

Gesundheitliche Ungleichheiten in Bezug auf Bewegung

von Peter Gelius, Sven Messing, Karim Abu-Omar und Klaus Pfeifer

Abstract

Die Bestandsaufnahmen für Bewegungsförderung in Deutschland des Bundesministeriums für Gesundheit zeigen, dass viele Menschen sich nicht ausreichend bewegen, obwohl die gesundheitsförderlichen Effekte von körperlicher Aktivität gut belegt sind. Dabei bestehen wichtige Unterschiede auf Basis von Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status. Hintergrund sind oft schlechtere strukturelle Chancen bestimmter Bevölkerungsgruppen, sich aktiv zu verhalten. Diese gesundheitlichen Ungerechtigkeiten stellen Politik und Praxis vor die Aufgabe, für mehr Chancengleichheit im Bereich Bewegung zu sorgen. Die Bestandsaufnahmen zeigen, dass in Deutschland hierfür zwar innovative Interventionsbeispiele existieren, dass diese jedoch einer flächendeckenderen Implementierung bedürfen. Aspekte der gesundheitlichen Chancengleichheit bei aktuell routinemäßig stattfindenden Maßnahmen der Bewegungsförderung sind häufig noch unzureichend untersucht. Verschiedene politische Initiativen auf Bundesebene bilden zwar einen allgemeinen Rahmen für die Bewegungsförderung, doch sollte auch hier das Thema soziale Ungerechtigkeit künftig stärker berücksichtigt werden. Zudem sind bislang weniger beachtete Arten von Benachteiligung stärker zu erforschen und zu thematisieren. Dabei geht es auch um Bewegungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen oder für LSBTIQ*-Personen.

Schlüsselwörter: körperliche Aktivität, sozialer Gradient, soziale Determinanten von Gesundheit, gesundheitliche Chancengleichheit, Bestandsaufnahmen für Bewegung und Bewegungsförderung in Deutschland

The policy briefs on physical activity promotion in Germany published by the Federal Ministry of Health show that many people are not sufficiently active, even though the health benefits of physical activity are well documented. Also, there are significant differences based on age, gender, and socioeconomic status. This is often due to poorer structural opportunities for certain population groups to be physically active. These health inequities present policymakers and practitioners with the task of ensuring greater equality of opportunity in physical activity. The policy briefs show that innovative intervention examples exist in Germany but that these need to be implemented more widely. Equity aspects of current routine practice to promote physical activity, on the other hand, have often not been sufficiently investigated yet. Various political initiatives at the federal level provide a general framework for promoting physical activity, but future policies will also need to put more emphasis on the issue of health equity. In addition, various types of disadvantages that have received less attention to date need to be researched and addressed more thoroughly, for instance opportunities for physical activity for people with disabilities or for LSBTIQ* individuals.

Keywords: physical activity, social gradient, social determinants of health, health equity, policy briefs on physical activity and physical activity promotion in Germany

1 Einleitung

Die gesundheitsförderlichen Effekte von ausreichender körperlicher Aktivität sind wissenschaftlich hervorragend belegt. Zu den wichtigsten zählen unter anderem ein verringertes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Krebserkrankungen. Zudem hilft Bewegung bei der Prävention von Übergewicht und sie kann zur Verbesserung der mentalen Gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens beitragen (*WHO 2018*). Bewegung gilt auch als wichtige Maßnahme im Management nicht übertragbarer Erkrankungen (*Dibben et al. 2024*). Umgekehrt gilt Bewegungsmangel – zusammen mit Tabak- und Alkoholkonsum sowie ungesunder Ernährung – als wichtiger Risikofaktor für deren Entstehung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, dass Erwachsene mindestens 150 Minuten moderate bis intensive körperliche Aktivität pro Woche ausüben sollten (*WHO 2020*), beim Sport und anderen aktiven Freizeitaktivitäten (zum Beispiel Wandern), aber auch beim Transport, im Haushalt oder bei der Arbeit. Allerdings bewegen sich, auch in Deutschland, weite Teile der Bevölkerung nicht ausreichend. Mithilfe wissenschaftsbasierter Interventionen, breit angelegter Programme und politischer Maßnahmen wird daher versucht, das Bewegungsniveau in der Bevölkerung zu erhöhen. Allerdings besteht das Problem nicht für alle im gleichen Maße: Es gibt deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Alters- und Bevölkerungsgruppen. Dahinter stehen meist strukturelle Probleme, die zu einer ungleichen Verteilung der Möglichkeiten, sich zu bewegen, führen. Eine besondere Herausforderung für Politik und Praxis ist oft, dass jene, die am meisten von mehr körperlicher Aktivität profitieren könnten, am schwierigsten mit Maßnahmen der Bewegungsförderung zu erreichen sind.

Anhand wissenschaftlicher Literatur sowie aktueller Datenquellen wird hier erörtert, wie es um gesundheitliche Ungleichheiten in Deutschland in Bezug auf Bewegung steht und wie sich die Situation in Deutschland verbessern ließe. Die Basis dafür sind die zwischen 2022 und 2024 im WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Public Health an der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg entstandenen Bestandsaufnahmen für Bewegung und Bewegungsförderung in Deutschland, die für verschiedene Alters- und Bevölkerungsgruppen detailliert die Datelage zusammenfassen (*BMG 2022, 2024a–c*). Weitere Quellen sind nationale und internationale Forschungs-

projekte, an denen Mitglieder des Zentrums in den vergangenen Jahren beteiligt waren und sind.

2 Definitionen

Für eine detailliertere Betrachtung des Themas ist es zunächst nötig, die zentralen Begrifflichkeiten und ihre Unterschiede zu definieren. Vor allem ist zwischen Ungleichheit (englisch: *inequality*) und Ungerechtigkeit (englisch: *inequity*) zu unterscheiden: Der erste Begriff beschreibt zunächst nur Differenzen im Bewegungsverhalten, zum Beispiel zwischen jüngeren und älteren Menschen; der zweite fügt weitere normative Kriterien hinzu, vor allem Fragen der Vermeidbarkeit und Fairness. Ein zentrales Kriterium ist hierbei oft der Zusammenhang von Bewegungsverhalten und sozioökonomischem Status (also dem sozialen Gradienten von Bewegung). Es zeigt sich: Menschen mit niedrigerem Einkommen oder geringerem Bildungsstand bewegen sich weniger.

