Projektbericht

Präventive Bewegungsförderung im Alter

Evidenz, Bedarfe und Handlungsempfehlungen für die Praxis

2026

gesundheitsstadt berl!n
das netzwerk für berlin-brandenburg

FRIEDE SPRINGER Cardiovascular Prevention Center @ Charité

Impressum:

Gesundheitsstadt Berlin e. V.
Schützenstraße 6A
10117 Berlin
www.gesundheitsstadt-berlin.de

Dr. Daniel Dettling, Geschäftsführer Gesundheitsstadt Berlin e. V.
Koordination und Redaktion: Nancy Ehlert
Wissenschaftliche Bearbeitung: Thale Maren Peschel

Friede Springer – Cardiovascular Prevention Center @Charité
Charité Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30, Haus IIIA
12203 Berlin
Wissenschaftliche Beratung und Erstellung:
Dr. rer. nat. Sandra Düzel

Bevölkerungsbefragung:
forsa
Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH
Gutenbergstraße 2
10587 Berlin

Gestaltung: Peter Mühlfriedel / skop

Gefördert vom:

Bundesministerium
für Bildung, Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Projektbericht

Präventive Bewegungsförderung im Alter

Evidenz, Bedarfe und Handlungsempfehlungen für die Praxis

2026

gesundheitsstadt berlin
das netzwerk für berlin-brandenburg

FRIEDE SPRINGER
Cardiovascular Prevention Center @Charité

Inhaltsverzeichnis

I. Projektziele und -ansätze 7

1.1. Methodik und Arbeitsweise 7
1.2. Zielgruppe und Anwendungsrahmen des Projektberichts 10

II. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen 11

2.1. Wissenschaftliche Evidenz zur Bewegungsförderung im Alter 11
2.2. Bestehende Bewegungskarten: Recherche und Bewertung 15
Tabellenverzeichnis 17

III. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen aus der Bevölkerungsbefragung 19

3.1. Allgemeiner Überblick 19
3.2. Einflussfaktoren für körperliche Aktivität: Individuelle Faktoren 20
3.3. Einflussfaktoren für körperliche Aktivität: Soziale Faktoren 21
3.4. Einflussfaktoren für körperliche Aktivität: Umweltbezogene Faktoren 22
3.5. Einflussfaktoren für körperliche Aktivität: Digitale und hybride Bewegungsangebote 23
3.6. Zielgruppenspezifischer Unterstützungsbedarf 24
3.7. Handlungsempfehlungen im Überblick 25

Executive Summary 29
Quellen 32

Abstract

Der demografische Wandel und die zunehmende Heterogenität älterer Menschen verändern die Anforderungen an die Bewegungsförderung grundlegend. Die heutige Generation der über 55-Jährigen unterscheidet sich in ihren Lebensstilen, Interessen und Erwartungen deutlich von früheren Generationen.

Das Ziel des Projekts bestand darin, den aktuellen Forschungsstand, bestehende regionale Bewegungsangebote und die diesbezüglichen Bedarfe älterer Menschen zusammenzuführen. Es wurde untersucht, welche Bewegungs- und Angebotsformate ältere Erwachsene in Berlin und Brandenburg aktuell nutzen und welche individuellen, sozialen, umweltbezogenen sowie digitalen Faktoren mit den verschiedenen körperlichen Aktivitätsformaten zusammenhängen. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie Bewegungsangebote wissenschaftlich fundiert, niedrigschwellig und alltagsnah gestaltet werden können, damit sie Menschen in unterschiedlichen gesundheitlichen und sozialen Lebenslagen erreichen.

Die Ergebnisse wurden in dem vorliegenden praxisorientierten Projektbericht aufbereitet. Dieser ordnet körperliche Aktivität als wichtigen Baustein für Herz- und Gehirngesundheit, funktionelle Selbstständigkeit und soziale Teilhabe im Alter ein und unterstützt Akteure bei der Planung, Bewertung und Weiterentwicklung von Angeboten.

I. Projektziele und -ansätze

1.1. Methodik und Arbeitsweise

Im Projekt diente das Social Ecological Model (SEM) als Orientierungsrahmen, um körperliche Aktivität im höheren Lebensalter nicht nur als individuelles Verhalten, sondern als Zusammenspiel persönlicher, sozialer, umweltbezogener und digitaler Einflussfaktoren zu betrachten (McLeroy et al., 1988; Hu et al., 2021). Das SEM ist ein mehrstufiges Modell der Gesundheitsförderung. Es geht davon aus, dass Verhalten, wie beispielsweise körperliche Aktivität, gleichzeitig durch individuelle Faktoren (zum Beispiel Gesundheit und Motivation), soziale Beziehungen, die gestaltete und natürliche Umwelt sowie gesellschaftliche und digitale Kontexte geprägt wird. Die Analysen wurden entlang dieser Ebenen durchgeführt. Dabei wurden Ansatzpunkte für die Bewegungsförderung auf mehreren Ebenen sichtbar. Diese umfassten unter anderem die Bereiche Motivation und Gesundheit, soziale Unterstützung, wohnortnahe Bewegungsmöglichkeiten sowie den Zugang zu und die Nutzung von digitalen Angeboten.

Das Projekt umfasste vier aufeinander bezogene Arbeitspakete:

- eine Literaturrecherche zu aktuellen Evidenzen von Bewegungsförderung im mittleren und höheren Erwachsenenalter,
- die Erstellung einer Bewertungsmatrix für Bewegungsangebote in Berlin und Brandenburg,
- eine Bevölkerungsbefragung hinsichtlich des Bewegungsverhaltens von Menschen ab 55 Jahren sowie
- deskriptive, bivariate und multivariable Auswertungen der Befragungsdaten.

Für die Literaturrecherche wurde die Datenbank PubMed genutzt. Insbesondere wurden systematische Reviews, Metaanalysen, randomisierte kontrollierte Studien und Kohortenstudien aus dem Zeitraum 2015 bis 2026 berücksichtigt, die sich auf ältere Erwachsene als Zielgruppe beziehen (überwiegend ab 55 beziehungsweise 65 Jahren). Die Suchstrategie umfasste eine Kombination aus kontrollierten Schlagworten und Freitextbegriffen. Dabei wurden die folgenden Begriffe verwendet: körperliche Aktivität, Muskelkräftigung, Gleichgewicht, sedentäres Verhalten, digitale und hybride Bewegungsformate, Apps, Wearables, soziale Medien, strukturelle Barrieren sowie bewegungsförderliche Faktoren.

Thematisch standen verschiedene Bewegungsformen, niedrigschwellige Angebote für (wenig) aktive Personen, alters- und wohnortspezifische Unterschiede sowie deren Auswirkungen auf die kardiovaskuläre Gesundheit, die Kognition und die soziale Teilhabe im Mittelpunkt. Das Ziel bestand darin, die neuesten Evidenzen zu unterschiedlichen Bewegungsformaten, Zielgruppen und deren Auswirkungen auf die kardiovaskuläre, kognitive und psychische Gesundheit sowie die soziale Teilhabe im persönlichen Umfeld zusammenzustellen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche und die aktuellen Empfehlungen zu evidenzbasierter Bewegungsförderung dienten zur Erstellung einer

Bewertungsmatrix. Diese soll als Vorschlag dienen, aktuelle Bewegungsangebote evidenzbasiert und einheitlich zu bewerten. Dabei kann jedes Angebot in sechs Dimensionen (Bewegungswirksamkeit, Gehirngesundheit, soziale Teilhabe, digitale/hybride Elemente, Niedrigschwelligkeit, Erreichbarkeit) mit jeweils 0–3 Punkten anhand fester, im Scoring-Manual hinterlegter Kriterien eingestuft werden. Aus der Summe der einzelnen Scores kann ein Gesamtscore berechnet werden (0–18), der final in eine Priorität Hoch/Mittel/Niedrig übersetzt werden kann.

Für die Recherche bestehender Angebotsübersichten und Datenbestände zu Bewegungs- und Präventionsangeboten wurden vorhandene Bewegungslandkarten genutzt. Bestehende Kartendienste lassen sich in ihrer Datenqualität nur eingeschränkt bewerten, da sie auf nutzer- beziehungsweise anbietergenerierten Einträgen beruhen. Entweder tragen Anbietende ihre Angebote eigenständig ein, ohne inhaltliche Einzelprüfung oder es erfolgt vor Veröffentlichung eine redaktionelle Prüfung. Eine einheitliche, abgesicherte Qualitätsprüfung findet bisher nicht statt.

Zudem wurde durch forsa eine repräsentative telefonische Befragung von 1.504 Personen ab 55 Jahren in Berlin und Brandenburg durchgeführt. Die computergestützten Telefoninterviews fanden vom 16. bis 26. Juni 2026 statt. Jeweils etwa die Hälfte der Befragten lebte in Berlin beziehungsweise Brandenburg; 25 Prozent waren 55 bis 64 Jahre, 52 Prozent 65 bis 79 Jahre und 23 Prozent mindestens 80 Jahre alt[1].

