



Kontaktadresse:
Dr. med. Ludo Cebulla
Untere Gasse 55 A
3645 Zwieselberg
033 654 07 72
cebulla@freesurf.ch

LEBEN IN BEWEGUNG

Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz

Bewegungsberatung in der ärztlichen Sprechstunde

Schlussbericht

Dr. med. Ludwig Cebulla
Projektleiter
Zentralvorstand Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Zusammenfassung	3
Einleitung	4
Methode	5
Resultate	8
Diskussion	17
Schlussfolgerungen	19
Literatur	21

Vorwort

Mit dem Projekt „Leben in Bewegung“ wollen die Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz die gesundheitsfördernde regelmässige Bewegung mit einer umweltschonenden Mobilität im Alltag verbinden. Das Programm will mit einer strukturierten periodischen Beratung Patientinnen und Patienten dazu Bewegung mehr zu Fuss oder mit dem Velo im Alltag mobil zu sein. Ziel war ein Produkt, das als Paket Praxen angeboten werden kann. Die Erfahrungen zeigten nun, dass einige Elemente des Programms dies noch nicht zulassen. dennoch konnten wertvolle Hinweise für Schwierigkeiten einer strukturierten Bewegungsberatung in der ärztlichen Praxis gewonnen werden. Diese fliessen bereist in andere ähnliche Projekte ein.

Die Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz und der Projektleiter danken der Fachstelle Umwelt und Gesundheit des Bundesamts für Gesundheit und der Gesundheitsförderung Schweiz für Ihre Unterstützung und dem Bereich Gesundheitsförderung des Bundesamts für Sport für die fachliche Hilfe. Der Dank gilt auch den beteiligten Praxen. Insbesondere Dr. med. Bernhard Aufderreggen, Allgemeinpraktiker in Visp für die Mithilfe zur Realisierung von „Leben in Bewegung“



Zusammenfassung

Das Projekt "Leben in Bewegung" bietet ein Programm für die ärztliche oder physiotherapeutische Praxis an, mit periodischen Kurzberatungen die körperliche Bewegung von Patientinnen und Patienten zu fördern. Ziel ist die Verbindung einer umweltschonenden Mobilität im Alltag mit einer regelmässigen gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität. Mit einem Follow up von 1 bis 2 ½ Jahren beteiligten sich 26 Praxen am Projekt – zu 90% mit hausärztlicher Ausrichtung und zu 75% aus dem städtischen Umfeld mit seinen Agglomerationen. Das gesteckte Ziel von 50 Praxen, die je 10 Patientinnen und Patienten in die Bewegungsberatung aufnehmen, konnte somit nicht erreicht werden. Dies hängt mit den nicht erwarteten Schwierigkeiten der Rekrutierung von Praxen für das Projekt und der nicht so einfach durchzuführenden Bewegungsberatung in der Sprechstunde zusammen. Mit einem für die Praxen recht offenen Rahmen der Bewegungsberatung sind verschiedene Hindernisse manifest geworden: Das Programm mit einer strukturierten Beratung – speziell die Planung der regelmässigen Bewegung und das Erfassen des Bewegungsprofils mit der Evaluation – bereitete öfters Mühe (Abbildung 1, 4 - 6).

So konnten nur 150 Patienten in die Beratung aufgenommen werden und nur 42 sind mit einer Erfolgskontrolle dokumentiert.

Die angebotenen Informationsträger – Terminkärtchen, Wartzimmerplakat und Patienteninformationsblätter – wurden von vielen Praxen eingesetzt. Sie finden auch heute nach 1 bis 2 ½ Jahren immer noch Verwendung. Erfreulich ist die gute Bewertung des Handbuchs als Hintergrundinformation zur Bewegungsberatung. Das Faltblatt und der Evaluationsfragebogen beurteilten die Ärzte aus den oben erwähnten Gründen teilweise negativ.

Trotz dem langen Follow up von 1 bis 2 ½ Jahren wurde von den Patienten nur in etwa der Hälfte der Praxen diese Informationsträger erwähnt. Auch wenn der Anlass des Arztbesuchs naturgemäss im Vordergrund steht, ist dies doch erstaunlich. Der überwiegende Teil der Kommentare war dabei positiv. Möglicherweise spielt hier eine gewisse Tabuisierung des gesundheitlichen Risikoverhaltens (Bewegungsmangel) mit.



Einleitung

Der vielfältige Einfluss von Bewegung und Sport auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit ist erwiesen. Die fehlende oder zu geringe körperliche Betätigung steht in Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungen (koronare Herzkrankheit, Hypertonie), Stoffwechselstörungen (Nicht-Insulin-abhängiger Diabetes mellitus, Dyslipidämien), dem Risiko für Krebserkrankungen (Dickdarm, Brust), der Beeinträchtigung des Bewegungsapparats (Osteoporose, Rückenbeschwerden) und mit psychischen Störungen (Stressbewältigung, Depressionen). Untersuchungen weisen darauf hin, dass der Bewegungsmangel ein eigenständiger Risikofaktor für die koronare Herzkrankheit ist. In verschiedenen Industrieländern werden 30% bis 40% der Todesfälle durch Herz-Kreislaufkrankungen der körperlichen Inaktivität zugeschrieben (1-3,12,13). Auf Grund der Daten der Gesundheitsbefragungen 1992 und 1997 in der Schweiz (2,4) haben körperlich inaktive Menschen mehr Arbeitsausfälle als Menschen mit regelmässiger Bewegung, gehen öfter zum Arzt und weisen mehr Spitaltage auf. Sie rauchen auch mehr, achten weniger auf ihre Ernährung und schätzen allgemein ihre Gesundheit schlechter ein.

Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen von 1992 und 1997 (2,4) zeigen, dass ein Drittel der Bevölkerung zu den körperlich Inaktiven gehört, ein weiteres Drittel mässig aktiv ist und nur ein Drittel sich genügend bewegt.

Die epidemische Verbreitung des Bewegungsmangels in der Schweiz kann unter anderem auf folgende Ursachen zurückgeführt werden. Die Abnahme der körperlichen Aktivitäten im Alltag hat sich parallel mit der steigenden motorisierten Mobilität, mit der Zunahme von Dienstleistungsberufen und mit dem Rückgang der Landwirtschaft sowie der körperlich anstrengenden Arbeitsplätze (Baubranche, Industrie) entwickelt.

In Studien wird häufig die Bedingung erwähnt, dass die Empfehlung von ärztlicher Seite Inaktive motivieren, sich mehr zu bewegen. Das Programm „Leben in Bewegung – periodische Bewegungsberatung integriert in die ärztliche Sprechstunde – hat folgende Ziele: (1) Die körperliche Bewegung von PatientInnen und Gesunden in der ärztlichen Praxis fördern durch Information und eine praktische Anleitung zum Einbau der Bewegung in den Alltag (Mobilitätsplan). (2) Fördern der Fahrradbenützung und des Gehens im Alltag: zur Arbeit, beim Einkaufen, in der Freizeit. (3) Realisierung von Produkten für die Sprechstunde als Träger von Informationen zur gesundheitswirksamen Bewegung. (4) Evaluation dieser Produkte und der periodischen Bewegungsberatung innerhalb der üblichen Sprechstunde bezüglich der Machbarkeit, des Aufwands und der Akzeptanz durch Arzt und Patienten.



Methode

Seit Januar 2001 nehmen Praxen aus der Deutschschweiz an der Bewegungsberatung „Leben in Bewegung“ teil. In einer ersten Phase wurden Praxen über direkte Anfragen und über einen Aufruf in der Vereinszeitschrift Oekoskop der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz gesucht. Vorerst begannen nur 7 Arzt- und eine Physiotherapiepraxis Bewegungsberatungen. Im Mai 2002 erfolgte eine weitere Information über das Projekt, in dem alle Mitglieder des Vereins Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz direkt angeschrieben wurden.

