

# DKV-Report 2025

Wie gesund lebt Deutschland?

Prof. Ingo Froböse

Dr. Birgit Wallmann-Sperlich



Deutsche Krankenversicherung



Ein Unternehmen der **ERGO**

In Kooperation mit



Deutsche  
Sporthochschule Köln  
German Sport University Cologne



	Inhalt	02
	<b>Vorwort</b>	<b>03</b>
<b>1.</b>	<b>Methodik</b>	<b>04</b>
	1.1 Studiendesign	05
	1.2 Stichprobendesign	06
	1.3 Untersuchungsinstrumente	07
	1.4 Datenauswertung	12
	1.5 Stärken und Limitationen	13
<b>2.</b>	<b>Gesundes Leben in Deutschland</b>	<b>14</b>
	2.1 Im Bundesdurchschnitt	15
	2.2 Im Vergleich zu den Vorjahren	16
	2.3 Im Geschlechtervergleich	17
	2.4 Im Altersvergleich	18
	2.5 Nach Body-Mass-Index	19
	2.6 Nach Bildungsstatus	20
<b>3.</b>	<b>Körperliche Aktivität</b>	<b>21</b>
	3.1 Im Bundesdurchschnitt	23
	3.2 Im Vergleich zu den Vorjahren	24
	3.3 Im Geschlechtervergleich	25
	3.4 Im Altersvergleich	26
	3.5 Nach Body-Mass-Index	27
	3.6 Nach Bildungsstatus	28
<b>4.</b>	<b>Sitzzeiten im Alltag</b>	<b>29</b>
	4.1 Im Bundesdurchschnitt	30
	4.2 Im Vergleich zu den Vorjahren	30
	4.3 Im Geschlechtervergleich	31
	4.4 Im Altersvergleich	32
	4.5 Nach Body-Mass-Index	34
	4.6 Nach Bildungsstatus	35
<b>5.</b>	<b>Gesundheitsrisiko durch Bewegungs- und Sitzverhalten</b>	<b>37</b>
<b>6.</b>	<b>Wohlbefinden, digitale Gesundheitskompetenz sowie Präventions- und Vorsorgeverhalten</b>	<b>40</b>
	6.1 Subjektives Wohlbefinden	41
	6.2 Digitale Gesundheitskompetenz	43
	6.3 Präventions- und Vorsorgeverhalten	47
<b>7.</b>	<b>Gesundes Leben in den Bundesländern</b>	<b>51</b>
	7.1 Körperliche Aktivität	53
	7.2 Ernährung	54
	7.3 Nichtrauchen	55
	7.4 Alkoholkonsum	56
	7.5 Stressempfinden	57
	7.6 Sitzen	58
	<b>Auf einen Blick</b>	<b>59</b>
	<b>Datenanhang</b>	<b>60</b>
	<b>Impressum</b>	<b>63</b>



## Vorwort

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

unsere Gesundheit ist das wertvollste Gut und verdient unsere tägliche Aufmerksamkeit. Angesichts zunehmender Herausforderungen und wachsender Anforderungen im Alltag stellen wir uns zum achten Mal die Frage: Wie gesund lebt Deutschland? Der DKV-Report 2025 bietet einen differenzierten Blick auf das Gesundheitsverhalten der Menschen in unserem Land und liefert Erkenntnisse, die zum Nachdenken und Handeln anregen sollen.

Die Themen Bewegung, gesunde Ernährung, wirksame Stressbewältigung sowie der Verzicht auf Alkohol und Nikotin sind essenzielle Bestandteile eines gesunden Lebensstils. Sie können unsere Lebensqualität verbessern und das Risiko für chronische Erkrankungen deutlich senken. Trotz der bekannten Vorteile zeigen die aktuellen Ergebnisse jedoch, dass nur zwei Prozent der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger alle Empfehlungen für einen rundum gesunden Lebensstil erfüllen. Vor allem stellt die Stressbelastung ein wachsendes Problem dar: Über ein Viertel der Befragten schätzt sie als hoch bzw. sehr hoch ein. Viele Menschen wünschen sich Entschleunigung, finden jedoch nur schwer den richtigen Ansatz.

Das zeigt sich auch in den stark gestiegenen Sitzzeiten. Inzwischen verbringen die Deutschen im Durchschnitt mehr als zehn Stunden täglich im Sitzen. Im Berufsalltag ist es oft schwierig, diesen Sitzmarathons entgegenzuwirken. Umso wichtiger wäre ein gezielter Ausgleich in der Freizeit – doch dieser aktive Gegenpol ist noch zu wenig erkennbar. Nur 30 Prozent der „Vielsitzer“ kompensieren das lange Sitzen durch ausreichende Bewegung. Und rund ein Drittel der Bevölkerung verfehlt die ausdauerorientierten Bewegungsempfehlungen – unabhängig vom Sitzverhalten.

Ein besonders großes Potenzial zur Gesunderhaltung liegt zudem im Muskeltraining. Die Ergebnisse des DKV-Reports zeigen jedoch, dass dieses bislang zu wenig ausgeschöpft wird: Nur etwa ein Drittel der Menschen erfüllt die Empfehlung, mindestens zweimal pro Woche muskelkräftigende Aktivitäten durchzuführen. Dabei bildet eine gut trainierte Muskulatur die Grundlage für Mobilität, Eigenständigkeit und Lebensqualität. Das Beste daran: Es ist nie zu spät zu beginnen!

Aus diesem Grund ist ein bewusstes Präventions- und Vorsorgeverhalten von besonderer Bedeutung. Es ist entscheidend, gezielte Maßnahmen zu ergreifen und Regelungen zu schaffen, die ein breiteres Spektrum an Präventionsleistungen ermöglichen. Denn wer frühzeitig auf sich achtet, stärkt nicht nur die eigene Lebensqualität, sondern entlastet auch unser Gesundheitssystem. Angesichts des demografischen Wandels und vermeidbarer Krankheitsverläufe ist es wichtiger denn je, die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung weiter auszubauen und gesundheitsfördernde Lebenswelten zu schaffen.

Mit dem DKV-Report 2025 schaffen wir Transparenz und möchten Impulse setzen, um die Gesundheitsprävention stärker in der gesellschaftlichen Diskussion zu verankern und Anregungen zu einem aktiven und gesunden Lebensstil zu geben. Denn Gesundheit ist eine gemeinsame Aufgabe: Sie beginnt bei jeder und jedem Einzelnen, erfordert aber auch unterstützende Strukturen.

**Viel Freude beim Lesen wünschen Ihnen**



**Frauke Fiegl**

DKV Deutsche Krankenversicherung AG  
Vorsitzende des Vorstands

**Prof. Ingo Froböse**

Deutsche Sporthochschule Köln



## 1. Methodik

# 1.1 Studiendesign

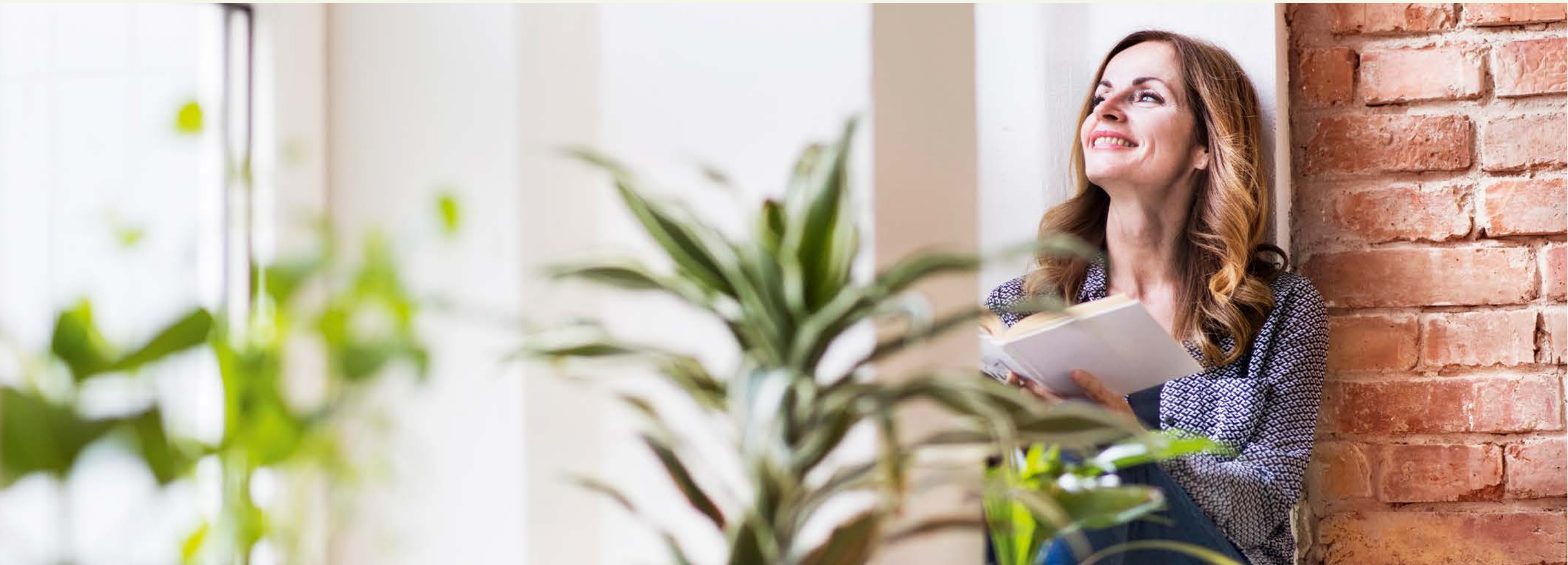
## Wie gesund lebt Deutschland?

Diese zentrale Frage steht seit 2010 im Fokus des DKV-Reports, der das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung in Deutschland untersucht. Die bevölkerungsrepräsentative Erhebung wird im Auftrag der DKV durchgeführt und erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS) sowie dem Institut für Sportwissenschaft der Julius-Maximilians-Universität Würzburg.

Die achte Auflage des DKV-Reports folgt den bisherigen Ausgaben hinsichtlich Erhebungszeitraum und Fragestellung. Diese Kontinuität ermöglicht es, Trends und Veränderungen im Gesundheitsverhal-

ten der Befragten über die Jahre hinweg zu erkennen. Die Ergebnisse bieten wertvolle Einblicke in die gesundheitlichen Gewohnheiten der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger und können als Grundlage für zukünftige Gesundheitsstrategien dienen.

Im Zeitraum 11. Februar bis 10. März (Telefon) bzw. 17. März 2025 (Online) führte das Marktforschungsinstitut HEUTE UND MORGEN GmbH insgesamt 2.807 Interviews. Diese Befragungen erfolgten erstmalig zur Hälfte durch computergestützte Telefoninterviews (Computer Assisted Telephone Interview – CATI) und zur anderen Hälfte durch Online-Befragungen (Computer Assisted Web Interview – CAWI).



Die Erhebung konzentriert sich auf folgende Gesundheitsbereiche:

 Körperliche Aktivität	 Alkoholkonsum
 Ernährungsgewohnheiten	 Umgang mit Stress
 Rauch- und Dampfverhalten	

Seit 2014/2015 untersucht der DKV-Report auch die Sitzzeiten in verschiedenen Lebensbereichen. Dieser Aspekt ist wichtig für die Gesundheit, da nicht nur regelmäßige körperliche Aktivität zählt, sondern auch das gesamte körperliche Verhalten während der Wachzeit eine Rolle spielt. Insbesondere die Reduzierung langer Sitzzeiten und ein insgesamt aktiver gestalteter Alltag sind entscheidend, um gesundheitliche Risiken zu minimieren und das Wohlbefinden nachhaltig zu fördern. Daher erfasst und analysiert der DKV-Report sowohl die Bewegungszeiten als auch die Sitzzeiten systematisch.

Neben dem bereits 2023 eingeführten Thema „Subjektives Wohlbefinden“ setzt die aktuelle Ausgabe zusätzlich Schwerpunkte auf die Themen „Digitale Gesundheitskompetenz“ sowie „Präventions- und Vorsorgeverhalten“ der deutschen Bürgerinnen und Bürger.



## 1.2 Stichprobendesign

Insgesamt nahmen 2.807 Bundesbürgerinnen und Bundesbürger ab 18 Jahren teil, davon 1.407 an der rund 20-minütigen CATI-Befragung sowie 1.400 an der etwa 15-minütigen CAWI-Befragung. Die Kombination der telefonischen und der web-basierten Methoden sichert eine breite Repräsentation der Bevölkerung. Denn durch die Telefonbefragung können auch weniger digital affine Personen erreicht werden, während die Onlinebefragung eine quotengesteuerte Auswahl ermöglicht. Wie in den Vorjahren erfolgte die Befragung gezielt nach Alter und Geschlecht sowie den Merkmalen Bundesland, Ortsgröße und Bildung. Eine anschließende Anpassungsgewichtung der Daten sorgt für eine repräsentative Auswertung.

Die Grundlage für die Stichprobenziehung und die Gewichtung des Webinterviews bildet das PAY-BACK Panel, während die Angaben des Telefoninterviews auf dem ADM-Stichprobenrahmen ([www.adm-ev.de/leistungen/arbeitsgemeinschaft-adm-stichproben](http://www.adm-ev.de/leistungen/arbeitsgemeinschaft-adm-stichproben)) basieren.

In jedem Bundesland fanden mindestens 200 Interviews statt. Um eine ausreichende Stichprobenbasis zu gewährleisten, wurden Rheinland-Pfalz und das Saarland sowie Niedersachsen und Bremen jeweils gemeinsam ausgewertet.

Die Auswertung der Untersuchungsergebnisse erfolgte mithilfe der Datenverarbeitungssoftware SPSS® für Windows (Version 28.0) der IBM Corporation.





# 1.3 Untersuchungsinstrumente

Der Fragebogen kombinierte offene, halb offene und geschlossene Fragen. Um die Auswertung zu erleichtern und eine höhere Objektivität zu gewährleisten, wurden geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten bevorzugt. In den Bereichen „Körperliche Aktivität“, „Sitzverhalten“, „Subjektives Wohlbefinden“ und „Digitale Gesundheitskompetenz“ kamen standardisierte bzw. wissenschaftlich validierte Messinstrumente zum Einsatz.

## Körperliche Aktivität

Zur Erfassung des Bewegungsverhaltens wurde der standardisierte Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) verwendet. Dieses Instrument ist speziell für nationale und internationale Studien zur Erfassung ausdauerorientierter körperlicher Aktivität konzipiert und weist eine hohe Validität auf.<sup>1,2</sup> Der internationale Einsatz des GPAQ ermöglicht zudem länderübergreifende Vergleiche von Bewegungsdaten.

Der GPAQ erfasst Informationen zur körperlichen Aktivität in drei Bereichen:

- körperliche Aktivität bei der Arbeit (beruflich und privat),
- aktiver Transport (Aktivitäten, die zur Fortbewegung von einem Ort zum anderen dienen, wie Zufußgehen oder Radfahren),
- Freizeitaktivitäten.

Während für die Bereiche „Arbeit“ und „Freizeit“ zwischen moderater und intensiver körperlicher Aktivität unterschieden wurde, erfolgte im Bereich „Transport“ keine Differenzierung der Intensität.

Moderate körperliche Aktivität, wie zügiges Spaziergehen, ist eine Form der Bewegung, die in der Regel das Herz-Kreislauf-System anregt, aber nicht so stark fordert, dass man außer Atem gerät. Im Gegensatz dazu stehen Aktivitäten mit intensiver körperlicher Intensität, wie Joggen, die das Herz-Kreislauf-System erheblich beanspruchen und zu einem erhöhten Puls führen. In beiden Fällen wird körperliche Aktivität, die zehn Minuten und länger andauert, berücksichtigt. Der Fragebogen zur körperlichen Aktivität umfasst insgesamt 15 Fragen. Die wöchentlichen Minuten mit moderater und intensiver Aktivität werden separat berechnet, indem die Anzahl der Tage mit der durchschnittlichen Dauer pro Tag multipliziert wird. Diese Werte werden mit dem metabolischen Äquivalent (MET) verrechnet. Die Umrechnung in „MET-Minuten“\* ermöglicht eine standardisierte Bewertung der körperlichen Aktivität und erleichtert Vergleiche zwischen verschiedenen Aktivitäten und Intensitäten. Moderate Aktivitäten korrespondieren mit 4 MET, intensive Aktivitäten mit 8 MET.

Ein gesundes Aktivitätsniveau wird erreicht, wenn insgesamt mehr als 1.200 MET-Minuten pro Woche erzielt werden, womit die rigide Kategorie 3 „Aktive“ genutzt wird (siehe Benchmark „Körperliche Aktivität“).

Zur Erfassung der muskelkräftigenden Aktivitäten wurde zum zweiten Mal das entsprechende Fragebogenitem des European Health Interview Survey – Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ)<sup>3</sup> verwendet. Die Befragten teilten mit, an wie vielen Tagen pro Woche sie muskelkräftigende Übungen durchführen.

**Die Empfehlung für Muskeltraining gilt als erfüllt, wenn mindestens zwei Trainingseinheiten pro Woche stattfinden.**

Während der Benchmark für Bewegung weiterhin ausschließlich auf der ausdauerorientierten Aktivität (> 1.200 MET-Minuten) basiert, gelten kombinierte Bewegungsempfehlungen als erfüllt, wenn mindestens 600 MET-Minuten ausdauerorientierte Bewegung sowie regelmäßiges Muskelkrafttraining (mindestens zweimal pro Woche) erreicht werden.



\*Die Abkürzung MET steht für das metabolische Äquivalent. Ein MET entspricht dem Energieverbrauch im Ruhezustand (z. B. ruhig liegend) bzw. einem Kalorienverbrauch von 1 kcal pro Kilogramm Körpergewicht und Stunde. Es wird angenommen, dass der Energieverbrauch bei moderater körperlicher Aktivität etwa viermal so hoch ist wie im Ruhezustand. Bei intensiver körperlicher Beanspruchung wird der Energieverbrauch auf das Achtfache des Ruheumsatzes geschätzt. Im Rahmen der Fragebogenauswertung wird moderate Aktivität mit 4 MET und intensive körperliche Aktivität mit 8 MET zu MET-Minuten umgerechnet (Dauer in Minuten x Intensität in MET = MET-Minuten).



### Sitzverhalten

Das tägliche Sitzverhalten wurde mithilfe des Marshall Sitting Questionnaire<sup>4</sup> erhoben. Dabei gaben die befragten Personen für Werktage und Wochenenden getrennt ihre durchschnittliche Sitzzeit in folgenden Lebensbereichen an:

- während Fahrten von Ort zu Ort (z. B. mit Auto, Bus oder Bahn),
- während der Arbeit,
- beim Fernsehen,
- bei der freizeithlichen Computernutzung bzw. Nutzung anderer elektronischer Medien,
- während sonstiger Freizeitaktivitäten (z. B. Lesen, Freunde treffen).

Der DKV-Report erfasst ausschließlich die Sitzzeiten an Werktagen. Um eine realistische Schätzung der durchschnittlichen Sitzdauer pro Werktag zu erhalten, addieren sich die Zeiten aus den fünf Lebensbereichen. Tagesgesamtwerte über 960 Minuten (16 Stunden) pro Tag wurden als „missing“ gesetzt, um starke Verzerrungen durch Missverständnisse in der Befragung zu vermeiden. In den Auswertungen erscheinen neben dem arithmetischen Mittel auch der Median als Richtwert. Der Median teilt die Durchschnittswerte genau mittig und ist somit Ausreißern gegenüber stabiler. Dies ermöglicht eine genauere Darstellung der tatsächlichen Sitzminuten pro Werktag.



### Subjektives Wohlbefinden

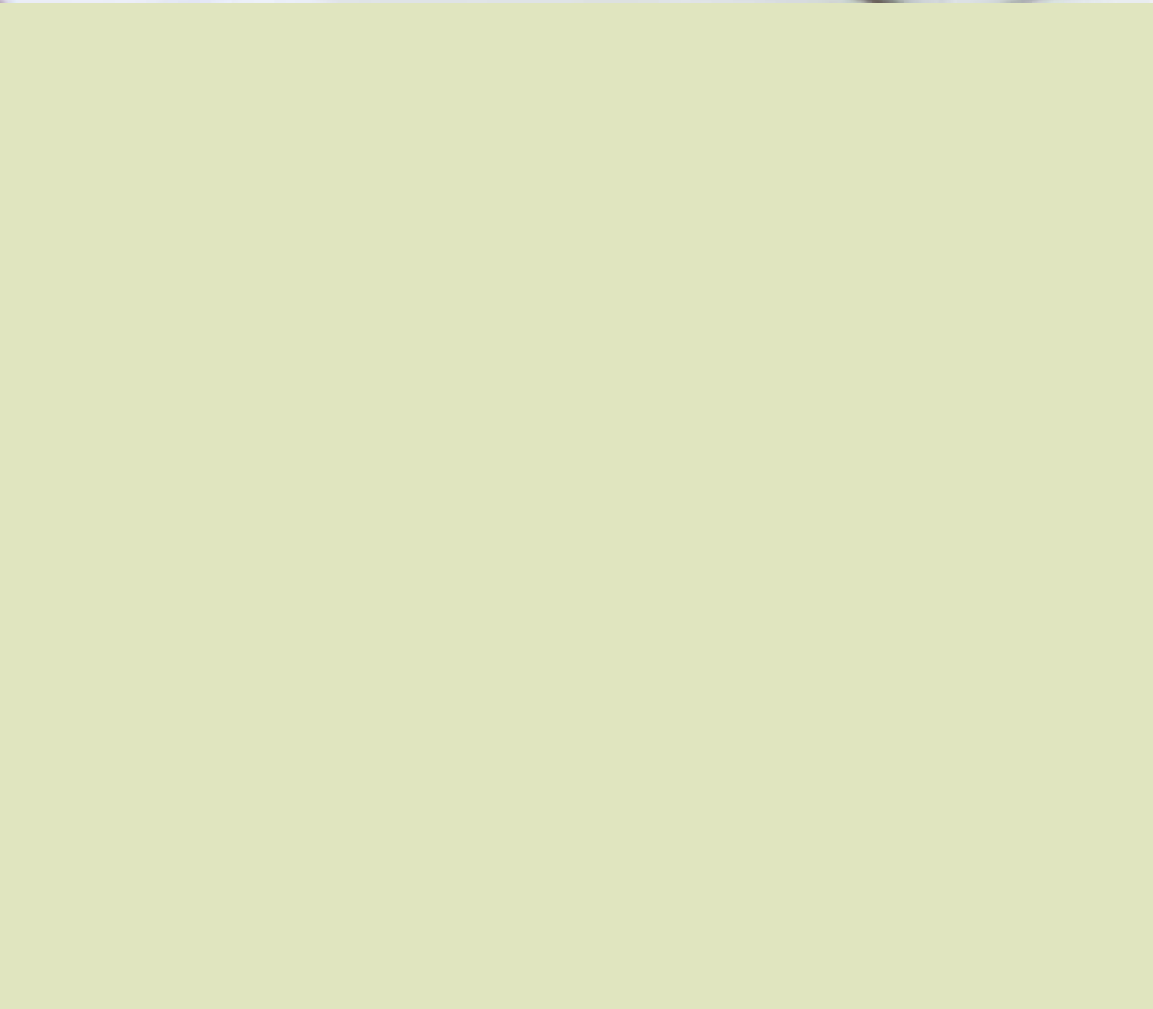
Das subjektive Wohlbefinden wurde anhand des WHO-Five Well-Being Index (WHO-5) der Weltgesundheitsorganisation<sup>5</sup> erfasst und quantifiziert. Die Befragten bewerteten anhand einer 6-stufigen Skala die folgenden fünf Aussagen zu ihrem Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen:

- „Ich war froh und guter Laune.“
- „Ich habe mich entspannt und ruhig gefühlt.“
- „Ich habe mich energiegeladen und aktiv gefühlt.“
- „Ich habe mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.“
- „Mein Alltag war voller Dinge, die mich interessieren.“

Der Summenwert multipliziert sich mit 4, um einen Prozentwert zwischen 0 und 100 zu erhalten. Ein Grenzwert von  $\leq 50$  Prozentpunkten kann unter anderem als Hinweis auf eine depressive Verstimmung dienen.<sup>6</sup>

### Digitale Gesundheitskompetenz

Die digitale Gesundheitskompetenz bezeichnet die Fähigkeit, digitale Technologien und Ressourcen zu nutzen, um gesundheitsbezogene Informationen zu suchen, zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Diese Kompetenz im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -angeboten in digitalen Formaten, wie beispielsweise Internetseiten, soziale Medien, Apps, wurde mithilfe der deutschen Version des HLS<sub>19</sub>-DIGI<sup>7</sup> ermittelt. Das verwendete Instrument wurde im Rahmen der „HLS<sub>19</sub> – International Health Literacy Population Survey 2019–2021“ von M-POHL entwickelt. Im Zuge der Befragung beantworteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer fünf Fragen zur Häufigkeit der Nutzung gesundheitsbezogener Online-Angebote. Zudem gaben die Befragten in weiteren acht Fragen auf einer 4-stufigen Likert-Skala an, wie leicht oder schwer es ihnen fällt, mit Gesundheitsinformationen im Internet umzugehen.



### Präventions- und Vorsorgeverhalten

Im diesjährigen DKV-Report wurde untersucht, welche Gesundheitsvorsorge- und Präventionsmaßnahmen die Befragten als besonders wirksam einschätzen (antwortoffen) und welche sie in den letzten zwei Jahren in Anspruch genommen haben.

Zudem flossen, basierend auf dem „Modell gesundheitlicher Überzeugungen“<sup>8</sup>, subjektive Einschätzungen zu allgemeinen Präventions- und Vorsorgemaßnahmen in die Analyse ein. Dabei werden fünf zentrale Aussagen berücksichtigt:

- wahrgenommene Anfälligkeit: Einschätzung der persönlichen Krankheitsanfälligkeit,
- wahrgenommene Vorteile: Überzeugung, dass Präventions- und Vorsorgemaßnahmen helfen, Krankheiten zu vermeiden,
- wahrgenommene Barrieren: Wahrgenommene Hindernisse bei der Umsetzung von Präventions- und Vorsorgeleistungen,
- Selbstwirksamkeit: Vertrauen in die eigene Fähigkeit, Präventions- und Vorsorgeleistungen umzusetzen,
- Handlungsanreize: Hinweise, die Präventions- und Vorsorgeleistungen empfehlen.

Die Einschätzungen erfolgten auf einer fünfstufigen Skala von „stimme voll und ganz zu“ bis „stimme überhaupt nicht zu“.





## Berechnung der Benchmarks für einen rundum gesunden Lebensstil

Wie bereits in den Vorjahren orientiert sich der DKV-Report an etablierten „Testtrennwerten“ bzw. Benchmarks, um das Gesundheitsverhalten bewerten zu können. Diese Benchmarks ermöglichen einen Vergleich der Jahre 2010 bis 2025 in folgenden Kategorien:

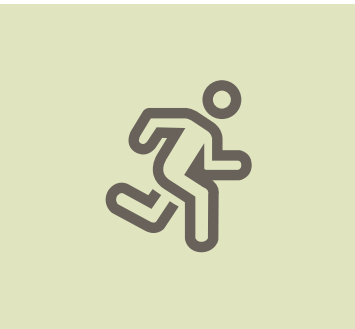
- körperliche Aktivität,
- Ernährung,
- Rauchen,
- Alkohol,
- Stressempfinden.