Im Rahmen der Bevölkerungsbefragung wurde untersucht, wie häufig Menschen ab 55 Jahren in der jeweiligen Region körperlich aktiv sind, welche Faktoren körperliche Aktivität begünstigen beziehungsweise behindern und wie die sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen erlebt werden. Darüber hinaus wurde die Bedeutung digitaler beziehungsweise hybrider Bewegungsangebote im Alter untersucht. Als Maßstab für die Aktivitätsindikatoren wurde erfasst, an wie vielen Tagen pro Woche die Befragten mindestens zehn Minuten lang körperlich aktiv sind, sodass sie etwas schneller atmen sowie die Häufigkeit von Muskelkräftigungsübungen pro Woche. Es wurde bewusst kein Instrument zur direkten Prüfung der WHO-Bewegungsempfehlungen eingesetzt, sondern ein alltagsnaher, niedrigschwelliger Indikator gewählt, der auch kürzere Bewegungseinheiten im Rahmen von Alltagswegen, Garten- oder Hausarbeit erfasst. Diese Operationalisierung orientiert sich grundsätzlich an den evidenzbasierten WHO-Empfehlungen, deckt deren Kriterien zu Dauer, Intensität und Häufigkeit jedoch nicht vollständig ab und kann daher nicht als vollständige Erfüllung dieser interpretiert werden. Diese alltagsnahe Operationalisierung führt erwartungsgemäß zu höheren Aktivitätsanteilen als eine Erhebung, die spezifisch die vollständigen WHO-Bewegungsempfehlungen abfragt (Bull et al., 2020). Zur Einordnung ist ein Vergleich

[1] Die Geschlechterverteilung war jeweils hälftig. 39 Prozent der Befragten lebten allein, 48 Prozent mit einem Partner bzw. einer Partnerin, elf Prozent mit mehreren Familienangehörigen. Knapp die Hälfte der Befragten (46 Prozent) verfügte über ein Fach- oder Hochschulstudium, 28 Prozent über einen mittleren Schulabschluss und elf Prozent über (Fach) Abitur; niedrigere Abschlüsse waren seltener. Insgesamt lebten sechs Prozent der Befragten in Orten mit weniger als 5.000 Einwohner:innen, 22 Prozent in Orten mit 5.000 bis unter 20.000 Einwohner:innen, 14 Prozent in Orten mit 20.000 bis unter 50.000 Ein-wohner:innen und 58 Prozent in Orten mit 50.000 und mehr Einwohner:innen.

mit bundesweiten Daten hilfreich, die die WHO-Bewegungsempfehlungen direkt und vollständig erfassen: Nach Auswertungen des Robert Koch-Instituts auf Basis der GEDA-Studie erfüllen bundesweit nur rund 20 Prozent der Erwachsenen die WHO-Bewegungsempfehlungen; bei den 60- bis 79-Jährigen sind es sogar nur etwa 16 Prozent, obwohl deutlich mehr Menschen dieser Altersgruppe (rund 45 Prozent) angeben, stark oder sehr stark auf ausreichend Bewegung zu achten (Pixa et al., 2025). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass unterschiedliche Erhebungslogiken zu unterschiedlichen Anteilen führen: Während strenge WHO-Konformitätsprüfungen bundesweit einen deutlich geringeren Anteil ausweisen, zeigt der hier verwendete Indikator, in welchem Umfang ältere Menschen in Berlin und Brandenburg bereits kurze, alltagsnahe Bewegungseinheiten in ihren Tagesablauf integrieren. Diese beiden Perspektiven schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich: Die WHO-Konformität bildet das langfristige Gesundheitsziel ab, während der Alltagsindikator das aktuell bereits vorhandene Bewegungsverhalten als Ausgangspunkt für niedrigschwellige Angebote erfasst.

Es wurden drei für die Auswertung relevante studieninterne Aktivitätsindikatoren abgeleitet: (a) mindestens fünf Tage aerobe Aktivität pro Woche (bei der die Energiebereitstellung überwiegend über den aeroben Stoffwechsel erfolgt, beispielsweise zügiges Gehen, Radfahren oder Schwimmen), (b) mindestens drei Tage Muskelkräftigung pro Woche und (c) ein kombinierter Indikator, bei dem beide Schwellenwerte erreicht werden. Zusätzlich wurden Kategorien für keine und niedrige Aktivität gebildet, um Unterschiede zwischen gänzlich inaktiven, wenig aktiven und den nach diesen Schwellenwerten aktiven Personen analysieren zu können.

Die statistischen Analysen wurden mit der Software JASP, Version 0.98.1 (Release 7. Juli 2026), unter Windows durchgeführt. Alle Variablen zur körperlichen Aktivität wurden als dichotome Indikatoren für die Erfüllung der jeweiligen Schwellenwerte (ja/nein) operationalisiert. Die Variable zur Erfüllung beider Schwellenwerte wurde entsprechend kodiert. Für die Analysen wurden kategoriale Variablen (zum Beispiel Altersgruppen, ortsgrößenspezifische Merkmale, digitale Nutzung) in inhaltlich sinnvolle Kategorien zusammengefasst. Es kamen Häufigkeitsauswertungen, Kreuztabellen, Chi-Quadrat-Tests und hierarchische binärlogistische Regressionsmodelle zum Einsatz. Mithilfe der Modelle wurde geprüft, welche individuellen, sozialen, umweltbezogenen und digitalen Merkmale unabhängig mit dem kombinierten Aktivitätsindikator zusammenhingen. Darüber hinaus wurden die Modelle genutzt, um Unterschiede zwischen Personen mit keiner, niedriger und höherer Aktivität zu analysieren.

Die im Haupttext berichteten deskriptiven Prozentangaben basieren auf ungewichteten Auswertungen der Stichprobe. Die Regressionsresultate werden als statistische Zusammenhänge dargestellt. Aufgrund des querschnittlichen Designs können jedoch keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Zusammengefasst soll die Literaturrecherche Hinweise zu wirksamen Trainingsbestandteilen und geeigneten Gestaltungsformaten liefern. Die Befragung soll diese Perspektive zusätzlich um regionale Bedarfe, Barrieren, Präferenzen und Nutzungsmuster ergänzen.

1.2. Zielgruppe und Anwendungsrahmen des Projektberichts

Der Leitfaden richtet sich insbesondere an Kommunen und Akteure in Berlin und Brandenburg sowie an Landesministerien, die die Bewegungsförderung strategisch umsetzen. Die Ergebnisse sollen zudem Praxisakteure, darunter Sportvereine, Gesundheits- und Senior:inneneinrichtungen, Quartiersmanagements, Kommunen sowie weitere Akteure der Prävention, dabei unterstützen, bestehende Bewegungsangebote systematischer und realistischer einzuschätzen und gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Zugangs- und Rahmenbedingungen zu entwickeln.

Der Leitfaden bündelt hierzu praxisnahe und wissenschaftlich fundierte Anhaltspunkte. Auf dieser Grundlage können Akteure aus der Praxis ihre bestehenden Strategien überprüfen, Kooperationen ausbauen und ihre Angebote stärker an den unterschiedlichen Voraussetzungen, Bedarfen und Präferenzen älterer Menschen ausrichten. Dabei ist zu beachten, dass sich aus der querschnittlichen Bevölkerungsbefragung keine kausalen Aussagen und keine direkten Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit einzelner Maßnahmen ableiten lassen. Aussagen zur Wirksamkeit beruhen daher auf den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche, während die Befragung insbesondere der Einordnung der regionalen Bedarfe, Barrieren und Nutzungsmuster dient.

II. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

2.1. Wissenschaftliche Evidenz zur Bewegungsförderung im Alter

Körperliche Aktivität ist ein zentraler Bestandteil gesunden Alterns. Regelmäßige Bewegung ist mit einem geringeren Risiko für vorzeitige Mortalität sowie kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen verbunden und kann Muskelkraft, Mobilität, Gleichgewicht, kognitive Funktionen und psychisches Wohlbefinden unterstützen (Bull et al., 2020; Fukushima et al., 2024; Sadaqa et al., 2023; Han et al., 2025; Tao et al., 2025).

Aktuelle Bewegungsempfehlungen und Dosis-Wirkungs-Beziehung

Die WHO empfiehlt Erwachsenen einschließlich älterer Menschen pro Woche mindestens 150 bis 300 Minuten aerobe Aktivität mittlerer Intensität oder 75 bis 150 Minuten hoher Intensität oder eine entsprechende Kombination aus beidem. Ergänzend wird Muskelkräftigung an mindestens zwei Tagen pro Woche empfohlen. Ältere Erwachsene sollten darüber hinaus an mindestens drei Tagen pro Woche mehrkomponentige Aktivitäten mit Schwerpunkt auf Gleichgewicht und funktioneller Kraft durchführen, sofern dies zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und zur Sturzprävention erforderlich ist. Lange Sitzzeiten sollten möglichst begrenzt und regelmäßig durch Bewegung unterbrochen werden (Bull et al., 2020). Seit der Aktualisierung der WHO-Richtlinien im Jahr 2020 gilt keine Mindestdauer von zehn Minuten mehr. Auch kürzere Bewegungseinheiten zählen, denn die gesundheitlichen Vorteile beginnen bereits unterhalb der empfohlenen Mindestbewegungsmenge.

Eine Umbrella-Review speziell für Menschen ab 60 Jahren zeigt eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung. Körperliche Aktivität von 7,5 bis 15 MET-Stunden pro Woche (äquivalent zu den Mindestempfehlungen der WHO) war mit einem um etwa 19 bis 30 Prozent niedrigeren Gesamtmortalitätsrisiko und einem um 25 bis 34 Prozent niedrigeren Risiko für eine kardiovaskuläre Mortalität verbunden. Bei 15 bis 22,5 MET-Stunden pro Woche wurden noch größere Risikoreduktionen beobachtet. Die stärksten zusätzlichen Gewinne entstehen jedoch beim Übergang von Inaktivität zu etwas Aktivität. Darüber hinaus flacht der Zusatznutzen zunehmend ab (Fukushima et al., 2024). Auch bei den Schrittzahlen zeigt sich eine Dosis-Wirkungs-Beziehung. Eine internationale Metaanalyse fand bei Erwachsenen ab 60 Jahren deutliche Mortalitätsvorteile bis zu ungefähr 6.000 bis 8.000 Schritten täglich. Oberhalb dieses Bereichs nahm der zusätzliche Nutzen deutlich langsamer zu (Paluch et al., 2022). Diese Werte sind keine starre Zielvorgabe. Für bislang wenig aktive Personen kann bereits eine moderate Steigerung gegenüber dem individuellen Ausgangsniveau gesundheitlich bedeutsam sein.

Alltagsbewegung ist besonders wichtig für Menschen, die keine formalen Sportangebote nutzen möchten oder können. Wege zu Fuß oder mit dem Fahrrad, Garten- und Hausarbeit verrichten, Treppensteigen, aktive Erledigungen und spielerische Aktivitäten können die wöchentliche Bewegungsmenge erhöhen (Pixa et al., 2025).

