



Bewegungsförderung in der Arztpraxis



Evaluationsergebnisse: Testphase Nordwestschweiz 2007

Projektupdate Dezember 2007

1. Hintergrund

Der Ansatz der Bewegungsförderung in der Arztpraxis wurde basierend auf internationalen und nationalen Erfahrungen sowie wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt. Ende Dezember 2004 wurde mit dem Kollegium für Hausarztmedizin beschlossen, im Rahmen des Präventivkonzepts *Gesundheitscoaching* des Kollegiums das Teilprojekt *Bewegungsförderung in der Arztpraxis* weiter zu entwickeln.

Der Teilbereich Bewegungsförderung beinhaltet:

- Entwicklung professioneller Kommunikationsmaterialien (z.B. Handbuch für Ärztinnen und Ärzte sowie Broschüren für Patientinnen und Patienten). Die bereits bestehenden Materialien sind unter www.hepa.ch/gf/hepa/khm/ verfügbar.
- Entwicklung einer standardisierten Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte.
- Entwicklung von Modellen für die breite Umsetzung (Identifizierung von strukturellen Voraussetzungen auf ärztlicher und logistischer Ebene).
- Wirksamkeitsstudie unter der Leitung von Dr. med. Raphaël Bize.
- Entwicklung einer Kommunikationsplattform (Webseite).

Im Jahr 2006 wurden die Kommunikationsmaterialien für einen Einsatz in der Arztpraxis - in einer limitierten Auflage - zur Verfügung gestellt und in der Romandie erstmals auf ihre Praxistauglichkeit hin getestet. Die Evaluationsergebnisse waren erfreulich und sind auf der oben genannten Webseite verfügbar. Analog zur Romandie wurde in der Nordwestschweiz eine ergänzende Testphase durchgeführt (Juni - September 2007). Unter den Punkten 2. bis 4. werden die Methode dieser Austestung, die Hauptresultate und Schlussfolgerungen beschrieben. Informationen zum weiteren Projektvorgehen sind unter Punkt 5. aufgeführt.

2. Methode (Austestung Nordwestschweiz)

Rekrutierung der Hausärztinnen und Hausärzte

Ursprünglich war die Rekrutierung von mindestens 5 Hausärztinnen / Hausärzten, parallel mit der Rekrutierung für das Projekt „gesund bewegt“ im Baselbiet, über lokale Hausarzt-Qualitätszirkel geplant. Dies gelang nicht wie erhofft, da die Ärztinnen und Ärzte das bekannte Projekt "gesund bewegt" unserem noch unbekanntem Projekt vorzogen. Deshalb erfolgte eine Rekrutierung durch persönliche Direkt-Kontaktierungen.

Einführung in der Praxis (teilnehmende Hausärztinnen / Hausärzte)

Die Einführung in der Praxis gestaltete sich inhaltlich und didaktisch analog zur Romandie. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wurden während rund einer Stunde in ihrer Praxis anhand eines *Leitfadens* instruiert. Die Einführung basierte auf dem im Manual auf Seite 13 beschriebenen Algorithmus zum Ablauf in der Arztpraxis. Die Möglichkeiten zur praktischen Anwendung der zur Verfügung gestellten Materialien im Praxisalltag wurden besprochen. Auf Wunsch, wurden zu Beginn die theoretischen Aspekte zum Thema Bewegung und Gesundheit anhand des entsprechenden Kapitels im Manual etwas ausführlicher diskutiert.

Die Ärztinnen und Ärzte erhielten zudem das Angebot einer Projekt-Information / Einführung ihrer Medizinischen Praxisassistentinnen (MPAs) durch die Projektverantwortliche.

Austestung der Materialien (nicht normiertes Studien-Setting)

Während drei oder sechs Wochen verwendeten die Ärztinnen und Ärzte die zur Verfügung gestellten Materialien (www.hepa.ch/gf/hepa/khm/). Diese beinhalten *ein Manual für Hausärztinnen und Hausärzte, Broschüren für Patientinnen / Patienten* sowie andere Hilfsmittel wie ein *Bewegungsrezept, den standardisierten Fragebogen zur Erfassung des Bewegungsverhaltens* (entwickelt vom Bundesamt für Sport für den HEPA Survey 2001, validiert durch Mäder et al. 2002) *die erweiterte Interpretationshilfe zum Bewegungsfragebogen* (geplant als Ergänzung des Manuals) und die *jeweilige Liste mit lokalen Bewegungsangeboten*, welche in Zusammenarbeit mit unserem lokalen Partner *Gsünder Basel* zusammengestellt wurde.

Die Akzeptanz der ärztlichen Kurzintervention zur Bewegungsförderung seitens der Patientinnen und Patienten wurde bereits vorgängig evaluiert (Märki & Gehring, 2001; Ceesay-Egli et al., 2005) und war deshalb nicht Gegenstand der vorliegenden Evaluation. Dasselbe trifft für die Patientenbroschüren zu.

Nachfrage

Nach einer Woche wurde die Praxis telefonisch kontaktiert um den Bedarf an weiteren Informationen oder Materialien zu klären.

