

dza aktuell deutscher alterssurvey

Heft 05/2025

Herausgeber:

Deutsches Zentrum für Altersfragen

**Bewegung tut gut – aber wer ist
aktiv? Körperliche Aktivität und
regelmäßiger Sport in der zweiten
Lebeshälfte**

Sonja Nowossadeck & Svenja M.
Spuling

Bewegung tut gut – aber wer ist aktiv? Körperliche Aktivität und regelmäßiger Sport in der zweiten Lebenshälfte

Sonja Nowossadeck & Svenja M. Spuling

Inhalt

Kernaussagen	4
Einleitung und Forschungsfragen	5
Daten und Methoden	8
Befunde	11
Diskussion	14
Fazit ..	18
Literatur	20

Kernaussagen

- **Etwa drei Viertel (74,2 %) der Personen ab 43 Jahren erreichen die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität.** Dieser im Vergleich zu anderen Studien hohe Anteil erklärt sich dadurch, dass in den DEAS-Daten körperliche Aktivität breit erfasst wird und alle Formen moderater und intensiver Bewegung im Alltag einschließt – etwa Bewegung im Beruf, zu Fuß oder mit dem Rad zurückgelegte Wege, Haus- und Gartenarbeit sowie Sport.

Regelmäßiger Sport ist deutlich weniger verbreitet als ausreichende körperliche Aktivität insgesamt: Nur rund die Hälfte der Personen ab 43 Jahren (54,9 %) treibt mindestens einmal pro Woche Sport, obwohl eine große Mehrheit den von der WHO empfohlenen Umfang an körperlicher Aktivität erreicht.

- **Im höheren Alter war der Anteil körperlich aktiver Personen geringer – sowohl hinsichtlich des Erreichens der WHO-Empfehlung als auch bei regelmäßiger sportlicher Aktivität.** Der Anteil ausreichend körperlich Aktiver blieb bis 75 Jahre relativ stabil zwischen 79,9 Prozent und 75,4 Prozent, in der ältesten Gruppe ab 76 Jahren fiel er aber deutlich auf 60,9 Prozent. Auch beim Sport sanken die Werte im Alter: Während in der Gruppe 43 bis 55 Jahre noch 67,5 Prozent regelmäßig Sport machten, waren es ab 76 Jahren nur 34,6 Prozent. Geschlechterunterschiede zeigten sich dagegen weder bei körperlicher Aktivität noch beim regelmäßigen Sport.
- **Unter einkommensschwachen Personen waren die Anteile ausreichend körperlich aktiver**

Personen und regelmäßig Sporttreibender niedriger.

Armutsgefährdete Personen erreichten seltener die WHO-Empfehlung für körperliche Aktivität (67,4 %) als Personen mit hohem Einkommen (80,7 %). Auch beim Sport zeigten sich Unterschiede: Nur ein Drittel der armutsgefährdeten Personen (31,1 %) machte mindestens wöchentlich Sport, während dies bei gut der Hälfte der Personen mit mittlerem Einkommen (56,7 %) und sogar bei 67,7 Prozent der Personen mit höherem Einkommen der Fall war. Zwischen Ost- und Westdeutschland waren für beide Indikatoren keine Unterschiede festzustellen.

- **Personen, bei denen eine Herzerkrankung, Diabetes oder eine mobilitätseinschränkende Erkrankung diagnostiziert wurde (Lebenszeitprävalenz), erreichten seltener die WHO-Empfehlung zu körperlicher Aktivität und machten seltener regelmäßig Sport.** Nur 62,8 Prozent der Personen mit Herzerkrankungen und 56,1 Prozent der Personen mit Diabetes waren ausreichend körperlich aktiv im Sinne der WHO-Empfehlung im Vergleich zu jeweils um die drei Viertel der Personen ohne diese Erkrankungen. Sie machten außerdem weniger oft regelmäßig Sport (33,8 % mit Herzerkrankungen beziehungsweise 29,3 % mit Diabetes im Vergleich zu jeweils knapp 60 % der Personen ohne diese Erkrankungen). Personen mit mobilitätseinschränkenden Erkrankungen unterschieden sich nicht beim Erreichen der WHO-Empfehlung von Personen ohne diese Krankheiten, aber sie machten seltener regelmäßig Sport (49,1 % zu 60,2 %).

Einleitung und Forschungsfragen

Körperliche Aktivität hat eine fundamentale Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden; sie spielt eine zentrale Rolle in der Prävention von chronischen Erkrankungen. Dies gilt auch für Menschen im höheren Alter: Körperlich Aktive über 65 Jahre haben beispielsweise im Vergleich zu inaktiven Gleichaltrigen eine niedrigere Sterblichkeitsrate, insbesondere an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sowie ein stärkeres Immunsystem. Daneben wurden Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und einem geringeren Risiko für Insulinresistenz, Typ-2-Diabetes, bestimmte Krebsarten, neurodegenerative Erkrankungen und Stürze nachgewiesen (Xu et al. 2023; Barengo et al. 2017; Weyh et al. 2020). Erholsamerer Schlaf ist ein weiterer positiver Effekt körperlicher Aktivität (Alnawwar et al. 2023; Jakicic et al. 2019). Es gibt auch Hinweise darauf, dass sich körperliche Aktivität positiv auf geistige Fähigkeiten auswirkt (Carvalho et al. 2014) sowie das Wohlbefinden positiv beeinflusst (Marquez et al. 2020).

Mit dem vorliegenden DZA Aktuell gehen wir der Frage nach, in welchem Umfang Menschen in der zweiten Lebenshälfte körperlich aktiv sind beziehungsweise sich in ihrer Freizeit regelmäßig sportlich betätigen und wie sich verschiedene Bevölkerungsgruppen diesbezüglich unterscheiden.

Wodurch unterscheiden sich körperliche Aktivität und Sport?

Körperliche Aktivität umfasst mehr als Sport. Sie bezieht sich als Oberbegriff auf jede körperliche Bewegung, die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und die den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt (Caspersen et al. 1985). Damit sind auch Aktivitäten wie Gehen, Radfahren, Haus- und Gartenarbeit oder körperlich

anstrengende Tätigkeiten im Beruf inbegriffen. Sport ist dabei eine spezifische Form körperlicher Aktivität: Er ist geplant, strukturiert, wiederholend und zielgerichtet, sehr oft verbunden mit dem Ziel der Verbesserung oder Erhaltung der körperlichen Fitness. Internationale Vergleiche zeigen, dass Alltagsaktivitäten – insbesondere körperliche Tätigkeit in Beruf/Hausarbeit sowie aktive Mobilität – den Großteil der gesamten körperlichen Aktivität Erwachsener ausmachen, während Freizeitaktivitäten wie Sport im Durchschnitt nur einen kleineren Anteil beitragen (Strain et al. 2020). Die Unterscheidung zwischen körperlicher Aktivität als Gesamt- und Sport als Unterkategorie ist bedeutsam, da verschiedene Formen körperlicher Aktivität unterschiedliche gesundheitliche Effekte und gesellschaftliche Zugangsbarrieren mit sich bringen können.

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) empfiehlt für alle Erwachsenen ab 18 Jahren, sich regelmäßig körperlich zu betätigen – idealerweise mindestens 150 Minuten pro Woche mit moderater oder 75 Minuten mit hoher Intensität, auch in Kombination beider Intensitäten (World Health Organization (WHO) 2023). Die WHO-Empfehlungen beziehen sich dabei grundsätzlich auf alle Formen körperlicher Aktivität, einschließlich Bewegung im Beruf, im Haushalt oder zur Fortbewegung. In vielen Public-Health-Studien werden diese Aktivitätsbereiche jedoch nicht oder nur eingeschränkt erfasst, was zu vergleichsweise niedrigen Anteilen körperlich aktiver Personen führt. Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) bildet körperliche Aktivität bewusst breit und bereichsübergreifend ab und berücksichtigt neben Sport auch Alltags-, Haus- und berufliche Aktivitäten. Dadurch erfasst der DEAS ein umfassenderes Spektrum alltäglicher Bewegung. Im

Vergleich zu anderen Studien lassen sich daher höhere Aktivitätsanteile erwarten.

Körperliche und sportliche Aktivität sind ungleich in der Bevölkerung verteilt

Körperliche Aktivität insgesamt und insbesondere auch regelmäßige sportliche Betätigung in der Freizeit sind ungleich über verschiedene Bevölkerungsgruppen verteilt. In diesem DZA Aktuell wird die Rolle folgender Faktoren beleuchtet: Alter, Geschlecht, Haushaltseinkommen, Region und Erkrankungen.

Alter

Bewegung leistet einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung auch im höheren Erwachsenenalter. Dennoch zeigen sich mit zunehmendem Alter deutliche Veränderungen im körperlichen Aktivitätsverhalten. Studien belegen, dass das Ausmaß körperlicher Aktivität im Alter signifikant abnimmt (Cunningham et al. 2020). Ältere Menschen beteiligen sich deutlich seltener an sportlichen Aktivitäten als Personen im mittleren Alter (Manz et al. 2018; Spuling et al. 2017).

Geschlecht

Geschlechterspezifische Unterschiede im Bewegungsverhalten sind seit Langem Gegenstand der Gesundheitsforschung. In vielen Studien zeigt sich: Männer sind insgesamt körperlich aktiver als Frauen (World Health Organization (WHO) 2023, 2022; Rütten et al. 2005). Auch im Bereich Sport beteiligen sich Männer häufiger und intensiver als Frauen (Owen et al. 2025). In den Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) hingegen konnten solche Geschlechterunterschiede bislang nicht festgestellt werden (Spuling et al. 2017).