Zur besseren Implementierung in der Sprechstunde wurden auf Grund der bereits gemachten Erfahrungen verschiedene Informationsträger zum Thema Bewegung und Gesundheit entwickelt:

Ein Set von Informationsblätter in A-4-Format zur Bewegung im Zusammenhang mit koronarer Herzkrankheit, Hypertonie, Nicht-Insulin-abhängigem Diabetes mellitus, Dyslipidämien, der Adipositas und der Osteoporose erlaubt, die PatientInnen spezifisch zu beraten. Zusätzlich wurden Terminkärtchen mit Texten zur Gesundheit und Bewegung auf der Rückseite, eine standardisierte Bewegungsrezeptur und ein Wartezimmerplakat als Informationsträger (Dokumentation im Anhang) angeboten.

Das ursprünglich zeitlich fixe Evaluationsschema liess sich häufig nicht mit den Konsultationsterminen vereinbaren. Die Evaluation wurde deshalb gestrafft und mehr Spielraum für die Beratungsdauer, die Beratungshäufigkeit und die Intervalle zwischen den Beratungen gegeben (siehe Evaluationsfragebogen im Anhang).

Zudem konnte jede Praxis im Betrag von 200 Franken Material des Projekts (Faltblätter, Terminkärtchen, Rezeptformulare, usw.) bestellen.

Es meldeten sich 25 zusätzliche Praxen zur Teilnahme am Projekt. Zwischen dem 12. Juni und dem 30. Oktober 2003 wurden alle Ärztinnen und Ärzte dieser Praxen besucht und persönlich in den Ablauf der Bewegungsberatung eingeführt. Die Einführungsdauer variierte zwischen 30 und 45 Minuten, gelegentlich bis zu einer Stunde. Diese aufwendige Form der Projekteinführung hat sich bewährt: Der kompakte Zeiteinsatz wurde geschätzt; Fragen konnten direkt beantwortet werden. Die meisten Besuchten führten schon bis anhin regelmässig aber unstrukturiert in die Sprechstunde eingebettete Bewegungsberatung durch. Die Motivation zur Teilnahme an "Leben in Bewegung" sind die Möglichkeiten, diese Beratung zu strukturieren und das Angebot von einfachen Anweisungen sowie Planungshilfen zur Förderung der regelmässigen Bewegung.

Ablauf der Bewegungsberatung in der Sprechstunde

Potentielle Teilnehmende unter den Patientinnen und Patienten werden in der Sprechstunde direkt angefragt, an der Bewegungsberatung mitzumachen. Die Auswahl erfolgt auf Grund ihres Bewegungsprofils (Inaktivität), der Bereitschaft für mehr

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.



Leben in Bewegung

Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz

Bewegung und auf Grund fehlender schwerwiegender Risiken für mehr körperliche Anstrengung. Nach der Einwilligung erhielten die Teilnehmenden ein Faltblatt mit Informationen zur gesundheitswirksamen körperlichen Bewegung. Ein in das Faltblatt integrierter Wochenkalender („MOBILITÄTSPLAN“) hilft, mindestens 30 Minuten mittlere körperliche Anstrengung jeden Tag oder an den meisten Tagen der Woche zu planen. Jeder Tag mit mindestens 30 Minuten Bewegung kann in einem einfachen Jahreskalender auf der Rückseite des Mobilitätsplans mit einem Kreuz zur Selbstkontrolle markiert werden (Dokumentation im Anhang).

Zu Beginn der Kurzberatungen integriert in übliche Sprechstundentermine wird gemeinsam mit Hilfe des Mobilitätsplan ein Wochenprogramm der regelmässigen Bewegung zusammengestellt. Die weiteren Beratungen dienen der Anpassung der Bewegungsaktivitäten auf Grund der gemachten Erfahrungen und die Aufrechterhaltung der Motivation.

Der idealen Beratungsablauf ist folgendermassen angelegt: ein Jahr Dauer mit dem Einschluss aller Jahreszeiten, insgesamt 5 bis 6 Kurzberatungen mit zu Beginn kürzeren, später längeren Intervallen zwischen den Terminen.



Ablauf der Bewegungsberatung in der Sprechstunde

Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten

1. Kurzberatung

- Abgabe Falblatt
- Ausfüllen Patienten-Fragebogen
- Eventuell Ausfüllen PAR-Q Fragebogen

Abstand einige Wochen

2. Kurzberatung

- Ausgefüllter Wochenplan zusammen besprechen, Lösungen für Hindernisse der regelmässigen Bewegung suchen.
- eventuell Hinweis auf das lokale Bewegungs- und Sportangebot

Abstand einige Wochen

3. Kurzberatung

- dito

Abstand zur nächsten Beratung wird länger

4. Kurzberatung

- Weitere Motivation und Anpassung des Bewegungsplans an die gemachten Erfahrungen

Abstand einige Monate

5. Kurzberatung

- dito

Abstand einige Monate

6. Kurzberatung und Abschluss

- PatientInnen-Fragebogen wird vervollständigt und zusammen mit einer Kopie der aktuellen Bewegungsplanung inklusive Selbstkontrolle auf der Rückseite an die Kontaktstelle geschickt. Original Mobilitätsplan oder andere Planungsvorlage bleiben bei den PatientInnen.
- Falls die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist, erfolgt eine telefonische Rückfrage durch die Projektleitung etwa 3 Monate nach Abschluss der Beratungen.



Die Evaluation erfolgt erstens mit einem summarischen Praxisfragebogen etwa 4 Monate nach Aufnahme der Bewegungsberatungen und nach einem Jahr respektive dem Projektabschluss. Zweitens erfasst ein Patientenfragebogen einerseits die Beratungsperiode, die Anzahl der Beratungen und die Intervalle zwischen den Beratungsterminen. Andererseits wird das Bewegungsprofil zu Beginn und am Ende der Beratungsperiode erhoben. Die Teilnehmenden können über offen gestaltete Fragen die Beratung beurteilen.

Resultate

Von den etwa 2000 Mitgliedern des Vereins Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz haben sich nach zwei Aufrufen 33 = ca. 1,5% für die Teilnahme am Projekt „Leben in Bewegung“ entschieden. Diese Zahl scheint gering. Sie wären aber mit den Angaben über die Beteiligung bei ähnlich gelagerten Projekten zur vergleichen.

7 Praxen haben in der Folge das Projekt „Leben in Bewegung“ nicht aufgenommen oder abgebrochen: Gründe waren der Zeitmangel (4 Mal) – zum Beispiel wegen Standortwechsel der Praxis, Praxisumbau oder zusätzlichen anderen zeitraubenden Aufgaben. Drei Mal erfolgte der Projektabbruch ohne Angabe einer Begründung.

Somit nahmen 26 Praxen die Beratung von Patientinnen und Patienten auf. Der Rücklauf der Fragebogen aus 3 Praxen ist noch ausstehend. In diesem Bericht werden dementsprechend 23 Praxen ausgewertet.

Rund 75% der teilnehmenden Praxen stammen aus dem städtischen Umfeld mit seinen Agglomerationen. 9 Praxen aus den Regionen Bern, Basel und Zürich, 8 Praxen aus mittelgrossen Städten und 6 Praxen aus ländlichen Regionen. Dies weist auf den möglichen Hintergrund hin, dass in ländlichen Gegenden das Bedürfnis nach Bewegungsberatung in der Sprechstunde nicht so gross ist, weil der Bewegungsmangel von Patientinnen und Patienten in den Arztpraxen weniger auffällt.

Der Follow up der 23 ausgewerteten Praxen, beträgt 1 bis 2,5 Jahre.

Von den 23 Praxen waren 17 (74%) allgemeinmedizinischer und 3 (13%) internistischer Ausrichtung. Zudem beteiligten sich eine Psychiaterin, ein Kardiologie und eine Physiotherapiepraxis am Projekt „Leben in Bewegung“.



