

Prävalenz, zeitliche Trends und regionale Unterschiede ärztlicher Bewegungsberatung in Deutschland

Prevalence, Current Trends and Regional Differences of Physical Activity Counselling in Germany

Zusammenfassung

- › **Einleitung:** Körperlich-sportliche Aktivität ist dazu geeignet, zahlreichen chronischen Erkrankungen vorzubeugen bzw. deren Verlauf positiv zu beeinflussen. Deshalb erscheint die Beratung zur Aufnahme körperlich sportlicher Aktivität als wichtige Aufgabe in der ärztlichen Praxis. Der vorliegende Beitrag untersucht Prävalenzen, zeitliche Trends und regionale Unterschiede ärztlicher Bewegungsberatung in Deutschland von 1997-1999 und 2008-2011.
- › **Material und Methode:** Es wurden Trendanalysen anhand zweier repräsentativer Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts durchgeführt und Prävalenzen ärztlicher Bewegungsberatung berechnet. Regionale Unterscheidungen wurden anhand der Gemeindegroßen (ländlicher Raum – großstädtischer Raum) und der Wohnregion (Ost/West) vorgenommen. Effektgrößen wurden mittels logistischer Regression bestimmt. 11 907 Personen (18-64 Jahre) wurden in die Analysen eingeschlossen.
- › **Ergebnisse:** Die Beratungsprävalenz zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität nahm in einem Zehnjahreszeitraum von 10,1% auf 8,6% signifikant ab. In ländlichen Regionen wurden Personen signifikant seltener zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität beraten als in dichter besiedelten Regionen. Ost-West-Unterschiede waren nur gering ausgeprägt, zugunsten höherer Beratungsproportionen in den alten Bundesländern.
- › **Diskussion:** Obwohl eindeutige wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der positiven Wirkung regelmäßiger körperlicher Aktivität besteht und die ärztliche Bewegungsberatung einen wichtigen Teil zur Motivation der Patienten zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität beitragen kann, konnte insgesamt eine Abnahme der ärztlichen Bewegungsberatung über die Zeit beobachtet werden. Die schlechtere Erreichbarkeit von Gesundheitssportangeboten im ländlichen Raum sowie eine geringere Angebots- und Sportvereinsdichte in den östlichen Bundesländern könnten eine Erklärung für geringere Beratungsproportionen sein.

SCHLÜSSELWÖRTER:

Körperliche Aktivität, Gesundheitsförderung, Beratung, Prävention, Epidemiologie

Summary

- › **Introduction:** Physical activity is highly recommended for the prevention and management of many chronic non communicable diseases. For this reason counselling strategies for increasing physical activity recommended by a physician seem to be an important aspect in primary care. The aim of this work is to show prevalences and current trends in physical activity counselling by primary health care physicians and regional differences from 1997-1999 to 2008-2011.
- › **Material and Methods:** Data from two representative cross-sectional health interview and examination surveys by the Robert Koch Institute were used for analyses of prevalence proportions and time trends of physicians' physical activity counselling. Regional disparities were analysed by size of municipality (rural area – major city) or geographical region (east/west). Strengths of associations were calculated using binary logistic regression models. 11,907 persons aged 18-64 years were included in the analyses.
- › **Results:** Physical activity counselling prevalence decreased significantly from 10.1% to 8.6 % over ten years. Significant disparities of counselling proportions were detected to the disadvantage of rural areas in comparison to more densely populated regions. East-west differences were relatively small, with higher counselling proportions in the western federal states of Germany.
- › **Discussion:** Although evidence underlines the positive health effects of regular physical activity, overall counselling behaviour on physical activity by physicians decreased over time. A poorer accessibility of physical activity programmes in rural areas as well as fewer sport clubs in the eastern federal states might explain the lower counselling proportions.

KEY WORDS:

Physical Activity, Health Promotion, Counselling, Prevention, Epidemiology

Einleitung

Ein ausreichendes Maß an körperlicher Aktivität gilt als entscheidender Faktor, sowohl in der Therapie als auch in der Prävention zahlreicher chronischer Erkrankungen. Bewegungsumfänge, entsprechend den

aktuellen Empfehlungen von mindestens 150 Minuten moderater Aktivität pro Woche (28), können das Risiko zur Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 35% und von Typ-2 Diabetes um 30-40% ➤

ORIGINALIA

ACCEPTED: February 2016

PUBLISHED ONLINE: March 2016

DOI: 10.5960/dzsm.2016.224

Gabrys L, Jordan S, Behrens K, Schlaud M. Prävalenz, zeitliche Trends und regionale Unterschiede ärztlicher Bewegungsberatung in Deutschland. Dtsch Z Sportmed. 2016; 67: 53-58.

