



Ärztliche präventive und therapeutische Bewegungsberatung

VNR: 2760602022245770006

Martin Fischer, Prof. Dr. Dr. med. David A. Groneberg, Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer

Gesundheitseffekte der Bewegung

Seit der Geburt der modernen gesundheitsbezogenen Bewegungsforschung in den 1950er-Jahren ist die wissenschaftliche Grundlage dafür stetig und immer differenzierter gewachsen [1]. Für die aktualisierte Ausgabe der Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Ende November 2020 erschienen ist, hat eine Expertengruppe eine umfassende Literaturrecherche- und Analyse zu den Effekten der Bewegung auf eine Vielzahl von gesundheitlichen Endpunkten durchgeführt [2]. Die zusammengetragene und systematisch bewertete Literatur bekräftigt die Ergebnisse der früheren Empfehlungen [3] und liefert darüber hinaus Informationen für spezifische Zielgruppen sowie zu ergänzenden Endpunkten. Die wissenschaftliche Literatur weist deutlich nach, dass regelmäßige Bewegung die Gesamtmortalität, die Sterb-

lichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und das Risiko an chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Typ-2-Diabetes und bestimmten Krebsarten zu erniedern, senkt. Zudem verbessert Bewegung die psychische und kognitive Gesundheit (geringere Angst- und Depressionssymptomatik) sowie den Schlaf. Bei älteren Erwachsenen trägt körperliche Aktivität auch dazu bei, Stürze und sturzbedingte Verletzungen sowie eine Beeinträchtigung der Knochengesundheit und der funktionellen Fähigkeiten zu verhindern [2].

Aktuelle Empfehlungen: Jede Bewegung zählt

Im Einklang mit früheren Leitlinien, empfiehlt die WHO auch aktuell, dass Erwachsene und ältere Erwachsene wöchentlich mindestens 150–300 Minuten ausdauerorientierte Aktivität mit moderater Intensität oder 75–150 Minuten mit hoher In-

tensität sowie an zwei oder mehr Tagen muskelkräftigende Aktivität durchführen sollten [2, 3]. Allen älteren Personen (über 65 Jahre) wird zusätzlich empfohlen, Gleichgewichtsübungen bzw. Aktivitäten, die das Gleichgewicht trainieren (z. B. Tanzen, Skilanglauf, Tai Chi etc.) aufzunehmen. Neu in den aktuellen Empfehlungen ist die noch deutlichere Betonung der Bedeutung jeglicher Bewegung: Selbst körperliche Aktivität unterhalb der Empfehlungen ist besser als Inaktivität. Die früher angenommene und empfohlene Mindestdauer von zehn Minuten gilt heute nicht mehr: Buchstäblich zählt jede Bewegung. Der größte Zugewinn aus Public-Health-Sicht wäre, wenn aktuell gänzlich inaktive Personen zumindest mäßig aktiv werden. Auch Aktivität, die nur ein- bis zweimal in der Woche stattfindet (z. B. nur an Wochenendtagen) führt bereits zu positiven Gesundheitseffekten [4]. Aspekte wie Dauer, Häufigkeit, Inten-

Foto: © Seventyfour – stock.adobe.com

sität oder Typ sind wichtige Bausteine körperlicher Belastung. Für unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden gehen wir jedoch davon aus, dass der Gesamtumfang der körperlichen Aktivität entscheidender ist als einzelne Belastungsnormative. Dies impliziert u. a. den gesundheitlichen Stellenwert von Alltagsbewegungen, in erster Linie von Gehen. Die neuesten WHO-Empfehlungen weisen nachdrücklich darauf hin, dass die mit Sitzen verbrachte Zeit eingeschränkt und durch Bewegung (selbst wenn von leichter Intensität) ersetzt werden soll [2].

Ratsam wäre, ein Leben lang körperlich aktiv zu sein. Zugleich ist selbst im späteren Alter aufgenommene Bewegung gesundheitswirksam: Sie mindert das Sterberisiko und verlangsamt das Voranschreiten funktioneller Einschränkungen [5].

Aktuelles Bewegungsverhalten in der deutschen Bevölkerung

Die GEDA-Studie des Robert-Koch-Instituts liefert repräsentative Daten zum Bewegungsverhalten in Deutschland. Während fast die Hälfte (48 %) der Männer angibt, mindestens 150 Minuten Ausdaueraktivitäten pro Woche durchzuführen, absolvierten nur 31,2 % muskelkräftigende Übungen. Insgesamt erfüllen nicht mal ein Viertel (24,7 %) der Männer beide Bereiche der WHO-Empfehlungen. Die Frauen sind mit 42,6 % (Ausdaueraktivität), 27,6 % (muskelkräftigende Aktivität) bzw. 20,5 % (kombinierte Empfehlungen) noch seltener in dem gewünschten Maße aktiv. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich zudem ein sozialer Gradient zuungunsten von niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen [6].