Ausdauer- und Krafttraining: komplementäre Wirkungen

Ausdauerorientierte Aktivitäten wie zügiges Gehen, Radfahren, Schwimmen oder Tanzen verbessern insbesondere die kardiorespiratorische Leistungsfähigkeit und unterstützen die Regulation des Blutdrucks, die Stoffwechselgesundheit und die Gewichtskontrolle. Krafttraining ist im höheren Alter ebenso von zentraler Bedeutung, da Muskelkraft und -masse wesentliche Voraussetzungen für Mobilität, Gleichgewicht, Sturzvermeidung und die selbstständige Bewältigung des Alltags sind.

In einer Metaanalyse prospektiver Kohortenstudien war ein um etwa zehn bis 17 Prozent niedrigeres Risiko für Gesamtmortalität, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes mit muskelkräftigenden Aktivitäten assoziiert (Momma et al., 2022). Interventionsstudien belegen zudem, dass sich der Blutdruck bei älteren Menschen bereits innerhalb weniger Wochen durch Krafttraining günstig beeinflussen lässt (Ghasemi Kahrizsangi et al., 2025).

Besonders sinnvoll ist häufig ein kombiniertes Ausdauer- und Krafttraining. Eine Metaanalyse von 53 Studien mit 2.873 Teilnehmenden mittleren und höheren Alters zeigte, dass kombiniertes Training hinsichtlich der Reduktion von Körperfett ähnlich wirksam war wie reines Ausdauertraining und hinsichtlich des Erhalts beziehungsweise Aufbaus von Muskelmasse ähnlich wirksam wie reines Krafttraining. Im Vergleich zu reinem Ausdauertraining wurden deutlich bessere Ergebnisse bei der fettfreien Masse erzielt (Khalafi et al., 2025).

Muskelgesundheit, Sarkopenie und funktionelle Selbstständigkeit

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Sarkopenie, also den fortschreitenden Verlust von Muskelkraft und Muskelmasse. Entscheidend ist dabei vor allem die erhaltene Funktion der Muskulatur, die es ermöglicht, sicher aufzustehen, zu gehen, Treppen zu steigen, Dinge zu tragen und alltägliche Anforderungen zu bewältigen. Aktuelle Netzwerk-Metaanalysen zeigen, dass insbesondere kombinierte Interventionen die Muskelkraft und die körperliche Funktion bei älteren Menschen mit Sarkopenie verbessern können. Ergänzende Ernährungsmaßnahmen können den Nutzen bei diagnostizierter Sarkopenie verstärken, sollten jedoch ein systematisches Training nicht ersetzen (Zhao et al., 2025).

Gleichgewicht, Mehrkomponententraining und Sturzprävention

Ein Mehrkomponenten-Training ist besonders relevant für hochaltrige Menschen und Personen mit erhöhtem Sturzrisiko. Es verbindet die Aspekte Kraft, Gleichgewicht, Koordination, Mobilität und gegebenenfalls Ausdauer. Systematische Übersichten zeigen, dass solche Programme die Sturzhäufigkeit senken und gleichzeitig Gleichgewicht, Beinkraft und Beweglichkeit verbessern können. Ein reines Balancetraining ist ebenfalls wirksam, sollte bei Personen mit funktionellen Einschränkungen jedoch möglichst mit Kraft- und alltagsnahen Bewegungsaufgaben kombiniert werden (Sadaqa et al., 2023).

Gehirngesundheit, psychisches Wohlbefinden und soziale Teilhabe

Regelmäßige körperliche Aktivität in der Lebensmitte und im höheren Alter ist mit einem geringeren Risiko für kognitiven Abbau und Demenz assoziiert. In der Framingham Heart Study hatten die Personen, die im mittleren Erwachsenenalter am aktivsten waren, ein deutlich niedrigeres Demenzrisiko im späteren Leben als die Personen, die am wenigsten aktiv waren (Marino et al., 2025).

Eine Netzwerk-Metaanalyse zeigt, dass unterschiedliche Trainingsformen verschiedene kognitive Bereiche ansprechen können. So zeigt Krafttraining positive Effekte auf die globale Kognition und die Aufmerksamkeit, während Ausdauertraining die Gedächtnisleistungen verbessert. Körperlich-geistige Trainingsformate beeinflussen hingegen spezifische exekutive Funktionen (Han et al., 2025).

Körperliche Aktivität zeigt zusätzlich positive Effekte auf das psychische Wohlbefinden und die soziale Interaktion (Tao et al., 2025).

Digitale und hybride Bewegungsförderung

Digitale Angebote können Bewegung durch Erinnerungen, Trainingsanleitungen, Rückmeldungen und Selbstmonitoring fördern. Eine Umbrella-Review bestätigt insgesamt positive Effekte digitaler Interventionen auf die körperliche Aktivität älterer Menschen (Alley et al., 2024). Wearables und Aktivitätstracker steigern vor allem die Schrittzahl. Für die Muskelmasse und die körperliche Funktionsfähigkeit wurden dagegen keine einheitlichen direkten Effekte gefunden (Li et al., 2025).

Zugänglichkeit und bewegungsfördernde Umwelt

Ob ältere Menschen körperlich aktiv sein können, hängt nicht nur von ihrer Motivation ab. Begehbare Wege, subjektive Sicherheit, Grünflächen, Sitzgelegenheiten, Toiletten, Beleuchtung und ein verlässlicher öffentlicher Nahverkehr sind mit höherer körperlicher Aktivität im Alter verbunden (Stearns et al., 2023). Hinzu kommen Kosten, Entfernung, Barrierefreiheit, passende Leistungsniveaus und die Verfügbarkeit einer Begleitung. Systematische Übersichten zeigen, dass individuelle, soziale und umweltbezogene Faktoren zusammenwirken (Chen et al., 2025).

Für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind Kosten, fehlende wohnortnahe Angebote, eingeschränkte körperliche Fähigkeiten und mangelnde Information besonders relevante Barrieren (Malkowski et al., 2025).

Lücke zwischen Erwartung und Umsetzung

Ein aktueller RKI-Bericht zeigt für Deutschland eine deutliche Diskrepanz zwischen der gesellschaftlichen Erwartung, im Alter körperlich aktiv zu bleiben, und dem tatsächlichen Bewegungsverhalten. Ältere Menschen wissen zwar, dass man im Alter aktiv bleiben sollte. Gleichzeitig nimmt der Anteil der Personen, die die Bewegungsempfehlungen der WHO erreichen, mit zunehmendem Alter ab. Ab etwa 75 Jahren wird diese „Norm-Verhaltens-Lücke“ besonders deutlich (Pixa et al., 2025).

Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Angeboten

Die Ergebnisse der Literaturrecherche sprechen für multimodale, individuell anpassbare und lebensweltnahe Bewegungsangebote. Ein wirksames Grundkonzept sollte aerobes Ausdauertraining, Muskelkräftigung und Gleichgewichts- sowie Koordinationsübungen miteinander verbinden. Je nach Zielgruppe kommen kognitive Anforderungen, soziale Komponenten und digitale Unterstützung hinzu. Für die langfristige Teilnahme sind neben den Trainingsinhalten auch Freude, Sinn, soziale Zugehörigkeit, erreichbare Fortschritte und eine respektvolle, nicht altersstereotype Ansprache entscheidend.

Den Einstieg erleichtern:
Jede zusätzliche Bewegung ist relevant. Personen, die bisher inaktiv sind oder gesundheitliche Einschränkungen haben, sollten mit erreichbaren Belastungen beginnen und Umfang, Intensität und Komplexität schrittweise steigern. Die Leitlinien sind als Zielkorridor zu verstehen, nicht als Zugangsvoraussetzung für ein Bewegungsangebot.

Kombinierte Angebote priorisieren:
Ausdauer, Kraft, Gleichgewicht und Koordination sollten möglichst in einem modularen Programm zusammengeführt werden. Gruppenangebote verbinden körperliches Training mit Begegnung, Zugehörigkeit und gegenseitiger Unterstützung. Sie sollten jedoch so gestaltet sein, dass neue oder leistungsschwächere Teilnehmende nicht beschämt, überfordert oder ausgeschlossen werden.

Freude statt Pflicht kommunizieren:
Motivation entsteht eher durch positive Erfahrungen, soziale Begegnung und spürbare Alltagsgewinne als durch abstrakte Normen oder Leistungsdruck.

Zielgruppengerechte Formate:
Hochaltrige und gesundheitlich eingeschränkte Menschen sollten gezielt einbezogen werden. Dafür sind sichere Varianten, fachliche Begleitung und individualisierbare Belastungsstufen erforderlich.

Niedrigschwellige und wohnortnahe Zugänge sichern:
Kosten, Wege, Barrierefreiheit, Anmeldeverfahren und passende Kurszeiten sind zentrale Qualitätsmerkmale.

Komplementäre digitale Elemente:
Apps, Tracker und Videos sollten Präsenzangebote unterstützen, aber analoge Alternativen und eine persönliche Einführung sollten sie nicht ersetzen.

Angebote evaluieren:
Neben kurzfristigen Trainingseffekten sollten Reichweite, Teilnahme sozial benachteiligter Gruppen, Adhärenz, Abbrüche und langfristige Funktionsgewinne erfasst werden.

2.2. Bestehende Bewegungskarten: Recherche und Bewertung

Ein weiteres Ergebnis der Literaturrecherche ist die Zusammenstellung von Mindestkriterien (siehe Tabelle 1) für wirksame Bewegungsangebote. Mithilfe der Bewertungsmatrix (siehe Tabellen 2 und 3), können bestehende Bewegungsangebote systematisch und einheitlich bewertet werden. Dadurch ist eine vergleichbare Rangfolge über beliebig viele Angebote hinweg möglich. Ergänzt wird die Matrix durch das Blatt „Mindestkriterien“, mit dem vorab geprüft werden kann, ob ein Angebot aufnahmefähig ist, bevor die eigentliche Bewertung erfolgt.