Distribution von Material des Projekts an Praxen ohne Teilnahme an „Leben in Bewegung“

Die Materialien von „Leben in Bewegung“ wurden auch Praxen ohne Teilnahme am Projekt offeriert. 14 Praxen bestellten Falbblätter mit dem Mobilitätsplan und ein Wartezimmerplakat, 11 Terminkärtchen und 9 Patienteninformationsblätter.

Das Wartezimmerplakat mit grossem Anklang konnte rund 800 Mal abgegeben werden: Physiotherapieverband Solothurn-Aargau (400 Stück), Gesundheitsdienst West Bern (50 Stück) verschiedene Privatpersonen, zwei Firmen aus dem Raum Solothurn, Kirchgemeinde Thun-Strättligen, Sektion Solothurn Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz und weitere.

Zu den Resultaten im einzelnen:

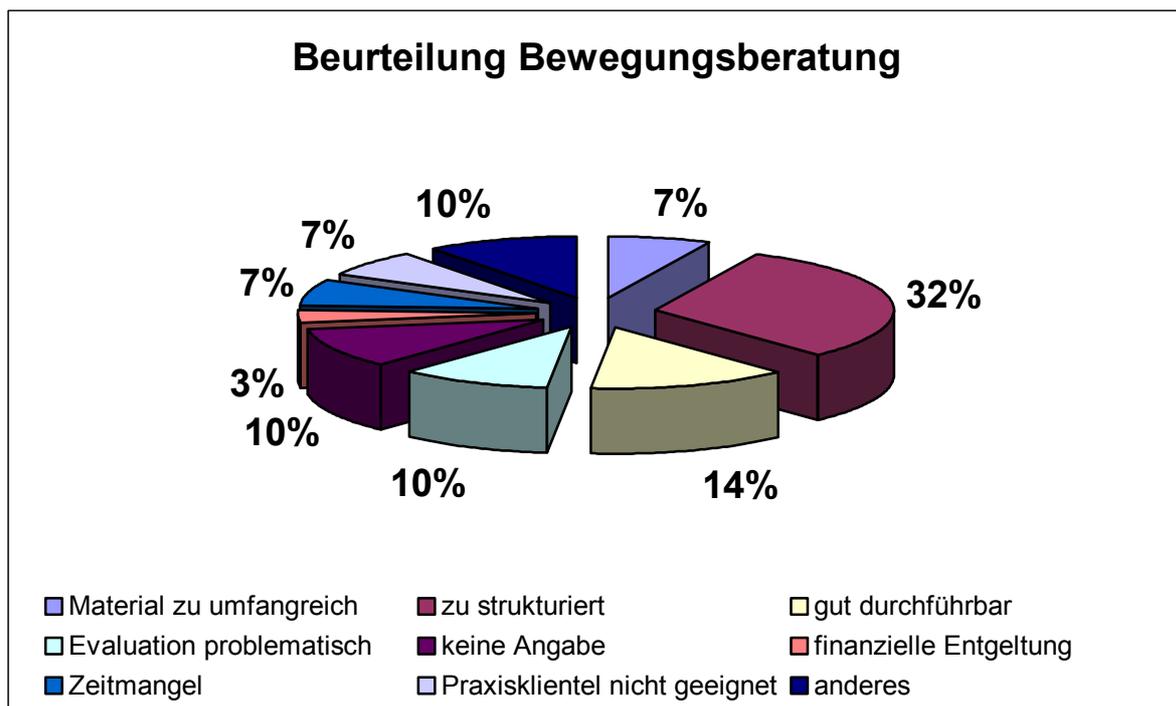


Abbildung 1: Beurteilung der Bewegungsberatung n = 23 Praxen; Rubrik „anderes“ betrifft: Bevorzugung von Bewegungsberatung in Gruppen, Organisationsschwierigkeiten in der Praxis und keine Patientenmotivation.

Entgegen den Erwartungen war für die Mehrheit der Praxen die Bewegungsberatung allgemein oder Teile davon schwierig zu realisieren. Nur 14% beurteilten sie ohne Einschränkung problemlos. Im Vordergrund der Schwierigkeiten steht an erster Stelle das strukturierte Vorgehen der Beratungen, wahrscheinlich kombiniert mit dem

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.



Zeitmangel, die Bewegung zu planen und mit einem Fragebogen zu dokumentieren. In einigen Praxen lief die Beratung aber problemlos und wird auch als effektiv bewertet. Eine finanzielle Abgeltung scheint nicht wichtig zu sein.

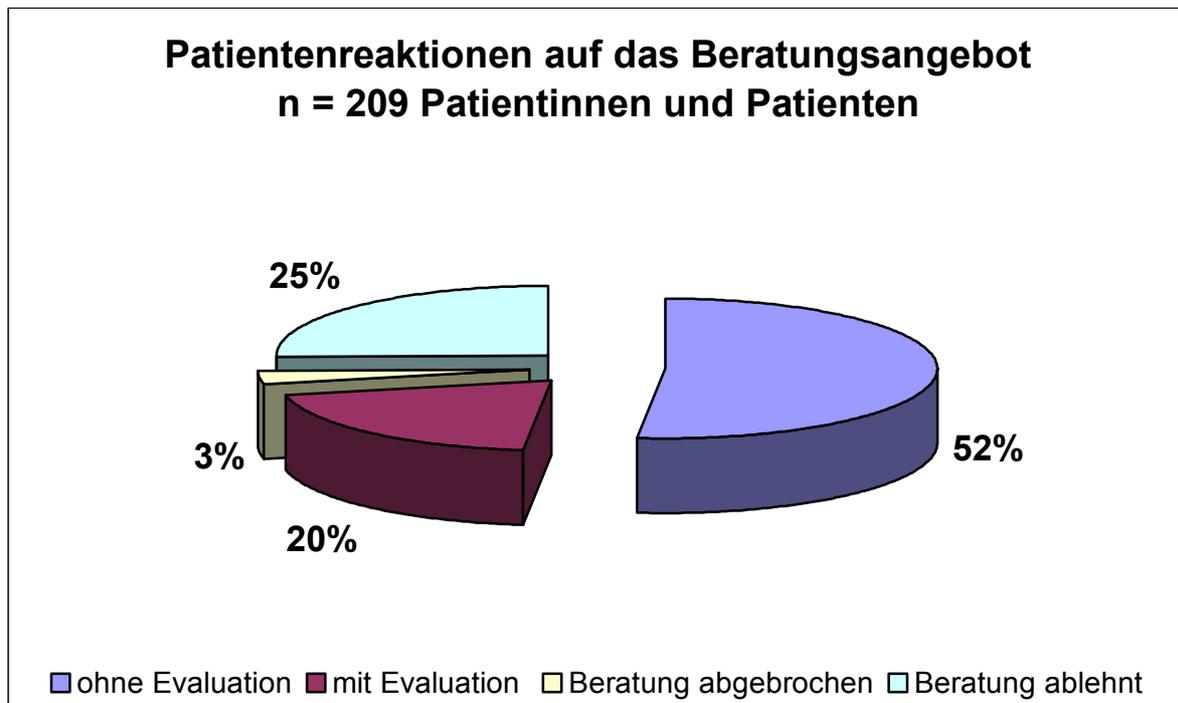


Abbildung 2: Patientenreaktionen auf das Beratungsangebot, n = 209 Patientinnen und Patienten von 23 Praxen

Gemäss den beschriebenen Auswahlkriterien wurden 209 Patientinnen und Patienten eingeladen, an der Bewegungsberatung teilzunehmen. 72% von ihnen konnten in die haben angenommen, 25% lehnten direkt ab oder hörten mit der Beratung bald auf (3%).