1. ROBERT KOCH-INSTITUT BERLIN, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin
2. UNIVERSITÄT ROSTOCK, Institut für Sportwissenschaft, Rostock



QR-Code scannen und Artikel online lesen.

KORRESPONDENZADRESSE:

Dr. Lars Gabrys
Robert Koch-Institut
Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, FG 25 – Körperliche Gesundheit
General Pape-Str. 62-66, 12101 Berlin
✉: GabrysL@rki.de

reduzieren. Insgesamt reduziert sich das Gesamtmortalitätsrisiko bei hoch aktiven Personen um 32% im Vergleich zu gering aktiven Personen (14, 25). Darüber hinaus ist ein Mindestmaß an körperlicher Aktivität mit einem geringeren Risiko zur Entstehung von psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Depressionen und Angststörungen (4, 29), einer verbesserten Knochengesundheit (24, 12) und einem geringeren Krebsrisiko assoziiert (20). Zudem unterstützt körperliche Aktivität die Verbesserung der kardiorespiratorischen Fitness und das körperliche Wohlbefinden (25). Nach einer Schätzung im Rahmen der Global Burden of Disease Study sind insgesamt 4,2%-19,2% aller Todesfälle in der Europäischen Union und 7,5% der Todesfälle in Deutschland auf den Umstand mangelnder körperlicher Aktivität zurückzuführen (22).

Aus den genannten Gründen stellt die Steigerung körperlicher Aktivität eine zentrale Säule in der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention dar. Der Ärztin oder dem Arzt kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu. Für die meisten Patientinnen und Patienten gilt der Arzt nach wie vor als Hauptsächlichpartner in gesundheitlichen Fragen und die meisten Patienten sehen ihren behandelnden Arzt mindestens einmal im Jahr (2, 19). Dementsprechend kann bereits der Arzt bedarfsgerechte Aktivitätsempfehlungen aussprechen bzw. sollte er, im Sinne einer „Lotsenfunktion“, den Patienten bei Bedarf an entsprechende Organisationen, wie beispielsweise Sportvereine, kommerzielle Anbieter oder Volkshochschulen, weiterverweisen (16).

Ausführliche Analysen zur Prävalenz der ärztlichen Bewegungsberatung in Deutschland ließen bereits eine generelle Abnahme im Zeitraum von 1997-1999 bis 2008-2011 erkennen, wobei ein Trend hin zu einer mehr krankheitsspezifischen Beratung zu erkennen war. Demnach wurden insbesondere Personen mit ärztlich diagnostiziertem Diabetes mellitus und Personen mit hohem gesundheitlichem Risikoprofil signifikant häufiger durch eine Ärztin oder einem Arzt zur Aufnahme körperlicher Aktivität beraten als gesunde Personen (10). Analysen zur Erreichbarkeit von Gesundheitssportangeboten legen nahe, dass insbesondere im ländlichen Raum eine massive Unterversorgung an Angeboten existiert bzw. eine Teilnahme an solchen Angeboten nur mit hohem persönlichem und zeitlichem Aufwand realisiert werden kann (1).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu untersuchen, ob ähnliche regionale Unterschiede auch in der ärztlichen Beratungstätigkeit zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität bestehen und zeitliche Entwicklungen in Deutschland zwischen 1997-1999 und 2008-2011 abzubilden.

Material und Methode

Datensatz

Es wurden Daten aus zwei repräsentativen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts herangezogen, um sowohl zeitliche Trends als auch regionale Unterschiede in der ärztlichen Bewegungsberatung zu untersuchen. Der erste gesamtdeutsche „Bundesgesundheitsurvey von 1998“ (BGS98) wurde im Zeitraum von 1997-1999 und die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) im Zeitraum von 2008-2011 durchgeführt. Beide Gesundheitssurveys sind Teil des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Instituts. Die alters- und geschlechtsstratifizierten Rekrutierungsverfahren beider Surveys basieren auf Zufallsstichproben aus lokalen Einwohnermeldeämtern, wobei Teilnehmende des ersten Bundesgesundheitsurveys von 1998 in DEGS1 erneut eingeladen wurden. Die genaue Methodik und das Studiendesign

sind an anderer Stelle detailliert beschrieben (15, 26). Insgesamt nahmen 7124 Personen im Alter von 18-79 am BGS98 und 8152 Personen an DEGS1 teil. Die Teilnahme an beiden Surveys war stets freiwillig und eine schriftliche Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme liegt von allen Teilnehmenden vor. Beide Studien wurden von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin geprüft und das Datenschutzkonzept wurde durch den Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit freigegeben.