KRITERIUM	BESCHREIBUNG
1. Bewegungsförderung	Mindestens eine WHO-Bewegungsdimension: Aerobe Aktivität (≥150 Min./Woche), Muskelkräftigung (2x/Woche, moderate bis hohe Intensität), Gleichgewicht/Sturzprävention (3x/Woche), oder Reduktion von Sitzzeiten (alle 40 Min. aufstehen).
2. Beitrag zu gesundem Altern	Unterstützt zusätzlich kognitive Gesundheit (z.B. Koordination, soziale Interaktion, Tanzen, neue Fertigkeiten) und/oder soziale Teilhabe (soziale und produktive Aktivitäten)
3. Zielgruppe	Richtet sich an Personen ab 55 Jahren bzw. wird regelmäßig von älteren Erwachsenen genutzt. Analytische Differenzierung: 55 – 64 (Übergang in den Ruhestand), 65 – 79 (aktive Phase), 80+ (funktionelle Einschränkungen).
4. Niedrigschwelliger Zugang	Mindestens zwei Merkmale: ÖPNV-Erreichbarkeit (≤500m), kostenfrei/kostengünstig, einfache Anmeldung, barrierearm, keine sportlichen Vorkenntnisse nötig, offene Teilnahme, digitale/hybride Zugänge.
5. Angebotsform	Formal (Sportvereine, Rehasport, Krankenkassen, VHS), informell (Spaziergruppen, Nachbarschaftsinitiativen), digital (Apps, Onlinekurse, Wearables) oder hybrid (Präsenz + digitale Unterstützung).

Tabelle 1: Mindestkriterien für Aufnahme in die Datenbank

Operative Regel: Aufnahme nur wenn Kriterium 1 UND Kriterium 2 UND Kriterium 3 erfüllt sind. Anschließend Bewertung anhand der 6 Scoring-Dimensionen (siehe Sheet ‚Scoring-Manual‘).

DIMENSION	0 PUNKTE	1 PUNKT	2 PUNKTE	3 PUNKTE
Bewegung	Keine relevante Bewegungs-förderung	Eine WHO-Dimension	Zwei WHO-Dimensionen	Ausdauer + Kraft + Gleichgewicht bzw. sehr umfassend
Gehirn-gesundheit	Kein kognitiver Bezug	Geringe kognitive Anforderungen	Koordinative/ körper-geistige Anforderungen	Dual-Task, Tanz, kombinierte Bewegung-Kognition
Soziale Teilhabe	Einzelangebot ohne soziale Komponente	Gelegentliche soziale Kontakte	Regelmäßige Gruppen-aktivität	Starke soziale Einbindung, Peer- oder Community-Komponente
Digital/Hybrid	Keine digitale Komponente	Digitale Information/ Website	Digitale Begleitung oder Online-Inhalte	Integriertes Hybrid-angebot, App, Wearable oder Onlinekurs als Angebotsbestandteil
Niedrig-schwelligkeit	Hohe Zugangshürden	Teilweise zugänglich	Kostengünstig oder wohnortnah	Wohnortnah & kostengünstig & barrierearm/offen
Erreichbarkeit	Schwer erreichbar	Eingeschränkt erreichbar	Gut erreichbar	Sehr gut erreichbar: ÖPNV, fußläufig, barrierearm

Tabelle 2: Bewertungsmatrix (0–3 Punkte pro Dimension)

PRIORITÄT	EINSTUFUNG
Hoch	Gesamtscore ≥ 13
Mittel	Gesamtscore 8–12
Niedrig	Gesamtscore < 8

Tabelle 3: Priorität – Einstufung (Gesamtscore 0–18)

Folgende bereits existierende Bewegungskarten und Webseiten für Berlin und Brandenburg wurden recherchiert und als Referenz herangezogen:

- **Bewegungslandkarte**
  https://bewegungslandkarte.de
- **Seniorennetz Berlin**
  https://seniorennetz.berlin/de/karte/
- **Berlin bewegt sich**
  https://www.berlin.de/berlin-bewegt-sich/
- **Sport im Park Berlin**
  https://stadtbewegung.de/sport-im-park-berlin/
- **Bewegungsatlas**
  https://bewegungsnetzwerk-marzahn-hellersdorf.de/projekte/projekt-bewegungsatlas/

Diese Plattformen erfassen Angebote zwar interaktiv, ermöglichen aktuell jedoch noch keine Bewertung nach den aufgestellten Kriterien. Die Recherche hat ergeben, dass es bereits zahlreiche interaktive Karten und digitale Angebote zur Bewegungsförderung in Berlin und Brandenburg gibt. Es gibt jedoch bislang keine übergreifende, zentral gebündelte Lösung, die diese Angebote zusammenführt und nach einheitlichen Kriterien bewertet.

Handlungsempfehlungen

Es wird die Etablierung einer zentralen Bewegungskarte empfohlen, die bestehende regionale Angebote bündelt und in Berlin und Brandenburg einheitlich zugänglich macht. Um älteren Erwachsenen die gezielte Auswahl lokaler Bewegungsangebote nach ihren Interessen und individuellen Kriterien zu ermöglichen, sollten sie aktiv über die Existenz und Nutzungsmöglichkeiten dieser Karte informiert werden. Da die Nutzung in der Regel einen Internetzugang voraussetzt, der nicht allen älteren Menschen gleichermaßen zur Verfügung steht, sollten ergänzend niedrigschwellige analoge Zugangswege geschaffen werden. Denkbar sind hierfür beispielsweise mobile Infopoints oder Stellen in Einkaufszentren, Wartebereichen von Arztpraxen und Apotheken sowie an weiteren Orten, an denen sich ältere Menschen regelmäßig aufhalten, wie Nachbarschafts- und Stadtteilzentren, Freizeiteinrichtungen für Senioren, Begegnungsstätten, Einrichtungen des betreuten Wohnens, Bibliotheken, Volkshochschulen und andere öffentliche Einrichtungen. Dort könnten sich Interessierte auch ohne eigenen Internetzugang über passende Bewegungsangebote in ihrer Umgebung informieren. Zudem müssen die entwickelten Bewertungskriterien in den Aufnahmeprozess neuer Angebote integriert werden, sodass künftig jede Eintragung direkt nach Bewegungswirksamkeit, sozialer Teilhabe, Niedrigschwelligkeit und so weiter bewertet werden kann.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mindestkriterien für Aufnahme in die Datenbank 15
Tabelle 2: Bewertungsmatrix (0–3 Punkte pro Dimension) 16
Tabelle 3: Priorität – Einstufung (Gesamtscore 0–18) 16

III. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen aus der Bevölkerungsbefragung

3.1. Allgemeiner Überblick

Die deskriptiven Ergebnisse deuten insgesamt auf ein vergleichsweise aktives Verhalten der Befragten hin[2]: 47 Prozent gaben an, an mindestens fünf Tagen pro Woche für jeweils mindestens zehn Minuten körperlich aktiv zu sein; 53 Prozent berichteten keine entsprechende Aktivität. Muskelkräftigungsübungen führten 44 Prozent mindestens dreimal pro Woche durch, 19 Prozent hingegen nie oder fast nie.

Die Altersunterschiede folgten keinem einfachen linearen Muster: Die 65- bis 79-Jährigen wiesen die höchsten Anteile auf, die den studieninternen Schwellenwert für aerobe Aktivität sowie den kombinierten Aktivitätsindikator erreichten. Hochaltrige Menschen ab 80 Jahren erreichten beide studieninternen Schwellenwerte dagegen deutlich seltener. Zugleich zeigte sich über alle Altersgruppen hinweg ein relevanter Anteil älterer Menschen, der die Krafttrainingsleitlinie erreichte. Deutlicher als die Altersunterschiede sind die Zusammenhänge von subjektiver Gesundheit und Funktionsfähigkeit: Personen, die ihre Gesundheit schlechter einschätzen, erfüllen deutlich seltener beide studieninternen Aktivitätsindikatoren zur körperlichen Aktivität als Personen mit sehr guter Gesundheit. Bei einem subjektiv schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand liegt der Anteil der Inaktiven bei etwa 30 Prozent gegenüber rund fünf Prozent in der Gruppe mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand. Auch starke Einschränkungen im Alltag gehen mit einem spürbar höheren Anteil von Personen einher, die die Empfehlungen nicht erreichen (ca. 35 Prozent Inaktive bei stark eingeschränkten vs. etwa fünf Prozent bei nicht eingeschränkten Personen). Dies unterstreicht die zentrale Bedeutung von wahrgenommener Gesundheit und funktionaler Kapazität für das Aktivitätsverhalten im höheren Lebensalter. Bei den Befragten besteht ein relevantes Aktivierungspotenzial: Unter den bereits körperlich Aktiven geben rund 45 Prozent an, gern noch häufiger aktiv sein zu wollen. Besonders häufig ist dies in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen sowie bei gesundheitlich eingeschränkten Personen der Fall. Zudem haben rund zwei Drittel der vollständig Inaktiven grundsätzlich Interesse an körperlicher Aktivität. Aufgrund der geringen Fallzahlen in dieser Subgruppe ist dieser Anteil jedoch mit Vorsicht zu interpretieren.

Handlungsempfehlungen

Alter, Gesundheitszustand, Mobilität, Wohnsituation, digitale Kompetenzen sowie soziale Netzwerke beeinflussen die Möglichkeiten zur Teilnahme an Bewegungsangeboten erheblich. Bewegungsförderung sollte daher unterschiedliche Lebensphasen und Lebenslagen gezielt berücksichtigen und Angebote entsprechend differenziert planen, statt einheitliche Standardangebote für ältere Menschen vorzusehen.

---

[2] Methodischer Hinweis: Die Angaben beruhen auf Selbstauskünften. Erfasst wurden Häufigkeiten, nicht die vollständige wöchentliche Dauer und Intensität. Die Ergebnisse beschreiben daher Aktivitätsmuster und nicht die vollständige Erfüllung der WHO-Empfehlungen.

3.2. Einflussfaktoren für körperliche Aktivität: Individuelle Faktoren

Die bereits körperlich aktiven Befragten (mindestens ein bis zwei Tage pro Woche) gaben an, dass die Stärkung der eigenen Gesundheit und Leistungsfähigkeit mit 93 Prozent das häufigste Motiv für Aktivität ist, gefolgt von Spaß und Freude an Bewegung mit 74 Prozent sowie körperbezogenen Zielen wie Gewichtsregulation oder Erscheinungsbild mit 44 Prozent. Knapp die Hälfte der bereits Aktiven würde ihr Aktivitätsniveau gerne weiter steigern: 46 Prozent möchten gerne noch häufiger körperlich beziehungsweise sportlich aktiv sein, während 54 Prozent dies nicht wünschen. 0,4 Prozent machten hierzu keine Angabe. Unter den bereits körperlich aktiven älteren Erwachsenen wünschen sich vor allem die 55- bis 64-Jährigen, Erwerbstätigen und höher Gebildeten eine Steigerung ihres Aktivitätsniveaus. In diesen Gruppen liegt der Anteil derjenigen, die „gerne noch häufiger“ aktiv wären, jeweils deutlich höher als in den entsprechenden Vergleichsgruppen (57 Prozent vs. rund 41 Prozent in den höheren Altersgruppen, 55 Prozent vs. 41 Prozent bei Nicht-Erwerbstätigen und 49 Prozent vs. 39 Prozent bei mittlerer Bildung). Auffällig ist zudem, dass auch Personen, die ihre Gesundheit schlechter einschätzen, besonders häufig angaben, ihr Aktivitätsniveau weiter steigern zu wollen (65 Prozent gegenüber 42–47 Prozent bei besserer Gesundheit). Für die Praxis empfehlen sich somit insbesondere zusätzliche, zeitlich flexible und gesundheitsorientierte Angebote für jüngere Ältere, Erwerbstätige, höher Gebildete und gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die eine weitere Steigerung der Bewegung gezielt unterstützen. Von den inaktiven Befragten, die Gründe für ihre geringe aerobe körperliche Aktivität nannten, berichteten 71 Prozent gesundheitliche Beschwerden oder Schmerzen und 58 Prozent eine eingeschränkte Beweglichkeit als zentrale Barrieren. 39 Prozent gaben fehlende Motivation an. Zugleich besteht ein erhebliches Aktivierungspotenzial: 72 Prozent der Frauen und 54 Prozent der Männer äußerten grundsätzlich den Wunsch, körperlich beziehungsweise sportlich aktiver zu sein, während 27 Prozent der Frauen und 44 Prozent der Männer angaben, kein Interesse an mehr Aktivität zu haben. Es zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich des grundsätzlichen Wunsches nach mehr Aktivität in Bezug auf Alter, Bildung, Erwerbsstatus, Wohnsituation, Ortsgröße, wahrgenommene Gesundheit oder Einsamkeit.

Der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand zeigte den stärksten individuellen Zusammenhang mit dem kombinierten Aktivitätsindikator: Je schlechter die eigene Gesundheit eingeschätzt wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, sowohl die Ausdauer- als auch die Krafttrainingsempfehlungen zu erfüllen. Unterschiede, die zunächst nach Alter, Erwerbsstatus oder funktionellen Einschränkungen sichtbar werden, verlieren in den adjustierten Analysen teilweise an Bedeutung, sobald der subjektive Gesundheitszustand und weitere Einflussfaktoren berücksichtigt werden.

Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse zeigen, dass Maßnahmen zur Förderung aerober Aktivität bei älteren Menschen primär auf die Verbesserung von Gesundheit und Beweglichkeit abzielen sollten. Bei relevanten Beschwerden oder funktionellen Einschränkungen kann ein fachlich angeleiteter und gegebenenfalls ärztlich oder physiotherapeutisch abgestimmter Einstieg sinnvoll sein. Ergänzend sollten Bewegungsprogramme Spaß und Motivation

gezielt stärken, etwa durch realistische Zielsetzungen, positive Bewegungserfahrungen und soziale Unterstützung. Denn fehlende Motivation wurde von fast vier von zehn wenig aktiven Personen als Hürde benannt. Neben ihrem gesundheitlichen Nutzen sollten Bewegungsangebote immer auch positive Bewegungserfahrungen ermöglichen und erreichbare persönliche Ziele unterstützen. Inaktivität sollte nicht vorschnell als mangelnde Bereitschaft interpretiert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Männer seltener einen grundsätzlichen Wunsch nach mehr Bewegung äußern als Frauen. Dies sollte bei der Ansprache und den Motivationsstrategien gezielt berücksichtigt werden.

3.3. Einflussfaktoren für körperliche Aktivität: Soziale Faktoren

Soziale Ressourcen sind für viele ältere Menschen nicht selbstverständlich verfügbar. Zwar fühlen sich rund 54 Prozent durch Familie oder Freunde bei körperlicher Aktivität unterstützt, doch etwa 45 Prozent berichten nur von geringer oder gar keiner Unterstützung. Noch deutlicher zeigt sich dies bei der Möglichkeit, gemeinsam aktiv zu sein: Nur rund 47 Prozent hatten Personen in ihrem Umfeld, mit denen sie sich bewegen konnten, während etwa 52 Prozent dies eher oder überhaupt nicht bestätig-ten. Personen, die Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld erhalten und Menschen haben, mit denen sie gemeinsam aktiv sein können, sind insgesamt häufiger körperlich aktiv. Umgekehrt sind Personen mit geringer wahrgenommener sozialer Unterstützung seltener aktiv. Diese Zusammenhänge sind jedoch nur schwach ausgeprägt und weniger stark als der Einfluss des subjektiven Gesundheitszustands. Deutlichere Zusammenhänge zeigen sich bei Einsamkeit. Insgesamt berichteten sieben Prozent der Befragten von häufiger Einsamkeit. Der kombinierte Aktivitätsindikator war nicht unabhängig mit Einsamkeit assoziiert. Dagegen nahm die Wahrscheinlichkeit für häufige Einsamkeit mit jeder Stufe geringerer allgemeiner Unterstützung um etwa 28 Prozent zu und mit jeder Stufe geringerer Verfügbarkeit von Personen für gemeinsame Aktivitäten um etwa 59 Prozent. Die Verfügbarkeit von Mitaktivitätspersonen war somit der stärkere der beiden untersuchten sozialen Prädiktoren. Auf Basis dieser Querschnittsdaten sind jedoch keine kausalen Schlussfolgerungen möglich.

Handlungsempfehlungen

Bewegungsangebote sollten körperliche Aktivität und soziale Teilhabe gezielt miteinander verbinden. Geeignet sind offene Gruppenangebote, Buddy-Systeme, begleitete Einstiegstermine sowie Formate, bei denen neue Teilnehmende auch ohne vorhandene Kontakte unkompliziert Anschluss finden können. Besonders berücksichtigt werden sollten Menschen mit geringer sozialer Unterstützung oder ohne Personen, mit denen sie gemeinsam aktiv sein können. Alleinlebende bilden eine wichtige Zielgruppe, sollten jedoch nicht pauschal als sozial isoliert betrachtet werden, da der tatsächliche Unterstützungsbedarf ausschlaggebend ist. Kommunen, Sportvereine, Gesundheits- und Senior:inneneinrichtungen sowie Wohlfahrtsverbände sollten Bewegungsangebote deshalb nicht nur unter gesundheitlichen, sondern auch aus expliziter sozialer Perspektive planen. Gruppenorientierte Bewegung kann Begegnung und soziale Einbindung fördern. Die vorliegenden Befragungsdaten belegen jedoch nicht, dass solche Angebote Einsamkeit ursächlich reduzieren. Entsprechende Maßnahmen sollten daher durch Evaluationen begleitet werden.

3.4. Einflussfaktoren für körperliche Aktivität: Umweltbezogene Faktoren

Für körperliche Aktivität ist auch bedeutsam, wie die unmittelbare Wohnumgebung wahrgenommen wird. Die Wohnumgebung wurde von den meisten Befragten grundsätzlich positiv bewertet: Rund 91 Prozent sahen in ihrer Nähe geeignete Möglichkeiten für körperliche Aktivität wie Parks, Grünflächen oder Spazierwege. Zudem fühlten sich rund 93 Prozent beim Zufußgehen in ihrer Wohnumgebung sicher. Etwa 75 Prozent bewerteten Bewegungs- und Sportangebote als mindestens weitgehend gut erreichbar.

Für das gleichzeitige Erreichen der studieninternen Schwellenwerte für aerobe Aktivität und Muskelkräftigung war insbesondere die wahrgenommene Verfügbarkeit geeigneter Bewegungsmöglichkeiten in Wohnnähe relevant. Personen, die ihre Umgebung als bewegungsfreundlich einschätzten, erfüllten beide Empfehlungen häufiger. Dieser Zusammenhang blieb auch nach statistischer Berücksichtigung von Alter, subjektivem Gesundheitszustand, Alltagseinschränkungen und sozialen Faktoren bestehen.

Im Vergleich zu Personen, die uneingeschränkt geeignete Bewegungsmöglichkeiten in ihrer Wohnumgebung wahrnahmen, waren die Chancen, beide studieninternen Bewegungsempfehlungen zu erfüllen, bei einer weitgehend positiven Bewertung um etwa 35 Prozent geringer. Bei einer eher negativen Bewertung der geeigneten Bewegungsmöglichkeiten lagen sie um etwa 55 Prozent und bei einer sehr negativen Bewertung um etwa 72 Prozent niedriger.

In den bivariaten Analysen war die wahrgenommene Erreichbarkeit von Bewegungsangeboten ebenfalls mit einer höheren studieninternen Leitlinienerfüllung verbunden. Nach Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren zeigte sich jedoch kein stabiler, eigenständiger Zusammenhang. Für die wahrgenommene Sicherheit der Wohnumgebung ergab sich weder in den bivariaten noch in den adjustierten Analysen ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der gleichzeitigen Erfüllung beider studieninternen Bewegungsempfehlungen.

Auch zwischen Berlin und den nach Ortsgröße differenzierten Wohnkontexten in Brandenburg zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. In allen vier Vergleichsgruppen erfüllten etwa 27 Prozent der Befragten beide studieninternen Bewegungsempfehlungen. Damit war in dieser Stichprobe nicht der grob kategorisierte Wohnkontext – Berlin gegenüber unterschiedlichen Ortsgrößen in Brandenburg – mit der Leitlinienerfüllung verbunden, sondern vielmehr die konkret wahrgenommenen Bewegungsmöglichkeiten im unmittelbaren Wohnumfeld.

