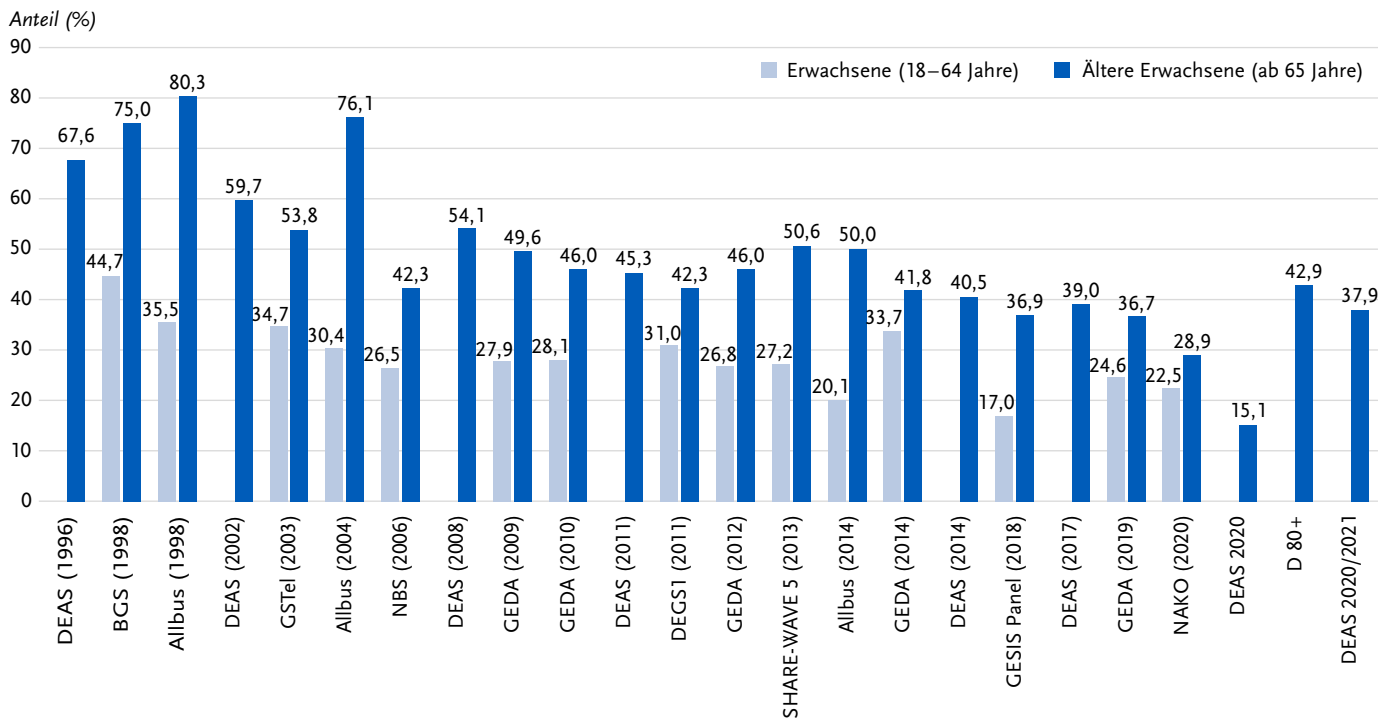


Abbildung 1: Anteil der Personen (%), die keine sportliche Aktivität ausüben – Ergebnisse aus 24 Datenerhebungen zum Bewegungsverhalten
Erklärung der Studien-Abkürzungen: siehe [Tabelle 1](#)

Aufgrund der unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkte und Erhebungsmethoden der Studien sind vergleichende Analysen nur eingeschränkt möglich. Zwei Variablen, die häufig zur Beschreibung des Bewegungsverhaltens verwendet werden, werden jedoch in mehreren Studien erhoben: (a) die Teilnahme am Sport und (b) die gesamte körperliche Aktivität. [Abbildung 1](#) zeigt anhand von 24 Erhebungen, dass der Anteil der Personen, die keinen Sport treiben, in den verschiedenen Studien für Erwachsene zwischen 17,0% und 44,7% liegt, sowie für ältere Erwachsene

zwischen 15,1% und 80,3%. [Abbildung 2](#) beinhaltet die Werte aus zwölf Datenerhebungen und vergleicht den Prozentsatz der Personen, die sich nie bzw. fast nie in mindestens moderater Intensität körperlich betätigen. Dieser Wert schwankte für Erwachsene zwischen 16,8% und 38,7% sowie für ältere Erwachsene zwischen 6,7% und 50,8%.

[Abbildung 3](#) zeigt für alle vier Bevölkerungsgruppen den Anteil der Personen, die die WHO-Bewegungsempfehlungen erfüllen (Kinder und Jugendliche, Erwachsene, ältere Erwachsene, Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen).

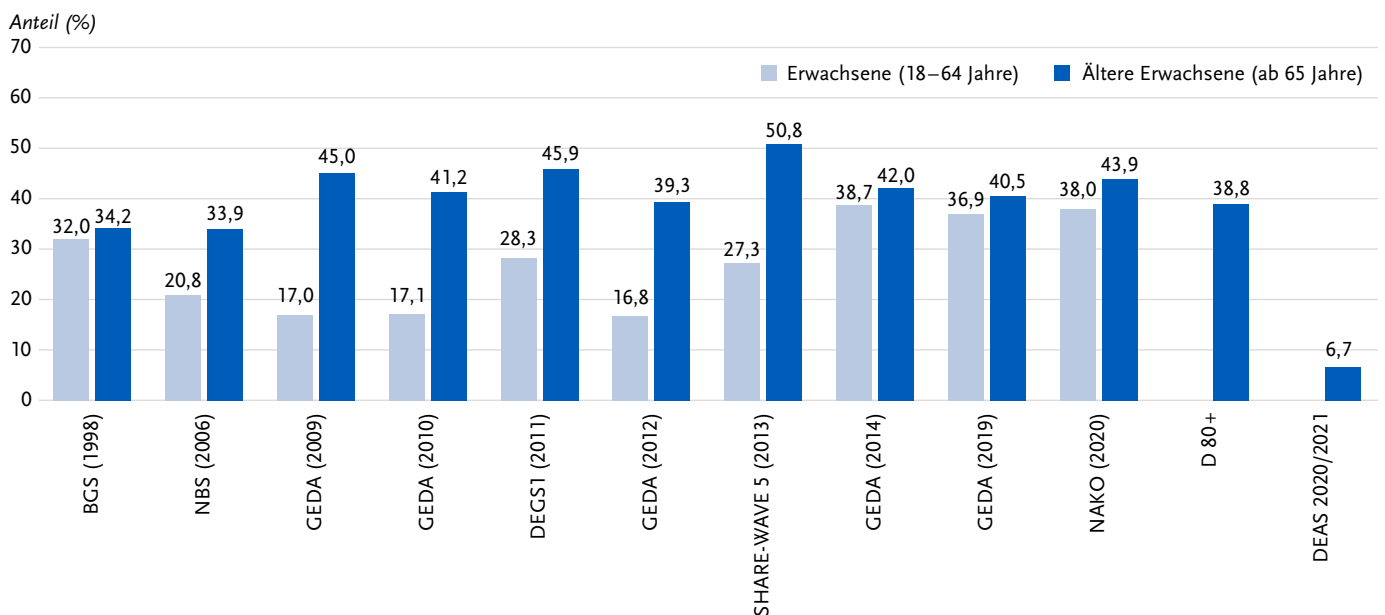


Abbildung 2: Anteil der Personen (%), die nie/fast nie mit mindestens moderater Intensität körperlich aktiv sind – Ergebnisse aus zwölf Datenerhebungen zum Bewegungsverhalten
Erklärung der Studien-Abkürzungen: siehe [Tabelle 1](#)