Zusätzlich zu einem umfangreichen körperlichen Untersuchungsprogramm beinhalten beide Surveys einen selbstauszufüllenden Fragebogen zu diversen gesundheits- und krankheitsspezifischen Fragekomplexen. Dies betrifft unter anderem Angaben zu aktuellen oder früheren (chronischen) Erkrankungen, dem individuellen Gesundheitsverhalten, soziodemografischen und sozioökonomischen Faktoren sowie der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen und der Teilnahme an Präventionsprogrammen. Zur Beantwortung der oben beschriebenen Forschungsfrage konzentrierte sich die Auswertung auf die Selbstangaben der Teilnehmenden, ob sie in den letzten 12 Monaten durch eine Ärztin oder einen Arzt zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität beraten wurden. Da diese Frage nur Personen im Alter zwischen 18-64 Jahren gestellt wurde, wurden Personen im Alter von 65 Jahren oder älter aus der Analyse ausgeschlossen.

Datenanalyse

Für beide Gesundheitssurveys wurden sowohl alters- als auch geschlechtsstratifizierte Analysen zur Beratungsprävalenz und zur Bestimmung regionaler Unterschiede Analysen auf Ebene der Gemeindegrößen durchgeführt. Hierzu wurde die offizielle Kategorisierung der politischen Gemeindegrößenklassen des statistischen Bundesamtes auf vier Gemeindegrößenklassen wie folgt aggregiert: Regionen mit weniger als 5000 Einwohnern wurden als ländlich, Regionen mit 5000 - <20 000 Einwohnern als kleinstädtisch, Regionen mit 20 000 - <100 000 Einwohnern als mittelstädtisch und Regionen mit mehr als 100 000 Einwohnern als großstädtisch kategorisiert. Für einen Ost-West-Vergleich wurden die Regionen der neuen Bundesländer inkl. Berlin zur Region Ost bzw. die alten Bundesländer zur Region West zusammengefasst.

Zur Erzielung möglichst verlässlicher und zwischen den Regionen vergleichbarer Studienergebnisse wurden sowohl Designgewichte bezüglich der Auswahlwahrscheinlichkeit als auch sozioökonomischer und soziodemografischer Charakteristika berechnet. Zur Berechnung von zeitlichen Trends zwischen den Erhebungszeiträumen wurden beide Studienpopulationen zusätzlich auf die Bevölkerungsstruktur des Jahres 2010 standardisiert (15). Alle statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SAS 9.4 durchgeführt. Zur Berechnung von Effektstärken (Odds Ratio) und zeitlichen Trends wurden logistische Regressionsmodelle mittels der Prozedur für komplexe Stichprobendesigns (Proc Surveylogistic) verwendet.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 5969 Personen im Alter von 18-64 Jahren des Bundesgesundheitsurveys von 1998 (BGS98) und 5938 Personen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) in die Analysen eingeschlossen.

In der Gesamtbetrachtung nahm die ärztliche Beratungsprävalenz zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität in einem Zehnjahreszeitraum von 1997-1999 bis 2008-2011 von 10,1% auf 8,6% signifikant ab (OR 0,83; 95% KI 0,72-0,96).