Haushaltseinkommen

Neben dem Alter und Geschlecht gehört der sozioökonomische Status zu den zentralen Einflussfaktoren körperlicher

Aktivität. In diesem DZA Aktuell wird der sozioökonomische Status anhand des Haushaltseinkommens operationalisiert – ein etablierter Indikator, um soziale Ungleichheiten im Bewegungsverhalten zu erfassen. Eine Studie mit älteren Menschen zeigt, dass verschiedene Indikatoren des sozioökonomischen Status, darunter auch das Einkommen, positiv mit der Häufigkeit von Freizeitsport assoziiert sind (Kheifets et al. 2022). Das heißt, dass Personen mit höheren Einkommen häufiger regelmäßig Freizeitsport treiben. Allerdings ist es wichtig, hier zwischen unterschiedlichen Formen körperlicher Aktivität zu unterscheiden. Eine Analyse zum Bewegungsverhalten von Erwerbstätigen im mittleren Lebensalter verdeutlicht, dass Bewegungsmangel nicht durchgängig in sozioökonomisch benachteiligten Gruppen überrepräsentiert ist: Zwar treiben Erwerbstätige mit niedrigerem sozioökonomischem Status seltener Sport als statushöhere Gruppen, sie sind jedoch insgesamt körperlich aktiver – etwa durch körperlich fordernde Tätigkeiten im Berufs- oder Alltagskontext (Hoebel et al. 2016).

Region

In vielen Lebensbereichen, auch im Gesundheitsverhalten, bestehen weiterhin deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland. Diese betreffen auch das Bewegungsverhalten der Bevölkerung. Sportliche Aktivität wird in Ostdeutschland tendenziell seltener ausgeübt als in Westdeutschland. Ein möglicher Grund dafür ist, dass in Ostdeutschland die entsprechende Infrastruktur, wie Sportvereine, Sportstätten oder niedrigschwellige Bewegungsangebote, zum Teil weniger gut ausgebaut ist. So sind Mitgliedschaften in Sportvereinen in Ostdeutschland weniger verbreitet als in Westdeutschland (Lampert et al. 2019).

Allerdings bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass auch die körperliche Aktivität insgesamt – also inklusive Bewegung im Alltag, Beruf oder auf Wegen – in Ostdeutschland geringer ist. Studien belegen, dass mit sinkendem sozioökonomischem Status die körperliche Aktivität insgesamt zunimmt, auch wenn der Umfang des Sporttreibens geringer ist (Hoebel et al. 2016). Bezogen auf Ostdeutschland mit einem durchschnittlich niedrigeren sozioökonomischen Status könnte das bedeuten, dass körperliche Aktivität dort häufiger im Alltag oder im Beruf stattfindet und die geringere Sportaktivität in der Freizeit dadurch zumindest teilweise kompensiert wird.

Erkrankungen

Bereits in früheren Studien konnte für Deutschland gezeigt werden, dass Personen mit bekannten Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie koronarer Herzkrankheit oder Herzinfarkt deutlich seltener ein ausreichendes Maß an körperlicher Aktivität zeigen und häufiger körperlich inaktiv sind (Robert Koch-Institut 2015). Ähnliches lässt sich für Menschen mit mobilitätseinschränkenden Erkrankungen feststellen. Eine Studie konnte beispielsweise zeigen, dass Personen mit Spondyloarthritis (entzündlich-rheumatische Erkrankung der Wirbelsäule und großer Gelenke) signifikant seltener körperlich aktiv sind (Swinnen et al. 2014). Das Angewiesensein auf eine Gehhilfe wurde in einer weiteren Studie als Faktor identifiziert, der für Männer und Frauen sowohl Sportaktivitäten als auch Alltagsbewegung reduziert hat (Moschny et al. 2011).

Forschungsfragen

Die Literatur zu körperlicher Aktivität im höheren Alter ist umfangreich. Wir möchten aktuelle Daten zu körperlicher Aktivität in der zweiten Lebenshälfte mit den DEAS-Daten vorstellen. Dabei interessiert uns der Vergleich unserer Daten mit dem Referenzmaß

erwünschter körperlicher Aktivität, wie es in der WHO-Empfehlung formuliert wird (mindestens 150 Minuten pro Woche mit moderater oder 75 Minuten mit hoher Intensität oder eine Kombination aus beidem). Außerdem betrachten wir die Anteile von Personen, die regelmäßig, also nach unserer Definition mindestens einmal in der Woche, Sport treiben. Wir möchten körperliche Aktivität insgesamt und regelmäßige sportliche Aktivität im Besonderen in verschiedenen sozialen Gruppen und unter unterschiedlichen gesundheitlichen Voraussetzungen darstellen. Mit unseren Analysen können wir statistische Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität bzw. Sporttreiben und ausgewählten sozioökonomischen Faktoren bzw. Erkrankungen darstellen. Da wir nur Daten eines einzigen Erhebungszeitpunktes betrachten, lassen sich daraus keine eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge ableiten.

Konkret werden wir in diesem DZA Aktuell folgenden Forschungsfragen nachgehen:

1. Wie groß ist der Anteil der Personen, die den Umfang an körperlicher Aktivität der WHO-Empfehlung erreichen und wie hoch sind die Anteile derjenigen, die regelmäßig Sport treiben?
2. Welche Gruppenunterschiede nach Alter, Geschlecht, Einkommen und Region gibt es in beiden Indikatoren (Erreichen der WHO-Empfehlung für körperliche Aktivität bzw. regelmäßiges Sporttreiben)?
3. Wie hängen ausgewählte Erkrankungen (Herzkrankheiten, Diabetes und mobilitätseinschränkende Erkrankungen) einerseits und körperliche Aktivität beziehungsweise regelmäßiges Sporttreiben andererseits zusammen?

Daten und Methoden

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS)

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen in der zweiten Lebenshälfte. Im Rahmen der Studie werden seit mehr als zwei Jahrzehnten Frauen und Männer auf ihrem Weg ins höhere und hohe Alter regelmäßig befragt (1996, 2002, 2008, 2011, 2014, 2017, 2020/21, 2023). Dieser lange Beobachtungszeitraum erlaubt einen umfassenden Einblick in das Älterwerden und die Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Zudem kann durch das kohortensequenzielle Design der Studie Älterwerden im sozialen Wandel untersucht werden. Der DEAS ist daher die zentrale Studie zu Alter und Altern in Deutschland. Mehr als 20.000 Personen haben bislang an der Studie teilgenommen. Befragt werden Personen, die zum Zeitpunkt der ersten Teilnahme 40 Jahre und älter sind. Die Teilnehmenden werden auf Basis einer nach Alter, Geschlecht und Region geschichteten Einwohnermeldeamtsstichprobe ausgewählt. Die DEAS-Daten sind daher repräsentativ für die in Privathaushalten lebende Wohnbevölkerung Deutschlands in der zweiten Lebenshälfte.

Die jüngste verfügbare Befragung fand im Zeitraum vom Dezember 2022 bis Juni 2023 statt. Im Zentrum dieser Befragung standen Fragen zur aktuellen Lebenssituation, zum Beispiel zu sozialen Beziehungen, Wohlbefinden und Erwerbsarbeit (für die vollständigen Erhebungsinstrumente siehe (für die vollständigen Erhebungsinstrumente siehe Simonson et al. 2025)). Es haben 4.992 Personen ab einem Alter von 43 Jahren an der Befragung teilgenommen. Die Befragung wurde als persönliches oder telefonisches Interview durchgeführt. Im Anschluss an das Interview erhielten die Befragten noch einen Fragebogen, der von 4.211 Personen schriftlich oder online beantwortet wurde.

In den Analysen werden gewichtete Anteils- und Mittelwerte unter Verwendung von Methoden, die das Design der Stichprobe berücksichtigen, dargestellt. Im DEAS 2023 wurden die Gewichte erstmals auch nach Bildung poststratifiziert. Gruppenunterschiede werden auf statistische Signifikanz getestet. Verwendet wird ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$. Ist ein Befund statistisch signifikant, so kann mit mindestens 95-prozentiger Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ein festgestellter Unterschied nicht nur in der vorliegenden Stichprobe, sondern auch in der Gesamtbevölkerung vorhanden ist. Ist ein Befund nicht statistisch signifikant, ist es möglich, dass beobachtete Unterschiede in der Stichprobe nur zufällig zustande kamen.

Der DEAS wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) gefördert.

Weitere Informationen zum DEAS finden sich unter www.deutscher-alterssurvey.de

Stichprobe

Für die Beantwortung der Forschungsfragen werden Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS, Klaus et al. 2017; Vogel et al. 2021) aus dem Jahr 2023 verwendet. Die Fragen nach moderater und anstrengender körperlicher Aktivität waren Teil des schriftlichen Fragebogens (Drop-off); die

Fragen zur Häufigkeit von sportlicher Aktivität in der Freizeit wurden im Interview gestellt. Die Auswertungsstichprobe umfasst die 3.852 Personen im Alter ab 43 Jahren, die im Interview die Frage zu Sport in der Freizeit und außerdem im schriftlichen Fragebogen die Fragen nach moderater und anstrengender körperlicher Aktivität beantwortet haben.