Der Globale Aktionsplan der WHO für Bewegung definiert gesundheitliche Ungerechtigkeiten als „unnotige, vermeidbare, unfaire und ungerechte Unterschiede zwischen Gruppen von Menschen innerhalb von Ländern und zwischen Ländern. Ungerechtigkeiten entstehen durch Umstände, die mit dem sozioökonomischen Status, den Lebensbedingungen und anderen sozialen, geografischen und ökologischen Faktoren zusammenhängen, die durch menschliches Handeln verbessert werden können. Sie sind weder von Natur aus vorgegeben noch unvermeidbar“ (*WHO 2018*, Übersetzung durch die Verfasser).

Der Globale Aktionsplan weist explizit darauf hin, dass auch vermeintlich unveränderbare Ungleichheiten beim Bewegungsverhalten, zum Beispiel aufgrund von Alter, Geschlecht, Behinderung oder Schwangerschaft, oft mit sozioökonomisch bedingten Möglichkeiten für Bewegung verbunden sind und somit auch unter dem Blickwinkel der gesundheitlichen Ungerechtigkeit betrachtet werden müssen.

3 Globale Situation

Auf globaler Ebene zeigen Analysen der WHO, dass Männer sich in den meisten Ländern der Erde mehr bewegen als Frauen (*Guthold et al. 2018*); Gleiches gilt für Jungen und Mädchen im Alter zwischen 11 und 17 Jah-

ren (Guthold et al. 2020). Zudem zeigt sich, dass sich Erwachsene in Ländern mit hohem Durchschnittseinkommen tendenziell weniger bewegen als in wirtschaftlich schwächeren Staaten. Bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich hier hingegen kein klares Muster.

Eine Übersichtsarbeit zu nationalen Analysen des Bewegungsverhaltens (O'Donoghue et al. 2018) kommt zu dem Ergebnis, dass innerhalb einzelner Länder der sozioökonomische Status oder seine Derivate (zum Beispiel Einkommen, Bildungsniveau und Beruf) eine zentrale Rolle für das Bewegungsverhalten bei Erwachsenen und älteren Menschen spielen; die Richtung des Zusammenhangs ist dabei von der jeweiligen Domäne (Arbeit, Freizeit, Transport, Haushalt) abhängig. Für den wichtigen Bereich der Freizeitbewegung (englisch: *leisure-time physical activity*) einschließlich des Sports legen die untersuchten Studien nahe, dass Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status sich weniger bewegen. Im Jahr 2014 übten 68 Prozent der EU-Bürgerinnen und -Bürger, die mit 15 Jahren die Schule verlassen hatten, nie Sport aus, während bei Personen, die bis zum 20. Lebensjahr in der Schule waren, dieser Wert nur bei 27 Prozent lag (Europäische Kommission 2014).

4 Situation in Deutschland

Für Deutschland lassen sich zunächst für die verschiedenen Altersgruppen soziale Gradienten beim Sport- und Bewegungsverhalten abbilden.

Verschiedene bevölkerungsrepräsentative Studien (vergleiche **Abbildung 1**) zeigen, dass sich Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren tendenziell mehr bewegen als Mädchen. Zwar gibt es für Indikatoren zum aktiven Transport auch Studien mit anderen Ergebnissen, aber mehrheitlich zeigen die Erhebungen zum Sport- und Bewegungsverhalten ein höheres Aktivitätsniveau von Jungen gegenüber Mädchen. Die Unterschiede sind in dieser Altersgruppe tendenziell etwas ausgeprägter als bei den 6- bis 10-Jährigen. Demgegenüber sind Unterschiede im Bewegungsverhalten nach dem sozioökonomischen Status der Eltern bei Kindern und Jugendlichen weniger deutlich nachweisbar. Einige Studien legen nahe, dass Mädchen aus sozial schwächeren Haushalten in Bezug auf das Bewegungsverhalten eventuell stärker von Benachteiligung betroffen sind.

Die verschiedenen (zumeist umfragebasierten) bevölkerungsrepräsentativen Daten bei Erwachsenen für Deutschland zeigen eine recht hohe Übereinstimmung

bei den sozialen Gradienten. Männer in den Altersgruppen 18 bis 29 Jahre und 30 bis 44 Jahre geben häufiger als Frauen an, die WHO-Bewegungsempfehlungen (mindestens 150 Minuten körperliche Aktivität mit moderater Intensität pro Woche) zu erfüllen (Daten: GEDA 2019/2020) (BMG 2024b). In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen lässt sich dieser Unterschied nicht mehr beobachten (**Abbildung 2**).

Grundsätzlich setzt sich der Altersgradient in Bezug auf Bewegung auch im höheren Lebensalter fort. Bei den über 80-Jährigen geben nur noch zirka 25 Prozent der Befragten an, das von der WHO empfohlene Maß an körperlicher Aktivität zu erfüllen. In dieser Altersgruppe sind dann auch geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich erkennbar: Männer geben häufiger als Frauen an, sich ausreichend zu bewegen.

Insgesamt zeigen alle Daten einen ausgeprägten Gradienten bezüglich des Alters (siehe **Abbildung 3**). Mit zunehmendem Lebensalter nimmt die (zumeist selbst berichtete) körperliche Aktivität ab. Für den Indikator „sportliche Aktivität“ steigt der über die verschiedenen Studien gemittelte Anteil derjenigen, die angeben, keinen oder kaum Sport zu treiben, von zirka 20 Prozent in der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen auf zirka 40 Prozent bei den 60- bis 69-Jährigen.

Ähnlich deutlich sind die Angaben zu sportlicher Aktivität nach dem Haushaltseinkommen. Dabei geben Menschen mit einem geringeren Haushaltseinkommen seltener an, Sport zu treiben, als Menschen mit einem höheren. Gegenüber dem Indikator „Sport“ sind diese Unterschiede beim Indikator „körperliche Aktivität“ schwächer ausgeprägt. Dies kann dadurch erklärt werden, dass Menschen in niedrigeren Einkommensgruppen häufiger in ihrer Berufsarbeit körperlich aktiv sind.