Datenerhebung (Interviews)

Nach Beenden der Testphase, wurden die Ärztinnen und Ärzte während ca. 45 Minuten zum Einsatz der Materialien und der Umsetzbarkeit in der Praxis befragt (mit qualitativem Fokus - anhand eines semi-strukturierten Interviews). Es konnte zwischen telefonischer Befragung und Praxisbesuch gewählt werden.

Die Befragung sollte primär Antworten auf die folgenden Kernfragen geben:

- a) War die Einführung in der Praxis adäquat?
- b) Waren die zur Verfügung gestellten Materialien nützlich, unterstützend, erwünscht und notwendig für die Durchführung einer Kurzintervention zur Bewegungsförderung in der Arztpraxis?
- c) Sind die vorgeschlagenen Abläufe wie im Schema des Manuals auf Seite 13 beschrieben praxistauglich (sinnvoll, durchführbar, relevant)?
- d) Welche Massnahmen sind nötig, um das erarbeitete Konzept für die Bewegungsförderung in der Arztpraxis in einem grösseren Rahmen einsetzen zu können?
- e) Welche Verbesserungsvorschläge in Bezug auf die Materialien und Abläufe bringen die Ärztinnen und Ärzte an?

Zudem wurden:

- f) einige Merkmale der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erhoben und

Aufgrund der Resultate in der Romandie zusätzlich:

- g) einige ergänzende Fragen zur Verifizierung dort gewonnener Erkenntnisse gestellt,

- h) mögliche Kanäle für die weitere Dissemination des Ansatzes und der Materialien erheben,
- i) die Haltung gegenüber einem möglichen Sponsoring der Materialien / Weiterbildung durch Industriepartner eruiert, sowie
- j) wo möglich, eine Kurzbefragung bei den involvierten MPAs durchgeführt.

Datenanalyse

Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

3. Hauptresultate

Rekrutierung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

Von den insgesamt 9 Ärztinnen / Ärzten, welche während einer Woche im Juni 07 kontaktiert wurden, erklärten sich 6 dazu bereit, die entwickelten Materialien und die vorgeschlagenen Abläufe auf ihre Praxistauglichkeit hin zu testen.

Zusätzlich boten im Rahmen der lokalen Vernetzungsaktivitäten zwei Sportärzte aus Basel sowie ein im Thema der Bewegungsförderung engagierter Kardiologe Ihr Experten-Feedback zu den Materialien, insbesondere zum Manual an.

Einführung in der Praxis

Um den knapp zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen der Hausärztinnen / Hausärzte Rechnung zu tragen, wurde der Fokus dieser Testphase explizit auf inhaltliche Aspekte gerichtet. Die Dauer der Einführung betrug je nach zur Verfügung stehender Zeit zwischen 30 und 90 Minuten.

In zwei Praxen wurden auf Wunsch zusätzlich MPAs über das Projekt informiert (1x 1 Person und 1x2 Personen; während 60, respektive 30 Minuten).

Die Tatsache, dass das Projekt in Zusammenarbeit mit dem Kollegium für Hausarztmedizin, Dr. med. Max Handschin (Projekt „gesund bewegt“) sowie Gsünder Basel durchgeführt wurde, schien die Projekt-Akzeptanz zu stärken.

Die folgenden Resultate wurden bei allen mittels des bereits beschriebenen Evaluationsgesprächs, anhand eines Praxisbesuches mit einer Dauer von 45 – 80 Minuten erhoben.

Die Feedbacks der drei Experten aus Basel sind jeweils unter den entsprechenden Rubriken dokumentiert und mit „E“ gekennzeichnet.

Merkmale der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte

Tabelle 1 zeigt die allgemeinen Charakteristika der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte aus der Nordwestschweiz (auch Teilnehmende genannt). Die Praxen von vier Teilnehmenden befinden sich in Allschwil (BL) und zwei in Biel-Benken (BL).

Gemäss den Kriterien für *Gesundheitswirksame Bewegung* - mindestens 30 Minuten Aktivität moderater Intensität im Minimum an 5 Tagen / Woche oder mindestens 20 Minuten intensivere Aktivitäten 3-mal pro Woche (Bundesamt für Sport BASPO, 2002) - waren zur Zeit der Befragung (am Ende der jeweiligen Testphase), zwei Drittel (n=4) aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte *genügend aktiv*.

Tabelle 1: Testphase Nordwestschweiz 2007 - Charakteristika der Teilnehmenden

	Testphasendauer 3 Wochen	Testphasendauer 6 Wochen	Total
	n=5	n=1	n=6
Anzahl Teilnehmende			
Ärztinnen	2		2
Ärzte	3	1	4
Spezialisierung in			
Allgemeinmedizin	4	1	5
Innere Medizin	1		1
Praxisform			
Einzelpraxis	2		2
Gruppenpraxis	3	1	4
Berufserfahrung in eigener Praxis			
Anzahl Jahre	2 – 29 Jahre (davon 3 >15 Jahre)	17 Jahre	

Allgemeine Hintergrundinformationen, Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Abläufe sowie generelle Nützlichkeit der Materialien

Die Testphase war für alle Befragten mit einem vertretbaren Aufwand durchführbar und alle hatten den Eindruck, bei der Einführung genügend Informationen für die Durchführung erhalten zu haben. Die persönliche Einführung wurde als sehr hilfreich bezeichnet, da die Fülle der zur Verfügung gestellten Materialien ein eigenes Einarbeiten ins Thema erschwerte.