gen). Dieser Indikator ist von zentraler Bedeutung, da er sowohl als Prädiktor für das Risiko nichtübertragbarer Erkrankungen dient als auch internationale Vergleiche ermöglicht. In der Abbildung werden Geschlechts- und Altersunterschiede im Bewegungsverhalten deutlich: Über alle Altersgruppen hinweg sind Jungen/Männer aktiver als Mädchen/Frauen; zudem sind ältere Erwachsene (ab 65 Jahre) weniger aktiv als Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren. Darüber hinaus belegen Studien die Bedeutung sozialer Determinanten des Bewegungsverhaltens in Deutschland: Ein niedriges Einkommen, geringes Bildungsniveau und Migrationshintergrund sind mit geringerer Sportteilnahme und geringerer Aktivität in mindestens moderater Intensität assoziiert. Zudem sind Mädchen von sozialer Benachteiligung stärker betroffen als Jungen [11, 28].

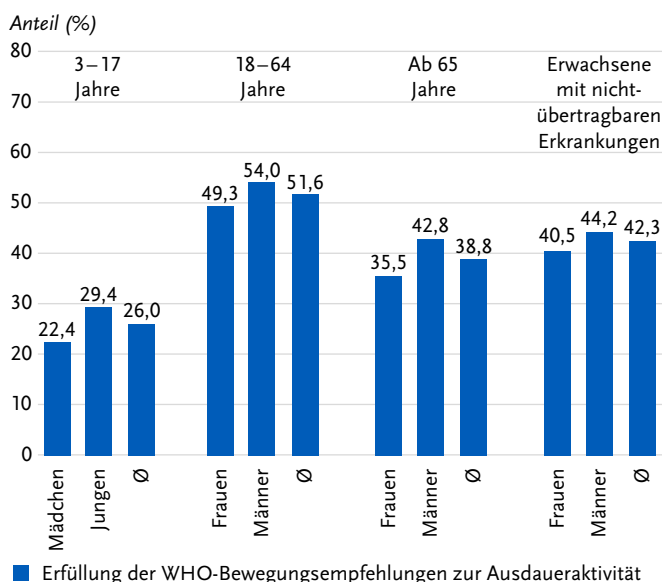


Abbildung 3: Anteil (%) der Personen, die die Bewegungsempfehlungen erfüllen nach Geschlecht und Bevölkerungsgruppe – Ergebnisse der KiGGS-Studie (n=6.532 Mädchen, n=6.449 Jungen) und GEDA-Studie (n=11.959 Frauen, n=10.687 Männer) zum Bewegungsverhalten
Quellen: KiGGS Welle 2, GEDA 2019/2020-EHIS

3.2 Gute Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland

Die 43 Projekte guter Praxis verteilen sich folgendermaßen auf die Bevölkerungsgruppen und Lebenswelten bzw. Sektoren:

- **Kinder und Jugendliche (n=22):** Gute Praxis wurde fast ausschließlich in den Lebenswelten Kindergarten/Kindertagesstätte (n=9) und Schule (n=12) identifiziert. Ein weiteres Projekt, das auf die Förderung aktiven Transports zu Kindergärten und Schulen abzielt, wurde dem Verkehrssektor zugeordnet (n=1).
- **Erwachsene (n=6):** Gute Praxis wurde für die Lebenswelten Betrieb (n=4) und Kommune (n=2) identifiziert. Diese Projekte richteten sich an potenziell benachteiligte Bevölkerungsgruppen wie Langzeitarbeitslose (n=2),

Frauen in schwierigen Lebenslagen (n=2) und Menschen mit Behinderung (n=1) und an eine Berufsgruppe mit hohen körperlichen Anforderungen (Pflegefachkräfte; n=1).

- **Ältere Erwachsene (n=7):** Gute Praxis wurde den Lebenswelten Alten- und Pflegeheime (n=3) sowie Kommune (n=4) zugeordnet. Eines der Projekte in Altenheimen richtet sich explizit auch an Pflegefachkräfte, adressiert somit zusätzlich Erwachsene in der Lebenswelt Betrieb. Die Projekte in der Lebenswelt Kommune richteten sich überwiegend an besondere Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit einem hohen Risiko für dementielle Erkrankungen (n=1), Sturzrisikopatienten (n=1) und ältere Menschen mit Migrationshintergrund (n=1).
- **Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen (n=8):** Alle Projekte guter Praxis für diese Bevölkerungsgruppe wurden dem Gesundheitssektor zugeordnet (n=8). Diese Projekte richteten sich teilweise an Personen mit spezifischen Erkrankungen wie Krebs (n=2), Multiple Sklerose (n=1), Demenz (n=1) und Adipositas (n=1). Zwei weitere Projekte richteten sich allgemein an Patientinnen und Patienten in der stationären Rehabilitation (n=1) bzw. im Anschluss an diese (n=1). Eines der Projekte ist als berufsbegleitende Maßnahme zur Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit konzipiert und hat somit Überschneidungen zur Lebenswelt Betrieb (n=1).

3.3 Etablierte Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland

Insgesamt wurden 88 Maßnahmen etablierter Praxis identifiziert und durch 104 Beispiele von Praxismaßnahmen von Akteuren der Bewegungsförderung in Deutschland konkretisiert. Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- **Kinder und Jugendliche (n=27):** Etablierte Praxis wurde für die Bereiche Familie und häusliche Lebenswelt (n=5), Kindergärten und Kindertagesstätten (n=6), Schule (n=7), Sport (n=3), Gesundheit (n=1) und Verkehr (n=5) identifiziert. Konkrete Beispiele sind unter anderem Eltern-Kind-Turnen, Sportunterricht, Kooperationen von Kindergärten und Schulen mit Sportvereinen, Bewegungsberatung innerhalb von Vorsorgeuntersuchungen und Maßnahmen zur Verkehrsberuhigung insbesondere in Schulumgebung.
- **Erwachsene (n=35):** Etablierte Praxis wurde den Bereichen Sport (n=9), Betrieb (n=7), Kommune (n=7), Verkehr (n=6), Gesundheit (n=2), massenmediale Kampagnen (n=1) und Weitere (n=3) zugeordnet.

Dazu gehören zum Beispiel Qualitätssiegel zur Gesundheitsförderung in Sportvereinen, Maßnahmen der Bewegungsförderung im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, kostenlose Verleihangebote von Sportequipment in Kommunen, Fahrradverleihsysteme oder Präventionskurse der Krankenkassen.