Ein rundum gesunder Lebensstil wird erreicht, wenn eine Person alle Benchmarks in diesen fünf Bereichen erfüllt.

Ab diesem Jahr erfolgen Anpassungen in den Benchmarks „Alkohol“ und „Rauchen“. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den Vorgänger-Reports werden bei Alkohol und Rauchen sowohl die „alte“ als auch die „aktualisierte“ Benchmark dargestellt – ebenso daraus resultierend die „alte“ als auch die „aktualisierte“ Benchmark für „Rundum gesund“.



### Benchmark-Definitionen



#### Körperliche Aktivität

Für die körperliche Aktivität werden drei Bewegungskategorien im Report dargestellt:

##### Kategorie 1: Inaktive

< 600 MET-Minuten pro Woche (unzureichende Bewegung)

##### Kategorie 2: Minimalisten

600–1.200 MET-Minuten pro Woche (entspricht der Mindestaktivitätsempfehlung)

##### Kategorie 3: Aktive

> 1.200 MET-Minuten pro Woche (zusätzlicher gesundheitlicher Nutzen – erfüllter Benchmark)

Der Benchmark gilt als erfüllt, wenn eine Person in allen Aktivitätsbereichen (Arbeit, Transport, Freizeit) insgesamt mehr als 1.200 MET-Minuten pro Woche erreicht hat. Diese Benchmark orientiert sich an den Ende 2020 veröffentlichten internationalen Aktivitätsempfehlungen der WHO zur ausdauerorientierten Bewegung Erwachsener in Bezug auf das Erreichen eines zusätzlichen gesundheitlichen Nutzens<sup>9,10</sup>. Die Aktivitätsbenchmarks der vorherigen DKV-Reports wurden 2021 entsprechend angepasst. Dies gewährleistet die Vergleichbarkeit über alle bisherigen Erhebungen hinweg und ermöglicht die Identifikation langfristiger Trends im Bewegungsverhalten.



### Ernährung

Zur Erfassung des Ernährungsverhaltens wurden zehn Fragen gestellt, die sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) orientieren. Die Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben. Es handelt sich hierbei jedoch nicht um ein detailliertes Ernährungsprotokoll mit präzisen Mengenangaben, sondern um eine allgemeine Einschätzung der Ernährungsqualität und -frequenz. Die Vergabe der Ernährungspunkte erfolgt entsprechend den DGE-Empfehlungen. Ein gesunder Ernährungsstil gilt als erreicht, wenn mindestens 20 von insgesamt 30 möglichen Punkten erzielt werden.



### Rauchen und Dampfen

Der Benchmark für diesen Bereich wird erfüllt, wenn eine Person weder Zigaretten noch E-Zigaretten/Vapes konsumiert (Benchmark Rauchen/Dampfen neu). Bisher erfolgte lediglich eine Abfrage des Rauchverhaltens (Benchmark Rauchen alt).



### Alkohol

Zur Erfassung des Alkoholkonsums wurden die Häufigkeit des Trinkens sowie die Menge konsumierter alkoholischer Getränke erfragt. Dabei wurde zwischen Bier, Wein/Sekt und Spirituosen unterschieden. Anders als in den Vorgänger-Reports gilt der Benchmark als erfüllt, wenn die befragte Person keinen Alkohol konsumiert (Benchmark Alkohol neu)<sup>11</sup>. Zuvor galt ein gelegentlicher Alkoholkonsum als tolerierbar (Benchmark Alkohol alt).



### Stressempfinden

Das persönliche Stresslevel wurde anhand der Frage „Wie würden Sie Ihre derzeitige Stressbelastung einschätzen?“ sowie durch eine ergänzende Frage zu persönlichen Strategien der Stressbewältigung erfasst. Ein gesundes Stressverhalten liegt vor, wenn die befragte Person wirksame Strategien zur Stressbewältigung einsetzt, wie beispielsweise Sport, Bewegung, Entspannungstechniken, soziale Kontakte, Lesen oder Musikhören. Gleichzeitig sollte das subjektive Stressniveau mindestens als subjektiv gering eingeschätzt werden.

# 1.4 Datenauswertung

Im Zuge der Umstellung der Befragungsmethodik, die darauf abzielt, ab 2027 vollständig auf Online-Befragungen zu wechseln, wurde in diesem Jahr ein spezifischer Ansatz für den Umgang mit den Daten gewählt. Die aktuelle Stichprobe ist gleichmäßig aufgeteilt in Online-Befragungen (CAWI, n=1.400) und telefonische Interviews (CATI, n=1.407). Diese duale Methodik ermöglicht es, methodische Unterschiede zwischen den beiden Erhebungsformen zu identifizieren und zu adressieren.

Um die Daten konsistent und vergleichbar zu machen, wurde ein Korrekturfaktor für jede Frage berechnet. Dieser Faktor basiert auf dem Verhältnis der Antworten aus der Online-Stichprobe zu denen der CATI-Stichprobe. Mithilfe dieses Korrekturfaktors werden die CATI-Werte an die Online-Werte angepasst und bei Häufigkeiten auf 100 normiert,


sodass beide Stichproben vergleichbar werden. Dieser Ansatz ermöglicht es, die gesamte Zeitreihe auf die Online-Befragungsmethode umzustellen.

Für die Berichterstattung der Benchmarks und Zeitreihen werden die Online-Werte sowie die angepassten CATI-Werte verwendet. Diese Werte sind in den Hauptkapiteln des Berichts dargestellt und mit einem Sternchen versehen, um auf die Anpassung hinzuweisen. Die ursprünglichen, unkorrigierten CATI-Werte finden sich im Anhang, um Transparenz zu gewährleisten und eine Einordnung der Daten zu ermöglichen.

Dieses Vorgehen stellt sicher, dass der methodische Wandel berücksichtigt wird und dass auch die Kontinuität und Vergleichbarkeit der Datenreihen gewährleistet ist.

## Umstellung der Befragungsmethodik

Befragungen  
2010-2023




Telefonische Befragung  
(n=2.800)

Ergebnisse der bisherigen Befragungen in „Online-Werte“ korrigiert




Befragungen  
2025



Telefonische Befragung  
(n=1.407)

+




Online-Befragung  
(n=1.400)

Umrechnungsfaktoren für Angleichung Telefon-Stichprobe an Online-Stichprobe



Perspektive  
Befragungen  
ab 2027



Online-Befragung  
(n=2.800)



### Besondere Hinweise

Die statistischen Verteilungen werden mit gerundeten Prozentwerten ohne Nachkommastellen dargestellt. Dadurch kann es gelegentlich zu kleinen Abweichungen in den Summenwerten kommen, sodass diese zum Beispiel statt 100 Prozent auch 99 oder 101 Prozent betragen können.





## 1.5 Stärken und Limitationen

### Differenzierte Erhebung unterschiedlicher gesundheitsrelevanter Lebensstilfaktoren und internationale Vergleichbarkeit der Daten

Die Studie weist eine deutschlandweit repräsentative Ansteuerung und Gewichtung auf und ermöglicht eine detaillierte Erfassung gesundheitsrelevanter Lebensstilfaktoren. Die verwendeten Untersuchungsinstrumente (z. B. GPAQ, WHO-5, HLS<sub>19</sub>-DIGI) sind zum Teil international anerkannt und erlauben Vergleiche mit anderen Ländern.

### Stichprobe, Befragungsmethodik und Antwortverhalten

Die Response-Rate des vorliegenden DKV-Reports liegt bei 10 Prozent (CATI) bzw. 32 Prozent (Online). Die Ergebnisse basieren auf subjektiven Selbsteinschätzungen des eigenen Gesundheitsverhaltens. Es besteht die Möglichkeit, dass die Aussagen der befragten Personen aufgrund sozialer Erwünschtheit verzerrt sind.

### Testtrennwerte erleichtern die Einschätzung der Ergebnisse und dienen als Richtlinien

Die Berechnung von Benchmarks (festgelegte Testtrennwerte) ermöglicht eine positive oder negative Einordnung der Ergebnisse, gibt jedoch keine vollständigen Informationen über die gesamte Verteilung eines Merkmals in der Stichprobe wieder. Die Benchmarks orientieren sich an den Empfehlungen und Meinungen führender Fachgesellschaften.

#### Literatur

<sup>1</sup> Armstrong, T.; Bull, F. C. Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). J Public Health 2006, 14, 66–70.

<sup>2</sup> Bull, F. C.; Maslin, T. S.; Armstrong, T. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): Nine country reliability and validity study. J Phys Act Health 2009, 6, 790–804.

<sup>3</sup> Finger, J. D.; Tafforeau, J.; Gisle, L.; Oja, L.; Ziese, T.; Thelen, J.; Mensink, G. B. M.; Lange, C. Development of the European Health Interview Survey - Physical Activity Questionnaire (EHIS-PAQ) to monitor physical activity in the European Union. Arch Public Health 2015, 73, 59. Available online: <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0110-z>.

<sup>4</sup> Marshall, A. L.; Miller, Y. D.; Burton, N. W.; Brown, W. J. Measuring total and domain-specific sitting: a study of reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2010, 42(6), 1094–1102.

<sup>5</sup> World Health Organization. Regional Office for Europe. Wellbeing measures in primary health care/the DepCare Project: report on a WHO meeting: Stockholm, Sweden, 12–13 February 1998; World Health Organization: Copenhagen, 1998. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349766>.

<sup>6</sup> Topp, C. W.; Østergaard, S. D.; Søndergaard, S.; Bech, P. The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. Psychother Psychosom 2015, 84(3), 167–176. Available online: <https://doi.org/10.1159/000376585>.

<sup>7</sup> HLS<sub>19</sub> Consortium of the WHO Action Network M-POHL. The HLS<sub>19</sub>-DIGI Instrument for measuring Digital Health Literacy. Factsheet. Austrian National Public Health Institute, Vienna, 2024. Available online: [https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/2024-03/Factsheet\\_p%20HLS19-DIGI.pdf](https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/2024-03/Factsheet_p%20HLS19-DIGI.pdf).

<sup>8</sup> Rosenstock, I. M. Why People Use Health Services. Milbank Mem Fund Q 1966, 44(3), 94–127. Available online: <https://doi.org/10.2307/3348967>.

<sup>9</sup> World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour, Geneva, 2020.

<sup>10</sup> Bull, F. C.; Al-Ansari, S. S.; Biddle, S.; Borodulin, K.; Buman, M. P.; Cardon, G.; Carty, C.; Chaput, J.-P.; Chastin, S.; Chou, R., et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med 2020, 54, 1451–1462.

<sup>11</sup> Manthey, J.; Shield, K.; Rehm, J. Alcohol and health. Lancet 2022, 400(10365), 1764–1765.



## 2. Gesundes Leben in Deutschland

**Ein rundum gesunder Lebensstil ist für viele Deutsche schwer zu erreichen. Nur zwei Prozent der Bevölkerung erfüllen alle aktuellen Gesundheits-Benchmarks.**

Besonders die strengen Kriterien beim Alkoholkonsum haben die Hürde erhöht: Nur 29 Prozent verzichten vollständig auf Alkohol. Die Bewegungsempfehlungen erreichen rund zwei Drittel der Befragten, doch gesunde Ernährung und Stressbewältigung stellen Herausforderungen für viele dar. Interessant ist, dass junge Erwachsene häufiger auf Alkohol verzichten, während Ältere bei Ernährung und Stress punkten. Diese Ergebnisse verdeutlichen die Komplexität eines gesunden Lebensstils und zeigen, wie sich Merkmale wie Geschlecht, Alter und Bildung in den beobachteten Verhaltensmustern widerspiegeln.



## 2.1 Im Bundesdurchschnitt

### Nur zwei Prozent leben rundum gesund.

Im Bundesdurchschnitt zeigt sich, dass nur 2 Prozent der Bevölkerung alle Gesundheits-Benchmarks erreichen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass im aktuellen Erhebungszeitraum die Benchmarks in den Bereichen Alkohol sowie Rauchen und Dampfen angepasst wurden, was sich in den Ergebnissen zeigt.

Die Einzelwerte stellen eine gemischte Bilanz dar: So erreichen 68 Prozent der Befragten den Benchmark für körperliche Aktivität. Bei der gesunden Ernährung erfüllen dagegen nur etwas mehr als ein Drittel die Anforderungen (34 Prozent).

Beim Thema Stress gelingt nur einem Fünftel (20 Prozent) der befragten Personen ein gesunder Umgang mit der täglich empfundenen Belastung.

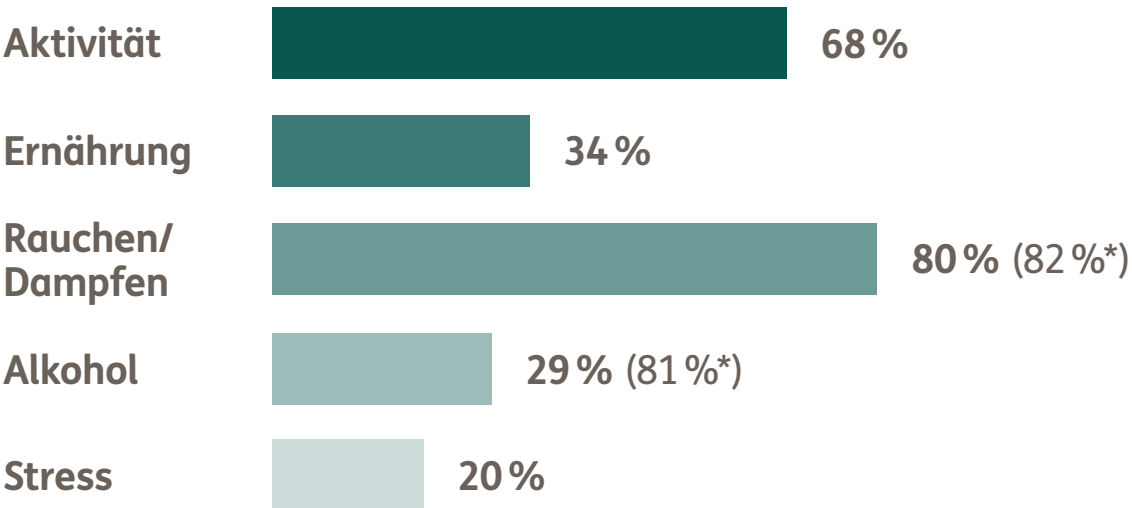
Die Anpassung des Alkohol-Benchmarks, bei dem nun ein vollständiger Alkoholverzicht erforderlich ist, spiegelt sich deutlich in den Zahlen wider: Nur 29 Prozent erreichen diesen neuen Wert. Im Vergleich dazu hätten nach den alten Kriterien rund 80 Prozent den Benchmark erreicht. Beim Thema Rauchen und Dampfen erfüllen 80 Prozent die Kriterien – nur ein leichter Rückgang gegenüber dem alten Benchmark, der das Dampfen noch nicht berücksichtigt hat (82 Prozent).

Diese Zahlen verdeutlichen, dass ein rundum gesunder Lebensstil für die Mehrheit der Deutschen eine Ausnahme ist. Um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, sind gezielte Maßnahmen und Aufklärungsarbeit erforderlich, die auf die verschiedenen Aspekte eines gesunden Lebensstils abzielen. Der Bericht bietet wertvolle Einblicke und Ansatzpunkte für zukünftige Initiativen.

### Benchmark-Realisierung

2%

erreichen alle Benchmarks (gemäß den bisherigen Benchmark-Definitionen der Vorjahre erreichen 6 % alle Benchmarks)



\*bisherige Definitionen der Benchmarks (2010–2023)





## 2.2 Im Vergleich zu den Vorjahren

### Weniger Menschen leben rundum gesund.

Ein Blick auf die zeitliche Entwicklung des Gesundheitsverhaltens in der Bevölkerung offenbart überwiegend ernüchternde Tendenzen. Nachdem der Anteil der Menschen, die ein rundum gesundes Leben führen, im Jahr 2021 mit 6 Prozent seinen bisherigen Tiefststand erreichte, kam es 2023 zu einem vorübergehenden Anstieg auf 9 Prozent – in der aktuellen Erhebung fällt der Wert jedoch wieder auf das Niveau von 2021 zurück.

Auch wenn die diesjährige Befragung einen leichten Rückgang zeigt, bleibt das Niveau körperlicher Aktivität seit 2016 weitgehend stabil. Rund 70 Prozent der Bevölkerung halten sich seit Jahren an die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur körperlichen Aktivität und erzielen dadurch zusätzliche gesundheitliche Vorteile.

Hingegen ist bei der gesunden Ernährung nach einem positiven Trend, der etwa ab 2014/2015 einsetzte und im Jahr 2023 noch die 40-Prozent-Marke überschritt, nun erneut ein Tiefstwert erreicht worden: Nur noch jeder Dritte (34 Prozent) erfüllt aktuell die entsprechenden Kriterien.

Der Benchmark „Nicht-Rauchen“ bleibt im Vergleich zu früheren Erhebungen weiterhin auf einem stabilen Niveau von mehr als 80 Prozent. Welche Trends sich aus der nun erstmals kombinierten Betrachtung

von Rauchen und Dampfen ergeben, wird sich allerdings erst in den kommenden Jahren zeigen.

Beim Benchmark „Alkoholkonsum“ zeigt sich ein deutlich negativer Trend: Gemessen an den alten Kriterien, die moderaten Konsum noch zuließen, sank der Anteil der Personen, die den Benchmark erfüllten, von über 90 Prozent in den frühen 2010er-Jahren knapp auf über 80 Prozent in den Folgejahren. Besonders deutlich wird die Entwicklung mit Einführung der neuen, strengeren Vorgaben: Während früher fast die Hälfte der Befragten vollständig auf Alkohol verzichtete, trifft dies aktuell nur noch auf etwa jede dritte Person zu.

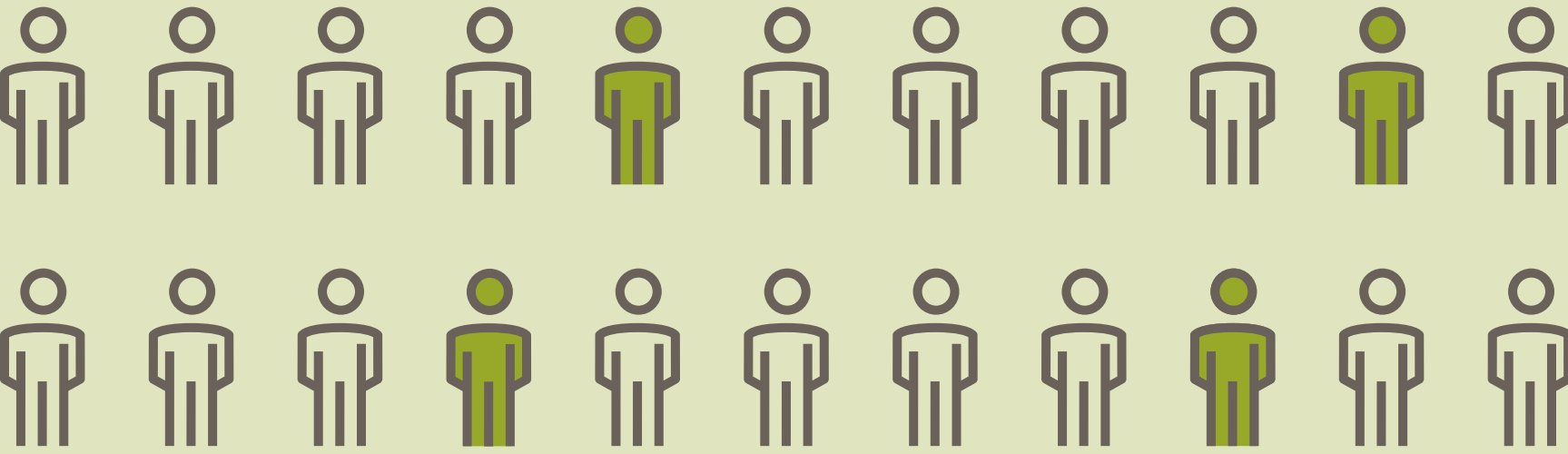
Die Stressbewältigung stellt seit Jahren eine große Herausforderung im Gesundheitsverhalten dar. Nach 2021 konnte hier erneut ein Tiefstwert von nur 20 Prozent erreicht werden. In früheren Erhebungswellen wurden deutlich höhere Anteile verzeichnet, was auf eine zunehmende Belastung der Bevölkerung und damit verbundene Schwierigkeiten bei der Stressbewältigung hinweist.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse die Herausforderungen, die mit einem rundum gesunden Lebensstil verbunden sind. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind diese Kriterien aber von großer Bedeutung, um die Gesundheit der Bevölkerung langfristig zu fördern, auch wenn sie höhere Anforderungen an die Lebensführung stellen.

Benchmark-Realisierung im Jahresvergleich (Online)  
(Angaben in Prozent)

Jahre	2025	2023*	2021*	2018*	2016*	2014/ 2015*	2012*	2010*
Alle Benchmarks erreicht (alt*)	2 (6)	– (9)	– (6)	– (8)	– (9)	– (9)	– (8)	– (10)
Aktivität	68	71	69	68	70	74	76	82
Ernährung	34	41	38	39	40	35	37	38
Rauchen/ Dampfen (alt*)	80 (82)	– (89)	– (82)	– (84)	– (83)	– (82)	– (83)	– (81)
Alkohol (alt*)	29 (81)	42 (86)	54 (89)	46 (89)	46 (91)	36 (92)	36 (90)	33 (88)
Stress	20	27	21	35	35	30	26	28

Werte in Klammern beziehen sich auf die bisherigen Definitionen der Benchmarks (2010–2023).  
\*CATI-Werte rückwirkend an Online-Stichprobe angepasst.



■ Nur jeder Fünfte erreicht 2025 den Benchmark Stress.



## 2.3 Im Geschlechtervergleich

### Frauen leben gesünder.

Während 3 Prozent der Frauen alle Kriterien für ein rundum gesundes Leben erfüllen, schaffen dies nur 1 Prozent der Männer.

Ein besonders auffälliger Unterschied zeigt sich beim Umgang mit Alkohol. Während 37 Prozent der Frauen den neuen Benchmark eines völligen Verzehrs auf Alkohol erreichen, gelingt dies nur 21 Prozent der Männer. Auch beim Rauchen und Dampfen schneiden die Frauen etwas besser ab. Bei der Ernährung sind die Unterschiede mit 36 Prozent der Frauen und 32 Prozent der Männer, die den Benchmark erfüllen, doch die Ernährungsgewohnheiten zeigen klare geschlechtsspezifische Unterschiede.

Männer liegen bei der körperlichen Aktivität vorn: 72 Prozent von ihnen schaffen es, die WHO-Aktivitätsempfehlung für einen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen umzusetzen, während es bei den Frauen 66 Prozent sind. In der Stressbewältigung sind die Unterschiede marginal, da sowohl Frauen wie auch Männer nur zu rund einem Fünftel den entsprechenden Benchmark erreichen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Frauen derzeit etwas erfolgreicher darin sind, die Benchmarks für ein rundum gesundes Leben zu erfüllen. Ihr verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol trägt maßgeblich zu diesem Erfolg bei.



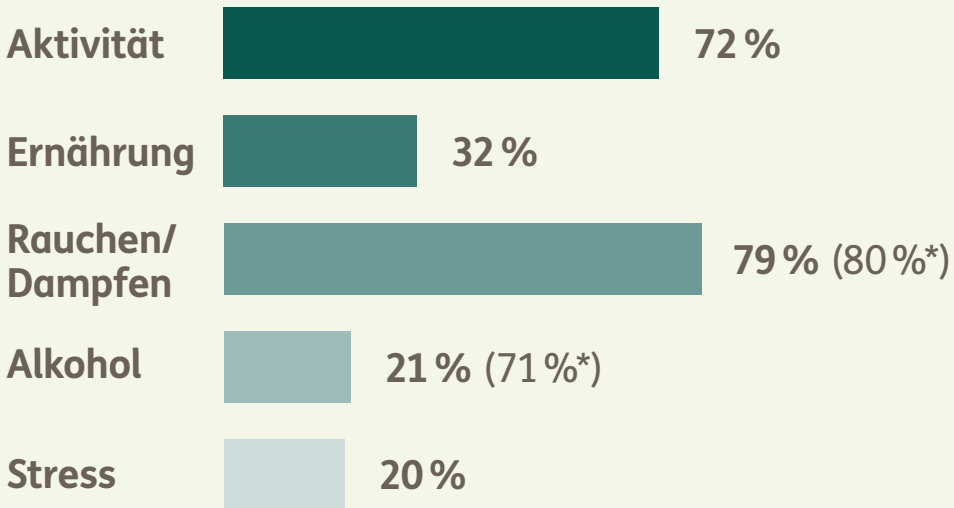
Frauen konsumieren häufiger die empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse täglich, essen seltener Fleisch und essen häufiger täglich Süßigkeiten.

### Benchmark-Realisierung nach Geschlecht



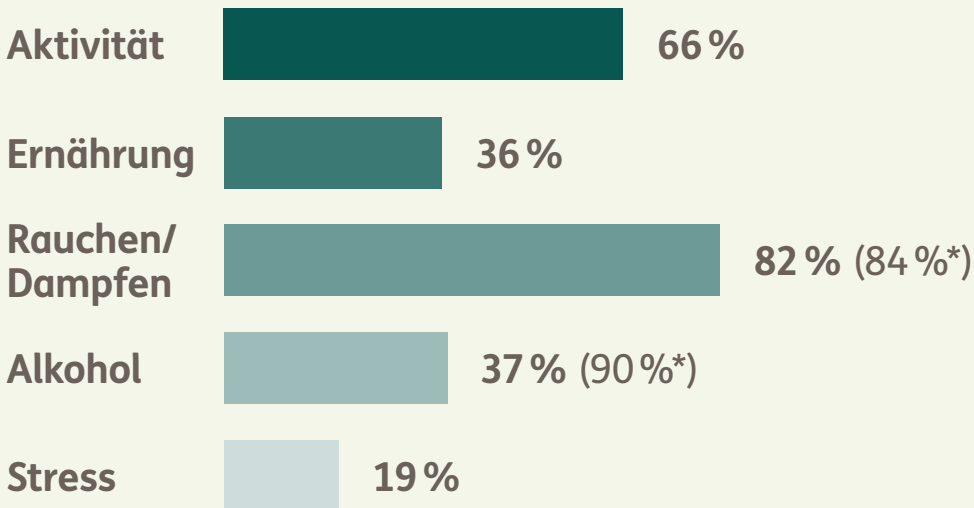
1 %

erreichen alle Benchmarks (gemäß den bisherigen Benchmark-Definitionen der Vorjahre erreichen 5 % alle Benchmarks)



3 %

erreichen alle Benchmarks (gemäß den bisherigen Benchmark-Definitionen der Vorjahre erreichen 8 % alle Benchmarks)



\*Alte Benchmark: Bei Alkohol, Rauchen sowie „alle Benchmarks“ wird zur besseren Vergleichbarkeit der frühere Benchmark (2010–2023) zusätzlich in Klammern dargestellt.



## 2.4 Im Altersvergleich

**Altersbedingte Gesundheitsverhaltensmuster:  
Ältere punkten bei Stress und Ernährung, Jün-  
gere beim Alkoholverzicht.**

Während die Erfüllung des Rundum-gesund-leben-Benchmarks über die Altersgruppen hinweg rela-  
tiv gleichmäßig ist, offenbart ein differenzierter  
Blick auf die altersspezifischen Ausprägungen  
interessante Unterschiede in den spezifischen  
Gesundheitsverhaltensweisen.