Die Vergleichsgruppen umfassten Befragte aus Berlin (50 Prozent). Unter den Befragten aus Brandenburg lebten 56 Prozent an Orten mit weniger als 20.000 Einwohnerinnen und Einwohner, 29 Prozent an Orten mit 20.000 bis unter 50.000 Einwohnerinnen und Einwohner und 15 Prozent an Orten mit mindestens 50.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Handlungsempfehlungen

Bewegungsmöglichkeiten sichtbar machen:
Kommunen sollten formelle und informelle Bewegungsorte wie Parks, Wege und Plätze sowie frei zugängliche Trainingsmöglichkeiten systematisch erfassen und in digitalen sowie gedruckten Bewegungskarten übersichtlich darstellen.

Lokale Lücken gezielt prüfen:
Anstelle einer pauschalen Unterscheidung zwischen Stadt und Land sollten Quartiere und Ortsteile hinsichtlich fehlender oder schwer nutzbarer Infrastruktur untersucht werden. Zu dieser Infrastruktur zählen beispielsweise Wege, Sitzgelegenheiten, Beleuchtung, öffentliche Toiletten und wohnortnah erreichbare Bewegungsangebote.

Zielgruppe einbeziehen:
Ältere Menschen sollten in die Planung und Bewertung von Bewegungsangeboten einbezogen werden. Dadurch können Angebote besser auffindbar gemacht, verständlich beschrieben und im Alltag tatsächlich nutzbar gestaltet werden.

3.5. Einflussfaktoren für körperliche Aktivität: Digitale und hybride Bewegungsangebote

Digitale Angebote spielen bei der Bewegungsförderung älterer Menschen bislang eine ergänzende Rolle. 28 Prozent der Befragten nutzen bereits eine Fitnessuhr, Smartwatch oder Trainings-App, während 72 Prozent dies verneinten. 21 Prozent der Befragten bejahten eine Bereitschaft zur Nutzung dieser Technologien, wobei 79 Prozent keine Bereitschaft hierzu zeigten. Trainingsvideos wurden von 22 Prozent genutzt, weitere 27 Prozent können sich eine Nutzung vorstellen. Begleitete Online-Bewegungskurse mit einer Trainerin oder einem Trainer erreichten dagegen bislang nur etwa drei Prozent der Befragten.

In einfachen Gruppenvergleichen erfüllten Nutzerinnen und Nutzer digitaler Messgeräte oder Fitness-Apps häufiger sowohl die studieninternen Ausdauer- als auch die Krafttrainingsempfehlungen als Nichtnutzende (32 gegenüber 24 Prozent). Ein ähnlicher Zusammenhang zeigte sich für Trainingsvideos (32 gegenüber 25 Prozent). Aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns lässt sich daraus jedoch nicht schließen, dass die digitalen Angebote die höhere Aktivität verursacht haben. Es ist auch denkbar, dass bereits aktivere und gesundheitsorientiertere Menschen solche Angebote häufiger nutzen. Nach Berücksichtigung weiterer individueller, sozialer und umweltbezogener Faktoren zeigten digitale Nutzungsmuster keinen eigenständigen statistischen Zusammenhang mit dem kombinierten Aktivitätsindikator. Dagegen bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand, den sozialen Ressourcen und der wahrgenommenen Verfügbarkeit geeigneter Bewegungsmöglichkeiten im Wohnumfeld und körperlicher Aktivität. Digitale Angebote sind somit nicht als Ersatz, sondern als mögliche Ergänzung zu gesundheitsgerechten, sozialen und wohnortnahen Präsenzangeboten zu verstehen. Unter den Nichtnutzenden bevorzugten 79 Prozent Bewegung ohne digitale Hilfsmittel und 52 Prozent hatten sich mit entsprechenden Angeboten noch nicht beschäftigt. Praktische Barrieren waren dennoch relevant: 37 Prozent nannten fehlende Geräte oder fehlende Internetnutzung, 30 Prozent eine zu komplizierte Technik und 25 Prozent eine Überforderung durch die Vielzahl digitaler Gesundheitsangebote. Zugangsprobleme waren besonders bei Hochaltrigen und Menschen mit niedriger formaler Bildung ausgeprägt.

Handlungsempfehlungen

Digitale Angebote als Ergänzung gestalten:
Trainingsvideos, Erinnerungen oder Selbstmonitoring können Präsenzangebote sinnvoll ergänzen. Digitale Komponenten sollten jedoch freiwillig bleiben und eine analoge Teilnahme weiterhin ermöglichen.

Niedrigschwellige Zugänge schaffen:
Besonders geeignet sind kostenfreie, kurze und altersgerechte Trainingsvideos mit unterschiedlichen Belastungsstufen sowie Sitz- und Standvarianten. Hochaltrige Menschen und Personen mit niedriger formaler Bildung benötigen zusätzlich Unterstützung bei Geräten, Internetzugang und Bedienung.

Persönliche Einführung und Evaluation gewährleisten:
Digitale Angebote sollten an vertrauten Orten wie Hausarztpraxen, Senioreneinrichtungen, Quartierszentren oder Sportvereinen vorgestellt und erprobt werden. Neben der Erstnutzung sollten auch die langfristige Teilnahme, Abbrüche, technische Probleme und Veränderungen der körperlichen Aktivität erfasst werden.

3.6. Zielgruppenspezifischer Unterstützungsbedarf

Auf die offene Frage, was ihnen persönlich helfen würde, mehr körperlich beispielsweise sportlich aktiv zu sein, nannten die Befragten vor allem mehr Zeit und weniger andere Verpflichtungen (33 Prozent), das Wegfallen gesundheitlicher Beschwerden (23 Prozent, besonders häufig genannt von den über 80-Jährigen) sowie eine stärkere Motivation (17 Prozent). Weitere Nennungen waren mehr Bewegungsangebote in der Nähe (zwölf Prozent) und mehr Unterstützung durch andere Personen (ebenfalls zwölf Prozent). Mehrfachnennungen waren möglich.

Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der Befragung sprechen dafür, Angebote zielgruppenspezifisch zu planen. Einerseits sollten Programme für die Gruppe der älteren Menschen, die angeben, (wieder) mehr bzw. noch häufiger körperlich aktiv sein zu wollen, konkrete Möglichkeiten zur Umsetzung dieses Wunsches bieten, beispielsweise durch zeitlich flexible, wohnortnahe und sozial eingebettete Bewegungsangebote.

Andererseits sollten Maßnahmen gezielt auch jene Personen ansprechen, die derzeit kein Interesse an mehr Aktivität äußern. Dies kann beispielsweise durch die Vermittlung von Wissen über den Gesundheits- und Alltagsnutzen von Bewegung ohne Leistungsdruck, durch das Ermöglichen positiver Bewegungserfahrungen und durch den motivationsorientierten Abbau von Barrieren wie Unsicherheit, geringer Selbstwirksamkeit oder negativen Erwartungen erfolgen. Erwerbstätige und jüngere Befragte benötigen vor allem kurze, zeitlich flexible und alltagsintegrierte Angebote. Für hochaltrige und gesundheitlich eingeschränkte Menschen sind dagegen angepasste, beschwerdeorientierte, gut erreichbare und fachlich begleitete Bewegungsmöglichkeiten zentral. Wohnortnahe Angebote sollten für die Menschen sichtbarer gemacht werden. In jedem Alter gibt es individuelle Unterschiede in Gesundheit, Funktionsfähigkeit, Lebenslage, Bewegungserfahrung und digitaler Kompetenz. Bewegungsangebote müssen deshalb stärker an die individuellen Voraussetzungen und konkreten Lebensbedingungen der Menschen angepasst werden.

Neben Ausdaueraktivitäten sind Muskelkräftigung, Gleichgewicht, Koordination und die Begrenzung langer Sitzzeiten zentrale Bestandteile gesundheitsförderlicher Bewegung. Gleichzeitig gewinnen selbstorganisierte, wohnortnahe, digitale und hybride Formate an Bedeutung. Sie können den Zugang erleichtern, ersetzen jedoch nicht automatisch persönliche Anleitung, soziale Einbindung und geeignete Bewegungsmöglichkeiten vor Ort.

3.7. Handlungsempfehlungen im Überblick

I. WISSENSCHAFTLICHE EVIDENZ

Die vorliegende Evidenz legt nahe, dass multimodale Angebote, die Bewegung, Kraft, Gleichgewicht und Koordination mit sozialer Teilhabe sowie digitaler beziehungsweise bedarfsgerechter Unterstützung verbinden, besonders vielversprechend sind. Es bestehen vor allem Forschungslücken bei Langzeit-Follow-ups, Adhärenz, Hochaltrigen, sozial benachteiligten Gruppen und der Frage, welche Trainingsform für welches Alter am besten geeignet ist. Gruppenbasierte Bewegungsangebote kombinieren zwei Wirkmechanismen: körperliche Aktivität und soziale Einbindung. Balance- und Koordinationsformate sind für die Altersgruppe der über 80-Jährigen und Menschen mit funktionellen Einschränkungen geeignet. Sie verbessern die Sturzprävention und die Mobilität. Besonders wirksam sind alltagsintegrierte Bewegungsformen sowie zeitlich kurze und flexibel nutzbare Angebote, die sich einfach in den Tagesablauf integrieren lassen. Solche niedrigschwelligen Ansätze senken Zugangsbarrieren, erhöhen die Akzeptanz und erleichtern insbesondere älteren Menschen mit gesundheitlichen, sozialen oder organisatorischen Einschränkungen den Einstieg in einen körperlich aktiveren Lebensstil. Digitale Komponenten können Präsenzangebote ergänzen, sollten aber nicht als Ersatz dafür verstanden werden.

II. BEWEGUNGSKARTEN

Es wird die Etablierung einer zentralen Bewegungskarte empfohlen, die bestehende regionale Angebote bündelt und für Berlin und Brandenburg einheitlich zugänglich macht. Um die Reichweite und Sichtbarkeit für ältere Erwachsene zu erhöhen, sollte diese Karte in die gesellschaftliche/öffentliche Nutzung transferiert werden. Zudem müssen die entwickelten Bewertungskriterien in den Aufnahmeprozess neuer Angebote integriert werden, sodass künftig jede Eintragung direkt nach Bewegungswirksamkeit, sozialer Teilhabe, Niedrigschwelligkeit usw. bewertet werden kann.