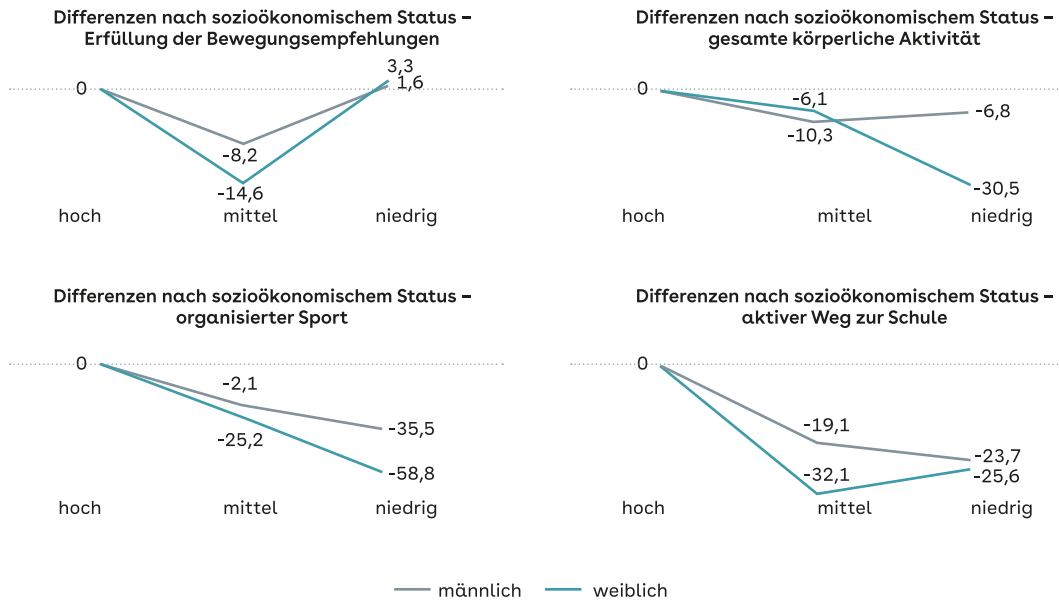
5 Determinanten und Hintergründe

Die in den Daten zum Bewegungsverhalten beobachteten Gradienten in Bezug auf Geschlecht, Alter und Haushaltseinkommen erscheinen nicht überraschend, sie entsprechen den Ergebnissen weiterer Untersuchungen, auch aus anderen westlichen Nationen (Eurostat 2022). Bei deren Interpretation sind zwei Punkte zu beachten. Erstens bilden die Daten Intersektionalität nur unzureichend ab, das heißt die zeitglei-

Abbildung 1 Unterschiede im Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen nach sozioökonomischem Status

Nulllinie = Referenzkategorie zur Bildung der Gradienten

Angaben in Prozent



Quelle: BMG 2022; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

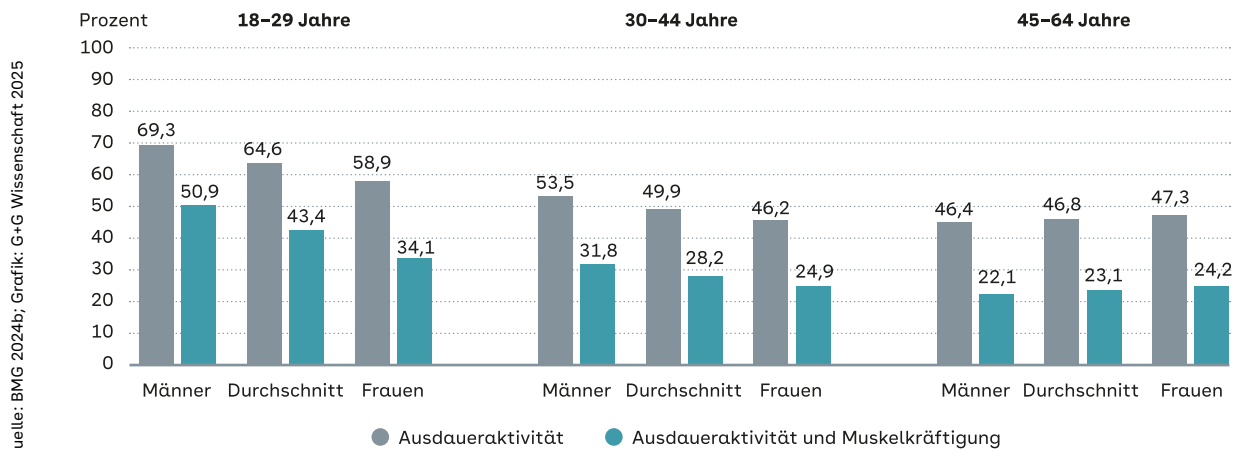
Mädchen bewegen sich nahezu durchgehend weniger als Jungen. Bessere Ergebnisse zeigen sich nur bei Mädchen mit mittlerem sozioökonomischen Status beim Indikator „gesamte körperliche Aktivität“.

che Überschneidung verschiedener Benachteiligungen einer Person. Würden die verschiedenen Risiken (zum Beispiel weibliches Geschlecht, höheres Lebensalter, niedriges Haushaltseinkommen, chronische Vorerkrankung) in der Analyse verknüpft, träten die zu beobachtenden Gradienten in Bezug auf Bewegung, aber auch bei vielen anderen Indikatoren des Gesundheitsverhaltens und der Gesundheit noch deutlicher hervor. So zeigt eine neuere Studie aus Brasilien, dass der Anteil von weißen Männern mit Universitätsabschluss und hohem Einkommen, die sich in ihrer Freizeit ausreichend bewegen, bei 48 Prozent liegt, während er bei nicht weißen Frauen mit niedrigem Bildungsstatus und niedrigem Einkommen nur 9,8 Prozent beträgt (Mielke et al. 2022). Dass solche Analysen nur selten durchgeführt werden, liegt daran, dass bevölkerungsrepräsentative Daten solche multiplen Benachteiligungen kaum abbilden können, weil die zugrunde liegende Stichprobe zu klein ist für eine aussagekräftige Analyse mit derart vielen Variablen. Diese Schwäche findet sich somit in fast allen bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungen.

