

Journal of Health Monitoring · 2021 6(2)
DOI 10.25646/7144
Robert Koch-Institut, Berlin

Susanne Jordan, Anne Starker

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 09.07.2020
Akzeptiert: 25.09.2020
Veröffentlicht: 16.06.2021

Ärztliche Beratung zur körperlich-sportlichen Aktivität – Ergebnisse der KomPaS-Studie

Abstract

Ärztliche Beratung zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivität gilt als ein Ansatz, der das Potenzial hat, viele Menschen niedrigschwellig zu erreichen. Bislang ist wenig über die Häufigkeit ärztlicher Bewegungsberatung sowie möglicher Einflussfaktoren bekannt. Aktuelle Daten liefert die Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS). Die Analysen basieren auf Daten von 4.561 Personen ab 18 Jahren, die telefonisch von Mai bis September 2017 befragt wurden und in den letzten zwölf Monaten eine Arztpraxis oder Ambulanz aufsuchten. 28,6% berichteten von einer ärztlichen Beratung zur sportlichen Aktivität in den letzten zwölf Monaten. Wie häufig über eine Beratung beziehungsweise die damit verbundene Veränderung des Bewegungsverhaltens berichtet wird, wird von Geschlecht, Alter oder Sozialstatus beeinflusst. Geschlechts-, alters- und soziallagenbezogene Unterschiede sollten daher bei der ärztlichen Bewegungsberatung berücksichtigt werden, um verschiedene Bevölkerungsgruppen spezifisch mit diesem Angebot zu unterstützen.

📌 BEWEGUNGSFÖRDERUNG · VERHALTENSPRÄVENTION · ÄRZTLICHE EMPFEHLUNG · KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Einleitung

Körperlich-sportliche Aktivität kann zur Verringerung des Erkrankungsrisikos von nichtübertragbaren Krankheiten beitragen und der Verschlimmerung von chronischen Krankheiten entgegenwirken [1, 2]. In Deutschland erreicht aber weniger als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur körperlichen Aktivität [3]. Deshalb bleibt die Förderung von körperlich-sportlicher Aktivität eine der zentralen Herausforderungen von Gesundheitsförderung und Prävention. Zu deren Bewältigung kommen ganz unterschiedliche Maßnahmen zum Einsatz, die neben umwelt- und politikbezogenen Ansätzen und Angeboten in den Lebenswelten

auch ärztliche Beratungen in der gesundheitlichen Versorgung umfassen [4].

Die ärztliche Bewegungsberatung bietet das Potenzial für eine bedarfsgerechte Beratung mit einer großen Reichweite, da viele Menschen mindestens einmal im Jahr eine Arztpraxis aufsuchen [5, 6] und Ärztinnen und Ärzte nach wie vor die Hauptansprechpersonen zu Gesundheitsthemen sind [7]. Aufbauend auf der Einschätzung der körperlich-sportlichen Aktivität kann eine individuelle Beratung erfolgen, die auch eine Weitervermittlung an Bewegungsexpertinnen und -experten oder Sportvereine und andere Anbieter von Bewegungs- und Sportangeboten umfassen sollte [8].

KomPaS-Studie

Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS)

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Beschreibung von Informationsbedarfen, Gesundheitskompetenz, Patientensicherheit, informierter Entscheidung und ärztlicher Beratung aus Bevölkerungssicht als Teil des Informations-, Entscheidungs- und Kommunikationsverhaltens von Patientinnen und Patienten sowie der Arzt-Patient-Beziehung

Erhebungsmethode: Telefonische Befragung mittels Computerunterstützung

Studiendesign: Querschnittstudie

Grundgesamtheit: Deutschsprachige Wohnbevölkerung in Privathaushalten in Deutschland ab 18 Jahren

Stichprobenziehung: Telefonstichprobe mit einem Verhältnis von 60 % Festnetz- zu 40 % Mobilfunknummern

Erhebungszeitraum: Mai bis September 2017

Response rate: 17,2 %

Stichprobenumfang: 5.053 Teilnehmende

Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurde die ärztliche Gesundheitsberatung dahingehend gestärkt, dass im Rahmen der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen eine präventionsorientierte Beratung, zum Beispiel zur Bewegung, erfolgen soll. Die Ärztinnen und Ärzte können den Versicherten dabei auch eine schriftliche Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention ausstellen, die sie dann bei ihrer Krankenkasse beantragen können [9]. Dies knüpft auch an den Erfahrungen in neun Bundesländern an, in denen schon länger die Möglichkeit bestand, ein Rezept für bewegungsfördernde Präventionsleistungen auszustellen [10].