Variablen

Erreichen der WHO-Empfehlung zu körperlicher Aktivität

Dieser Indikator wird aus den Fragen zu moderater und anstrengender körperlicher Aktivität im schriftlichen Fragebogen des DEAS aus den folgenden Fragen gebildet:

„Wie oft treiben Sie moderate körperliche Aktivitäten? Gemeint sind Aktivitäten mit mäßiger körperlicher Anstrengung, bei denen Sie ein wenig stärker atmen als normal, wie z. B. Tragen leichter Lasten, leichte Gartenarbeiten, Wandern, Schwimmen oder Fahrradfahren bei gewöhnlicher Geschwindigkeit. Bitte denken Sie an alle moderaten körperlichen Aktivitäten, also jene im Rahmen Ihrer Arbeit, in Haus(halt) und Garten, um von einem Ort zum anderen zu kommen und in Ihrer Freizeit. Beziehen Sie Spaziergänge bitte nicht mit ein.“

„Wie oft treiben Sie anstrengende körperliche Aktivitäten? Gemeint sind Aktivitäten, die starke körperliche Anstrengungen erfordern und bei denen Sie deutlich stärker atmen als normal, wie z. B. Tragen schwerer Lasten, anstrengende Gartenarbeiten, Aerobic oder schnelles Fahrradfahren. Bitte denken Sie an alle anstrengenden körperlichen Aktivitäten, also jene im Rahmen Ihrer Arbeit, in Haus(halt) und Garten, um von einem Ort zum anderen zu kommen und in Ihrer Freizeit.“

Personen, die angeben, diese Aktivitäten mindestens einmal in der Woche auszuüben, werden nach der Gesamtzeit dieser Aktivität pro Woche in Stunden und Minuten gefragt. Nur wenn diese Fragen zur Gesamtzeit der beiden Aktivitäten beantwortet wurden, wurde aus der Summe der Stunden- und Minutenangaben ein Minutenindikator körperlicher Aktivität gebildet, wobei die Minuten anstrengender körperlicher Aktivität mit dem Faktor 2 eingehen.

Dieses Vorgehen lehnt sich an die Empfehlungen der WHO an, in denen 75 Minuten anstrengender körperlicher Aktivität 150 Minuten moderater körperlicher Aktivität gleichgestellt werden (World Health Organization (WHO) 2023). Alle Personen, die im Minutenindikator einen Wert von 150 oder mehr erreichen, gehen als „erreicht“ (=1) in den Gesamtindikator für das Erreichen der WHO-Empfehlung ein. Werte von Personen, die bei diesem Indikator einen Wert über 3.600 Minuten erreicht haben (das entspräche 60 Stunden in der Woche, bei fünf Arbeitstagen also 12 Stunden/Tag bzw. bei sieben Wochentagen gut 8,5 Stunden/Tag), wurden gelöscht. Das betraf insgesamt 90 Fälle. Alle Personen, die im Minutenindikator einen Wert von unter 150 haben, sowie Personen, die angegeben haben anstrengende/moderate körperliche Aktivität seltener als wöchentlich zu betreiben, gehen als „nicht erreicht“ (=0) in den Gesamtindikator ein.

Regelmäßige sportliche Aktivität

Dieser Indikator wird aus einer Frage im mündlichen Interview des DEAS gebildet:

„Wie oft treiben Sie Sport, z. B. Wandern, Fußball, Gymnastik oder Schwimmen?“

Die Personen werden gebeten, diese Frage zu beantworten mit „Täglich“, „Mehrere Male in der Woche“, „Einmal in der Woche“, „1- bis 3-mal im Monat“, „Seltener“, oder „Nie“. Personen, die angeben, Sport mindestens einmal in der Woche auszuüben, werden auf dem Indikator als „regelmäßig sportlich aktiv“ (=1) kategorisiert, alle anderen Personen als „nicht regelmäßig sportlich aktiv“ (=0).

Gruppenvariablen

Unterschiede hinsichtlich des Erreichens der WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität und hinsichtlich der sportlichen Aktivität werden nach Alter, Geschlecht, Einkommen, Region und verschiedenen Erkrankungen untersucht.

Soziodemografische Variablen

Es werden vier Altersgruppen unterschieden: 43-55 Jahre (28,4 %), 56-65 Jahre (32 %), 66-75 Jahre (19,7 %), 76-90 Jahre (19,9 %). Bezüglich des Geschlechts unterscheiden wir Frauen (51,4 %) und Männer (48,6 %).

Für die Einkommenssituation werden drei Gruppen gebildet: armutsgefährdete Haushalte (14,5 %), Haushalte mit mittlerem Einkommen (68 %) und solche mit höherem Einkommen (17,4 %). Als armutsgefährdet gelten Personen, deren bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen (Nettoäquivalenzeinkommen des Haushalts) unter 60 Prozent des mittleren Einkommens in der Gesamtbevölkerung (Median) liegt. Als mittlere Einkommen gelten Einkommen in Höhe von 60-150 Prozent des mittleren Einkommens. Höhere Einkommen liegen über 150 Prozent des bedarfsgewichteten, mittleren Einkommens. Der Referenzwert für das Medianeinkommen der Gesamtbevölkerung basiert auf dem der EU-Befragung über Einkommen und Lebensbedingungen (European Statistics on Income and Living Conditions – EU-SILC) und lag im Jahr 2023 bei 2.190 Euro pro Monat (26.274 Euro pro Jahr). Die Armutsrisikoschwelle liegt somit bei 1.314 Euro pro Monat, die 150 Prozent Schwelle bei 3.284 Euro pro Monat.

Als Indikator für den Wohnort in Ost- oder Westdeutschland wird eine Zuordnung der Befragten zur Region des ehemaligen Bundesgebietes vor der Wiedervereinigung einschließlich der westlichen Teile Berlins (80,9 %) oder zu der ehemaligen DDR inklusive Ost-Berlin (19,1 %) vorgenommen.

Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz)

Im mündlichen Interview wurden verschiedene Erkrankungen erfasst mit der Frage:

„Bitte sagen Sie mir, ob Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt hat, dass Sie unter

einer der folgenden Krankheiten leiden, oder nicht.“

Damit lässt sich die Lebenszeitprävalenz dieser Krankheiten, also ihr Auftreten im bisherigen Lebensverlauf, abbilden. Die Erfassung als Lebenszeitprävalenz ist sinnvoll, weil viele chronische Erkrankungen das Gesundheitsverhalten und damit auch die körperliche Aktivität langfristig prägen – auch dann, wenn aktuell vielleicht keine akuten Beschwerden bestehen. Sie bildet somit den nachhaltigen Einfluss einer Erkrankung auf Lebensstil und Aktivitätsverhalten besser ab als deren momentanes Auftreten. Personen, die angegeben haben, dass eine der folgenden Erkrankungen bei ihnen schon einmal diagnostiziert wurde, erhielten auf dem jeweiligen Indikator Lebenszeitprävalenz ein „Ja“ (=1). Alle anderen bekamen auf dem jeweiligen Indikator ein „Nein“ (=0).

Herzerkrankung

Dazu gehören Herzinfarkt, Angina pectoris und Herzschwäche, also Herzinsuffizienz, einschließlich Durchblutungsstörungen am Herzen. Eine derartige Diagnose haben 12,3 Prozent schon einmal erhalten.

Diabetes

Dazu gehören Diabetes bzw. hohe Blutzuckerwerte. Eine solche Diagnose haben 12,2 Prozent schon einmal erhalten.

Mobilitätseinschränkende Erkrankung

Dazu gehören Gelenkverschleiß, also Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule, Osteoporose, entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung, also Arthritis oder Rheuma. Bei 49,1 Prozent wurden diese Erkrankungen bereits einmal diagnostiziert.

Für alle Gruppierungsvariablen gilt: Wenn Personen keine gültigen Angaben gemacht haben, werden sie aus den

jeweiligen Analysen ausgeschlossen. Dementsprechend gibt es 107 Fälle ohne gültige Angaben zum Einkommen (gewichtet 2,9 %) und jeweils 1 Fall ohne gültige Angabe zu Herzerkrankungen,

Diabetes und zu mobilitätseinschränkenden Erkrankungen (gewichtet jeweils 0 %), die nicht in die Analysen eingehen.

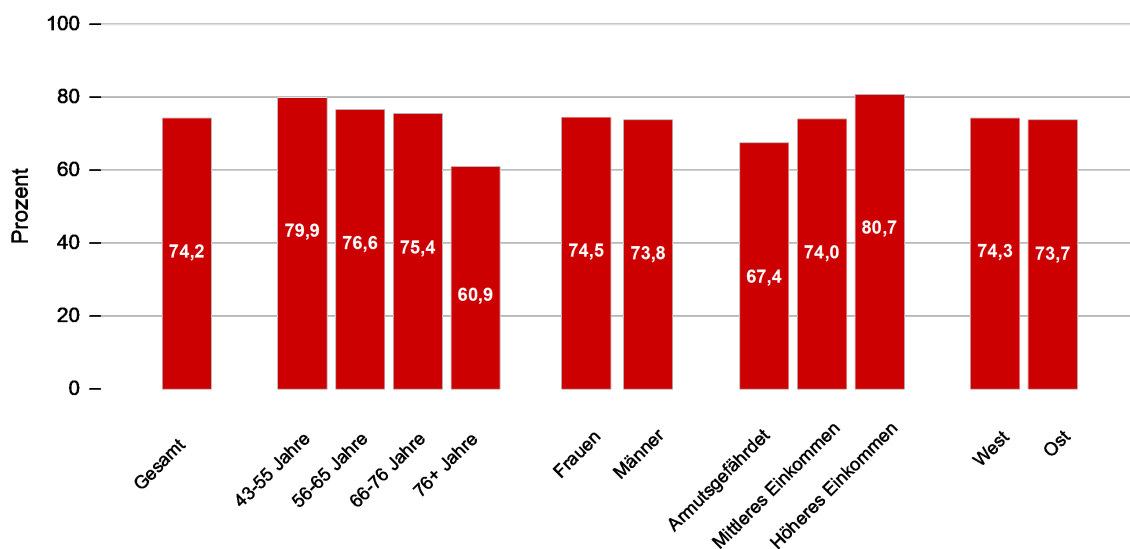
Befunde

Befunde zu soziodemografischen Unterschieden

Wie Abbildung 1 zeigt, erreichten 74,2 Prozent der Personen in der zweiten Lebenshälfte (ab 43 Jahren) im Jahr 2023 die WHO Empfehlung hinsichtlich körperlicher Aktivität. Damit blieb knapp jede vierte Person unter dieser Empfehlung. Abbildung 1 zeigt weiterhin, wie sich die Anteile nach verschiedenen soziodemografischen Merkmalen unterscheiden. Der Anteil der nach WHO-Maßstab ausreichend körperlich aktiven Personen war über die drei jüngsten Altersgruppen stabil (43 bis 55 Jahre: 79,9 %, 56 bis 65 Jahre: 76,6 %, 66 bis 75 Jahre: 75,4 %) und sank lediglich in der ältesten betrachteten Altersgruppe (76-Jährige und Ältere) auf 60,9 Prozent ab.

Ein Geschlechterunterschied zeigte sich nicht: Die Anteile von körperlich aktiven Frauen (74,5 %) und Männern (73,8 %) unterschieden sich statistisch nicht voneinander. Die Anteile körperlich ausreichend aktiver Personen, die zur Gruppe armutsgefährdeter Personen gehören (67,4 %), waren auf einem vergleichbaren Niveau zu Personen mit mittlerem Einkommen (74 %), aber signifikant niedriger als bei Personen mit höherem Einkommen (80,7 %). Personen mit mittleren und hohen Einkommen unterschieden sich nicht statistisch signifikant. Die Anteile von Personen in West- und Ostdeutschland, die die WHO-Empfehlung hinsichtlich körperlicher Aktivität erreichten, waren auf einem ähnlichen Niveau (West: 74,3 %, Ost: 73,7 %).

Abbildung 1: Erreichen der WHO-Empfehlung zu körperlicher Aktivität im Jahr 2023, gesamt sowie nach soziodemografischen Merkmalen (Anteile in Prozent)

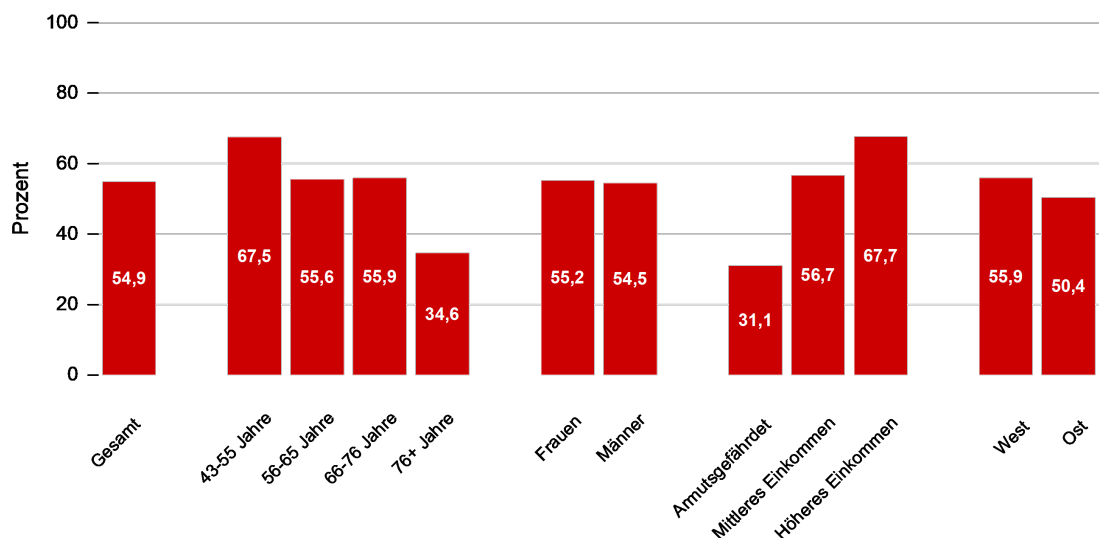


Quelle: DEAS 2023, Version 1.0 ($n_{\text{Gesamt, Alter, Geschlecht, Region}} = 3.799$, $n_{\text{Einkommen}} = 3.699$) gewichtet, gerundete Angaben. Statistisch signifikant ($p < 0,05$): Unterschied zwischen ab 76-Jährigen und allen anderen Altersgruppen, Unterschied zwischen Armutsgefährdeten und höheren Einkommen.

In Abbildung 2 sind die Anteile regelmäßig sportlich aktiver Personen in der zweiten Lebenshälfte dargestellt: Gut jede zweite Person (54,9 %) war demnach mindestens einmal pro Woche sportlich aktiv. Im Jahr 2023 war der Anteil sportlich aktiver Personen demnach deutlich kleiner als der Anteil an Personen, die die WHO-Empfehlung hinsichtlich körperlicher Aktivität erreichten (74,2 %). Es zeigten sich auch hier Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Der Anteil regelmäßig sportlich aktiver Personen nahm über die Altersgruppen ab: In der jüngsten Altersgruppe waren rund 67 Prozent mindestens wöchentlich sportlich aktiv, während die beiden mittleren Altersgruppen sich statistisch nicht signifikant voneinander unterschieden (56 bis 65 Jahre: 55,6 %, 66 bis 75 Jahre: 55,9 %), aber seltener sportlich aktiv waren als die jüngste betrachtete Altersgruppe. Der Anteil ging unter den

76-Jährigen und Älteren noch einmal deutlich zurück: In dieser Altersgruppe war nur noch gut jede dritte Person mindestens wöchentlich sportlich aktiv. Wie bei der allgemeinen körperlichen Aktivität zeigten sich auch hinsichtlich der regelmäßigen sportlichen Aktivität keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen (55,2 %) und Männern (54,5 %). Dafür war ein deutlicher Einkommensunterschied zu beobachten: Lediglich jede dritte armutsgefährdete Person gab an, mindestens wöchentlich sportlich aktiv zu sein (31,1 %) im Vergleich zu gut der Hälfte der Personen mit mittleren Einkommen (56,7 %) und 67,7 Prozent der Personen mit höheren Einkommen. Alle drei betrachteten Einkommensgruppen unterschieden sich dabei statistisch signifikant voneinander. Personen in West- (55,9 %) und Ostdeutschland (50,4 %) unterschieden sich dagegen nicht statistisch signifikant hinsichtlich ihrer sportlichen Aktivität.

Abbildung 2: Regelmäßige sportliche Aktivität im Jahr 2023, gesamt sowie nach soziodemografischen Merkmalen (Anteile in Prozent)



Quelle: DEAS 2023, Version 1.0 ($n_{\text{Gesamt, Alter, Geschlecht, Region}} = 3.799$, $n_{\text{Einkommen}} = 3.699$) gewichtet, gerundete Angaben. Statistisch signifikant ($p < 0,05$): Unterschied zwischen 43- bis 55-Jährigen und allen anderen Altersgruppen, zwischen ab 76-Jährigen und allen anderen Altersgruppen sowie alle Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen.

Befunde zu Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz)

Abbildung 3 macht deutlich, dass sich die Anteile derjenigen, die die WHO-Empfehlung zu körperlicher Aktivität

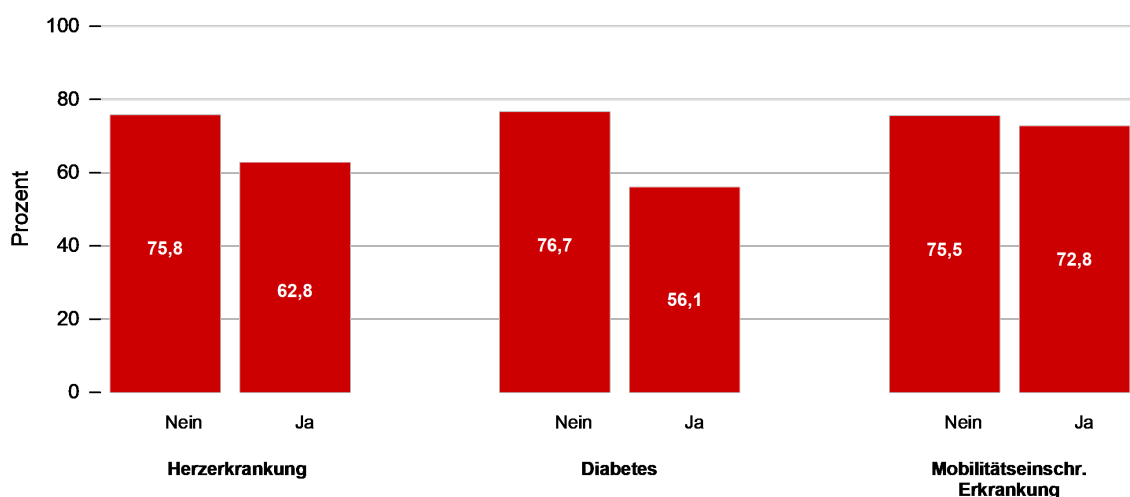
erreichten, zwischen Personen mit verschiedenen Erkrankungen unterschieden. Für Erkrankungen wurden die Lebenszeitprävalenzen betrachtet. Das bedeutet, alle diejenigen Personen wurden als erkrankt gezählt, bei denen

eine Ärztin oder ein Arzt schon einmal die jeweilige Diagnose gestellt hat – unabhängig von den derzeitigen Beschwerden.