Gründe für eine Ablehnung der Beratung waren Zeitmangel, Beratung zu aufwendig, Angst vor Verpflichtung, Bequemlichkeit, fehlende Motivation (für Lifestyleänderung), fehlende Notwendigkeit der Bewegung.

Nur 6 der 23 Praxen führten die Beratung mit Erfüllung der Evaluationskriterien für die einzelnen Patienten mit 42 individuell dokumentierten Verläufen durch. Sowohl von der Projektleitung wie auch von den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten wurden die Evaluationsschwierigkeiten unterschätzt. Teilweise lag dies eben an der Organisation innerhalb der Sprechstunde, respektive an der fehlenden Bereitschaft strukturiert vorzugehen.

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.

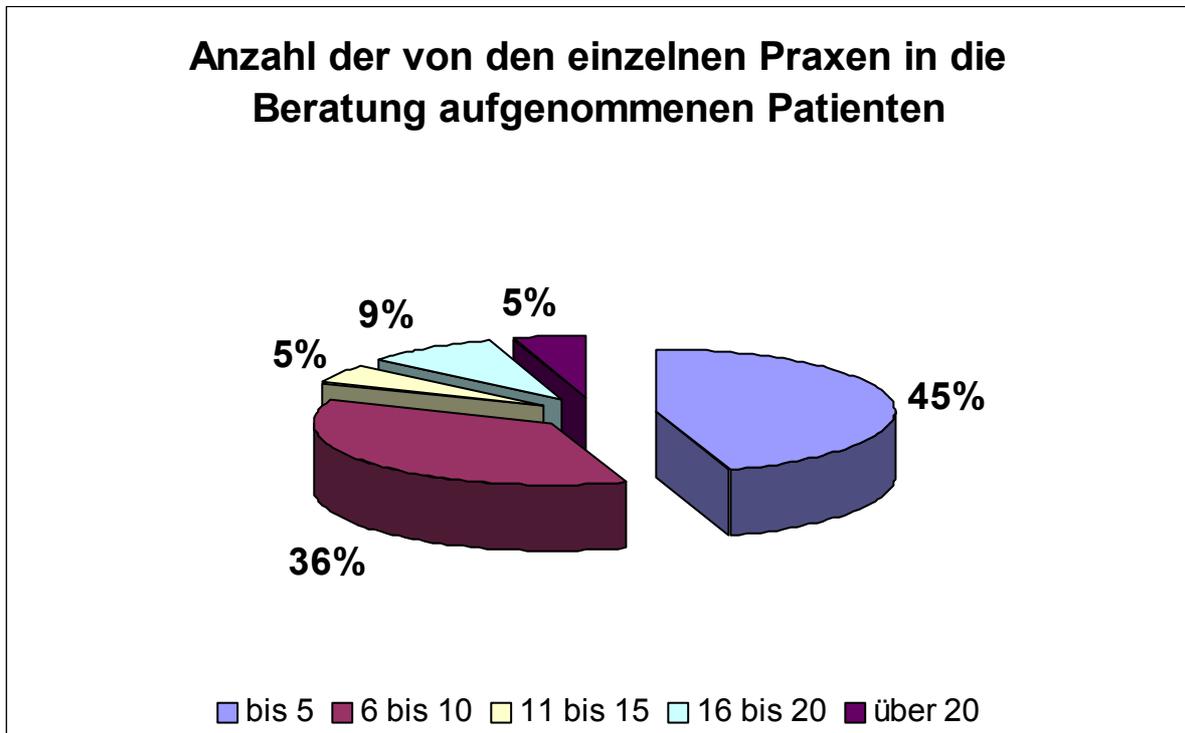


Abbildung 3: Zahl der beratenen Patienten in einer Praxis: n = 150 von 23 Praxen

Auch die Anzahl der Beratenen pro Praxis widerspiegelt die oft als problematisch empfundene Bewegungsberatung. In der langen Beobachtungsperiode haben rund 80% der Praxen höchstens 10 Patienten eingeschlossen. Teils weil sie eine lange Anlaufphase, teils Unterbrüche in den Beratungen hatten.

Die Beurteilung einzelner Elemente der Bewegungsberatung

Die eigentliche Bewegungsberatung bot in drei Viertel der Praxen keine Probleme. Die Grundlagen der gesundheitswirksamen körperlichen Bewegung waren bekannt. Zu berücksichtigen ist, dass die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sich bereits mit dem Thema beschäftigten, sicher auch im Zusammenhang mit Umweltanliegen (nachhaltige Mobilität des Langsamverkehrs).

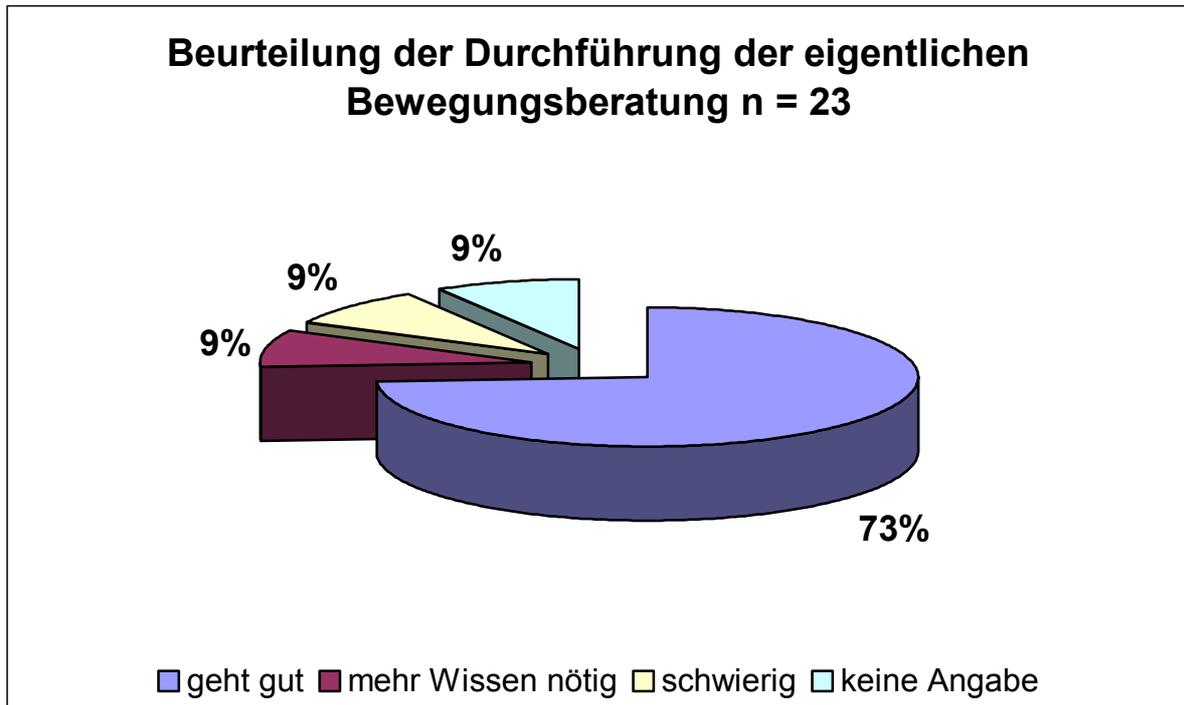


Abbildung 4: Durchführung der eigentlichen Beratung: n = 150 von 23 Praxen

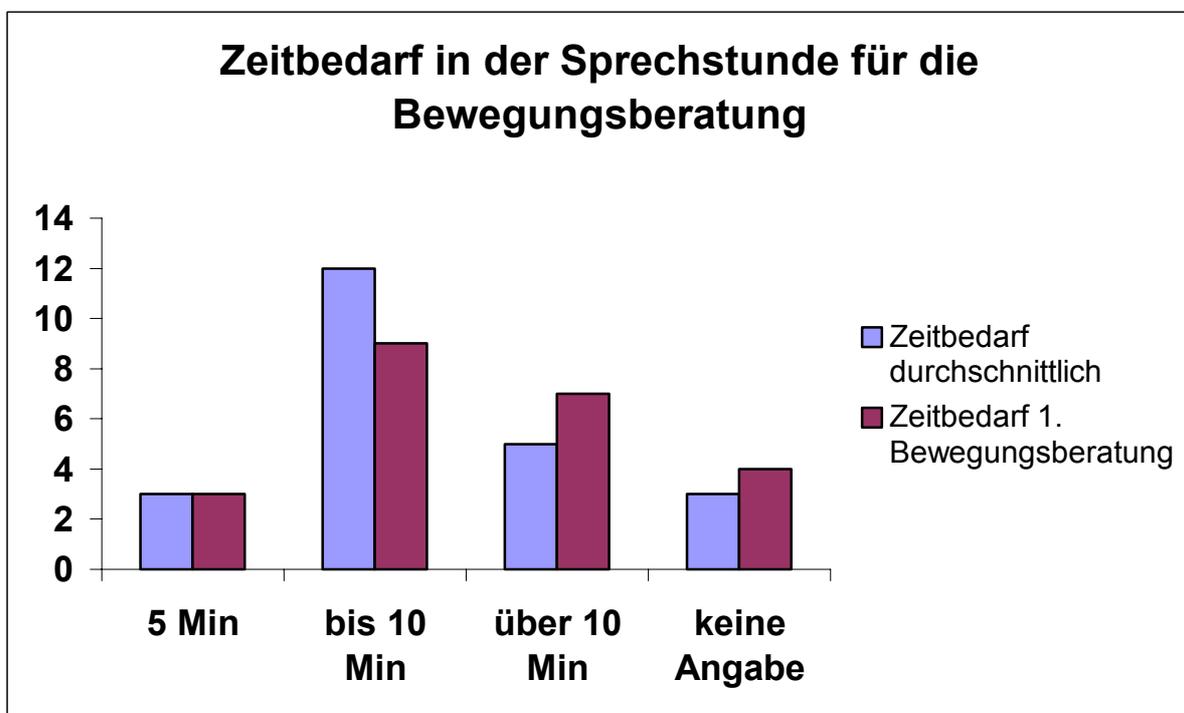


Abbildung 5: Zeitbedarf der Bewegungsberatung in der Sprechstunde: n = 150 von 23 Praxen

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.



In zwei Drittel der Praxen lag die Beratungsdauer bei 10 Minuten oder weniger, die erste Beratung brauchte eher etwas länger. Dieser Zeitaufwand ist wahrscheinlich mit dem Einbau in eine übliche Sprechstunde noch vereinbar. In einem guten Viertel der Praxen dauerten die Beratungen aber länger, was dann die Einhaltung des Sprechstundenablaufs schwierig macht.

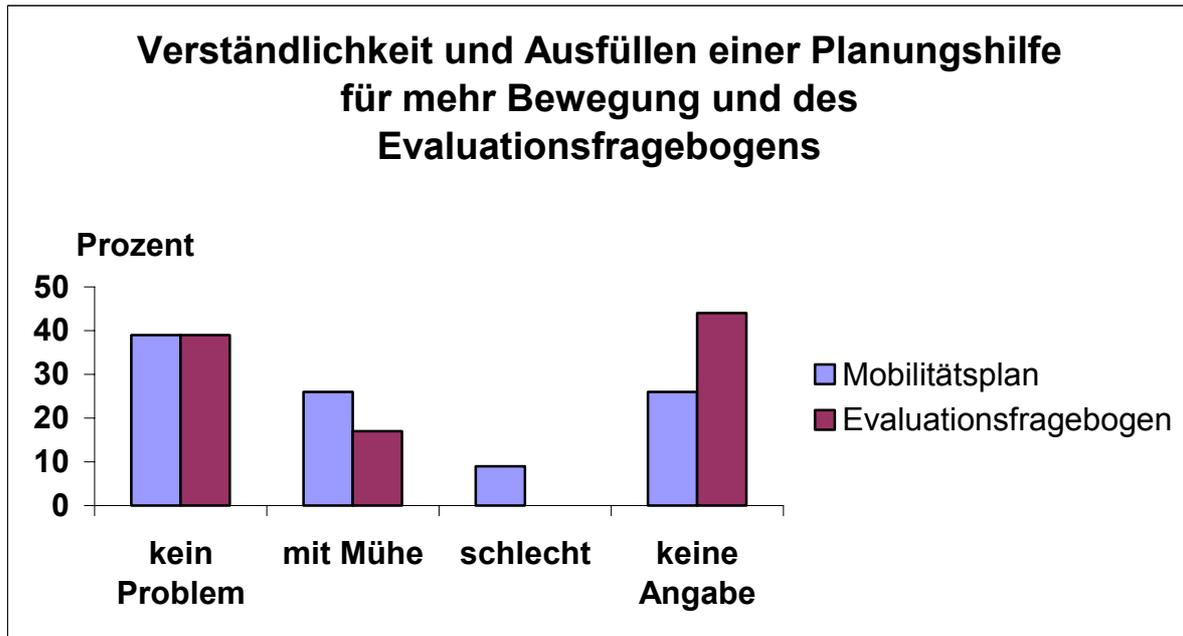


Abbildung 6: Gebrauch von Bewegungsplanungshilfe und Evaluationsfragebogen: n = 150 von 23 Praxen

Mit der wahrscheinlichen Annahme, dass die fehlenden Antworten auch auf die Schwierigkeiten mit der Planungshilfe und mit der Evaluation zurück zu führen sind, hatten nur 40% der Praxen keine Probleme, die körperliche Bewegung der Teilnehmenden zu strukturieren und auch zu evaluieren und zu dokumentieren.

Dies verläuft parallel mit den Angaben zu den Zeitbedürfnissen für die Planung und Evaluation der körperlichen Bewegung: nur für rund 35% der Praxen bot die benötigte Zeit kein Problem, um den Mobilitätsplan und den Evaluationsfragebogen auszufüllen. Der Evaluationsfragebogen ist einfach gestaltet und enthält 5 Fragen bei Start und beim Ende der Beratung auf einer A 4 Seite.

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.

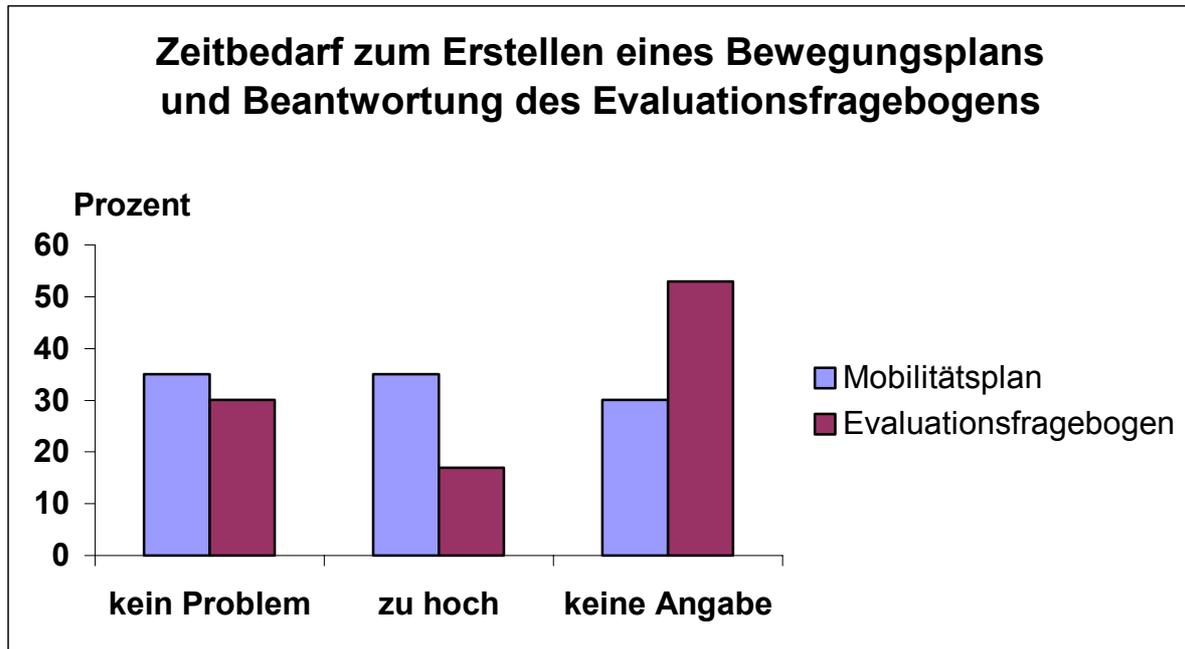


Abbildung 7: Zeitbedarf für die Planung der körperlichen Bewegung und das Ausfüllen des Evaluationsfragebogens: n = 150 von 23 Praxen

Die Verwendung der angebotenen Informationsträger zur gesundheitswirksamen körperlichen Bewegung

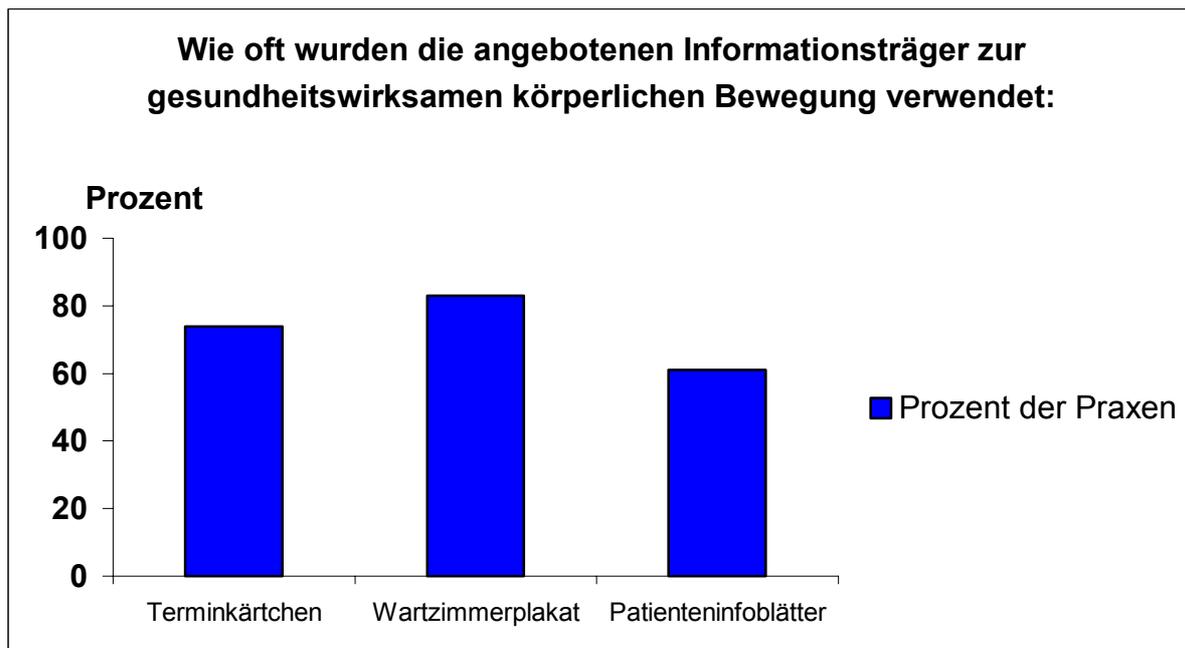


Abbildung 8: Verwendung der Informationsträger: n = 23

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.

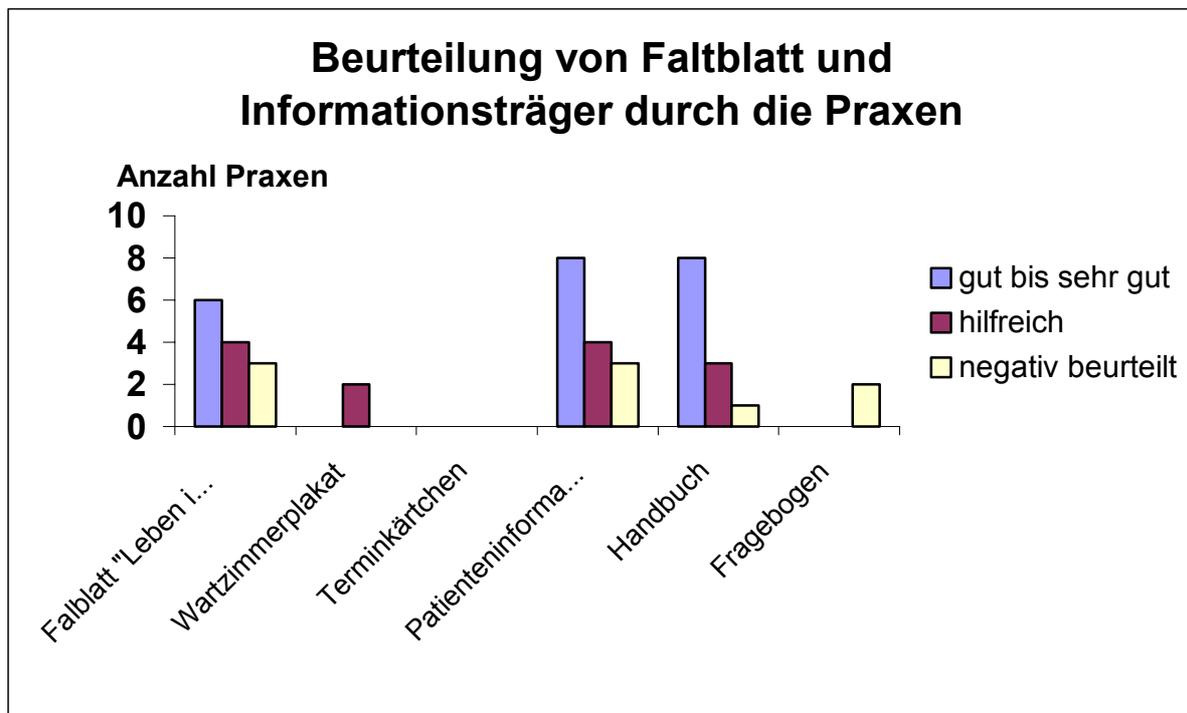


Abbildung 9: Beurteilung der Informationsträger: n = 23

Das Falblatt wurde negativ beurteilt im Sinne von zuviel Information und wegen der zu komplizierten Planungshilfe für die regelmässige körperliche Aktivität. Der Fragebogen wie die Evaluation fand kaum positive Beachtung. Verständnisprobleme betraf die Erfassung des Bewegungsprofils auf Grund des Transtheoretischen Modells. Letzteres war für die meisten Praxen nicht bekannt und trotz Einführung nicht wunschgemäss angewendet werden konnte.

Terminkärtchen mit Bewegungstext, das Wartzimmerplakat – und etwas weniger – die Patienteninformationsblätter mit Hinweisen zur Bewegung im Zusammenhang mit einzelnen Erkrankungen wurden in der Mehrzahl der Praxen verwendet, dies nicht nur bei den in die Beratung aufgenommenen Patienten.

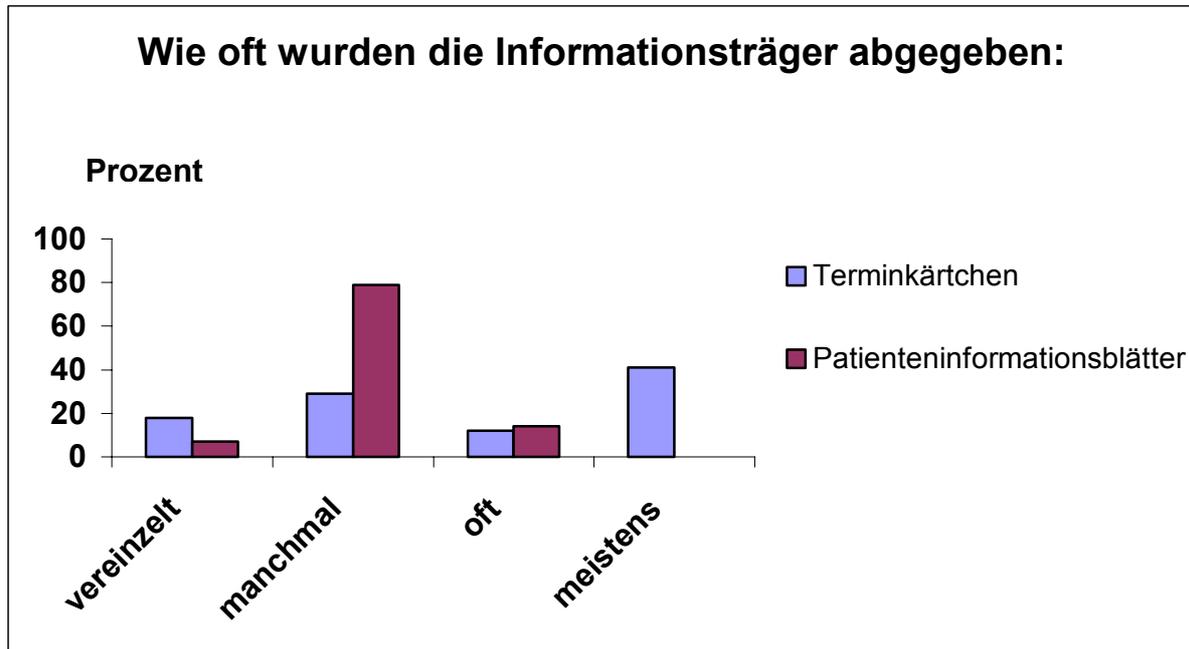


Abbildung 10: Wie oft wurden die Informationsträger an die Patienten abgegeben: n = 23 Praxen

Die Patienteninformationsblätter wurden gezielt abgegeben. Aber auch die Terminkärtchen mit dem Bewegungstext erhielten meistens nur ausgewählte Patienten.

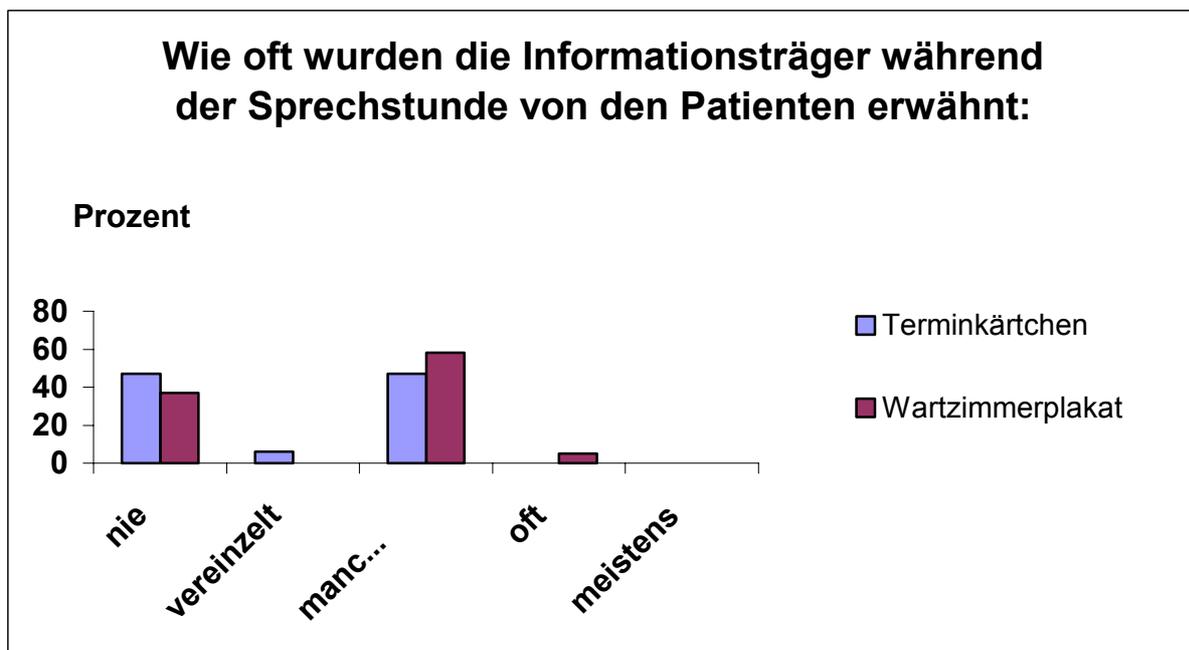


Abbildung 11: Erwähnung der Informationsträger in der Sprechstunde: n = 23 Praxen

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.



Die Terminkärtchen wurden in etwa 50% und das Wartezimmerplakat in etwa 40% der Praxen nie erwähnt. Für eine Follow up Zeit von 1 bis 2,5 Jahren wurde ein höherer Beachtungsgrad erwartet. Dass dies in den anderen Praxen nicht so häufig ist, muss erwartet werden, da für viele Patienten die Krankheit im Vordergrund steht.

Mit einzelnen Ausnahmen beurteilten die Patienten das abgegebene Material mehrheitlich positiv. Die vereinzelt negativen Äusserungen betrafen wiederum das Faltblatt speziell der Mobilitätsplan. Er wurde selten konsequent zur Planung benutzt und oft ging er vergessen.

Das **Handbuch** mit seinen Informationen bot eine gute Unterstützung ausser den Erläuterungen. Diese waren teils zu kompliziert gestaltet und wurden im Verlauf abgeändert.

Zusammenfassung

Von den teilnehmenden Praxen und den Patienten wird das Konzept und die Produkte von „Leben in Bewegung“ als gutes bis sehr gutes Instrument für die Sprechstunde angesehen. Probleme bieten die für beide Seiten in der Sprechstunde ungewohnte Situation der strukturierten Beratung im Bereich von Verhaltensänderung zur Gesundheitsvorsorge. Zudem kommt eine Reserviertheit gegenüber Evaluation und Dokumentation der Ergebnisse.

Diskussion

Gegen 90% aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte führen Hausarztpraxen. „Leben in Bewegung“ ist auf die Grundversorger ausgerichtet und es wurde diese Gruppe direkt angesprochen. Das 75% der Praxen aus dem städtischen Umfeld mit den Agglomerationen stammen, weist darauf hin, dass der Bewegungsmangel in ländlichen Gegenden weniger auffällt.

Das gesteckte Ziel von 50 Praxen, die je 10 Patientinnen und Patienten in die Bewegungsberatung aufnehmen, konnte nicht erreicht werden. Dies hängt mit den nicht erwarteten Schwierigkeiten der Rekrutierung von Praxen für das Projekt und der nicht so einfach durchzuführenden Bewegungsberatung in der Sprechstunde zusammen. Mit einem für die Praxen recht offenen Rahmen der Bewegungsberatung sind verschiedene Hindernisse manifest geworden:

Das Programm mit einer strukturierten Beratung – speziell die Planung der regelmässigen Bewegung und das Erfassen des Bewegungsprofils mit der Evaluation – bereitete öfters Mühe (Abbildung 1, 4 - 6). Ärzte sind eher ein individuelles Vorgehen gewöhnt. Für diagnostische und therapeutische können bei Bedarf Ablaufschemen verwendet werden. Entsprechendes für die Bewegungsberatung ist bis jetzt erst in Ansätzen im deutschsprachigen Raum vorhanden. Bis anhin – vor allem wenn verbunden mit Administration und Dokumentation – war eine kostendeckende Vergütung von strukturierter Beratung wahrscheinlich nicht möglich. Dies wird mit dem neuen

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.