Alle Teilnehmenden haben mit ihren Patientinnen / Patienten bereits vor der Testphase in irgend einer Form Kurzinterventionen zur Bewegungsförderung durchgeführt, respektive die PatientInnen auf Ihr Bewegungsverhalten angesprochen. Zwei davon taten dies bereits vor der Testphase regelmässig, die anderen eher wenn es gerade zum Thema passte, zum Beispiel bei bestehenden Krankheiten wie Diabetes, KHK oder Übergewicht. Zwei Ärzte waren bereits am Projekt "gesund bewegt" beteiligt.

Die Mehrheit der Teilnehmenden (n=4) zieht es vor, das Thema Bewegung selbst mit ihren Patienten ausführlich zu besprechen: dies sei im Praxisalltag integrierter als bei einer Überweisung an eine Drittperson, ausserdem haben die PatientInnen meistens ein Vertrauensverhältnis zu ihren HausärztInnen und werden generell nicht gerne weiterverwiesen. Eine externe Bewegungsberatung zieht zusätzlich ungelöste Finanzierungs-Fragen mit sich.

Die Anzahl der während der Testphase durchgeführten Kurzintervention pro Arzt / Ärztin belief sich ungefähr auf 9, 15, 30, 72, 80 und 120 und dauerte bei der Mehrheit der Befragten (n=4) rund 5 Minuten. Bei den anderen zwei Ärzten waren es rund 10, respektive 15 Minuten.

Die Frage ob die vorgeschlagenen Abläufe praxistauglich seien (siehe Algorithmus im Manual auf Seite 13) wurde von der Mehrheit mit ja (n=2) oder eher ja (n=2 & 1 E) beantwortet. Der Algorithmus wurde als initiale Guideline bezeichnet welche nach Bedarf angepasst werden kann. Aus Übersichts- und Zeitgründen wurde jedoch vorgeschlagen, die rund 20 Kästchen auf 4-5 zu reduzieren und nur die Hauptpunkte farbig zu markieren. Zudem wurde die Farbe „orange“ in Bezug auf die Lesbarkeit hinterfragt sowie die Wiederholung der Varianten des Algorithmus als überflüssig bezeichnet mit dem Vorschlag, diese Varianten auf eine Version zu reduzieren (E). Da es sich aus dem Praxisalltag ergebe, welche Patienten angesprochen werden sollen, könnte der Einstieg (oberste Linie) weggelassen werden und der Algorithmus somit beim „Screening“ für das Bewegungsverhalten beginnen.

Der Einsatz der zur Verfügung gestellten Materialien war durch eine individuell ausgerichtete - in den Praxisalltag integrierte - Vorgehensweise geprägt, beeinflusste deshalb nicht grundsätzlich die Art und Weise der Beratung, sondern hatte das Miteinbeziehen neuer Materialien sowie zum Teil eine etwas strukturiertere Vorgehensweise zur Folge.

Die Hälfte (n=3) der Befragten denkt, dass das gewählte Vorgehen in ihrem Praxisalltag auch in Zukunft und über längere Zeit praktikierbar wäre und für die anderen wäre dies in einem kleineren Ausmass ebenfalls denkbar. Infolgedessen bekundeten alle ihre Absicht, das gewählte Vorgehen auch weiterhin, zum Teil in einem kleineren Rahmen (n=3), zu praktizieren.

Die Beteiligung an der Testphase hatte auch eine gewisse Selbstreflexion bezüglich dem Vorgehen zur Bewegungsförderung in der Arztpraxis sowie zum eigenen Bewegungsverhalten zur Folge (n=4). Dies wurde ebenfalls als wertvoller Effekt gewertet.

Grundsätzlich wurden die Hauptmaterialien (Manual, Patientenbroschüren, Fragebogen zur Erfassung des Bewegungsverhalten sowie Listen mit den lokalen Bewegungsangeboten) von der Mehrheit der Befragten als nützlich oder teilweise nützlich bezeichnet. Im Folgenden werden die erhaltenen Feedbacks zusammengefasst dargestellt:

Feedbacks zum Manual

- Die Mehrheit der Befragten fanden das Manual *nützlich* (n=2 & 1 E) oder *teilweise nützlich* (n=3 & 2 E). Inhaltlich wurde das Manual generell als sehr ausführlich und vollständig bezeichnet. Da das Manual einem umfassenden Nachschlagewerk entspreche (Bibliothek), wurde es für den Praxisalltag als eher weniger brauchbar bezeichnet (n=3).
- Alle an der Testphase teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte haben im Manual nichts vermisst. Einige bemerkten jedoch, das Manual nach der Einführung nicht vollständig gelesen oder im Detail studiert zu haben.
- Die Verbesserungsvorschläge beinhalten:
 - Die Implementierung eines Vorwortes (E) sowie eine globale Kürzung & Straffung des gesamten Inhaltes.
 - Das Erarbeiten einer generell übersichtlicheren Struktur (E). Dies gilt insbesondere auch für das Kapitel "Das Wichtigste in Kürze", welches als zu unübersichtlich / verwirrend bezeichnet wurde, sowie für eine Priorisierung der praxisrelevanten Teile (Erfassung des Bewegungsverhaltens). Zudem wurde vorgeschlagen, die Anhänge für die PatientInnen als Patiententeil zu kennzeichnen (E).
 - Eine einheitliche Darstellung der Pyramiden mit den Bewegungsempfehlungen für beide Altersgruppen (>65 / < 65) einschliesslich der Alltagsaktivitäten (E).
 - Eine inhaltliche Konsistenz der Bewegungsempfehlungen (Beispiel: auf Seite 3 ist die Bezeichnung „30 Minuten...täglich Bewegung moderater Intensität...“ und z.B. auf Seite 8 heisst es ...an mindestens 5 Tagen / Woche 30 Minuten Bewegung mittlerer Intensität).
 - Das Hervorheben der Kosten-Nutzenanalyse sowie eine grössere Betonung der Förderung von Krafttraining bei älteren Menschen im "prae-operativen" Hinblick oder als Sturzprophylaxe.
- Zusätzlich regten Experten an: die Einheiten der Beschriftungen bei den Abbildungen zum Teil zu ergänzen (z.B. auf Manual Seite 9), die Farbe orange mit einer etwas besser lesbaren Farbe zu ersetzen; die zum Teil fehlenden Referenzen im Kapitel 2.1.1 (Einfluss

von Bewegung auf Krankheit) zu ergänzen und wo inhaltlich angebracht auch auf den Einbezug von Sportmediziner*innen zu verweisen.

Feedbacks zu den Manual-Anhängen

- Die Frage, ob die Manual-Anhänge nützlich und praxistauglich seien, wurde von der Mehrheit der Befragten mit *ja* ($n=2$) oder *eher ja* ($n=3$ & 2 E) beantwortet. Die Anhänge wurden unter anderem als komplett, jedoch etwas zu umfassend bezeichnet.
- Verbesserungsvorschläge:
 - Klarere Übersicht (z.B. 1. Instrumente zur Erfassung des Bewegungsverhaltens; 2. Dokumente für die Patienten etc.).
 - Reduktion des Patiententeils – dieser sollte homogener sein, ein handlicheres Layout & Format haben (Merkblattformat mit zusätzlichen Infos wie Hygienemassnahmen bei Diabetikern etc.) und, wie bereits erwähnt, als Patiententeil deklariert werden (E).
 - Inhaltliche Überarbeitung der Anhänge 3 „Risiko Management“ und 11 „Trainingsprinzipien: Einige Grundkenntnisse“ (E). Zudem sollten wegen potentiellen Fehlbelegungen die Therabandübungen (Anhang 10) mit dem Hinweis auf die Instruktion durch eine Fachperson ergänzt werden (E).
 - Konkrete Antworten auf Haftungsfragen bei möglichen „Kunstfehlern“ welche auf „falsche Bewegungs-Empfehlungen“ zurückgeführt werden könnten (juristische Konsequenzen bezüglich den im Risiko Management Anhang beschriebenen Inhalten).

Vorschläge für weitere Themen oder Krankheitsbilder, welche zusätzlich in den Anhängen thematisiert werden sollten:

- Zusammenfassung der verhaltenspsychologischen Grundlagen und Tools für die "banale" Grundmotivation (Was läuft da ab? Weshalb werden wir "couch-potatoes"? Nützt es überhaupt, völlig inaktive, unmotivierte Menschen zu sensibilisieren? - wenn ja, wie macht man das?).
- Bewegung in der Familie (Familiensystem-Ansatz - jedoch kein ausschliesslicher Kinderansatz). Zudem wurden junge Menschen beim Übertritt ins Berufsleben als wichtige Zielgruppe identifiziert. Drei der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte sowie zwei Experten würden jedoch einen spezifischen Ansatz für Kinder und Jugendliche begrüssen. Dieser sollte den Fokus auf "kindergerechte" spielerische Bewegung setzen (E).
- Gefahren der Bewegungsförderung / Training (was ist zu beachten?) sowie medizinische Fakten und Ratschläge zum Thema Sportverletzungen / Überlastungsprobleme.
- Krankheitsbilder: Chronische Rückenschmerzen; Depression; Lungenkrankheiten einschliesslich dem Thema "Rauchen und Bewegung".