- ▶ Ältere Erwachsene (n=16): Maßnahmen etablierter Praxis finden sich in Alten- und Pflegeheimen (n=4) sowie in den Bereichen Sport (n=3), Kommune (n=3), häusliche Lebenswelt (n=2), Verkehr (n=1) und Weitere (n=3). Sie umfassen beispielsweise Programme zur Sturzprävention, Gesundheitssportkurse, Mehrgenerationenparks/-spielplätze in Kommunen, aktivierende Hausbesuche und Radfahrtsicherheitstrainings.
- ▶ Erwachsene mit nichtübertragbaren Erkrankungen (n=10): Etablierte Praxis wurde für die Bereiche Gesundheit (n=8) und Sport (n=2) identifiziert. Relevante Maßnahmen zur Bewegungsförderung umfassen unter anderem die Primärversorgung (z. B. Disease-Management-Programme) und die medizinische Rehabilitation (z. B. Sport- und Bewegungstherapie) sowie Online-Datenbanken zu relevanten Bewegungs- und Sportangeboten.

3.4 Wirksamkeit, Reichweite und Dauer der Praxis der Bewegungsförderung

Gute Praxis (n=43) und etablierte Praxis (n=88) unterscheiden sich in Bezug auf ihre Wirksamkeit, Reichweite und Dauer. Bei diesem Vergleich ist jedoch zu berücksichtigen, dass es Lücken in der Verfügbarkeit entsprechender Daten gibt. Daten zur Wirksamkeit liegen für 53 der 131 Projekte und Maßnahmen vor (43 gute Praxis/10 etablierte Praxis), die Reichweite ist für 54 Projekte und Maßnahmen bekannt (31/23) und die Dauer für 106 Projekte und Maßnahmen (42/64).

Die Wirksamkeit wurde für alle 43 Projekte guter Praxis nachgewiesen (100%; Einschlusskriterium). Die Wirksamkeitsnachweise unterscheiden sich jedoch in Hinblick auf Methodik (qualitativ, quantitativ) und Effekte (z. B. Steigerung der körperlichen Aktivität, Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit, Wissenssteigerung) voneinander. Für etablierte Praxis ist die Wirksamkeit nur für 10 der 88 Maßnahmen (11%) nachgewiesen; für die anderen 78 Maßnahmen (89%) liegen keine entsprechenden Daten vor.

Die Reichweite unterscheidet sich ebenfalls erheblich (Abbildung 4). Für 60% der Projekte guter Praxis liegt die Reichweite unter 100.000 Personen, für 12% über 100.000 Personen. Bei etablierter Praxis liegt die Reichweite nur für 1% der Maßnahmen unter 100.000 Personen und für 25% über 100.000 Personen. Für rund drei Viertel der etablierten Praxis

(74%) und etwa ein Viertel der guten Praxis (28%) sind keine Daten zur Reichweite verfügbar.

Auch hinsichtlich der Dauer gibt es Unterschiede zwischen guter und etablierter Praxis (Abbildung 5). Denn während 33% der Projekte guter Praxis eine Laufzeit von unter fünf Jahren hatten, war dies nur für 9% der Maßnahmen etablierter Praxis der Fall. Auch hier sind für etablierte Praxis (27%) häufiger keine Daten verfügbar als für gute Praxis (2%).

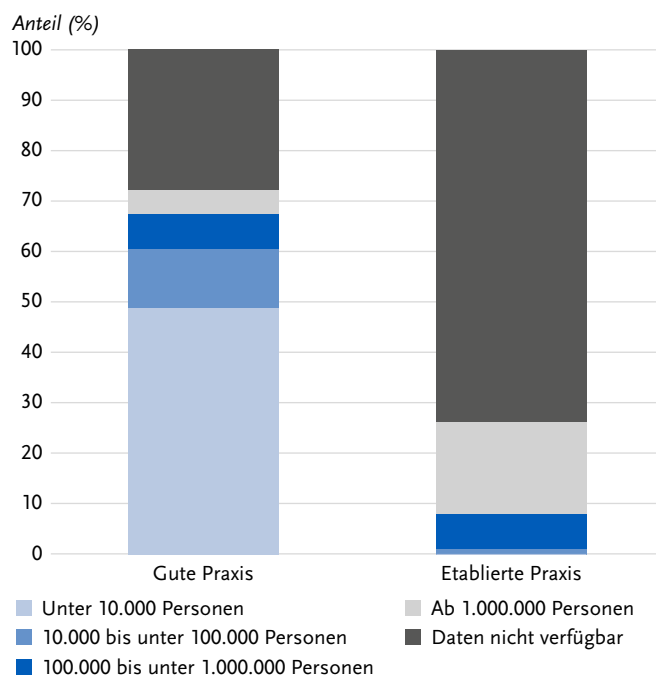


Abbildung 4: Reichweite (Anzahl erreichter Personen) von guter Praxis und etablierter Praxis der Bewegungsförderung in den untersuchten Projekten

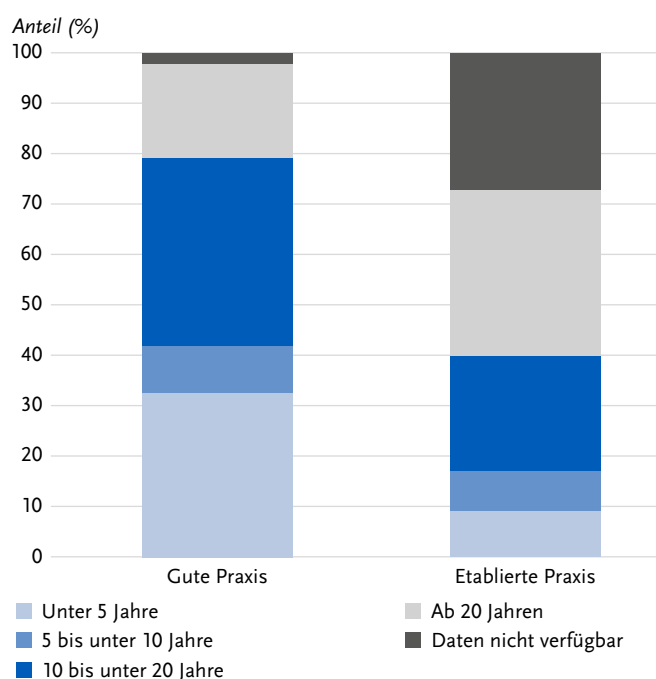


Abbildung 5: Dauer (Laufzeit) von guter Praxis und etablierter Praxis der Bewegungsförderung in den untersuchten Projekten

4. Diskussion

Dieser Beitrag gibt einen Überblick über relevante Daten zu Bewegung und Bewegungsförderung in Deutschland. Insgesamt wurden 23 Studien zum Bewegungsverhalten der Bevölkerung in Deutschland, 43 Projekte guter Praxis und 88 Maßnahmen etablierter Praxis analysiert.

4.1 Daten zum Bewegungsverhalten in Deutschland

Aktuelle Daten zum Bewegungsverhalten zeigen, dass sich ein großer Anteil der Bevölkerung zu wenig bewegt. Zudem sind in den Daten starke Unterschiede in Bezug auf Alter (je höher das Alter, desto weniger Bewegung), Geschlecht (in den meisten Altersgruppen bewegen sich Frauen weniger als Männer), sozioökonomischen Status (geringes Einkommen, geringe Bildung) und Gesundheitszustand (weniger Aktivität bei vorhandener nichtübertragbarer Erkrankung) erkennbar.