III. EINFLUSSFAKTOREN FÜR KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Allgemeine Faktoren

Die Möglichkeiten älterer Menschen, an Bewegungsangeboten teilzunehmen, werden durch Alter, Gesundheitszustand, Mobilität, Wohnsituation, digitale Kompetenzen und soziale Netzwerke beeinflusst. Bewegungsförderung sollte diese Faktoren daher berücksichtigen und ihre Angebote entsprechend differenziert gestalten.

Individuelle Faktoren

Maßnahmen zur Förderung aerober körperlicher Aktivität sollten gesundheitliche Beschwerden, eingeschränkte Beweglichkeit und die individuelle Belastbarkeit der Personen berücksichtigen.

Bewegungsprogramme sollten zudem die Freude an Bewegung und die Motivation gezielt stärken, beispielsweise durch realistische Ziele, positive Bewegungserfahrungen und soziale Unterstützung. Dies ist besonders relevant, da fehlende Motivation von knapp vier von zehn Personen, die sich wenig bewegen, als Barriere genannt wurde.

Neben ihrem gesundheitlichen Nutzen sollten Bewegungsangebote positive Erfahrungen ermöglichen und erreichbare persönliche Ziele unterstützen. Inaktivität sollte dabei nicht vorschnell als mangelnde Bereitschaft interpretiert werden. Da Männer seltener als Frauen einen grundsätzlichen Wunsch nach mehr Bewegung äußern, sollten Ansprache und Motivationsstrategien geschlechtersensibel gestaltet werden.

Soziale Faktoren

Bewegungsangebote sollten körperliche Aktivität und soziale Teilhabe gezielt miteinander verbinden. Geeignet sind offene Gruppenangebote, Buddy-Systeme, begleitete Einstiegstermine sowie Formate, die Menschen ohne bestehende Kontakte einen unkomplizierten Zugang ermöglichen.

Personen mit geringer sozialer Unterstützung oder ohne Möglichkeiten zur gemeinsamen Aktivität sollten besondere Aufmerksamkeit erhalten. Alleinlebende können eine wichtige Zielgruppe darstellen, sie sollten jedoch nicht pauschal mit sozialer Isolation gleichgesetzt werden. Maßgeblich ist der individuelle Unterstützungsbedarf.

Kommunen, Sportvereine, Gesundheits- und Senioreneinrichtungen sowie Wohlfahrtsverbände sollten Bewegungsangebote daher sowohl unter gesundheitlichen als auch unter sozialen Gesichtspunkten planen. Gruppenorientierte Bewegungsangebote können Begegnung und soziale Einbindung fördern. Die vorliegenden Befragungsdaten erlauben jedoch keine Aussage darüber, ob solche Angebote Einsamkeit ursächlich verringern. Entsprechende Maßnahmen sollten daher systematisch evaluiert werden.

Umweltbezogene Faktoren

Bewegungsmöglichkeiten sichtbar machen: Kommunen sollten formelle und informelle Bewegungsorte wie Parks, Wege und Sportplätze sowie frei zugängliche Trainingsangebote erfassen und in digitalen oder gedruckten Bewegungskarten verständlich kennzeichnen.

Lokale Lücken gezielt prüfen: Anstatt eine pauschale Unterscheidung zwischen Stadt und Land vorzunehmen, sollten Quartiere und Ortsteile auf fehlende Wege, Sitzgelegenheiten, Beleuchtung, Toiletten und gut erreichbare Angebote untersucht werden.

Zielgruppe einbeziehen: Ältere Menschen sollten an Planung und Bewertung beteiligt werden, damit bestehende Angebote besser auffindbar sind, verständlich beschrieben werden und tatsächlich genutzt werden können.

Digitale und hybride Bewegungsangebote

Digitale Angebote ergänzend einsetzen: Trainingsvideos, Erinnerungsfunktionen und Selbstmonitoring können Präsenzangebote sinnvoll ergänzen. Der Einsatz digitaler Komponenten sollte freiwillig bleiben und analoge Zugangs- und Teilnahmemöglichkeiten müssen weiterhin gewährleistet sein.

Schaffung niedrigschwelliger Zugänge: Geeignet sind insbesondere kostenfreie, kurze und altersgerechte Trainingsvideos mit unterschiedlichen Belastungsstufen sowie Übungen im Sitzen und Stehen. Hochaltrige Menschen und Personen mit niedriger formaler Bildung benötigen gegebenenfalls zusätz-liche Unterstützung bei Geräten, Internetzugang und Bedienung.

Persönliche Einführung und Evaluation sicherstellen: Digitale Angebote sollten an vertrauten Orten wie Hausarztpraxen, Senioreneinrichtungen, Quartierszentren oder Sportvereinen vorgestellt und praktisch erprobt werden. Neben der Erstnutzung sollten auch die langfristige Teilnahme, Abbrüche, technische Probleme und Veränderungen der körperlichen Aktivität erfasst werden.

Die Angebote sollten zielgruppenspezifisch geplant und an die unterschiedlichen Ausgangslagen angepasst werden. Für ältere Menschen, die angeben, wieder mehr oder häufiger körperlich aktiv sein zu wollen, sollten konkrete und umsetzbare Möglichkeiten bereitgestellt werden. Dazu gehören zeitlich flexible, wohnortnahe und sozial eingebettete Bewegungsangebote.

Zugleich sollten die Maßnahmen auch Personen ansprechen, die derzeit kein Interesse an mehr Aktivität äußern. Hier bieten sich niedrigschwellige Zugänge ohne Leistungsdruck an, die den gesundheitlichen und alltagsbezogenen Nutzen von Bewegung vermitteln, positive Bewegungserfahrungen ermöglichen und motivationsbezogene Barrieren adressieren. Dazu zählen beispielsweise Unsicherheit, geringe Selbstwirksamkeit oder negative Erwartungen an körperliche Aktivität.

Erwerbstätige und jüngere ältere Menschen benötigen insbesondere kurze, zeitlich flexible und alltagsintegrierte Angebote. Für hochaltrige und gesundheitlich eingeschränkte Personen sind dagegen angepasste, beschwerdeorientierte, gut erreichbare und fachlich begleitete Bewegungsmöglichkeiten besonders wichtig.

Wohnortnahe Angebote sollten gut sichtbar, leicht auffindbar und verständlich beschrieben sein. In allen Altersgruppen bestehen individuelle Unterschiede hinsichtlich Gesundheit, Funktionsfähigkeit, Lebenslage, Bewegungserfahrung und digitaler Kompetenz. Bewegungsangebote sollten daher konsequent an die individuellen Voraussetzungen und konkreten Lebensbedingungen der Teilnehmenden angepasst werden.

Neben Ausdaueraktivitäten sollten Muskelkräftigung, Gleichgewicht, Koordination und die Verringerung langer Sitzzeiten als Bestandteile gesundheitsförderlicher Bewegung berücksichtigt werden. Selbstorganisierte, wohnortnahe, digitale und hybride Formate können den Zugang zu Bewegung erleichtern. Sie können jedoch nicht grundsätzlich persönliche Anleitung, soziale Einbindung und geeignete Bewegungsmöglichkeiten im unmittelbaren Wohnumfeld ersetzen.

Executive Summary

Körperliche Aktivität unterstützt gesundes Altern, da sie zur Prävention kardiovaskulärer und metabolischer Erkrankungen beitragen, die Funktionsfähigkeit und Kognition erhalten sowie die soziale Teilhabe fördern kann. Es geht um die Anpassung multimodaler Bewegungsangebote, die Ausdauer, Muskelkräftigung, Gleichgewicht und Koordination mit den individuellen Voraussetzungen älterer Menschen verbinden,um lange Sitzzeiten zu vermeiden.

Lebenslage statt Alter

Um die studieninternen Schwellenwerte für Ausdaueraktivität und Muskelkräftigung zu erreichen, sind vor allem der subjektive Gesundheitszustand und die wahrgenommenen Bewegungsmöglichkeiten im unmittelbaren Wohnumfeld entscheidend. Auch Alter, funktionelle Einschränkungen und weitere Lebensbedingungen sind für die Möglichkeiten zur Bewegungsteilnahme relevant. Bei der Planung von Bewegungsangeboten sollten Gesundheit, Funktionsfähigkeit, Beschwerden, zeitliche Ressourcen, soziale Unterstützung und das Wohnumfeld gemeinsam berücksichtigt werden. Pauschale Angebote, die nur nach Altersgruppen unterscheiden, greifen zu kurz.

Aktivierungspotenzial nutzen

Ein relevanter Teil der Befragten möchte sich häufiger körperlich betätigen. Insbesondere jüngere ältere Menschen und Erwerbstätige benötigen zeitlich flexible, kurze und alltagsintegrierte Formate. Für hochaltrige Menschen sowie Personen mit Schmerzen, eingeschränkter Beweglichkeit oder weiteren gesundheitlichen Belastungen sind sichere, fachlich begleitete und individuell abgestimmte Angebote entscheidend. Bewegung sollte dabei nicht als Leistungsanforderung, sondern als realistische Möglichkeit für mehr Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alltag vermittelt werden.

Bewegung beginnt vor Ort

Entscheidend sind geeignete Bewegungsmöglichkeiten im unmittelbaren Wohnumfeld. Angebote und Bewegungsorte sollten idealerweise vorhanden, leicht auffindbar, verständlich beschrieben und tatsächlich nutzbar sein.

Gemeinsame Aktivität

Soziale Unterstützung und die Möglichkeit, gemeinsam mit anderen aktiv zu sein, können die Teilnahme an Bewegungsangeboten erleichtern. Sie stehen in engem Zusammenhang mit sozialer Einbindung. Gruppenangebote, begleitete Einstiege, Buddy-Systeme und offene Formate können deshalb besonders sinnvoll sein. Alleinleben sollte jedoch nicht pauschal mit Bewegungsmangel oder Einsamkeit gleichgesetzt werden, denn ausschlaggebend ist der individuelle Bedarf an Unterstützung und sozialen Kontakten.