Zweitens ist zu beachten, dass die auch hier gewählte Darstellung von Ungleichheiten anhand der Indikatoren Alter, Geschlecht und Einkommen zu der Annahme verleitet, dass allein individuelle Faktoren für das Bewegungsverhalten eines Menschen verantwortlich sind. Dies ist aber ausdrücklich nicht der Fall. Vielmehr zeigen Untersuchungen immer wieder, dass Menschen mit bestimmten individuellen Merkmalen schlechtere strukturelle Chancen besitzen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. So ist ein verbessertes Bildungsniveau verbunden mit mehr Wissen über die gesundheitsförderlichen Effekte von Bewegung, ebenso wie mit höherem Einkommen. Dies wiederum eröffnet Menschen bessere Möglichkeiten, an Bewegungsangeboten in der Freizeit teilzunehmen, zum Beispiel durch den Kauf von Sportausrüstung, die Finanzierung von Vereinsmitgliedschaften oder Reisen zu Freizeitorten. Sozioökonomisch besser gestellte Eltern können ihren Kindern zudem mehr soziale Unterstützung bieten, damit sich diese ausreichend bewegen. Abel und Frohlich (2012) zeigen, wie sich die Zusammenhänge zwischen Strukturen und individuel-

Abbildung 2 Erfüllung der WHO-Bewegungsempfehlungen nach Alter und Geschlecht

gemäß GEDA 2019/2020



Männer in den Altersgruppen von 18 bis 29 und von 30 bis 44 Jahren sind aktiver als Frauen in der gleichen Altersgruppe. In der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren sind die Frauen etwas aktiver als die Männer.

lem Handeln, die beispielsweise in den soziologischen Theorien von Max Weber, Pierre Bourdieu und Amartya Sen beschrieben werden, auf den Bereich Bewegung übertragen lassen und wie sich der sozioökonomische Status beispielsweise positiv auf die Handlungsmöglichkeiten (im Sinne Sens) für Bewegung auswirkt. Für Deutschland ist der Einfluss sozioökonomischer Determinanten auf das Bewegungsverhalten zum Beispiel für Kinder und Jugendliche (Wolbring et al. 2024) und Erwachsene im mittleren Lebensalter (Hoebel et al. 2015) empirisch belegt. Es ist daher eine zentrale gesellschaftliche und auch politische Aufgabe, durch entsprechende Interventionen und Politiken für mehr Chancengleichheit im Bereich Bewegung zu sorgen.

6 Verringerung der Ungleichheit

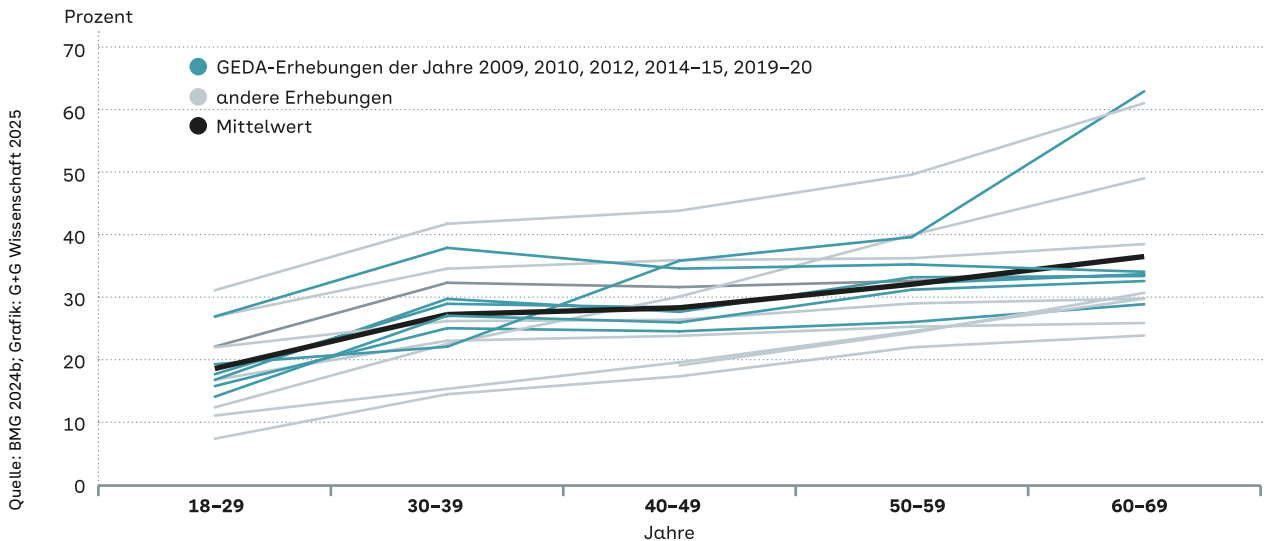
6.1 Interventionen

Als Interventionen werden in der Gesundheitsförderung fachlich begründete, systematische und idealerweise partizipativ gestaltete Prozesse zur Veränderung von strukturellen Gegebenheiten (Verhältnisse) sowie Kompetenzen und Verhaltensweisen von Menschen

(Verhalten) bezeichnet (Trojan 2012). Für Interventionen zur Bewegungsförderung wird teilweise zwischen guter Praxis und etablierter Praxis unterschieden (Messing et al 2023; Gelius et al. im Review): Unter guter Praxis versteht man dabei nachweislich erfolgreiche Interventionen, die positive Ergebnisse erzielen und als vorbildlich empfohlen werden können (CHRODIS 2015). Als etablierte Praxis werden dagegen in den Bestandsaufnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Interventionen bezeichnet, die routinemäßig im Bereich der Bewegungsförderung stattfinden, zum Beispiel aufgrund von gesetzlichen Regelungen, Mechanismen zur finanziellen Förderung oder der Eigeninitiative von Organisationen (BMG 2024a). Ein aktueller Review zu Interventionen zur Bewegungsförderung zeigt, dass diese auch für sozial Benachteiligte effektiv sein können, wenn sie auf diese Bevölkerungsgruppe zugeschnitten sind (Kohler et al. 2023).

Soziale Ungleichheit stellt eine besondere Herausforderung in der Interventionsforschung dar. Das liegt daran, dass Interventionen zwar insgesamt effektiv sein, die Chancenungleichheit mit Blick auf Gesundheit und Bewegung jedoch ungewollt vergrößern können. Dieses *inequality paradox* (Frohlich und Potvin 2008) ist für verschiedene Bereiche der Gesundheitsförderung belegt – so kommen Informationsprogram-

Abbildung 3 Prozentualer Anteil inaktiver Erwachsener (keine Teilnahme an sportlichen Aktivitäten) in 15 Datensätzen von 1997 bis 2022



15 Studien, darunter fünf GEDA-Studien, zeigen, dass mit dem Alter die sportliche Inaktivität zunimmt. In der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen liegt sie im Mittel bei 18,5 Prozent, in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen bei 36,6 Prozent.

me zur Rauchentwöhnung oder Screening-Programme gegen Krebs oft eher höheren Bildungsschichten zugute, während Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status weniger profitieren.

