

Kurzfassung des Abschlussberichts zum ZQP Projekt

„Prävention durch Bewegung“

Kooperationsprojekt mit dem Robert-Bosch-Krankenhaus unter wissenschaftlicher Leitung von PD Dr. Clemens Becker.

Projektlaufzeit: November 2010 - August 2011

I. Hintergrund

Eine der wirkungsstärksten, aber zu wenig genutzten Möglichkeiten der Verminderung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit ist die Verbesserung der physischen Aktivität. In zahlreichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die körperliche Aktivität mit vielen gesundheitsrelevanten Parametern assoziiert ist¹. Die Information über den momentanen Zustand der körperlichen Aktivität ist bei einer diesbezüglichen Beratung hilfreich². Ziel der Studie war es, eine Aussage über die Responsivität von Versicherten, bei einem Angebot zur Optimierung der körperlichen Aktivität, zu machen. Ein weiteres Ziel war die Untersuchung der Akzeptanz von Geräten zur Erfassung der körperlichen Aktivität.

II. Methode

Über eine Krankenkasse wurde 730 Versicherten im Alter von 70 Jahren und älter angeboten, an einer Beratung zur körperlichen Aktivität teilzunehmen. Bei einem Hausbesuch wurde neben der physischen Kapazität (Aufstehen vom Stuhl, Gehen) über Fragebögen auch psychosoziale Parameter (Lebensqualität, selbst eingeschätzte körperliche Mobilität, Kognition, depressive Symptome, Komorbidität) erfasst. Am Ende des Hausbesuchs wurden die Teilnehmer gebeten, über 7 Tage einen Bewegungssensor (activPAL[®] oder MiniMod[®]) zu tragen. Nach einer Woche wurde die Nutzerzufriedenheit mit Bezug auf den Bewegungssensor erhoben³. Die Ergebnisse des Bewegungssensors wurden mit einem normativen repräsentativen Datensatz verglichen und bewertet. Die Teilnehmer erhielten eine Auswertung der Sensordaten und ggf. eine Empfehlung zur Verbesserung ihrer Ausdauer, Balance und Kraft.

III. Ergebnisse

Insgesamt meldeten sich 13 % (n=98) der Angeschriebenen zurück, die Teilnahmerate lag bei 12 % (n=86; mittleres Alter 79,3 Jahre; 73% Frauen; 6 % eingestuft in Pflegestufe 1) und damit im Rahmen der Erwartung.

Die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Teilnehmer (das Aufstehen vom Stuhl war bei 54 Teilnehmern (63%) selbständig auch ohne Hilfe durch die Hände möglich; bei der Klassifikation des Gehens waren 64 Teilnehmer (74%) unabhängig) und die Anzahl der in die Pflegeversicherung eingestuften Teilnehmer zeigen, dass sich eher die rüstigeren Versicherten angesprochen fühlten und sich gemeldet haben. Auch gaben fast 60% der Teilnehmer an, bereits sportlich aktiv zu sein. Auch die psychosozialen Parameter zeichnen ein relativ stabiles Kollektiv.

Die Ergebnisse der Bewegungsmessung zeigen, dass die mittlere kumulierte Gehzeit beim untersuchten Kollektiv bei Frauen und Männern in allen Altersstufen für Sonn- und Werkstage unter den Werten eines repräsentativen Vergleichskollektivs (Tabelle 1) lag.

Tabelle 1: Kumulierte Gehzeiten der Teilnehmer (n=81) und Vergleichswerte eines repräsentativen Vergleichskollektivs

Kumulierte Gehzeit [min]	Frauen n=32, n=25		Männer n=13, n=11	
	<i>Werktag</i>	<i>Sonntag</i>	<i>Werktag</i>	<i>Sonntag</i>
TN 70-79 Jahre	75,9	66	97	89
<i>Vergleichswert</i>	<i>105,3</i>	<i>86,8</i>	<i>110,3</i>	<i>90,9</i>
TN 80+ Jahre	58,2	53	55,4	59
<i>Vergleichswert</i>	<i>79</i>	<i>63,9</i>	<i>89,1</i>	<i>68,6</i>

Bei der telefonischen Nachbefragung nach 2 Monaten gaben 15% aller Teilnehmer an, ihr Aktivitätsniveau nach Rückmeldung erhöht zu haben. Bei einem konkreten Angebot zur Teilnahme an einer Sportgruppe zeigten 33% aller Teilnehmer Interesse.

IV. Diskussion

Die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Anzahl der in die Pflegeversicherung eingestuften Teilnehmer zeigen, dass eher die rüstigeren Versicherten teilgenommen haben. Andererseits machen die Ergebnisse des Aktivitätsmonitorings deutlich, dass auch diese „rüstige“ Gruppe der Versicherten in den meisten Fällen deutlich unter den Ergebnissen eines Vergleichskollektivs lag. Auch in diesem, so erreichten Kollektiv, ist also eine Intervention lohnenswert, da es Potential zur Verbesserung zeigt.

Auch die Beschreibung des Kollektivs durch psychosoziale Parameter (Lebensqualität, depressive Symptome, Kognition) zeigte, dass die teilnehmenden Versicherten hinsichtlich Morbidität und psychosozialen Faktoren günstige Voraussetzungen aufwiesen und bei gut erhaltener Mobilität (gute Kapazität) in der Lage wären, ihre körperliche Aktivität zu steigern. Dennoch wiesen die Teilnehmer ein unterdurchschnittliches Aktivitätsniveau auf, so dass sich hier eine deutliche Diskrepanz zwischen Kapazität und Aktivität zeigte. Damit wird deutlich, dass solche Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität gut geeignet sind, ein relevantes Kollektiv älterer Menschen anzusprechen. Dabei erscheint eine Kombination von Aktivitätsrückmeldung in Verbindung mit einem konkreten Gruppenangebot als sinnvoll.

Die Tatsache, dass neben dem Aktivitätsmonitoring die Datenerhebung im Projekt zudem über Befragungen bei Hausbesuchen stattfand, empfanden einige Teilnehmer als belastend- insbesondere wenn der Inhalt der Befragung (z.B. Kognitions-Screening, Lebensqualitätsmessung etc.) für die Teilnehmer nicht offensichtlich im konkreten Zusammenhang mit der körperlichen Aktivität stand.

V. Ausblick

Bei der Erhebung der Aktivitätsdaten im Sinne einer zugehenden Beratung sollte über sinnvolle Kooperationen nachgedacht werden. Bei regional eingegrenzter Ansprache der Versicherten könnten Aktivitätsmonitore z.B. bei Apotheken oder Ärzten abgeholt und wieder abgegeben werden. Die Auswertung der Daten (insgesamt etwa 10 Minuten) könnten vom Kooperationspartner übernommen werden.

Rückmeldungen sollten hierbei in individualisierter Weise unter Berücksichtigung der Lebensumstände der jeweiligen Person erfolgen. Hierfür sind Kenntnisse über generations-spezifische Ansprache, situativ-bedingte Einschränkungen und das regionale Angebot an Bewegungsgruppen genauso wichtig wie Kenntnisse über Geographie und Infrastruktur. Es ist anzunehmen, dass nur passgenaue Beratung Aussicht auf Akzeptanz und Umsetzung hat.

Hinsichtlich einer Translation in die Strukturen einer Krankenversicherung ist eine Integration in die Pflegeberatung vorstellbar. Hierdurch könnten Zugangsprobleme für eine Pflegeberatung zu einem anderen Zeitpunkt reduziert werden. Hierbei ist auch die regionale Kompetenz der Pflegeberater als positiver Aspekt anzumerken.

Da jedoch die aktuelle Erfassung von Bewegungsangeboten speziell für ältere Menschen noch sehr lückenhaft ist, stellt dies noch eine Barriere für die Vermittlung in Bewegungsangebote dar.

Eine web-basierte Datenbank mit aktuellen und relevanten Angeboten im jeweiligen geographischen Umfeld wäre für eine Beratung unbedingt vorteilhaft – ganz unabhängig von dem hier diskutierten Ansatz.

VI. Kernaussagen

- Selbst „rüstige“ Teilnehmer bewegen sich zu wenig
- Deutliche Diskrepanz zwischen Kapazität und Aktivität
- Interventionen zur Verbesserung der körperlichen Aktivität sind auch in höherem und hohen Alter unbedingt lohnenswert
- Motivation zur Umsetzung von Empfehlungen und Wahrscheinlichkeit einer Veränderung von individuellem Verhalten höher, wenn persönliche Ergebnisse den Teilnehmern zur Verfügung gestellt werden (in Form einer grafischen Auswertung)
- Ganz konkrete Sportangebote erhöhen das Interesse an einer Teilnahme
- Kombination von Aktivitätsrückmeldung und konkretem Gruppenangebot als angestrebte Intervention zur Steigerung der körperlichen Aktivität sinnvoll
- Bewegungssensoren stellen im Hinblick auf Akzeptanz und Praktikabilität ein geeignetes technisches Hilfsmittel im Zuge der Entwicklung eines entsprechenden Beratungsmoduls dar
- Barriere für Vermittlung in Bewegungsangebote stellt die noch sehr lückenhafte Erfassung von Bewegungsangeboten für ältere Menschen und Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen dar

Kontakt

Projektverantwortung ZQP

Dr. Katharina Dickhaut

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
030/ 275 93 95-13

katharina.dickhaut@zqp.de

Wissenschaftliche Projektverantwortung

Dr. Ulrich Lindemann

Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik für Geriatrische Rehabilitation

Ulrich.Lindemann@rbk.de

Literatur

¹ Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ*, 174, 801-809.

² Armit, C. M., Brown, W. J., Marshall, A. L., Ritchie, C. B., Trost, S. G., Green, A. et al. (2009). Randomized trial of three strategies to promote physical activity in general practice. *Prev.Med.*, 48, 156-163. ³ Demerts, L., Weiss-Lambrou, R., & Ska, B. (2010). Development of the Quebec Users Evaluation of Satisfaction with assistive Technology (QUEST). 8, 3-13. *Assist Technol.*

Anhang

- Exemplarische Darstellung der Bewegungsprofile (activPAL)

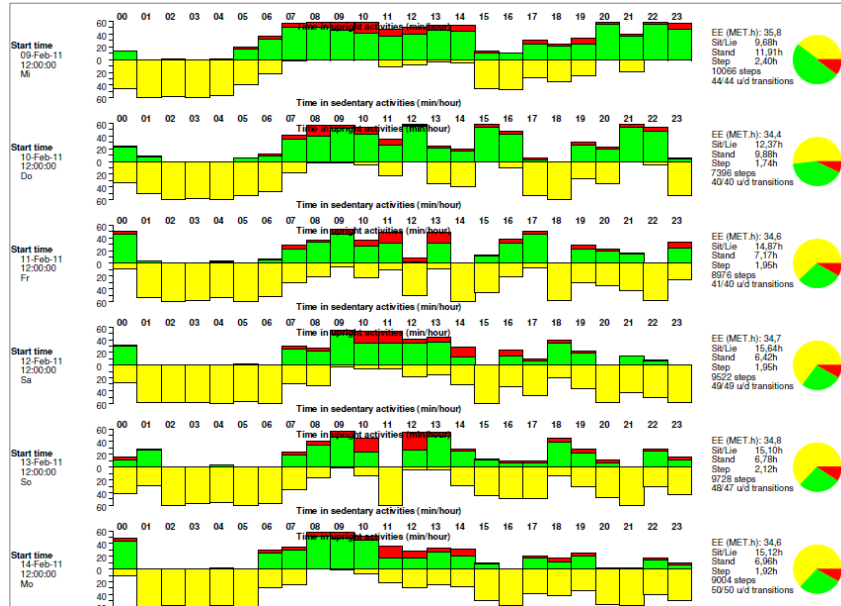


Abbildung 1: 6-Tageauswertung eines Teilnehmers ohne Einstufung in der Pflegeversicherung.

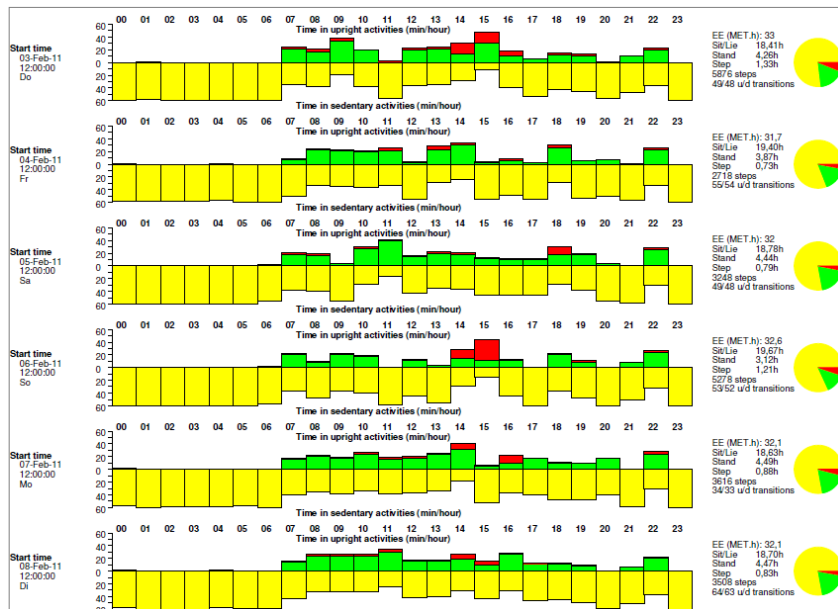


Abbildung 2: 6-Tageauswertung eines Teilnehmers mit Einstufung in der Pflegeversicherung.

- Auswertung und individuelle Rückmeldung an Teilnehmer (Muster).

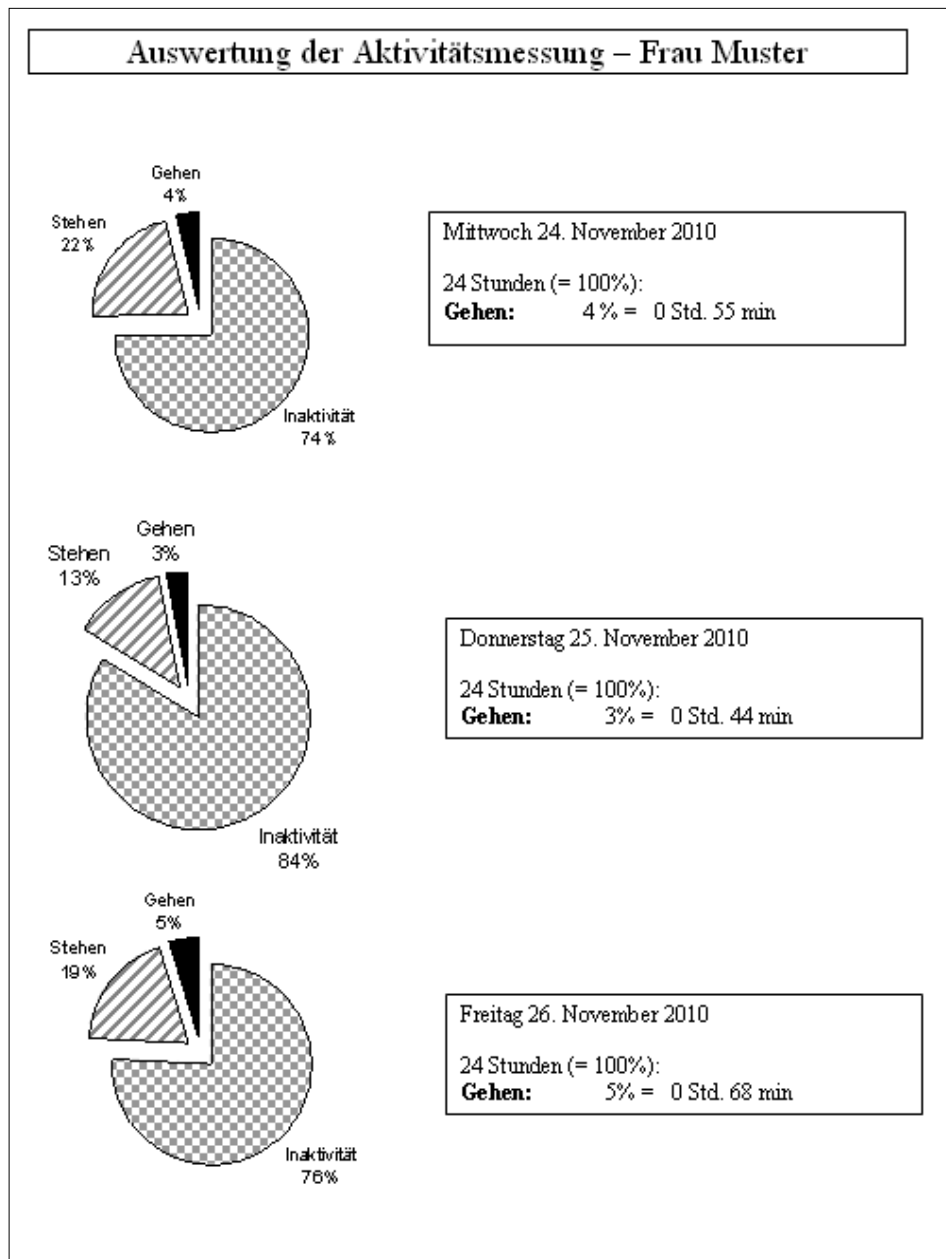


Abb.3: Individuelle Ergebnisdarstellung der Messung als Teil der Beratungsleistung.

- Funktionelle Klassifikation des Gehens

Kategorie		Beschreibung
0	Gehen nicht möglich	Patient kann nicht gehen, oder benötigt die Hilfe von zwei oder mehr Personen.
1	Abhängig – Stufe 2	Patient benötigt sichere, ständige Unterstützung von einer Person, die hilft das Gewicht zu tragen und das Gleichgewicht zu halten.
2	Abhängig – Stufe 1	Patient benötigt ständige oder intermittierende Unterstützung einer Person für Gleichgewicht oder Koordination.
3	Abhängig – Aufsicht	Patient benötigt verbale Anleitung oder stand-by Hilfe einer Person ohne physischen Kontakt.
4	Unabhängig – auf ebenem Boden	Patient kann unabhängig auf ebenen Boden gehen, benötigt aber Hilfe bei Treppen, Hängen oder unebenen Oberflächen.
5	Unabhängig	Patient kann überall unabhängig gehen.