TARMED Tarif eher der Fall sein, wobei für die teilnehmenden Praxen das Finanzielle nicht im Vordergrund stand. Eine ausführliche Beratung wird wohl oft als Zusatzleistung angesehen und entsprechend zurückhaltend eingesetzt. Falls andere Zeit intensive Arbeiten anfallen wie Praxisumbau oder Praxisumzug wird der Einsatz der regelmässigen Beratung zuerst gestoppt, wie Beispiele aus „Leben in Bewegung“ zeigen. Zudem bergen Beratungen zu einer Verhaltensänderung immer die Gefahr der Belehrung in sich. Dies kann ebenfalls eine Zurückhaltung für die Bewegungsberatung erklären (Abbildung 3).

Hervorzuheben ist, dass einige der Praxen (Abbildung 1) die Bewegungsberatung inklusive Evaluation ohne Mühe in die Sprechstunde einbauten und Erfolge der Bewegungsförderung bei Patienten erreichten.

28% der Patienten, denen eine Bewegungsberatung offeriert wurde, lehnten diese ab (Abbildung 2). Im ähnlich gelagerten Projekt „vom Rat zur Tat“ wollten rund ein Drittel der angefragten Patienten an einer strukturierten Beratung teilnehmen. Gründe für eine Ablehnung sind auch aus anderen Studien bekannt: (vermeintlicher) Zeitmangel, Angst vor Verpflichtung, fehlende Motivation, Bequemlichkeit, fehlende Einsicht in die Notwendigkeit regelmässiger körperlicher Bewegung.

Die angebotenen Informationsträger – Terminkärtchen, Wartezimmerplakat und Patienteninformationsblätter – wurden von vielen Praxen eingesetzt (Abbildung 8). Sie finden auch heute nach 1 bis 2 ½ Jahren immer noch Verwendung. Erfreulich ist die gute Bewertung des Handbuchs als Hintergrundinformation zur Bewegungsberatung. Das Faltblatt und der Evaluationsfragebogen beurteilten die Ärzte aus den oben erwähnten Gründen teilweise negativ.

Trotz dem langen Follow up von 1 bis 2 ½ Jahren wurde von den Patienten nur in etwa der Hälfte der Praxen diese Informationsträger erwähnt. Auch wenn der Anlass des Arztbesuchs naturgemäss im Vordergrund steht, ist dies doch erstaunlich. Der überwiegende Teil der Kommentare war dabei positiv. Möglicherweise spielt hier eine gewisse Tabuisierung des gesundheitlichen Risikoverhaltens (Bewegungsmangel) mit.



Schlussfolgerungen

Positiv:

Ein Teil der mitmachenden Praxen konnte „Leben in Bewegung“ als ganzes inklusive Evaluation gut einsetzen und erzielte bei Patienten beachtliche Langzeitresultate der Bewegungsförderung.

Es wurden Informationsträger für die Bewegungsförderung realisiert, die Anklang fanden und bei einem langen Follow up von 1 bis 2 ½ Jahren immer noch verwendet werden: Wartezimmerplakat, Terminkärtchen, Patienteninformationsblätter.

Diese Informationsträger waren gelegentlich Ausgangspunkt, die Bewegungsberatung anzusprechen.

Das Projekt „Leben in Bewegung“ gibt Hinweise, die bei der Gestaltung ähnlich gelagerter Bewegungsförderungsprogramme nützlich sind:

- Für einen Teil der Ärztinnen und Ärzte sind strukturierte Beratungen und Evaluation ungewohnt und wenig praktikabel.
- Dies kann dazu führen, dass die strukturierte Bewegungsberatung zeitlich einen zu hohen Anteil an der Sprechstunde erhält und sie deshalb abgebrochen wird.
- Praxen müssen organisatorisch und in der Beratungstechnik inklusive Evaluation gut vorbereitet sein, um Bewegungsförderung effektiv kontrollierbar vermitteln zu können.
- Beratungstechniken zur Gesundheitsvorsorge sollten bereits im Medizinstudium gelehrt werden.
- Die Planung der regelmässigen Bewegung, die zu einer Verhaltensänderung führt kann von der Realisierung und der Dauer her Arzt wie Patient überfordern.
- Finanzielle Aspekte (Honorierung der Beratung) sind für die beteiligten Praxen nicht im Vordergrund.

Die Erfahrungen von Leben in Bewegung fliessen bereits in Projekte ein: Hausärztliche Bewegungsberatung für über 65 Jährige, Anita Märki, Institut für Sozial- und Präventivmedizin Zürich / Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sport (Brian Martin). Im Zusammenhang mit dem ähnlich gelagerten Projekt in der Region Basel (Sektion beider Basel der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz) können aber Synergien noch besser genutzt werden.

Negativ:

Das qualitative Ziel eines in der Praxis umsetzbares Bewegungsförderungsprogramm konnte nur zum Teil erreicht werden.

Das quantitative Ziel von 50 teilnehmenden Praxen mit je 10 Patienten war zu hoch gesteckt.

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.



Leben in Bewegung

Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz

20

Die Umsetzung in der Romandie wurde auf Grund der deutschschweizer Resultate und auf Grund des dort nur vereinzelt vorhandene Interesse im Sinne der Ressourcenschonung nicht gestartet (Entsprechende Beiträge sind nicht verwendet worden).

Text sowie Faltblatt sind französisch vorhanden.

Die Auswertung der Patienten mit Evaluation konnte noch nicht abgeschlossen werden, da einige Fragebögen noch ausstehend sind. Dies sollte bis anfangs 2004 nachgeholt werden.

In einzelnen Wendungen wird für Arzt und Patient zu Gunsten des Textes nur die männliche Form verwendet.



11 Literatur

- (1) Schweizerischer Aktionsplan Umwelt und Gesundheit (BAG)
- (2) Gesundheitswirksame Bewegung, ein Grundsatzdokument vom Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Stiftung 19, Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung und dem "Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz"
- (3) Charta "Verkehr, Umwelt und Gesundheit" der Europäischen Mitgliedstaaten der WHO
- (4) Broschüre Luftverschmutzung und Gesundheit 1998 der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz
- (5) Broschüre Lärm und Gesundheit 1995 der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz
- (6) Daily walking and cycling to work: their utility as health-enhancing physical activity
P.Oja et al, Patient Education and Counseling 1998, 33, 87 – 94
- (7) Mobilität in der Schweiz – Ergebnis des Mikrozensus 2000 zum Verkehrsverhalten
Bundesamt für Raumplanung ARE und Bundesamt für Statistik BFS
- (9) "Vom Rat zur Tat", Machbarkeitsstudie zur qualifizierten Bewegungsberatung in Arztpraxen.
G. Jimmy und B. Martin, Bundesamt für Sport, Magglingen 2001
- (10) A controlled trial of physicians counselling to promote the adoption of physical activity
K.J. Kalfas et al.; Preventive Medicine 1996, 25, 225 -233
- (11) Patient-centered assessment and counseling for Exercise PACE
- (12) Training physicians to conduct physical activity counseling
Marcus B.H. et al; Preventive Medicine 1997: 26, 382 - 388
- (13) The transtheoretical model: applications to exercise behavior
Marcus B.H. et al; Medicine and Science in Sports and Exercise 1994: 1400 - 1404