Ob sich das Bewegungsverhalten in Deutschland in den zurückliegenden Jahrzehnten verändert hat, lässt sich nicht ohne Weiteres beantworten. Es gibt jedoch Anzeichen, dass zumindest der Anteil derjenigen, die keinen Sport treiben, in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen ist. Aufgrund der Vielzahl der hochwertigen Datenerhebungen, die das Bewegungsverhalten der Bevölkerung für verschiedene Altersgruppen abbilden, mag diese Unsicherheit in Bezug auf Bewegungstrends überraschen. Dies lässt sich jedoch mit einer Reihe von methodologischen Problemen der Bewegungsmessung erklären.

Zum einen ist die Messung des Bewegungsverhaltens auf Bevölkerungsebene nach wie vor komplex. Die Unzulänglichkeiten von Fragebögen zur Messung des Bewegungsverhaltens sind gut beschrieben [46]. Die Teilnehmenden erinnern sich häufig nicht an die Bewegung, die sie in letzter Zeit ausgeübt haben, insbesondere auch deren Intensitätsniveau, oder schätzen dieses falsch ein. Hinzu kommt teilweise das Bedürfnis, sozial erwünscht zu antworten, d. h. Bewegungsverhalten zu berichten, welches so nicht stattgefunden hat. Teilweise bestehen aber auch Probleme in der Verständlichkeit der Fragen zum Bewegungsverhalten, die oftmals kognitiv komplex und damit schwierig zu verstehen sind [47]. Diese Probleme haben sich mit dem Paradigmenwechsel weg von der ausschließlichen Betrachtung von Sport hin zur Erfassung gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität Mitte der 1990er Jahre verschärft, da Bewegung in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Arbeit, Transport) relevant ist und damit lebensbereichsübergreifend erfasst werden muss.

Eine weitere Herausforderung entsteht dadurch, dass der Anteil der Personen, die die geltenden Bewegungsempfehlungen erfüllen, ein wichtiger Indikator im Gesund-

heitsmonitoring ist. Um eine internationale Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zu ermöglichen, sind in diesem Kontext die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation [48] von besonderer Relevanz. Diese Verknüpfung der Messung des Bewegungsverhaltens mit den WHO-Empfehlungen hat jedoch den unerwünschten Nebeneffekt, dass bereits kleine Anpassungen der Empfehlungen zu einer Anpassung der Messinstrumente führen. Dadurch wird letztendlich die Vergleichbarkeit der Daten zum Bewegungsverhalten über die Zeit hinweg (d. h. im Längsschnitt) beeinträchtigt.

Eine dritte Schwierigkeit ergibt sich aus konkurrierenden Messmethoden. In kleinen, oftmals klinischen Studien hat sich die Messung des Bewegungsverhaltens über Beschleunigungssensoren (Akzelerometrie) längst durchgesetzt. Auf diese Weise kann das Bewegungsverhalten und dessen Intensität in hoher Qualität und ohne die bereits genannten subjektiven Filter Erinnerungsvermögen, soziale Erwünschtheit und Verständnis erfasst werden. Für große Bevölkerungsstudien hat sich dieses Verfahren bisher allerdings, trotz vieler Pilotstudien, noch nicht breit durchgesetzt. Dies hängt unter anderem mit dem höheren Aufwand für Forschende und Studienteilnehmende, technischen Limitationen (z. B. in Bezug auf die Erfassung von Radfahren) und höheren Kosten zusammen [49]. Ein Teil dieser Probleme lässt sich durch die Verwendung von Smartphone-Daten lösen, die ebenfalls mit eingebauten Beschleunigungssensoren erhoben werden [50].

4.2 Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland

Die Analyse zeigt, dass es deutliche Unterschiede in der Wirksamkeit, Reichweite und Dauer von guter Praxis und etablierter Praxis der Bewegungsförderung in Deutschland gibt: Für gute Praxis ist zwar (definitionsgemäß) die Wirksamkeit nachgewiesen, allerdings haben diese Projekte häufig eine eher geringe Reichweite. Im Gegensatz hierzu erreicht etablierte Praxis oftmals eine deutlich größere Anzahl an Menschen und findet über einen längeren Zeitraum hinweg oder sogar dauerhaft statt; die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wird jedoch oftmals nicht wissenschaftlich untersucht.

In Bezug auf gute Praxis ist zunächst auffällig, dass sich über die Hälfte der identifizierten Projekte an Kinder und Jugendliche richten. Dies ist zunächst einmal positiv, da das Kindes- und Jugendalter häufig als zentraler Lebensabschnitt für Bewegungsförderung beschrieben wird und das Bewegungsverhalten in jungen Jahren die weitere Bewegungskarriere im späteren Leben prägt [51–53]. Zum anderen lässt sich dies möglicherweise auch dadurch erklären, dass sich in Kitas und Schulen vergleichsweise leicht Interventionsstudien mit Kontrollgruppen durchführen lassen (ebenso wie in Betrieben, Alten- und Pflegeheimen und in der Gesundheitsversorgung, denen sich die Mehrheit der anderen Pro-

jekte guter Praxis zuordnen lässt). In Teilen der Wissenschaft wird jedoch auch kritisiert, dass diese Art der Forschung – häufig randomisiert-kontrollierte Studien – „Mikro-Interventionen“ begünstigt und von der Notwendigkeit struktureller und institutioneller Veränderungen ablenkt [54, 55]. Veränderungen mit relevanten Wirkungen auf Bevölkerungsebene erscheinen jedoch möglich, wenn eine Verbreitung (Skalierung) und strukturelle Verankerung von guter Praxis gelingen. Auch hierfür gibt es insbesondere im Bildungssektor Positivbeispiele in Deutschland: Das Projekt „Klasse 2000“, in dem auch das Thema „bewegen & entspannen“ behandelt wird, hat seit 1991 insgesamt 2,3 Millionen Kinder erreicht; im Schuljahr 2023/2024 beteiligten sich 15,3 % aller Schulklassen in Deutschland ($n=22.373$) [56]. Einen ähnlichen Fokus hat das Projekt „fit4future“, das seit 2016 rund 1,8 Millionen Kinder und Jugendliche in Kitas und Schulen erreicht hat [57]. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte jedoch berücksichtigt werden, dass möglicherweise nicht alle Projekte guter Praxis auf diese Weise skaliert werden können. Es ist daher wichtig, den Kontext der jeweiligen Projekte zu berücksichtigen und Erfolgsfaktoren für die Skalierung zu verstehen [58, 59].