So zum Beispiel beim Alkoholkonsum: Die jungen  
Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren  
erreichen mit 43 Prozent am häufigsten und mehr  
als doppelt so häufig den neuen Richtwert zur  
vollständigen Alkoholabstinenz als die älteren  
Befragten über 65 Jahre mit 21 Prozent.

Im Gegensatz dazu zeigen ältere Menschen ihre  
Stärke in den Bereichen Ernährung, Rauch- und

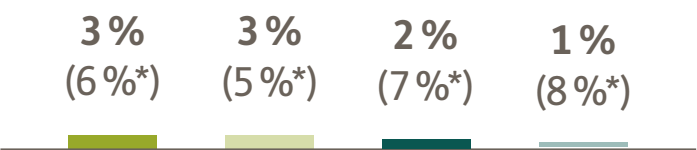
Dampfverhalten sowie Stressverhalten. 41 Prozent  
der über 66-Jährigen erfüllen die Empfehlungen  
für eine ausgewogene, gesunde Ernährung, wäh-  
rend dies nur 25 Prozent der 18- bis 29-Jährigen  
gelingt. Beim Rauch- und Dampfverhalten verzich-  
ten mit 88 Prozent ältere Menschen am häufigs-  
ten auf den Nikotinkonsum, bei den 46- bis  
65-Jährigen sind es hingegen nur 76 Prozent.  
Auch in Bezug auf einen gesunden Umgang mit  
Stress haben die ältesten Befragten die Nase  
vorn: Sie erreichen mit 31 Prozent den Benchmark  
Stress häufiger als alle anderen, jüngeren Alters-  
gruppen. Bei den 30- bis 45-Jährigen sind es nur  
14 Prozent.

Eine gegenläufige Tendenz zeigt sich wiederum  
bei der körperlichen Aktivität: 72 Prozent der  
Befragten bis 45 Jahren erreichen den Benchmark  
Aktivität, bei den Älteren ab 66 Jahren sind es  
7 Prozentpunkte weniger.

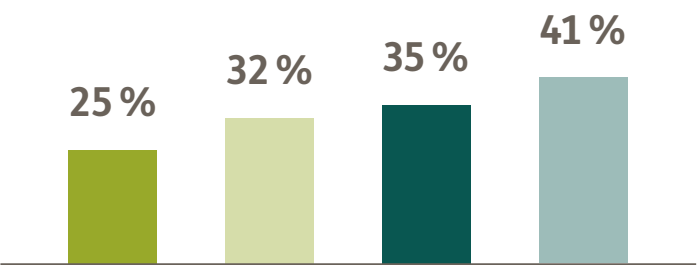


### Benchmark-Realisierung nach Alter

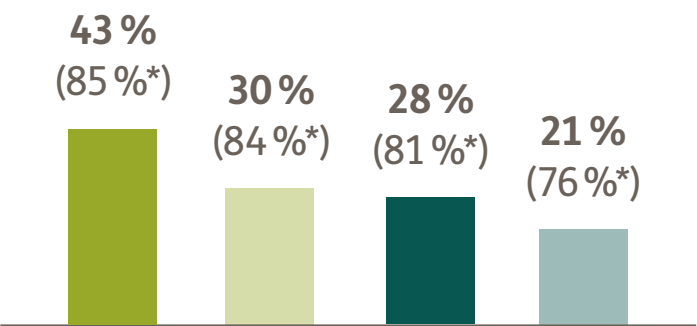
Alle Benchmarks



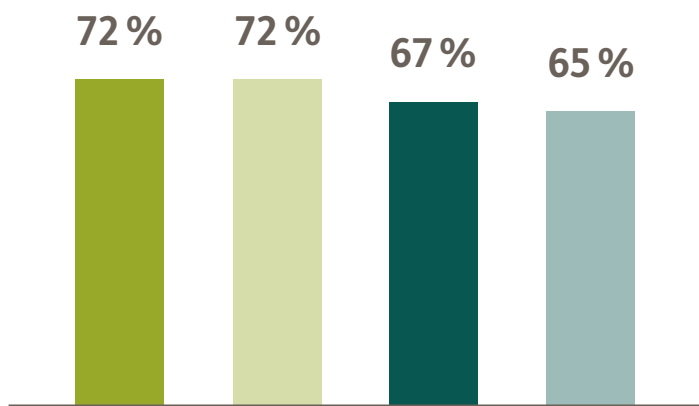
Ernährung



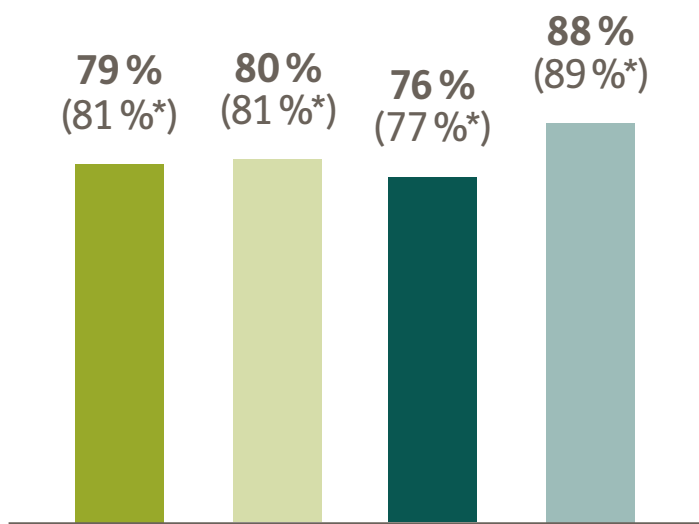
Alkohol



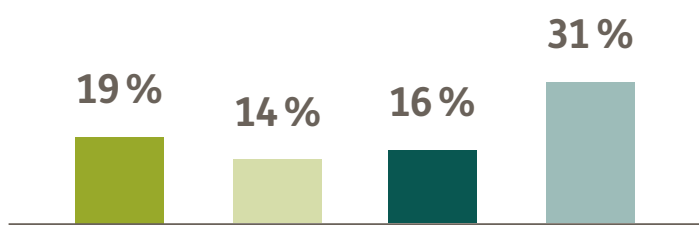
Aktivität



Rauchen/Dampfen



Stress



18-29 Jahre    30-45 Jahre    46-65 Jahre    66 Jahre oder älter

\*Alte Benchmark: Bei Alkohol, Rauchen sowie „alle Benchmarks“ wird zur besseren Vergleichbarkeit der frühere Benchmark (2010-2023) zusätzlich in Klammern dargestellt.



## 2.5 Nach Body-Mass-Index

**Menschen mit Adipositas erreichen alle fünf Benchmarks seltener als normal- und übergewichtige Personen.**

Die aktuelle Analyse nach dem Body-Mass-Index (BMI) offenbart, dass jeweils 3 Prozent der normalgewichtigen (BMI 18,5–24,9) und übergewichtigen (BMI 25–29,9) Menschen alle Benchmarks erreichen, Befragte mit Adipositas (BMI  $\geq 30$ ) hingegen nur 1 Prozent. Diese Unterschiede lassen sich auf spezifische Lebensstilbereiche zurückführen.

So zum Beispiel bei der Bewegung wie auch beim Umgang mit Stress: Adipöse erreichen seltener ein Bewegungsausmaß für einen zusätzlichen

gesundheitlichen Nutzen (62 Prozent) sowie auch ein gesundes Stressempfinden (15 Prozent) als Befragte mit Normal- oder Übergewicht.

Im Bereich Ernährung lässt sich Folgendes beobachten: Übergewichtige Befragte erreichen mit 41 Prozent häufiger den Benchmark Ernährung als Normalgewichtige (31 Prozent) oder Adipöse (28 Prozent).

Beim Rauch- und Dampfverhalten sowie beim Alkoholkonsum zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den BMI-Gruppen.



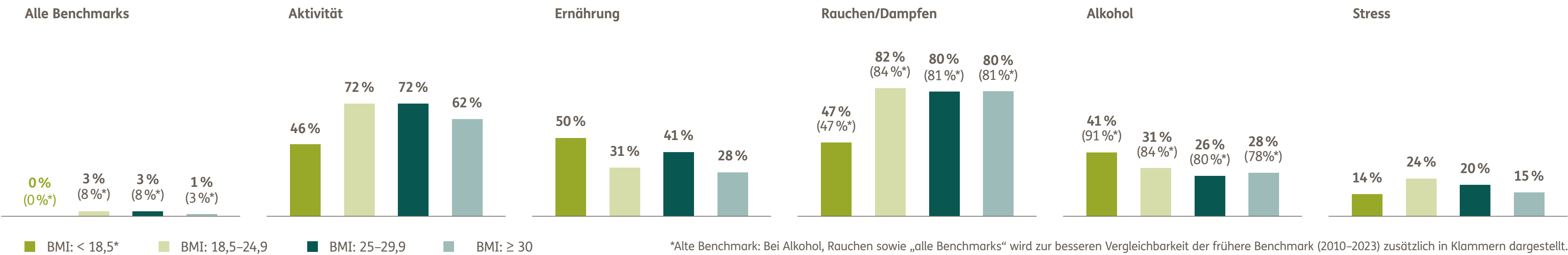
### Hinweis zum Body-Mass-Index (BMI)

Der BMI ist eine Maßzahl zur Bewertung des Körpergewichts im Verhältnis zur Körpergröße. Er wird berechnet, indem das Körpergewicht (kg) durch das Quadrat der Körpergröße (m<sup>2</sup>) geteilt wird. Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet folgende Kategorien:

- Untergewicht:** < 18,5
- Normalgewicht:** 18,5–24,9
- Übergewicht:** 25–29,9
- Adipositas:**  $\geq 30,0$



### Benchmark-Realisierung nach Body-Mass-Index





## 2.6 Nach Bildungsstatus

### Bildung schlägt sich positiv auf einen gesunden Lebensstil nieder.

In Deutschland zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Bildungsstatus und der Realisierung eines rundum gesunden Lebensstils. Befragte mit abgeschlossenem Studium erfüllen die Benchmark für ein rundum gesundes Leben mit 5 Prozent am häufigsten, im Vergleich zu 0 Prozent bei Hauptschulabsolventinnen und -absolventen und 1 Prozent bei Personen mit mittlerer Reife. Diese Unterschiede resultieren aus den einzelnen Lebensstilbereichen. Menschen mit Hochschulabschluss erfüllen beispielsweise mit 75 Prozent den Benchmark körperliche Aktivität häufiger als Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen.

Ein ähnliches Muster zeigt sich bei der gesunden, ausgewogenen Ernährung: Akademikerinnen und Akademiker erreichen den Benchmark Ernährung häufiger als die Befragten aller anderen Bildungsabschlüsse. Zum Beispiel konsumieren sie regelmäßig Vollkornprodukte und täglich fünf Portionen Obst und Gemüse, was bei Hauptschulabsolventinnen und -absolventen seltener der Fall ist.

Auch beim Rauch- und Dampfverhalten schneiden Akademikerinnen und Akademiker wie auch Abiturientinnen und Abiturienten besser ab: Auf Nikotin verzichten 88 Prozent der Personen mit abgeschlossenem Studium, ebenso 84 Prozent mit Abitur, allerdings nur 74 Prozent mit einem Hauptschulabschluss und 76 Prozent mit mittlerer Reife.

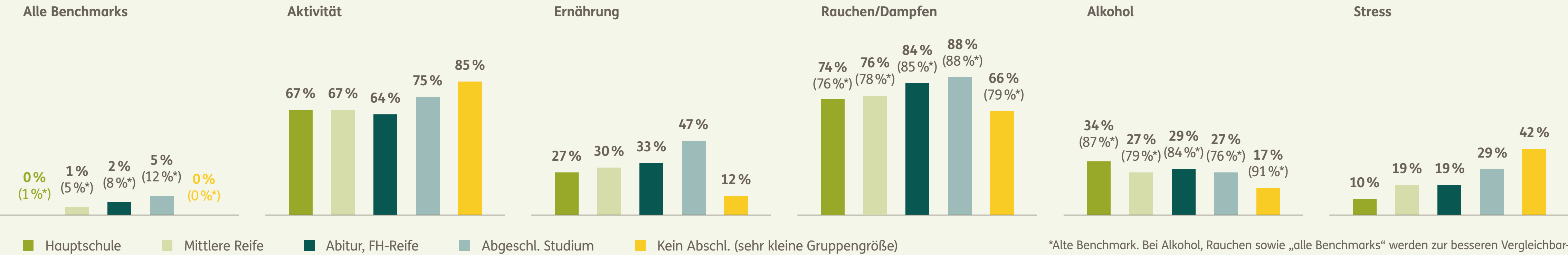
Beim Alkoholbenchmark zeigt sich tendenziell ein anderes Bild: Der Anteil der Personen mit Hauptschulabschluss liegt hier mit 34 Prozent leicht über dem der Befragten mit höheren Bildungsabschlüssen. Insgesamt fallen die Unterschiede jedoch gering aus.

Beim Thema Stress treten die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen wieder deutlich zutage, wobei zwei Gruppen besonders hervorstechen: Personen mit Hauptschulabschluss erreichen mit lediglich 10 Prozent den Benchmark deutlich seltener als alle anderen Bildungsgruppen. Im Gegensatz dazu erfüllen Akademikerinnen und Akademiker diesen Benchmark mit 29 Prozent häufiger als alle übrigen Bildungsgruppen mit Abschluss.

**Die Zahlen des DKV-Reports verdeutlichen die Notwendigkeit, Prävention und Gesundheitsförderung zu intensivieren, um mehr Menschen in Deutschland bei der Erreichung eines gesunden Lebensstils zu unterstützen.**

*Frauke Fiegl*

### Benchmarkrealisierung nach Bildungsstatus



\*Alte Benchmark. Bei Alkohol, Rauchen sowie „alle Benchmarks“ werden zur besseren Vergleichbarkeit die den früheren Benchmarks (2010–2023) entsprechenden Werte in Klammern aufgeführt.



### 3. Körperliche Aktivität

Bewegung ist eine wesentliche gesundheitliche Ressource für Körper und Geist. Bewegung ist nicht nur notwendig, um Krankheiten vorzubeugen, sondern fördert das allgemeine Wohlbefinden und trägt entscheidend zu einem längeren und vor allem gesünderen Leben bei.

Laut der aktuellen Befragung bewegen sich mehr als zwei Drittel der deutschen Bevölkerung ausreichend, um gesundheitliche Vorteile zu erzielen. Dennoch zeigt sich, dass knapp ein Fünftel der Deutschen als körperlich inaktiv gilt, was ein großes Risiko für ihre Gesundheit darstellt. Insbesondere beim Krafttraining gibt es noch viel Entwicklungspotenzial: Nur etwas mehr als ein Drittel erreicht die Empfehlungen für regelmäßiges Muskeltraining.



## Bewegung als Schlüssel für ein gesundes Leben

Regelmäßige körperliche Aktivität ist ein Schlüsselfaktor der Prävention zahlreicher chronischer Erkrankungen und trägt entscheidend zur Gesundheitsförderung in allen Altersgruppen bei.

Die wichtigsten Hebel sind:

- ✓ **Herz-Kreislauf-Gesundheit:** Stärkung des Herz-Kreislauf-Systems und Senkung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall.
- ✓ **Gewichtskontrolle:** Prävention und Unterstützung bei der Behandlung von Übergewicht und Erhalt eines gesunden Körpergewichts.
- ✓ **Blutdruck und Stoffwechsel:** Senkung des Blutdrucks sowie Verbesserung der Stoffwechsel- und Blutfettwerte.
- ✓ **Blutzuckerregulation:** Verbesserung der Blutzuckerregulation und erhöhte Insulinsensitivität, wodurch das Risiko für Typ-2-Diabetes sinkt.
- ✓ **Krebsprävention:** Reduktion des Risikos für bestimmte Krebsarten.
- ✓ **Muskel- und Knochengesundheit:** Stärkung von Muskeln, Knochen, Sehnen und Bändern, was Rückenschmerzen, Sarkopenie und Osteoporose vorbeugen kann.
- ✓ **Psychisches Wohlbefinden:** Förderung des psychischen Wohlbefindens, Stressabbau, Stimmungsaufhellung, Senkung des Depressions- und Demenzrisikos.
- ✓ **Kognitive Leistungsfähigkeit:** Erhalt und Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Gedächtnisleistung.
- ✓ **Soziale Gesundheit:** Förderung der sozialen Gesundheit durch gemeinsame Aktivitäten und Integration.
- ✓ **Immunsystem:** Stärkung des Immunsystems und Förderung der allgemeinen Widerstandskraft.





### 3.1 Im Bundesdurchschnitt

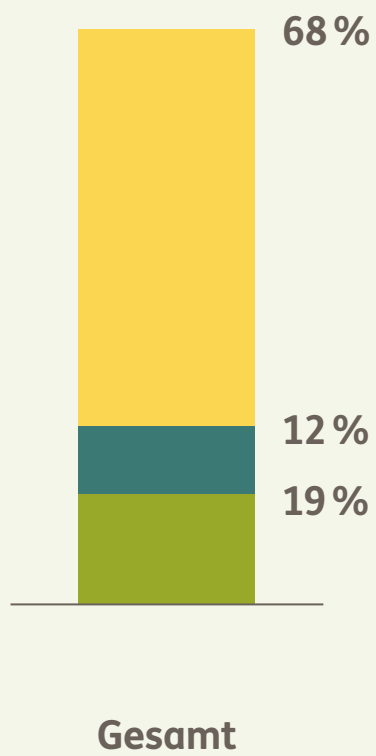
**Fast 70 Prozent erreichen die ausdauerorientierten Bewegungsempfehlungen, doch fast 20 Prozent bleiben inaktiv.**

Mehr als zwei Drittel der befragten Personen erfüllen die empfohlenen Ausdaueraktivitäten, die für zusätzliche gesundheitliche Vorteile sorgen. Allerdings zählt auch fast jeder fünfte Deutsche zu der Gruppe der Inaktiven, was ein gesundheitliches Risiko darstellt.

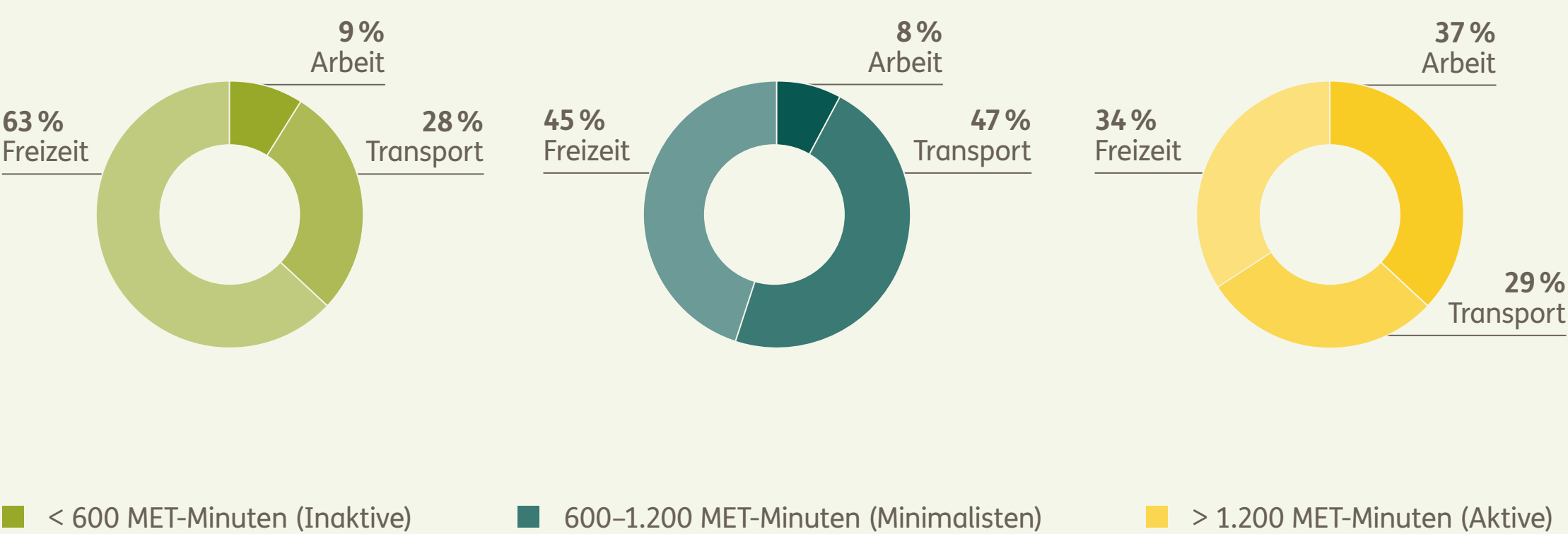
Bei den Aktiven verteilt sich der Anteil der körperlichen Aktivität nahezu gleichmäßig auf die verschiedenen Lebensbereiche Arbeit, Transport und Freizeit. Interessanterweise sind die Inaktiven relativ betrachtet mehr in ihrer Freizeit körperlich aktiv, wenn auch nur wenig. Die Minimalisten zeigen die meiste körperliche Aktivität beim Transport und in der Freizeit.

Über ein Drittel der Deutschen erfüllt die Empfehlungen für Muskelaktivität. Der Anteil der Personen, die die kombinierten Empfehlungen von minimaler Ausdaueraktivität und zweimal wöchentlichem Muskeltraining erreichen, liegt bei 32 Prozent. Diese Daten verdeutlichen die Notwendigkeit, Bewegung und auch Training gezielt in den Alltag zu integrieren, um die gesundheitlichen Vorteile voll auszuschöpfen. Der Bericht bietet wertvolle Einblicke und Ansatzpunkte für zukünftige Initiativen.

Anteil der Befragten in den drei Bewegungskategorien



Anteil der körperlichen Aktivität in den drei Lebensbereichen Arbeit, Transport und Freizeit zur Gesamtaktivität, getrennt für Befragte der drei Bewegungskategorien



#### Die Nicht-Beweger

**12 %**

der Befragten gehen keinerlei Bewegung in den Kontexten Arbeit, Transport und Freizeit nach, die länger als 10 Minuten andauert.

**19 %**

der Befragten gehen keinerlei Bewegung in den Kontexten Transport und Freizeit nach, die länger als 10 Minuten andauert.

#### Anteil der Befragten, die die Empfehlungen zur Muskelaktivität erreichen, sowie prozentualer Anteil der Bevölkerung, der sowohl die Empfehlungen zur ausdauerorientierten Bewegung als auch zur Muskelaktivität erfüllt

**34 %**

Erreichen der Empfehlungen für Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche)

**32 %**

Erreichen der kombinierten Empfehlungen für Ausdauer (mind. 600 MET-Minuten, / – Minimalisten) und Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche)



### 3.2 Im Vergleich zu den Vorjahren

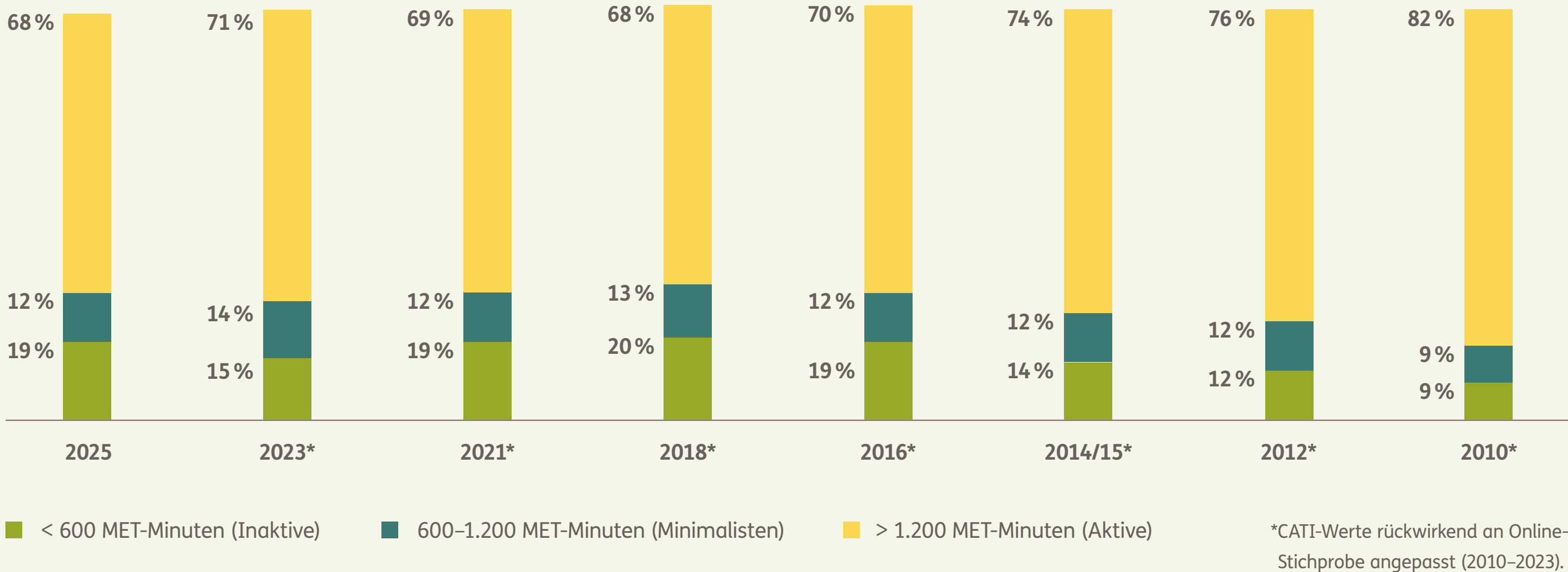
**Körperliche Aktivität bleibt auf stabilem Niveau.**

In der diesjährigen Befragung erreichen 68 Prozent der Befragten den Benchmark für körperliche Aktivität. Seit 2016 bleibt dieser Anteil stabil, mit nur geringfügigen Schwankungen.

Langfristig betrachtet liegt das Aktivitätsniveau jedoch deutlich unter den Spitzenwerten der ersten Erhebungsjahre. Im Jahr 2010 erfüllten noch 82 Prozent der befragten Personen die Kriterien für ein gesundheitsförderliches Aktivitätsniveau. Seitdem ist ein Rückgang um insgesamt 14 Prozentpunkte zu verzeichnen.

Besorgniserregend ist der Anstieg der körperlich Inaktiven, der im Vergleich zur letzten Erhebung wieder leicht zugenommen hat und aktuell bei 19 Prozent liegt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer gezielten Bewegungsförderung.

Benchmark-Realisierung im Jahresvergleich (Online)



Im Bereich der Muskelaktivität und den kombinierten Empfehlungen von Ausdauer und Muskelaktivität besteht derzeit erst ein kurzer Betrachtungszeitraum. Um fundierte Aussagen treffen zu können, gilt es, weitere Erhebungen abzuwarten. Dennoch deutet alles darauf hin, dass in den letzten Jahren keine positive Entwicklung in Bezug auf das Muskeltraining zu verzeichnen war.

**Anteil der Befragten, die die Empfehlungen zur Muskelaktivität bzw. die kombinierten Empfehlungen erreichen, im Jahresvergleich (Online)**



Erreichen der Empfehlungen für Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche)



Erreichen der kombinierten Empfehlungen für Ausdauer (mind. 600 MET-Minuten,/ – Minimalisten) und Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche)

\*CATI-Werte rückwirkend an Online-Stichprobe angepasst (2010–2023).