Bewegungsberatung als ärztliche Tätigkeit

Der (primär) ärztlichen Bewegungsförderung beigemessenen Bedeutung fußt neben den Gesundheitseffekten von Bewegung auf zwei weiteren Aspekten: Durch den universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung erreichen Mediziner*innen den Großteil der Bevölkerung und werden als wichtigste Quelle für Gesundheitsinformationen angesehen [7]. Die überwiegende Mehrheit (85–92 %) der durch

Mediziner*innen als inaktiv eingestuften Patient*innen weisen mindestens einen weiteren kardiovaskulären Risikofaktor auf [8, 9]. Wegen dieses hohen Public-Health-Potentials wird ärztliche Bewegungsberatung u. a. von der Weltgesundheitsorganisation gefordert [10]. Auch der 122. Deutsche Ärztetag hat die Bedeutung der Bewegungsberatung als ärztliche Tätigkeit bekräftigt [11]. Zahlreiche Untersuchungen legen zudem nahe, dass eine ärztliche Bewegungsberatung für viele Patient*innen ein besonders bedeutsamer motivierender Faktor bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung eines aktiveren Lebensstils darstellt [12, 13].

Ansätze aus dem Ausland

In der internationalen Praxis haben sich etwa vereinfacht zwei Ansätze etabliert: Eine Beratung kann durch die Mediziner*innen erfolgen (physical activity counseling, Bewegungsberatung), woraufhin die Patient*innen die konkreten Bewegungsempfehlungen eigenständig umsetzen, oder auf ein bestehendes Gruppenangebot verweisen (exercise on prescription, exercise referral, Rezept für Bewegung). Der letztere Ansatz hat sich im Laufe der 1990er- und frühen 2000er-Jahre in mehreren europäischen Ländern sowie in den USA, Kanada, Neuseeland und Australien mit unterschiedlichen Programmcharakteristika etabliert [14]. In einigen Ländern kann das ärztliche Personal die Patient*innen an weitere Gesundheitsfachleute (Sportwissenschaftler*innen, Physiotherapeut*innen etc.) verweisen, die die Beratung und je nach Bedarf auch

eine Lotsenfunktion übernehmen [15]. Die Wirksamkeit der Bewegungsberatung und der Rezept für Bewegung Programme im internationalen Kontext legen mehrere Übersichtsarbeiten nahe [15–17].

In Deutschland können Mediziner*innen durch das Ausstellen eines „Rezept für Bewegung“ geeignete, mit dem Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ ausgezeichnete Gesundheitsportangebote empfehlen [18]. Das Verschreiben wird nicht vergütet und Kursgebühren werden nur unter bestimmten Voraussetzungen teilweise erstattet. Präventionskurse, die mit dem Siegel „Deutscher Standard Prävention“ ausgezeichnet sind, erhöhen hierbei die Chancen der Bezuschussung durch die Versicherer. Eine Vorlage zum „Rezept für Bewegung“ sowie weiterführende Informationen können beispielsweise auf den Internetseiten der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) und des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB) abgerufen werden.

Bewegungsberatung und Rezept für Bewegung in Schweden

Ein im eigenen Kontext etablierter und wissenschaftlich evaluierter Ansatz repräsentiert die PAP-S-Methode (Physical Activity on Prescription) aus Schweden. [15]. Das Schwedische Modell, das im nationalen Gesundheitssystem verankert werden konnte, vereint Elemente, die so oder etwas modifiziert auch in anderen Ländern Anwendung finden. Zu den Kernkomponenten gehören eine personenzentrierte, individualisierte Beratung, evidenzbasierte Empfehlungen für körperliche

Disclaimer und weiterführende Informationen

Diese Veröffentlichung ist Teil des Projekts „847174/EUPAP“, das vom Gesundheitsprogramm der Europäischen Union (2014–2020) gefördert wurde. Der Inhalt dieser Veröffentlichung gibt nur die Ansichten der Autoren wieder und liegt in seiner alleinigen Verantwortung. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass er die Ansichten der Europäischen Kommission und/oder der European Health and Digital Executive

Agency (HaDEA) oder einer anderen Einrichtung der Europäischen Union widerspiegelt. Die Europäische Kommission und die Agentur akzeptieren keine Verantwortung für die Verwendung der darin enthaltenen Informationen. Informationen zum EUPAP-Projekt finden Sie auf der Website der Goethe-Universität Frankfurt unter: www.uni-frankfurt.de/86109669/ContentPage_86109669

che Aktivität, eine schriftliche Verschreibung sowie ein oder mehrere Nachbeobachtungs- (Follow-Up-) Termine zur Überprüfung und Modifizierung der Aktivitäten [19]. Eine unterstützende Umgebung wie auch ein gemeindebasiertes Netzwerk komplettieren die Kernkomponenten und sollen das Vorhaben der Verhaltensänderung zusätzlich positiv beeinflussen.

Wichtig ist, die Integration körperlicher Aktivität und Bewegung als Routine im Alltag, die unter Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände Aktivitäten außerhalb des Gesundheitswesens priorisiert, ohne therapeutische Maßnahmen dabei auszuschließen [19]. Aktivitäten können sowohl allein als auch in gruppenorientierten Angebote durchgeführt werden. Anwendung findet die Methode bei Patient*innen, die von einer erhöhten körperlichen Aktivität profitieren würden, um bewegungsarmen Gewohnheiten entgegen zu wirken und Risiken lebensstilbedingter Erkrankungen zu reduzieren.

Das theoretische Fundament der Bewegungsberatungsansätze bilden die Verhaltensmodelle der sozial-kognitiven Theorie, das transtheoretische Modell und die Implementierungstheorie [20]. Elementare Faktoren dabei sind das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (Selbstwirksamkeit), die eigene Zielsetzung sowie Reflexion zur Steigerung der körperlichen Aktivität (sozial-kognitive Theorie), die Veränderungsbereitschaft und Phasen der Verhaltensänderung (Transtheoretisches Mo-

dell) sowie die Implementierungstheorie auf organisatorischer Ebene, die hilfreiche Anhaltspunkte gibt wie Veränderungen geplant werden können [21–23]

Die PAP-S-Methode kann in der Primärvorsorgung und in der fachärztlichen Versorgung als Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention eingesetzt und als Ergänzung zu weiteren therapeutischen Interventionen verschrieben werden. Unterstützend zur ärztlichen Bewegungsberatung und Verschreibung körperlicher Aktivität können in Schweden zugelassene Fachkräfte wie Physiotherapeut*innen oder Gesundheitspfleger*innen Folgeberatungen durchführen und Rezepte für Bewegung ausstellen [24, 25].

Grundsätze einer Bewegungsberatung

Personenzentrierung im Allgemeinen betont die Bedeutung der Person hinter der Patient*in mit ihrem/seinem Willen, Gefühlen und Bedürfnissen, um sie/ihn als aktive Partner*in unter Beachtung der individuellen Lebensumstände und Präferenzen in die Behandlung einzubeziehen [26]. Dieser Grundsatz hat sich auch im Bereich Bewegungsberatung bewährt. Das hier folgende Vorgehen stellt eine wissenschaftlich untermauerte Herangehensweise dar.

In einem anamnestischen Gespräch wird zunächst der Gesundheitszustand mit vorhandenen Diagnosen, Symptomen und möglichen Risikofaktoren erfasst. Daraus

resultierende Einschränkungen für die Aktivitäten des täglichen Lebens werden bei der Suche nach passenden Bewegungsprogrammen ebenso wie die persönlichen Wünsche berücksichtigt. Fragen zu dem aktuellen Bewegungsverhalten in Form anstrengender und moderater körperlicher Belastungen, Kräftigungsübungen und dem sedentären Verhalten, allem voran der durchschnittlichen täglichen Zeit im Sitzen, geben Aufschluss über das momentane Aktivitätsniveau. Die Auskunft über den selbsteingeschätzten Gesundheitsstatus gestattet darüber hinaus die Reflexion des eigenen Befindens und der konditionellen Konstitution.

Der partizipative Ansatz ermöglicht dabei einen konstruktiven Austausch und soll die innere Motivation zur Verhaltensänderung stärken, in dem die Beratenen an der Entscheidungsfindung in Bezug zu den Umsetzungsmodalitäten und der Formulierung der Ziele aktiv beteiligt werden. Zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und Erhaltung der Bereitschaft zur Verhaltensänderung, ist die Niederschrift realistischer und gut zu erreichender Ziele empfehlenswert.

Körperliche Aktivitäten, die zusätzlich Spaß machen und mit persönlichen Erfahrungen assoziiert sind, unterstützen die Aufrechterhaltung des Vorhabens. Mithilfe von Motivationstechniken können die Bereitschaft zur Verhaltensänderung sowie potenzielle Hindernisse erkannt und dokumentiert werden. Im Anschluss an das initiale Beratungsgespräch wird ein formales individualisiertes Rezept mit den schriftlichen Empfehlungen für körperliche Aktivität ausgestellt. Den darin enthaltenen detaillierten Bewegungsempfehlungen über Art, Intensität und Umfang der ausdauerorientierten, muskelkräftigenden oder koordinativen Übungs- und Bewegungsformen liegen diagnosespezifische und evidenzbasierte Kriterien zugrunde [2].

Im Grundsatz gilt jedoch, dass jede Form der Aktivität besser ist als Inaktivität. Auch vermeintlich kleine Schritte haben gesundheitswirksame Effekte und die Belastung kann über die Zeit sukzessiv angepasst werden. Da sich die Verhaltensänderung als ein Entwicklungsprozess zwischen den verschiedenen Veränderungsphasen von Präkontemplation (Patient*in

Tab. 1: Ausgewählten Datenbanken und Informationen zu Bewegungsangeboten und -möglichkeiten in Hessen

Organisation	Internetadresse
Landessportbund Hessen	https://www.gesundheitssport-in-hessen.de
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e. V.	hbrs.de
Sportjugend Hessen	sportjugend-hessen.de
Hessen Tourismus	hessen-tourismus.de/de/naturerlebnis/aktivitaeten
Calisthenics-Parks	calisthenics-parks.com
Trimm-Dich-Pfade	trimm-dich-pfad.com

denkt über eine Verhaltensänderung gar nicht nach), Kontemplation (Patient*in denkt über eine Verhaltensänderung nach), Vorbereitung (Patient*in unternimmt erste Schritte in der Verhaltensänderung), Handlung (Patient*in vollzieht eine Verhaltensänderung) bis hin zur Aufrechterhaltung (Patient*in hält verändertes Verhalten dauerhaft aufrecht) beschreiben lässt, bieten sich wiederkehrende Follow-Up-Termine zur Evaluation und Anpassung der Bewegungsempfehlungen an [27].

Die Erfahrungen aus der Bewegungsberatung zeigen, dass überwiegend niedrigschwellige Möglichkeiten und Angebote eine erfolgreiche Umsetzung unterstützen [24, 28]. Räumlich-zeitliche sowie finanzielle Faktoren zählen zu den größten Barrieren für mehr körperliche Aktivität. Vor allem für Personen mit geringen Einkommensverhältnissen stellen fortlaufende monatliche Kosten, beispielsweise für eine Mitgliedschaft im Fitnessstudio, signifikante finanzielle Belastungen dar. Lokale, öffentlich zugängliche und kostenneutrale respektive kostengünstige Bewegungsangebote repräsentieren vorteilhafte niedrigschwellige Möglichkeiten für Personen jeden Alters und sozialen Status. Diesbezüglich bieten Städte und Kommunen in einigen Grünanlagen und Parks beschildderte Laufwege oder Bewegungsparcours wie die sogenannten Trimm-Dich-Pfade. In digitale Datenbanken finden sich zudem öffentliche Sportanlagen, Skate- und Calisthenic-Parks für Eigengewichtsübungen zur Empfehlung an sportaffine Patient*innen (siehe auch Tab. 1).

Auf dem Gebiet der sozialen Arbeit leisten Einrichtungen wie Wohlfahrtsverbände oder Stadtteilzentren auch in der Gesundheitsförderung einen elementaren Beitrag mit speziellen Angeboten für Familien und für ältere, behinderte oder sozial benachteiligte Menschen. Darüber hinaus können Versicherte bei einigen Krankenkassen an kostenlosen Präsenz- oder digitalen Gesundheitskursen teilnehmen oder im Rahmen von Bonusprogrammen Vergünstigungen bei Sportangeboten erhalten. Eine zusätzliche Recherche bei regionalen Sportvereinen und -verbänden oder engagierten Unternehmen kann das Angebotspektrum für die Bewegungsberatung weiterführend ergänzen.

Gesund Schritt für Schritt

Die Implementierung von mehr Bewegung im Leben wird häufig durch die Erhöhung einfacher Alltagsaktivitäten, wie zum Beispiel Gehen, erreicht. Im Rahmen der Bewegungsberatung kann die Steigerung der körperlichen Aktivität im Alltag bei vielen Personen ohne größere Hindernisse beispielsweise durch Spaziergänge, aktives Pendeln zur Arbeit, dem Einkauf oder anderen Erledigungen zu Fuß und die Benutzung von Treppen statt Aufzügen unkompliziert und kostenneutral umgesetzt werden. Lundqvist et al. [29] gibt Anhaltspunkte über Belastungsnormative des verschriebenen Gehens mit einer Häufigkeit von zwei- bis fünfmal in der Woche bei einer Dauer von 30–45 Minuten und einer mittleren Intensität. Personen, die ein stark limitiertes Bewegungsverhalten vorweisen und nicht in der Lage sind, 30 Minuten zu gehen, wird empfohlen, mit zehn Minuten pro Tag für die ersten drei Wochen zu beginnen und die Dauer des Gehens in den darauffolgenden Wochen langsam um fünf Minuten zu steigern (siehe auch Tab. 2). Normative Da-

ten deuten darauf hin, dass gesunde Erwachsene typischerweise zwischen 4.000 und 18.000 Schritte pro Tag gehen, und dass 10.000 Schritte/Tag für diese Population als angemessener Richtwert betrachtet werden könne [30]. Ältere Erwachsene und Personen, die mit Behinderungen und/oder chronischen Krankheiten leben, die die körperliche Ausdauer einschränken, können von einem aktiveren Lebensstil durch eine Steigerung der Alltagsaktivität mit mehr Gehen profitieren. Daten für diese Populationen zeigen für gesunde ältere Erwachsene zwischen 2.000–9.000 Schritte pro Tag respektive zwischen 1.200–8.800 Schritte/Tag; eine empfohlene Anzahl benennen die Autoren mit ca. 7.100 Schritten pro Tag, in denen die als vermehrt gesundheitswirksamen 30 Minuten mäßige bis intensive körperliche Aktivität als erfüllt angesehen werden können [31]. Die Nutzung von Schrittzählern kann die Motivation für mehr körperliche Aktivität steigern. In einer systematischen Übersichtsarbeit, die die Assoziation von Schrittzähler-Nutzung mit körperlicher Aktivität evaluierte, berichten die Autoren von dem Ergebnis, dass Nutzer

Tab. 2: Empfehlungen zur Aufnahme eines Geh-Trainings

Einsteiger

Versuchen Sie in einem selbst gewählten Tempo mit zehn Minuten pro Tag in den ersten drei Wochen zu beginnen. Erhöhen Sie moderat die Geschwindigkeit und steigern Ihre Gehzeit um fünf Minuten pro Woche, bis Sie in der Lage sind, an sechs Tagen pro Woche 30 Minuten pro Tag in einem zügigen Tempo von 4,5 bis 5,5 km/h zu gehen (ca. 2,2–2,8 km).

Geübte

Wenn Sie das „Einsteiger“-Programm problemlos bewältigen oder bereits in guter Form sind, beginnen Sie mit dieser Stufe. Zielen Sie auf eine Geschwindigkeit von 4,5 bis 7 km/h ab und steigern Sie Ihre Gehstrecke graduell auf fünf Kilometer (ca. 42 bis 66 Minuten Gehzeit) an drei bis fünf Tagen in der Woche. Wenn Sie feststellen, dass Sie nicht so schnell laufen können, erhöhen Sie stattdessen die Distanz, die Sie gehen.

Fortgeschrittene

Wenn Sie bereits Fitness-Walking betreiben und/oder in ausgezeichneter Form sind, können Sie die Intensität Ihres Trainings folgendermaßen erhöhen:

- Fügen Sie Bergauf-/Bergabgehen und Treppensteigen zu Ihren regelmäßigen Spaziergängen hinzu
- Verwenden Sie Handgewichte (0,5–1,5 kg) und führen Sie Ihre Armschwungbewegung fort
- Gehen/Wandern Sie mit einem 4–7 kg schweren Rucksack
- Gehen Sie am Strand spazieren; der Sand wird Ihre Intensität erhöhen
- Versuchen Sie Gehen (engl.: racewalking) als Sportart

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Ärztliche präventive und therapeutische Bewegungsberatung“ von Martin Fischer, Prof. Dr. Dr. med. David A. Groneberg und Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglie-

der-Portal vom 25. September 2022 bis 24. März 2022 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte. Vgl. auch den Kasten „Disclaimer“.

von Pedometern ihre körperliche Aktivität signifikant um insgesamt 26,9 % gegenüber dem Ausgangswert steigerten [32]. Ein wichtiger Faktor für die gesteigerte körperliche Aktivität war zudem die Vorgabe eines Schrittziels von 10.000 Schritten pro Tag. Auch die Verwendung von einem Bewegungstagebuch, in dem man die absolvierte Aktivität notiert, kann dabei helfen, das neue Verhalten aufrechtzuerhalten.

Zusammenfassung

Regelmäßige körperliche Aktivität initiiert eine Vielzahl positiver evidenzbasierter Effekte auf die psychophysische Gesundheit

des Menschen. Dabei zählt nach neuesten Erkenntnissen im wahrsten Sinne des Wortes jeder einzelne Schritt, um den Gesamtumfang an Bewegung zur Verstärkung der gesundheitsförderlichen Wirkung zu erhöhen. Die vorliegenden Daten zum Bewegungsverhalten der in Deutschland lebenden Bevölkerung implizieren jedoch eine erhebliche Divergenz zu den aktuellen Bewegungsempfehlungen. Nicht zuletzt deswegen kommt der Bewegungsberatung und Bewegungsförderung als ärztlicher Tätigkeit auf mehreren Ebenen eine besondere Bedeutung zu. Die Ansätze und Erfahrungen aus Deutschland und dem Ausland verdeutlichen das Potenzial eines im Gesundheitssystem etablierten

Multiple-Choice-Fragen: Ärztliche präventive und therapeutische Bewegungsberatung

VNR: 2760602022245770006

1. Welche Aussagen zu den Gesundheitseffekten von Bewegung treffen zu? Regelmäßige körperliche Bewegung...

- ...verhindert die Verbesserung der funktionellen Fähigkeiten im Alter.
- ...kann die Kognition positiv beeinflussen.
- ...verringert das Risiko aller Krebserkrankungen.
- ...senkt die kardiovaskuläre Mortalität und die klinische Schwere bei Depressionen.

- 1) a, c und d sind richtig
- 2) b und c sind falsch
- 3) b und d sind richtig
- 4) alle Antworten sind richtig

2. Die aktuellen Bewegungsempfehlungen für Erwachsene lauten:

- 1) Wöchentlich mindestens 175–350 Minuten ausdauerorientierte Aktivität mit moderater Intensität oder 50–100 Minuten mit hoher Intensität sowie maximal zweimal muskelkräftigende Aktivität.
- 2) Wöchentlich mindestens 150–300 Minuten muskelkräftigende Aktivität mit moderater Intensität oder 75–150 Minuten mit hoher Intensität sowie mindestens zweimal ausdauerorientierte Aktivität.

Konzeptes. Zur erfolgreichen Umsetzung der Grundsätze einer personenzentrierten ärztlichen Beratung in Bezug zu körperlicher Aktivität und Gesundheit bedarf es jedoch einer adäquaten Vergütung dieser Leistung. Aus Patientensicht gestaltet sich die Verhaltensänderung als ein Entwicklungsprozess, in dem niedrigschwellige Angebote und die Integration von mehr Bewegung im Alltag, beispielsweise durch Gehen, elementare Faktoren repräsentieren, die eine Aktivitätssteigerung durch wiederkehrende Konsultation mit dem Ziel einer langfristigen Bindung zu mehr körperlicher Aktivität und Sport unterstützt.

Martin Fischer

**Prof. Dr. Dr. med.
David A. Groneberg**

**Prof. Dr. med. Dr. phil.
Winfried Banzer**

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
banzer@med.uni-frankfurt.de

Die Literatur findet sich auf der Webseite www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

(eine Antwort ist richtig)

- 3) Wöchentlich maximal 150–300 Minuten ausdauerorientierte Aktivität mit hoher Intensität oder 75–150 Minuten mit moderater Intensität sowie drei- bis viermal muskelkräftigende Aktivität.
- 4) Wöchentlich mindestens 150–300 Minuten ausdauerorientierte Aktivität mit moderater Intensität oder 75–150 Minuten mit hoher Intensität sowie mindestens zweimal muskelkräftigende Aktivität.

3. Welche Aussagen zu den aktuellen Bewegungsempfehlungen sind richtig?

- a. Körperliche Aktivität unterhalb der Empfehlungen hat keinen gesundheitlichen Nutzen.
- b. Für einen gesundheitlichen Benefit sind Dauer, Häufigkeit, Intensität oder Typ der Bewegung entscheidend.
- c. Bewegungseinheiten sollten mindestens zehn Minuten andauern.
- d. Jede Bewegung zählt.

- 1) Keine Aussage ist richtig.
- 2) Nur d ist richtig.
- 3) a, b und c sind richtig.
- 4) b und d sind richtig.

4. Welche Daten zum aktuellen Bewegungsverhalten in Deutschland sind korrekt?

- 1) 20,5 % der Frauen und 24,7 % der Männer erfüllen die kombinierten WHO-Empfehlungen.
- 2) 24,7 % der Frauen und 20,5 % der Männer erfüllen die kombinierten WHO-Empfehlungen.
- 3) 27,6 % der Frauen und 31,2 % der Männer erfüllen die kombinierten WHO-Empfehlungen.
- 4) 31,2 % der Frauen und 27,6 % der Männer erfüllen die kombinierten WHO-Empfehlungen.

5. Welche Aussagen zur ärztlichen Bewegungsberatung stimmen?

- a. Mediziner*innen können konkrete Bewegungsempfehlungen geben, das sogenannte physical activity counseling.
- b. „Exercise referral“ bezeichnet den Verweis auf bestehende Gruppenangebote.

- c. Die ärztliche Bewegungsberatung besitzt laut WHO ein hohes Public-Health-Potenzial.
- d. Das Rezept für Bewegung wird nicht vergütet.

- 1) a, c und d stimmen
- 2) b und d stimmen
- 3) a, b und c stimmen
- 4) Alle stimmen

6. Welche Aussage ist zutreffend? Das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ zeichnet...

- 1) ...die ärztliche Bewegungsberatung aus.
- 2) ...die Wirksamkeit der Bewegungsberatung aus.
- 3) ...Gesundheitssportangebote mit spezifischen Qualitätskriterien aus.
- 4) ...das Rezept für Bewegung aus.

7. Welcher Punkt zählt nicht zu den Kernkomponenten der PAP-S-Methode (Physical Activity on Prescription)?

- 1) Personenzentrierte, individualisierte Beratung.
- 2) Evidenzbasierte Empfehlungen für körperliche Aktivität.
- 3) Mündliche Vereinbarung über Bewegungsempfehlungen.
- 4) Nachbeobachtungs- (Follow-Up-) Termine.

8. Kontemplation als Phase der Verhaltensänderung beschreibt den Zeitraum, in dem ein Patient...

- 1) ...erste Schritte in der Verhaltensänderung unternimmt.
- 2) ...über eine Verhaltensänderung nachdenkt.

- 3) ...über eine Verhaltensänderung nicht nachdenkt.
- 4) ...eine Verhaltensänderung vollzieht.

9. Die Anhaltspunkte der Belastungsnormative eines verschriebenen Gehens nach Lundqvist (2017) lauten:

- 1) Häufigkeit von zwei- bis fünfmal in der Woche bei einer Dauer von 30–45 Minuten und einer mittleren Intensität.
- 2) Häufigkeit von drei- bis sechsmal in der Woche bei einer Dauer von 30–40 Minuten und einer niedrigen Intensität.
- 3) Häufigkeit von ein- bis viermal in der Woche bei einer Dauer von 20–35 Minuten und einer hohen Intensität.
- 4) Häufigkeit von drei- bis fünfmal in der Woche bei einer Dauer von 35–45 Minuten und einer mittleren Intensität.

10. Welche Aussagen zum Gehen sind zutreffend?

- a. 8.000 Schritte/Tag können für gesunde Erwachsene als angemessener Richtwert betrachtet werden.
- b. Einsteiger sollten in einem selbstgewählten Tempo mit zehn Minuten pro Tag in den ersten drei Wochen beginnen und die Geschwindigkeit sowie Gehzeit (um fünf Minuten pro Woche) moderat steigern.
- c. Für Fortgeschrittene beschreibt „race-walking“ Bergläufe mit Handgewichten und einem 4–7 kg schweren Rucksack.
- d. Der Einsatz von Schrittzählern kann die Motivation und den Grad der Aktivität steigern.

- 1) Alle sind richtig
- 2) a und c sind richtig
- 3) b, c und d sind richtig
- 4) b und d sind richtig

Mandatsniederlegung und Nachfolge von Sitzen in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen für die Wahlperiode 2018–2023

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Dr. med. Stefan Hornung Liste 3 Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte	01.08.2022	Dr. med. Gerhard Schreiner Liste 3 Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte
Dr. med. Gerhard Schreiner Liste 3 Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte	02.08.2022	Dr. med. Ansgar Schütz Liste 3 Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte

Literatur zum Artikel:

Ärztliche präventive und therapeutische Bewegungsberatung

von Martin Fischer, Prof. Dr. Dr. med. David A. Groneberg und Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer

- [1] Banzer W (Hrsg) (2016) Körperliche Aktivität und Gesundheit. Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin, 1. Aufl. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg 1483. doi:10.1001/archinternmed.2009.248 koll.pdf. Zugriffen: 02. Januar 2020
- [2] Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, Carty C, Chaput J-P, Chastin S, Chou R, Dempsey PC, DiPietro L, Ekelund U, Firth J, Friedenreich CM, Garcia L, Gichu M, Jago R, Katzmarzyk PT, Lambert E, Leitzmann M, Milton K, Ortega FB, Ranasinghe C, Stamatakis E, Tiedemann A, Troiano RP, van der Ploeg HP, Wari V, Willumsen JF (2020) World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 54(24):1451–1462. doi:10.1136/bjsports-2020–102955
- [3] Füzéki E, Vogt L, Banzer W (2017) Nationale Bewegungsempfehlungen für Erwachsene und ältere Erwachsene – Methodisches Vorgehen, Datenbasis und Begründung. *Gesundheitswesen* 79 (S 01):S20–S28. doi:10.1055/s-0042–123700
- [4] O'Donovan G, Lee I-M, Hamer M, Stamatakis E (2017) Association of „Weekend Warrior“ and Other Leisure Time Physical Activity Patterns With Risks for All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality. *JAMA Intern Med* 177(3):335–342. doi:10.1001/jamainternmed.2016.8014
- [5] Stessman J, Hammerman-Rozenberg R, Cohen A, Ein-Mor E, Jacobs JM (2009) Physical activity, function, and longevity among the very old. *Arch Intern Med* 169(16):1476–1483. doi:10.1001/archinternmed.2009.248
- [6] Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. Health-enhancing physical activity during leisure time among adults in Germany. *Journal of Health Monitoring* 2(2):35–42 2017
- [7] Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (2015) Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen; Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, 1. Aufl. Verlag Bertelsmann Stiftung, s.l.
- [8] Grandes G, Sánchez A, Torcal J, Sánchez-Pinilla RO, Lizarraga K, Serra J (2008) Targeting physical activity promotion in general practice: characteristics of inactive patients and willingness to change. *BMC Public Health* 8:172. doi:10.1186/1471–2458–8–172
- [9] Elley C, Kerse NM, Arroll B (2003) Why target sedentary adults in primary health care? Baseline results from the Waikato Heart, Health, and Activity Study. *Prev Med* 37(4):342–348. doi:10.1016/s0091–7435(03)00142–7
- [10] (2016) Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen
- [11] Bundesärztekammer (2019) Beschlussprotokoll 122. Deutscher Ärztetag. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/122DA-ET/122DAETBeschlussproto-
- [12] Gabrys L, Jordan S, Schlaud M (2015) Prevalence and temporal trends of physical activity counseling in primary health care in Germany from 1997–1999 to 2008–2011. *Int J Behav Nutr Phys Act* 12:136. doi:10.1186/s12966–015–0299–9
- [13] Füzéki E, Weber T, Groneberg DA, Banzer W (2020) Physical Activity Counseling in Primary Care in Germany – An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health* 17(15). doi:10.3390/ijerph17155625
- [14] Lion A, Vuillemin A, Thornton JS, Theisen D, Stranges S, Ward M (2019) Physical activity promotion in primary care: a Utopian quest? *Health Promot Int* 34(4):877–886. doi:10.1093/heapro/day038
- [15] Onerup A, Arvidsson D, Blomqvist Å, Daxberg E-L, Jivegård L, Jonsdottir IH, Lundqvist S, Mellén A, Persson J, Sjögren P, Svanberg T, Borjesson M (2019) Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: a systematic review. *Br J Sports Med* 53(6):383–388. doi:10.1136/bjsports-2018–099598
- [16] Orrow G, Kinmonth A-L, Sanderson S, Sutton S (2012) Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 344:e1389. doi:10.1136/bmj.e1389
- [17] Campbell F, Holmes M, Everson-Hock E, Davis S, Buckley Woods H,