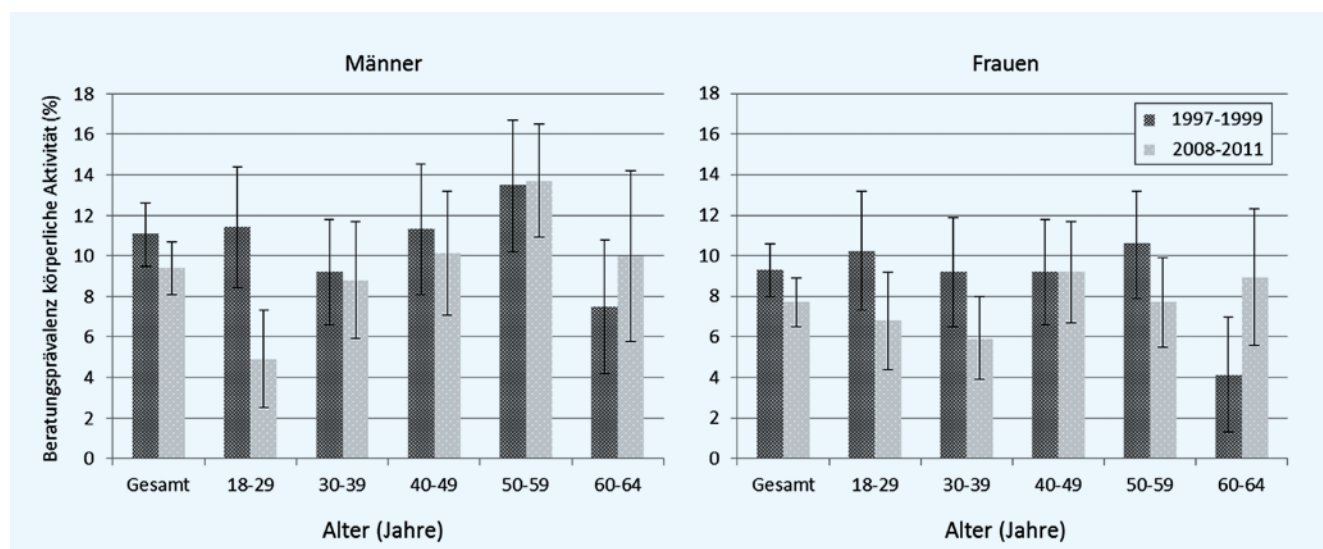


Abbildung 1

Alters- und geschlechtsstratifizierte Prävalenzschätzungen (inkl. 95% Konfidenzintervall) einer ärztlichen Bewegungsberatung im Zeitvergleich zwischen 1997-1999 (BGS 98) und 2008-2011 (DEGS 1).

Bei Männern sank die Beratungsprävalenz von 11,1% auf 9,4% (OR 0,82; 95% KI 0,62-1,03) und bei Frauen von 9,3% auf 7,7% (OR 0,82; 95% KI 0,65-1,02). Bei den Männern war in beiden Surveys, mit Ausnahme der jüngsten Alterskategorie im Zeitraum des BGS98 (1997-1999), bis zum Alter von 60 Jahren eine kontinuierliche Zunahme der selbstberichteten Beratungsprävalenz zu erkennen. Danach sank die Beratungsprävalenz wieder deutlich ab. Eine derartige Abnahme war ebenfalls bei den Frauen der höchsten Alterskategorie im Zeitraum von 1997-1999 zu erkennen. Darüber hinaus können den Ergebnissen der Frauen keine Beratungstrends hinsichtlich der Altersstruktur entnommen werden. Insgesamt war jedoch bei beiden Geschlechtern und nur mit Ausnahme der höchsten Alterskategorie der 60-64 Jährigen, eine generelle Abnahme in der ärztlichen Bewegungsberatung zwischen den Erhebungszeiträumen zu verzeichnen (Abb. 1). Die berichteten Trends der geschlechts- und altersspezifischen Analysen erreichten überwiegend keine statistische Signifikanz.

Die regionalen Analysen zeigen, dass insbesondere in ländlichen Regionen mit weniger als 5000 Einwohnern Studienteilnehmer signifikant seltenerangaben, durch eine Ärztin oder einen Arzt zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität beraten worden zu sein. Im Zeitraum von 1997-1999 war mit der Zunahme der Gemeindegröße auch eine prozentuale Zunahme der Beratungsprävalenz zu verzeichnen. Im Zeitraum 2008-2011 ist ein leicht uneinheitliches Bild zu erkennen, hier lagen kleinstädtische und großstädtische Regionen auf etwa gleichem Niveau. Im Vergleich zum ländlichen Raum waren in großstädtischen Regionen trotz allem mit die höchsten Beratungsproportionen (1997-1999: OR 1,8; 95% KI 1,26-2,58; 2008-2011: 1,49; 95% KI 1,01-2,20) zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität zu erkennen. Im zeitlichen Verlauf wiesen nur mittelstädtische und großstädtische Regionen zum Zeitpunkt 2008-2011 geringere Beratungsproportionen im Vergleich zu 1997-1999 auf (Tab. 1).

Ein Ost-West-Vergleich der alten und neuen Bundesländer zeigte Tendenzen zugunsten höherer Beratungsproportionen in den westlichen Bundesländern, allerdings erreichen die Unterschiede keine statistische Signifikanz. Im Westen wurden Personen im Zeitraum von 2008-2011 signifikant seltener zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität durch einen Arzt oder eine Ärztin beraten als noch 1997-1999. Die Abnahme im

Osten erreicht zwar dasselbe Niveau, jedoch aufgrund insgesamt geringerer Fallzahlen keine statistische Signifikanz (Tab. 2).

Diskussion

Der vorliegende Beitrag betrachtet Prävalenzen einer ärztlichen Bewegungsberatung im Zeitvergleich zwischen 1997-1999 und 2008-2011, wobei ein besonderer Fokus auf regionale Unterschiede anhand definierter Gemeindegrößen gelegt wurde. Die Datengrundlage bilden zwei repräsentative Gesundheits-surveys des Robert Koch-Instituts.