Personen mit Herzerkrankungen waren seltener ausreichend körperlich aktiv als Personen ohne Herzerkrankungen (62,8 % zu 75,8 %). Auch Personen mit Diabetes erfüllten seltener die WHO-Vorgaben als Personen ohne Diabetes

(56,1 % zu 76,7 %). Die Anteile an ausreichend aktiven Personen mit und ohne mobilitätseinschränkende Erkrankungen (72,8 % zu 75,5 %) unterschieden sich dagegen nicht statistisch signifikant und lagen auf einem ähnlichen Niveau.

Abbildung 3: Erreichen der WHO-Empfehlung zu körperlicher Aktivität im Jahr 2023 nach Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz, Anteile in Prozent)



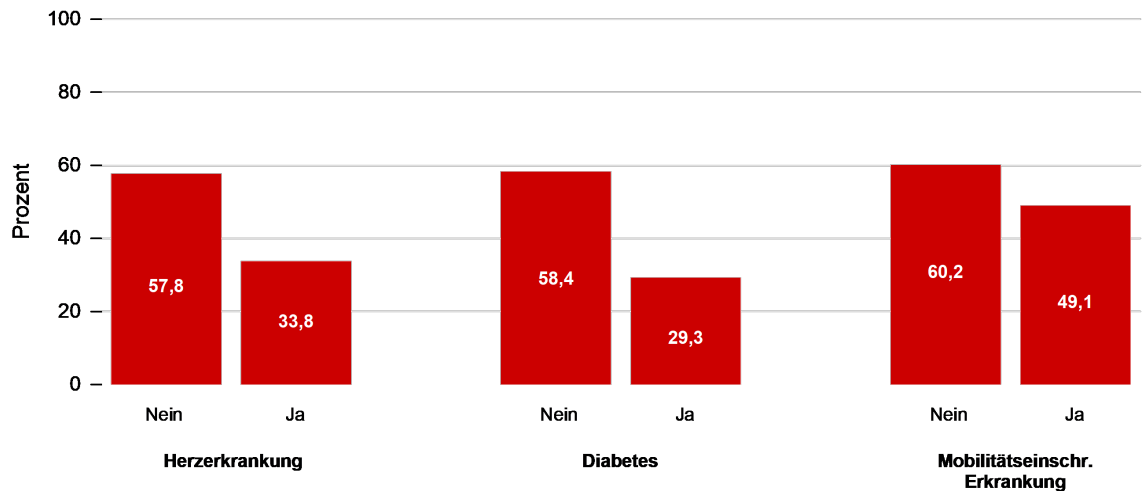
Quelle: DEAS 2023, Version 1.0 (n = 3.798) gewichtet, gerundete Angaben.

Statistisch signifikant ($p < 0,05$): Unterschied zwischen Personen mit und ohne Herzerkrankung sowie mit und ohne Diabetes.

Ein ähnliches Bild ergab sich auch hinsichtlich der Anteile regelmäßig sportlich aktiver Personen nach verschiedenen Erkrankungen (Abbildung 4). Es zeigten sich signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich Herzerkrankungen, Diabetes und hier auch hinsichtlich mobilitätseinschränkender Erkrankungen – immer jeweils zu Ungunsten von Personen mit diesen Erkrankungen. Lediglich 33,8 Prozent der Personen mit

einer Herzerkrankung (im Vergleich zu 57,8 Prozent der Personen ohne Herzerkrankung), nur 29,3 Prozent der Personen mit Diabetes (im Vergleich zu 58,4 Prozent der Personen ohne Diabetes) und 49,1 Prozent der Personen mit mobilitätseinschränkenden Erkrankungen (im Vergleich zu 60,2 Prozent der Personen ohne diese Erkrankungen) gaben an, mindestens wöchentlich sportlich aktiv zu sein.

Abbildung 4: Regelmäßige sportliche Aktivität im Jahr 2023 nach Erkrankungen
(Lebenszeitprävalenz, Anteile in Prozent)



Quelle: DEAS 2023, Version 1.0 (n = 3.798) gewichtet, gerundete Angaben.

Statistisch signifikant ($p < 0,05$): Unterschied zwischen Personen mit und ohne Herzerkrankung, mit und ohne Diabetes sowie mit und ohne mobilitätseinschränkende Erkrankung.

Diskussion

Im vorliegenden DZA Aktuell sind wir der Frage nachgegangen, wie viele Menschen in der zweiten Lebenshälfte die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität (mindestens 150 Minuten pro Woche mit moderater oder 75 Minuten mit hoher Intensität oder eine Kombination aus beidem) erfüllen und wie viele Menschen regelmäßig sportlich aktiv sind, das heißt mindestens einmal in der Woche Sport treiben. Wir haben dazu Daten des DEAS 2023 analysiert und neben den Gesamtanteilen auch Gruppenunterschiede nach soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Einkommen, Region) und verschiedenen Erkrankungen (Herzerkrankungen, Diabetes, mobilitätseinschränkende Erkrankungen) untersucht. Wie bereits in der Einleitung beschrieben, stellen unsere Analysen statistische Zusammenhänge zwischen Variablen dar, aus denen sich jedoch keine Ursache-Wirkungs-Beziehungen ableiten lassen.

Etwa drei Viertel (74,2 %) der Personen im Alter ab 43 Jahren erreichten gemäß den DEAS-Daten aus dem Jahr 2023 das

WHO-Ziel zu körperlicher Aktivität (Abbildung 1). Damit blieb rund ein Viertel körperlich inaktiv oder nur unzureichend aktiv – eine aus Public-Health-Perspektive relevante Bevölkerungsgruppe. Im Vergleich zu anderen für Deutschland verfügbaren Daten erscheint der Anteil körperlich aktiver Personen wie erwartet relativ hoch. So erfüllen laut dem European Health Interview Survey (EHIS) 2019/2020 lediglich 44,8 Prozent der Frauen und 51,2 Prozent der Männer ab 18 Jahren die WHO-Empfehlung zur Ausdaueraktivität (Richter et al. 2021). Diese Abweichung lässt sich durch Unterschiede in der Erfassung erklären: Der DEAS-Indikator lehnt sich eng an die WHO-Definition an und erfasst körperliche Aktivität breit und relativ unspezifisch, einschließlich Aktivitäten im Beruf, Haushalt, Garten, zur Fortbewegung und in der Freizeit. In den EHIS-PAQ-Indikator (Physical Activity Questionnaire) gehen für das Erreichen der WHO-Empfehlung hingegen nur gesundheitsfördernde körperliche Aktivitäten („Health-enhancing PA“), also sportliche, fitnessbezogene oder

erholsame körperliche Aktivitäten in der Freizeit ein sowie Wegzeiten, die mit Fahrrad zurückgelegt werden (Finger et al. 2015). Die Vergleichbarkeit der Daten ist daher nur eingeschränkt gegeben.

Betrachtet man ausschließlich regelmäßige sportliche Aktivität, so zeigt sich, dass nach DEAS-Daten lediglich 54,9 Prozent der Personen mindestens einmal pro Woche Sport machten (Abbildung 2). Diese Diskrepanz zwischen allgemeiner körperlicher Aktivität und Freizeitsport verdeutlicht, dass anscheinend viele Personen die WHO-Empfehlung überwiegend über alltagsbezogene Bewegungsformen wie das Zurücklegen von Wegstrecken zu Fuß, Radfahren oder berufliche Tätigkeiten erreichten. Dieser Befund deckt sich mit Ergebnissen anderer Studien, die ebenfalls auf einen deutlich höheren Anteil dieser Bewegungsarten an der körperlichen Gesamtaktivität im Vergleich zu sportlicher Freizeitaktivität hinweisen (Wallmann-Sperlich & Froboese 2014). Aus gesundheitlicher Perspektive ist dabei zu berücksichtigen, dass sportliche Aktivitäten häufig gezielter und gesundheitswirksamer sind als körperlich fordernde, aber zum Teil monotone oder belastende Tätigkeiten im Alltag oder Beruf (Caspersen et al. 1985).

Soziodemografische Faktoren

Alter: Personen ab 76 Jahren erreichten die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität nur zu knapp zwei Drittel (60,9 %, Abbildung 1). Dieser Anteil ist signifikant geringer als in den jüngeren Altersgruppen mit Anteilen von jeweils mehr als drei Viertel. Ein möglicher Grund dafür ist, dass körperliche Aktivität im höheren Alter kaum noch durch berufliche Tätigkeiten erfolgt, da sich der Großteil der Personen in dieser Altersgruppe im Ruhestand befindet. Der Wegfall von Arbeitswegen und die generell eher rückläufige Zeit, die im höheren Alter außer Haus verbracht wird, können ebenso die körperliche Aktivität reduzieren (Engstler et al. 2004). Auch das Ausmaß an ehrenamtlichem oder

gesellschaftlichem Engagement, das potenziell mit Bewegung verbunden sein kann, nimmt im hohen Alter ab (Simonson et al. 2022).