### 3.3 Im Geschlechtervergleich

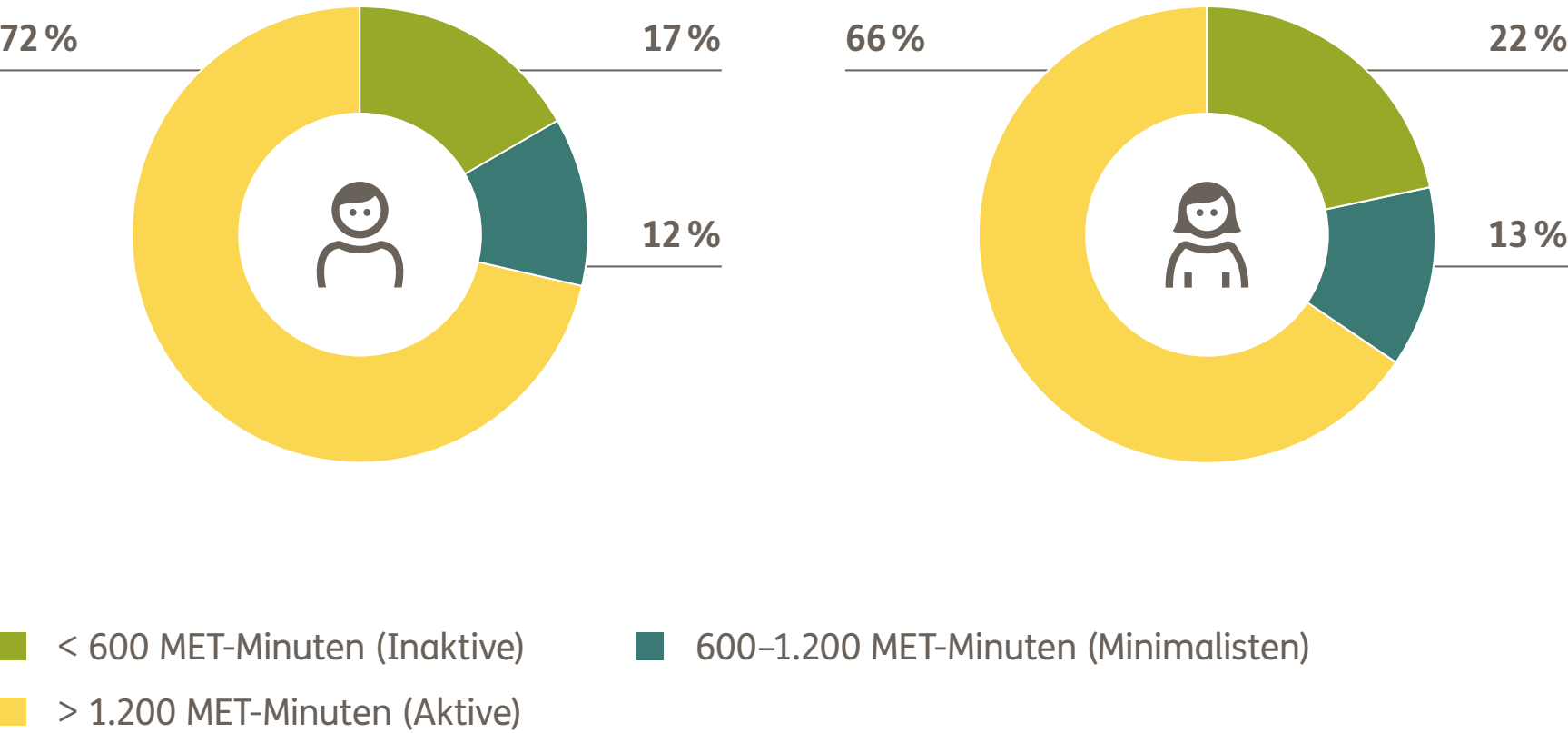
**Männer sind aktiver als Frauen.**

In der aktuellen Erhebung zeigt sich, dass Männer (72 Prozent) häufiger den Benchmark für körperliche Aktivität erreichen als Frauen (66 Prozent). Diese Tendenz setzt sich auch bei den Empfehlungen für Muskeltraining und den kombinierten Bewegungsrichtlinien fort. In beiden Kategorien liegen Männer leicht vorn: 35 Prozent erfüllen die Empfehlungen für Muskeltraining und 34 Prozent die kombinierten Empfehlungen. Frauen folgen dicht, mit 32

Prozent bei den Muskelaktivitätsempfehlungen und mit 30 Prozent bei den kombinierten Empfehlungen.

Das häufig angenommene Muster, wonach Männer eher intensiv und Frauen eher moderat aktiv sind, lässt sich in den erhobenen Daten tendenziell auch erkennen. Um geschlechtsspezifische Unterschiede im Bewegungsverhalten gezielt abzubauen, müssen künftige Maßnahmen an die unterschiedlichen Bedürfnisse und Motivationen von Frauen und Männern angepasst werden.

Bewegungskategorien nach Geschlecht



Anteil der Befragten, die die Empfehlungen zur Muskelaktivität bzw. die kombinierten Empfehlungen erreichen, nach Geschlecht

35 %

der Männer erreichen die Empfehlungen für Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche).

32 %

der Frauen erreichen die Empfehlungen für Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche).

34 %

der Männer erreichen die kombinierten Empfehlungen für Ausdauer (mind. 600 MET-Minuten,/ – Minimalisten) und Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche).

30 %

der Frauen erreichen die kombinierten Empfehlungen für Ausdauer (mind. 600 MET-Minuten,/ – Minimalisten) und Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche).



### 3.4 Im Altersvergleich

**Aktiv durch alle Lebensphasen: Nur leichte Unterschiede zwischen den Generationen.**

Junge und ältere Menschen erfüllen den Benchmark für körperliche Aktivität in ähnlicher Häufigkeit, obwohl mit zunehmendem Alter eine leichte Abnahme erkennbar ist. Die Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen sowie die Altersgruppe der 30- bis 45-Jährigen erreichen mit jeweils 72 Prozent den Benchmark für körperliche Aktivität. Bei den 46- bis 65-Jährigen sind es 67 Prozent und die über 66-Jährigen erreichen 65 Prozent.

In Bezug auf Muskelaktivität und die kombinierten Empfehlungen für Ausdauer- und Muskelaktivität zeigen sich stabile Anteile über alle Altersgruppen hinweg: Etwa ein Drittel der befragten Personen erfüllt die entsprechenden Empfehlungen.

Diese Daten verdeutlichen, dass trotz altersbedingter Veränderungen viele Menschen aktiv bleiben. Regelmäßige körperliche Aktivität und Training können dazu beitragen, altersbedingten Gesundheitsproblemen vorzubeugen und die Lebensqualität zu verbessern.

Wichtig ist es allerdings, insbesondere auch im Alter, die Muskeln zu trainieren, um die Selbstständigkeit und somit die Lebensqualität zu erhalten. Hier bedarf es noch viel mehr Aufklärung und vor allem Handelns, damit ein Muskeltraining über die Altersspanne hinweg zur Selbstverständlichkeit wird.



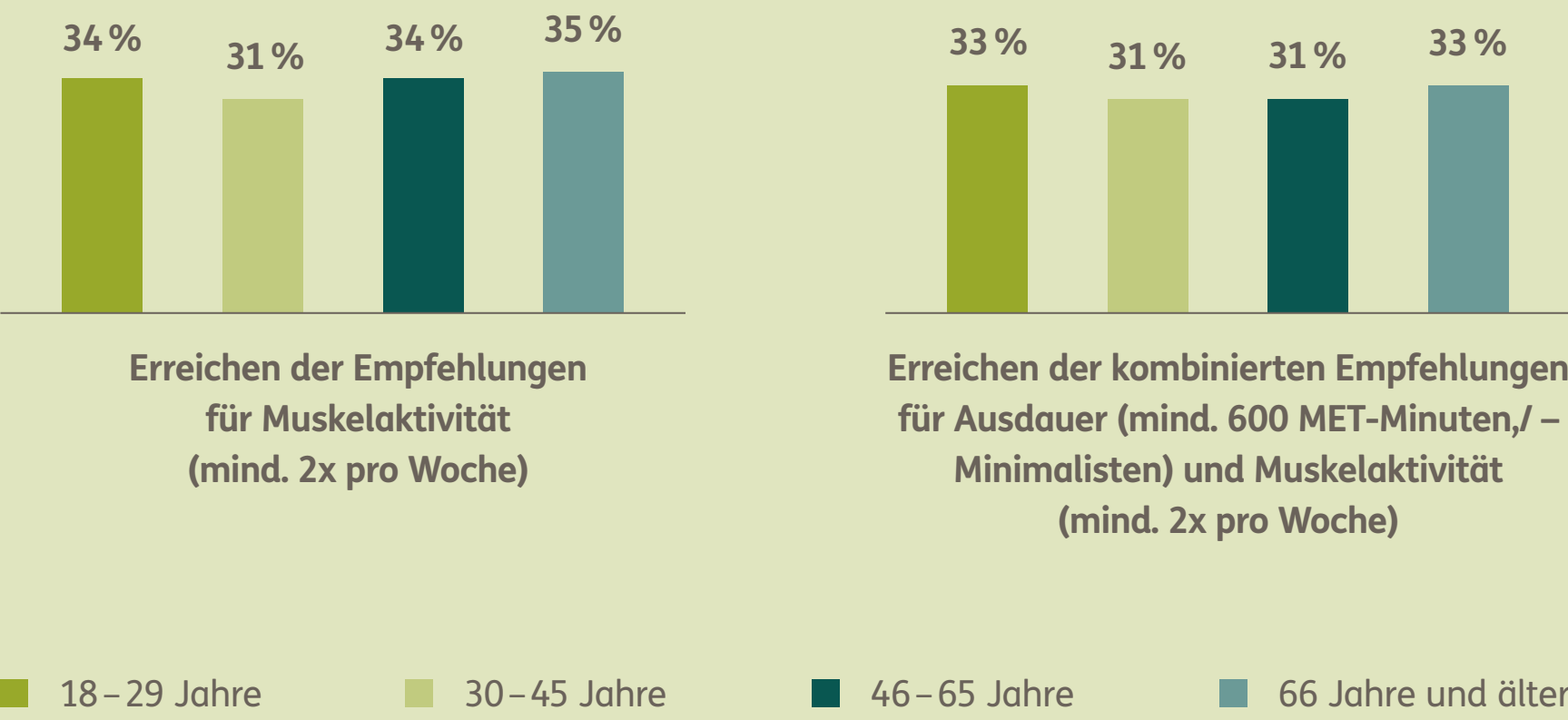
**Es ist nie zu spät, mit einem Training der Muskeln zu beginnen! Es lohnt sich immer!**

Prof. Ingo Froböse

**Bewegungskategorien nach Altersgruppen**  
(Angaben in Prozent)

Alter	18–29 Jahre	30–45 Jahre	46–65 Jahre	66 Jahre und älter
< 600 MET-Minuten (Inaktive)	19	14	22	20
600–1.200 MET-Minuten (Minimalisten)	9	14	11	15
> 1.200 MET-Minuten (Aktive)	72	72	67	65

**Anteil der Befragten, die die Empfehlungen zur Muskelaktivität bzw. die kombinierten Empfehlungen erreichen, nach Altersgruppen**





### 3.5 Nach Body-Mass-Index

**BMI und Bewegung: Normal- und Übergewichtige aktiver als Adipöse.**

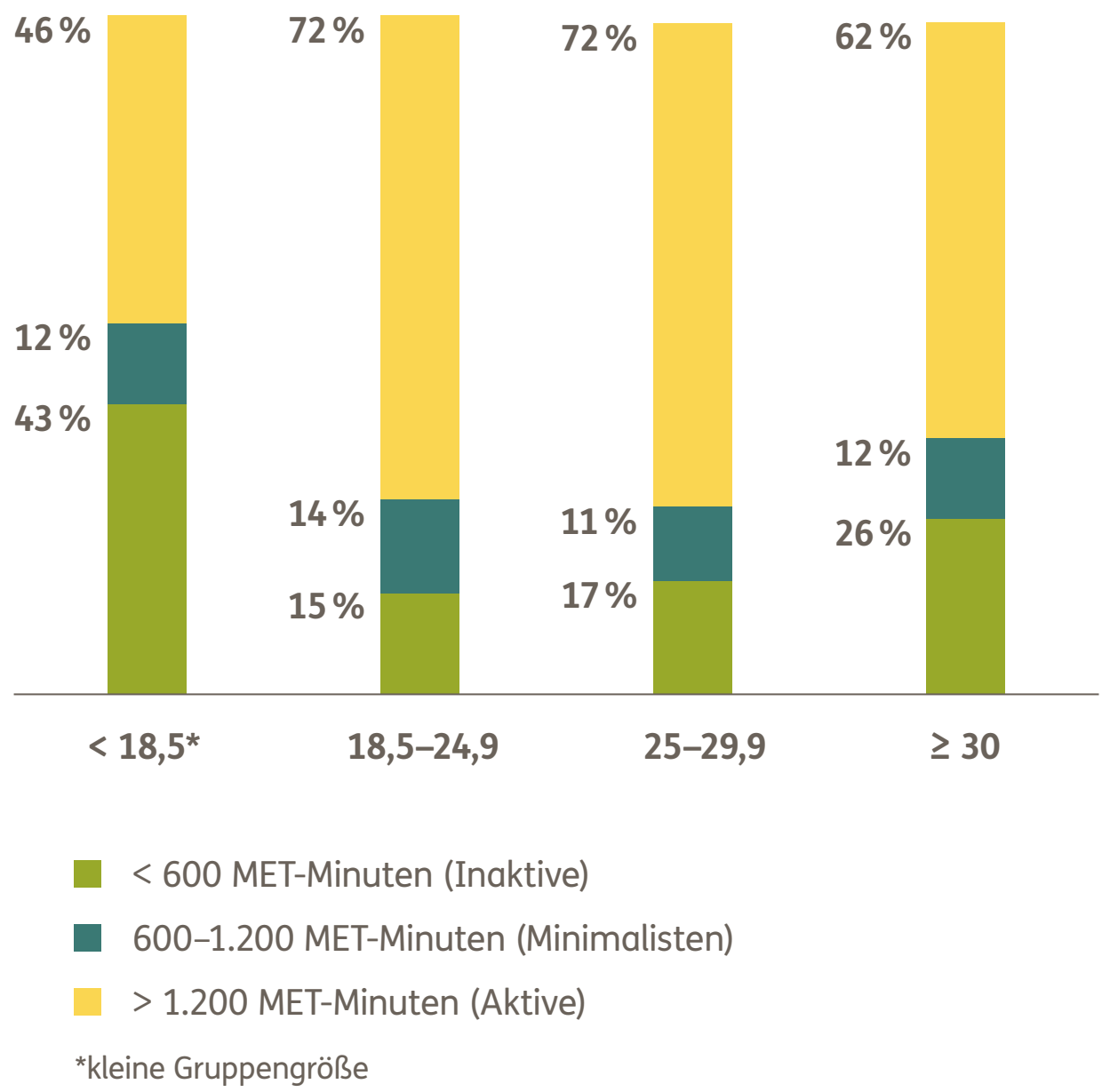
Die aktuelle Analyse zeigt Unterschiede bei der körperlichen Aktivität in Abhängigkeit vom Body-Mass-Index (BMI). Personen mit Normal- und Übergewicht erreichen mit jeweils 72 Prozent häufiger die Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für einen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen als Befragte mit Adipositas.

Auch bei der Muskelaktivität gibt es klare Unterschiede mit dem Gewicht-Größen-Verhältnis: 40 Prozent der Normalgewichtigen, 39 Prozent der Übergewichtigen, aber nur 21 Prozent der adipösen Befragten erfüllen den Benchmark. Bei der Kombination von Ausdauer- und Muskelaktivität sind die Unterschiede ebenfalls deutlich: 39 Prozent der Normalgewichtigen und 36 Prozent der Übergewichtigen erfüllen die kombinierten Empfehlungen, hingegen nur 19 Prozent der Adipösen.

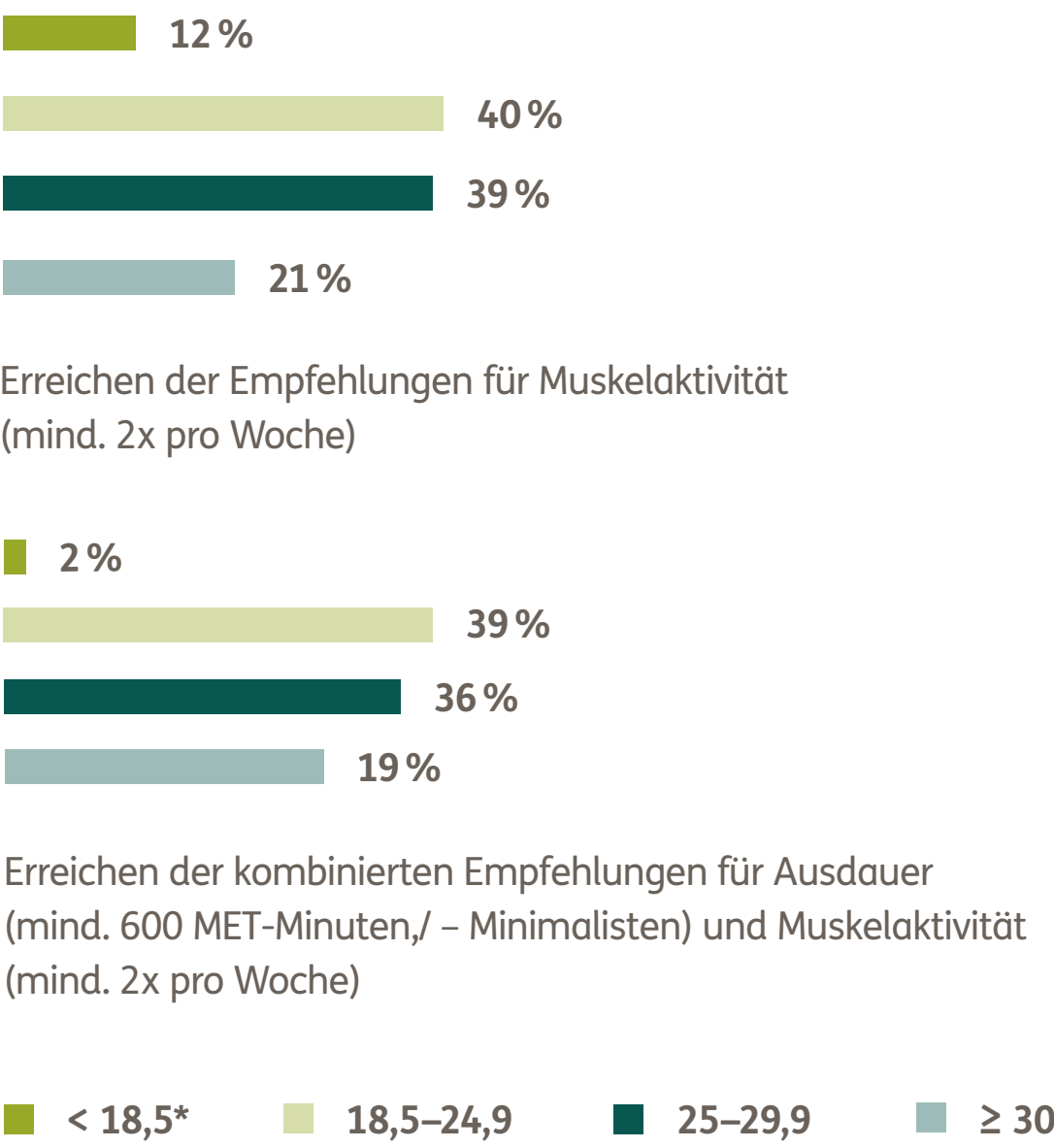
Diese Unterschiede verdeutlichen die besonderen Herausforderungen, denen Menschen mit Adipositas gegenüberstehen. Sie unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität und insbesondere von Muskeltraining in dieser Bevölkerungsgruppe. Muskelgewebe ist selbst in Ruhe metabolisch aktiv und trägt dazu bei, den Ruheumsatz zu erhöhen, was sich nachhaltig positiv auf die Energiebilanz auswirkt und die Stoffwechselsituation verbessert.



**Bewegungskategorien nach BMI**



**Anteil der Befragten, die die Empfehlungen zur Muskelaktivität bzw. die kombinierten Empfehlungen erreichen, nach Body-Mass-Index**





### 3.6 Nach Bildungsstatus

**Bewegungsverhalten unterscheidet sich nach Bildungsstatus: Akademikerinnen und Akademiker sind häufiger aktiv.**

Die Erhebung zeigt, dass der akademische Abschluss mit einem höheren Aktivitätsniveau einhergeht. Personen mit abgeschlossenem Studium erreichen zu 75 Prozent den Benchmark für körperliche Aktivität, während Personen mit mittlerer Reife oder Hauptschulabschluss diesen zu 67 Prozent erreichen und Personen mit Abitur oder Fachhochschulreife zu 64 Prozent.

Im Umkehrschluss sind Personen mit einem abgeschlossenen Studium seltener inaktiv als alle anderen Bildungsgruppen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Benchmarks für muskelkräftigende Aktivität sowie für die kombinierten Empfehlungen von Ausdauer- und Muskelaktivität: Personen mit Studienabschluss erfüllen diese häufiger als alle anderen Bildungsgruppen. Auch Personen mit Abitur schneiden besser ab als die Befragten mit mittlerer Reife.

Die Ergebnisse unterstreichen die zentrale Rolle von Bildung für die Förderung eines aktiven Lebensstils und eines gesundheitsfördernden Verhaltens.

**Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, präventive Maßnahmen gezielt an bildungsbenachteiligte Gruppen zu richten.**

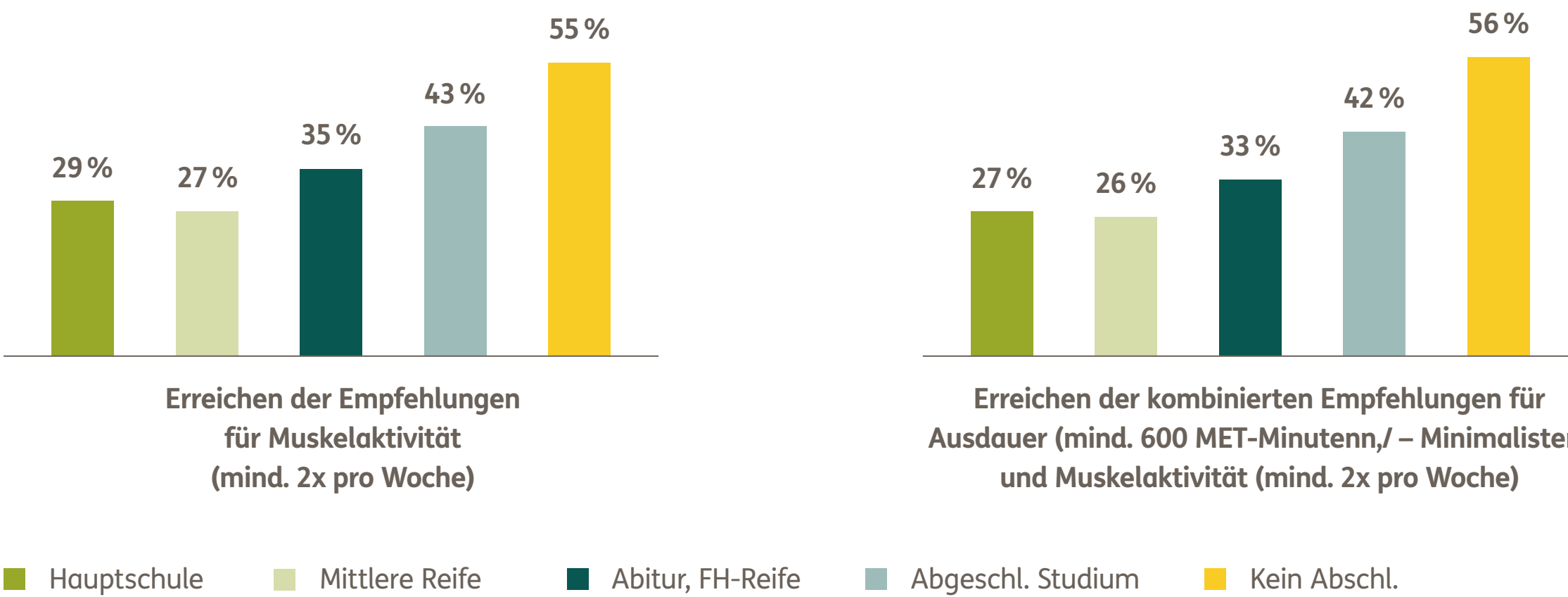
Besonders niedrigschwellige, zielgruppenspezifische Programme zur Bewegungsförderung – etwa in Schule, Berufsausbildung oder am Arbeitsplatz – sollten weiter ausgebaut werden, um chancengerechtes Bewegungsverhalten zu unterstützen.

**Bewegungskategorien nach Bildungsstatus**  
(Angaben in Prozent)

Bildungsstatus	Haupt- schule	Mittlere Reife	Abitur, FH-Reife	Abgeschl. Studium	Kein Abschluss*
< 600 MET-Minuten (Inaktive)	21	21	21	14	10
600–1.200 MET-Minuten (Minimalisten)	12	12	15	11	6
> 1.200 MET-Minuten (Aktive)	67	67	64	75	85

\*sehr kleine Gruppengröße

**Anteil der Befragten, die die Empfehlungen zur Muskelaktivität bzw. die kombinierten Empfehlungen erreicht haben, nach Bildungsstatus**





## 4. Sitzzeiten im Alltag

**Langes Sitzen ist weit verbreitet in unserem Lebensalltag und stellt ein bedeutendes Gesundheitsrisiko dar.**

Abgesehen von einem erhöhten Risiko in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und andere chronische Krankheiten leidet auch die Psyche und die Vulnerabilität für eine reduzierte Lebensqualität steigt. Um die Gefährdung zu minimieren, ist es entscheidend, Strategien zu entwickeln, die es ermöglichen, Sitzzeiten aktiv zu unterbrechen und durch Bewegung zu ersetzen.



## 4.1 Im Bundesdurchschnitt

Sitzzeiten steigen weiter auf einem hohen Niveau.

Die Deutschen verbringen an einem Werktag durchschnittlich über zehn Stunden im Sitzen. Die Analyse zeigt, dass etwa 80 Minuten auf Wegezeiten entfallen, sei es im Auto, Bus oder Bahn. Am Arbeitsplatz sitzen die Menschen im Durchschnitt nahezu 3,5 Stunden, während sie etwa 2,5 Stunden vor dem Fernseher verweilen. Die Nutzung von Computern oder Tablets beansprucht weitere 1,5 Stunden. Schließlich sitzen die Befragten in der übrigen Freizeit im Mittel weitere 82 Minuten.

Die alarmierend hohen Sitzzeiten verdeutlichen die dringende Notwendigkeit für grundlegende Änderungen in unserem Lebensalltag, die zu mehr Bewegung führen.

Dazu gehören Bewegungspausen, das Überdenken von tief verwurzelten Gewohnheiten, wie das ununterbrochene Sitzen während des Lernens oder Arbeitens oder die übermäßige Nutzung sozialer Medien, als auch ein Mehr an täglicher Bewegung. Ungefähr eine Stunde moderat-intensiver Bewegung pro Tag ist hierbei ein guter Richtwert, um täglich lange Sitzzeiten von über 8 Stunden gesundheitlich auszugleichen.