In beiden Surveys wurden intensive Anstrengungen unternommen, repräsentative Zufallsstichproben der Gesamtbevölkerung zu erhalten. Die leichte Überrepräsentation älterer Studienteilnehmer wurde durch die Berechnung von Populationsgewichten korrigiert. Alle Personen, die eine Teilnahme ablehnten, wurden gebeten, zumindest einen kurzen Nichtteilnahme-Fragebogen mit einigen wenigen soziodemografischen und gesundheitlichen Angaben auszufüllen. Nichtteilnahme-Fragebögen wurden von 42% der Personen, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, ausgefüllt. Der Vergleich von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden zeigte keine systematischen Abweichungen (15, 26). Aus diesem Grund kann angenommen werden, dass die erzielten Ergebnisse im Sinne der externen Validität auf die Grundgesamtheit übertragen werden können. Um Fehlschlüsse aufgrund einer veränderten Bevölkerungsstruktur zwischen den Gesundheitssurveys auszuschließen, wurden alle Daten auf die Bevölkerungsstruktur der Bundesrepublik Deutschland vom 31.12.2010 standardisiert. Alle Ergebnisse zur Prävalenz der ärztlichen Bewegungsberatung beziehen sich auf Selbstangaben der Teilnehmenden. Dies kann im Sinne eines Recall-Bias zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Beratungsprävalenz führen. Da jedoch angenommen werden kann, dass derartige Verzerrungen in beiden Surveys gleichverteilt sind, kann davon ausgegangen werden, dass die zeitlichen Effekte davon unberührt bleiben.

Obwohl der gesundheitliche Nutzen regelmäßiger körperlicher Aktivität seit langem hinlänglich bekannt ist und die Steigerung körperlicher Aktivität durch eine ärztliche Bewegungsberatung in einigen Studien bereits nachgewiesen werden konnte (17, 23), nutzen noch zu wenige ➤

Tabelle 1

Altersstandardisierte regionale Unterschiede in der Prävalenz (%) ärztlicher Bewegungsberatung und Effektschätzer (OR) zu zeitlichen Trends.

Gemeindegröße	1997-1999			2008-2011			2008-2011 VS. 1997-1999	
	(%)	OR (95% KI)	p	(%)	OR (95% KI)	p	OR (95% KI)	p
Ländlich (<5.000 Einwohner)	7,0	Ref.		6,4	Ref.		0,91 (0,60-1,39)	0,66
Kleinstädtisch (5.000 - <20.000 Einwohner)	9,8	1,43 (1,01-2,04)	0,04	9,4	1,51 (1,02-2,25)	0,04	0,96 (0,74-1,25)	0,76
Mittelstädtisch (20.000 - <100.000 Einwohner)	10,5	1,55 (1,08-2,23)	0,02	8,3	1,31 (0,90-1,91)	0,15	0,77 (0,60-1,00)	0,05
Großstädtisch (≥ 100.000 Einwohner)	12,0	1,80 (1,26-2,58)	0,001	9,3	1,49 (1,01-2,20)	0,04	0,76 (0,58-0,98)	0,04

Tabelle 2

Altersstandardisierte Unterschiede in der Prävalenz (%) ärztlicher Bewegungsberatung im Ost-West-Vergleich und Effektschätzer (OR) zu zeitlichen Trends.

Wohnregion	1997-1999			2008-2011			2008-2011 VS. 1997-1999	
	(%)	OR (95% KI)	p	(%)	OR (95% KI)	p	OR (95% KI)	p
Ost (inkl. Berlin)	8,8	Ref.		7,2	Ref.		0,81 (0,60-1,09)	0,16
West	10,5	1,21 (0,93-1,58)	0,14	8,9	1,26 (0,97-1,63)	0,08	0,84 (0,71-0,99)	0,03

Ärztinnen und Ärzte dieses Mittel in der täglichen Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Insgesamt gaben nur 9,5% der Männer und 7,7% der Frauen im Zeitraum von 2008-2011 an, durch ihre Ärztin oder ihren Arzt zur Aufnahme körperlich-sportlicher Aktivität beraten worden zu sein. In der zeitlichen Entwicklung ist sogar eine generelle Abnahme der Beratungsprävalenz zu erkennen. Lediglich bei Personen über 60 Jahren ist eine Zunahme einer ärztlichen Bewegungsberatung zu verzeichnen. Aufgrund des Studiendesigns liegen leider nur Daten für Personen bis 64 Jahren vor. Das ist ungünstig, da insbesondere chronische Erkrankungen im höheren Alter vermehrt auftreten und körperliche Aktivität sowohl zur Prävention als auch in der Therapie eine wichtige Rolle spielen kann (24). Ein aktiver Lebensstil gilt als ein wesentlicher Bestandteil des gesunden Alter(n)s und trägt zur selbständigen Lebensführung bei.