Denn erfolgreich skalierte Projekte verbinden die Vorteile guter Praxis (nachgewiesene Wirksamkeit) und etablierter Praxis (hohe Reichweite und strukturelle Verankerung). Ein konkretes Beispiel ist das „Lübecker Modell Bewegungswelten“, das speziell für ältere Menschen mit Pflegebedarf entwickelt wurde und in über 100 Pflegeeinrichtungen in Deutschland durchgeführt wird [60, 61]. Ein weiteres Beispiel ist das „AlltagsTrainingProgramm“, das Bewegung im Alltag sowohl im Rahmen von Präventionskursen als auch als Dauerangebot fördert [62, 63]. Beide Maßnahmen sind aus wissenschaftlich evaluierten Pilotprogrammen hervorgegangen und aktuell über das Programm „Gesund & aktiv älter werden“ fest in den Strukturen des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit verankert. Dies ist jedoch eher die Ausnahme als die Regel: Wie bereits erwähnt wurde die überwiegende Mehrheit der etablierten Praxis nicht evaluiert, somit sind in der Regel keine Daten zur Wirksamkeit verfügbar. Daher stellt sich die Frage, ob die Wirksamkeit von etablierter Praxis nicht verstärkt wissenschaftlich untersucht werden sollte, um evidenzbasiert Strategien zu deren Verbesserung zu entwickeln. Angesichts von mehr als 28 Millionen Mitgliedschaften in Turn- und Sportvereinen [64], über elf Millionen schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen [65] und durchschnittlich neun bis zehn jährlichen Arztbesuchen pro Person [66] haben Maßnahmen, die diese Strukturen der Praxis nutzen, ein hohes Potenzial. Wenn es gelingt, die Reichweite und/oder Wirksamkeit von Maßnahmen etablierter Praxis jedes Jahr um wenige Prozentpunkte zu steigern, ist der Effekt auf das Bewegungsverhalten der Bevölkerung möglicherweise größer als durch die stetige Entwicklung

neuer Pilotprojekte. In diesem Zusammenhang könnte auch eine stärkere Fokussierung auf struktur- und politikbezogene Interventionen erfolgen, in denen vermehrt Co-Produktionsprozesse zur Zusammenarbeit von Politik, Praxis und Wissenschaft genutzt werden [25, 67]. Die Eignung solcher Ansätze zur nachhaltigen Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen der Bewegungsförderung in verschiedenen Lebenswelten (z. B. Kommune, Arbeitswelt, Ausbildung, Gesundheit) wurde in der jüngeren Vergangenheit im nationalen Kontext vermehrt beforscht [58, 68–70].

International werden diese Fragen unter anderem unter den Stichwörtern „evidence-to-practice“ (gute Praxis) und „practice-to-evidence“ (etablierte Praxis) diskutiert [59]. In einem Sonderheft der renommierten medizinischen Fachzeitschrift „The Lancet“ betonten Rodrigo Reis et al. die Wichtigkeit beider Perspektiven. Sie wiesen jedoch auch darauf hin, dass Pilotprojekte allein nicht ausreichend sind und stattdessen ein stärkerer Fokus auf die Erforschung von Strategien zur Skalierung und Umsetzung effektiver politischer und praktischer Maßnahmen der Bewegungsförderung gelegt werden sollte [59]. Die Autorinnen und Autoren stellten zudem fest, dass ein solcher Wandel der Forschungsagenda nur möglich ist, wenn er von den fördernden Institutionen unterstützt wird. Unter anderem empfehlen sie flexible Fördermechanismen, die die Generierung von „practice-based evidence“ unterstützen, beispielsweise durch die Evaluation von erfolgreich skalierten Projekten [59].

4.3 Limitationen

Limitationen der Studie ergeben sich unter anderem durch die verschiedenen Zeitpunkte der Datenerhebungen für die Bestandsaufnahmen in den Jahren 2021 bis 2024. Trotz der einheitlichen Struktur unterschied sich das methodische Vorgehen im Detail. Beispielsweise wurden zur Identifizierung etablierter Praxis für Kinder und Jugendliche zunächst Expertinnen- und Experteninterviews durchgeführt, die durch eine Online-Recherche validiert wurden; für die anderen drei Bevölkerungsgruppen wurden diese beiden methodischen Schritte in umgekehrter Reihenfolge durchgeführt und die Interviews durch eine Umfrage ersetzt. Diese Optimierung des methodischen Vorgehens im Anschluss an die Pilotstudie (Kinder und Jugendliche) hatte Vorteile in Bezug auf den Umfang und die Qualität der Ergebnisse, erschwerte jedoch eine direkte Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Bestandsaufnahmen bzw. Bevölkerungsgruppen. Weitere Limitationen ergeben sich aus Lücken in der Datenverfügbarkeit, die möglicherweise in zukünftigen Erhebungen gezielt adressiert werden können. Dies betrifft sowohl das Bewegungsverhalten (z. B. Daten zur körperlichen Aktivität von Kindern unter drei Jahren oder von Personen mit seltenen bzw. multiplen Erkrankungen) als auch die Praxis der Bewegungsförderung

(z. B. Verfügbarkeit von Daten zu Wirksamkeit, Reichweite und Dauer). Außerdem lag der Schwerpunkt der Bestandsaufnahmen auf der nationalen Ebene; dadurch wurden regionale und lokale Maßnahmen etablierter Praxis nur punktuell berücksichtigt, obwohl diese ebenfalls eine hohe Relevanz für Bewegungsförderung haben [71]. Die gewählte Recherchestrategie kann zudem dazu geführt haben, dass einzelne Projekte guter Praxis über die ausgewählten Datenbanken nicht identifiziert werden konnten; weitere Projekte könnten möglicherweise in Zukunft durch eine systematische Übersichtsarbeit der wissenschaftlichen Literatur ergänzt werden.

4.4 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse verdeutlichen den intersektoralen Charakter von Bewegungsförderung: Daten zum Bewegungsverhalten werden aktuell von elf Institutionen aus verschiedenen politischen Sektoren erhoben. Für Bewegungsförderung zeigt sich die Bedeutung lebensweltbezogener Ansätze von Kitas und Schulen bis hin zu Alten- und Pflegeheimen. Ein sektorübergreifender Dialog zur Stärkung der Bewegungsförderung in Deutschland ist daher von übergeordneter Bedeutung. Einen solchen Dialog hat das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2022 mit dem „Runden Tisch Bewegung und Gesundheit“ initiiert, der das Ziel hatte, bevölkerungsweit die gesundheitlichen Ressourcen von Bewegung besser zu nutzen und möglichst alle Menschen in Bewegung zu bringen [72]. Das Anfang 2024 veröffentlichte Konsenspapier ist eine wichtige Grundlage für den weiteren politischen Prozess, da konkrete Maßnahmen zur Stärkung von Bewegungsförderung in Deutschland vereinbart wurden [72]. Nun steht die Umsetzung dieser Maßnahmen an.

Eine dieser Maßnahmen ist die Aktualisierung und Weiterentwicklung der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (NEBB). Die aktuellen Empfehlungen, die im Jahr 2016 veröffentlicht wurden [16], haben eine breite politische und gesellschaftliche Wirkung entfaltet und verschiedene nationale Aktivitäten zur Bewegungsförderung angestoßen. Diese Aktualisierung der Empfehlungen befindet sich bereits in der Umsetzung, da das Bundesministerium für Gesundheit seit Anfang 2025 ein entsprechendes Projekt mit dem Titel NEBB-Update fördert, in das auch ein Beteiligungsprozess mit Akteuren der Bewegungsförderung integriert ist [21]. Parallel dazu fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung das Projekt IMPAQT, das einen Fokus auf politische Maßnahmen der Bewegungsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit hat [73].

