

Christina Bock  
Dr. sc. hum.

## **Körperliche Aktivität, Bewegungsförderung und kardiovaskuläre Prävention – Ergebnisse zweier Surveys in Baden-Württemberg zu Sport und Bewegung bei Personen zwischen 50 und 70 Jahren sowie zur Bewegungsförderung in der hausärztlichen Versorgung**

Promotionsfach: Innere Medizin  
Doktorvater: Prof. Dr. med. Curt Diehm

Hintergrund: Angesichts der hohen Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen in Deutschland und anderen Ländern besteht ein erheblicher Präventionsbedarf. Dabei geht ein Großteil der Krankheitslast auf Bewegungsmangel und andere Lebensstilfaktoren zurück. Ausreichende körperliche Aktivität kann aufgrund der günstigen Wirkung auf Risikofaktoren und Endothelfunktion der Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen entgegenwirken, deren Fortschreiten bei erkrankten Personen verlangsamen sowie Mortalitätsraten reduzieren. Bewegungsförderung ist daher ein zentraler Bestandteil in der kardiovaskulären Prävention und Rehabilitation. Dabei ist das hausärztliche Setting aufgrund der stabilen Arzt-Patienten-Beziehung und der Möglichkeit individualpräventiv tätig zu werden für die Umsetzung bewegungsförderlicher Maßnahmen bestens geeignet. Bis dato wurden kaum Studien durchgeführt, die die Nutzung des Potenzials körperlicher Aktivität in unterschiedlichen Zielgruppen für die kardiovaskuläre Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention detailliert untersuchten. Gleichzeitig gilt das Forschungsfeld „Prävention in der hausärztlichen Versorgung“ in Deutschland als unterentwickelt. Somit war unklar, wie die Bewegungsförderung durch Ärzte in der täglichen Praxis tatsächlich umgesetzt wird. Die vorliegende Arbeit liefert die bis dato fehlenden Daten anhand zweier Surveys auf Bevölkerungs- und Hausarztebene in Baden-Württemberg. Hauptziele der Arbeit waren die Beschreibung des Bewegungsverhaltens von Personen mit und ohne Risikofaktoren bzw. kardiovaskulären Erkrankungen, die Ermittlung hinderlicher und förderlicher Faktoren für körperliche Aktivität sowie die Beschreibung von Bewegungsförderungsmaßnahmen in der hausärztlichen Versorgung.

Methoden: Im Rahmen des Bevölkerungssurveys „Ein aktives Leben leben“ wurden 2.002 zufällig aus der baden-württembergischen Wohnbevölkerung ausgewählte Personen im Alter von 50 bis 70 Jahren mittels computergestützter Telefoninterviews zu Sport und körperlicher Aktivität, der persönlichen Einstellung sowie Risikofaktoren und Erkrankungen befragt (Teilnahmequote: 21%). Aus den quantitativen Angaben zu verschiedenen Sportarten, Spaziergehen und Fahrradfahren zur Fortbewegung wurden MET-Stunden pro Woche berechnet. Am eigens für diese Arbeit designten Ärztesurvey zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen (ÄSP-kardio-Studie) nahmen 260 zufällig ausgewählte Hausärzte mit Niederlassung in Baden-Württemberg teil, die postalisch zu ihrem Angebot an Bewegungsförderung und anderen Präventionsmaßnahmen, deren Barrieren sowie ihrer persönlichen Einstellung befragt wurden. Die Datenaufbereitung und -analyse beider Surveys wurde mit SPSS 18 und SAS 9.2 durchgeführt. Das Aktivitätsniveau (MET-Stunden pro Woche) konnte nach log-Transformation mit einer multiplen linearen Regression modelliert

werden. Zusätzlich wurden Determinanten einzelner Aktivitäten sowie der Bewegungsförderung in der hausärztlichen Versorgung unter Anwendung multipler Imputationsverfahren mit Hilfe logistischer Regressionen ermittelt.