Bislang gab es wenige Studien über die Verbreitung ärztlicher Bewegungsberatung und ihre Einflussfaktoren, insbesondere auf Bevölkerungsebene. Daten dazu liegen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) vor. Etwa ein Zehntel der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren berichtete 1998 eine ärztliche Bewegungsberatung. Der Anteil verringerte sich bei Frauen von 9,3 % auf 7,7 % und bei Männern von 11,1 % auf 9,4 % im Zeitraum zwischen den Studien (1997–1999 und 2008–2011) [11, 12]. In der Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS) wurden aktuelle Daten über die Häufigkeit ärztlicher Beratung zur körperlich-sportlichen Aktivität aus Bevölkerungssicht erhoben. Dabei interessierte, inwiefern sich die Inanspruchnahme ärztlicher Bewegungsberatung nach den Determinanten Geschlecht, Alter und sozioökonomischer Status der Patientinnen und Patienten unterscheidet.

Indikator

Der Indikator „Inanspruchnahme ärztlicher Beratung zur körperlichen Aktivität“ wurde in der KomPaS-Studie mittels einer repräsentativen, telefonischen Befragung der erwachsenen Wohnbevölkerung in Deutschland von Mai bis September 2017 erhoben. Für den Indikator wurde zuerst gefragt, ob in den letzten zwölf Monaten eine Arztpraxis oder eine Ambulanz aufgesucht wurde. Wurde die Frage bejaht, schloss sich folgende Frage an: „Wurden Sie bei einem dieser Besuche in den letzten 12 Monaten zu den folgenden Gesundheitsverhalten beraten?“. Die Themen waren neben sportlicher Aktivität beispielsweise Ernährung oder Stressbewältigung. Im Falle einer positiven Rückmeldung wurde zum jeweiligen Gesundheitsverhalten mit der Frage „Haben Sie dadurch Ihr Verhalten geändert?“ nach einer selbsteingeschätzten Verhaltensänderung gefragt, für welche die Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ zur Verfügung standen. Die Items wurden aus der DEGS1-Studie übernommen [13] und von einer schriftlichen an eine telefonische Erhebung adaptiert.

Die Analysen basieren auf Daten von 4.561 Personen ab 18 Jahren (2.636 Frauen, 1.925 Männer), die in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung eine Arztpraxis oder Ambulanz aufsuchten, was bei 90,8 % der Frauen und bei 85,6 % der Männer der Fall war. Im vorliegenden Beitrag werden relative Häufigkeiten mit 95%-Konfidenzintervallen (95 %-KI) stratifiziert nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (im Folgenden auch Sozialstatus genannt) berichtet. Breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin. Von einem signifikanten Unterschied wird ausgegangen, wenn der unter Berücksichtigung der Gewichtung und des

Fast ein Drittel der Befragten berichtete von einer Beratung zur sportlichen Aktivität durch eine Ärztin oder einen Arzt in den letzten zwölf Monaten.

Surveydesigns berechnete p-Wert kleiner als 0,05 ist. Um repräsentative Aussagen für die Gesamtheit der Wohnbevölkerung in Deutschland treffen zu können, erfolgte eine Anpassung der Haushaltsgrößen in der realisierten Stichprobe an die bekannte Verteilung in der Grundgesamtheit. Es schlossen sich eine Designgewichtung und eine Anpassungsgewichtung an, welche die Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2016) hinsichtlich Alter, Geschlecht, Bildung sowie Wohnort (Bundesland) korrigiert. Alle Analysen wurden mit Stata 15.1 durchgeführt [14]. Eine ausführliche Darstellung der Methodik und die Stichprobenbeschreibung der KomPaS-Studie finden sich im Bericht zur Studie [15].

Ergebnisse und Einordnung

Fast ein Drittel der Befragten (28,6 %) berichtete von einer ärztlichen Beratung zur sportlichen Aktivität in den letzten zwölf Monaten (Tabelle 1). Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern lag nicht vor, die relativen Häufigkeiten unterschieden sich nur geringfügig (Frauen 27,4 %, Männer 29,9 %). Der Anteil der Frauen, die von einer Beratung berichteten, veränderte sich im Altersverlauf nicht nennenswert. Hingegen fiel bei Männern auf, dass die Gruppe der 45- bis 64-Jährigen deutlich häufiger von einer Beratung berichtete als die anderen Altersgruppen. Beispielsweise betrug die Differenz zu Männern zwischen 30 und 44 Jahre 11,2 Prozentpunkte und lag damit fast um ein Drittel höher. Signifikante Unterschiede bezüglich des Sozialstatus zeigten sich nicht innerhalb der Gruppen der Frauen beziehungsweise der Männer, sondern nur zwischen den Geschlechtern. So gaben 34,6 % der Männer mit hohem Sozialstatus eine ärztliche Beratung zur

sportlichen Aktivität an, aber nur 23,3 % der Frauen in dieser Statusgruppe.