Außerdem bekräftigte das Bundesministerium für Gesundheit am Runden Tisch das Ziel, ein Nationales Kompetenzzentrum für Bewegungsförderung zu gründen [72]. Dies knüpft an eine Entscheidung der Bundesregierung aus

dem Jahr 2021 zur Schaffung einer zentralen Ansprechstruktur für Bewegungsförderung an [18], die bislang noch nicht umgesetzt wurde. Ein solches Kompetenzzentrum könnte als intermediäre Organisation die Umsetzung eines Wissenschafts-Praxis-Transfers unterstützen, z. B. durch die Initiierung, Moderation und Evaluation von lebensweltbezogenen Koproduktionsprozessen auf verschiedenen politischen Ebenen [74, 75]. Der vorliegende Beitrag verdeutlicht, dass die Koordination von Aktivitäten zur Bewegungsförderung über politische Sektoren hinweg ein wichtiges Aufgabenfeld eines solchen Kompetenzzentrums sein könnte. Darüber hinaus ist auf strategischer Ebene eine enge Abstimmung von Wissenschaft, Politik und Praxis von Bedeutung, beispielsweise zu Themen wie der Skalierung guter Praxis und der Evaluation etablierter Praxis.

Datenschutz und Ethik

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) wurden strikt eingehalten. In Bezug auf die Datensätze zum Bewegungsverhalten wurde eine Sekundärdatenanalyse anhand von Scientific Use Files der jeweiligen Institutionen durchgeführt. Die Teilnahme an der Expertinnen- und Expertenbefragung sowie an der Online-Umfrage war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre Einwilligung (informed consent).

Datenverfügbarkeit

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Beispielsweise können die GEDA-, KiGGS- und DEGS-Daten nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Die Daten können über das Forschungsdatenzentrum (FDZ) des Robert Koch-Instituts als Scientific Use Files beantragt werden. Der Datennutzungsantrag sowie weitere Informationen finden sich auf der folgenden Webseite: www.rki.de/suf. Auch für die weiteren verwendeten Datensätze können Nutzungsanträge für Scientific Use Files gestellt werden, beispielsweise für den Deutschen Alterssurvey (DEAS, D80+; <https://www.dza.de/forschung/fdz/deutscher-alterssurvey>), die NAKO-Gesundheitsstudie (<https://nako.de/forschung/transferrhub/>) und die NEPS-Studie (<https://www.neps-data.de/Datenzentrum/Datenzugangswege>).

Förderungshinweis

Die Studie wurde im Rahmen des Projekts ZielBewegung mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestags finanziert (ZM15-2523DIA001).

Beiträge der Autorinnen und Autoren

Maßgebliche Beiträge zu Konzeption oder Design der Arbeit: SM, KAO, WG, AT, PG, KP; zur Erhebung der verwendeten Daten: SM, LB, JR, JB, EL, AT; zur Analyse der verwendeten Daten: SM, LB, JR, JB, EL, KAO, WG, AT, KP; zur Interpretation der verwendeten Daten: SM, LB, JR, JB, EL, KAO, WG, AT, KP. Ausarbeitung des Manuskripts: SM, LB, JR, JB, EL, KAO, AT, WG; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: PG, KP. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: SM, LB, JR, JB, EL, KAO, WG, AT, PG, KP.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Die Autorinnen und Autoren danken Prof. Dr. Anne Reimers, Dr. Franziska Beck, Dr. Eva Grüne und Dr. Isabel Marzi (alle FAU Erlangen-Nürnberg), die die Erstellung der Bestandsaufnahme zur Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland in den Jahren 2021–2022 unterstützt haben.