Beispiele guter Praxis der Bewegungsförderung, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist und die einen Fokus auf die Verringerung von Ungleichheiten haben, wurden in den Bestandsaufnahmen für verschiedene Altersgruppen identifiziert. Für Kinder und Jugendliche gibt es beispielsweise in Nordrhein-Westfalen die „Bewegungskindergärten mit dem Pluspunkt Ernährung“, die Bewegungsförderung in das pädagogische Konzept der Einrichtungen integrieren und unter anderem die Zusammenarbeit zwischen Kita und Sportverein strukturell verankern. Dieses Projekt gibt es seit über 25 Jahren, und eine Evaluation im Jahr 2010 zeigte, dass ein Großteil der Einrichtungen im Einzugsgebiet oder am Rand eines sozialen Brennpunkts lagen. Für Erwachsene kann beispielsweise das Gesundheitsprogramm „Fit 50+“ für Langzeitarbeitslose über 50 Jahre hervorgehoben werden, das ein Gruppentraining mit theoretischen und praktischen Modulen umfasst. Ein weiteres Beispiel ist die Intervention „Bewe-

gung als Investition in Gesundheit (BIG)“ für Frauen in schwierigen Lebenslagen, die auf die Schaffung nachhaltiger Strukturen zur Bewegungs- und Gesundheitsförderung für diese Bevölkerungsgruppe abzielt. Auch für ältere Erwachsene gibt es in Deutschland relevante Interventionen, die sich gezielt an entsprechende Bevölkerungsgruppen richten, unter anderem das Projekt „Gesundheitsförderung und Primärprävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund“ und das Bewegungsprogramm „GESTALT“ für Menschen ab 60 Jahren mit einem erhöhten Demenzrisiko. Darüber hinaus gibt es im Gesundheitssektor zahlreiche Interventionen, die gezielt auf Menschen mit einer spezifischen Erkrankung zugeschnitten sind, zum Beispiel Krebs (CARE-for-CAYA) oder Adipositas (M.O.B.I.L.I.S.). Für verschiedene dieser Beispiele besteht die Gefahr der Modellprojektfälle; nachdem die Wirksamkeit nachgewiesen wurde, bleibt teilweise die Folgefinanzierung beziehungsweise die Skalierung in der Praxis unklar.

Auch für etablierte Praxis der Bewegungsförderung gibt es in Deutschland zahlreiche Beispiele (BMG 2022, 2024a-c). In einem Experteninterview, das für die Erstellung der entsprechenden Bestandsaufnah-

me durchgeführt wurde, wurde jedoch auf ein Problem hingewiesen: Auch wenn Bewegungsangebote wie Eltern-Kind-Turnen in der Praxis etabliert sind und eine hohe Reichweite haben, werden diese unter Umständen überproportional von bessergestellten Familien wahrgenommen. Auch in diesem Kontext braucht es somit niedrigschwellige Angebote. Dazu können auch kostenlose Verleihangebote für Sportequipment zählen, die es mittlerweile in vielen Städten gibt. Auch Programme des organisierten Sports wie „Integration durch Sport“ des Deutschen Olympischen Sportbundes, das sich gezielt an Menschen mit Migrationshintergrund richtet, können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Für ältere Erwachsene, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr an entsprechenden Angeboten teilnehmen können, können aktivierende und präventive Hausbesuche, die von verschiedenen Organisationen – häufig ehrenamtlich – durchgeführt werden, einen Beitrag zur Bewegungsförderung leisten. Mit steigendem Alter werden in diesem Kontext auch Sturzpräventionsprogramme relevant, die zum Beispiel in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt werden. Auch wenn diese Programme in der Praxis etabliert sind, ist ihre Wirksamkeit zur Förderung von Bewegung und/oder zur Reduzierung von Ungleichheiten häufig nicht wissenschaftlich nachgewiesen.

6.2 Politiken

Politiken, das heißt Maßnahmen von Regierungen und öffentlichen Organisationen auf verschiedenen Ebenen, gelten allgemein als zentrales Instrument der Gesundheits- und Bewegungsförderung. Weniger klar ist jedoch, welche Politiken bewegungsbezogene Ungleichheiten verringern und welche sie vielleicht sogar vergrößern, indem zum Beispiel ihre Effekte vorwiegend Gruppen zugutekommen, die sozial bessergestellt sind und sich ohnehin schon mehr bewegen. Eine aktuelle Übersichtsarbeit zu diesem Thema (*Heuvelman et al. im Review*) kommt zu dem Schluss, dass übergreifende Politiken auf Gemeindeebene sowie transport-, schul- und massenmedienbezogene Politiken am häufigsten Ungleichheiten reduzieren oder zumindest sozial starken und schwachen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen nützen. Für Politiken zur Stadtentwicklung und zur Breitensportförderung ist die Evidenz hingegen weniger eindeutig.

Für Deutschland haben die Bestandsaufnahmen zur Bewegungsförderung eine Reihe von wichtigen Politiken auf nationaler Ebene für die verschiedenen

Zielgruppen identifiziert (**Abbildung 4**). Zu den bedeutendsten zählt der Nationale Aktionsplan IN FORM von 2008, die zentrale Initiative der Bundesregierung zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung mit fünf Handlungsfeldern, mehreren Hundert geförderten Projekten und verschiedenen Online-Angeboten. Gesundheitliche Chancengleichheit wird bei IN FORM zwar als ein übergeordnetes Politikziel definiert, jedoch nur an wenigen Stellen konkret erwähnt. Unter anderem verpflichtet sich die Bundesregierung zur Unterstützung des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“. Das Update des Aktionsplans von 2021 setzt neue Schwerpunkte, zum Beispiel bezüglich der Stärkung der Verhältnisprävention, hält aber am Ziel der Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit fest.

