

Einstellungen von Hausärzten zu einem Bewegungsprogramm für mobilitätseingeschränkte Ältere (HOMEfit)

Attitudes of Family Practitioners Towards an Exercise Program for Mobility-Limited Elderly (HOMEfit)

Bettina Bücken¹, Anna Mai^{2,3}, Renate Klaußen-Mielke³, Michael Brach⁴, Stefan Wilm¹, Petra Platen², Timo Hinrichs^{2,5}

Hintergrund: Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie (RCT) wurden durch eine Kooperation zwischen Hausärzten und Bewegungstherapeuten chronisch kranken und mobilitätseingeschränkten Älteren in der Praxis Kraft-, Gleichgewichts- und Beweglichkeitsübungen vermittelt (HOMEfit-Studie). Die Intervention dauerte jeweils zwölf Wochen und umfasste Beratungstermine mit einem Bewegungstherapeuten in der Hausarztpraxis und per Telefon. Die Hausärzte sollten die Patienten motivieren. Die vorliegende Arbeit analysiert die Erfahrungen und Einstellungen der beteiligten Hausärzte.

Methoden: Die Hausärzte wurden nach ihrer Teilnahme mittels Fragebogen und in Fokusgruppen zu ihren Einstellungen zu Bewegung im Alter allgemein und zu ihren Erfahrungen mit dem Programm befragt. Die Transkripte wurden in einem multidisziplinären Team inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Bewegung wurde von den Hausärzten als effektives Mittel zum Erhalt der körperlichen Funktionsfähigkeit angesehen. Gegen eine umfassende Aktivitätsberatung im Praxisalltag sprachen vorwiegend Zeitmangel und mangelnde Kenntnis der aktuellen Empfehlungen zu körperlicher Aktivität im Alter. Das Programm und die Zusammenarbeit mit den Bewegungstherapeuten wurden positiv aufgenommen. Der tatsächliche Nutzen wurde als eher gering bewertet. Die Nachhaltigkeit wurde meist als fehlend eingeschätzt, eine Weiterführung des Programms wurde deshalb als erforderlich angesehen.

Schlussfolgerungen: Das HOMEfit-Programm wurde von den Hausärzten als sinnvoll und praktikabel empfunden und als geeignet angesehen, Barrieren einer Aktivitätsberatung im Praxisalltag zu überwinden. Allerdings müsste das Programm über die zwölf Wochen hinaus weitergeführt werden und mit Folgeangeboten wie regelmäßigen Treffen oder lokalen Angeboten vernetzt werden.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Ältere; chronische Erkrankung; Mobilitätseinschränkung; körperliche Aktivität

Background: In the context of a randomized controlled trial (RCT), a multidimensional home-based exercise program was delivered to chronically ill and mobility-limited elderly at the family practitioner's (FP's) practice through a cooperation between FPs and exercise therapists (HOMEfit study). The intervention lasted twelve weeks and included individual counseling sessions at the FP's practice and on the telephone. The FPs were asked to motivate the patients. The present study evaluates experiences and attitudes of the involved FPs.

Methods: After participation, the FPs were interviewed by questionnaire and in focus groups on their attitudes regarding activity in the elderly in general and on their experiences with the program. Transcripts were analyzed in a multidisciplinary team using qualitative content analysis.

Results: FPs considered activity as effective to maintain mobility. Lack of time and lack of knowledge concerning the current recommendations regarding physical activity in the elderly were mentioned as impediments to extensive counseling in daily practice routine. The program was received positively. The actual benefit was estimated to be low, the sustainability was seen as missing. A long-term continuation of the program was considered essential.

Conclusions: The HOMEfit program was perceived as reasonable, feasible and suitable to overcome barriers regarding activity counseling in daily practice routine. However, the program would have to be extended beyond the current running time of twelve weeks and should be combined with continuous meetings or local offers.

Keywords: family medicine; aged; chronic disease; mobility limitation; physical activity

¹ Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

² Lehrstuhl für Sportmedizin und Sporternährung, Ruhr-Universität Bochum

³ Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Ruhr-Universität Bochum

⁴ Institut für Sportwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

⁵ Bereich Sport- und Bewegungsmedizin, Departement für Sport, Bewegung und Gesundheit (DSBG), Universität Basel

Peer reviewed article eingereicht: 03.03.2017, akzeptiert: 21.04.2017

DOI 10.3238/zfa.2017.0466-0472

Hintergrund

Die vorliegende Studie beschreibt Erfahrungen von Hausärzten* mit einem Bewegungsprogramm für mobilitätseingeschränkte Ältere, das durch Bewegungstherapeuten u.a. in der hausärztlichen Praxis an ältere Menschen vermittelt wird.

Ältere Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, weisen ein erhöhtes Risiko für einen fortschreitenden Verlust von Mobilität und von alltagspraktischen Fähigkeiten, für Pflegeheimweisung und Tod auf [1]. Trotz des bekannten positiven Einflusses zeigen insbesondere chronisch kranke und funktionell eingeschränkte Personen ein geringes Ausmaß an körperlicher Aktivität [2]. Unsicherheiten bezüglich Häufigkeit, Intensität oder Art der körperlichen Aktivität und Ängste vor negativen Folgen von Bewegung für die Gesundheit finden sich sowohl auf Patienten- [3] als auch auf ärztlicher Seite [4]. Weitere Gründe, die die körperliche Aktivität von Älteren verhindern, liegen vor allem in der eigenen Wahrnehmung einer eingeschränkten Gesundheit [5], aber auch in der Schwierigkeit, dass wenig aktive, gebrechliche, aber noch in eigener Wohnung lebende Personen nur schwer durch Interventionen zu erreichen sind [6]. Der Zugang über Hausärzte kann ein vielversprechender Ansatz sein: Hausärzte haben regelmäßigen Zugang zu dieser Zielgruppe [7], häufig eine enge Bindung und ein lang andauerndes Vertrauensverhältnis zu ihren älteren Patienten [8]. Zudem können sie aufgrund der umfassenden Kenntnis des Gesundheitszustandes und der körperlichen Verfassung der Patienten feststellen, ob sich diese für die Teilnahme an einem Bewegungsprogramm eignen [9]. Allerdings finden nur wenige Hausärzte die Zeit, ihren Patienten zu mehr körperlicher Aktivität zu raten oder mit ihnen die Vorteile von körperlicher Aktivität zu diskutieren [10]. Neben diesem Zeitmangel spielen fehlende Kenntnisse und fehlende Vergütung eine große Rolle [11].