Ergebnisse: In der untersuchten Altersgruppe waren 59% sportlich aktiv, 71% gingen regelmäßig spazieren und 46% nutzten das Fahrrad zur Fortbewegung im Alltag. Dabei lag der Anteil an Sportaktiven bei gesunden Personen etwas höher, während Personen mit Risikofaktoren bzw. kardiovaskulären Erkrankungen häufiger spazieren gingen. Generell zeigten sich jedoch nur geringfügige Unterschiede in Aktivitätsart und -umfang. Das Aktivitätsniveau lag in den drei Gruppen zwischen 25 und 27 MET-Stunden pro Woche ( $p = 0,078$ ). Dabei ging ein Großteil der Gesamtaktivität auf das Spaziergehen zurück. Bei zielgruppenspezifischer Betrachtung zeigten sich unterschiedliche Determinanten. So war eine internale gesundheitliche Kontrollüberzeugung vor allem bei Gesunden und Personen mit Risikofaktoren positiv mit körperlicher Aktivität assoziiert ( $\beta$  nach log-Transformation = 0,05 bzw. 0,09). Während ein hoher sozioökonomischer Status bei Personen mit Risikofaktoren mit einem höheren Aktivitätsniveau einherging ( $\beta = 0,47$ ), zeigten sich negative Assoziationen für ein ungünstiges Gesundheitsverhalten bei Personen mit kardiovaskulären Erkrankungen ( $\beta = -0,35$  für ungünstigen Ernährungsstil;  $\beta = -0,53$  für Tabakkonsum; alle  $p < 0,05$ ). Von den sportaktiven Personen wurden eher selten institutionelle Angebote genutzt. Bei den Motiven für Sportaktivität standen Entspannung, Spaß, Fitness und Geselligkeit im Vordergrund. Der ärztliche Rat zu mehr Bewegung wurde vor allem von erkrankten Personen als bedeutend eingeschätzt. Gut die Hälfte der befragten Hausärzte (55%) führte bei der Mehrheit ihrer Patienten Maßnahmen zur Bewegungsförderung durch. Mangelnde Adhärenz der Patienten, unzureichende Vergütung und Zeitmangel in der Praxis wurden als größte Hindernisse für das Angebot an gesundheitsförderlichen Maßnahmen wahrgenommen. Dennoch waren die Ärzte positiv gegenüber Gesundheitsförderung und Prävention eingestellt. In positivem Zusammenhang mit der Bewegungsförderung in der hausärztlichen Versorgung standen vor allem die persönliche Überzeugung des Arztes (OR = 1,72) und die Zusammenarbeit mit Sportanbietern (OR = 1,75; beide  $p < 0,05$ ). Jedoch vermittelte trotz einer Kooperationsrate von 46% mit Sportanbietern nur jeder sechzehnte Arzt die Mehrheit seiner Patienten weiter.

Diskussion und Schlussfolgerung: Trotz des bekannten Benefits wird das Potenzial körperlicher Aktivität in der untersuchten Altersgruppe unabhängig vom Vorliegen von Risikofaktoren oder kardiovaskulären Erkrankungen nicht ausreichend genutzt. Daher sind Programme zur Bewegungsförderung in der gesamten Altersgruppe erforderlich. Angesichts der Diskrepanz zwischen dem Potenzial und der Umsetzung von Maßnahmen zur Bewegungsförderung erscheint auch eine Optimierung des Präventionsangebotes in der hausärztlichen Versorgung notwendig. Dies ist jedoch nur unter Reduzierung finanzieller und zeitlicher Barrieren im Praxisalltag möglich. Im Sinne einer Aufgabenteilung sollte zudem eine enge Vernetzung der Ärzte mit Sport- und Bewegungsanbietern erfolgen. Voraussetzung ist hierbei jedoch, dass Sportvereine und institutionelle Sportanbieter ihr Kursangebot besser auf die Bedürfnisse der über-50-Jährigen ausrichten. Durch eine effektive Bewegungsförderung in der hausärztlichen Versorgung und eine organisierte Unterstützung von Patienten bei der Umsetzung von Bewegungsempfehlungen im Rahmen zielgruppengerechter Angebote könnten die postulierten positiven Effekte körperlicher Aktivität langfristig in die Praxis übertragen werden.