Darüber hinaus waren die über 76-Jährigen auch weniger oft regelmäßig sportlich aktiv: Nur 34,6 Prozent dieser Altersgruppe machten mindestens einmal pro Woche Sport, während dieser Anteil in den jüngeren Altersgruppen zwischen 67,5 Prozent und 55,9 Prozent lag (Abbildung 2). Diese Ergebnisse stimmen mit früheren Studien überein, die einen altersbedingten Rückgang körperlicher Aktivität, insbesondere im Bereich sportlicher Freizeitaktivitäten, belegen (Manz et al. 2018; Spuling et al. 2017). Neben altersassoziierten gesundheitlichen Einschränkungen spielen hierbei vermutlich auch veränderte Motivationen, fehlende Angebote für ältere Menschen sowie Mobilitätsbarrieren eine Rolle.

Geschlecht

Interessanterweise zeigten sich in unseren Analysen weder beim Erreichen der WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität noch bei den Anteilen regelmäßig sportlich aktiver Personen signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Abbildungen 1 und 2). Dieses Ergebnis entspricht früheren DEAS-Befunden (Spuling et al. 2017). Es steht aber im Gegensatz zu anderen Studien, die darauf hinweisen, dass Männer im Durchschnitt häufiger sportlich aktiv sind (Finger et al. 2017), während Frauen tendenziell mehr alltagsbezogene Bewegung (z. B. Hausarbeit, aktive Mobilität) ausüben.

Einkommen

Der Anteil, der die WHO-Empfehlung zu körperlicher Aktivität erreicht, lag in der einkommensärmsten Gruppe (armutsgefährdete Personen) bei 67,4 Prozent, in der höheren Einkommensgruppe bei 80,7 Prozent (vgl. Abbildung 1). Der Unterschied ist

statistisch signifikant, jedoch augenscheinlich geringer als bei regelmäßiger Sportaktivität. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass in einkommensärmeren Gruppen körperliche Aktivität häufiger über berufliche oder alltägliche Belastungen (z. B. Hausarbeit, körperlich fordernde Erwerbstätigkeit) erfolgt, wodurch die Gesamtsumme der Aktivität zwar hoch, aber weniger gesundheitsförderlich im engeren Sinn ist.

Deutlichere und statistisch signifikante Unterschiede zeigten sich, wie bereits erwähnt, bei der sportlichen Freizeitaktivität: Nur 31,1 Prozent der armutsgefährdeten Personen gaben an, regelmäßig Sport zu treiben, in den höheren Einkommensgruppen waren das mit 67,7 Prozent mehr als doppelt so viele. Dieser Unterschied unterstreicht die soziale Ungleichheit im Zugang zu freiwilliger, geplanter Bewegung – also jener Form körperlicher Aktivität, die besonders gesundheitswirksam ist. Vergleichbare Befunde, die belegen, dass sportliche Aktivität im Freizeitbereich stark mit sozioökonomischen Ressourcen wie Bildung, Einkommen und verfügbarer Zeit zusammenhängt, finden sich auch in anderen Studien: So weisen Daten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 darauf hin, dass in Deutschland Erwachsene mit einem niedrigeren Bildungsniveau insgesamt sowie im Beruf körperlich aktiver sind als Erwachsene mit höherem Bildungsniveau. Sie sind allerdings in ihrer Freizeit weniger körperlich aktiv, vermutlich aufgrund ihres höheren berufsbezogenen Aktivitätsniveaus (Finger et al. 2012). Personen mit höherer Bildung und höherem Einkommen üben dagegen deutlich häufiger Freizeit- bzw. Sportaktivitäten aus. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass soziale Determinanten körperlicher Aktivität differenziert zu betrachten sind und dass insbesondere bei der Förderung von Sport in der Freizeit gezielt einkommensschwächere

Bevölkerungsgruppen adressiert werden sollten, unter anderem auch, um die Kompensation von körperlichen Belastungen aus deren beruflichen Tätigkeiten zu unterstützen.

Region

Die Anteile der Personen, die die WHO-Empfehlung zu körperlicher Aktivität erreichen, waren in West- und Ostdeutschland nahezu identisch (74,3 % zu 73,7 %; vgl. Abbildung 1). Auch die Anteile regelmäßig sportlich aktiver Personen unterschieden sich nicht statistisch signifikant nach Region: In Westdeutschland machten 55,9 Prozent der Personen mindestens einmal pro Woche Sport, in Ostdeutschland 50,4 Prozent (vgl. Abbildung 2). Ergebnisse anderer Studien deuten darauf hin, dass sich zumindest das vereinsgebundene Sportverhalten in Ost- und Westdeutschland zunehmend angeglichen hat. Während zu Beginn der 2000er Jahre noch große Unterschiede bestanden – damals waren 31,8 Prozent der Westdeutschen, aber nur 12,7 Prozent der Ostdeutschen Mitglied in einem Sportverein (Rütten et al. 2005) – zeigt sich inzwischen ein anderes Bild: In den ostdeutschen Flächenländern gibt es heute mit zwölf Sportvereinen je 10.000 Einwohner*innen sogar mehr Vereine als in den westdeutschen (zehn Vereine je 10.000 Einwohner*innen). Allerdings sind die westdeutschen Vereine im Durchschnitt deutlich größer und haben mehr Mitglieder (Hartdang & Schulze-Spüntrup 2025).

Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz)

Wir haben Unterschiede der ab 43-Jährigen hinsichtlich der Lebenszeitprävalenzen in den Krankheitsgruppen Herzerkrankungen, Diabetes und mobilitätseinschränkende Erkrankungen betrachtet.

Herzerkrankungen: Personen mit einer Herzerkrankung erreichten signifikant seltener die WHO-Empfehlung zu

körperlicher Aktivität als Personen ohne eine solche Diagnose (62,8 % zu 75,8 %; vgl. Abbildung 3). Auch bei der regelmäßigen sportlichen Freizeitaktivität zeigten sich deutliche Unterschiede: Nur 33,8 Prozent der Personen mit Herzerkrankung machten mindestens einmal pro Woche Sport, verglichen mit 57,8 Prozent in der Gruppe ohne Herzerkrankung (Abbildung 4). Der Unterschied fiel bei der regelmäßigen sportlichen Aktivität damit noch stärker aus als bei der körperlichen Gesamtaktivität.

Diese Befunde weisen auf deutliche Einschränkungen im Bewegungsverhalten herzkranker Personen hin. Aus den Daten lässt sich jedoch nicht eindeutig ableiten, ob ein geringeres Aktivitätsniveau zur Entstehung der Herzerkrankung beigetragen hat oder ob die Erkrankung selbst die körperliche Aktivität einschränkt. Beide Faktoren beeinflussen sich wohl gegenseitig. Einerseits gilt Bewegungsmangel als etablierter Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen (Liang et al. 2022; Bucciarelli et al. 2023), andererseits führen bestehende Herz-Kreislauf-Erkrankungen häufig zu einer eingeschränkten funktionalen Gesundheit, was wiederum die körperliche Aktivität reduziert (Duruturk et al. 2015). Neben gesundheitlichen Einschränkungen können auch psychosoziale Arbeitsbelastungen, etwa chronischer Stress, monotone Arbeitsabläufe, geringe Entscheidungsfreiheit oder ungünstige Arbeitszeiten, zu Bewegungsmangel beitragen. Solche Bedingungen erhöhen nicht nur selbst das Risiko für Herzerkrankungen (Siegrist 1996; Siegrist 2024; Wong et al. 2023), sondern verringern zugleich die individuellen Ressourcen für körperliche Betätigung. Die besonders geringe Sportbeteiligung unter herzkranken Personen verdeutlicht daher den Bedarf an gezielten bewegungsfördernden Maßnahmen, etwa durch kardiologische Bewegungstherapie

oder individuell angepasste Rehabilitationsangebote.

Diabetes: Auch bei den Personen mit Diabetes zeigte sich ein ähnliches Muster wie bei Herzerkrankungen: Nur 56,1 Prozent dieser Gruppe erreichten die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität, verglichen mit einem deutlich höheren Anteil von 76,7 Prozent unter den nicht an Diabetes Erkrankten (Abbildung 3). Der Unterschied ist statistisch signifikant. Augenscheinlich noch ausgeprägter fällt der Unterschied bei der regelmäßigen sportlichen Aktivität aus: Lediglich 29,3 Prozent der Personen mit Diabetes machten mindestens einmal pro Woche Sport, während der Anteil bei den Personen ohne Diabetes bei 58,4 Prozent lag – annähernd doppelt so hoch (Abbildung 4). Auch dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Diabetes ist offenbar mit erheblich reduzierter körperlicher Bewegung verbunden. Dies entspricht den Befunden anderer Studien (Cheval et al. 2021; Chen et al. 2024). Wie bei den Herzerkrankungen ist jedoch zu beachten, dass die Daten lediglich Zusammenhänge, aber keine Kausalitäten abbilden. Es lässt sich nicht eindeutig sagen, ob Personen mit Diabetes weniger sportlich aktiv sind, weil sie erkrankt sind – zum Beispiel aufgrund von körperlichen Beschwerden, Erschöpfung oder Angst vor Unterzuckerung – oder ob ein langfristig niedriges Aktivitätsniveau zur Krankheitsentstehung beigetragen hat. Der Zusammenhang besteht wohl, wie auch bei Herzerkrankungen, in beide Richtungen.