In vorangegangenen Analysen konnte allerdings gezeigt werden, dass bei Personen mit ärztlich diagnostiziertem Diabetes mellitus (OR 3,42; 95% KI 1,68-6,69) und Personen mit hohem kardiovaskulärem Risikoprofil (OR 5,33; 95% KI 1,89-15,00) im Zeitvergleich eine Beratungszunahme, im Sinne der Sekundärprävention, stattgefunden hat (10). Dieser Umstand wird unter anderem mit der Einführung der Disease-Management-Programme im Jahr 2003 und der Neufassung des §20 im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) im Jahr 2000 erklärt. Die Gründe für eine generell geringe Beratungsprävalenz bzw. Abnahme werden unter anderem auf nach wie vor unzureichende Anreiz- und Vergütungsstrukturen sowie zunehmende zeitliche Belastungen in der ärztlichen Praxis zurückgeführt (13). Zwar wurde das Medizinstudium durch die Einführung des interdisziplinären Querschnittsbereichs „Prävention und Gesundheitsförderung“ (Q10) im Jahr 2004 an die veränderten Anforderung in der Patientenversorgung angepasst, doch muss erst noch abgewartet werden, ob und in welchem Maße diese Maßnahmen zukünftig auch das ärztliche Beratungsverhalten beeinflussen. In einer Umfrage unter Medizinstudierenden schätzten 68% der Befragten das

Thema Prävention und Gesundheitsförderung als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ für ihre eigene ärztliche Tätigkeit ein (18). Nach Aussage der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) ist die Gesundheitsvorsorge und Prävention ein integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit. Auf ihrer Homepage schreibt die DEGAM dazu: „Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet u. a. die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen, wie auch in der Gemeinde“ (7). Auch das im Jahr 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) verfolgt u. a. die Stärkung der ärztlichen Gesundheitsberatung (11). Im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen soll stärker als bisher eine auf individuelle Risiken abgestimmte, präventionsorientierte Beratung erfolgen, die ärztliche Empfehlungen für geeignete primärpräventive Maßnahmen, wie beispielsweise körperliche Aktivität, enthalten kann. Beide genannten Punkte bieten das Potential, das ärztliche Beratungsverhalten positiv zu beeinflussen. Allerdings muss insbesondere abgewartet werden, wie das PrävG in der der Praxis umgesetzt wird.

Die Unterschiede in der Beratungsprävalenz zu Ungunsten ländlicher Regionen könnten durch eine insgesamt geringere Dichte und schlechtere Erreichbarkeit von Gesundheitssportangeboten im Vergleich zu städtischen Regionen begründet sein. Erste Analysen eines Pilotprojekts in der Planungsregion Westmecklenburg, einem im Vergleich eher dünn besiedelten Gebiet, zeigen, dass für knapp 50% der Bevölkerung die Inanspruchnahme von Rehabilitationssportangeboten (nach §43(1) SGB V i. V. m. §44(1) SGB IX) mit Fahrzeiten des öffentlichen Nahverkehrs (ÖPNV) von über 60 Minuten verbunden sind. Insbesondere die Nutzung von Angeboten am Abend erscheint für 1/3 der Bevölkerung Westmecklenburgs mit Wegezeiten von mehr als zwei Stunden eher unrealistisch (1). Zwar lassen sich in vielen Regionen Bemühungen zum Ausbau gesundheitssportlicher Infrastrukturen erkennen, doch sind die Angebotsstrukturen, insbesondere zwischen Stadt und Land,

teilweise noch erheblich (6, 21). Die deutliche Abnahme ärztlicher Bewegungsberatung im zeitlichen Verlauf im mittel- und großstädtischen Raum gegenüber einer nur geringen Abnahme in kleinstädtischen und ländlichen Regionen ist den Autoren nicht erklärbar.

Die beobachtete, tendenziell höhere Beratungsprävalenz in den westlichen Bundesländern könnte ebenfalls in einer besser entwickelten Infrastruktur der Sportvereine begründet sein und damit mehr Möglichkeiten aufzeigen, ein konkretes Angebot zu empfehlen. Zwar weisen 30% aller Angebote der Sportvereine in den östlichen Bundesländern einen Gesundheitsbezug auf, wohingegen dies nur 22% der Angebote in den westlichen Bundesländern tun. Jedoch verteilen sich die Gesundheitssportangebote in den östlichen Bundesländern auf deutlich weniger Vereine. Im Durchschnitt bieten im Osten nur 6% aller Sportvereine Gesundheitssportangebote an, im Westen sind es dagegen 10% (3). Zudem ist die Versorgungsstruktur mit einem Sportverein je 1168 Einwohner im Osten gegenüber einem Sportverein je 905 Einwohner im Westen im Jahr 1998, trotz einer deutlichen Angleichung mit 914 Einwohnern je Sportverein im Osten und 897 Einwohnern im Westen im Jahr 2009, nach wie vor ungleich verteilt (8, 9). Die Erwartung, dass sich die in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) noch gesetzlich verankerte Gesundheitsberatung (27) auch zehn Jahre nach der Wiedervereinigung in der Beratungshäufigkeit der Ärztinnen und Ärzte in den neuen Bundesländern widerspiegelt, muss demnach verworfen werden. Vielmehr ist ein gegenläufiger Trend zu verzeichnen.