### Mittelwert und Median der werktäglichen Sitzzeiten im Bundesdurchschnitt

(Angaben in Minuten pro Werktag)

	Mittelwert*	Median**
Von Ort zu Ort fahren	80	60
Arbeit	204	180
Fernsehen	154	150
Computer	93	60
Freizeit	82	60
Gesamt	613	623

\*Der Mittelwert ist die Summe aller Werte, geteilt durch die Anzahl der Werte.  
\*\*Der Median ist der Wert, der in der Mitte liegt, wenn alle Daten der Größe nach geordnet sind.

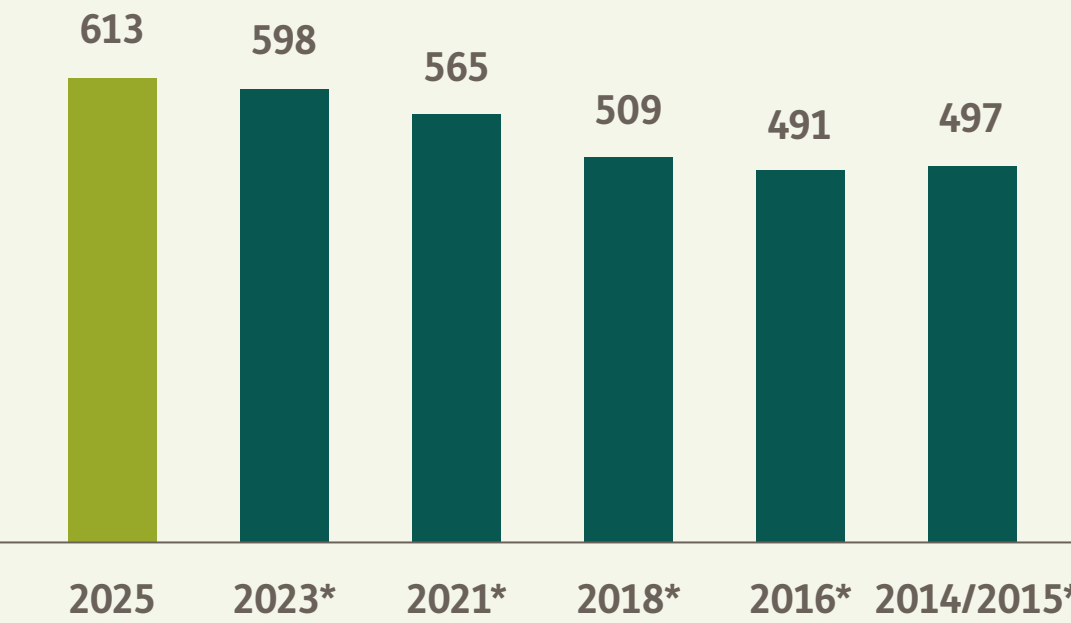
## 4.2 Im Vergleich zu den Vorjahren

Sitzzeiten auf Höchststand: Deutsche verharren zunehmend im Sitzen.

Der Trend zu langen Sitzzeiten in Deutschland zeigt keine Anzeichen einer Umkehr. In den vergangenen Jahren hat die durchschnittliche tägliche Sitzzeit der Deutschen kontinuierlich zugenommen. Laut der aktuellen Online-Befragung verbringen die Menschen durchschnittlich 613 Minuten pro Werktag sitzend. Dies stellt einen erneuten Anstieg im Vergleich zu 2023 mit 598 Minuten dar und verdeutlicht den ungebrochenen Trend zu längeren Sitzzeiten.

### Gesamtsitzzeiten werktags (Mittelwert) im Vergleich zu den Vorjahren (Online)

(Angaben in Minuten)



\*CATI-Werte rückwirkend an Online-Stichprobe angepasst.



### 4.3 Im Geschlechtervergleich

**Männer sitzen insgesamt mehr, vor allem am Arbeitsplatz, während Frauen in ihrer Freizeit länger sitzen.**

Die aktuelle Umfrage beleuchtet die Unterschiede im Sitzverhalten zwischen Männern und Frauen und zeigt interessante Unterschiede auf. Männer verbringen an Werktagen durchschnittlich rund 10,5 Stunden sitzend, fast eine halbe Stunde länger als Frauen, die im Schnitt 10 Stunden sitzen. Der auffälligste Unterschied zeigt sich am Arbeitsplatz:

Männer sitzen hier durchschnittlich 221 Minuten, während Frauen nur 188 Minuten aufbringen.

Auch beim Sitzen während der Alltagsmobilität, wie dem Pendeln, liegen die Männer mit 86 Minuten vor den Frauen mit 75 Minuten.

Beim Fernsehkonsum sind die Geschlechter fast gleichauf: Männer sitzen werktags 150 Minuten vor dem Fernseher, Frauen 157 Minuten. Bei der Freizeitnutzung zeigt sich allerdings ein umgekehrtes Bild:

Frauen verbringen in der Freizeit mit durchschnittlich 90 Minuten mehr Zeit sitzend als Männer, die hier auf 73 Minuten kommen.

Diese Ergebnisse fordern zielgruppenspezifische Maßnahmen gegen zunehmende Sitzzeiten. Es wird deutlich, dass Männer und Frauen zum Teil verschiedene Prioritäten, Aufgaben und Lebensstile haben, die sich auch in ihren Sitzgewohnheiten widerspiegeln.

221 Min.



verbringen Männer bei der Arbeit durchschnittlich im Sitzen

188 Min.



verbringen Frauen bei der Arbeit durchschnittlich im Sitzen

Mittelwert (und Median) der Sitzzeiten werktags nach Geschlecht  
(Minuten pro Werktag)

Von Ort zu Ort fahren



Computer



Arbeit



Freizeit



Fernsehen

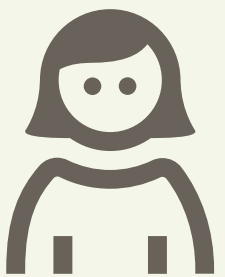


■ Männer, Mittelwert    ■ Frauen, Mittelwert

Gesamt  
(Minuten pro Werktag)



627 (640)



600 (600)



## 4.4 Im Altersvergleich

### Jüngere Erwachsene führen das Ranking der Sitzzeiten an.

In der heutigen Gesellschaft verbringen jüngere Erwachsene, insbesondere die 18- bis 29-Jährigen, die meiste Zeit im Sitzen. Die aktuelle Untersuchung zeigt, dass diese Altersgruppe an Werktagen durchschnittlich rund 11 Stunden sitzt. Der Großteil dieser Zeit entfällt auf den Arbeitsplatz, wo die jungen Erwachsenen rund 289 Minuten täglich verbringen, gefolgt von 100 Minuten während der Mobilität.

Auch die Altersgruppe der 30- bis 45-Jährigen zeigt eine hohe Sitzdauer. Sie verbringen im Schnitt 632 Minuten, also etwa 10,5 Stunden sitzend. Vor allem lange Arbeitszeiten, die mit 265 Minuten zu Buche schlagen, tragen zu dieser hohen Sitzdauer bei.

Bei den 46- bis 65-Jährigen reduziert sich die durchschnittliche Sitzzeit auf 585 Minuten. Interessanter-

weise verlagert sich die Sitzdauer in dieser Gruppe stärker in Richtung Fernsehkonsum, der mit 151 Minuten pro Tag einen höheren Stellenwert einnimmt als bei den jüngeren Erwachsenen.

Auch bei den über 66-Jährigen, die ebenfalls 10 Stunden pro Werktag im Sitzen verbringen, sind der Fernsehkonsum mit 204 Minuten und die Nutzung von Computern und Tablets mit 112 Minuten bemerkenswert hoch. In diesen Bereichen übertreffen sie sogar die jüngeren Altersgruppen, was auf einen Wandel in den Freizeitgewohnheiten hinweist.

Diese Zahlen verdeutlichen nicht nur besorgniserregende Trends in Bezug auf Sitzzeiten, sondern auch die Notwendigkeit, Maßnahmen zur Förderung eines aktiveren Lebensstils zu ergreifen. Expertinnen und Experten empfehlen regelmäßige Bewegungspausen, um gesundheitlichen Risiken, die mit einem sitzenden Lebensstil verbunden sind, zu minimieren.

### Mittelwert und Median der Sitzzeiten werktags im Altersvergleich (Minuten pro Werktag)

18 bis 29 Jahre	Mittelwert	Median
Von Ort zu Ort fahren	100	60
Arbeit	289	300
Fernsehen	116	120
Computer	87	60
Freizeit	74	60
Gesamt	667	690

30 bis 45 Jahre	Mittelwert	Median
Von Ort zu Ort fahren	77	60
Arbeit	265	293
Fernsehen	129	120
Computer	85	60
Freizeit	76	60
Gesamt	632	635

 Sitzzeiten im Altersvergleich 2025

### 18–29 Jahre

- Höchste Sitzzeit: 667 Minuten (mehr als 11 Stunden im Mittel).
- Sitzen besonders viel bei der Arbeit und auf Fahrtwegen.

### 66 Jahre und älter

- 599 Minuten tägliche Sitzzeit (knapp 10 Stunden im Mittel).
- Zeigen Spitzenwerte beim Fernseh- (204 Min.) und freizeitlichen Computergebrauch (112 Min.).



Mittelwert und Median der Sitzzeiten werktags im Altersvergleich  
(Minuten pro Werktag)

46 bis 65 Jahre	Mittelwert	Median
Von Ort zu Ort fahren	71	40
Arbeit	200	180
Fernsehen	151	150
Computer	87	60
Freizeit	76	60
Gesamt	585	600

66 Jahre und älter	Mittelwert	Median
Von Ort zu Ort fahren	84	60
Arbeit	97	60
Fernsehen	204	180
Computer	112	120
Freizeit	102	105
Gesamt	599	600



## 4.5 Nach Body-Mass-Index

### Fernsehen als Sitzfalle: Höhere Sitzzeiten während des Fernsehens bei Menschen mit Adipositas.

Bei der Analyse der Zusammenhänge zwischen Body-Mass-Index (BMI) und Sitzzeiten zeigt sich ein bemerkenswertes Muster: Personen mit Adipositas, definiert durch einen BMI von 30 oder höher, verbringen mehr Zeit sitzend vor dem Fernseher. An Werktagen sitzen sie insgesamt durchschnittlich 618 Minuten. Ein erheblicher Anteil dieser Zeit, nämlich 173 Minuten täglich, entfällt auf das Fernsehen. Diese Zahl übersteigt deutlich die Fernsehsitzzeiten von Menschen in niedrigeren Gewichtskategorien.

Interessanterweise zeigt sich beim Sitzen während der Arbeit ein umgekehrtes Bild: Normalgewichtige

verbringen tendenziell mehr Zeit sitzend am Arbeitsplatz als Personen mit Übergewicht oder Adipositas.

Diese Beobachtungen unterstreichen, dass Maßnahmen zur Reduzierung von Sitzzeiten kontext- und zielgruppenspezifisch gestaltet werden müssen. Sie betonen die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes zur Förderung eines aktiveren Lebensstils, der sowohl berufliche als auch private Aktivitäten berücksichtigt. Damit beispielsweise Fernsehen nicht zur „Sitzfalle“ wird, was nicht selten mit weiteren risikobehafteten Verhaltensweisen wie Snacking einhergeht, braucht es Maßnahmen, die auf Aufklärung, Verhaltensänderung und die Schaffung von Anreizen für körperliche Aktivität, zum Beispiel in der Freizeit, abzielen.

 Sitzzeiten nach Körpergewicht 2025

### BMI 18,5–24,9

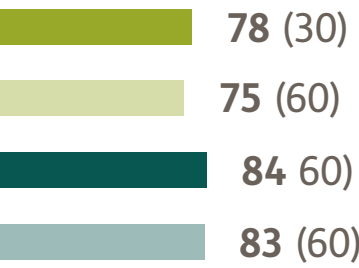
- 609 Minuten tägliche Sitzzeit.
- Sitzen mehr bei der Arbeit als Menschen in höheren Gewichtsgruppen.

### BMI ≥ 30

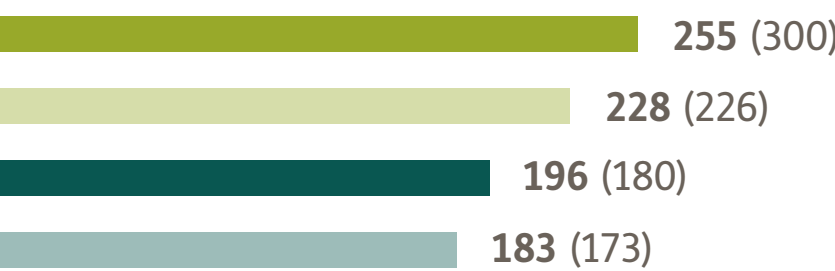
- 618 Minuten tägliche Sitzzeit.
- Ein Schwerpunkt liegt beim Fernsehen (173 Min.) – hier sitzen sie länger als Menschen mit geringerem Body-Mass-Index.

Mittelwert (und Median) der Sitzzeiten werktags nach Körpergewicht (BMI)  
(Minuten pro Werktag)

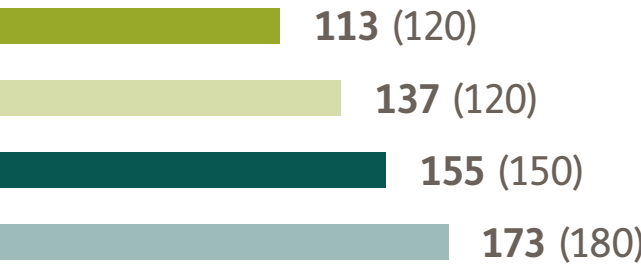
Von Ort zu Ort fahren



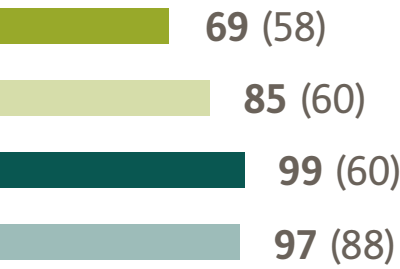
Arbeit



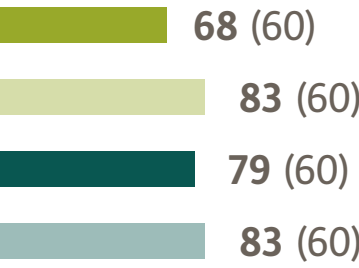
Fernsehen



Computer



Freizeit



Gesamt  
(Minuten pro Werktag)

582 (700)

BMI < 18,5\*

609 (620)

BMI 18,5–24,9

612 (632)

BMI 25–29,9

618 (615)

BMI ≥ 30

- BMI < 18,5\*
- BMI 18,5–24,9
- BMI 25–29,9
- BMI ≥ 30

\*sehr kleine Gruppengröße



## 4.6 Nach Bildungsstatus

### Höherer Bildungsstatus geht mit längeren Sitzzeiten einher.

Eine Beobachtung des Zusammenhangs zwischen Bildungsstatus und Sitzverhalten zeigt, dass Personen mit Abitur oder akademischem Abschluss an Werktagen deutlich mehr Zeit im Sitzen verbringen als Personen mit einem Hauptschulabschluss. Absolventinnen und Absolventen von Abitur oder Fachhochschulreife erreichen täglich durchschnittlich 644 Minuten Sitzzeit, was die 10-Stunden-Marke deutlich überschreitet. Besonders ausgeprägt ist bei ihnen die Sitzzeit während der Arbeit, wo sie im Durchschnitt 4,5 Stunden sitzen. Im Vergleich dazu verbringen Personen mit Hauptschulabschluss mit nur 89 Minuten die geringste Zeit sitzend bei der Arbeit.

Auch Hochschulabsolventinnen und -absolventen weisen mit 628 Minuten eine hohe Sitzzeit pro Werktag auf, wobei die meiste Zeit ebenfalls am Arbeitsplatz verbracht wird. Demgegenüber sitzen Personen mit mittlerer Reife durchschnittlich 603 Minuten pro Werktag und Personen mit Hauptschulabschluss 574 Minuten.

Besonders auffällig ist, dass Personen mit Hauptschulabschluss einen deutlich höheren Anteil ihrer Sitzzeit mit Fernsehen (189 Minuten), Computernutzung (115 Minuten) und sonstigen Freizeitaktivitäten (98 Minuten) verbringen als Personen mit höheren Bildungsabschlüssen.

Die erhobenen Daten verdeutlichen die vorhandenen Unterschiede zwischen Bildungsabschluss und dem Sitzverhalten, wobei ein höherer Bildungsstatus oft mit längeren Sitzzeiten am Arbeitsplatz verbunden ist. Dies könnte auf die Art der beruflichen Tätigkeiten hinweisen, die mit höheren Bildungsabschlüssen verbunden sind. Gleichzeitig zeigt sich, dass Personen mit niedrigerem Bildungsstatus einen größeren Teil ihrer Sitzzeit in der Freizeit verbringen, was möglicherweise unterschiedliche Lebensstile und Freizeitpräferenzen reflektiert.

Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit differenzierter und ganzheitlicher Ansätze zur Förderung eines aktiveren Lebensstils, die sowohl berufliche als auch private Aktivitäten einbeziehen und neben Anreizen zur körperlichen Betätigung auch bewegungseinladende Umgebungen schaffen.

272 Min.

sitzen Absolventinnen und Absolventen mit Abitur oder Fachhochschulreife bei der Arbeit

89 Min.

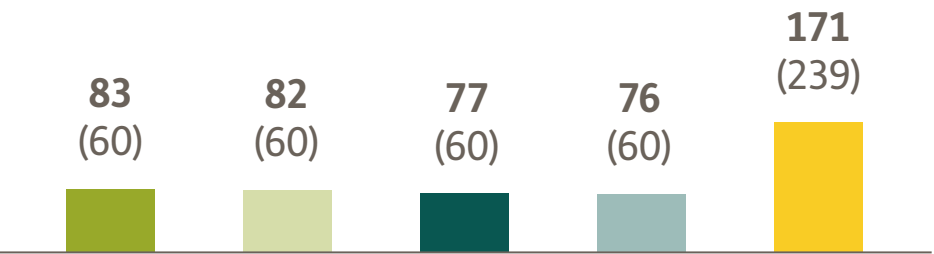
sitzen Personen mit Hauptschulabschluss bei der Arbeit



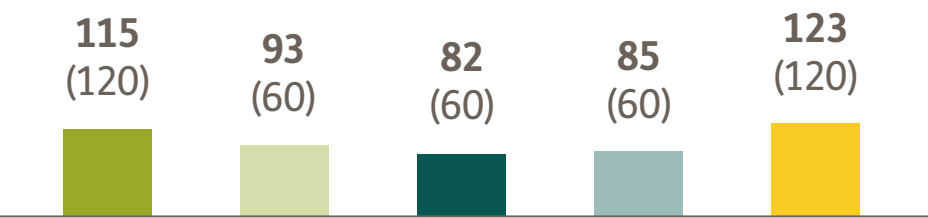


Mittelwert (und Median) der Sitzzeiten werktags nach Bildungsstatus  
(Minuten pro Werktag)

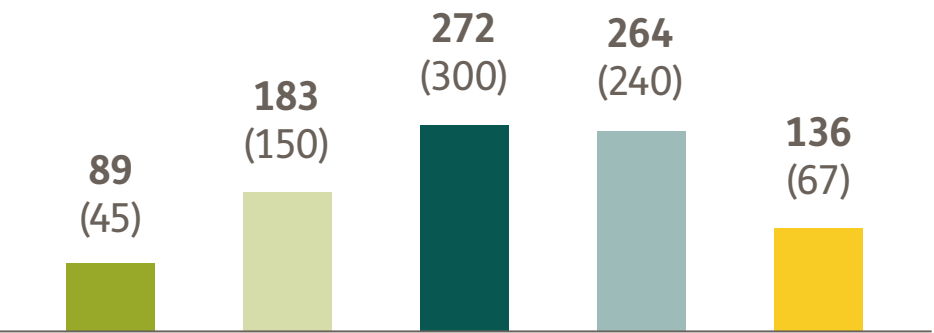
Von Ort zu Ort fahren



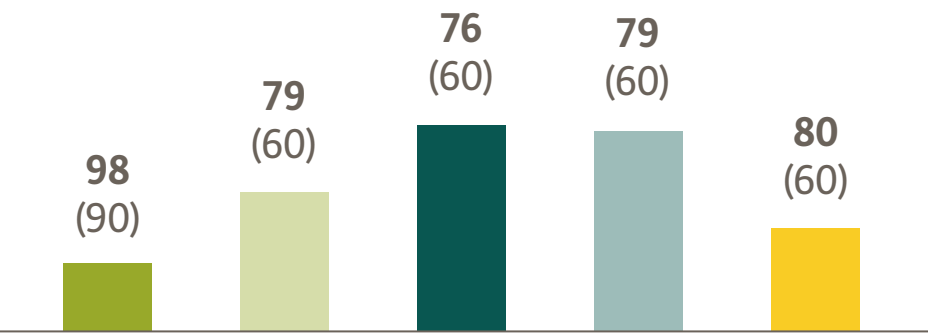
Computer



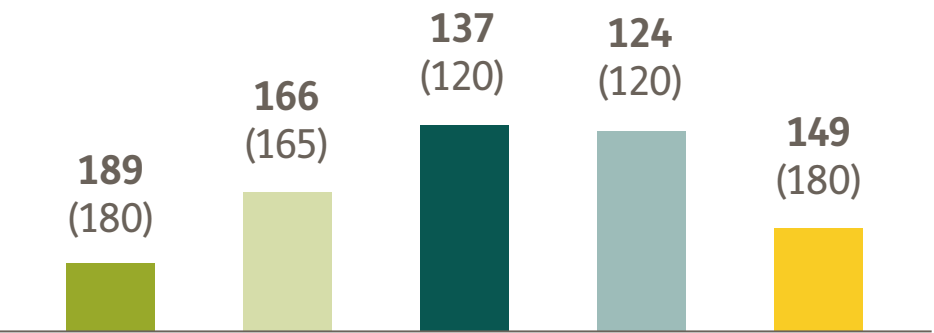
Arbeit



Freizeit



Fernsehen



**Gesamt** (Minuten pro Werktag)

Hauptschule: 574 (570)

Mittlere Reife: 603 (600)

Abitur, FH-Reife: 644 (660)

Abgeschl. Studium: 628 (660)

Kein Abschl.\* : 660 (688)

■ Hauptschule ■ Mittlere Reife ■ Abitur, FH-Reife ■ Abgeschl. Studium ■ Kein Abschl.\*

\*sehr kleine Gruppengröße



Dieser gefährliche Trend muss dringend gebrochen werden: Wir brauchen eine gesellschaftliche Bewegung, die vom Sitzen wegführt und einen Alltag ermöglicht, in dem Bewegung erlaubt, unterstützt und sogar belohnt wird.

Prof. Ingo Froböse



## 5. Gesundheits- risiko durch Bewegungs- und Sitzverhalten

Mit ungefähr 60 Minuten Bewegung pro Tag kann das durch langes Sitzen erhöhte Gesundheitsrisiko – insbesondere in Bezug auf eine verkürzte Lebenszeit – Studien zufolge weitestgehend ausgeglichen werden. Regelmäßige Bewegung ist daher unerlässlich, um die negativen Auswirkungen eines sitzenden Lebensstils zu minimieren.



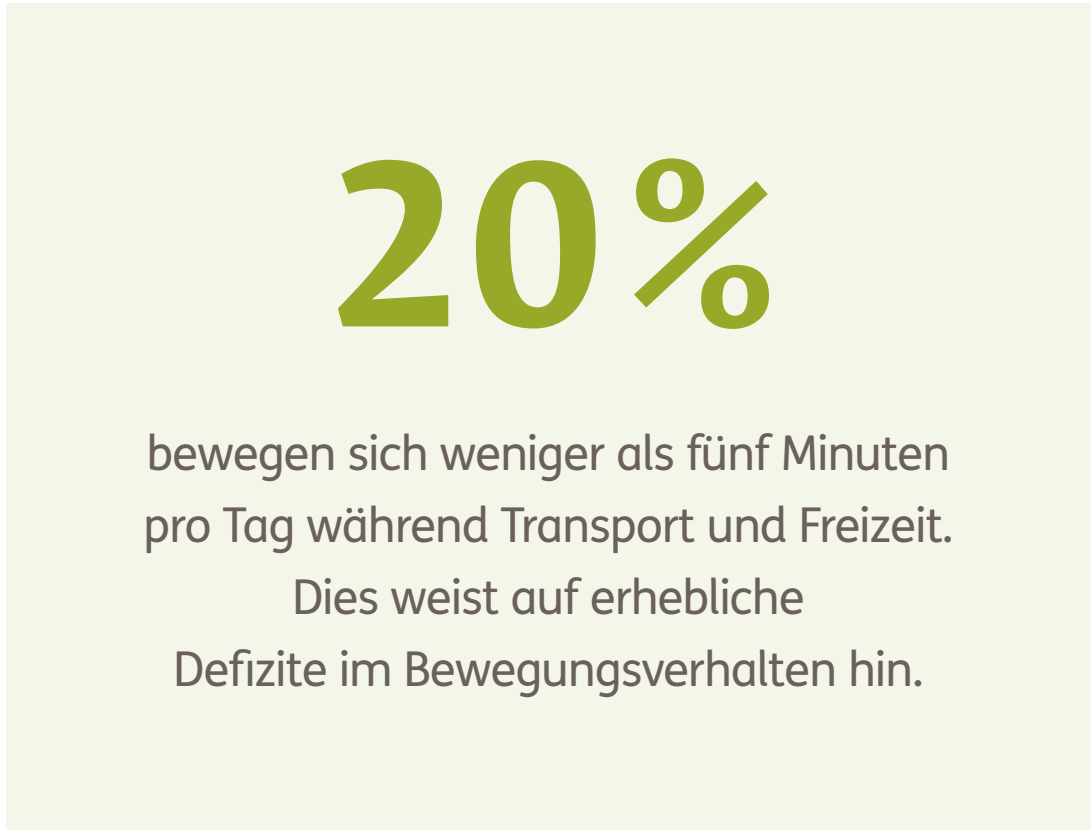
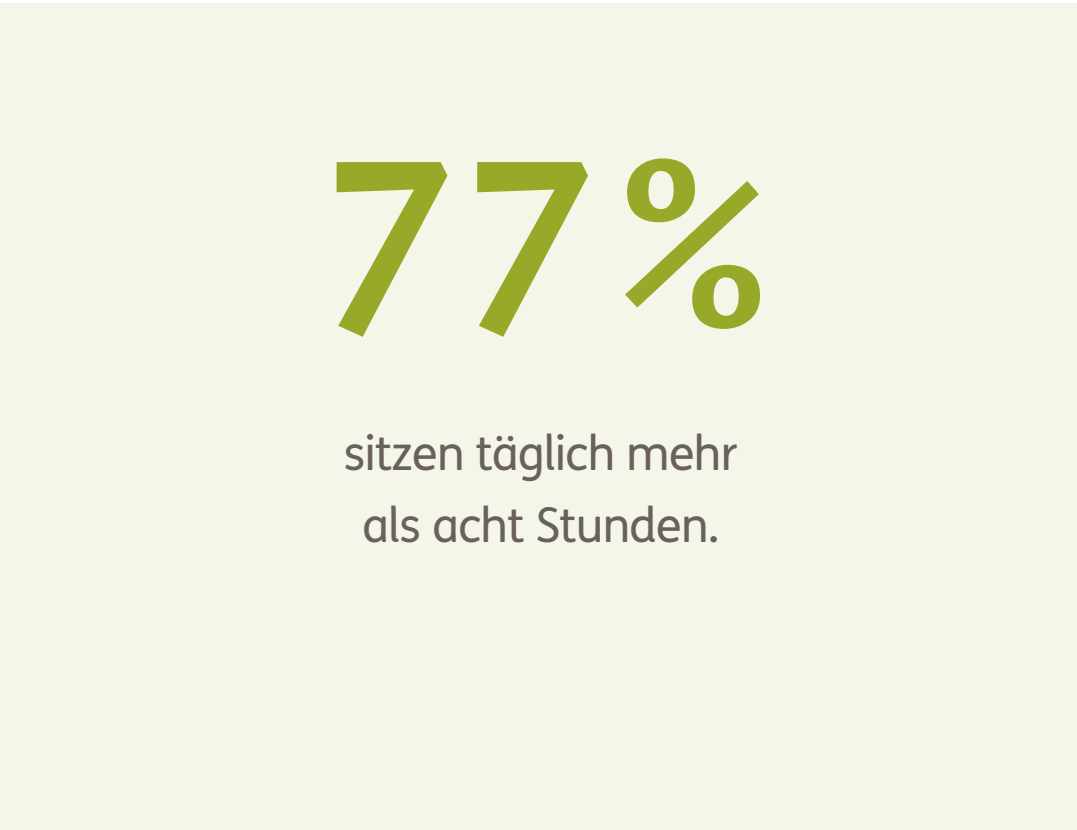
Zu den bedeutendsten Gesundheitsrisiken der modernen Gesellschaft gehören der Bewegungsmangel und das ausgedehnte Sitzen. Diese Themen stehen im Mittelpunkt wissenschaftlicher Untersuchungen, die sich eingehend mit den gesundheitlichen Folgen des Zusammenspiels von Sitz- und Bewegungsverhalten befassen. In einer umfassenden Metaanalyse, die Daten von über einer Million Menschen berücksichtigte, wurde diese Wechselwirkung im Hinblick auf das Risiko eines vorzeitigen Todes untersucht.<sup>1</sup> Basierend auf diesen Erkenntnissen entwickelten Dunstan und Kollegen die sogenannte SIT-ACT-Risikomatrix.<sup>2</sup> Diese Matrix visualisiert das Sterberisiko anhand

einer farblichen Darstellung und zeigt im Vergleich zu einer Referenzgruppe, wie Sitz- und Bewegungsverhalten das Risiko beeinflussen.