Nach den Daten der KomPaS-Studie aus dem Jahr 2017 hat sich die Verbreitung einer ärztlichen Bewegungsberatung seit der DEGS1-Studie aus den Jahren 2008 bis 2011 mehr als verdoppelt, in der etwa ein Zehntel der Befragten von einer ärztlichen Beratung zur sportlichen Aktivität berichtete [11, 12]. Auch wenn sich die Erhebungsmodi in den beiden Studien unterscheiden (schriftlich versus telefonisch), so wurden doch in beiden Erhebungen die gleichen, jeweils an den Modus angepassten Fragen

Tabelle 1
Häufigkeit einer ärztlichen Beratung zur sportlichen Aktivität nach Geschlecht, Alter und sozioökonomischem Status (n=2.636 Frauen, n=1.925 Männer)
Quelle: KomPaS-Studie (2017)

	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	27,4	(25,0–29,8)
Altersgruppe		
18–29 Jahre	26,7	(18,2–37,4)
30–44 Jahre	25,4	(20,4–31,1)
45–64 Jahre	29,2	(25,8–32,7)
≥65 Jahre	27,0	(23,5–30,8)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	28,5	(21,1–37,3)
Mittel	27,9	(25,0–31,0)
Hoch	23,3	(20,0–27,1)
Männer (gesamt)	29,9	(27,3–32,7)
Altersgruppe		
18–29 Jahre	28,2	(20,6–37,3)
30–44 Jahre	23,9	(18,1–30,9)
45–64 Jahre	35,1	(31,1–39,3)
≥65 Jahre	28,6	(24,6–32,8)
Sozioökonomischer Status		
Niedrig	30,6	(22,0–40,8)
Mittel	27,2	(23,8–31,0)
Hoch	34,6	(30,6–38,7)
Gesamt (Frauen und Männer)	28,6	(26,8–30,4)

KI = Konfidenzintervall

Abbildung 1

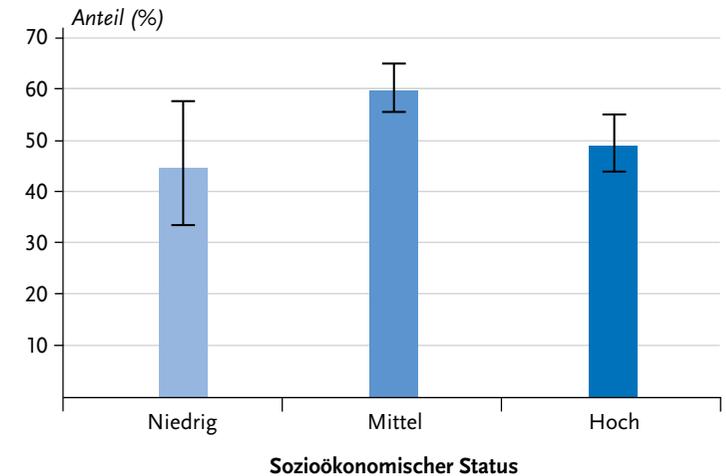
Selbstberichtete Verhaltensänderung nach einer ärztlichen Beratung zur sportlichen Aktivität nach sozioökonomischem Status (n=1.343)

Quelle: KomPaS-Studie (2017)

Bedeutsame Unterschiede fanden sich zwischen den Geschlechtern nur beim Vorliegen eines hohen Sozialstatus.

gestellt und lassen einen Vergleich zu. Gründe für die gestiegene Verbreitung dürften in der erhöhten Aufmerksamkeit für das Thema Bewegung in Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie im letzten Jahrzehnt liegen, die sich auch in Maßnahmen wie dem „Rezept für Bewegung“ [10] und der Einführung der ärztlichen Präventionsempfehlung im Präventionsgesetz von 2015 abbilden. Im Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz aus dem Jahr 2019 liefern erste, nichtrepräsentative Auswertungen zudem Hinweise, dass eine Präventionsempfehlung am häufigsten für einen Kurs im Handlungsfeld Bewegung ausgesprochen wurde [9]. Weitere Forschung sollte klären, warum besonders häufig die Gruppen der 45- bis 64-jährigen Männer und der Männer mit hohem Sozialstatus über eine Beratung berichteten. Zu erwarten wäre gewesen, dass Personen mit niedrigem Sozialstatus häufiger zur Bewegung beraten werden, da sie im Allgemeinen seltener sportlich aktiv und stärker gesundheitlich belastet sind als Personen der anderen Statusgruppen [16, 17].