Im Rahmen der HOMEfit-Studie wurde ein neuartiges Konzept (HOMEfit-Konzept) entwickelt, das multi-

dimensionale Übungen an mobilitätseingeschränkte und chronisch kranke, zuhause lebende Ältere vermittelt: Der Hausarzt rekrutiert Patienten und beurteilt ihre Eignung für das Programm, während der Bewegungstherapeut dem Patienten die Übungen in persönlichen Beratungen in einem eigenen Raum in der hausärztlichen Praxis sowie am Telefon vermittelt [12]. Die Beratung besteht u.a. aus Aufmerksamkeit, Instruktion sowie Methoden zur Unterstützung der Verhaltensänderung (Health Action Process Approach, HAPA) [13].

Für den Erfolg einer möglichen zukünftigen Implementation des Bewegungsprogramms sind Erfahrungen und Einstellungen der beteiligten Hausärzte von entscheidender Bedeutung. Gegenstand der hier berichteten Teilstudie ist daher eine Analyse der hausärztlichen Bewertung des Programms, ihrer Erfahrungen und Einstellungen mit quantitativen (Fragebogen) und qualitativen Methoden (Fokusgruppen). Hierdurch sollte geklärt werden, wie Hausärzte körperliche Aktivität im Alter bei den Patienten in ihren Praxen erleben bzw. welche Erfahrungen sie mit HOMEfit gemacht haben [14]. Die ebenfalls erfolgte Befragung der Patienten und Bewegungstherapeuten soll zu einem späteren Zeitpunkt veröffentlicht werden.

Methoden


Das Ethikvotum der Hauptstudie (Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke – Reg.-Nr. 77/2011) umfasste auch das methodische Vorgehen zur Fragestellung dieser Evaluationsstudie.

Im folgenden Absatz wird zunächst in Kürze die Hauptstudie beschrieben. Details der Studiendurchführung (inklusive Rekrutierung, Randomisierung und Intervention) und weitere Ergebnisse sind an anderer Stelle berichtet [12, 16]. In einer Pilotstudie wurden alle Kriterien für eine Machbarkeit des HOMEfit-Konzepts erfüllt [15]. Anschließend wurden in einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten prospektiven, randomisierten, kontrollierten Folgestudie (ISRCTN17727272) Effekte des Programms u.a. auf funktionelle Parameter (Messung durch einen

verblindeten Assessor mittels motorischer Tests), körperliche Aktivität (Messung mittels Schrittzähler), Sturzangst, sportbezogene Selbstwirksamkeit und gesundheitsbezogene Lebensqualität (jeweils Selbsteinschätzung mittels validierter Fragebögen) untersucht [16]. Die zwölf Wochen dauernde Intervention (HOMEfit-Programm = experimentelle Intervention) bestand aus zügigem Spazierengehen und einem multidimensionalen (Kraft, Ausdauer, Balance, Beweglichkeit) Heimübungsprogramm, das präventive und therapeutische Empfehlungen integriert und an die individuellen Fähigkeiten angepasst werden kann. Die Kontrollintervention bestand aus allgemeinen Empfehlungen zur Erhöhung niedrig-intensiver, alltäglicher Aktivität in ebenso vielen Terminen wie bei der experimentellen Intervention. Die Beratungen beinhalteten Aufmerksamkeit und Instruktionen, aber keine Zielsetzungen oder strategischen Planungen. Der Hausarzt spielte vor und während der Interventionen eine wesentliche Rolle bei der Feststellung der gesundheitlichen Eignung und bei der Motivation der Patienten zu körperlichen Aktivitäten, unabhängig von der Gruppenzuteilung. Die Intention-to-treat-Auswertung der randomisierten kontrollierten Interventionsstudie (RCT) ergab beim primären Endpunkt keinen Unterschied zwischen den Gruppen nach zwölf Wochen Intervention. Nur in der Per-protocol-Auswertung (Auswertung der Daten lediglich derjenigen Teilnehmer, die sich prüfplankonform verhalten hatten) verbesserten sich die Teilnehmenden der experimentellen Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant im Hinblick auf Mobilität, Balance, psychische Lebensqualität und sportbezogene Selbstwirksamkeit [15].

Der in der vorliegenden Evaluationsstudie eingesetzte, neu entwickelte Fragebogen enthielt neben soziodemographischen Fragen zehn Fragen allgemein zum Thema „Förderung körperlicher Aktivität bei Älteren in der hausärztlichen Versorgung“ und sechs Fragen speziell zur HOMEfit-Studie (Abb. 1). Die Fragen wurden von den an der Studie beteiligten Hausärzten, Sportmedizinern, Sportwissenschaftlern und Epidemiologen zusammengestellt. Als

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.