Die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung wurden 2016 von wissenschaftlichen Institutionen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellt. Sie enthalten evidenzbasierte Richtlinien für individuelles Bewegungsverhalten sowie effektive Bewegungsinterventionen für verschiedene Alters- und Bevölkerungsgruppen. „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ ist eine zentrale Kategorie im Abschnitt Bewegungsförderung. Die vorhandenen Evidenzen wurden jedoch für nicht ausreichend befunden, um verbindliche Empfehlungen für Interventionen abzugeben, die die Ungleichheit mit Bezug auf Bewegung reduzieren. Allerdings fanden sich in der Literatur Hinweise, dass verhältnispräventive und direkt auf sozial Benachteiligte zugeschnittene Maßnahmen soziale Ungleichheit bei Bewegung verringern können.

Das vielleicht aktuellste politische Dokument zur Bewegungsförderung in Deutschland ist das Konsenspapier des Runden Tisches „Bewegung und Gesundheit“, eines intersektoralen Dialogprozesses, den das BMG 2022 auch unter dem Eindruck der Corona-Pandemie zur besseren Ausschöpfung des Potenzials von Bewegung und Gesundheit angestoßen hat. Gesundheitliche Chancengleichheit, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, wird als zentrales Ziel von Bewegungsförderung identifiziert. Allerdings finden sich auch hier relativ wenige konkrete Maßnahmen, die sich – ähnlich wie schon bei IN FORM – vor allem auf den Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ beziehen.

Zentrale Akteure der Bewegungsförderung in Deutschland werden sowohl in den Bestandsaufnah-

Abbildung 4 Ausgewählte Politiken zur Bewegungsförderung auf der nationalen Ebene in Deutschland

Politik	Beschreibung
Aktionsplan IN FORM (2008)	Der Aktionsplan der Bundesministerien für Ernährung und für Gesundheit ist der Rahmen für verschiedene Aktivitäten im Bereich gesunde Ernährung und Bewegung.
DRV-Rahmenkonzepte zur medizinischen Rehabilitation und Nachsorge in der gesetzlichen Rentenversicherung (2009, 2014, 2019)	Ziel dieser Konzepte der Deutschen Rentenversicherung ist es, die Gesundheit nach der Rehabilitation zu verstetigen, unter anderem durch regelmäßige Bewegung.
Präventionsgesetz (2015)	Das Präventionsgesetz verpflichtet Krankenkassen, einen bestimmten Betrag pro versicherte Person für Prävention auszugeben. Die Förderung von Bewegung ist dabei als Gesundheitsziel verankert.
Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (2016)	Diese wissenschaftlichen Empfehlungen enthalten evidenzbasierte Richtlinien für individuelles Bewegungsverhalten sowie effektive Bewegungsinterventionen für verschiedene Alters- und Bevölkerungsgruppen.
Bundesrahmenempfehlung Präventionskonferenz (2018)	Diese Empfehlungen wurden von der Nationalen Präventionskonferenz verabschiedet, um die Qualität der Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern, unter anderem im Bereich Bewegung. Ähnliche Empfehlungen wurden auch auf Landesebene veröffentlicht (Landesrahmenempfehlungen).
GKV-Leitfaden Prävention (2020)	Der Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes bildet die Grundlage für die Förderung und Bezuschussung von Maßnahmen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen, unter anderem im Bereich Bewegungsförderung.
Weiterentwicklung IN FORM II (2021)	Diese Weiterentwicklung von IN FORM passt den Aktionsplan an die aktuelle Situation in Deutschland an. Neue Schwerpunkte sind unter anderem besondere Lebensphasen, vulnerable Gruppen, pandemiebedingte Herausforderungen sowie die Digitalisierung.
Nationaler Radverkehrsplan 3.0 (2021)	Der Plan ist die Strategie der Bundesregierung zur Förderung des Radverkehrs bis 2030. Das Ziel ist, den Radverkehr in Deutschland attraktiver und sicherer zu machen und die Zahl der Fahrradkilometer deutlich zu erhöhen.
BAR-Empfehlungen und Rahmenvereinbarungen zur Rehabilitation und Nachsorge (2021, 2022)	Diese Dokumente der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation beschreiben Grundsätze und Ziele der medizinischen Rehabilitation, unter anderem mit Blick auf Bewegung, und sollen ihr eine einheitliche Grundlage geben.
Konsenspapier Runder Tisch (2024)	Das Papier fasst die Ergebnisse eines Dialogs zur Stärkung der Bewegungsförderung zusammen, der vom Bundesgesundheitsministerium geleitet wurde und an dem Stakeholder verschiedener Regierungsebenen, politischer Sektoren sowie Nichtregierungsorganisationen beteiligt waren.

Quelle: BMG 2022, 2024a–c; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

men zur Bewegungsförderung als auch in verschiedenen anderen Publikationen (*Wäsche et al. 2018; Messing et al. 2021; Gelius und Wäsche 2023*) beschrieben. Dabei zeigen sich einige Besonderheiten der deutschen Bewegungsförderungslandschaft: Zum einen fällt das Thema sowohl in die Zuständigkeit des BMG als auch des Bundesinnenministeriums (Verantwortung für den Sport), wobei das BMG traditionell federführend zuständig ist. Aufgrund des intersektoralen Charakters der Bewegungsförderung sind aber auch die Ministerien für Verkehr, Familie, Umwelt und Forschung von

Bedeutung. Auf Bundesebene kommt dem Deutschen Olympischen Sportbund eine gewisse Sonderrolle an der Schnittstelle zwischen dem Sport- und dem Gesundheitssektor zu. Die gesetzlichen Krankenkassen sind ebenfalls sehr aktiv in der Bewegungsförderung, nicht zuletzt aufgrund der finanziellen Verpflichtungen, die ihnen das Präventionsgesetz von 2015 auferlegt. Eine weitere wichtige Besonderheit ist das föderale System der Bundesrepublik: Neben der nationalen und kommunalen Ebene fallen auch den Ländern zentrale Kompetenzen im Bereich Bewegung zu, vor allem

im Bereich der schulischen Bewegungsförderung und im Breitensport. Diese komplexe Konstellation von Akteuren in Deutschland ist zu berücksichtigen, wenn es darum geht, Ungleichheiten im Bereich Bewegung zu reduzieren.

7 Diskussion und Ausblick

Wie die aktuelle Datenlage zeigt, manifestieren sich Ungleichheiten im Bereich Bewegung in Deutschland vor allem zwischen Männern und Frauen, jüngeren und älteren Menschen und zwischen sozioökonomisch besser- und schlechtergestellten Menschen. Dabei ist wichtig zu beachten, dass das geringere Bewegungsniveau sozioökonomisch schwächerer Gruppen sich nicht vorwiegend mit geringerer individueller Motivation erklären lässt, sondern vielmehr mit strukturell bedingten Nachteilen bei der Nutzung von Bewegungsmöglichkeiten. Zudem stehen auch hinter scheinbar unveränderbaren Unterschieden (zum Beispiel Geschlecht und Alter) im Bewegungsverhalten zu einem beträchtlichen Anteil vermeidbare strukturelle Ungerechtigkeiten. Daraus leitet sich eine Verpflichtung für Gesellschaft und Politik in Deutschland ab, die gesundheitliche Chancengleichheit im Bereich Bewegung durch geeignete Interventionen und Politiken zu verbessern.

Die aktuellen Bestandsaufnahmen zur Bewegungsförderung des BMG identifizieren eine Reihe von Beispielen guter Praxis, die sowohl wirksam sind als auch gezielt die Verringerung von Ungleichheiten anstreben. Für den Bereich der etablierten Praxis, das heißt für die bereits im größeren Stil eingesetzten Maßnahmen der Bewegungsförderung in Deutschland, sind die Auswirkungen auf unterschiedliche sozioökonomische Gruppen hingegen noch unzureichend untersucht. Hier besteht die Gefahr, dass gut gemeinte Interventionen im Sinne des *inequality paradox* Ungerechtigkeiten noch verstärken, anstatt sie abzubauen. Neuere Forschungen legen nahe, dass die Chance auf eine Verringerung sozialer Ungerechtigkeiten bei Bewegung bei strukturellen Maßnahmen und solchen, die sich gezielt an vulnerable Gruppen richten, größer ist (Kohler et al. 2023). Dies rückt Themen wie Partizipation in der Gesundheitsförderung, Empowerment vulnerabler Gruppen oder die Bereitstellung preisgünstiger und kultursensibler Bewegungsangebote in den Fokus. Ergebnisse aus der Lifecourse-Forschung legen zudem nahe, dass ein bewegungsarmer Lebensstil in jungen

Jahren sich häufig ins Erwachsenenalter überträgt und dass sich zudem die nachteiligen Effekte von Bewegungsmangel über den Lebenslauf hinweg akkumulieren (Hirvensalo und Lintunen 2011). Interventionen zur Reduzierung von bewegungsbezogenen Ungleichheiten im Kindes- und Jugendalter kommt daher eine besondere Rolle zu.

Politiken setzen den Rahmen für Interventionen und können ihre flächendeckende Umsetzung unterstützen. Künftige Politiken im Bereich Bewegungsförderung sollten daher das Thema soziale Ungerechtigkeit noch stärker als bisher deutlich machen. Die für die Bestandsaufnahmen zur Bewegungsförderung gesammelten Daten legen nahe, dass hier an vielen Stellen noch Spielraum für Verbesserungen und Konkretisierungen besteht. Auch hier ist darauf zu achten, dass neue Politiken bestehende Ungerechtigkeiten nicht unbeabsichtigt verstärken. Allerdings legen Studien aus der Gesundheitsförderung allgemein nahe, dass soziale Ungleichheiten nicht in kurzer Zeit veränderbar sind und umfassender politischer Maßnahmen bedürfen (Blaxter 1990). Politische Entscheidungen in anderen Bereichen (namentlich in der Sozialpolitik) sind somit unter Umständen viel entscheidender für die Veränderung des Bewegungsverhaltens bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen als neue Politiken im Bereich Bewegung.

Die Aktualisierung der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung, die derzeit vom Department für Sportwissenschaft und Sport der FAU Erlangen-Nürnberg und dem WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Public Health im Auftrag des BMG durchgeführt wird, versucht unter anderem, sich des Themas Chancengleichheit für Bewegung anzunehmen. Dazu dienen unter anderem eine eigene Arbeitsgruppe zum Thema Vulnerabilität sowie ein Co-Produktionsprozess mit Stakeholdern aus allen relevanten Sektoren.

Abschließend ist anzumerken, dass bestimmte Aspekte von Ungleichheit und Ungerechtigkeit im Bewegungsverhalten der Bevölkerung noch weitgehend unerforscht und unbeachtet sind. Dies gilt zum Beispiel für das Problem der Intersektionalität, also der mehrfachen Benachteiligung bestimmter Bevölkerungsgruppen. Ein weiteres Problemfeld betrifft Ungerechtigkeiten aus der Perspektive von Inklusion und Diversität, zum Beispiel die Verbesserung von Bewegungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderun-

gen oder für LSBTIQ*-Personen. Hier besteht sowohl in der Forschung als auch in Politik und Praxis noch großer Nachholbedarf, um vermeidbare und ungerechte Unterschiede bezüglich der verfügbaren Möglichkeiten für körperliche Aktivität zu reduzieren.