Literatur

- 1 Joisten C, Pfeifer K, Vogt L. Wirkungen auf physische Gesundheit und Wohlbefinden. In: Thiel A, Tittlbach S, Sudeck G, Wagner P, Woll A, editors. Handbuch Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung. Schorndorf: Hofmann-Verlag GmbH & Co. KG; 2023. p. 156–73.
- 2 Pahmeier I, Kleinert J, Sudeck G, Wunsch K. Wirkungen auf psychische Gesundheit und Wohlbefinden. In: Thiel A, Tittlbach S, Sudeck G, Wagner P, Woll A, editors. Handbuch Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung. Schorndorf: Hofmann-Verlag GmbH & Co. KG; 2023. p. 174–92.
- 3 Schmid J, Sudeck G. Wirkungen auf soziales Wohlbefinden. In: Thiel A, Tittlbach S, Sudeck G, Wagner P, Woll A, editors. Handbuch Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung. Schorndorf: Hofmann-Verlag GmbH & Co. KG; 2023. p. 193–202.
- 4 Strain T, Flaxman S, Guthold R, Semenova E, Cowan M, Riley LM, et al. National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5·7 million participants. *Lancet Glob Health*. 2024;12(8):e1232–e1243. doi:10.1016/S2214-109X(24)00150-5.
- 5 Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(1):23–35. doi:10.1016/S2352-4642(19)30323-2.
- 6 Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219–29. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
- 7 Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*. 2016;388(10051):1311–24. doi:10.1016/S0140-6736(16)30383-X.
- 8 Santos AC, Willumsen J, Meheus F, Ilbawi A, Bull FC. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health*. 2023;11(1):e32–e39. doi:10.1016/S2214-109X(22)00464-8.
- 9 Caperchione CM, Kolt GS, Mummery WK. Physical activity in culturally and linguistically diverse migrant groups to Western society: a review of barriers, enablers and experiences. *Sports Med*. 2009;39(3):167–77. doi:10.2165/00007256-200939030-00001.
- 10 Morseth B, Jacobsen BK, Emaus N, Wilsgaard T, Jørgensen L. Secular trends and correlates of physical activity: The Tromsø Study 1979–2008. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1215. doi:10.1186/s12889-016-3886-z.
- 11 Abu-Omar K, Messing S, Sarshar M, Gelius P, Ferschl S, Finger J, et al. Sociodemographic correlates of physical activity and sport among adults in Germany: 1997–2018. *Ger J Exerc Sport Res*. 2021;51(2):170–82. doi:10.1007/s12662-021-00714-w.
- 12 Sudeck G, Geidl W, Abu-Omar K, Finger JD, Krauß I, Pfeifer K. Do adults with non-communicable diseases meet the German physical activity recommendations? *Ger J Exerc Sport Res*. 2021;51(2):183–93. doi:10.1007/s12662-021-00711-z.
- 13 Weltgesundheitsorganisation. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Weltgesundheitsorganisation. Geneva: Weltgesundheitsorganisation; 2018.
- 14 Rat der Europäischen Union. Council Recommendation of 26 November 2013 on promoting health-enhancing physical activity across sectors; 2013.
- 15 Milton K, Cavill N, Chalkley A, Foster C, Gomersall S, Hagstromer M, et al. Eight Investments That Work for Physical Activity. *J Phys Act Health*. 2021;18(6):625–30. doi:10.1123/jpah.2021-0112.
- 16 Rütten A, Pfeifer K. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen: FAU University Press. 2016.
- 17 Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung: Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. 2008 [cited 26.09.2025]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/IN_FORM_Nationaler_Aktionsplan_zur_Praevention_von_Fehlernaehrung_Bewegungsmangel_Uebergewicht_und_damit_zusammenhaengenden_Krankheiten.pdf.
- 18 Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Aktionsplan „Weiterentwicklung IN FORM – Schwerpunkte des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten ab 2021“. 2021 [cited 26.09.2025]. Available from: https://www.in-form.de/fileadmin/SITE_MASTER/content/Downloads_IN_FORM/weiterentwicklung-aktionsplan-in-form-ab-2021.pdf.
- 19 Bundesministerium für Gesundheit. Bestandsaufnahme zur Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Kurzversion und Langversion). Abu-Omar K, Beck F, Geidl W, Gelius P, Grüne E, Marzi I, et al. 2022 [cited 26.09.2025]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-zur-bewegungsforderung-bei-kindern-und-jugendlichen-in-deutschland-langversion.html>.
- 20 Bundesministerium für Gesundheit. Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei Erwachsenen (18–64 Jahre) in Deutschland (Kurzversion und Langversion). Abu-Omar K, Birkholz L, Brandl J, Geidl W, Gelius P, Messing S, et al. 2024 [updated 2024; cited 26.09.2025]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-der-bewegungsforderung-bei-erwachsenen-18-64-jahre-in-deutschland.html>.
- 21 Bundesministerium für Gesundheit. Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen (ab 65 Jahren) in Deutschland (Kurzversion und Langversion). Abu-Omar K, Birkholz L, Brandl J, Geidl W, Gelius P, Messing S, et al. 2024 [cited 26.09.2025]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-der-bewegungsforderung-bei-aelteren-erwachsenen-ab-65-jahren-in-deutschland.html>.
- 22 Bundesministerium für Gesundheit. Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland (Kurzversion und Langversion). Abu-Omar K, Birkholz L, Brandl J, Geidl W, Gelius P, Messing S, et al. 2024 [updated 2024; cited 26.09.2025]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/bestandsaufnahme-der-bewegungsforderung-bei-erwachsenen-mit-nicht-uebertragbaren-erkrankungen-in-deutschland.html>.
- 23 Messing S, Gelius P, Abu-Omar K, Marzi I, Beck F, Geidl W, et al. Developing a policy brief on physical activity promotion for children and adolescents. *Front Public Health*. 2023;11:1215746. doi:10.3389/fpubh.2023.1215746.
- 24 Gelius P, Messing S, Abu-Omar K, Marzi I, Beck F, Geidl W, et al. Collaborative Development of an Instrument to Monitor Physical Activity Promotion Based on Policy-Makers' Needs – the TARGET:PA Tool. *Int J Health Policy Manag*. 2025;14:8720. doi:10.34172/ijhpm.8720.
- 25 Smith B, Williams O, Bone L, the Moving Social Work Co-production Collective. A resource to guide co-producing research in the sport, exercise, and health sciences. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2023;15(2):159–87. doi:10.1080/2159676X.2022.2052946.
- 26 Gelius P, Messing S, Abu-Omar K, Marzi I, Beck F, Geidl W, et al. Collaborative Development of an Instrument to Monitor Physical Activity Promotion Based on Policy-Makers' Needs – the TARGET:PA Tool. *Int J Health Policy Manag*. 2025;14:8720. doi:10.34172/ijhpm.8720.
- 27 Demetriou Y, Beck F, Sturm D, Abu-Omar K, Forberger S, Hebestreit A, et al. Germany's 2022 Report Card on Physical Activity for Children and Adolescents. *Ger J Exerc Sport Res*. 2024;54(2):260–75. doi:10.1007/s12662-024-00946-6.
- 28 Finger JD, Varnaccia G, Borrmann A, Lange C, Mensink GBM. Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit*. 2018;3(1):24–31. doi:10.17886/RKI-GBE-2018-006.2.