Praxis-/Arztbogen 3/3
(Version vom 13.07.2012)

Hausärztliche Bewertung

Praxis-ID: Arzt-ID: Datum der Dokumentation: ..

Förderung körperlicher Aktivität bei Älteren in der hausärztlichen Versorgung

Inwiefern stimmen Sie als Hausarzt/Ärztin den folgenden Aussagen zu?
Bitte setzen Sie in jeder Zeile ein Kreuz.

Aussage	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Sind unentschieden	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
A. Bewegung ist das effektivste Mittel zur Prävention chronischer Erkrankungen bei Älteren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Bewegung ist eines der effektivsten Mittel zur Therapie chronischer Erkrankungen bei Älteren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Bewegung ist das effektivste Mittel zum Erhalt der körperlichen Funktionsfähigkeit und Mobilität im Alter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Die Förderung körperlicher Aktivität in der hausärztlichen Versorgung ist wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Für Ältere ist eine hausärztliche Empfehlung eine wesentliche Voraussetzung, körperlich aktiver zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie auch für jede Zeile an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:


Aussage	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Sind unentschieden	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
A. Es zählt zu meinen hausärztlichen Aufgaben, meinen älteren Patienten eine Steigerung der körperlichen Aktivität zu empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Es zählt zu meinen hausärztlichen Aufgaben, ungenutzte Aktivitätsleistungen für meine älteren Patienten durchzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Die aktuellen Empfehlungen zu körperlicher Aktivität im Alter sind mir sehr gut bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Bewegungsförderungsangebote für ältere Patienten in der näheren Umgebung meiner Hausarztpraxis sind mir sehr gut bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Gründe sprechen Ihre Meinung nach gegen eine hausärztliche Aktivitätsberatung im Praxisalltag?
Nennen Sie die drei wichtigsten Hindernisse (maximal drei).

-
-
-

Bitte wenden!

Den beidseitig ausgefüllten Datenbogen abschließend bitte per Fax an weiterleiten.
Das Original bitte im Praxisordner ablegen. Danke!



Friscus
Forschungsbereich Geriatrie im Alter
gefördert vom BMBF

Die HOMEfit-Studie

Arzt-ID:

Bitte schätzen Sie an, wie wichtig Ihnen für Ihre Patienten die folgenden Aspekte, um ein Aktivitätsprogramm für Ältere realisieren zu können, sind:

Aspekt	unwichtig	wenig wichtig	wichtig	sehr wichtig	extrem wichtig
A. Ihre hausärztliche Empfehlung und Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. die Tatsache, dass sie individuell und nicht in der Gruppe betreut werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. die Tatsache, dass die persönlichen Beratungstermine mit dem Therapeuten in Ihrer Hausarztpraxis stattfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie auch hier für jeder Zeile an, inwieweit die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen:

Aussage	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Sind unentschieden	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
A. Das HOMEfit-Konzept (Mittelschulung durch den Hausarzt, Weiterleitung an Therapeuten, Aktivitätsberatung durch Therapeuten in der Hausarztpraxis und per Telefon) ist eine gute Lösung für die Versorgung von Älteren zu Hause; finde ich sehr gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Eine Klärung der Finanzierung vorausgesetzt, kann ich mir eine solche Zusammenarbeit mit einem Bewegungstherapeuten in meiner Hausarztpraxis sehr gut vorstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie in jeder Zeile Ihre Einschätzung ab.

Aussage	sehr gering	gering	mäßig	hoch	sehr hoch
A. Wie schätzen Sie den gesundheitlichen Nutzen des HOMEfit-Programms für die teilnehmenden Patienten ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Wie empfinden Sie den Aufwand für Ihre Praxis während der Durchführung des Bewegungsprogramms durch den Therapeuten (z.B. Besuche, spezielle Patientenversorgung oder Dokumentation, unkonventioneller Freigabeausgang)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kritik ist hilfreich, um das HOMEfit-Konzept ausgebaut von Ihrer Erfahrung zu optimieren.
Bitte geben Sie einige kurze Stichpunkte zu den folgenden zwei Fragen:

A. Was hat Ihnen gut gefallen?

B. Was würden Sie verbessern bzw. sich bei zukünftiger Umsetzung des Konzeptes wünschen?

Abbildung 1 Fragebogen

Antwortmöglichkeiten standen jeweils fünf Ausprägungen (Likert-Skala) zur Einfachantwort als Stellungnahme zu vorgegebenen Aussagen zur Verfügung. Freitextantwortmöglichkeiten waren zusätzlich gegeben. Der Fragebogen wurde entsprechend anerkannter methodischer Standards für Item-Konstruktion und Formulierung entlang der Fragestellung entwickelt [17]. Nach einem Vortest bei zwei Ärzten wurden Ausdruck und Skalierung im Fragebogen noch einmal geringfügig modifiziert. Validität und Reliabilität des Fragebogens wurden nicht bestimmt. Die deskriptive Statistik blieb – der Fragestellung angemessen – auf einfache Häufigkeiten und Mittelwerte begrenzt. Hypothesen wurden nicht aufgestellt und nicht getestet.

Die Fokusgruppensitzung ist als qualitative Methode besonders zur Ermittlung von Meinungen und Einstellungen der ganzen Gruppe und einzelner Teilnehmer der Gruppendiskussion geeignet [18, S. 132 f.]. Die Beteiligten le-

gen Einstellungen offen, die auch im Alltag ihr Denken, Fühlen und Handeln bestimmen und die mit anderen Instrumenten, wie beispielsweise Fragebögen, nicht ausreichend sichtbar werden [19, S. 76ff.]. Aufgrund der Offenheit der Datenerhebung können aus den Einstellungen und Meinungen der Teilnehmer zu körperlicher Aktivität im Alter im Allgemeinen und zum HOMEfit-Programm im Besonderen die Anforderungen an ein geeignetes Programm in der Hausarztpraxis sowie Hinweise zu Implementierungsbarrieren gesammelt und Verbesserungsvorschläge abgeleitet werden [16].

Alle Hausärzte, die an der HOMEfit-Studie teilgenommen hatten, wurden eingeladen, an einer Fokusgruppe teilzunehmen. Die Gruppen wurden jeweils mit einer offenen Triggerfrage eröffnet, um einen Erzählimpuls zu setzen: „Denken Sie an einen Ihrer Patienten, der bei dem HOMEfit-Projekt mitgemacht hat. Wie haben Sie das erlebt?“

Moderiert wurden die Fokusgruppen jeweils von einem trainierten Moderator, der die Thematik, jedoch nicht die Teilnehmer kannte und auch nicht durch Studieninteressen geleitet war. Die Teilnahme an den Fokusgruppen war freiwillig. Geld oder geldwerte Incentives gab es nicht. Alle Diskussionen wurden mit vorab eingeholtem Einverständnis der Gruppenteilnehmenden digital audiodokumentiert und zusätzlich protokolliert. Zum Zeitpunkt der Diskussionen war den Teilnehmenden das Ergebnis des RCT noch nicht bekannt.

Im Anschluss an jede Fokusgruppensitzung wurde geprüft, ob neue Einsichten gewonnen werden konnten. Nach drei Fokusgruppen kam es nur noch zu Wiederholungen von Argumenten und deckungsgleichen Aussagen im Vergleich zu den vorangegangenen Diskussionsgruppen. Es konnte also von einer Sättigung ausgegangen werden, was uns dazu veranlasste, auf weitere Fokusgruppen zu verzichten.

Die aufgezeichneten Diskussionen wurden durch einen externen Dienstleister nach den Regeln von Kuckartz [20] vollständig anonymisiert transkribiert. Zur Qualitätssicherung wurden die Transkripte stichprobenartig kontrolliert und mit den Audiodokumenten verglichen.

Die Transkripte wurden in einem multiprofessionellen Team (Hausarzt, Ärztin, Bewegungstherapeutin, Soziologin) qualitativ-inhaltsanalytisch ausgewertet. Vor Beginn der Auswertung hatte jedes Teammitglied über seine Vorannahmen zum Thema reflektiert und diese schriftlich festgehalten [21]. Durch induktive Codeentwicklung wurde am Material ein Kategoriensystem aufgebaut [19 S. 76ff.] und schließlich zu zehn Kernkategorien verdichtet. Die Codes wurden mit Hilfe von MAXQDA, einem computergestützten Programm für qualitative Inhaltsanalyse [22], erfasst. Die inhaltsanalytische Auswertung auf der manifesten Sprachebene ist der begrenzten Tiefe des Materials angemessen. Die relevanten Aspekte des Datenschutzes (u.a. Anonymisierung, Schutz der Aufzeichnungen und Datenlisten vor unbefugtem Zugriff) wurden erfüllt.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 23 Ärzte aus 15 hausärztlichen Praxen (acht Einzelpraxen, fünf Gemeinschaftspraxen, zwei Praxisgemeinschaften) 2012–2013 an der schriftlichen Befragung teil; das entspricht 100 % aller Ärzte und 100 % aller hausärztlichen Praxen, die sich an der HOMEfit-Studie beteiligten. 10 Hausärzte waren weiblich, 13 männlich. Sie waren zwischen 38 und 59 Jahre alt ($49,5 \pm 6,3$ Jahre).

Die überwiegende Mehrheit der befragten Ärzte hielt Bewegung für das effektivste Mittel zum Erhalt der körperlichen Funktionsfähigkeit im Alter. Alle Ärzte zählten es zu ihren hausärztlichen Aufgaben, ihren älteren Patienten eine Steigerung der körperlichen Aktivität „zu empfehlen“. „Umfassende Aktivitätsberatungen“ zählten allerdings nur für zwei Drittel der Befragten zu ihren hausärztlichen Aufgaben. Die aktuellen Empfehlungen zu körperlicher Aktivität

im Alter waren nach Selbstauskunft ca. der Hälfte der befragten Ärzte sehr gut bekannt. Als Hauptgründe gegen eine hausärztliche Aktivitätsberatung im Praxisalltag wurden „Zeitmangel“, „fehlende Honorierung“ und „fehlende Kenntnisse“ genannt.

Nach Ansicht von 83 % der befragten Ärzte war ihren Patienten die hausärztliche Empfehlung „sehr“ oder „extrem wichtig“, um am HOMEfit-Programm teilzunehmen. 70 % hielten die individuelle Betreuung und 74 % die Tatsache, dass die Beratungstermine in der Hausarztpraxis stattfanden, als Teilnahmemotivation ihrer Patienten für „sehr“ oder „extrem wichtig“. Alle Befragten fanden das HOMEfit-Konzept sehr gut und konnten sich eine solche Zusammenarbeit mit einem Bewegungstherapeuten in ihrer Praxis auch zukünftig sehr gut vorstellen. 91 % der Ärzte empfanden den gesundheitlichen Nutzen des HOMEfit-Programms für ihre Patienten als „hoch“ oder „sehr hoch“. Der Aufwand für die Praxis wurde von 70 % der befragten Ärzte als „sehr gering“ bzw. „gering“ eingeschätzt.

Alle 23 Ärzte der Hauptstudie wurden zur Teilnahme an den Fokusgruppen eingeladen; neun davon haben zugestimmt und hatten an den angebotenen Terminen Zeit. Mit diesen insgesamt neun Teilnehmern (zwei weiblich/sieben männlich) aus acht verschiedenen Praxen wurden im Zeitraum Mai bis Juni 2013 sukzessive drei Fokusgruppen durchgeführt. Die teilnehmenden Ärzte waren zwischen 45 und 58 Jahre alt und hatten alle aktiv an der HOMEfit-Studie teilgenommen. Die Dauer der Diskussionen betrug 1,0–1,5 Stunden [16].

Die Teilnehmer der Fokusgruppen waren mit einer positiven Grundannahme bezüglich Bewegung im Alter ausgestattet („Wir wissen alle, dass Bewegung gut tut.“ F1, 251–253**). Die Hausärzte maßen dabei den Aspekten der Zuwendung und Anleitung große Bedeutung zu, die mit einem gewissen Aufwand verbunden seien („Ich glaube..., dass wir da jeden Einzelnen an die Hand nehmen ... müssen...“ F2, 254). Für die Mehrheit der Fokusgruppen-Teilnehmenden stand im Mittelpunkt, dass es bei den Älteren in der Regel nicht einfach sei, sie zur Bewegung zu motivieren. Unsicherheit bei

den Patienten spielte dabei eine Rolle sowie ihr Wunsch nach passiver Behandlung („Also die wollen dann Spritze haben ... dann soll es wieder gut sein.“ F1, 92). Die Hausärzte empfanden ihre Möglichkeiten im Praxisalltag, Patienten zur Bewegung zu motivieren, als beschränkt sowie ihre Bemühungen als frustrierend, und waren froh, im Bewegungstherapeuten jemanden gefunden zu haben, der diese Aufgabe übernahm. Viele Hausärzte dächten nicht sofort daran, Älteren ein Bewegungsangebot zu machen („geht ... so im Alltag unter ...“ F3, 213) und berichteten, auch nicht das nötige Wissen dazu zu haben. Die Teilnehmenden empfanden eine Lücke bei Bewegungsangeboten für nicht mehr so mobile Ältere, insbesondere einen Mangel an individuellen Angeboten. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen wünschten sich „einfache“ und „regelmäßige“ Angebote „außerhalb (der) Praxis“ (F2, 257–258) mit „soziale(m) Kontakt“ (F1, 171) und sahen sich als Vermittler für Bewegung. Ein häufiger Aspekt, der in den Fokusgruppen genannt wurde, waren die Verbesserung des „Umfeld(s)“ (F2, 254) und die lokale Vernetzung der Angebote.

Das Programm wurde von den Diskussionsteilnehmern insgesamt als „problemlos und gut“ (F2, 39), „im laufenden Betrieb“ (F2, 21) umsetzbar und auf Hausärzte zugeschnitten empfunden. Sie erlebten es als Hilfe, dass sie ihren Patienten etwas anderes als Medikamente oder Physiotherapie anbieten konnten und dass das Programm mit einfachen Mitteln durchführbar war („... ganz einfach. ... rein die Schwerkraft.“ F1, 172). Dabei wurden die Mittel als zweitrangig empfunden im Gegensatz zu der persönlichen Ansprache der Patienten, der ein großer Einfluss zugesprochen wurde („Da reicht manchmal ein Gespräch.“ F1, 283–285). Konsens bestand darin, dass die Betreuung durch die Therapeuten besonders gut war. Als positiv wurde angesehen, dass in dem Programm auf individuelle Bedürfnisse eingegangen wurde. Den Hausärzten war es wichtig, dass die Patienten auch in persönlichen Kontakten betreut wurden („... diese Treffen sind, die dann Sicherheit schaffen.“ F1, 212). Dass das Programm in ihren hausärztlichen Praxen stattfand, begrüßten die Hausärzte. Es senke die Teil-

** F1 = 1. Fokusgruppe; 251 = Zeilenzahl im Transkript

nahmeschwelle für die Patienten und sie könnten zu einem „vertrauten“ (F1, 199) und „geschützte(n) Raum“ (F1, 177) kommen.

Obwohl bei einigen Patienten „sehr viel Überzeugungsarbeit“ (F1, 120) durch Arzt und Therapeut vonnöten war bzw. manche Patienten „bei dem HOMEfit Projekt ... immer unter Gemecker mitgemacht“ (F1, 90) haben, waren die meisten Patienten „begeistert“ (F1, 106; F2, 35), „erstaunt ...“, wie gut das mit den Übungen klappte“ (F1, 100) und „fanden vor allen Dingen auch diese Betreuung in der Praxis sehr gut.“ (F1, 82). Einige Personen nahmen sehr aktiv teil und „berichtet(en), dass sie davon profitiert haben. In ihrem Alltag.“ (F1, 100). Selten erwähnten die Ärzte Beschwerden der Patienten. Wenige Personen konnten nicht durchgängig teilnehmen, meist aufgrund von „Operationen“ (F3, 34) oder Krankenhausaufenthalten. Am Ende gab es Patienten, die „... fragen ..., ob das jetzt weitergeht.“ (F1, 106). Manche Ärzte erhielten keine Rückmeldungen, insbesondere keine Erfolgsmeldungen („...wüsste ich jetzt von keinem, der irgendwie von einem durchschlagenden Erfolg gesprochen hätte.“ F3, 34). Eine Ärztin berichtete von einer Patientin mit weniger Schmerzen; zwei Ärzte meinten, dass ihre Patienten „davon profitiert“ (F2, 35) und „Fortschritte“ (F1, 84) gemacht haben.

Ein häufig angesprochenes Thema war die Nachhaltigkeit des Programms. Die Diskussionsteilnehmer hielten es für wichtig, dass die Patienten „bei der Stange bleiben“ (F1, 90) („...weil die das ja gar nicht unbedingt sortieren können, ob sie Muskelkater haben oder was anderes haben.“ F1, 130). Dafür hielten sie „engmaschigere Kontakte“ (F1, 135), das Weiterführen des Programms oder gleich eine „Langzeitrücksprache“ (F2, 379) für angebracht. Insgesamt schätzten die Ärzte die Nachhaltigkeit des Programms als nicht ausreichend ein. Sowohl die Hausärzte als auch besonders die Patienten haben das Ende der Studie als das Ende des Programms erlebt („Die (Studie) ist eigentlich genau in dem Moment abgebrochen worden, ... wo es gerade gut lief.“ F1, 430–433; „Ein paar Patienten haben hinterher gesagt ‚och schade‘, ist das schon vorbei?“ F1, 84). Ein einzelner Arzt hat in dieser Situation motivierend reagiert, indem er seiner Patientin geraten hat, alleine weiterzumachen.

Die Teilnehmer berichteten von einer „gute(n) Zusammenarbeit“ (F3, 81) mit dem Therapeuten und konnten sich vorstellen, „so etwas zu etablieren in der Praxis“ (F1, 168). Der Bewegungstherapeut spielte aus Sicht der Hausärzte eine entscheidende Rolle, vor allem weil einige Patienten „sicherlich auch von dieser Zuwendung und Aufmerksamkeit profitiert (haben)“ (F1, 90). Wenn der Hausarzt seinen Patienten Bewegung oder Übungen empfiehlt, scheint das keinen Erfolg zu haben, aber das Programm in der Praxis und mit dem Bewegungstherapeuten ist erfolgversprechend („Und hat anscheinend mehr gebracht, als das, was ich sagen kann.“ F1, 155). Die Hausärzte empfanden die Anwesenheit des Therapeuten in ihrer Praxis nicht als störend, gaben den Therapeuten einen „gewissen Vertrauensvorschuss“ (F2, 88) und erkannten die Kompetenz der Therapeuten überwiegend an. Die Tatsache, dass die Bewegungstherapeuten während ihrer Anwesenheit einen eigenen Raum für die Übungen mit den Patienten benötigten, führte insgesamt nicht zu Problemen.

Die teilnehmenden Hausärzte wurden in unterschiedlichem Maße in das HOMEfit-Programm eingebunden. Während einige selbst aktiv wurden, z.B. bei der Rücksprache mit dem Therapeuten oder der Motivation der Patienten, sogar gerne noch aktiver geworden wären und sich mehr Informationen über die Übungen gewünscht hätten, waren die meisten Hausärzte eher passiv eingebunden („... nicht mehr richtig viel mitgekriegt ... Habe das auch als positiv empfunden.“ F2, 11–15). Der Austausch mit den Bewegungstherapeuten war gering („Also ich habe diesen Austausch mit den Bewegungstherapeuten gar nicht so erlebt ...“ F2, 49) und ging dann eher von den Therapeuten aus.

Die Diskussionsteilnehmenden können sich eine fachlich versierte Person in ihrer Praxis oder zumindest „in meiner Umgebung“ (F2, 254) gut vorstellen, mit der sie sich über Bewegungsproblematiken ihrer älteren Patienten austauschen können und der man die Patienten direkt übergeben könnte. Das Ausuchen der Patienten für eine solche Intervention sollte aus Sicht der Ärzte aber über sie selbst erfolgen, anschließend könnte der Therapeut autonom handeln.

Diskussion

Die überwiegende Mehrheit der hausärztlichen Teilnehmer der HOMEfit-Studie war sich einig, dass Bewegung sowohl für Prävention und Therapie chronischer Erkrankungen als auch für den Erhalt der Mobilität im Alter wesentlich und eine Beratung zu körperlicher Aktivität wichtig sei. Das zeigte sich sowohl in den Fragebögen als auch in den Gruppendiskussionen und deckt sich mit den aktuellen Empfehlungen und Studien [23, 24]. Auch bezeichneten die meisten Hausärzte der Studie die Empfehlung körperlicher Aktivität an ihre Patienten als hausärztliche Aufgabe, umfassende Aktivitätsberatungen wurden allerdings von wesentlich weniger Teilnehmern als Aufgabe für den Hausarzt gesehen. Dies mag, wie in den Fragebögen vermerkt, an mangelnder Zeit sowie mangelnder Kenntnis der aktuellen Empfehlungen und lokaler Bewegungsangebote liegen, was z.T. bereits aus der Literatur bekannt ist [24]. Die Fokusgruppen bestätigen im Wesentlichen diese Aspekte, zeigen diesen Punkt allerdings noch differenzierter: Die Motivation älterer Patienten zu körperlicher Aktivität gestaltet sich für die meisten Hausärzte als ‚unheimlich schwierig‘. Die älteren Patienten bevorzugten im Erleben der Hausärzte eher passive Therapien, fordern häufig ‚Spritzen oder Tabletten‘, sind aber aus ärztlicher Sicht grundsätzlich motivierend und lenkbar. Zudem beklagen die Ärzte nicht nur mangelnde Kenntnis lokaler Angebote, sondern zusätzlich das gänzliche Fehlen entsprechender Angebote für ältere Menschen, vor allem stadteilnah und fußläufig erreichbar. Insgesamt sahen die Teilnehmer die Motivation und die entsprechende intensive Anleitung zu körperlicher Aktivität als nicht durch den Hausarzt zu leisten an. Das deckt sich mit früheren Untersuchungen, in denen gezeigt werden konnte, dass Hausärzte nur wenig Zeit in die Motivation und Beratung zu vermehrter Aktivität im Alter investieren [11].

Das HOMEfit-Programm scheint zumindest theoretisch aus Sicht der Hausärzte die oben beschriebene Lücke wenigstens in Teilen zu füllen. Die Teilnahmeschwelle für Patienten wurde aus hausärztlicher Sicht durch das Angebot in der vertrauten hausärztlichen Praxis gesenkt. Ein Bewegungstherapeut könnte das zeitliche und fachliche Problem

Dr. med. Bettina Bücker, M.Sc. Public Health ...

... ist seit 2012 Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin in Düsseldorf (ifam). Forschungsschwerpunkte: Umgang mit Gesundsein und Kranksein im Alter, Qualitative Methoden.

der Hausärzte bei der Vermittlung von körperlicher Aktivität lösen. Bemerkenswert ist das große Vertrauen, das die Hausärzte ihnen zuvor nicht bekannten Therapeuten entgegengebracht haben. Vergleicht man dieses mit dem Vertrauen in andere Berufsgruppen, mit denen Hausärzte in Kontakt kommen (etwa zertifizierte Wundmanager [25]), muss man das gute Verhältnis mit den Bewegungstherapeuten als etwas Besonderes bezeichnen. Das mag damit zu tun haben, dass Ärzte bezüglich des Wundmanagements keine so großen persönlichen Defizite empfinden wie bezüglich umfassender Aktivitätsberatungen [11]. Hinzu kommen mögliche Budgetbelastungen.

Nahezu alle ärztlichen Teilnehmer fanden das HOMEfit-Konzept gut, schrieben dem Programm einen gewissen gesundheitlichen Nutzen zu, empfanden den Aufwand für ihre Praxis als eher gering und konnten sich eine zukünftige Zusammenarbeit mit einem Bewegungstherapeuten in ihrer Praxis vorstellen, wobei die hausärztliche Empfehlung an die Patienten zur Teilnahme eine große Rolle spielte. Aufgrund der zeitlichen Engpässe in hausärztlichen Praxen [26] war das Programm darauf ausgerichtet, die Ärzte zeitlich zu entlasten. Die persönliche Betreuung und Aufmerksamkeit durch Therapeuten wird als wesentlich in dem Programm empfunden. Diese Komponente wird schon länger in der Literatur diskutiert [27].

Als Hauptproblem des Programms in der jetzigen Form wurden die fehlende Nachhaltigkeit, fehlende Kontinuität und eine nicht ausreichend intensive Betreuung genannt. Eine regelmäßige, dauerhafte Rücksprache mit den Patienten wurde als nötig erachtet, damit diese „bei der Stange“ bleiben. Einem solchen Programm müsse etwas folgen, es dürfe nicht einfach aufhören. Viele Aktivitätsprogramme dauern drei bis zwölf Monate [28]. In dieser Studie wurde ein kurzer

Interventionszeitraum gewählt, um eine hohe Akzeptanz aufseiten der teilnehmenden Ärzte zu erreichen. Dieser Zeitraum und die Nachbeobachtungszeit waren eventuell zu kurz gewählt, um mögliche Effekte aufzudecken. Um das Langzeitverhalten zu verändern, wurde das HOMEfit-Programm zusätzlich zu den Übungen durch Methoden zur Unterstützung von Verhaltensänderungen ergänzt, um u.a. die Patienten in die Lage zu versetzen, nach dem Ende des Programms selbstständig weiter zu trainieren. Aus Sicht der Hausärzte hat das bei dieser Zielgruppe nicht funktioniert. Aus diesem Grund wurde von den Hausärzten vorgeschlagen, das Programm weiterzuführen, es also zu verlängern und zu intensivieren.

Die Teilnehmer der Diskussion umrissen folgenden Ausblick: Sie befürworten eine zukünftige Zusammenarbeit mit einem Bewegungstherapeuten in ihrer Praxis, der evtl. sogar Hausbesuche machen kann, um ihre älteren Patienten fachkompetent zu mehr Bewegung zu motivieren und die Ärzte damit auch zeitlich zu entlasten. Die Ärzte sehen sich in der Rolle der Aussuchenden; sie möchten dem Therapeuten Patienten vorschlagen, die dieser anschließend autonom mit persönlicher Ansprache weiterbetreut. Es wurde vorgeschlagen, die Patienten in Kleingruppen zusammenzufassen und anschließend lokal zu vernetzen, um die weitere persönliche Betreuung zu gewährleisten. Sonstige Weiterentwicklungsmöglichkeiten könnten in der längeren Programmdauer, der noch engeren Betreuung durch Therapeut und Hausarzt und der intensiveren Überwachung der Trainingsintensität und -häufigkeit zu suchen sein.

Limitationen

Der Mixed-methods-Ansatz war der Fragestellung angemessen; allerdings kön-

nen über Validität und Reliabilität des Fragebogens keine Angaben gemacht werden. Nur ein gutes Drittel der Ärzte nahm an den Fokusgruppensitzungen teil; da nach der dritten Fokusgruppe in der Analyse Sättigung eintrat, kann aber davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden das Spektrum der Meinungen in Breite und Tiefe ausreichend abgebildet haben. Bei der positiven Bewertung des Programms insgesamt kann nicht ausgeschlossen werden, dass gewisse Antworten sozial erwünscht waren. Allerdings wurden durchaus auch negative Äußerungen bezüglich des Nutzens des Programms und der Nachhaltigkeit ohne Zurückhaltung getätigt. Eine weitere Limitation der Aussagen besteht hinsichtlich der Rekrutierung der Arztpraxen: Bei der Studie haben die Praxen mitgemacht, bei denen sich die räumlichen Gegebenheiten eigneten und die möglicherweise am Thema „Bewegung bei Älteren“ besonders interessiert und bereit waren, Zeit und Arbeit in die Durchführung der Studie zu investieren. Es ist davon auszugehen, dass die teilnehmenden Ärzte diesem Thema besonders positiv gegenüber standen und damit auch das Programm möglicherweise positiver eingeschätzt haben. Selbiges könnte in verstärktem Maße für die Teilnehmer der Fokusgruppen zutreffen. Es gilt zu bedenken, dass Hausärzte und Bewegungstherapeuten im Studiensetting für sämtliche Leistungen vergütet wurden. Wie eine Vergütung bei einer tatsächlichen Implementierung des Programms erfolgen könnte, bleibt zu klären.

Interessenkonflikte: BB, AM, RK-M, SW, TH geben an, dass ihre Institution Fördergelder der Forschungsförderung der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum (FoRUM) und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung erhalten hat. Die weiteren Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

Korrespondenzadresse

Dr. Bettina Bücker
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Düsseldorf
Werdener Straße 4
40227 Düsseldorf
Tel.: 0211 81-17771
Bettina.Buecker@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. Studenski S, Perera S, Patel K, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA* 2011; 305: 50–58
2. Moschny A, Platen P, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Physical activity patterns in older men and women in Germany: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11: 559
3. Crombie IK, Irvine L, Williams B, et al. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age Ageing* 2004; 33: 287–292
4. Eakin E, Brown W, Schofield G, Mummery K, Reeves M. General practitioner advice on physical activity – who gets it? *Am J Health Promot* 2007; 21: 225–228
5. Moschny A, Platen P, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 8: 121
6. Lindsay J, Thompson C. Housebound elderly people – definition, prevalence and characteristics. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 231–237
7. Saß AC, Wurm S, Ziese T. Inanspruchnahmeverhalten. In: Böhm K, Tesch-Römer C, Ziese T (Hrsg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert Koch-Institut, 2009: 134–159
8. Schofield G, Croteau K, McLean G. Trust levels of physical activity information sources: a population study. *Health Promot J Austr* 2005; 16: 221–224
9. Hinrichs T, Brach M. The general practitioner's role in promoting physical activity to older adults: a review based on program theory. *Curr Aging Sci* 2012; 5: 41–50
10. Hinrichs T, Moschny A, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Thiem U, Platen P. General practitioner advice on physical activity: analyses in a cohort of older primary health care patients (getABI). *BMC Fam Pract* 2011; 12: 26
11. Balde A, Figueras J, Hawking DA, Miller JR. Physician advice to the elderly about physical activity. *J Aging Phys Act* 2003; 11: 90–97
12. Hinrichs T, Bucchi C, Brach M, et al. Feasibility of a multidimensional home-based exercise programme for the elderly with structured support given by the general practitioner's surgery: study protocol of a single arm trial preparing an RCT [ISRCTN58562962]. *BMC Geriatr* 2009; 9: 37
13. Schwarzer, R. Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Appl Psychol* 2008; 57: 1–29
14. Hinrichs T, Brach M, Bucchi C, et al. An exercise programme for community-dwelling, mobility-restricted and chronically ill older adults with structured support by the general practitioner's practice (HOMEfit). From feasibility to evaluation. *Z Gerontol Geriatr* 2013; 46: 56, 58–63
15. Hinrichs T, Bucker B, Klaassen-Mielke R, et al. Home-based exercise supported by general practitioner practices: ineffective in a sample of chronically ill, mobility-limited older adults (the HOMEfit randomized controlled trial). *J Am Geriatr Soc* 2016; 64: 2270–2279
16. Bücker B. HOMEfit: Ein Bewegungsprogramm für chronisch kranke, mobilitätseingeschränkte Ältere in Kooperation mit einer Bewegungstherapeutin oder einem Bewegungstherapeuten in der hausärztlichen Praxis – Einstellungen von Hausärztinnen und Hausärzten. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Science (MSc)“; Weiterbildungsstudiengang MSc Public Health. Düsseldorf: Heinrich-Heine-Universität, 2016
17. Porst R. Fragebogen – Ein Arbeitsbuch. 4. erweiterte Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 2014
18. Flick U. Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt, 2000
19. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz, 2002
20. Kuckartz U, Dresing T, Rädiker S, Stefer C. Qualitative Evaluation: der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: Springer VS, 2007
21. Kalitzkus V. Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2005; 6: 243–247
22. Kuckartz U. Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: Springer VS, 2007
23. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009; 41: 1510–1530
24. Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med* 2012; 46: 625–631
25. Seffrin J. Allmächtige Wundmanager, fast ohnmächtige Hausärzte. 2014. www.hausaerzeverband-bremen.de/uploads/media/Allmaechtige_Wundmanager.pdf (letzter Zugriff am 03.03.2016)
26. Goodman C, Davies SL, Dinan S, See Tai S, Iliffe S. Activity promotion for community-dwelling older people: a survey of the contribution of primary care nurses. *Br J Community Nurs* 2011; 16: 12–17
27. Gillis DE, Grossman M, McLellan B, King AC, Stewart AL. Participants' evaluations of components of a physical-activity-promotion program for seniors (CHAMPS II). *J Aging Phys Act* 2002; 10: 336–353
28. Baker MK, Atlantis E, Fiatarone Singh MA. Multi-modal exercise programs for older adults. *Age Ageing* 2007; 36: 375–381