Zugleich ist bekannt, dass regelmäßige körperliche Aktivität, insbesondere Ausdauer- und Krafttraining, einen nachgewiesenen positiven Einfluss auf den Blutzuckerstoffwechsel, das Körpergewicht und die Insulinsensitivität hat. Bewegung stellt damit eine zentrale nicht-medikamentöse Säule der Diabetestherapie dar (Esefeld et al. 2023; Landgraf et al. 2024). Der besonders

niedrige Anteil regelmäßig sportlich aktiver Personen mit Diabetes unterstreicht daher die Dringlichkeit, Bewegungsprogramme und -beratung stärker in die Versorgung zu integrieren und Barrieren für diese Zielgruppe gezielt abzubauen, z. B. durch angeleitete Gruppenangebote, Rehasport oder individualisierte Trainingspläne.

Mobilitätseinschränkende Erkrankungen: Es liegt nahe anzunehmen, dass mobilitätseinschränkende Erkrankungen wie Arthrose, Arthritis oder Osteoporose einen deutlichen Einfluss auf das Bewegungsverhalten haben. Umso überraschender ist auf den ersten Blick, dass die Anteile der Personen, die die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität erreichen, bei Erkrankten (72,8 %) und Nicht-Erkrankten (75,5 %) nahezu identisch waren (Abbildung 3).

Ein möglicher Erklärungsansatz liegt darin, dass hohe körperliche Belastungen im Berufsleben, etwa in handwerklichen oder körperlich anstrengenden Tätigkeiten, zur Entstehung von Erkrankungen wie Arthrose oder Arthritis beigetragen haben könnten. Diese Tätigkeiten gelten zugleich als körperliche Aktivität, sodass Betroffene, die trotz gesundheitlicher Einschränkungen weiterhin in solchen Berufen tätig sind, formal hohe Aktivitätswerte erreichen. Dies könnte erklären, warum sich die Gesamtwerte körperlicher Aktivität zwischen Erkrankten und Nicht-Erkrankten kaum unterscheiden (Finger et al. 2017; Unverzagt et al. 2022).

Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse zeigen, dass knapp drei Viertel der Personen ab 43 Jahren die WHO-Empfehlung zur körperlichen Aktivität erreichten, jedoch deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen bestehen. Beim Freizeitsport lagen die Werte deutlich

Ein klares Bild ergibt sich beim Blick auf die regelmäßige sportliche Freizeitaktivität: Nur 49,1 Prozent der Personen mit einer mobilitätseinschränkenden Erkrankung machten mindestens einmal wöchentlich Sport, verglichen mit 60,2 Prozent in der Gruppe ohne solche Einschränkungen – ein statistisch signifikanter Unterschied (Abbildung 4). Dies deutet darauf hin, dass Betroffene zwar im Alltag zum Teil durchaus körperlich aktiv sind, sportliche Aktivitäten jedoch deutlich seltener ausüben.

Diese Ergebnisse zeigen, wie wichtig es ist, körperliche Aktivität differenziert nach Aktivitätsdomänen zu betrachten: Ein hohes Niveau an körperlicher Gesamtaktivität beinhaltet alle Bereiche des Alltags, darunter durchaus auch belastende, monotone und damit wenig gesundheitsförderliche Formen von Bewegung. Während die Gesamtaktivität bei Personen mit Bewegungseinschränkungen durchaus hoch sein kann, ist die eher gesundheitsfördernde Bewegung, z. B. in Form von Sport in der Freizeit, deutlich weniger verbreitet. Daraus ergibt sich ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf: Angebote zur Bewegungsförderung sollten stärker auf Menschen mit körperlichen Einschränkungen zugeschnitten werden, etwa durch niedrigschwellige Rehabilitationssportprogramme, Bewegungsberatung oder digitale Trainingsangebote.

niedriger – nur etwas mehr als die Hälfte machte regelmäßig Sport. Entsprechend erreichte etwa ein Viertel nicht das empfohlene Maß an körperlicher Aktivität und knapp die Hälfte war nicht regelmäßig sportlich aktiv. Während alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen die körperliche Aktivität

im hohen Alter erwartungsgemäß senken, zeigen sich insbesondere bei sozioökonomisch benachteiligten Gruppen, wie einkommensarmen Personen, erhebliche Disparitäten: Diese erreichen zwar häufig noch über alltägliche Belastungen, z. B. im Beruf, ein ausreichendes Maß an körperlicher Aktivität, treiben jedoch deutlich seltener regelmäßig in ihrer Freizeit Sport. Auch Personen mit Erkrankungen sind seltener regelmäßig sportlich aktiv – mit zum Teil deutlich geringeren Anteilen.

Das Erreichen des Umfangs an körperlicher Aktivität, wie sie von der WHO empfohlen wird, ist eine zentrale Referenzgröße in der Public-Health-Forschung und erlaubt es, Bevölkerungsgruppen national, international und über die Zeit hinweg zu vergleichen und Fortschritte bei der Prävention körperlicher Inaktivität zu bewerten. Der Indikator für körperliche Aktivität beinhaltet nach WHO-Definition und auch in unserer Operationalisierung alle Bewegungen im Alltag von mindestens moderater Intensität. Nicht jede Art von Bewegung im Alltag ist jedoch gesundheitsfördernd. Das trifft vor allem auf langandauernde, monotone, körperlich belastende Bewegungen in verschiedenen beruflichen Tätigkeiten zu. Dies unterstreicht die Wichtigkeit, körperliche Aktivität nicht nur als Gesamtmaß zu erfassen, sondern auch differenziert nach Aktivitätsdomänen zu betrachten. Dabei kommt regelmäßigem Sport eine besondere Bedeutung zu. Sportliche Aktivität in der Freizeit ist freiwillig gewählt, zielgerichtet und in der

Regel mit positiven gesundheitlichen Effekten verbunden (Caspersen et al. 1985) – und sie zeigt sich zugleich am stärksten durch soziale Ungleichheiten geprägt.

Unsere Analysen belegen Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen und erkrankungsbezogenen Merkmalen der Befragten und ihrem körperlichen Aktivitäts- bzw. Sportverhalten. Daraus lassen sich jedoch keine Kausalbeziehungen ableiten. Das bedeutet, wir können nicht feststellen, ob die Ausprägung der untersuchten Gruppenmerkmale die körperliche Aktivität und das regelmäßige Sportverhalten beeinflusst, oder ob umgekehrt die körperliche Aktivität und regelmäßiger Sport Auswirkungen auf diese Merkmale haben, insbesondere auf gesundheitsbezogene Variablen wie Krankheitsindikatoren.

Aus unseren Befunden ergeben sich klare Implikationen für die Gesundheitsförderung: Bewegungsangebote sollten differenziert an die Bedürfnisse spezifischer Zielgruppen angepasst werden: zum Beispiel durch niedrigschwellige Programme für ältere Menschen oder Rehabilitationssport für chronisch Erkrankte. Gleichzeitig braucht es strukturelle Maßnahmen, um den Zugang zu gesundheitsfördernder Bewegung gerade für sozial benachteiligte Gruppen zu verbessern und damit gesundheitliche Ungleichheiten langfristig zu verringern.

Literatur

- Alnawwar, M. A., Alraddadi, M. I., Algethmi, R. A., Salem, G. A., Salem, M. A., & Alharbi, A. A. (2023). The Effect of Physical Activity on Sleep Quality and Sleep Disorder: A Systematic Review. *Cureus*, 15(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.43595>.
- Barengo, N. C., Antikainen, R., Borodulin, K., Harald, K., & Jousilahti, P. (2017). Leisure-Time Physical Activity Reduces Total and Cardiovascular Mortality and Cardiovascular Disease Incidence in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(3), 504–510. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jgs.14694>.
- Bucciarelli, V., Mattioli, A. V., Sciomer, S., Moscucci, F., Renda, G., & Gallina, S. (2023). The Impact of Physical Activity and Inactivity on Cardiovascular Risk across Women's Lifespan: An Updated Review. *J Clin Med*, 12(13). <https://doi.org/10.3390/jcm12134347>.
- Carvalho, A., Maeve, R. I., Tanyalak, P., & and Cusack, B. J. (2014). Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 9(null), 661–682. <https://doi.org/10.2147/CIA.S55520>.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126–131.
- Chen, Y., Jin, X., Chen, G., Wang, R., & Tian, H. (2024). Dose-Response Relationship Between Physical Activity and the Morbidity and Mortality of Cardiovascular Disease Among Individuals With Diabetes: Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *JMIR Public Health Surveill*, 10, e54318. <https://doi.org/10.2196/54318>.
- Cheval, B., Maltagliati, S., Sieber, S., Beran, D., Chalabaev, A., Sander, D., Cullati, S., & Boisgontier, M. P. (2021). Why Are Individuals With Diabetes Less Active? The Mediating Role of Physical, Emotional, and Cognitive Factors. *Ann Behav Med*, 55(9), 904–917. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa120>.
- Cunningham, C., O' Sullivan, R., Caserotti, P., & Tully, M. A. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30(5), 816–827. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/sms.13616>.
- Duruturk, N., Tonga, E., Karatas, M., & Doganozu, E. (2015). Activity performance problems of patients with cardiac diseases and their impact on quality of life. *J Phys Ther Sci*, 27(7), 2023–2028. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.2023>.
- Engstler, H., Menning, S., Hoffmann, E., & Tesch-Römer, C. (2004). Die Zeitverwendung älterer Menschen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.) *Alltag in Deutschland - Analysen zur Zeitverwendung* (S. 216-246). Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Esefeld, K., Kress, S., Behrens, M., Zimmer, P., Stumvoll, M., Thurm, U., Gehr, B., Halle, M., & Brinkmann, C. (2023). Diabetes, Sports and Exercise. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 131(01/02), 51–60. <https://doi.org/10.1055/a-1946-3768>.
- Finger, J. D., Mensink, G., Lange, C., & Manz, K. (2017). Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2). <https://doi.org/10.17886/rki-gbe-2017-027>.
- Finger, J. D., Tafforeau, J., Gisle, L., Oja, L., Ziese, T., Thelen, J., Mensink, G. B. M., & Lange, C. (2015). Development of the European Health Interview Survey - Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) to monitor physical activity in the European Union. *Archives of Public Health*, 73(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0110-z>.
- Finger, J. D., Tylleskär, T., Lampert, T., & Mensink, G. B. M. (2012). Physical activity patterns and socioeconomic position: the German National Health Interview and Examination Survey 1998 (GNHIES98). *BMC Public Health*, 12(1), 1079. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1079>.
- Hartdung, J., & Schulze-Spüntrup, S. (2025). Strukturen und Entwicklungen der Sportvereinslandschaft in Deutschland. *ifo Dresden berichtet*, 32(2), 19–23.
- Hoebel, J., Finger, J. D., Kuntz, B., & Lampert, T. (2016). Sozioökonomische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität von Erwerbstätigen im mittleren Lebensalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(2), 188–196. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2278-3>.
- Jakicic, J. M., Powell, K. E., Campbell, W. W., Dipietro, L., Pate, R. R., Pescatello, L. S., Collins, K. A., Bloodgood, B., & Piercy, K. L. (2019). Physical Activity and the Prevention of Weight Gain in Adults: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc*, 51(6), 1262–1269. <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000001938>.