- 29 Manz K, Domanska OM, Kuhnert R, Krug S. Wie viel sitzen Erwachsene? Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS). 2022. doi:10.25646/10294.
- 30 Weltgesundheitsorganisation. Global recommendations on physical activity for health. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation; 2010. p 58.
- 31 CHRODIS. 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. 2015.
- 32 Bock F de, Dietrich M, Rehfuess E. Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. Memorandum der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2020.
- 33 Henn A, Karger C, Wöhlken K, Meier D, Ungerer-Röhrich U, Graf C, et al. Identifikation von Beispielen guter Praxis der Bewegungsförderung – Methoden, Fallstricke und ausgewählte Ergebnisse. Gesundheitswesen. 2017;79(S 01):S66-S72. ger. doi:10.1055/s-0042-123697.
- 34 Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung im Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Netzwerk Prävention [cited 22.04.2025]. Available from: <https://www.zpg-bayern.de/netzwerk-praevention.html>.
- 35 Landespräventionsrat Niedersachsen. Grüne Liste Prävention [cited 22.04.2025]. Available from: <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/alle>.
- 36 Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Praxisdatenbank Gesundheitliche Chancengleichheit [cited 22.04.2025]. Available from: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/>.
- 37 DIPF Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation. Deutscher Bildungsserver: Projekte / Initiativen zur Bewegungsförderung [cited 22.04.2025]. Available from: <https://www.bildungs-server.de/elementarbildung/projekte-initiativen-3673-de.html>.
- 38 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Projektdatenbank. 2021.
- 39 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. Gesund & Aktiv Älter Werden: Projektdatenbank [cited 22.04.2025]. Available from: <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/fachinformationen/projektdatenbank/recherche-von-angeboten-in-der-projektdatenbank/>.
- 40 Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung. IN FORM: Projektdatenbank [cited 22.04.2025]. Available from: <https://www.in-form.de/projekte/projektdatenbank>.
- 41 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. Impulsgeber Bewegungsförderung: Projektsammlung [cited 22.04.2025]. Available from: <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/impulsgeber-bewegungsfoerderung/projektsammlung/>.
- 42 Bundesinstitut für Sportwissenschaft. BISP-Datenbanken: Projekt (SPOFOR) [cited 22.04.2025]. Available from: <https://www.bisp-surf.de/Search/Results?hiddenFilters%5B%5D=bisp-collection%3A%22db%22&type=AllFields&filter%5B%5D=%7Eformat%3A%22For-schungsprojekt%22>.
- 43 GKV-Bündnis für Gesundheit. Bündnisaktivitäten im Überblick [cited 22.05.2025]. Available from: https://www.gkv-buendnis.de/buendnis-aktivitaeten/buendnisaktivitaeten_im_ueberblick/buendnisaktivitaeten_im_ueberblick_1.html.
- 44 Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. Front Public Health. 2019;764. doi:10.3389/fpubh.2019.00064.
- 45 Messing S, Rütten A. Qualitätskriterien für die Konzipierung, Implementierung und Evaluation von Interventionen zur Bewegungsförderung: Ergebnisse eines State-of-the-Art Reviews. Gesundheitswesen. 2017;79(S 01):S60-S65. ger. doi:10.1055/s-0042-123378.
- 46 Bauman A, Ainsworth BE, Bull F, Craig CL, Hagströmer M, Sallis JF, et al. Progress and pitfalls in the use of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for adult physical activity surveillance. J Phys Act Health. 2009;6 Suppl 1S5-8. doi:10.1123/jpah.6.s1.s5.
- 47 Tcymbal A, Messing S, Mait R, Perez RG, Akter T, Rakovac I, et al. Validity, reliability, and readability of single-item and short physical activity questionnaires for use in surveillance: A systematic review. PLoS One. 2024;19(3):e0300003. doi:10.1371/journal.pone.0300003
- 48 Weltgesundheitsorganisation. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genf, Schweiz: Weltgesundheitsorganisation; 2020. p 93.
- 49 Pedišić Ž, Bauman A. Accelerometer-based measures in physical activity surveillance: current practices and issues. Br J Sports Med. 2015;49(4):219–23. doi:10.1136/bjsports-2013-093407.
- 50 Althoff T, Sosič R, Hicks JL, King AC, Delp SL, Leskovec J. Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. Nature. 2017;547(7663):336–9. doi:10.1038/nature23018.
- 51 Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca RL. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(2):CD007651. doi:10.1002/14651858.CD007651.pub2.
- 52 Telama R, Yang X, Leskinen E, Kankaanpää A, Hirvensalo M, Tammelin T, et al. Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. Med Sci Sports Exerc. 2014;46(5):955–62. doi:10.1249/MSS.0000000000000181.
- 53 Pongiglione B, Kern ML, Carpentieri JD, Schwartz HA, Gupta N, Goodman A. Do children's expectations about future physical activity predict their physical activity in adulthood? Int J Epidemiol. 2020;49(5):1749–58. doi:10.1093/ije/dyaa131.
- 54 Muller SM. The implications of a fundamental contradiction in advocating randomized trials for policy. World Development. 2020;12710 4831. doi:10.1016/j.worlddev.2019.104831.
- 55 Parra JD, Edwards DB. Challenging the gold standard consensus: Randomised controlled trials (RCTs) and their pitfalls in evidence-based education. Crit Stud Educ. 2024;65(5):513–30. doi:10.1080/17508487.2024.2314118
- 56 Verein Programm Klasse2000 e.V. Klasse2000. 2025 [cited 22.05.2025]. Available from: <https://www.klasse2000.de/>.
- 57 Fit4Future. fit4future – Wir machen Kinder und Jugendliche fit für die Zukunft! 2025 [cited 22.05.2025]. Available from: <https://fit-4-future.de>.
- 58 Helsper N, Dippon L, Birkholz L, Rütten A, Kohler S, Weber P, et al. What makes community-based, multilevel physical activity promotion last? A systematic review with narrative synthesis on factors for sustainable implementation. Perspect Public Health. 2023;175791392 31186693. doi:10.1177/17579139231186693.
- 59 Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert EV, Goenka S, Brownson RC. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. Lancet. 2016;388(10051):1337–48. doi:10.1016/S0140-6736(16)30728-0.
- 60 Krupp S, Kasper J, Hermes A, Balck F, Ralf C, Schmidt T, et al. Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Ergebnisse der Effektevaluation. Bundesgesundheitsbl. 2019;62(3):274–81. ger. doi:10.1007/s00103-019-02881-6.
- 61 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. LMB-Angebote [cited 22.05.2025]. Available from: <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/bewegung/luebecker-modell-bewegungswelten/lmb-angebote/>.
- 62 Ammann C, Atzinger S, Froböse I. Das AlltagsTrainingsProgramm (ATP). Public Health Forum. 2017;25(2):165–8. doi:10.1515/pubhef-2016-2157.
- 63 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. AlltagsTrainingsProgramm (ATP) [cited 26.09.2025]. Available from: <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/bewegung/alltagstrainingsprogramm-atp/>.
- 64 DOSB. Mitgliedsorganisationen. 2025 [updated 22.05.2025]. Available from: <https://www.dosb.de/ueber-uns/mitgliedsorganisationen>.
- 65 Statistisches Bundesamt (Destatis). 1,0% mehr Schülerinnen und Schüler im Schuljahr 2023/2024. 2025 [cited 22.05.2025]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_101_211.html#:~:text=WIESBADEN%20%E2%80%93%20Im%20Schuljahr%202023%2F2024,an%20Schulen%20des%20Gesundheitswesens%20unterrichtet.

- 66 Statistisches Bundesamt (Destatis). Anzahl der jährlichen Arztbesuche pro Kopf in Deutschland in den Jahren 1991 bis 2022. 2024 [cited 22.05.2025]. Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77182/umfrage/deutschland-jaehrliche-arztbesuche-pro-kopf-seit-1991/>.
- 67 Rütten A, Frahsa A, Abel T, Bergmann M, Leeuw E de, Hunter D, et al. Co-producing active lifestyles as whole-system-approach: theory, intervention and knowledge-to-action implications. *Health Promot Int*. 2019;34(1):47–59. doi:10.1093/heapro/dax053.
- 68 Gelius P, Brandl-Bredenbeck HP, Hassel H, Loss J, Sygusch R, Tittlbach S, et al. Kooperative Planung von Maßnahmen zur Bewegungsförderung: Neue Wege zur Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten – Ergebnisse aus dem Forschungsverbund Capital4Health. *Bundesgesundheitsbl*. 2021;64(2):187–98. ger. doi:10.1007/s00103-020-03263-z.
- 69 Popp J, Grüne E, Carl J, Semrau J, Pfeifer K. Co-creating physical activity interventions: Findings from a multiple case study using mixed methods. *Front Public Health*. 2022;10:975638. doi:10.3389/fpubh.2022.975638.
- 70 Hahn LS, Thiel A, Dembeck V, Haigis D, Matting L, Pomiersky R, et al. Addressing organizational learning to increase readiness for physical activity promotion in seven German nursing homes. *PLoS One*. 2025;20(5):e0315241. doi:10.1371/journal.pone.0315241.
- 71 Pratt M, Varela AR, Bauman A. The Physical Activity Policy to Practice Disconnect. *J Phys Act Health*. 2023;20(6):461–4. doi:10.1123/jpah.2023-0071.
- 72 Bundesministerium für Gesundheit. Konsenspapier. Runder Tisch Bewegung und Gesundheit: Ergebnisse des sektorenübergreifenden Dialogs zur Stärkung der Bewegungsförderung in Deutschland. 2024 [cited 26.09.2025]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Konsenspapier_Runder_Tisch.pdf.
- 73 Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt. IMPAQT – Verbesserung von Politik zur Bewegungsförderung und ihrer Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit. 2024 [cited 07.11.2025]. Available from: <https://www.gesundheitsforschung-bmfr.de/de/impaqt-verbesserung-von-politik-zur-bewegungsforderung-und-ihrer-auswirkungen-auf-die-18478.php>.
- 74 Rütten A, Semrau J, Helsper N, Dippon L, Kohler S, Pfeifer K. Researchers as Policy Entrepreneurs for Structural Change: Interactive Research for Promoting Processes Towards Health Equity. In: Potvin L, Jourdan D, editors. *Global Handbook of Health Promotion Research*, Vol. 1. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 675–92.
- 75 Franks RP, Bory CT. Who Supports the Successful Implementation and Sustainability of Evidence-Based Practices? Defining and Understanding the Roles of Intermediary and Purveyor Organizations. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2015;2015(149):41–56. doi:10.1002/cad.20112.