- Anokye N, Tappenden P, Kaltenthaler E (2015) A systematic review and economic evaluation of exercise referral schemes in primary care: a short report. *Health Technol Assess* 19(60):1–110. doi:10.3310/hta19600
- [18] Bundesärztekammer Rezept für Bewegung. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/sport-und-praevention/rezept-fuer-bewegung/>. Zugegriffen: 23. November 2019
- [19] Kallings LV (2016) The Swedish approach on physical activity on prescription. Supplement 2 (“Implementation of physical activity in health care – facilitators and barriers” Supplement by the HPH Task Force on Health Enhancing Physical Activity in Hospitals and Health Services). *Clinical Health Promotion* (6):31–33
- [20] Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU) (2007) Methods of Promoting Physical Activity: A Systematic Review, Stockholm
- [21] Spencer L, Adams TB, Malone S, Roy L, Yost E (2006) Applying the trans-theoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health Promot Pract* 7(4):428–443. doi:10.1177/1524839905278900
- [22] Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (2008) Health behavior and health education. Theory, research, and practice, 4. Aufl. Jossey-Bass, San Francisco, Calif.
- [23] Nutbeam D, Harris E, Wise M (2010) Theory in a Nutshell. A Practical Guide to Health Promotion Strategies, 3. Aufl. McGraw-Hill Australia, North Ryde
- [24] Kallings LV, Leijon M, Hellénus M-L, Ståhle A (2008) Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports* 18(2):154–161. doi:10.1111/j.1600–0838.2007.00678.x
- [25] Raustorp A, Sundberg CJ (2014) The Evolution of Physical Activity on Prescription (FaR) in Sweden. *SSEM* 62(2). doi:10.34045/SSEM/2014/10
- [26] Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson I-L, Kjellgren K, Lidén E, Öhlén J, Olsson L-E, Rosén H, Rydmark M, Sunnerhagen KS (2011) Person-centered care—ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs* 10(4):248–251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- [27] Marcus BH, Lewis BA (2003) Physical Activity and the Stages of Motivational Readiness for Change Model. President’s Council on Physical Fitness and Sports Research Digest
- [28] Leijon ME, Bendtsen P, Nilsen P, Ekberg K, Ståhle A (2008) Physical activity referrals in Swedish primary health care – prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. *BMC Health Serv Res* 8:201. doi:10.1186/1472–6963–8–201
- [29] Lundqvist S, Börjesson M, Larsson MEH, Hagberg L, Cider Å (2017) Physical Activity on Prescription (PAP), in patients with metabolic risk factors. A 6-month follow-up study in primary health care. *PLoS One* 12(4):e0175190. doi:10.1371/journal.pone.0175190
- [30] Tudor-Locke C, Craig CL, Brown WJ, Clemes SA, Cocker K de, Giles-Corti B, Hatano Y, Inoue S, Matsudo SM, Mutrie N, Oppert J-M, Rowe DA, Schmidt MD, Schofield GM, Spence JC, Teixeira PJ, Tully MA, Blair SN (2011) How many steps/day are enough? For adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* 8:79. doi:10.1186/1479–5868–8–79
- [31] Tudor-Locke C, Craig CL, Aoyagi Y, Bell RC, Croteau KA, Bourdeaudhuij I de, Ewald B, Gardner AW, Hatano Y, Lutes LD, Matsudo SM, Ramirez-Marrero FA, Rogers LQ, Rowe DA, Schmidt MD, Tully MA, Blair SN (2011) How many steps/day are enough? For older adults and special populations. *Int J Behav Nutr Phys Act* 8:80. doi:10.1186/1479–5868–8–80
- [32] Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R, Stave CD, Olkin I, Sirard JR (2007) Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA* 298(19):2296–2304. doi:10.1001/jama.298.19.2296