- Kheifets, M., Goshen, A., Goldbourt, U., Witberg, G., Eisen, A., Kornowski, R., & Gerber, Y. (2022). Association of socioeconomic status measures with physical activity and subsequent frailty in older adults. *BMC Geriatrics*, 22(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03108-1>.
- Klaus, D., Engstler, H., Mahne, K., Wolff, J. K., Simonson, J., Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2017). Cohort Profile: The German Ageing Survey (DEAS). *International Journal of Epidemiology*, 46(4), 1105–1105g. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw326>.
- Lampert, T., Müters, S., Kuntz, B., Dahm, S., & Nowossadeck, E. (2019). 30 years after the fall of the Berlin Wall: Regional health differences in Germany. *J Health Monit*, 4(Suppl 2), 2–23. <https://doi.org/10.25646/6077>.
- Landgraf, R., Aberle, J., Birkenfeld, A. L., Gallwitz, B., Kellerer, M., Klein, H. H., Müller-Wieland, D., Nauck, M. A., Wiesner, T., & Siegel, E. (2024). Therapy of Type 2 Diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 132(07), 340–388. <https://doi.org/10.1055/a-2166-6755>.
- Liang, Z. D., Zhang, M., Wang, C. Z., Yuan, Y., & Liang, J. H. (2022). Association between sedentary behavior, physical activity, and cardiovascular disease-related outcomes in adults-A meta-analysis and systematic review. *Front Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1018460>.
- Manz, K., Mensink, G. B. M., Jordan, S., Schienkiewitz, A., Krug, S., & Finger, J. D. (2018). Predictors of physical activity among older adults in Germany: a nationwide cohort study. *BMJ Open*, 8(5), e021940. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021940>.
- Marquez, D. X., Aguiñaga, S., Vásquez, P. M., Conroy, D. E., Erickson, K. I., Hillman, C., Stillman, C. M., Ballard, R. M., Sheppard, B. B., Petruzzello, S. J., King, A. C., & Powell, K. E. (2020). A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1098–1109. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz198>.
- Moschny, A., Platen, P., Klaaßen-Mielke, R., Trampisch, U., & Hinrichs, T. (2011). Physical activity patterns in older men and women in Germany: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 559. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-559>.
- Owen, K. B., Corbett, L., Ding, D., Eime, R., & Bauman, A. (2025). Gender differences in physical activity and sport participation in adults across 28 European countries between 2005 and 2022. *Ann Epidemiol*, 101, 52–57. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2024.12.011>.
- Richter, A., Schienkiewitz, A., Starker, A., Krug, S., Domanska, O., Kuhnert, R., Loss, J., & Mensink, G. (2021). Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. (3), 28–48. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.25646/8460>.
- Robert Koch-Institut. (2015). Gesundheit in Deutschland. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003>.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T., & Ziese, T. (2005). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft 26 "Körperliche Aktivität"*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Siegrist, J. (2024). SS33-01 WORK STRESS AND CVD RISK: REASONS FOR, AND EVIDENCE OF, INTERVENTIONS. *Occupational Medicine*, 74. <https://doi.org/10.1093/occmed/kgae023.0207>.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.1.27>.
- Simonson, J., Kelle, N., Kausmann, C., & Tesch-Römer, C. (2022). Zentrale Ergebnisse des Deutschen Freiwilligensurveys 2019. In: J. Simonson, N. Kelle, C. Kausmann & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019* (S. 1–7). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35317-9_1. Online: https://doi.org/10.1007/978-3-658-35317-9_1.
- Simonson, J., Wünsche, J., Bünning, M., Spuling, S., Weinhardt, M., Ehrlich, U., Huxhold, O., Kelle, N., Lozano, A., Stuth, S., & Tesch-Römer, C. (2025). *Deutscher Alterssurvey (DEAS): Instrumente der DEAS-Erhebung 2023*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Forschung/FDZ_DEAS-Doku/DEAS2023_Instrumentenband_DE.pdf.
- Spuling, S. M., Ziegelmann, J. P., & Wünsche, J. (2017). Was tun wir für unsere Gesundheit? Gesundheitsverhalten in der zweiten Lebenshälfte. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 139–156). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_9. Online: https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8_9.
- Strain, T., Wijndaele, K., Garcia, L., Cowan, M., Guthold, R., Brage, S., & Bull, F. C. (2020). Levels of domain-specific physical activity at work, in the household, for travel and for leisure among 327 789 adults from 104 countries. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1488-1497. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102601>.
- Swinnen, T. W., Scheers, T., Lefevre, J., Dankaerts, W., Westhovens, R., & de Vlam, K. (2014). Physical Activity Assessment in Patients with Axial Spondyloarthritis Compared to Healthy Controls: A Technology-Based Approach. *PLOS ONE*, 9(2), e85309. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0085309>.
- Unverzagt, S., Bolm-Audorff, U., Frese, T., Hechtel, J., Liebers, F., Moser, K., Seidler, A., Weyer, J., & Bergmann, A. (2022). Influence of physically demanding occupations on the development of osteoarthritis of the hip: a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 17(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12995-022-00358-y>.
- Vogel, C., Klaus, D., Wettstein, M., Simonson, J., & Tesch-Römer, C. (2021). German Ageing Survey (DEAS). In: D. Gu & M. E. Dupre (Hrsg.) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (S. 2152–2160). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-22009-9_1115.
- Wallmann-Sperlich, B., & Froboese, I. (2014). Physical activity during work, transport and leisure in Germany--prevalence and socio-demographic correlates. *PLoS One*, 9(11), e112333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112333>.
- Weyh, C., Krüger, K., & Strasser, B. (2020). Physical Activity and Diet Shape the Immune System during Aging. *Nutrients*, 12(3), 622.
- Wong, R., Crane, A., Sheth, J., & Mayrovitz, H. N. (2023). Shift Work as a Cardiovascular Disease Risk Factor: A Narrative Review. *Cureus*, 15(6), e41186. <https://doi.org/10.7759/cureus.41186>.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Step up! Tackling the burden of insufficient physical activity in Europe*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/500a9601-en>.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Global status report on physical activity 2022*. Geneva: World Health Organization.
- Xu, L., Wang, J., Li, Y., Li, X., Chen, C., Xu, Z., Zhang, M., Qiu, Y., Zhong, Z., Zhang, Z., Li, F., Luo, Y., Lyu, Y., Chen, G., & Shi, X. (2023). The Relationship Between Physical Activity and All-Cause Mortality Among Older Adults - China, 1998-2018. *China CDC Wkly*, 5(39), 866–871. <https://doi.org/10.46234/ccdcw2023.165>.

Impressum

Nowossadeck, S. & Spuling, S. M. (2025).
Bewegung tut gut – aber wer ist aktiv?
Körperliche Aktivität und regelmäßiger Sport
in der zweiten Lebenshälfte [DZA Aktuell
05/2025]. Berlin: Deutsches Zentrum für
Altersfragen. [https://doi.org/10.60922/1da2-
gw18](https://doi.org/10.60922/1da2-gw18)

ISSN: 2944-1048

Creative Commons CC-BY-Share Alike 4.0

Erschienen im Dezember 2025.

DZA Aktuell ist ein Produkt des Deutschen
Zentrums für Altersfragen (DZA), Berlin. Das
DZA wird gefördert durch das
Bundesministerium für Bildung, Familie,
Senioren, Frauen und Jugend.

www.dza.de