Literatur

- Abel T, Frohlich KL (2012): Capitals and Capabilities: Linking Structure and Agency to Reduce Health Inequalities. *Social Science & Medicine*, Vol. 74, No. 2, 236–244; sciencedirect.com → Search Authors: Abel, Frohlich
- Blaxter M (1990): *Health and Lifestyles*. London: Routledge
- BMEL, BMG (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Bundesministerium für Gesundheit) (2021): Aktionsplan „Weiterentwicklung IN FORM – Schwerpunkte des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten ab 2021“; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: IN FORM Weiterentwicklung
- BMELV, BMG (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit) (2008): IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. Berlin
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2022): Bestandsaufnahme zur Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Bestandsaufnahme Bewegungsförderung Kinder
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2024a): Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei Erwachsenen (18–64 Jahre) in Deutschland; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Bewegungsförderung Erwachsene
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2024b). Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei älteren Erwachsenen (ab 65 Jahren) in Deutschland. bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Bewegungsförderung ältere Erwachsene
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2024c). Bestandsaufnahme der Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Erkrankungen in Deutschland; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Bewegungsförderung Erwachsene nichtübertragbare Erkrankungen
- CHRODIS (2015): *Joint Action on Chronic Diseases & Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle – Work Package 5: Task 3. Good Practices in Health Promotion & Primary Prevention of Chronic Diseases*. Summary Report; chrodis.eu → Outcomes & Results (all) → Executive summary
- Dibben G et al. (2024): Evidence for Exercise-Based Interventions across 45 Different Long-Term Conditions: An Overview of Systematic Reviews. *eClinicalMedicine – Part of The Lancet Discovery Science*, Vol. 72, No. 102599; thelancet.com → Journals → eClinicalMedicine → Search: Dibben
- Europäische Kommission (2014): *Special Eurobarometer 412: Sport and Physical Activity Report*; op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/574742b9-4d66-4a3a-bced-a51ef3263846/language-en
- Eurostat (2022): *Health-Enhancing Physical Activity Statistics*; ec.europa.eu/eurostat → Search: Health-Enhancing Physical Activity Statistics
- Frohlich K, Potvin L (2008): *Transcending the Known in Public Practice: The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations*. *American Journal of Public Health*, Vol. 98, No. 2
- Gelius P, Wäsche H (2023): Nationale Akteure für Bewegungsförderung in Deutschland. In: Thiel A et al. (Hrsg.): *Handbuch Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung. Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport* 199. Schorndorf: Hofmann, 259–270
- Gelius P et al. (im Review 2025): Integrating “Good” and “Routine” Practice into the Monitoring of Physical Activity Promotion – the TARGET:PA Tool. *International Journal of Health Policy and Management*
- Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull F C (2018): *Worldwide Trends in Insufficient Physical Activity from 2001 to 2016: A Pooled Analysis of 358 Population-Based Surveys with 1·9 Million Participants*. *The Lancet Global Health*, Vol. 6, No. 10, e1077–e1086
- Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC (2020): *Global Trends in Insufficient Physical Activity among Adolescents: A Pooled Analysis of 298 Population-Based Surveys with 1·6 million Participants*. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, Vol. 4, No. 1, 23–35
- Heuvelman F et al. (im Review 2025): *A Rapid Review Examining the Impact of Public Policy on Equity in Physical Activity*. *International Journal for Equity in Health*
- Hirvensalo M, Lintunen T (2011): *Life-Course Perspective for Physical Activity and Sports Participation*. *European Review of Aging and Physical Activity*, No. 8, 13–22
- Hoebel J, Finger J, Kuntz B et al. (2015): *Sozioökonomische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität von Erwerbstätigen im mittleren Lebensalter*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 59, Heft 2, 188–196; edoc.rki.de/handle/176904/2481
- Kohler S et al. (2023): *Population-Based Physical Activity Promotion with a Focus on Health Equity: A Review of Reviews*. *International Journal for Equity in Health*, No. 22, Article No. 18; biomedcentral.com → Search: Population-Based Physical Activity Promotion
- Messing S et al. (2021): *Politik zur Bewegungsförderung in Deutschland. Eine Analyse anhand eines Policy-Audit-Tools der Weltgesundheitsorganisation*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Band 65, Heft 2, 107–115
- Messing S et al. (2023): *Developing a Policy Brief on Physical Activity Promotion for Children and Adolescents*. *Frontiers in Public Health*, Vol. 11, 22 September 2023
- Mielke G et al. (2022): *All Are Equal, but Some are more Equal than Others: Social Determinants of Leisure Time Physical Activity Through the Lens of Intersectionality*. *BMC Public Health*, Vol. 22, No. 1, 36

O'Donoghue G et al. (2018): Socio-Economic Determinants of Physical Activity Across the Life Course: A "DEterminants of Diet and Physical ACTivity" (DEDIPAC) Umbrella Literature Review. PLoS ONE, Vol. 13, No. 1

Rütten A, Pfeifer K (Hrsg.) (2016): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Köln: BZgA

Trojan A (2012): Vor dem Messen und Rechnen: Die Landschaft beschreiben: Überlegungen für eine Klassifizierung und einheitliche Terminologie von Gesundheitsförderungsinterventionen für Evaluation und Evidenzbasierung. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI, 21–32

Wäsche H, Peters S, Appelles L, Woll A (2018): Bewegungsförderung in Deutschland: Akteure,

Strukturen und Netzwerkentwicklung. Bewegungstherapie und Gesundheitssport, Band 34, Heft 6, 257–273

WHO (World Health Organization) (2018): Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: More Active People for a Healthier World. Genf: WHO

WHO (World Health Organization) (2020): WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: WHO

Wolbring L et al. (2024): Socio-Structural Determinants of Physical Activity Behavior in Children and Adolescents: The Importance of Social Support. International Review for the Sociology of Sport, Vol. 60, No. 2, 212–230

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 13. Juni 2025)

Die Autoren



Prof. Dr. phil. Peter Gelius, Jahrgang 1976, hat an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) im Fach Politikwissenschaft promoviert. Er habilitierte sich dort im Fach Sportwissenschaft. Gelius arbeitete als Berater für die WHO in Kopenhagen und war ab 2018 Co-Direktor des WHO-Kooperationszentrums für Bewegung und Public Health der FAU. Seit 2023 ist er Professor für körperliche Aktivität und Lebenslauf an der Universität Lausanne (Schweiz).



Dr. phil. Sven Messing, Jahrgang 1990, hat an der FAU Politikwissenschaft und Öffentliches Recht studiert. Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Physical Activity for Health Research Centre der Universität Limerick, Irland, und Träger eines renommierten Marie-Sklodowska-Curie-Stipendiums der Europäischen Union. Zuvor war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Public Health in Erlangen.



PD Dr. phil. Karim Abu-Omar, Jahrgang 1969, hat in Medizinsoziologie an der University of Alabama at Birmingham (USA) promoviert. Er habilitierte sich für Sportwissenschaften an der FAU und lehrt dort als Akademischer Oberrat am Department für Sportwissenschaft und Sport (DSS). Abu-Omar ist seit 2015 Ko-Direktor des WHO-Kooperationszentrums für Bewegung und Public Health am DSS. Er forscht zu sozialen Ungleichheiten und Aspekten planetarer Gesundheit.



Prof. Dr. phil. Klaus Pfeifer, Jahrgang 1964, hat an der Goethe-Universität Frankfurt promoviert und habilitierte sich dort in Sportwissenschaft. Er leitet seit 2004 den Arbeitsbereich (Lehrstuhl) für Bewegung und Gesundheit an der FAU mit dem dort angesiedelten WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Public Health. Er leitet transdisziplinäre Forschungsprojekte im Bereich der Bewegungsförderung, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung.

Kontakt

Prof. Dr. Peter Gelius, Institut des sciences du sport de l'Université de Lausanne, Bâtiment Synathlon, CH-1015 Lausanne, Schweiz, Telefon: 0041 21 692 65 05, E-Mail: peter.gelius@unil.ch