Die Frage nach einer Verhaltensänderung aufgrund der ärztlichen Beratung zur sportlichen Aktivität bejahte mit insgesamt 55,6 % über die Hälfte der Frauen und Männer (aufgrund der niedrigen Fallzahlen werden hier keine geschlechtsspezifischen Ergebnisse hinsichtlich Alter und Sozialstatus berichtet). Generell zeigten sich hinsichtlich des Alters keine signifikanten Unterschiede, aber bezüglich des Sozialstatus zwischen der mittleren und der hohen Sozialstatusgruppe. Die mittlere Statusgruppe gab deutlich häufiger an, eine Verhaltensänderung aufgrund der ärztlichen Beratung vorgenommen zu haben als die obere Statusgruppe: 60,1 % versus 49,1 % (Abbildung 1).



Die Unterschiede zur unteren Sozialstatusgruppe sind nicht signifikant. Weitere Analysen sollten untersuchen, welche Gründe der unterschiedlichen soziallagen- und geschlechtsbedingten Umsetzung der Bewegungsberatung zugrunde liegen.

Bei den vorliegenden Auswertungen ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der KomPaS-Studie um eine Querschnittstudie handelt und folglich keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden können. Des Weiteren liegen nur Daten aus Bevölkerungssicht (Selbstangaben) vor, aber keine Informationen über die Art, die Qualität und die Effekte der ärztlichen Beratung. Insbesondere zur Wirksamkeit fehlen noch hochwertige Einzelstudien [4]. Eine Auswertung mit Daten der DEGS1-Studie konnte zeigen, dass sich bei einer berichteten ärztlichen Bewegungsberatung die Chance um das 2,5-Fache erhöhte, an einer verhaltenspräventiven Maßnahme zur Bewegungsförderung teilzunehmen [18]. Insgesamt wird aber die Evidenzlage zur Wirksamkeit von Bewegungsberatung in der

Bezüglich des Alters fällt auf, dass bei Männern die 45- bis 64-Jährigen häufiger von einer Beratung berichteten als die anderen Altersgruppen.

Eine Verhaltensänderung aufgrund der ärztlichen Beratung berichtete die mittlere Sozialstatusgruppe deutlich häufiger als die untere und obere Gruppe.

Gesundheitsversorgung als unzureichend und widersprüchlich eingeschätzt [4]. Etwa die Hälfte der Studien zeigten geringe kurz- oder mittelfristige Effekte [4, 19]. Die untersuchten Beratungen fanden zudem häufig im Kontext von Bewegungsprogrammen und nicht als Einzelmaßnahme statt [4]. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse einer Studie zum „Rezept für Bewegung“ [20] darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzten noch mehr Informationen über die Bedeutung körperlich-sportlicher Aktivität für die Gesundheit sowie über zu vermittelnde lokale Bewegungsangebote benötigen. In einer anderen Studie äußerte die Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten den Wunsch nach mehr Unterstützung von ihrer Krankenkasse, um leichter den Einstieg in ein Bewegungsangebot zu finden [21]. Wichtig wäre daher weitere Forschung, welche neben der Einschätzung der Patientinnen und Patienten zugleich die der ärztlichen Beraterinnen und Berater sowie Merkmale der Beratung zur körperlich-sportlichen Aktivität und vor allem die Wirksamkeit untersucht.

Die mit der KomPaS-Studie beschriebenen geschlechts-, alters- und soziallagenbezogenen Unterschiede der ärztlichen Beratung zur körperlich-sportlichen Aktivität geben Hinweise auf weiteres Potenzial der Bewegungsberatung. Neben verhältnispräventiven Maßnahmen, beispielsweise in Betrieb und Kommune, bietet die ärztliche Beratung im Rahmen der medizinischen Versorgung die Chance, einen relativ großen Teil der Bevölkerung niedrigschwellig zu erreichen. Erfolg versprechend und notwendig sind dafür eine strukturierte Vorgehensweise in der Beratungssituation [22] und eine gelungene Kommunikation zwischen den Behandelnden und ihren Patientinnen und Patienten, die in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung weiter gestärkt

werden sollte [23]. Für eine wirksame Bewegungsberatung scheint es auch wichtig, geschlechts-, alters- und soziallagenbezogene Unterschiede bei der ärztlichen Bewegungsberatung zu berücksichtigen – auch wenn hierzu noch weiterer Forschungsbedarf besteht.

