

Bewegungsförderung bei Älteren im hausärztlichen Setting

Ansätze am Beispiel des HOMEfit-Projektes

Anna Mai^{1,2}, Bettina Bücker^{3,4}, Michael Brach⁵,
Renate Klaaßen-Mielke², Stefan Wilm⁴,
Petra Platen¹ & Timo Hinrichs^{1,6}

¹ Lehrstuhl für Sportmedizin und Sporternährung, Ruhr-Universität Bochum

² Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Ruhr-Universität Bochum

³ Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke

⁴ Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Universitätsklinikum Düsseldorf

⁵ Institut für Sportwissenschaft, Westfälische Wilhelms-Universität Münster

⁶ Schweizer Paraplegiker-Forschung, Nottwil, Schweiz

Was Sie erwartet

- Hintergrund des Ansatzes
Bewegungsförderung im hausärztlichen Setting
- HOMEfit-Konzept
- HOMEfit-Studie
- Schlussfolgerungen & Ausblick

„Man kann nicht mehr so wie man will“

Funktionelle Einschränkungen im Alter

- 30-34% haben moderate bis schwere Mobilitätseinschränkungen
Wurm 2006
- 25% der Männer und 60% der Frauen sind nicht in der Lage, ein 4,5 kg schweres Gewicht anzuheben (vergleichbar mit voller Einkaufstüte).
- Beschleunigt durch chronische Erkrankungen
(u.a. kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Arthrose)
Dunlop 2002
- Prädiktor für Lebensqualität, ADL Behinderung, Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen, und Mortalität
*Cawthon 2009, Cooper 2010
den Ouden 2011*
- Risikofaktor für Stürze → potentielle Abwärtsspirale
Statistisches Bundesamt 2009

Körperliche Aktivität im Alter

- Körperliche Aktivität leistet einen wesentlichen Beitrag zur Gesunderhaltung im Alter

LaCroix et al. 1996, Fried et al. 1998, Nelson et al. 2007, Chodzko-Zajko 2009, u.v.m.

- In frühen Stadien können Verluste der funktionellen Fähigkeiten stabilisiert oder sogar umgekehrt werden

Freiberger 2012

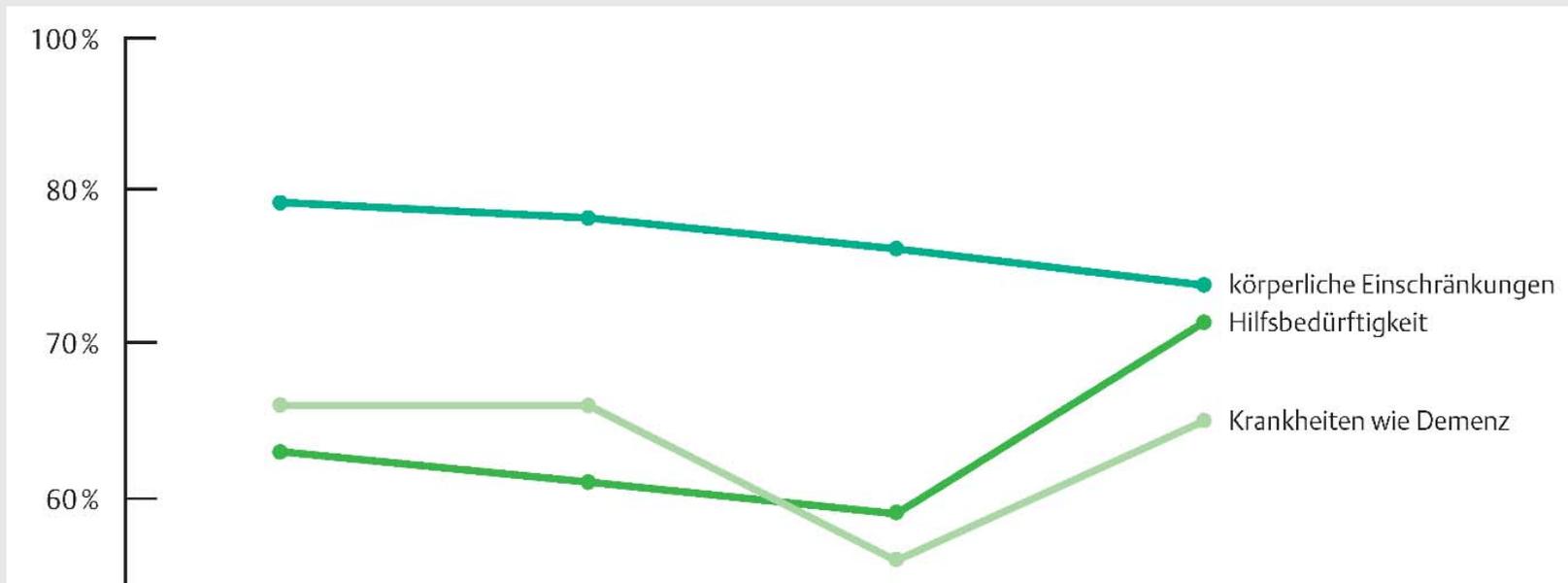
- Der Verlauf einer Vielzahl chronischer Erkrankungen kann verzögert bzw. günstig beeinflusst werden

- ABER: körperliche Aktivität unzureichend verglichen mit aktuellen Empfehlungen, insbesondere bei Älteren mit funktionellen Einschränkungen und chronischen Erkrankungen

Nelson 2007, Kaplan 2001

Die Perspektive der Älteren

Sorgen vor dem Alter



Körper-Stiftung 2012

Motive für Bewegung im Alter

Denk & Pache 1991, Rasinaho et al. 2006

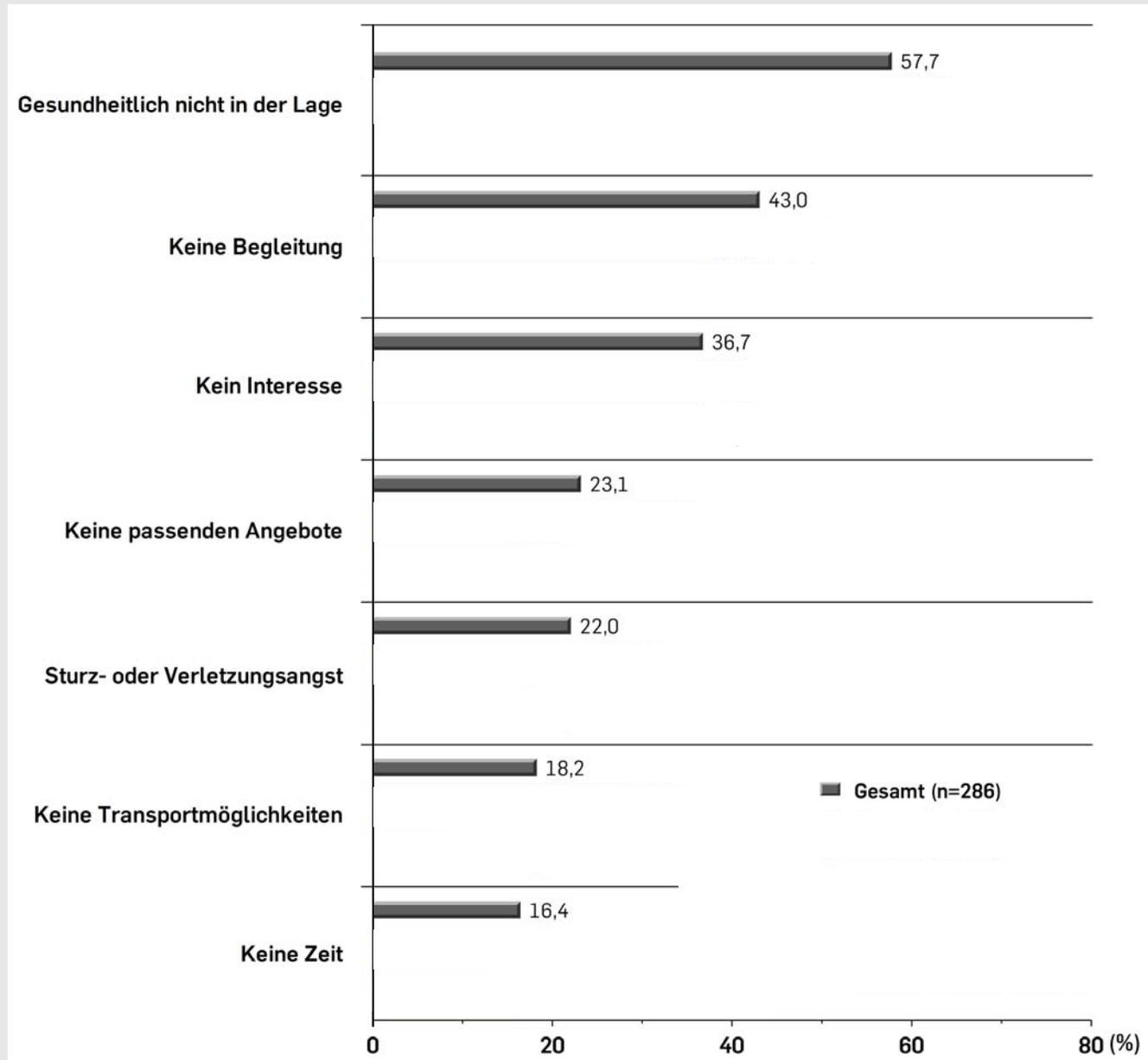
- Fit und gesund bleiben
- Ausgleich, Spaß

RESEARCH

Open Access

Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study

Anna Moschny^{1*}, Petra Platen¹, Renate Klaaßen-Mielke², Ulrike Trampisch¹ and Timo Hinrichs¹



Zielgruppe und Zugang

Zielgruppe

- chronisch kranke, mobilitätseingeschränkte Ältere in eigener Wohnung schwer durch Aktivitätsprogramme erreichbar

Gilbert et al. 1992, Lindsay & Thompson 1993

Hausärztliche Praxis als ideale Quelle der Unterstützung

- Vertrauensverhältnis
- Regelmäßige Kontakte
- Einschätzen der gesundheitlichen Eignung

Hinrichs & Brach 2011

Bergmann et al. 2005, Saß et al. 2009

Cress et al. 2005

Beach et al. 2006, Schofield et al. 2005

Der Ansatz – Status quo

Beratung zu körperlicher Aktivität in der hausärztlichen Praxis

- praktikable und kosteneffektive Strategie zur Förderung körperlicher Aktivität

*Calfas et al. 1996, Eakin et al. 2004
Elley et al. 2004, Grandes et al. 2009*

- „Exercise is medicine“ – „Rezept für Bewegung“

*American Heart Association (AHA)
American College of Preventive Medicine
American College of Sports Medicine (ACSM)
Deutscher Olympischer Sportbund (DOSB)*

- „Exercise referral schemes“ sind ineffektive

*Hudon et al. 2008, Pavey 2011
U.S. Preventive Service Task Force 2002*

- Rate hausärztlicher Empfehlung zu körperlicher Aktivität bei Personen ab 70 Jahren gering

Hinrichs et al. 2011

- wesentliche Hinderungsgründe: fehlende Zeit, fehlende Kenntnisse

Balde et al. 2003

- Verantwortung teilen durch Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Persson et al. 2013

Konzept

- basiert auf einer neuartigen Kooperation zwischen Hausärzten und Sporttherapeuten
- richtet sich an chronisch kranke, mobilitätseingeschränkte, zu Hause lebende Personen ab 70 Jahren
- bietet regelmäßige persönliche und telefonische Beratung durch einen Sporttherapeuten
- beinhaltet ein multidimensionales Heimübungsprogramm
- integriert Methoden zur Unterstützung der Verhaltensänderung



HOMEfit-Studie

2008-2010: Pilotstudie

- Überprüfung und Beleg der Machbarkeit und Akzeptanz

Hinrichs et al. 2012

2011-2013: Randomisierte kontrollierte Studie

- Überprüfung der Effekte u.a. auf funktionelle Parameter

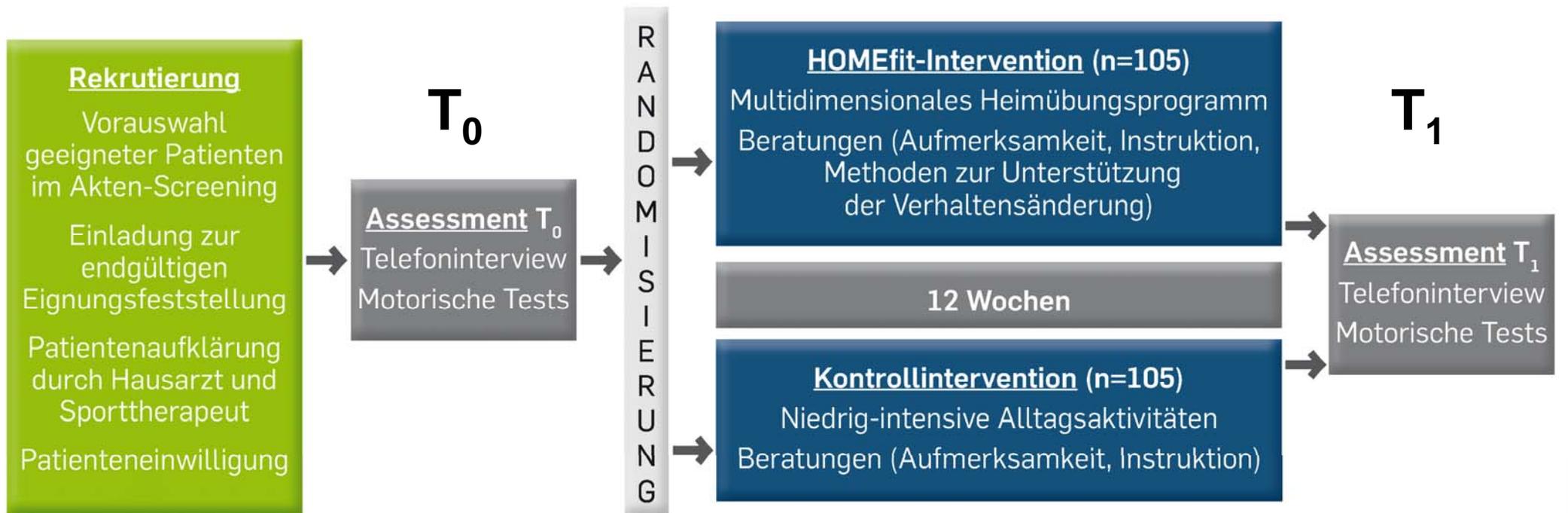
Hauptthese

- Die HOMEfit-Intervention ist hinsichtlich der Verbesserung der funktionellen Beinkraft (Chair rise-Test) nach 12 Wochen effektiver als die Kontrollintervention.



Methodik Studiendesign

Chronisch kranke, mobilitätseingeschränkte und nicht-institutionalisierte Hausarztpatienten ab 70 Jahren

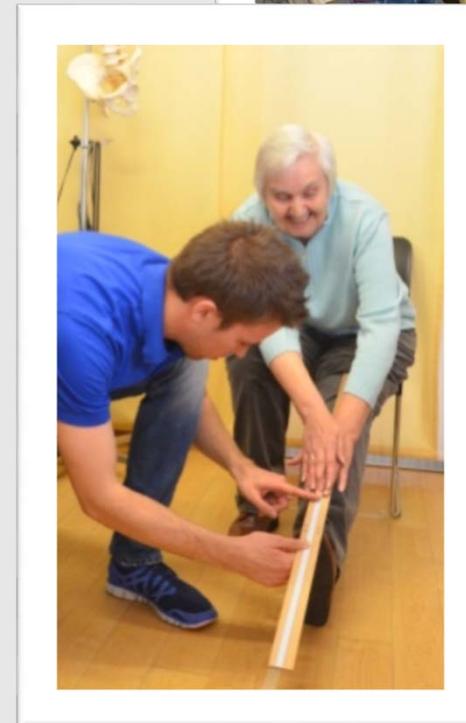
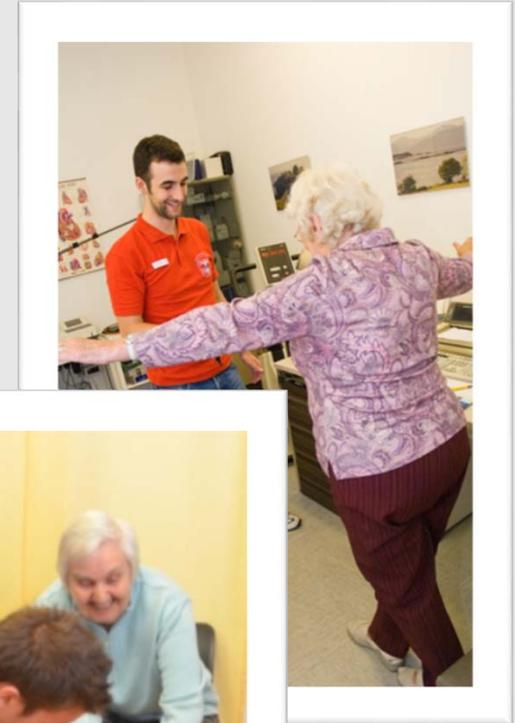


Primäres Zielkriterium

- Funktionelle Beinkraft (Chair rise)

Sekundäre Zielkriterien

- Mobilität (Timed up-and-go)
- Handkraft (Jamar Dynamometer)
- Beweglichkeit (Chair sit-and-reach)
- Balance (Tandemstand, Tandemgang)
- Ausdauer (2-Minuten-Gehtest)
- Körperliche Aktivität (Pedometer)
- Lebensqualität (SF-8)
- Sturzangst (FES-I)
- Sportbezogene Selbstwirksamkeit (SSA-Skala)





Die Interventionen

HOMEfit-Intervention (45 Minuten je Einheit)	Woche	Kontrollintervention (15 Minuten je Einheit)
Der Einstieg	1	Der Einstieg
Kraft	2	Der Tagesablauf und körperliche Aktivität
	3	
Ausdauer	4	Alltagsaktivität zu Hause – Gelegenheiten
KA und spezifische Erkrankungen	5	Alltagsaktivität zu Hause – Umsetzung
	6	
Balance	7	Alltagsaktivität außer Haus – Gelegenheiten
Barrieren und Ressourcen	8	Alltagsaktivität außer Haus – Umsetzung
	9	
	10	
Beweglichkeit	11	Atmung und Entspannung
Aktiv bleiben	12	Aktiv bleiben



Materialien HOMEfit-Gruppe

KURS-HANDBUCH

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT IM ALTER



ÜBUNG 7 - EINBEINSTAND



VARIANTE 1

Ausgangsposition: Den stabilen Stand seitlich zum Stuhl einnehmen, an der Lehne festhalten, Blick geht geradeaus. Das linke Bein anheben und versetzen, 15 Sekunden stehen zu bleiben (siehe Bild rechts). Das linke Bein langsam wieder absetzen, dann bitte mit dem rechten Bein üben. Steigen Sie sich, indem Sie versuchen, die Hand vom Stuhl zu lösen (siehe Bildreihe links).



VARIANTE 2

Ausgangsposition: Den stabilen Stand seitlich zum Stuhl einnehmen, an der Lehne festhalten, Blick geht geradeaus. Das linke Bein ganz langsam vor dem Körper heben und kurz oben halten (Bild links). Dann einen Schritt nach vorne gehend das linke Bein absetzen (Bild rechts). Den nächsten Schritt mit dem rechten Bein machen. Insgesamt maximal 10 Schritte. Im Notfall an der Wand festhalten.



VARIANTE 3

Ausgangsposition: Den stabilen Stand einnehmen, Blick geht geradeaus. Das linke Bein ganz langsam vor dem Körper heben und kurz oben halten (Bild links). Dann einen Schritt nach vorne gehend das linke Bein absetzen (Bild rechts). Den nächsten Schritt mit dem rechten Bein machen. Insgesamt maximal 10 Schritte. Im Notfall an der Wand festhalten.

2. EINHEIT

DIE BEDEUTUNG VON MUSKELKRAFT

Starke Muskeln sind der Schlüssel für Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alter. Wenn die Muskelkraft nachlässt, fällt die Bewältigung alltäglicher Anforderungen zunehmend schwerer. Man bekommt immer größere Probleme, Treppen hinaufzugehen, in ein Auto oder den Bus einzusteigen, Einkäufe oder andere Gegenstände zu heben und zu tragen, ein Konservenglas zu öffnen, sich im Bett aufzusetzen oder vom Stuhl aufzustehen. Im Alter entscheidet die Muskelkraft maßgeblich darüber, ob man den Alltag eigenständig meistern kann oder zunehmend auf die Hilfe anderer Personen angewiesen ist.



Das Nachlassen der Muskelkraft ist dabei nicht allein auf den Alterungsprozess zurückzuführen. Es ist die Folge fehlenden Trainings. Wer seine Muskeln hingegen regelmäßig gebraucht, kann seine Muskelkraft ins hohe Lebensalter steigern. Selbst kleine Muskelkraft können helfen, die eigenen Alltagsaktivitäten zu bewältigen. Es lohnt sich somit, Ihre Muskeln zu stärken, positiv auf die



Gesundheit aus. Kräftige Muskeln schützen die Gelenke und beugen vorzeitigem Gelenkverschleiß vor. Durch Muskelaktivität wird Knochenmasse aufgebaut. Die Knochen werden fester und weniger anfällig für Verletzungen. Kraft im unteren Teil des Körpers reduziert das Risiko zu stürzen. Starke Rücken- und Bauchmuskeln schützen Ihre Wirbelsäule und entlasten die Bandscheiben. Auch bei bereits vorliegenden Rückenbeschwerden, ist Bewegung bzw. eine gezielte Steigerung Ihrer Muskelkraft das Beste, was Sie für Ihren Rücken tun können. Muskeltraining wirkt sich zudem positiv auf den Verlauf chronischer Erkrankungen, wie z.B. Diabetes (Zuckerkrankheit), Arthrose (Gelenkverschleiß), Osteoporose (Abnahme der Knochendichte) oder Depressionen aus und lindert die Symptome. Ebenso hilft regelmäßiger Einsatz der Muskeln Menschen mit Schlafstörungen. Nicht zuletzt verleihen starke Muskeln Selbstvertrauen und Energie. Die gute Laune kommt dann fast wie von selbst. Es lohnt sich somit, Ihre Muskeln zu stärken.

MUSKELKRAFT

SO VERBESSERN SIE IHRE MUSKELKRAFT



Unsere Muskeln arbeiten bei jeder noch so kleinen Bewegung im Alltag. Ob Sie sich vom Liegen zum Sitzen aufrichten oder ein Glas heben, ohne Muskelaktivität wäre das nicht möglich. Sie müssten sich allerdings 10-15 Mal hintereinander aufsetzen oder Ihren Arm hoch und runter bewegen, um Ihre Muskeln zu kräftigen. Alltägliche Aktivitäten reichen somit meist nicht aus, wenn Sie Ihre Muskelkraft verbessern wollen. Ideal eignen sich hingegen gezielte Kräftigungsübungen. Kräftigungsübungen beinhalten das Arbeiten oder das Halten der Muskulatur gegen ein bestimmtes Gewicht oder einen Widerstand. Dies kann Ihr eigenes Körpergewicht sein, ein kleines Zusatzgewicht oder ein Übungsband. Die Wirkung von Kräftigungsübungen beschränkt sich auf die Muskeln, die die Arbeit verrichten. Daher ist es empfehlenswert, die Muskelgruppen zu trainieren, die für die Erhaltung der Selbstständigkeit maßgeblich entscheidend sind: Beine, Arme und Schultern, Rücken und Bauch. Das Übungsprogramm, das Sie im Rahmen des Kurses erlernen werden, beinhaltet

sechs Übungen zur Kräftigung genau dieser Muskeln (siehe Seite 44-54). Das Einzige, was Sie für die Durchführung benötigen, ist ein stabiler Stuhl mit Lehne aus Ihrer Wohnung. Zusätzlich erhalten Sie von uns elastische Übungsbänder. Beachten Sie für sicheres Üben mit den Bändern bitte die Hinweise auf der nächsten Seite.

SO DOSIEREN SIE IHRE ÜBUNGEN RICHTIG

- Zielvorgabe für jede Kräftigungsübung
 - ▶ 15 Wiederholungen – Pause
 - ▶ 15 Wiederholungen – Pause
 - ▶ 15 Wiederholungen
 - ▶ Anstrengungsgrad 5-6 auf der Anstrengungsskala (Seite 7).
 - ▶ Üben Sie an 2 oder mehr Tagen in der Woche.
- Steigen Sie langsam ein und passen Sie die Kräftigungsübungen an Ihre Fähigkeiten an. Wenn Sie zu ehrgeizig beginnen, können Sie Ihre Muskeln überfordern und verletzen. Ihre Muskelkraft wird mit der Zeit zunehmen. Finden Sie zusammen mit Ihrer Bewegungstherapeutin bzw. Ihrem Bewegungstherapeuten stets das richtige Maß.
- Wenn Sie eine Übung bzw. eine Bewegung nicht sauber ausführen können oder Schmerzen auftreten, ist die Anstrengung zu hoch. Wenn Sie das Gefühl haben, Sie könnten ohne Probleme 25-30 Wiederholungen hintereinander machen, ist die Übung zu leicht und bringt Ihnen nicht den erhofften Nutzen.
- Beginnen Sie stets mit „Variante 1“ einer Übung. Dies ist die einfachste Variante. So können Sie sich zunächst mit der Bewegungsabführung vertraut machen und Ihre Muskeln langsam an





Teilnehmende

Hausarztpraxen

- 15 teilnehmende Praxen (8 Einzelpraxen, 4 ländlich gelegen)
- 23 beteiligte Hausärzte (50 ± 6 Jahre, 10 Frauen)
- Schulung durch Studienärztin (1 Std. pro Praxis)

Therapeuten

- 5 Therapeuten (27 ± 6 Jahre, 3 Frauen, Abschluss Sportwissenschaft)
- Schulung durch leitende Sportwissenschaftlerin (9 Std. pro Therapeut)

Patienten

- 209 Patienten randomisiert (80 ± 5 Jahre, 154 [74%] Frauen)
- 64% mit mindestens 4 chronischen Erkrankungen
- 54% mit Bedarf einer Gehhilfe
- 38% mit mindestens einem Sturz in den vergangenen 12 Monaten



Ergebnisse

- Die Hauptauswertung (intention-to-treat) ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen
- Die Sekundäranalyse (per protocol) ergab punktuell geringe Effekte des Programms (Ergebnisse nur gültig für Teilnehmende, die die Intervention regelgerecht beendeten und zur Abschlussuntersuchung kamen)
- Insgesamt blieben die Effekte hinter den Erwartungen der Forschergruppe zurück

Die Ergebnisse der HOMEfit-Studie werden zur Publikation vorbereitet und können an dieser Stelle daher nicht im Detail zur Verfügung gestellt werden. Es wurden einige Präsentationsfolien entfernt. Sobald eine Veröffentlichung zu den Ergebnissen vorliegt, wird diese auf der Projekthomepage www.rub.de/homefit bekannt gegeben.

Diskussionsansätze

Mangelnde Effektivität

- „Placebo“-Intervention ebenfalls attraktiv
- Motivationscharakter des Assessments: *„Ich habe schon geübt“*
- Fragliche Umsetzung des Übungsprogramms zu Hause
- Anzahl der Einheiten zu gering, Dauer der Intervention zu kurz
- Problematische Zielgruppe (multimorbide, funktionell eingeschränkt, Vielzahl unerwünschter Ereignisse)

Zusammenfassung

HOMEfit-Konzept

- erwiesene Machbarkeit – hohe Akzeptanz
- Zitat Teilnehmerin:
„Habe gar nicht gewusst, dass ich das alles kann.“
- Zitat Hausarzt:
„Ich weiß nicht, wie der [Therapeut] das geschafft hat, den in die Bewegung zu kriegen.“

Hinrichs et al. 2012

Effektivität

- Kein Unterschied zwischen HOMEfit- und Kontrollgruppe
 - Methodische Problematik einer „Placebo“-Intervention
- Punktuell geringe Effekte in Sekundäranalyse

Ausblick

Optimierungsansätze u.a. aus Befragungen (laufende Auswertung)

- teilnehmende Ärzte
- teilnehmende Therapeuten
- teilnehmende Patienten

Offene Fragestellungen

- Umfassendere Befragung von Hausärzten und Bewegungsexperten zum Konzept, Möglichkeiten der (lokalen) Implementierung
- Umfassendere Befragung der Zielgruppe zum Thema Gesunderhaltung, Eigenverantwortung und dem Konzept **Bewegungsförderung im hausärztlichen Setting**

„Och schade, ist das schon vorbei?“ (Zitat einer Teilnehmerin)

Projekthomepage: www.rub.de/homefit
Kontaktinformation: anna.moschny@rub.de