Als Referenzgruppe werden Personen betrachtet, die sich täglich mehr als 60 Minuten mindestens moderat intensiv während des Transports und in ihrer Freizeit bewegen und dabei weniger als vier Stunden sitzend verbringen. In der aktuellen Erhebung für den DKV-Report zeigt sich, dass 37 Prozent der Teilnehmenden aufgrund ihres Sitz- und Bewegungsverhaltens ein moderat bis deutlich erhöhtes Sterberisiko im Vergleich zu dieser Referenzgruppe aufweisen.



Zwischen Sitzen und Bewegung



<sup>1</sup> siehe nachfolgende Seite  
<sup>2</sup> siehe nachfolgende Seite



Anteil der Befragten, die folgendes tägliches Bewegungs- und Sitzverhalten aufweisen (Online)  
(Angaben in Prozent)

	< 4 Stunden Sitzen/Tag	4–6 Stunden Sitzen/Tag	6–8 Stunden Sitzen/Tag	> 8 Stunden Sitzen/Tag
> 60 Minuten/Tag moderat intensive Bewegung	1,7	2,3	5,7	30,0
30–60 Minuten/Tag moderat intensive Bewegung	0,4	1,7	3,1	17,5
5–29 Minuten/Tag moderat intensive Bewegung	0,5	1,6	2,3	13,6
< 5 Minuten/Tag moderat intensive Bewegung	1,0	1,0	2,3	15,4

Farblegende: Die Farbgebung kennzeichnet das gestiegene Sterberisiko gegenüber der Referenzgruppe  
(mehr als 60 Minuten täglich mindestens moderat intensive Bewegung und weniger als 4 Stunden sitzen). <sup>1,2</sup>



Wollen wir ein Leben lang  
vital und gesund bleiben,  
dann geht das nicht ohne  
regelmäßiges Training  
und viel Bewegung.

Prof. Ingo Froböse

<sup>1</sup> Ekelund, U.; Steene-Johannessen, J.; Brown, W. J.; Fagerland, M. W.; Owen, N.; Powell, K. E.; Bauman, A.; Lee, I. M., et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. Lancet 2016, 388, 1302–1310.  
<sup>2</sup> Dunstan, D. W.; Dogra, S.; Carter, S. E.; Owen, N., et al. Sit less and move more for cardiovascular health: emerging insights and opportunities. Nat Rev Cardiol. 2021.



## 6. Wohlbefinden, digitale Gesundheitskompetenz sowie Präventions- und Vorsorgeverhalten

Inmitten von Krisenzeiten wird das subjektive Wohlbefinden der Bevölkerung zum zentralen Thema. Nur 59 Prozent der Befragten erreichen einen positiven Wohlfühlwert, wobei Männer und ältere Menschen besser abschneiden. Gleichzeitig zeigt sich, dass die digitale Gesundheitskompetenz eine Schlüsselrolle für gesundheitsbewusstes Verhalten spielen kann. Trotz der hohen Nutzung digitaler Gesundheitsinformationen kämpfen viele aber mit der Bewertung ihrer Vertrauenswürdigkeit. Der Bericht beleuchtet auch die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten: Impfungen sind beliebt, während strukturierte Präventionsangebote wie z. B. Kurse oft vernachlässigt werden. Diese Erkenntnisse können helfen, Gesundheit aktiv zu fördern und zu schützen.



## 6.1 Subjektives Wohlbefinden

### Wohlbefinden in bewegten Zeiten.

In einer Welt, die von ständigen Veränderungen und Unsicherheiten geprägt ist, wird das subjektive Wohlbefinden zu einem immer wichtigeren Indikator für die Lebensqualität. Es spiegelt wider, wie Menschen ihren Alltag erleben – körperlich, mental und sozial. In Zeiten, in denen multiple Krisen das Leben vieler Menschen beeinflussen, gewinnt das subjektive Wohlbefinden stärker an Bedeutung. Grundsätzlich zeigt sich, dass diejenigen, die sich regelmäßig Zeit für sich selbst nehmen, soziale Kontakte pflegen und auf einen gesunden Lebensstil achten, ihr Wohlbefinden aktiv stärken können. Angesichts dieser allgemeingültigen Erkenntnisse gewinnt die Erfassung und Förderung des subjektiven Wohlbefindens zunehmend an Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung.



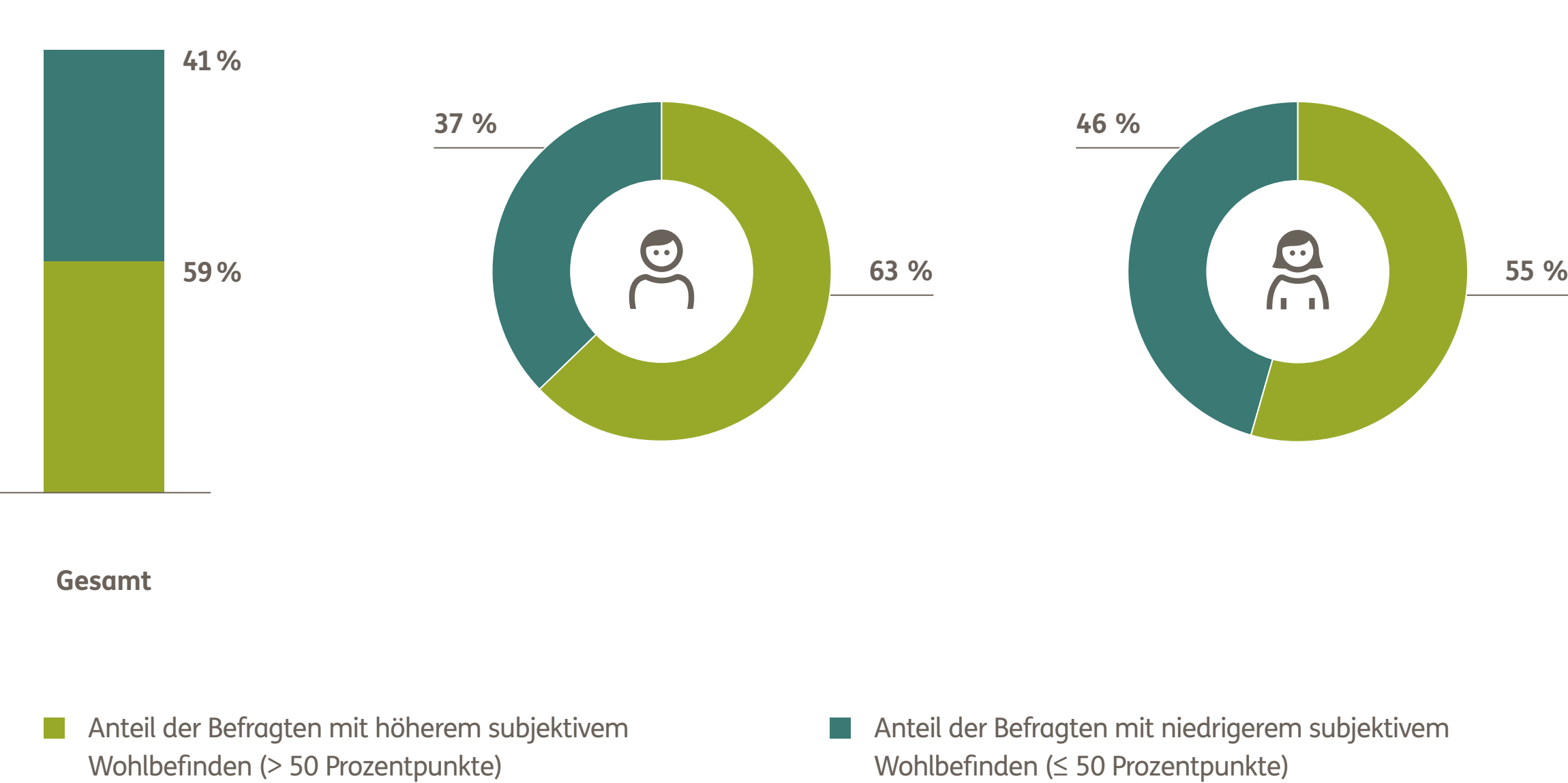
Das subjektive Wohlbefinden wird mithilfe des WHO-5 anhand von Antworten zu fünf Aussagen erhoben. Ein maximaler Wert von 100 Prozentpunkten entspricht dem besten Wohlfühlbefinden. Werte über 50 Prozentpunkten stehen für ein erhöhtes subjektives Wohlbefinden, während Werte unterhalb des Grenzwertes von 50 Prozentpunkten ein niedriges subjektives Wohlbefinden anzeigen.





Die Datenlage des diesjährigen Reports unterstreicht dabei die empfundenen Belastungen in der Bevölkerung: So liegen gerade einmal 59 Prozent der Befragten über dem Grenzwert von 50 Prozentpunkten, der für ein erhöhtes subjektives Wohlbefinden steht. Männer schneiden dabei deutlich besser ab als Frauen: Während etwas mehr als ein Drittel der männlichen Befragten ein reduziertes subjektives Wohlbefinden attestiert werden kann, trifft dies auf beinahe die Hälfte aller weiblichen Befragten zu (46 Prozent). Der durchschnittliche Wert des subjektiven Wohlbefindens liegt insgesamt bei 53 Prozentpunkten (Frauen 51, Männer 56).


Anteil der Befragten hinsichtlich eines höheren oder niedrigeren subjektiven Wohlbefindens für Gesamt sowie nach Geschlecht



Die Daten zum subjektiven Wohlbefinden zeigen zudem deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Überdurchschnittlich fällt der Wert bei den über 66-Jährigen aus: 74 Prozent berichten von einem erhöhten subjektiven Wohlbefinden. Im Gegensatz dazu ist bei den 30- bis 45-Jährigen der Anteil der Personen mit reduziertem subjektivem Wohlbefinden am höchsten (51 Prozent).

Anteil der Befragten hinsichtlich eines höheren oder niedrigeren subjektiven Wohlbefindens, nach Altersgruppen

Alter	18–29 Jahre	30–45 Jahre	46–65 Jahre	66 Jahre und älter
Anteil der Befragten mit höherem subjektivem Wohlbefinden (> 50 Prozentpunkte)	56	49	56	74
Anteil der Befragten mit niedrigerem subjektivem Wohlbefinden (≤ 50 Prozentpunkte)	44	51	44	26

**Mehr Bewegung – höheres subjektives Wohlbefinden**

Wer sich regelmäßig zu Fuß oder mit dem Rad fortbewegt und auch in der Freizeit aktiv ist, berichtet von einem höheren subjektiven Wohlbefinden.



## 6.2 Digitale Gesundheitskompetenz

### Digitale Gesundheitskompetenz – eine Schlüsselkompetenz für gesundes Verhalten.

In einer zunehmend digitalisierten Welt werden Gesundheitsinformationen immer häufiger über digitale Kanäle bereitgestellt. Dazu zählen beispielsweise Gesundheits-Apps, Online-Sprechstunden, Internetrecherchen oder der Austausch in digitalen Foren. Diese Möglichkeiten eröffnen zahlreiche Chancen für Prävention und einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass Menschen in der Lage sind, digitale Informationen gezielt zu finden, richtig zu verstehen, kritisch zu bewerten und auf ihr eigenes Verhalten zu übertragen. Genau hier

setzt der Begriff der digitalen Gesundheitskompetenz an, welcher die Fähigkeit beschreibt, digitale Gesundheitsinformationen zu erschließen und in gesundheitsbezogene Entscheidungen einzubeziehen.

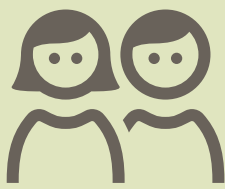
Zur Einschätzung der digitalen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung wurde im diesjährigen Report unter anderem untersucht, welche digitalen Angebote grundsätzlich genutzt werden. Die Ergebnisse zeigen ein klares Bild: 70 Prozent der Befragten informieren sich auf Internetseiten zu Gesundheitsthemen, gefolgt von sozialen Medien (62 Prozent) und digitalen Geräten wie z.B. Smartwatches, die bei 59 Prozent zum Einsatz kommen.

Am seltensten, aber dennoch von über der Hälfte der Befragten, wurden Gesundheits-Apps genannt.

Der Einfluss des Bildungsstands auf die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote zeigt deutliche Unterschiede. Menschen mit Hauptschulabschluss nutzen diese digitalen Angebote am wenigsten. Im Gegensatz dazu sind Personen mit abgeschlossenem Studium besonders aktiv: Sie informieren sich am häufigsten über Internetseiten (77 Prozent), nutzen überdurchschnittlich häufig Gesundheits-Apps (64 Prozent) und 65 Prozent treten digital mit Gesundheitsdienstleistern in Kontakt.

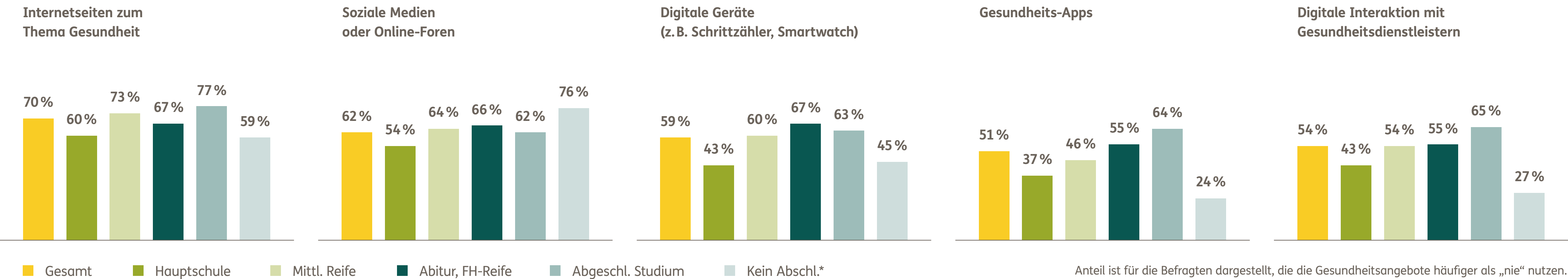


Ältere Menschen informieren sich am häufigsten über klassische digitale Formate, wie Internetseiten zum Thema Gesundheit.



Jüngere Befragte greifen deutlich häufiger auf neue digitale Anwendungen wie soziale Medien zurück.

Anteil der Befragten hinsichtlich der generell genutzten digitalen Gesundheitsangebote für Gesamt sowie nach Bildungsstatus





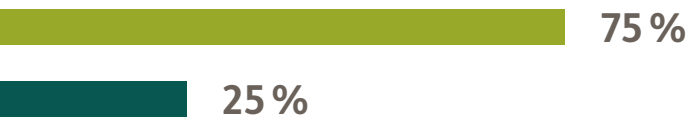
Der bloße Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten gibt noch keinen Aufschluss darüber, wie sicher und kompetent Menschen mit den dort bereitgestellten Informationen umgehen können. Wichtige Teilaspekte der digitalen Gesundheitskompetenz umfassen die gezielte Suche, die kritische Bewertung und die praktische Anwendung der Informationen. Diese Aspekte wurden im nächsten Schritt genauer analysiert.

Dabei zeigte sich, dass über drei Viertel der Befragten wenig Schwierigkeiten haben, relevante Gesundheitsinformationen zu finden (75 Prozent) und zu verstehen (78 Prozent). Allerdings stellt die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der Inhalte eine größere Herausforderung dar: 58 Prozent der Befragten haben damit Schwierigkeiten. Auch das Erkennen kommerzieller Interessen bereitet 52 Prozent Probleme und 45 Prozent tun sich schwer,

die Informationen zur Lösung eigener Gesundheitsprobleme zu nutzen. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass es gezielter Unterstützungsangebote bedarf, damit digitale Gesundheitsinformationen nicht nur gefunden, sondern auch kritisch bewertet und sinnvoll genutzt werden können.

Anteil der Befragten hinsichtlich subjektiver Einschätzung zu Schwierigkeiten beim Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen

Die richtigen Wörter oder Suchbegriffe finden



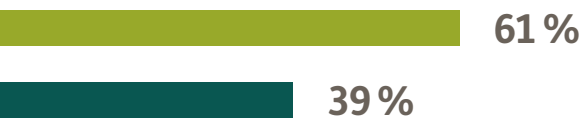
Vertrauenswürdigkeit der Informationen beurteilen



Beurteilen, ob die Informationen auf sich selbst zutreffen



Genau die gesuchten Informationen finden



Erkennen, ob kommerzielle Interessen bestehen



Die Informationen zur Lösung eines Gesundheitsproblems nutzen



Die gefundenen Informationen verstehen



Unterschiedliche Internetseiten vergleichen



Sehr einfach/einfach Schwierig/sehr schwierig

Digitale Gesundheitskompetenz – Wer kann was?



Jüngere (18–29 Jahre) schneiden in allen Kompetenzbereichen deutlich besser ab als ältere Menschen (66 Jahre und älter).



Studienabsolventinnen und -absolventen verstehen Gesundheitsinformationen deutlich leichter als Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss.



Menschen mit Abitur oder abgeschlossenem Studium schätzen ihre Fähigkeit, kommerzielle Interessen in Gesundheitsinformationen zu erkennen, deutlich höher ein als Personen mit niedrigerem Bildungsabschluss.



Um die digitale Gesundheitskompetenz umfassend abbilden zu können, wurde ein Gesundheitskompetenz-Score aus den bewerteten Teilkompetenzen erstellt. Dieser Index bietet eine ganzheitliche Einschätzung, wie gut Menschen insgesamt mit digitalen Gesundheitsinformationen umgehen können – von der Suche bis zur Anwendung im Alltag. Dabei wird deutlich: Über die Hälfte der Befragten zeigt

kritische Ausprägungen in der digitalen Gesundheitskompetenz. Konkret verfügen 40 Prozent über eine inadäquate und weitere 14 Prozent über eine problematische digitale Gesundheitskompetenz. Positiv hervorzuheben ist, dass über ein Drittel der Befragten ein exzellentes Kompetenzniveau erreicht, während weitere 12 Prozent zumindest ein ausreichendes Niveau aufweisen.



**So wurde der Gesamtscore für die digitale Gesundheitskompetenz berechnet:**

Der Gesamtscore der digitalen Gesundheitskompetenz zeigt, wie viele der 8 Fragen zum Umgang mit digitalen Gesundheitsinformationen von den Befragten als „einfach“ oder „sehr einfach“ eingeschätzt wurden. Dafür wurde der Anteil dieser positiven Einschätzungen an allen beantworteten Fragen berechnet und auf eine Skala von 0 bis 100 umgerechnet. Je höher der Wert, desto höher die wahrgenommene digitale Gesundheitskompetenz.

Die Daten belegen zudem einen Zusammenhang zwischen dem Alter und der Ausprägung der digitalen Gesundheitskompetenz: Je jünger die Befragten, desto besser fällt die digitale Gesundheitskompetenz aus. Fast die Hälfte der 18- bis 29-Jährigen (46 Prozent) weist eine exzellente digitale Gesundheitskompetenz auf, während dieser Wert bei den über 66-Jährigen nur noch bei 30 Prozent liegt. Umgekehrt steigt der Anteil der Personen mit inadäquater Kompetenz in der ältesten Altersgruppe deutlich im Vergleich zu den jüngeren Befragten.

**Darstellung des Gesamtscores der digitalen Gesundheitskompetenz für Gesamt sowie nach Alter**  
(Angaben in Prozent)

	Score-Bereich	Gesamt	18 bis 29 Jahre	30 bis 45 Jahre	46 bis 65 Jahre	66 Jahre und älter
Inadäquat	0–50	40	31	37	40	48
Problematisch	> 50–66,67	14	13	15	17	8
Ausreichend	> 66,67–83,33	12	10	11	11	14
Exzellent	> 83,33–100	35	46	37	33	30





Die Daten verdeutlichen, dass die digitale Gesundheitskompetenz auch eine Frage der Bildung ist. Im Bereich der inadäquaten Kompetenz sind die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen gering. Doch im oberen Kompetenzspektrum werden deutliche Differenzen sichtbar: 34 Prozent der Befragten mit Hauptschulabschluss verfügen über eine exzellente digitale Gesundheitskompetenz, bei Hochschulabsolventinnen und -absolventen hingegen steigt dieser Anteil auf 43 Prozent. Insgesamt zeigt sich der Trend: Mit steigendem Bildungsgrad verbessert sich auch die Fähigkeit, digitale Gesundheitsinformationen sicher und effektiv zu nutzen.

**Darstellung der Gesamtscores der digitalen Gesundheitskompetenz nach Bildungsstatus**  
(Angaben in Prozent)

	Score-bereich	Haupt-schule	Mittl. Reife	Abitur, FH-Reife	Abgeschl. Studium	Kein Abschl.*
Inadäquat	0–50	40	41	39	39	73
Problematisch	> 50–66,67	17	15	13	11	4
Ausreichend	> 66,67–83,33	9	16	12	8	5
Exzellent	> 83,33–100	34	29	37	43	18

\*sehr kleine Gruppengröße



**Digitale Gesundheitskompetenz ist keine Option –  
sie ist Voraussetzung für die Teilhabe  
an einem modernen Gesundheitssystem.**

Frauke Fiegl

## 6.3 Präventions- und Vorsorgeverhalten

**Prävention und Vorsorge sind das Fundament für ein gesundes Leben.**

Prävention und Vorsorge spielen eine zentrale Rolle für den langfristigen Erhalt von Gesundheit und Lebensqualität. Angebote wie Gesundheits-Check-ups, Krebsvorsorgeuntersuchungen oder Impfungen können helfen, Erkrankungen frühzeitig zu erkennen oder gar zu vermeiden. Entscheidend ist dabei nicht nur die tatsächliche Inanspruchnahme solcher Maßnahmen, sondern auch, wie deren Wirksamkeit eingeschätzt wird und welche Faktoren die Teilnahme fördern oder hemmen. Der diesjährige Report beleuchtet daher neben dem Nutzungsverhalten auch individuelle Einstellungen sowie wahrgenommene Barrieren und Förderfaktoren.

Um ein besseres Verständnis dafür zu gewinnen, welche Maßnahmen aus Sicht der Bevölkerung einen besonders hohen gesundheitlichen Nutzen haben, wurden die Befragten gebeten, ihre persönliche Einschätzung abzugeben. Die Ergebnisse zeigen klare Schwerpunkte: Regelmäßige Bewegung, gesunde Ernährung, Sport und Fitness sowie regelmäßige Entspannung werden als besonders wirksame Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge angesehen. Diese Nennungen zeigen, dass vor allem Lebensstilfaktoren im Zentrum der subjektiven Wirksamkeitseinschätzung stehen.

**Nennung der Top 3 als besonders wirksam eingeschätzten Maßnahmen**



**Gesunde Ernährung**



**Sport/  
Fitness allgemein**



**Regelmäßige Bewegung**





„Welche Maßnahmen für die Prävention und Vorsorge schätzen Sie als besonders wirksam ein, um gesund zu bleiben?“

(Größe der Begriffe abhängig von Häufigkeit der Nennung)

Übertragungsprävention (Abstand zu Erkrankten/Maske tragen/Hände waschen o. desinfizieren)

Soziale Kontakte (Partnerschaft/Freunde/Familie etc.)

Freizeit/Hobbies

Sport/Fitness allgemein

Entspannung/Achtsamkeit

Schlaf

Arztbesuche/Behandlungen

Gesunde Ernährung

Sauna/Spa/Wellness

Stressreduktion/genug Freizeit

Gewichtskontrolle/-reduktion

Spezifische medizinische Maßnahmen (Reha/Spezialprogramme/Medikamente)

Frische Luft/Sonne/Natur

Bewegung

Alkoholverzicht/-reduktion

Urlaub/Reisen

Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine/Mineralstoffe)

Psychische Gesundheit fördern

Impfungen

Vorsorgeuntersuchungen

Viel trinken

Gedächtnis-/Konzentrationstraining

Verzicht auf Zigaretten/Drogen etc.