Feedbacks zum Fragebogen zur Erfassung des Bewegungsverhaltens

- Vier Ärztinnen / Ärzte haben die BASPO Patientenversion dieses Fragebogens benutzt (4x Normalversion und 1x Grosschriftversion) und diesen als *nützlich* bezeichnet. Der Fragebogen ermöglicht einen Einstieg ins Thema, ist ein zeitsparendes Tool, mit welchem das aktuelle Verhalten schnell erfasst werden kann, und ist nützlich zur Verinnerlichung der Fragen. Der Fragebogen wurde nur in einer Praxis durch die MPAs verteilt. In einer Praxis wurde der Fragebogen selektiv durch den Arzt an die PatientInnen abgege-

ben und in zwei Praxen stellte der Arzt die Fragen den PatientInnen. Ein Arzt tat dies aus Gründen vorgängiger Erfahrungen anlässlich des Projekts "gesund bewegt", wo es für die PatientInnen schwierig war, die Fragen differenziert zu beantworten.

Die bevorzugte Weise, die PatientInnen auf ihr Bewegungsverhalten anzusprechen, ist für die Mehrheit der Befragten (n=4) „nach einem typischen Tagesablauf während der Woche und am Wochenende zu fragen“. Dies ermöglicht ein direktes Verknüpfen mit dem gesundheitlichen Problem und bietet zugleich eine Chance, mögliche Interventionsansätze zu erfassen.

- Verbesserungsvorschläge:
 - Die Begriffe *ausser Atem kommen* und *ins Schwitzen kommen* sollten je andersfarbig markiert werden.
 - Die Grosschrift Version sollte ALLE Fragen - ausser der Frage 4 - enthalten und der Text sollte eventuell auf 2 Seiten verteilt werden.
 - Die Beispiele zu moderater oder intensiver körperlicher Aktivität könnten übersichtlicher dargestellt werden mit der Aufforderung, die einzelnen Beispiele falls zutreffend auch einzukreisen (guter Anknüpfungspunkt für die Kurzintervention).
- Die *erweiterte Interpretationshilfe zum Bewegungsfragebogen* wurde von der Mehrheit (n=4) nicht gelesen und nicht benutzt. Zwei der Teilnehmenden fanden diese Interpretationshilfe als Reflektion und Grundinformation *nützlich*.

Feedbacks zu den Patientenbroschüren

- Die Patientenbroschüren wurden von der Mehrheit als *nützlich* (n=5 & 2E) oder *teilweise nützlich* (n=1) bezeichnet. Die Pyramiden mit den Bewegungsempfehlungen sowie die Dosis-Wirkungskurve fanden besonders Anklang.
- Verbesserungsvorschläge:
 - Einheitliche Darstellung der Pyramiden mit den Bewegungsempfehlungen für beide Altersgruppen (>65 / < 65) einschliesslich der Alltagsaktivitäten (E) und das Einfügen von Beispielen bei den einzelnen Elementen der Bewegungspyramiden, so dass die konkrete Umsetzung sichtbar wird (z.B. 2x ¼ Std. zügig spazieren gehen etc.).
 - Vereinigung der Patientenbroschüren in eine Version und darin gewisse Schwerpunkte für Altersgruppen abgrenzen. Falls dies als nicht sinnvoll erachtet wird, sollten sich die Broschüren zumindest hinsichtlich der Zielgruppe äusserlich besser unterscheiden (CAVE: viele Menschen identifizieren sich eher weniger explizit über eine Altersgruppe und viele älter werdende Menschen sind körperlich sehr fit). Zudem wurde das Bild einer fröhlichen Wandergruppe gewünscht, um auch weniger sportlich ausgerichtete Menschen zu ermutigen.
 - Vermehrte Thematisierung des Aspektes „Zeit einräumen: wie baue ich konkret mehr Bewegung in den Alltag ein?“ sowie eine konkretere Thematisierung von Bewegung und psychischer Gesundheit.
 - Integration des Bewegungsrezeptes in die Broschüren sowie die Ergänzung der Broschüren mit einer Vorlage für ein Bewegungstagebuch zum Kopieren und Links zu internetbasierten Programmen für Bewegung und Sport.
- Die Frage, ob in den Broschüren noch ausführlichere Angaben für die „Aktiveren“ nötig seien, wurde von der Mehrheit der teilnehmenden Ärztinnen / Ärzte *verneint* (n=5), da diese Personen bei Bedarf für die weitere Beratung auch an Sportmediziner überwiesen

werden können (n=4). Zudem sind die Aktiveren bereits motiviert und haben genügend Möglichkeiten zur Verfügung, um an Infos zu gelangen (n=3 & 1E).

Feedbacks zum Bewegungsrezept

- Ein Arzt hat das Bewegungsrezept benutzt und findet es *nützlich*, weil es etwas Konkretes für die PatientInnen bietet. Zwei weitere Hausärzte haben das Rezept zwar nicht benutzt, bezeichneten es jedoch als *teilweise nützlich*. Drei HausärztInnen finden das Bewegungsrezept *überflüssig* weil a) ein Rezept üblicherweise in der Apotheke eingelöst wird – diese Form wäre jedoch eher als Merkblatt für die PatientInnen gedacht; b) dieses Rezept für die Sensibilisierungsphase als nicht geeignet und danach fast überflüssig wird und c) die Förderung der Eigenverantwortung bevorzugt wird.
- Verbesserungsvorschläge:
 - Änderungsvorschlag für den Titel (da dieser sehr nach Vorschrift klingt): "Vorschlag oder Empfehlung zur Bewegungsverbesserung" und auf der Rückseite Checkliste zu „was wurde erreicht“.
 - Kurzversion in Stempelform für KG (Ärztedokumentation), in Rezeptblockformat ODER in den Broschüren integriert wäre sinnvoller (Reduktion der Materialien).

Feedbacks zu den Listen mit lokalen Bewegungsangeboten

- Die Auswahl der konkreten lokalen Möglichkeiten wurde sehr geschätzt, die Listen fanden grossen Anklang, wurden von allen Befragten (n=6) als *nützlich* bezeichnet und warfen die Frage nach der weiteren Verfügbarkeit auf.
- Zudem wurde vorgeschlagen, ein kostengünstiges Angebot für einen persönlichen Coach und mehr Angebote mit niederschweligen Bewegungsmöglichkeiten wie Fitness im Park (siehe Kursangebot von Gsünder Basel), zu integrieren.

Feedbacks zu den Zusatzfragen

Übersichtsblatt

Um der knapp verfügbaren Zeit und der Komplexität der zur Verfügung stehenden Materialien vermehrt Rechnung zu tragen, wurde im Rahmen der Austestung in der Romandie für den Praxisalltag ein Übersichtsblatt („visuel“) mit den wichtigsten Aspekten der Kurzintervention Bewegungsförderung gewünscht.

Die Antworten auf die Frage „*welche Informationen - und welche Elemente des Manuals und der Broschüren - sollte Ihrer Meinung nach ein solches Übersichtsblatt enthalten?*“ waren sehr vielseitig und individuell. Zwei der Befragten fanden ein solches Übersichtsblatt jedoch nicht notwendig.

Identifizierte Haupt-Aspekte: a) Übersicht der zur Verfügung stehenden Materialien (alle Instrumente sollten erklärt werden); b) Wissenschaftlicher Hintergrund (inklusive Dosis-Wirkungskurve); c) Beratungsvorgehen (Erfassung des Bewegungsverhaltens, Bewegungsempfehlungen / Pyramide (n), Hilfsmittel wie Broschüren, Listen mit lokalen Bewegungsangeboten, Bewegungsrezept etc.) sowie d) Verweis auf Internetadressen oder andere Institutionen.

Vorschläge zur weiteren Dissemination des Ansatzes „Bewegungsförderung in der Arztpraxis“

- In Bezug auf die Verbreitung der Materialien sowie die Realisation einer Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte wurde die Verbreitung des Ansatzes a) via lokale Ärztgruppen (Qualitätszirkel); b) via Bewegungs-Events oder c) in Form von Inputs an akkreditierten

Weiterbildungen vorgeschlagen. CAVE: Durch ein grosses regionales Überangebot würden jedoch in der Regel die einzelnen Weiterbildungen eher wenig besucht. Erfreulicherweise hat ein Arzt spontan seine Mithilfe bei einer allfälligen Verbreitung des Ansatzes via lokale Qualitätszirkel angeboten (Vielen Dank!).

- Die Verbreitung des Ansatzes über Fachgesellschaften (FMH, Innere Medizin, Kardiologie) wurde mit gewissen Vorbehalten ebenfalls als Möglichkeit identifiziert (E).

Einstellung gegenüber Mitfinanzierung der Materialien sowie der Weiterbildungskosten durch Industriepartner

- Für zwei der Befragten wäre ein direktes Sponsoring durch Industriepartner denkbar, da diese bereits in vielen Bereichen finanziell tätig sind und zudem deren Beteiligung an der Prävention begrüsst wird.
- Mit dem Vorbehalt, dass die Inhalte nicht durch die Industrie mitbestimmt werden, und im Rahmen eines klar definierten Konzeptes, könnte sich eine dritte Person eine solche Mitfinanzierung vorstellen.
- Drei der Befragten bevorzugen „pharmaneutrale“ Finanzierungsmöglichkeiten und schlagen andere Sponsoren wie Sportbekleidungs- oder Sportartikelfirmen (z.B. Nordic-Walking) sowie Krankenkassen vor.
- Ein Experte bestätigte, dass gewisse Pharma-Firmen grosses Interesse an Weiterbildungen haben. Das direkte Sponsoring durch die Pharmaindustrie wird jedoch von einem zweiten Experten als eher ungeeignet betrachtet (sichtlich im Dienste der Pharmaindustrie) und verwies auf Möglichkeiten des „indirekten Sponsorings“ (Stiftungen, welche durch Spenden und Pharmagelder mitfinanziert werden).

Feedback aus der Befragung der Medizinischen Praxisassistentinnen

- Insgesamt wurden 4 MPAs befragt (1x schriftliches Feedback für die Doppelpraxis, 1x telefonisches Feedback und 2x Kurzgespräch in der Praxis). Zwei der Befragten waren nicht explizit in die Testphase involviert.
- Keine der Befragten wurde aufgrund der Testphase spontan durch die PatientInnen auf das Thema „Bewegung“ angesprochen. In der Doppelpraxis haben die PatientInnen bei Unklarheiten wie beim Ausfüllen des Fragebogens um Hilfe gebeten (die Zeitangaben konnten schlecht angegeben werden).
- Drei der vier Befragten würden eine *Weiterbildung* für MPAs zum Thema „Bewegungsförderung in der Arztpraxis“ in der Form einer generellen Information oder anhand eines Workshops (organisiert durch MPA-Verband, Firmen wie Glaxo Smith Klein oder durch das Bruderholzspital) begrüssen. *Thematisch* möchte eine der Befragten gerne Fragen wie „Wie können die PatientInnen motiviert werden? Wie wird Freude an der Bewegung geweckt?“ diskutieren.

4. Schlussfolgerungen

- ❖ Die zur Verfügung gestellten Materialien wurden von den 6 an den Testphasen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten der Nordwestschweiz sowie von den drei Experten grundsätzlich geschätzt. Die entwickelten Materialien ermöglichen den Hausärztinnen und Hausärzten eine strukturiertere Vorgehensweise und wirken unterstützend, respektive ergänzend auf die bereits bestehenden individuellen Ansätze der Bewegungsförderung in der Arztpraxis. Zudem hatte die Beteiligung an der Testphase eine als sehr positiv be-

wertete Selbstreflexion bezüglich dem Vorgehen zur Bewegungsförderung in der Arztpraxis sowie zum eigenen Bewegungsverhalten zur Folge.

- ❖ Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf dem Hintergrund, dass alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bereits vor der Testphase in irgendeiner Form die Patienten und Patientinnen auf ihr Bewegungsverhalten angesprochen haben. Der Einbezug von Ärztinnen und Ärzten, welche sich vorgängig kaum mit dem Thema beschäftigt haben, bleibt deshalb nach wie vor eine Herausforderung.
- ❖ Durch die begrenzte Anzahl der Teilnehmenden konnten nicht alle offenen Fragen abschliessend beantwortet werden. Alle an der Testphase teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte boten jedoch im Rahmen der Feedbackgespräche sehr detaillierte Rückmeldungen. Diese erwiesen sich, in Ergänzung zu den bereits vorhandenen Resultaten aus der Romandie, im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Materialien als äusserst hilfreich.

Aus den Resultaten dieser Testphasen lassen sich zusammenfassend unter den gegebenen Diskussionsaspekten die folgenden Schlussfolgerungen ziehen:

Nützlichkeit der Materialien

- ❖ Im Hinblick auf Praxistauglichkeit werden eine knappere Fassung sowie eine Restrukturierung der inhaltlichen Reihenfolge der Themen des Manuals und eine Reduktion der Materialien vorgeschlagen. Diese könnten die Vereinigung der zwei Broschüren in eine Version sowie die Integration des Bewegungsrezeptes in die Patientenbroschüre(n) beinhalten.
- ❖ Die vorgeschlagene inhaltliche Überarbeitung der Anhänge 3 & 11 soll mit den entsprechenden Experten nochmals bilateral diskutiert und konkretisiert werden. Die Vorschläge einer einzigen Broschüre und der Integration des Bewegungsrezeptes könnten anhand einer Kurzbefragung der Ärztinnen und Ärzte, welche sich an den Testphasen beteiligten (Romandie & Nordwestschweiz), verifiziert werden. Danach sollen diese, mit den anderen im Resultat-Teil dokumentierten Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen sowie weiteren hier nicht explizit aufgeführte Änderungsvorschlägen, implementiert werden.
- ❖ Den gewünschten Ergänzungen in Bezug auf weitere Themen oder Krankheitsbilder, welche zusätzlich in den Anhängen thematisiert werden sollen, könnten unter anderem mit den folgenden Massnahmen Rechnung getragen werden:
 - Spezifische Materialien für die Beratung von Kindern und Jugendlichen sollen ins Konzept aufgenommen und entwickelt werden.
 - Die weiteren Vorschläge könnten anhand einer Kurzbefragung der an den Testphasen beteiligten ÄrztInnen verifiziert und anschliessend entsprechend erarbeitet werden.

Praxistauglichkeit der vorgeschlagenen Abläufe in der Praxis

- ❖ Durch die Komplexität der zur Verfügung gestellten Materialien und die knapp zur Verfügung stehenden Zeit im Praxisalltag, wurde durch die Ärzte in der Romandie ein Übersichtsblatt („visuel“) gewünscht. Da die Mehrheit (n=4) der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte aus der Nordwestschweiz diese Idee bestätigten, soll dieses Übersichtsblatt anhand der beschriebenen inhaltlichen Vorschläge entwickelt werden.

Einbezug der Medizinischen Praxisassistentinnen

- ❖ Der Einbezug der MPAs wurde sowohl in der Romandie als auch in der Nordwestschweiz sehr individuell gehandhabt. Eine konzeptionelle mögliche Einbindung mit einer entsprechenden Weiterbildung sollte zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls in Betracht gezogen werden.

5. Weiteres Vorgehen

Die Ergebnisse der Testphasen in der Romandie sowie in der Deutschschweiz sollen als Grundlage zur breiteren Umsetzung des Konzeptes dienen.

Dabei sind die folgenden weiteren Schritte geplant:

- *Update der Materialien:*
Die angepassten Materialien werden voraussichtlich im Jahr 2008 bereit sein. Bis dahin können die bereits zur Verfügung stehenden Materialien weiterhin bei Rebekka Surbeck (rebekka.surbeck@baspo.admin) bezogen werden.
- *Standardisierte Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte:*
Diese Weiterbildung wird unter dem Namen PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CAre) unter der Federführung von Dr. med. Raphaël Bize und Dr. med. Marie-Claude Hofner, an der *Policlinique Médicale Universitaire (PMU) Lausanne*, in Zusammenarbeit mit weiteren ExpertInnen entwickelt.
- *Wirksamkeitsstudie:*
Unter der Leitung von Dr. med. Raphaël Bize ist eine randomisierte, kontrollierte Wirksamkeitsstudie in Vorbereitung, welche die Wirksamkeit des entwickelten Ansatzes untersuchen soll.
- *Mittel- bis längerfristige Umsetzungsschritte:*
Sobald die noch offene Finanzierungsfrage geklärt ist, will das Kollegium für Hausarztmedizin mit fachtechnischer Unterstützung durch seine Partner die breite Umsetzung in Angriff nehmen. Es ist dabei geplant, dass die Bewegungsförderung ins multidimensionale Projekt *Gesundheitscoaching* des Kollegiums integriert wird.

6. Dank

Bei allen beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie bei deren Praxispersonal und den drei Experten möchten wir uns von Herzen für das grosse Engagement bedanken. Ihre motivierte Mithilfe hat uns beeindruckt und Ihre Rückmeldungen haben uns geholfen, das Projekt praxisrelevant weiterzuentwickeln!

Einen besonderen Dank für die äusserst konstruktive Zusammenarbeit geht auch an unsere Projektpartner Frau Michèle Bowley (Geschäftsführerin von Gsünder Basel) sowie Herr Dr. med. Max Handschin (Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz beider Basel und AG Prävention KHM). Entsprechend wurde, wie vorgängig in der Romandie, die Wichtigkeit und Bedeutung der Kooperation mit lokalen Partnern als zentrales Element im Hinblick auf eine weitere Verbreitung der Bewegungsförderung bestätigt.

Für weitere Fragen stehen wir stehen gerne zur Verfügung.

Magglingen, 10. Dezember 2007

Für das Projekt-Team:

Rebekka Surbeck, MPH

Wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Ressort Bewegung und Gesundheit
Bundesamt für Sport BASPO
Eidgenössische Hochschule für Sport Magglingen

rebekka.surbeck@baspo.admin.ch

7. Referenzen

Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz & Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (2002). Gesundheitswirksame Bewegung. Ein Grundsatzdokument. Magglingen: BASPO

Ceesay-Egli K, Schmid M, Bauer G (2005). Bewegungsförderung bei über 65-Jährigen im Setting der hausärztlichen Praxis. Schlussbericht. Institut für Sozial- und Präventivmedizin Universität Zürich (Bibliothek ISPM Zürich; Tel.: +41 44 634 46 26; E-Mail: bibliothek@ifspm.uzh.ch)

Hillsdon M, Foster C, Cavalli N, Crombie H and Naidoo B (2005). The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews – Evidence briefing. NHS Health Development Agency, 2nd edition, February 2005. Published on the Health Development agency. Available from: www.hda.nhs.uk/evidence (11.05.2006)

Lamprecht M & Stamm HP (2005). Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 im Auftrag des Bundesamtes für Sport, Magglingen. Bewegung, Sport, Gesundheit in der Schweiz. Forschungsbericht. Zürich, L&S Sozialforschung und Beratung AG, 2005

Mäder U, Martin B, Schutz Y, Marti B, (2002). Validation study of short physical activity questionnaires, based on accelerometry (F24). In: Miilunpalo S, Tulimärki R, editors. International Symposium of Health Enhancing Physical Activity (HEPA), 1 September 2002, UKK Institute, Tampere, Finland. Helsinki: UKK Institute; 2002. p.67

Märki A, Gehring T (2001) Systematische Bewegungsberatung für über 65-Jährige im Rahmen des Projektes ZHaBe. Zürcher hausärztliche Bewegungsberatungen für über 65-Jährige Machbarkeitsstudie (ZHaBe). Zusammenfassender Bericht. Universität Zürich. Institut für Sozial- und Präventivmedizin (Bibliothek ISPM Zürich; Tel.: +41 44 634 46 26; E-Mail: bibliothek@ifspm.uzh.ch)