Digitale Ergänzung

Trainingsvideos, Erinnerungsfunktionen, Apps und Selbstmonitoring können den Zugang zu Bewegung erleichtern. Bislang erreichen sie jedoch nur einen Teil der Zielgruppe und dürfen nicht zur Voraussetzung für Teilhabe werden. Notwendig sind eine persönliche Einführung, technische Unterstützung und konsequent verfügbare analoge Alternativen, damit insbesondere hochaltrige Menschen und Personen mit geringerer digitaler Erfahrung nicht ausgeschlossen werden.

Zentralisierung von Angeboten

In Berlin und Brandenburg gibt es bereits zahlreiche Bewegungsangebote, digitale Formate und interaktive Bewegungskarten. Diese sind jedoch auf unterschiedliche Träger, Plattformen und Zuständigkeiten verteilt, uneinheitlich beschrieben und nur begrenzt vergleichbar. Diese Fragmentierung erschwert es älteren Menschen sowie beratenden Fachkräften, passende Angebote zu finden und zu bewerten. Von besonderer Relevanz ist daher die konkrete Umsetzung einer zentralen, trägerübergreifenden Koordinationsstelle beziehungsweise Bewegungskarte. Diese sollte regionale Angebote bündeln, nach transparenten Qualitätskriterien bewerten, aktuell halten und sowohl digital als auch über analoge Informationswege zugänglich machen.

Kernaussage für die Praxis

Bewegungsförderung im Alter ist dann besonders erfolgversprechend, wenn sie multimodal, individuell anpassbar, sozial eingebettet, wohnortnah und leicht zugänglich gestaltet wird. Ebenso wichtig wie ein gutes Angebot selbst sind Sichtbarkeit, verständliche Information und eine verlässliche Koordination der vorhandenen Strukturen. Eine neue, ganzheitliche Präventionspolitik sollte hier ansetzen und die beschriebenen Empfehlungen berücksichtigen.

Quellen

Alley, S. J., Waters, K. M., Parker, F., Peiris, D. L. I. H. K., Fien, S., Rebar, A. L., & Vandelanotte, C. (2024). The effectiveness of digital physical activity interventions in older adults: A systematic umbrella review and meta-meta-analysis. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 21, 144.
https://doi.org/10.1186/s12966-024-01694-4

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., et al. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British Journal of Sports Medicine, 54(24), 1451–1462. *https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955*

Chen, Y., Shah, S., Chen, Y., Owen, A. J., Ekegren, C. L., Ilic, D., & Gasevic, D. (2025). Barriers to and facilitators of physical activity among community-dwelling older adults: A systematic review. BMJ Open, 15(8), e095260.
https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095260

forsa. (2026). Körperliche Aktivität im Alter: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung in Berlin und Brandenburg. Ergebnisbericht vom 30. Juni 2026.

Fukushima, N., Kikuchi, H., Sato, H., Sasai, H., Kiyohara, K., Sawada, S. S., Machida, M., Amagasa, S., & Inoue, S. (2024). Dose-response relationship of physical activity with all-cause mortality among older adults: An umbrella review. Journal of the American Medical Directors Association, 25(3), 417–430.
https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.09.028

Ghasemi Kahrizsangi, N., Faridi Dastjerdi, M. A., Golafshan, F., Ghasemi Kahrizsangi, N., Shafieyoun, M. H., & Parsaeefar, M. H. (2025). Resistance training and blood pressure: Insights from a meta-analysis of the aging population. Archives of Gerontology and Geriatrics, 137, 105941.
https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.105941

Han, H., Zhang, J., Zhang, F., Li, F., & Wu, Z. (2025). Optimal exercise interventions for enhancing cognitive function in older adults: A network meta-analysis. Frontiers in Aging Neuroscience, 17, 1510773.
https://doi.org/10.3389/fnagi.2025.1510773

Hu, D.; Zhou, S.; Crowley-McHattan, Z.J.; Liu, Z. (2021). Factors that influence participation in physical activity in school-aged children and adolescents: Systematic review from the social ecological model perspective. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 3147.
https://doi.org/10.3390/ijerph18063147

Heij, W., Sweerts, L., Staal, J. B., Cuijpers, I., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., van der Wees, P. J., & Hoogeboom, T. J. (2024). Physical activity interventions among older adults with chronic illnesses: Systematic review and network meta-analysis. SAGE Open, 14(4).
https://doi.org/10.1177/21582440241285124

Khalafi, M., Kheradmand, S., Habibi Maleki, A., Symonds, M. E., Rosenkranz, S. K., & Batrakoulis, A. (2025). The effects of concurrent training versus aerobic or resistance training alone on body composition in middle-aged and older adults: A systematic review and meta-analysis. Healthcare, 13(7), 776.
https://doi.org/10.3390/healthcare13070776

Li, R., Li, Y., Wang, L., Li, L., Fu, C., Hu, D., & Wei, Q. (2025). Wearable activity tracker–based interventions for physical activity, body composition, and physical function among community-dwelling older adults. Journal of Medical Internet Research, 27, e59507.
https://doi.org/10.2196/59507

Malkowski, O. S., Harvey, J., Townsend, N. P., Kelson, M. J., Foster, C. E. M., & Western, M. J. (2025). Enablers and barriers to physical activity among older adults of low socio-economic status: A systematic review of qualitative literature. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 22, 1–20.
https://doi.org/10.1186/s12966-025-01753-4

Marino, F. R., Lyu, C., Li, Y., Liu, T., Au, R., & Hwang, P. H. (2025). Physical activity over the adult life course and risk of dementia in the Framingham Heart Study. JAMA Network Open, 8(11), e2544439.
https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.44439

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly, 15(4), 351–377.
https://doi.org/10.1177/109019818801500401

Momma, H., Kawakami, R., Honda, T., & Sawada, S. S. (2022). Muscle-strengthening activities are associated with lower risk and mortality in major non-communicable diseases: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. British Journal of Sports Medicine, 56(13), 755–763.
https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-105061

Paluch, A. E., Bajpai, S., Bassett, D. R., et al. (2022). Daily steps and all-cause mortality: A meta-analysis of 15 international cohorts. The Lancet Public Health, 7(3), e219–e228.
https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00302-9

Pixa, N. H., Kessler, E.-M., & Warner, L. M. (2025). Körperliche Aktivität in Deutschland: Diskrepanz zwischen hoher gesellschaftlicher Erwartung und tatsächlichem Aktivitätsverhalten im Alter. Journal of Health Monitoring, 10(4), e13470.
https://doi.org/10.25646/13470

Sadaqa, M., Németh, Z., Makai, A., Prémusz, V., & Hock, M. (2023). Effectiveness of exercise interventions on fall prevention in ambulatory community-dwelling older adults: a systematic review with narrative synthesis. Frontiers in Public Health, 11, 1209319.
https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1209319

Sommerlad, A., Kivimäki, M., Larson, E. B., Röhr, S., Shirai, K., Singh-Manoux, A., & Livingston, G. (2023). Social participation and risk of developing dementia. Nature Aging, 3(5), 532–545.
https://doi.org/10.1038/s43587-023-00387-0

Stearns, J. A., Avedzi, H. M., Yim, D., Spence, J. C., Labbaf, F., Lamboglia, C. G., Ko, F., Farmer, C., Lytvyak, E., Kennedy, M., Kim, Y.-B., Ren, H., & Lee, K. K. (2023). An umbrella review of the best and most up-to-date evidence on the built environment and physical activity in older adults ≥60 years. Public Health Reviews, 44, 1605474.
https://doi.org/10.3389/phrs.2023.1605474

Sulandari, S., Coats, R. O., Miller, A., Hodkinson, A., & Johnson, J. (2024). A systematic review and meta-analysis of the association between physical capability, social support, loneliness, depression, anxiety, and life satisfaction in older adults. The Gerontologist, 64(11), gnae128.
https://doi.org/10.1093/geront/gnae128

Swartz, A. M., Steinbrink, G. M., Strath, S. J., Mitra, T., & Morelli, W. A. (2024). A systematic review of the effects of breaking up/interrupting sedentary behavior on health outcomes among community-dwelling adults 60+ years. Journal of Aging and Physical Activity, 33(3), 287–308.
https://doi.org/10.1123/japa.2023-0416

Tao, M., Li, S., Li, L., Cao, Y., & Zhuang, J. (2025). Impact of physical exercise on health and social interaction in older adults: A meta-analysis. Frontiers in Public Health, 13, 1634313.
https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1634313

Zhao, R., Dong, Y., Zheng, Q., & Yao, J. (2025). Exercise and nutrition strategies for sarcopenia in older adults: Evidence from a network meta-analysis based on EWGSOP and AWGS criteria. Frontiers in Nutrition, 12, 1685014.
https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1685014

Über Gesundheitsstadt Berlin

Gesundheitsstadt Berlin ist als gemeinnütziger Verein eine interdisziplinäre Plattform für die Akteure des Gesundheitswesens in der Metropolregion Berlin und Brandenburg mit überregionaler Impulswirkung für die gesamte Republik. Der Verein setzt sich für nachhaltige Lösungen zu zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens und zur Förderung von Public Health ein.

Wir organisieren Arbeitskreise, Foren, Kongresse sowie medizinische Fachveranstaltungen und setzen öffentlich geförderte Forschungsprojekte um. Wir setzen uns für die körperliche und psychische Gesundheit der Bevölkerung in der Metropolregion Berlin und Brandenburg ein (Public Health) und fördern Vernetzung und Kooperationen von allen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern durch Bündelung und Koordinierung von Initiativen und Aktivitäten in der Region. Wir stärken das Bewusstsein in Wirtschaft, Wissenschaft und Öffentlichkeit für die öffentliche Gesundheitspflege (Public Health).

Wir berichten über die Bedeutung der medizinischen Forschung.

Wir vernetzen die Gesundheitswissenschaft und die medizinische Forschung im Sinne der Translation mit den Akteuren der Versorgung.

Wir bringen Startups und Gründerinnen und Gründer mit Unternehmen aus der Gesundheitswirtschaft zusammen.

www.gesundheitsstadt-berlin.de

gesundheitsstadt berl!n
das netzwerk
für berlin-brandenburg

FRIEDE SPRINGER
Cardiovascular
Prevention
Center @ Charité