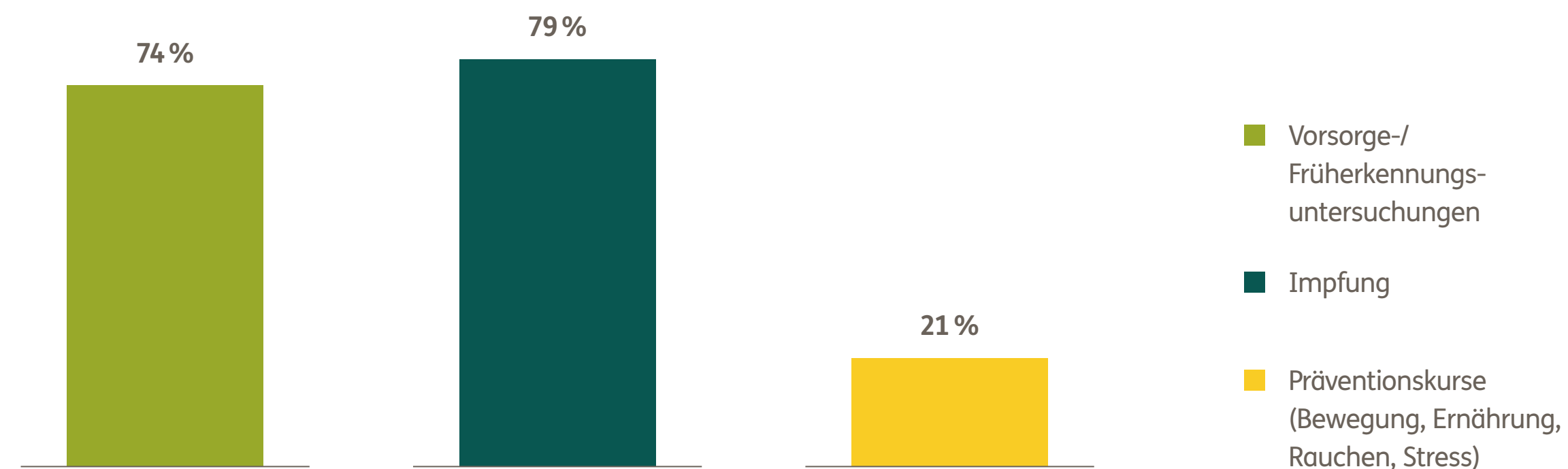
Die angegebene tatsächliche Inanspruchnahme von Präventions- und Vorsorgeangeboten in den letzten zwei Jahren zeigt ein gemischtes Bild: Impfungen wurden von 79 Prozent in Anspruch genommen, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen von 74 Prozent. Strukturierte Präventionskurse zu Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung oder Rauchentwöhnung werden hingegen von nur 21 Prozent der Befragten genutzt. Das zeigt: Obwohl das Bewusstsein für Prävention insgesamt hoch ist, besteht bei der tatsächlichen Umsetzung, insbesondere im Bereich gesundheitsfördernder Kurse, noch deutliches Entwicklungspotenzial.



### Wer nimmt Präventions- und Vorsorgeangebote wahr?

- Personen ab 45 Jahren nutzen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen häufiger als jüngere Befragte.
- Ältere Befragte ab 66 Jahren lassen sich häufiger impfen als die jüngeren Befragten.
- Frauen nehmen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie Präventionskurse häufiger in Anspruch als Männer.
- Personen mit Hauptschulabschluss besuchen seltener Präventionskurse.

### Anteil der Befragten, die Präventions- und Vorsorgemaßnahmen in den letzten zwei Jahren in Anspruch genommen haben





Ob und in welchem Umfang Menschen Präventions- und Vorsorgeangebote wahrnehmen, wird von vielen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen persönliche Einstellungen, das individuelle Gesundheitsbewusstsein und die Motivation, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Gleichzeitig spielen äußere Bedingungen, wie Zeitmangel, fehlende Informationen oder die Empfehlung durch medizinisches Fachpersonal, eine wichtige Rolle. Die folgenden Einschätzungen der Befragten zeigen, welche dieser Aspekte als besonders relevant wahrgenommen werden und wo Hürden bestehen, die einer aktiven Inanspruchnahme im Weg stehen könnten.

Der wahrgenommene gesundheitliche Nutzen ist der wichtigste Beweggrund für die Inanspruchnahme von Präventions- und Vorsorgeleistungen.

75 Prozent der Befragten stimmen dieser Aussage vollständig oder eher zu. Auch die eigene Zuversicht, an solchen Maßnahmen teilnehmen zu können, wirkt unterstützend – mehr als zwei Drittel der Befragten sehen sich dazu in der Lage. Finanzielle Anreize sowie Hinweise von Ärztinnen und Ärzten, aus den Medien oder dem familiären Umfeld werden von gut der Hälfte der Befragten als förderlich für die Inanspruchnahme von Präventions- und Vorsorgeangeboten wahrgenommen. Am seltensten wird der Einfluss kultureller Überzeugungen genannt – lediglich 4 Prozent halten diesen Aspekt für relevant. Ebenfalls selten als Hürde genannt wird ein eingeschränkter Zugang zu Angeboten, etwa durch weite Wege oder Zeitmangel (18 Prozent).



Was beeinflusst die Inanspruchnahme von Prävention und Vorsorge?

- Jüngere Befragte berichten häufiger von Ängsten vor Diagnosen, eingeschränktem Zugang und möglichen Kosten als Hindernissen.
- Personen ab 45 Jahren erhalten deutlich häufiger Hinweise von Ärzten, Medien oder Familie.
- Menschen mit höherem Bildungsabschluss sehen häufiger einen klaren gesundheitlichen Nutzen in Vorsorgeangeboten.
- Die geringste Zuversicht in Bezug auf Teilnahme an Präventions- und Vorsorgeangeboten zeigen Personen mit niedrigem Bildungsabschluss sowie die jüngeren Menschen.

Anteil der Befragten bezüglich der subjektiven Einschätzung der Einflussfaktoren hinsichtlich Inanspruchnahme von Präventions- und Vorsorgeleistungen (Angaben in Prozent)

	Stimme voll zu/ Stimme eher zu	Neutral	Stimme eher nicht zu/Stimme überhaupt nicht zu
Klarer Nutzen für die Gesundheit	75	18	8
Finanzielle/andere Anreize (z. B. Bonusprogramme)	50	31	19
Angst vor Diagnosen aufgrund von Vorsorgeuntersuchungen	24	24	52
Eingeschränkter Zugang (weite Wege, Terminprobleme)	18	24	59
Mögliche Kosten der Vorsorge sind hinderlich	21	20	59
Kulturelle Überzeugungen lehnen Vorsorge ab	4	9	88
Ich fühle mich nicht gefährdet für Krankheiten	27	38	35
Hinweise von Arzt, Medien oder Familie erhalten	52	23	25
Zuversicht bez. Teilnahme an Präventions- und Vorsorgeleistungen	68	22	10



## 7. Gesundes Leben in den Bundesländern

Wie vielfältig das Gesundheitsverhalten in Deutschland ausgeprägt ist, zeigen die Unterschiede zwischen den Regionen: Die Menschen in Baden-Württemberg und Hamburg achten besonders gut auf ihre Gesundheit. In Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen gibt es viel Potenzial, das Gesundheitsverhalten zu verbessern.



In Deutschland leben zu wenige ein rundum gesundes Leben. Die Analyse der neuen Gesundheits-Benchmarks zeigt, dass in keinem Bundesland mehr als 7 Prozent der Bevölkerung alle neuen Kriterien erreichen. Baden-Württemberg führt mit nahezu 7 Prozent, gefolgt von Hamburg mit knapp 6 Prozent der Bevölkerung, die die Anforderungen an einen rundum gesunden Lebensstil erfüllen.<sup>1</sup> Auch in Thüringen liegt dieser Wert mit 3 Prozent noch über Durchschnitt. In den meisten anderen Bundesländern hingegen fallen die Zahlen niedriger aus. Besonders auffällig ist der geringe Anteil in Nordrhein-Westfalen und Bayern, wo jeweils lediglich rund 1 Prozent der Bevölkerung die Benchmarks erreicht. Besorgniserregend ist zudem die Situation in Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen, wo laut der Datenhochrechnung derzeit niemand alle Gesundheitsanforderungen erfüllt.

**Diese Ergebnisse werfen ein Schlaglicht auf die dringende Notwendigkeit, die Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland zu intensivieren und die Bevölkerung zu einem gesünderen Lebensstil zu ermutigen.**

<sup>1</sup>Ohne die Verschärfung der Benchmarks erreichen in Baden-Württemberg, Hamburg und Thüringen deutlich mehr als 10 Prozent der Befragten alle Benchmarks für ein rundum gesundes Leben.

Erreichen aller Benchmarks im Ländervergleich

Bundesländer	alle Benchmarks (neu)	alle Benchmarks (alt)
Baden-Württemberg	6,5 %	13,5 %*
Hamburg	5,8 %	10,7 %*
Thüringen	2,7 %	10,3 %*
Berlin	2,6 %	7,2 %*
Schleswig-Holstein	2,6 %	4,4 %*
Sachsen-Anhalt	2,4 %	6,6 %*
Niedersachsen und Bremen	1,9 %	4,2 %*
Hessen	1,8 %	5,1 %*
Mecklenburg-Vorpommern	1,4 %	2,1 %*
Nordrhein-Westfalen	1,3 %	7,5 %*
Bayern	0,9 %	2,1 %*
Brandenburg	0,0 %	4,8 %*
Rheinland-Pfalz und Saarland	0,0 %	4,7 %*
Sachsen	0,0 %	2,9 %*
Gesamt	2,1 %	6,3 %*

\*bisherige Definitionen der Benchmarks (2010–2023)





## 7.1 Körperliche Aktivität

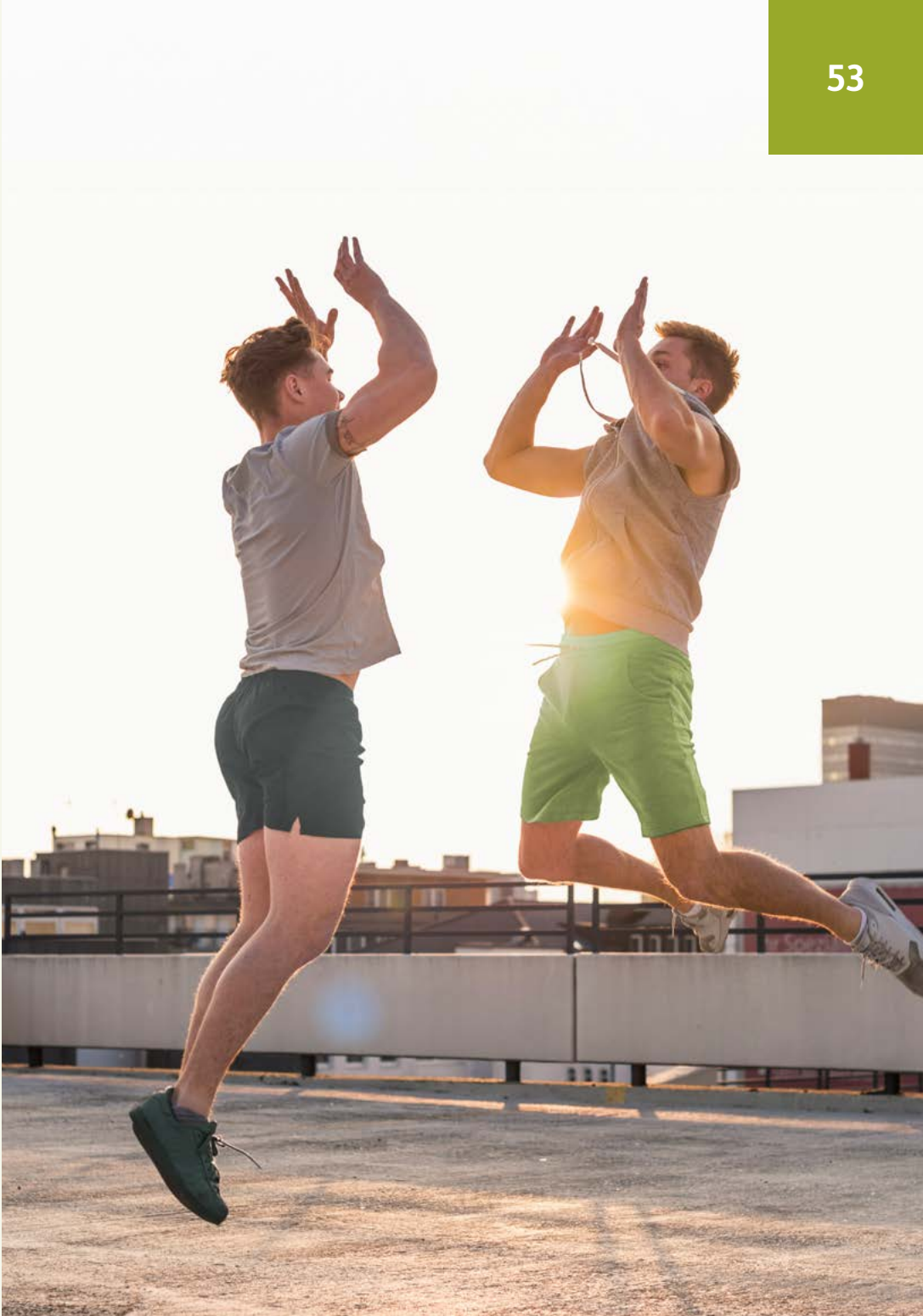
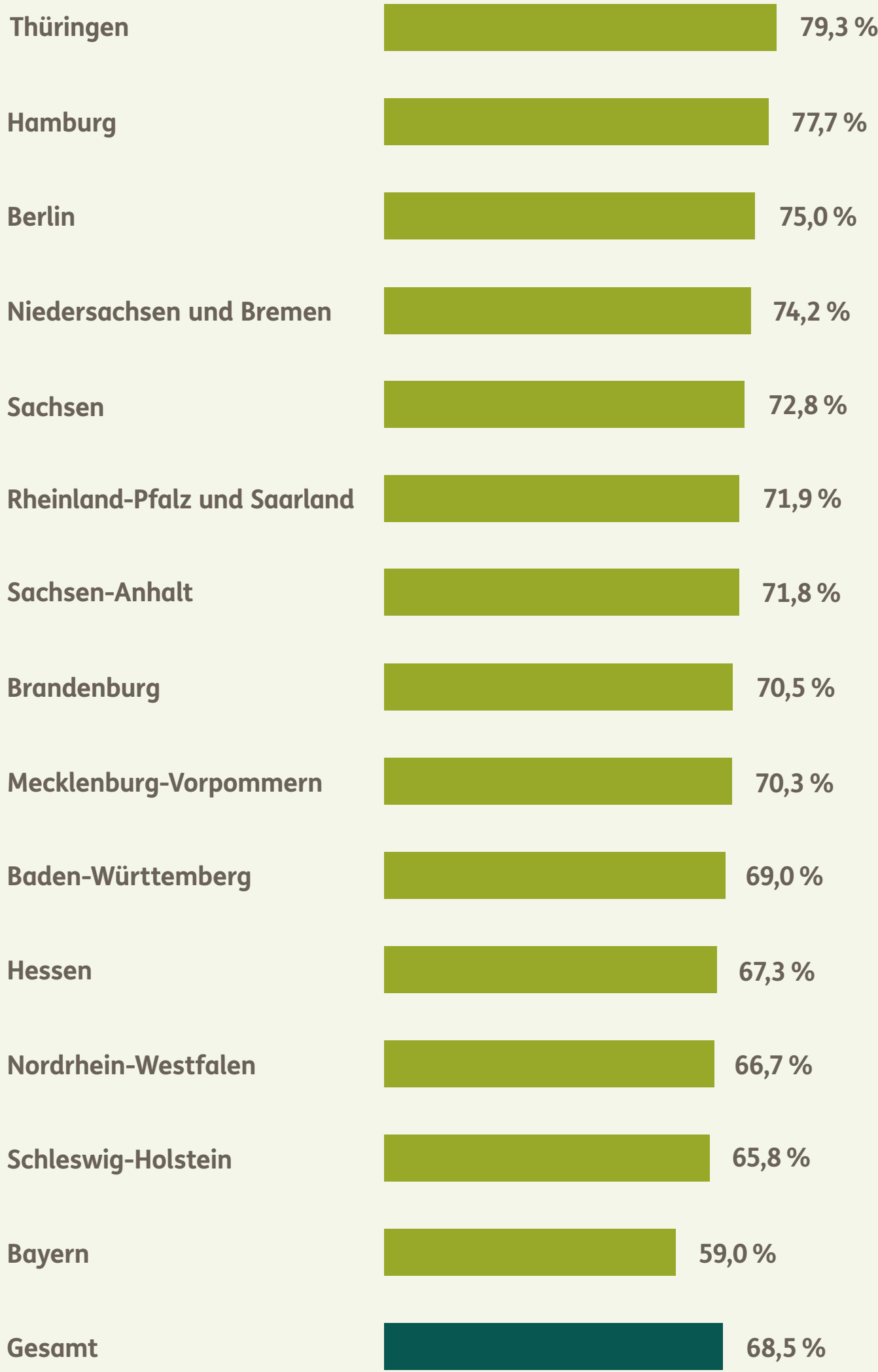
Thüringen ist das Bundesland, in dem die Menschen den aktivsten Lebensstil haben. Bayern bildet das Schlusslicht.

In diesem Jahr zeichnen sich die Bewohnerinnen und Bewohner Thüringens durch ihr bemerkenswertes Aktivitätsniveau aus: Stolz 79 Prozent der Befragten erreichen den Benchmark für körperliche Aktivität und gehören damit zu den aktivsten Menschen Deutschlands. Auch die Stadtstaaten Hamburg mit 78 Prozent und Berlin mit 75 Prozent übertreffen den Bundesdurchschnitt und belegen vordere Plätze in der Rangliste der Bewegungsfreudigkeit. Ebenfalls überdurchschnittlich aktiv sind die Menschen aus Niedersachsen und Bremen mit jeweils 74 Prozent sowie Sachsen mit 73 Prozent und belegen damit den vierten und fünften Platz.

Am unteren Ende der Skala liegt Bayern, wo lediglich 59 Prozent der Befragten den Benchmark für körperliche Aktivität erreichen. Auch die Bewegungsraten in Schleswig-Holstein mit 66 Prozent und Nordrhein-Westfalen mit 67 Prozent sind vergleichsweise niedrig und deuten auf ein starkes Entwicklungspotenzial in den Bewegungsbereichen Arbeit, Transport und Freizeit hin.

Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, die Förderung körperlicher Aktivität zu intensivieren, um die allgemeine Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu verbessern.

Erreichen Benchmark Körperliche Aktivität „Aktive“



68,5 %

erreichen bundesweit den Benchmark Körperliche Aktivität im bundesweiten Vergleich



## 7.2 Ernährung

Die Mehrheit der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger ernährt sich unzureichend ausgewogen.

Laut der aktuellen Erhebung zeigen Rheinland-Pfalz und das Saarland die besten Ergebnisse in Bezug auf eine gesunde Ernährung: Hier erreichen 45 Prozent der Befragten den Benchmark für eine ausgewogene Ernährung. Thüringen folgt mit 42 Prozent dicht dahinter und belegt damit einen respektablen Platz im Vergleich der Bundesländer.

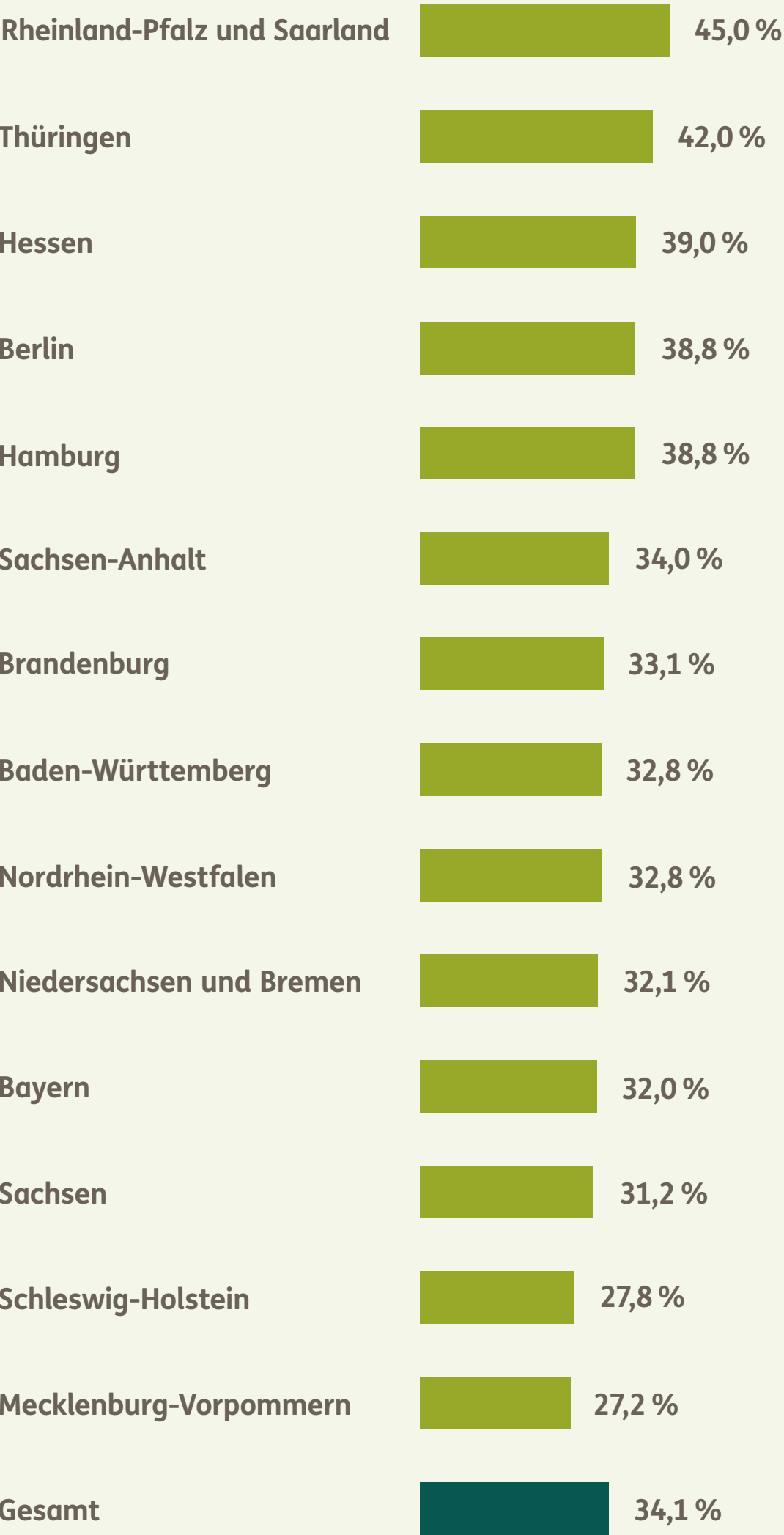
Im Gegenzug dazu schneiden die norddeutschen Bundesländer deutlich schlechter ab: In Mecklenburg-Vorpommern gelingt es nur 27 Prozent und Schleswig-Holstein lediglich 28 Prozent, einen gesunden Ernährungsstil zu verfolgen. Auch in Sachsen und Bayern, wo nur 31 bzw. 32 Prozent der Bevölkerung auf eine bewusste Ernährung achten, sind die Werte besorgniserregend niedrig.

Diese Unterschiede in der Ernährungsweise sind nicht nur alarmierend, sondern spiegeln auch wider, wie unterschiedliche Faktoren die Essgewohnheiten der Menschen beeinflussen können. Die Notwendigkeit, die Ernährungsbildung zu fördern, wird immer dringlicher.



In Rheinland-Pfalz und Saarland erreichen 45 Prozent der Befragten den Benchmark für eine ausgewogene Ernährung.

### Erreichen Benchmark Ernährung



34,1 %

erreichen bundesweit den Benchmark Ernährung





## 7.3 Nichtrauchen

### Rauchfreie Zonen: Schleswig-Holstein und Bayern setzen Maßstäbe beim Nikotinkonsum.

Schleswig-Holstein und Bayern führen beim Verzicht auf Rauchen und Dampfen. In beiden Bundesländern lehnen beeindruckende 86 Prozent der Befragten Nikotinkonsum ab, womit sie den neuen Benchmark erreichen. Sachsen und Baden-Württemberg folgen mit 85 und 83 Prozent dicht dahinter, was ebenfalls eine hohe Verbreitung des Rauchverzichts zeigt.

Im Gegenzug dazu haben die Bewohnerinnen und Bewohner aus Brandenburg, wo nur 69 Prozent den Verzicht umsetzen, sowie die Menschen aus Thüringen, Hessen und Berlin (jeweils rund 75 Prozent) größere Schwierigkeiten, Nikotinprodukte zu vermeiden.

Diese regionalen Unterschiede im Nikotinkonsum unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen, um das Gesundheitsverhalten bundesweit weiter zu verbessern. Erfolge in einzelnen Bundesländern könnten als Vorbild dienen, um den Verzicht auf Rauchen und Dampfen in anderen Regionen zu fördern und die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung zu stärken.

### Erreichen Benchmark Rauchen/Dampfen\*\*

Bundesländer	Benchmark neu	Benchmark alt
Schleswig-Holstein	86,1 %	88,6 %*
Bayern	86,0 %	87,0 %*
Sachsen	85,2 %	85,9 %*
Baden-Württemberg	83,0 %	83,7 %*
Hamburg	82,5 %	85,3 %*
Rheinland-Pfalz und Saarland	81,7 %	82,6 %*
Sachsen-Anhalt	80,4 %	82,9 %*
Nordrhein-Westfalen	80,2 %	81,0 %*
Mecklenburg-Vorpommern	76,7 %	76,7 %*
Niedersachsen und Bremen	76,0 %	77,6 %*
Berlin	75,4 %	76,2 %*
Hessen	75,3 %	76,4 %*
Thüringen	74,5 %	75,1 %*
Brandenburg	69,0 %	70,3 %*
Gesamt	80,5 %	81,6 %*

\*bisherige Definitionen der Benchmarks (2010–2023)

\*\*Der Benchmark Rauchen wurde erstmals neben dem Rauchen auch um das Dampfen erweitert.



86,1 %

der Befragten in Schleswig-Holstein  
lehnen den Nikotinkonsum ab

69 %

der Befragten in Brandenburg lehnen  
den Nikotinkonsum ab



## 7.4 Alkoholkonsum

### Neuer Benchmark für Alkoholkonsum: Totaler Verzicht bleibt eine Herausforderung.<sup>1</sup>

Am erfolgreichsten gelingt der bewusste Verzicht den Menschen in Baden-Württemberg. Hier erreichen mehr als jeder Dritte (38 Prozent) den neuen Richtwert – eine Spitzenposition im Ländervergleich. Auch in Schleswig-Holstein (35 Prozent) sowie in den Stadtstaaten Berlin (34 Prozent) und Hamburg als auch in Sachsen-Anhalt (jeweils 33 Prozent) fällt der Alkoholverzicht vergleichsweise leicht.

Im Gegensatz dazu ist der Anteil der vollständig alkoholabstinenten Menschen in Thüringen und Bayern (jeweils 22 Prozent) sowie in Brandenburg (25 Prozent) und Hessen (26 Prozent) deutlich geringer.

Diese Ergebnisse verdeutlichen die Herausforderungen, die mit dem vollständigen Verzicht auf Alkohol verbunden sind, und zeigen den Bedarf an gezielten Aufklärungs- und Unterstützungsmaßnahmen, um die Bevölkerung zu einem gesünderen Lebensstil zu ermutigen.

<sup>1</sup>Die Anforderungen an einen gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol wurden aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse ab dem diesjährigen Report verschärft: Erstmals gilt der Benchmark nur dann als erreicht, wenn komplett auf Alkohol verzichtet wird.

### Erreichen Benchmark Alkohol\*\*

Bundesländer	Benchmark neu	Benchmark alt
Baden-Württemberg	37,8 %	84,5 %*
Schleswig-Holstein	35,4 %	83,7 %*
Berlin	33,5 %	78,1 %*
Sachsen-Anhalt	33,0 %	81,3 %*
Hamburg	32,9 %	79,1 %*
Mecklenburg-Vorpommern	31,8 %	83,4 %*
Rheinland-Pfalz und Saarland	30,6 %	86,7 %*
Niedersachsen und Bremen	30,2 %	88,0 %*
Sachsen	29,2 %	81,7 %*
Nordrhein-Westfalen	27,1 %	79,5 %*
Hessen	25,8 %	72,6 %*
Brandenburg	25,2 %	75,1 %*
Bayern	21,9 %	77,9 %*
Thüringen	21,6 %	82,2 %*
Gesamt	29,0 %	81,0 %*

\*bisherige Definitionen der Benchmarks (2010–2023)  
\*\*Anders als in den Vorgänger-Reports gilt der Benchmark nur als erfüllt, wenn die befragte Person keinen Alkohol konsumiert.



29 %

erreichen bundesweit den  
Benchmark Alkohol  
(81,0 Prozent nach bisheriger  
Definition des Alkohol-  
benchmarks, 2010-2023)



## 7.5 Stressempfinden

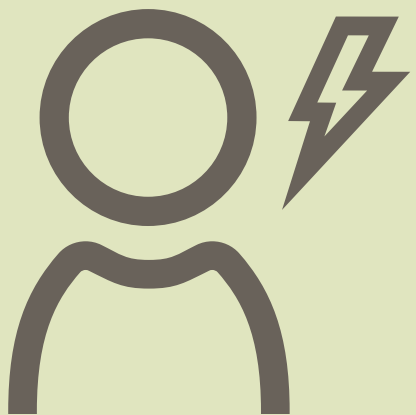
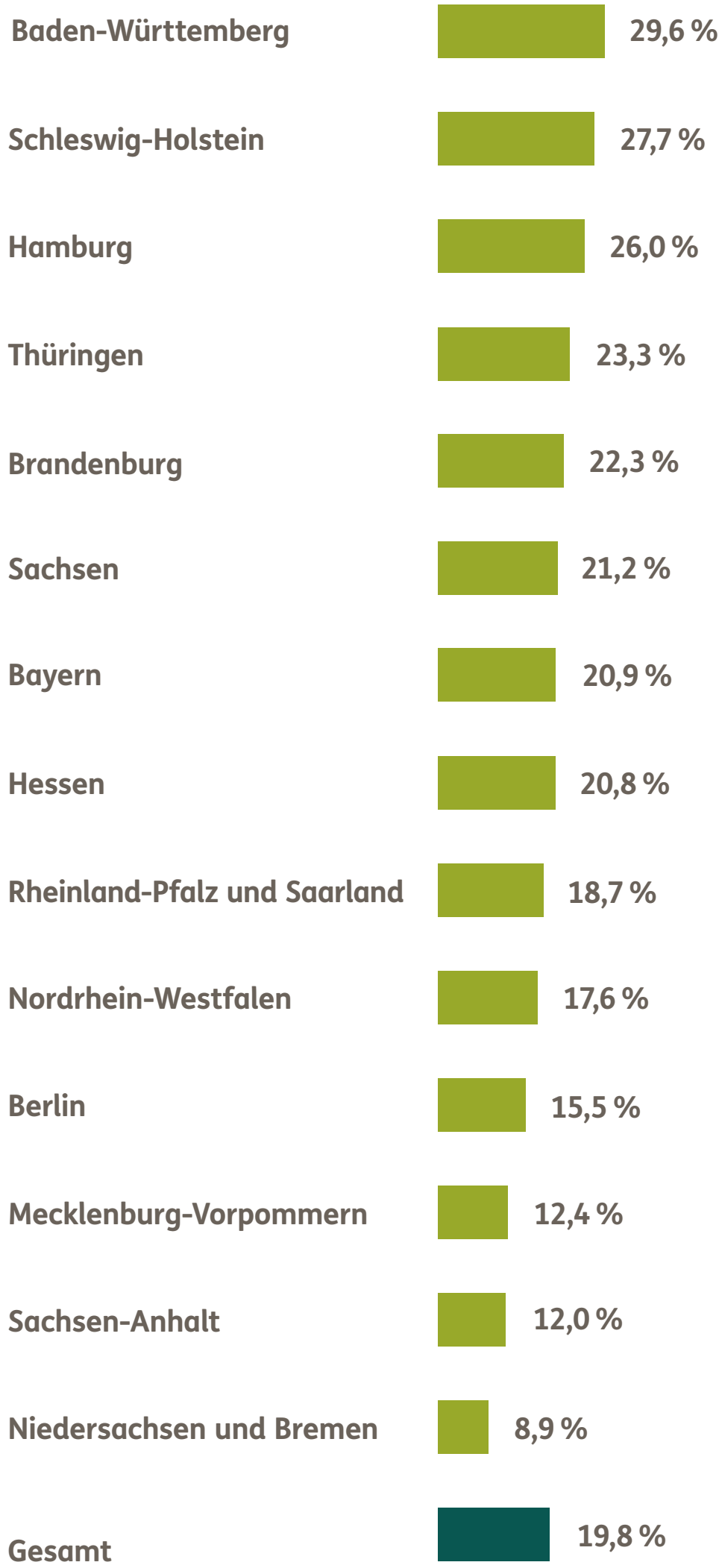
**Stressbewältigung in Deutschland: Nur wenige finden einen gesunden Umgang.**

Der gesunde Umgang mit Stress bleibt in Deutschland eine Herausforderung. In der Rangliste der Stressresistenz stehen die Norddeutschen mit an der Spitze, wobei Schleswig-Holstein mit 28 Prozent und Hamburg mit 26 Prozent der Befragten eine vergleichsweise positive Bilanz ziehen. Allerdings zeigt Baden-Württemberg die höchste Stressresistenz mit knapp 30 Prozent der Bevölkerung, die angeben, einen gesunden Umgang mit Stress zu pflegen.

Dagegen haben die Bewohnerinnen und Bewohner aus Niedersachsen und Bremen mit einer alarmierend niedrigen Stressresistenz zu kämpfen: Hier können nur knapp 9 Prozent von einer geringen Stressbelastung sprechen oder einen gesunden Umgang mit Stress für sich verbuchen. Ähnlich niedrig sind die Ergebnisse der Menschen aus Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern, wo lediglich rund 12 Prozent der Bevölkerung einen gesunden Umgang mit Stress angeben.

Insgesamt bleibt das Stressempfinden eine erhebliche Gesundheitsherausforderung in Deutschland, die durch regionale Unterschiede gekennzeichnet ist. Diese Ergebnisse veranschaulichen die Notwendigkeit, effektive Strategien zur Stressbewältigung zu entwickeln.

### Erreichen Benchmark Stressempfinden



29,6 %

der Befragten aus Baden-Württemberg ziehen eine vergleichsweise positive Bilanz im Umgang mit Stress

8,9 %

der Befragten aus Niedersachsen und Bremen haben mit einer alarmierend niedrigen Stressresistenz zu kämpfen



## 7.6 Sitzen

**Sitzland Deutschland: Thüringen mit vergleichsweise moderaten Sitzzeiten.**

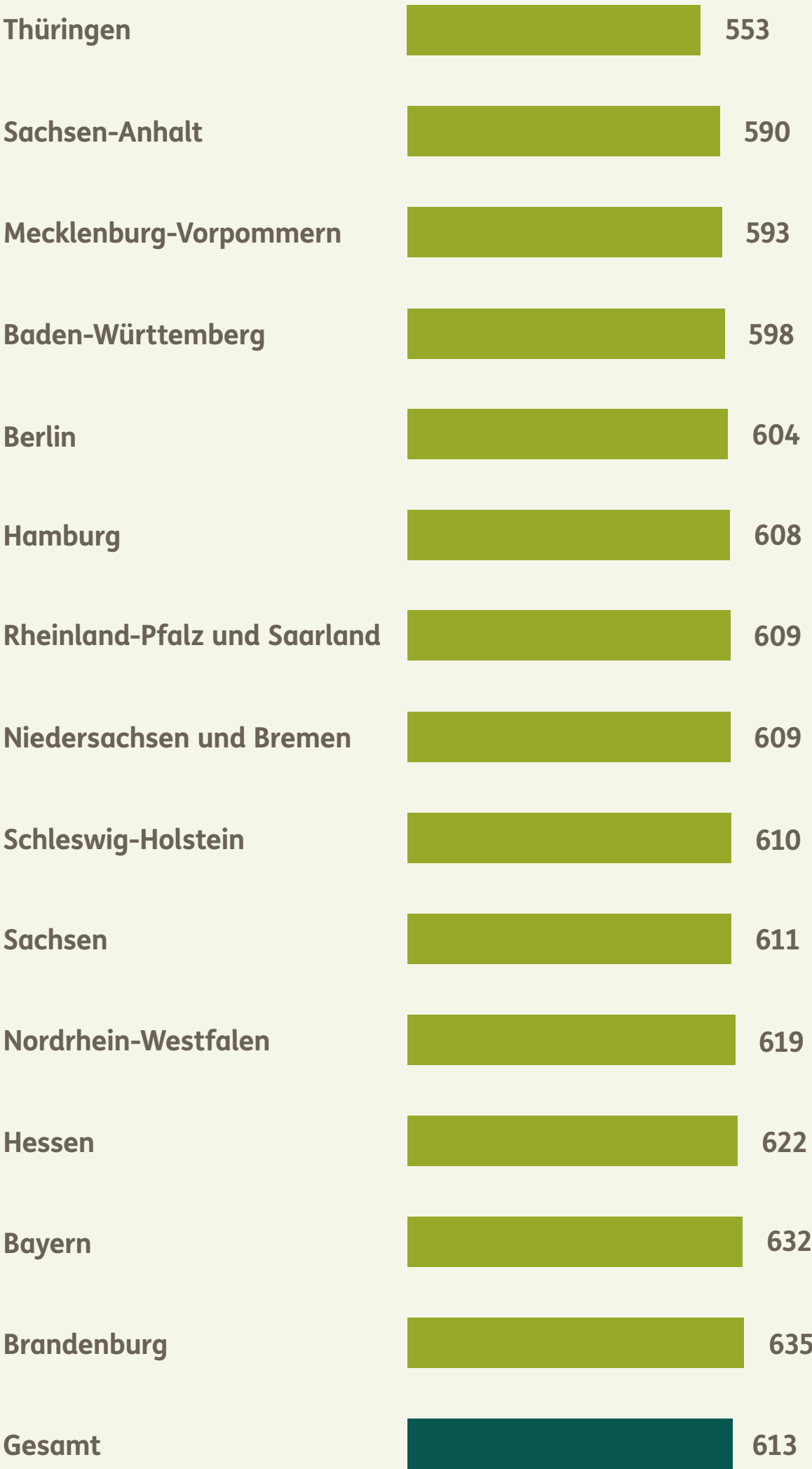
Lange Sitzzeiten sind in Deutschland ein verbreitetes Phänomen. Thüringen fällt dabei mit vergleichsweise niedrigen Werten auf: Die Bewohnerinnen und Bewohner verbringen im Durchschnitt 553 Minuten pro Werktag sitzend und liegen damit eine Stunde unter dem Bundesdurchschnitt von 613 Minuten. Auch in Sachsen-Anhalt (590 Minuten) und Mecklenburg-Vorpommern (593 Minuten) sind die Menschen weniger „sesshaft“ und zeigen damit vergleichsweise moderate Sitzzeiten.

Die Spitzenreiter bei langen Sitzzeiten sind die Menschen in Brandenburg mit 635 Minuten pro Werktag. Mit ebenfalls hohen Sitzzeiten liegen Bayern mit 632 Minuten und Hessen mit 622 Minuten nur knapp davor.



Eine hohe Sitzdauer birgt gesundheitliche Risiken, darunter eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, das Bewusstsein für die gesundheitlichen Auswirkungen langer Sitzzeiten zu schärfen und die Bevölkerung zu mehr Bewegung im Alltag zu ermutigen.

**Sitzen werktags (Mittelwert)**  
(Angaben in Minuten)



Durchschnittlich

# 553 Min.

verbringen die Bewohnerinnen und Bewohner in Thüringen sitzend pro Werktag

Durchschnittlich

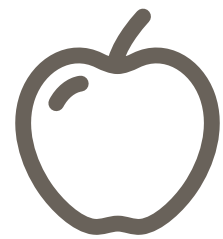
# 635 Min.

verbringen die Bewohnerinnen und Bewohner in Brandenburg sitzend pro Werktag

Nur **2%** erfüllen alle Gesundheitsbenchmarks (Körperliche Aktivität, Ernährung, Rauchen/Dampfen, Alkohol, Stress)



**68%**  
bewegen sich ausreichend



ca. **1/3**  
ernährt sich gesund



**20%**  
rauchen oder dampfen



**29%**  
verzichten vollständig auf Alkohol

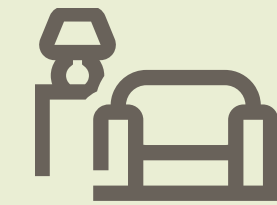


**20%**  
erreichen ein gesundes Stressverhalten

**Nur 32 %**  
erfüllen die kombinierten Empfehlungen für Ausdauer und Muskelaktivität

Über **10 Std.**  
durchschnittliche Sitzzeit pro Werktag

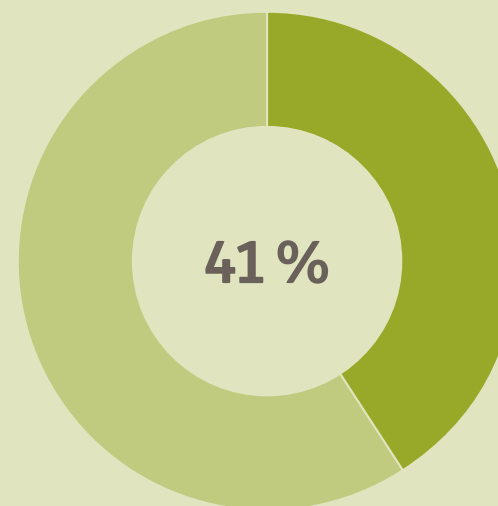
**77%**  
sitzen täglich mehr als acht Stunden



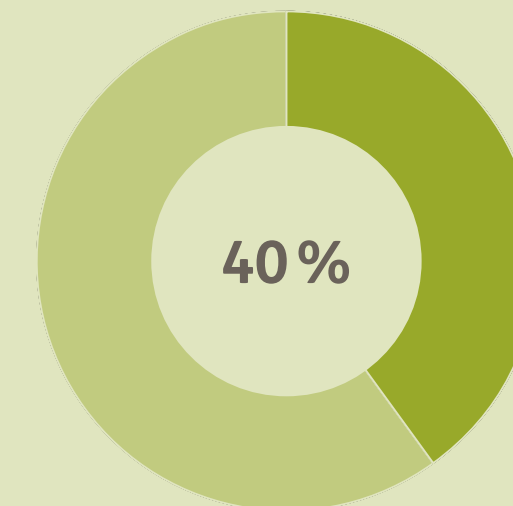
Seit 2014 sitzen die Befragten knapp 2 Stunden länger pro Werktag



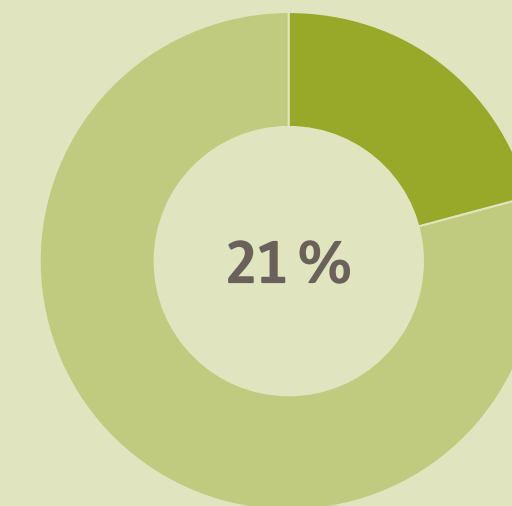
Mehr Bewegung, besseres Wohlbefinden – wer aktiv ist, fühlt sich häufig wohler



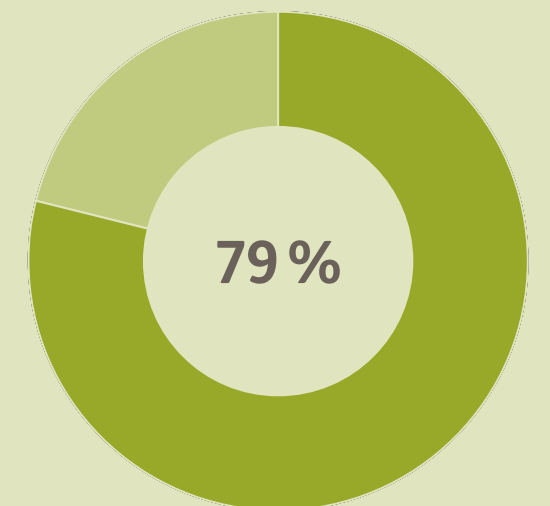
fühlen sich subjektiv nicht wohl



haben eine unzureichende digitale Gesundheitskompetenz



nehmen Präventionskurse in Anspruch



nehmen Impfungen in Anspruch

# Datenanhang:

Der Datenanhang enthält die Tabellen mit den unkorrigierten Originalwerten der telefonischen Befragung (CATI) von 2025 sowie den Vorjahren.

## 2. Gesundes Leben in Deutschland:

**Benchmark-Realisierung im Jahresvergleich (CATI)**  
(Angaben in Prozent)

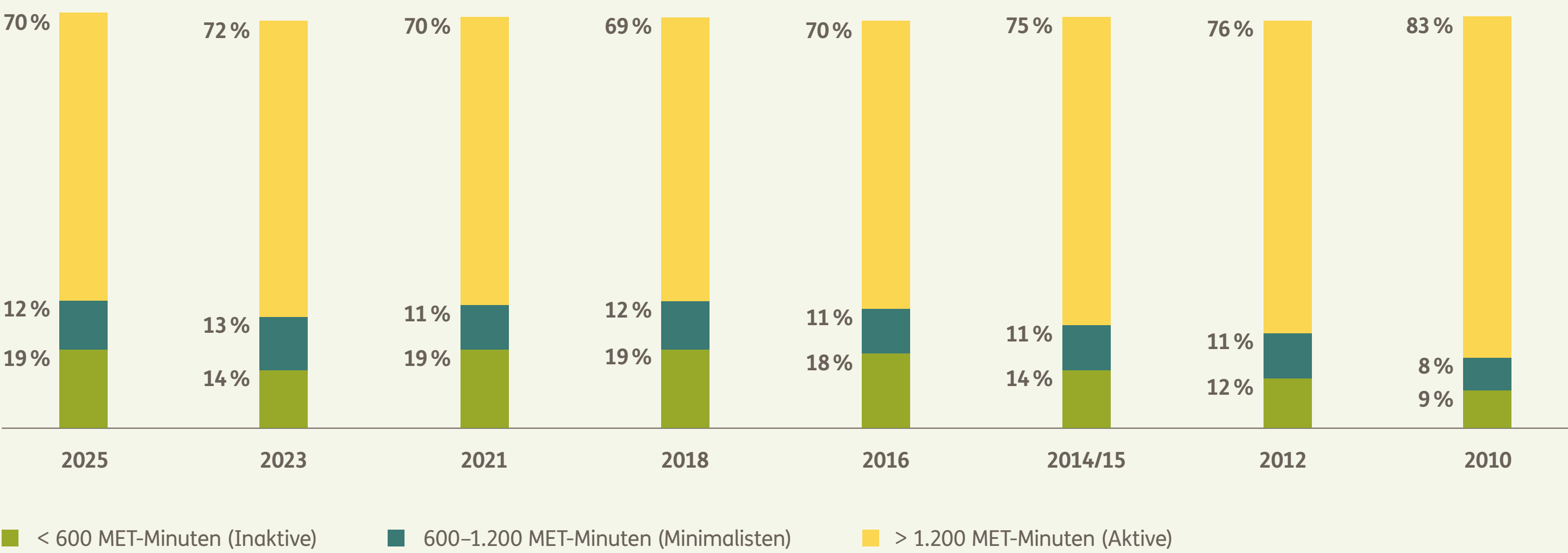
Jahre	2025	2023	2021	2018	2016	2014/ 2015	2012	2010
Alle Benchmarks erreicht (alt*)	2 (12)	– (17)	– (11)	– (16)	– (17)	– (16)	– (15)	– (18)
Aktivität	70	72	70	69	70	75	76	83
Ernährung	44	50	47	48	50	44	47	48
Rauchen (alt*)	73 (76)	– (85)	– (76)	– (79)	– (78)	– (76)	– (77)	– (75)
Alkohol (alt*)	18 (71)	29 (78)	39 (82)	32 (82)	32 (85)	24 (87)	24 (84)	21 (81)
Stress	38	48	40	57	58	52	47	49

\*Werte in Klammern nach bisherigen Definitionen der Benchmarks (2010–2023)



### 3. Körperliche Aktivität:

Benchmark-Realisierung im Jahresvergleich (CATI)



Anteil der Befragten, die die Empfehlungen zur Muskelaktivität bzw. die kombinierten Empfehlungen erreichen, im Jahresvergleich (CATI)



Erreichen der Empfehlungen für Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche)

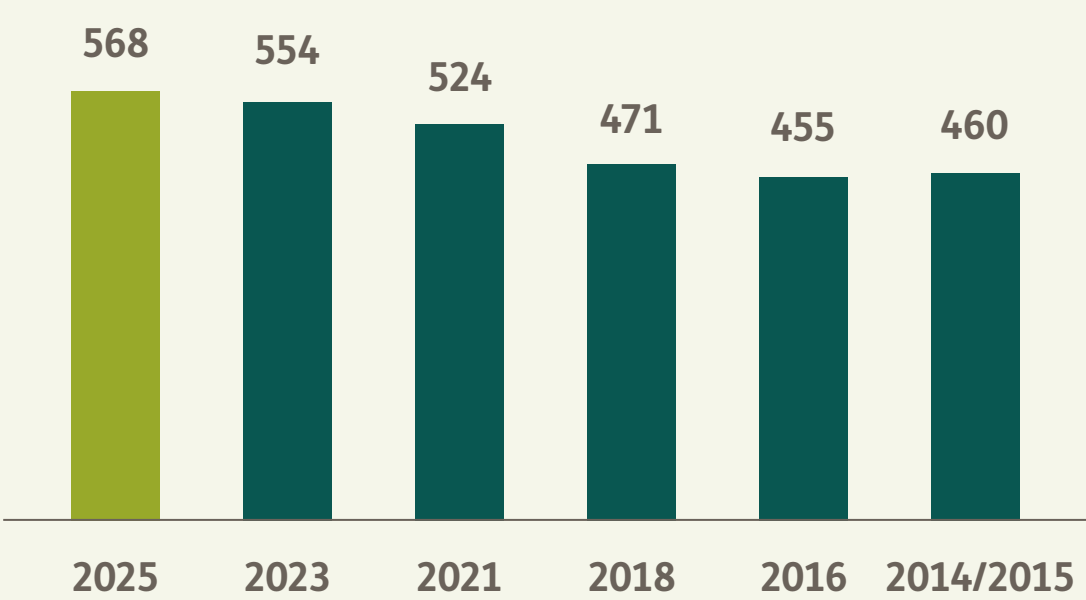


Erreichen der kombinierten Empfehlungen für Ausdauer (mind. 600 MET-Minuten, / – Minimalisten) und Muskelaktivität (mind. 2x pro Woche)



## 4. Sitzzeiten im Alltag:

Gesamtsitzzeiten werktags (Mittelwert) im Vergleich zu den Vorjahren (CATI)  
(Angaben in Minuten)



## 5. Gesundheitsrisiko durch Bewegungs- und Sitzverhalten

Anteil der Befragten, die folgendes tägliches Bewegungs- und Sitzverhalten aufweisen (CATI)  
(Angaben in Prozent)

	< 4 Stunden Sitzen/Tag	4–6 Stunden Sitzen/Tag	6–8 Stunden Sitzen/Tag	> 8 Stunden Sitzen/Tag
> 60 Minuten/Tag moderat intensive Bewegung	1,9	4,0	7,3	28,5
30–60 Minuten/Tag moderat intensive Bewegung	1,3	2,2	5,0	17,0
5–29 Minuten/Tag moderat intensive Bewegung	0,9	1,8	3,1	10,6
< 5 Minuten/Tag moderat intensive Bewegung	0,6	1,8	2,7	11,3

veränderte Gruppengröße: n=1267

Farblegende: Die Farbgebung kennzeichnet das gestiegene Sterberisiko gegenüber der Referenzgruppe  
(mehr als 60 Minuten täglich mindestens moderat intensive Bewegung und weniger als 4 Stunden sitzen).<sup>1, 2</sup>



<sup>1</sup> Ekelund, U.; Steene-Johannessen, J.; Brown, W. J.; Fagerland, M. W.; Owen, N.; Powell, K. E.; Bauman, A.; Lee, I. M., et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. Lancet 2016, 388, 1302–1310.  
<sup>2</sup> Dunstan, D. W.; Dogra, S.; Carter, S. E.; Owen, N., et al. Sit less and move more for cardiovascular health: emerging insights and opportunities. Nat Rev Cardiol 2021.



## Impressum

### Wissenschaftliche Leitung

#### **Prof. Ingo Froböse**

Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte  
Prävention und Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln  
Am Sportpark Müngersdorf 6  
50933 Köln

#### **Dr. Birgit Wallmann-Sperlich**

Institut für Sportwissenschaft, Fakultät für Humanwissenschaften  
Julius-Maximilians-Universität Würzburg  
Judenbühlweg 11  
97082 Würzburg

#### **Unter der Mitarbeit von:**

##### **Jonas Gorges**

Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte  
Prävention und Rehabilitation der Deutschen Sporthochschule Köln

##### **Laura Kummert**

Institut für Sportwissenschaft der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

### Medienkontakt

#### **DKV Deutsche Krankenversicherung AG**

##### **ERGO Media Relations**

ERGO-Platz 1  
40477 Düsseldorf

### Gestaltung

#### **Rookie Kommunikationsagentur GmbH**

Gaußstraße 10  
40235 Düsseldorf

#### **Stand**

Juli 2025

### Fotos

Westend61/Getty Images (Titelbild, S. 05, S. 06, S. 07, S. 08, S. 11, S. 15, S. 17, S. 19, S. 21, S. 35, S. 37, S. 38, S. 45, S. 46, S. 53, S. 56), Christian Lord Otto (S. 03), Luis Alvarez/Getty Images/Digital Vision (S. 04, S. 52), Oscar Wong/Getty Images (S. 08), Hinterhaus Productions/Getty Images (S. 08, S. 29), Jose Luis Pelaez Inc/Getty Images (S. 09), Mike Kemp/Getty Images (S. 10), shapecharge/Getty Images (S. 12), Getty Images (S. 13), Halfpoint Images/Getty Images (S. 14), Hero Images/Getty Images (S. 18, S. 39), Andrew Peacock/Getty Images (S. 22), Eugenio Marongiu/Getty Images (S. 22), The Good Brigade/Getty Images (S. 25), filadendron/ E+/Getty Images (S. 26), mauritius images/Masterfile (S. 27), Uwe Krejci/Getty Images (S. 30), mini-series/Getty Images (S. 31), Westend61/Steve Brookland/mauritius images (S. 33, S. 58), ferrantraite/ E+/Getty Images (S. 36), d3sign/Getty Images (S. 40), Maskot/ Getty Images (S. 41), Tom Werner/Getty Images (S. 47), Cecilie\_Arcurs/Getty Images (S. 49), Geber86/Getty Images (S. 51), vgajic/Getty Images (S. 54)