Die Ergebnisse sprechen aus Sicht der Autoren für einen weiteren Ausbau gesundheitssportlicher Strukturen und die kommunale Vernetzung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten. Um Gesundheitssportangebote, insbesondere im ländlichen Raum, fest zu etablieren, sollte der Aufbau funktionierender, regionaler Netzwerke von Haus-/Fachärzten und Gesundheitssportanbietern in der jeweiligen Region im Mittelpunkt stehen. Hierzu müssten insbesondere die bislang nur rudimentär entwickelten Kommunikationsstrukturen zwischen den Akteuren aus Medizin und Sport weiter entwickelt werden. Beide Seiten können von besseren Gesundheitssportstrukturen profitieren: Engagierte Sportvereine erreichen eine Zielgruppe, die Sport und Bewegung aus vielerlei Gründen langjährig, aber nicht folgenlos gemieden haben. Die qualitätsgeprüften Gesundheitssportangebote können sich als ernstzunehmende Alternative und Ergänzung zu traditionellen und kostenintensiveren Therapieformen positionieren und damit die (haus-)ärztliche Praxis entlasten. Umgekehrt können Ärzte aller Fachrichtungen den Aufbau dieser Angebote aktiv unterstützen, indem sie als beratende/begleitende Vereinsärzte fungieren und damit eine wichtige Lizenzvoraussetzung für den Gesundheitssport unterstützen. Als eine vielversprechende Möglichkeit werden bereits seit 2005 Bemühungen unternommen, das sogenannte „Rezept für Bewegung“ – eine Initiative des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) in Kooperation mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP e.V.) – bundesweit einzuführen. Das „Rezept für Bewegung“ ermöglicht niedergelassenen Ärzten, die Teilnahme an qualitätsgeprüften Gesundheitssportangeboten mit dem Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ gezielt zu empfehlen. Entsprechende Rahmenbedingungen zur Anwendung des Rezeptes in der ärztlichen Praxis wurden in folgenden Bundesländern bereits geschaffen: Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Thüringen.

Für eine stärkere Nutzung des „Rezeptes für Bewegung“ sollten Angebotsstrukturen weiter ausgebaut, Informationsdefizite abgebaut und Unsicherheiten bezüglich der Kostenerstattung auf Seiten der Patienten beseitigt werden (5). ■

Angaben zu finanziellen Interessen und Beziehungen, wie Patente, Honorare oder Unterstützung durch Firmen:

Keine

Literatur

- (1) **BEHRENS K, LÜBKE J, STOLL R, WEIPPERT M, KLINGER R.** Gesundheitssport - Integrativer Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Dtsch Arztebl. 2015; 112: A820-A822.
- (2) **BÖCKEN J, BRAUN B, LANDMANN J.** Gesundheitsmonitor 2010. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2010; 43-91.
- (3) **BREUER C, HAASE A.** Die Situation des Sports in Deutschland - Betrachtung nach Regionen. Bundesinstitut für Sportwissenschaft 2007; 313-633.
- (4) **COONEY GM, DWAN K, GREIG CA, LAWLOR DA, RIMER J, WAUGH FR, MCMURDO M, MEAD GE.** Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 9: CD004366. doi:10.1002/14651858.CD004366.pub6
- (5) **CURBACH J, APFELBACHER C, SCHEMM A, HERRMANN S, SZAGUN B, LOSS J.** Implementierung des „Rezepts für Bewegung“ durch niedergelassene Ärzte – Ausgewählte Ergebnisse einer standardisierten Befragung in Bayern. Gesundheitswesen. Gesundheitswesen 2014; 76; A32. doi:10.1055/s-0034-1386882
- (6) **DEHNE P, NEUBAUER A.** Ländliches Wohnen im Alter, aber wie? Facetten sorgender Gemeinschaften in Mecklenburg-Vorpommern und anderswo. Informationsdienst Altersfragen 2014; 3-13.
- (7) **DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FAMILIENMEDIZIN (DEGAM).** Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002. <http://www.degam.de/fachdefinition.html> (Zugriff am 25.01.2016).
- (8) **DEUTSCHER OLYMPISCHER SPORTBUND (DOSB).** Bestandserhebung 2001. 2001; 10-11.
- (9) **DEUTSCHER OLYMPISCHER SPORTBUND (DOSB).** Bestandserhebung 2009. 2010; 12-13.
- (10) **GABRYS L, JORDAN S, SCHLAUD M.** Prevalence and temporal trends of physical activity counselling in primary health care in Germany from 1997–1999 to 2008–2011. Int J Behav Nutr Phys Act. 2015; 12: 136. doi:10.1186/s12966-015-0299-9
- (11) **GESETZ ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND DER PRÄVENTION (PRÄVG).** Bundesgesetzblatt: Bundesanzeiger 2015; 1368-1379.
- (12) **GÓMEZ-CABELLO A, ARA I, GONZÁLEZ-AGÜERO A, CASAJUS J, VICENTE-RODRIGUEZ G.** Effects of training on bone mass in older adults. Sports Med. 2012; 42: 301-325. doi:10.2165/11597670-000000000-00000
- (13) **GRAF C, MÜLLER M, REINEHR T.** Ist die Prävention der Adipositas eine ärztliche Aufgabe? Dtsch Med Wochenschr. 2009; 134: 202-206. doi:10.1055/s-0028-1123980
- (14) **HASKELL WL, LEE I-M, PATE RR, POWELL KE, BLAIR SN, FRANKLIN BA, MACERA CA, HEATH GW, THOMPSON PD, BAUMANN A.** Physical activity and public health. Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation. 2007; 116: 1081-1093. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.185649
- (15) **KAMTSIURIS P, LANGE M, HOFFMANN R, SCHAFFRATH ROSARIO A, DAHM S, KUHNERT R, KURTH BM.** Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1): Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. Bundesgesundheitsbl. 2013; 56: 620-630. doi:10.1007/s00103-012-1650-9
- (16) **KAPLAN M.** Der Arzt als Präventionslotse. Hess Arztebl. 2014; 75: 429-431.
- (17) **KERSE N, ELLEY CR, ROBINSON E, ARROLL B.** Is physical activity counseling effective for older people? A cluster randomized, controlled trial in primary care. J Am Geriatr Soc. 2005; 53: 1951-1956. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00466.x
- (18) **KLEMENT A, BRETSCHNEIDER K, LAUTENSCHLÄGER C, STANG A, HERRMANN M, HAERTING J.** Prävention und Gesundheitsförderung im Medizinstudium: Querschnittsstudie zu Präferenzen, Haltungen und Vorkenntnissen von Studierenden. GMS Z Med Ausbild 2011; 28: Doc17.
- (19) **KUNSTMANN W, HENKE R.** Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe. Prävention und Gesundheitsförderung. 2006; 1: 115-120. doi:10.1007/s11553-006-0023-3
- (20) **KUSHI LH, DOYLE C, MCCULLOUGH M, ROCK CL, DEMARK-WAHNEFRIED W, BANDERA EV, GAPSTUR S, PATEL AV, ANDREWS K, GANSLER T.** American Cancer Society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention. CA Cancer J Clin. 2012; 62: 30-67. doi:10.3322/caac.20140
- (21) **LANDESSPORTBUND THÜRINGEN (LSB).** Konzeption Sport und Gesundheit 2012-2018. Landessportbund Thüringen e.V. 2012.
- (22) **LEE IM, SHIROMA EJ, LOBELO F, PUSKA P, BLAIR SN, KATZMARZYK PT.** Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012; 380: 219-229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- (23) **LIN JS, O'CONNOR E, WHITLOCK EP, BEIL TL.** Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2010; 153: 736-750. doi:10.7326/0003-4819-153-11-201012070-00007
- (24) **PEDERSEN BK, FEBBRAIO MA.** Muscles, exercise and obesity: skeletal muscle as a secretory organ. Nat Rev Endocrinol. 2012; 8: 457-465. doi:10.1038/nrendo.2012.49
- (25) **PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES COMMITTEE.** Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington (DC): US Department of Health and Human Services 2008.
- (26) **THEFELD W, STOLZENBERG H, BELLACH BM.** Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder-Analyse. Gesundheitswesen. 1999; 61: S57-S61.
- (27) **WEBER-FALKENSAMMER H.** Umsetzung von Gesundheitsberatung in der Weiter- und Fortbildung. In: Jork K, (Hrsg.): Gesundheitsberatung - Einführung und Leitfaden für Ärzte und Studierende der Medizin. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag 1987; 162-163.
- (28) **WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO).** Global recommendations on Physical Activity for Health. 2010.
- (29) **ZSCHUCKE E, GAUDLITZ K, STRÖHLE A.** Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. J Prev Med Pub Health. 2013; 46: S12-S21. doi:10.3961/jpmph.2013.46.S12