Korrespondenzadresse

Dr. Susanne Jordan
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: JordanS@rki.de

Zitierweise

Jordan S, Starker A (2021)
Ärztliche Beratung zur körperlich-sportlichen Aktivität –
Ergebnisse der KomPaS-Studie.
Journal of Health Monitoring 6(2):78–85.
DOI 10.25646/7144

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Die Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS) unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erteilte am 21.06.2017 ein positives Votum, wonach aus datenschutzrechtlicher Sicht keine Bedenken gegen die Durchführung der Studie in der geplanten Art und

Weise bestehen. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre Einwilligung. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig.

Förderungshinweis

Die Studie „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung“ (KomPaS) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Förderkennzeichen: ZMVI1-2516FSB410).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Die Autorinnen bedanken sich bei den Teilnehmenden der Studie. Besonderer Dank gilt auch den Kolleginnen und Kollegen des RKI, die bei der Durchführung der Studie unterstützt haben.

Literatur

1. Warburton DER, Bredin SSD (2017) Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol* 32(5):541–556
2. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F et al. (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 380(9838):219–229
3. Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al. (2017) Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2): 37–44. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2650> (Stand: 25.09.2020)
4. Rütten A, Pfeifer K (Hrsg) (2017) Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Sonderheft 03. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln
5. Kunstmann W, Henke R (2006) Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1(2):115–120
6. Marstedt G (2010) Gesundheitsfragen – Information und Wissen der Bürger. In: Böcken J, Braun B, Landmann J (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2010. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 43–91
7. Baumann E, Czerwinski F (2015) Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsinformationen. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK*. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S. 57–79
8. Stoutenberg M, Galaviz KI, Lobelo F et al. (2018) A Pragmatic Application of the RE-AIM Framework for Evaluating the Implementation of Physical Activity as a Standard of Care in Health Systems. *Prev Chronic Dis* 15:E54
9. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (2019) Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Nationale Präventionskonferenz, Berlin
10. Loss J, Sauter A, Curbach J (2018) Das Rezept für Bewegung als Maßnahme ärztlicher Prävention. *Public Health Forum* 26(2):120–122
11. Gabrys L, Jordan S, Schlaud M (2015) 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* 12:136
12. Gabrys L, Jordan S, Behrens K et al. (2016) Prävalenz, zeitliche Trends und regionale Unterschiede ärztlicher Bewegungsberatung in Deutschland. *Dtsch Z Sportmed* 67(3):53–58
13. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gößwald A et al. (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS) – Design, objectives and implementation of the first data collection wave. *BMC Public Health* 12(1)
14. StataCorp LLC (2017) *Stata Survey Data Reference Manual, Release 15*. Stata Press. <https://www.stata.com/manuals/svy.pdf> (Stand: 29.11.2018)

15. Horch K, Starker A, Jordan S (2019) Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS). Sachbericht. Robert Koch-Institut, Berlin.
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/praevention/details.html?bmg\[pubid\]=3327](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/praevention/details.html?bmg[pubid]=3327) (Stand: 01.04.2020)
16. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3248> (Stand: 01.10.2020)
17. Krug S, Jordan S, Mensink GB et al. (2013) Körperliche Aktivität: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 56(5/6):765–771
18. Jordan S, Krug S, von der Lippe E (2018a) Participation in group-based physical activity programmes for adults in Germany and associated factors: data from a nationwide cohort study. BMC Public Health 18(1):1371
19. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S et al. (2012) Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 344:e1389
20. Curbach J, Apfelbacher C, Knoll A et al. (2018) Physicians' perspectives on implementing the prevention scheme "Physical Activity on Prescription": Results of a survey in Bavaria. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 131/132:66–72
21. Vogt L, Hoppe I, Thoma R et al. (2019) Wirksamkeit des Rezepts für Bewegung aus Patientensicht – die ärztliche Beratung und Handlungsabsichten/-konsequenzen nach erfolgter Rezeptverschreibung. Dtsch Med Wochenschr 144(10):e64–e69
22. Wattanapisit A, Wattanapisit S, Wongsiri S (2020) Overview of Physical Activity Counseling in Primary Care. Korean J Fam Med (efirst)
23. Deutscher Ärztetag (2015) 118. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Frankfurt am Main, 12. bis 15. Mai 2015. Bundesärztekammer, Berlin

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit