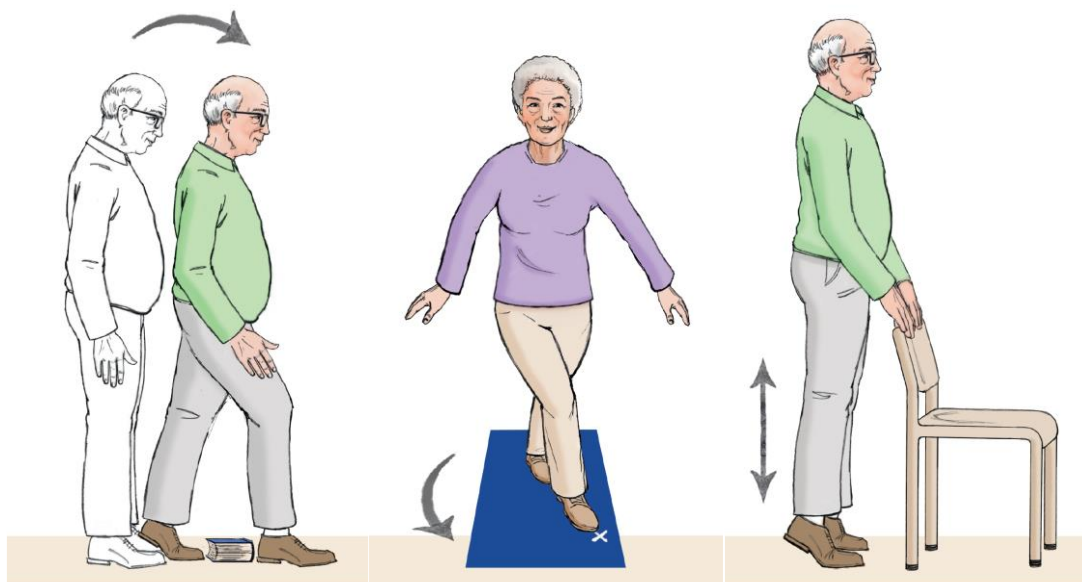


Handbuch für Trainerinnen und Trainer





Robert-Bosch-Krankenhaus

Robert Bosch Gesellschaft für
medizinische Forschung mbH



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

Geriatrisches Zentrum der
Universität Heidel-berg,
AGAPLESION Bethanien
Krankenhaus



AGAPLESION
Unsere Werte verbinden

Geriatrie der Universität Ulm
und Institut für Epidemiologie
an der Agaplesion Bethesda
Klinik



HS Gesundheit
BOCHUM

Hochschule für Gesundheit,
Studienbereich Physiotherapie



Institut für Epidemiologie und
Med. Biometrie, Universität
Ulm



Institut für Gesundheits-
ökonomie und Versorgungs-
forschung, Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



hochschule mannheim

Hochschule Mannheim,
Fakultät für Sozialwesen



Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg



AOK Baden-Württemberg



Inhalt

Kapitel 1: Beschreibung der Intervention.....	5
Kapitel 2: Allgemeine Hinweise	23
Kapitel 3: Sicherheitshinweise	27
Kapitel 4: Komplikationen.....	35
Kapitel 5: Kernkomponente „körperliches Training“ (WEBB-Programm)	39
Kapitel 6: Bedarfskomponente „Wohnraum“	47
Kapitel 7: Bedarfskomponente „Ernährung“	56
Kapitel 8: Bedarfskomponente „Alltagsbewältigung“	67
Kapitel 9: Gruppenkomponente.....	72
Kapitel 10: Motorisches Assessment	74
Kapitel 11: Adhärenz.....	81
Kapitel 12: Motivation und Volition.....	82
Kapitel 13: Ziele	88
Kapitel 14: Prozessevaluation	98
Kapitel 15: Kontrollgruppe.....	101
Anhang	103
Referenzen	119
Impressum	122

In diesem Handbuch wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und andere Geschlechteridentitäten sind dabei ausdrücklich auch gemeint.

Liebe Trainerinnen und Trainer,

ältere Menschen möchten so lange wie möglich selbständig, selbstbestimmt und in der eigenen häuslichen Umgebung leben. Mit zunehmendem Alter erfahren jedoch viele Menschen einen körperlichen Funktionsverlust, der alleine oder in Kombination mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder chronischen Erkrankungen zu einer Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung führen kann. Die betroffenen Personen verlieren zunehmend ihre Reservekapazität und weisen eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber Stressoren auf. Dieser Zustand wird Frailty (umgangssprachlich: Gebrechlichkeit) genannt und weist auf ein erhöhtes Risiko für negative Gesundheitsereignisse hin, wie beispielsweise Stürze oder eine Institutionalisierung.

Die *PromeTheus Intervention*, im Rahmen des gleichnamigen Forschungsprojekts („Prävention für mehr Teilhabe im Alter“), ist eine mehrdimensionale Intervention, die sich an ältere, zuhause lebende und gebrechliche Menschen richtet. Ziel der *PromeTheus Intervention* ist es, den weiteren Funktionsverlust aufzuhalten und die Teilhabe zu verbessern. Die *PromeTheus Intervention* wird von einem Physiotherapeuten koordiniert. Die Finanzierung des Projektes erfolgt über den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Themenfeld „Neue Versorgungsformen“. (Förderkennzeichen: 01NVF19020, Projektleitung: [REDACTED] [REDACTED] Projektlaufzeit: 2020 - 2023).

Das vorliegende Handbuch richtet sich an die Personen, die die *PromeTheus Intervention* anwenden. Diese Personen haben an einer speziellen Schulung teilgenommen und werden im Folgenden „Trainer“ genannt, da neben Physiotherapeuten auch Sportwissenschaftler, die über einschlägige Vorkenntnisse in der klinischen Versorgung von älteren Menschen verfügen, die Intervention koordinieren können.

Dieses „Handbuch für Trainer“ wird Ihnen einen umfassenden Einblick in die Inhalte, Abläufe und Hintergründe der Intervention vermitteln. Das Handbuch dient gleichzeitig auch als Skript zu einer Schulung, die Sie darauf vorbereitet, die *PromeTheus Intervention* erfolgreich anzuwenden.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß mit diesem Handbuch und bei der Vermittlung der *PromeTheus Intervention*!

Kapitel 1: Beschreibung der Intervention

1.1 Hintergrund

Die Anzahl Pflegebedürftiger hat in Deutschland von 1999 bis vor Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes im Jahr 2015 von 2,0 Millionen um 42% auf 2,9 Millionen zugenommen (www.gbe-bund.de). Dies ist weitgehend auf eine Veränderung der Pflegequote, d.h. des Anteils Pflegebedürftiger an allen Menschen in der jeweiligen Altersgruppe, von 2,5% auf 3,5% zurückzuführen.

Die Versorgung pflegebedürftiger Personen erfordert hohe materielle und personelle Ressourcen. Der Bedarf an Pflegekräften hat kontinuierlich zugenommen. So arbeiten derzeit in Deutschland 390.000 Personen in den ambulanten Pflegediensten und insgesamt 765.000 Personen in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegestatistik Statistisches Bundesamt 2017). Wird die Anzahl an pflegebedürftigen Personen und der Wegfall familiärer Strukturen wie prognostiziert weiter zunehmen, werden die materiellen, versorgungsmedizinischen und pflegerischen Konsequenzen immer schwieriger abzudecken sein.

Deshalb ist es in Zukunft von großer gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Bedeutung, körperlichen Funktionsverlust, Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung zu verhindern bzw. hinauszuschieben. Die oben dargestellte Entwicklung der Pflegequote zeigt, dass dies in Deutschland bisher nicht gelungen ist. Strukturierte Programme, die ältere Menschen gezielt am Übergang von Gebrechlichkeit zur Abhängigkeit adressieren und flächendeckend verfügbar sind, fehlen bisher vollständig. Die *PromeTheus Intervention* zielt speziell auf diesen Versorgungsbedarf ab.

Physiologische Alterungsprozesse sind häufig mit einer Abnahme der körperlichen Funktionsfähigkeit verbunden. Bei Unterschreiten eines Schwellenwerts von Muskelkraft, Koordination, Flexibilität, Ausdauer und Kognition werden körperliche Funktionen und Aktivitäten bedroht, die für die Selbständigkeit, Teilhabe und Lebensqualität im Alter essentiell sind. Beispiele sind Aktivitäten wie Gehen und Treppensteigen, sich Kleiden und Waschen, oder komplexere Aktivitäten wie Einkaufen und Kochen. Ihr Verlust kann zu Unsicherheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung führen.

Dabei werden unterschiedliche Trajektorien der körperlichen Funktion beobachtet. Viele Menschen erhalten in ihren guten funktionellen Zustand bis ins hohe Alter. Bei anderen

Menschen können akute Erkrankungen zu einer abrupten Verschlechterung führen, die eine Hospitalisierung und ggf. eine anschließende (geriatrische) Rehabilitation erforderlich machen. Nur die „Event-getriggerte“ Rehabilitation ist im deutschen Gesundheitswesen ein etablierter Prozess. Darüber hinaus gibt es aber viele zuhause lebende ältere Menschen, die eine allmähliche Verschlechterung ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit erfahren. Dies geht mit einem Verlust der Reservekapazität, einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber Stressoren (Frailty) und der Gefahr der Dekompensation der häuslichen Versorgungssituation einher. Diese Personengruppe wird nur selten einer geriatrischen Rehabilitation zugeführt. Zudem wünschen Patienten ohne akute Erkrankung in der Regel keinen stationären Aufenthalt in einer (Rehabilitations-) Klinik. Eine stationäre Rehabilitation birgt Gesundheitsrisiken wie z.B. nosokomiale Infektionen oder eine erhöhte Sturzneigung in fremder Umgebung und ist mit hohen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. Die Verordnung von Übungsbehandlungen, die durch die Physiotherapie erbracht werden, ist das aktuell für diese Patienten gängigste Angebot. Dieses Angebot ist aber nicht ausreichend zielgruppenspezifisch, in Intensität und Frequenz subtherapeutisch und fokussiert zu wenig auf Nachhaltigkeit. Vorsorgemedizinische Angebote im ambulanten Bereich, die auf den spezifischen Bedarf dieser vulnerablen Patientengruppe ausgerichtet sind, sind dagegen in Deutschland nicht verfügbar.

Der Herausforderung einer alternden Gesellschaft müssen sich alle Industrienationen stellen. Deshalb wurden in anderen Ländern Interventionen entwickelt, die Behinderung und Gebrechlichkeit bei alten zuhause lebenden Menschen verhindern oder verbessern sollten. Als zentrales Element verfügten diese Interventionen meist über ein Übungsprogramm, welches um Komponenten wie eine Anpassung der Umgebung, die Ernährung oder sozialmedizinische Aspekte erweitert wurde [1, 2]. Durch diese Interventionen lassen sich die körperliche Kapazität, der Grad der Einschränkungen, das Maß an Gebrechlichkeit verbessern, oder der Lebensradius vergrößern.

1.2 PromeTheus Intervention

Die *PromeTheus Intervention* ist eine mehrdimensionale Intervention, die sich an ältere, zuhause lebende und zunehmend gebrechliche Menschen richtet. Ziel ist es, den weiteren Funktionsverlust aufzuhalten sowie die Funktionsfähigkeit und Teilhabe zu verbessern. Beispiele für eine verbesserte Teilhabe sind der Erhalt der Aktivitäten des täglichen Lebens, das (erneute) Ermöglichen von Unternehmungen außer Hause oder eine gute psychosoziale Einbindung. Dies soll durch ein multidimensionales Programm

erreicht werden. Die Identifikation von Patienten und deren Vermittlung ins Programm erfolgt über den Hausarzt.

Die *PromeTheus Intervention* orientiert sich an einer in Australien entwickelten individualisierten multidisziplinären und multifaktoriellen Intervention, die im Rahmen des Frailty Intervention Trial (FIT), einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT), erfolgreich überprüft und gesundheitsökonomisch evaluiert wurde [3, 4]. Die motorische Kernkomponente wurde identisch übernommen, weitere Komponenten ans deutsche Versorgungssystem angepasst. Dabei werden bestehende Strukturen und Akteure des deutschen Versorgungssystems genutzt bzw. eingebunden.

Die Intervention erstreckt sich über einen Zeitraum von 12 Monaten und besteht aus a) einer Kernkomponente, b) drei Bedarfskomponenten und c) einer fakultativen Gruppenkomponente (siehe auch Tabelle 1.1).

a) Als **Kernkomponente** fungiert das körperliche Trainingsprogramm „Weight-bearing Exercise for Better Balance“ (WEBB), welches ein Trainer im Rahmen von 10 Hausbesuchen und 5 Telefonaten in 1:1 Situationen anleitet und begleitet. Auf Basis individuell erarbeiteter Ziele, und mit Hilfe motivationaler und volitionaler Techniken der Verhaltensänderung sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer befähigt werden, die Trainingsinhalte selbständig 3x/Woche je 20-30 min durchzuführen.

Das WEBB-Trainingsprogramm ist in Kapitel 5 und im WEBB-Handbuch ausführlich beschrieben. Die Trainer der Intervention nutzen das gleiche WEBB-Handbuch wie die Teilnehmenden.

b) Die *PromeTheus Intervention* enthält **Bedarfskomponenten** (bedarfsabhängige Individualkomponenten), welche die Ernährung, die Person-Umwelt-Passung (Wohnraum), die soziale Einbindung und medizinische Fragen betreffen (Alltagsbewältigung). Die Bedarfskomponenten sind an die Bedingungen und Möglichkeiten des deutschen Gesundheitssystems angepasst. Es werden die bereits verfügbaren Strukturen des Leistungsträgers genutzt (AOK Baden-Württemberg). Wenn die Ergebnisse eines einfachen, standardisierten Assessments individuellen Bedarf und die Teilnehmenden ihr Bedürfnis signalisieren, können zusätzlich folgende Versorgungsleistungen nahtlos integriert werden:

- Alltagsbewältigung: Beratung durch den Sozialen Dienst zu Themen der sozialen Teilhabe im Alter und zu psychosozialen Themen;
- Ernährungsberatung;

- Hilfsmittelbedarf und Basis-Wohnraumberatung oder Vermittlung an eine weiterführende Wohnberatungsstelle.

Die Durchführung der Bedarfskomponenten Alltagsbewältigung und Ernährungsberatung obliegt geschulten und im Umgang mit älteren Menschen erfahrenen Mitarbeitenden der AOK Baden-Württemberg (z.B. Sozialarbeiter, Ökotrophologen). Die entsprechenden Inhalte, z.B. im Rahmen der Ernährungsberatung, sind auf die spezifischen Erfordernisse älterer Menschen zugeschnitten.

c) Die dritte Säule stellt die fakultative **Gruppenkomponente** dar. So können Teilnehmende ab dem 2. Quartal der Intervention (3 Monate nach Beginn) in ein längerfristiges Gruppenangebot eingebunden werden. Das kann ein Trainingsangebot oder ein sozial-kommunikativ ausgerichtetes Angebot sein. Ziel dieser Komponente ist es durch soziale Kontakte Depression und Vereinsamung entgegen zu wirken, das Training zu verstetigen, und Teilhabe zu fördern.

Der Trainer ist der Koordinator der gesamten Intervention.

Die medizinische Behandlung verbleibt beim Hausarzt.

Tabelle 1.1 Komponenten der PromeTheus Intervention

Komponente	Inhalt	Dienstleister	Dauer
a) Kernkomponente	Körperliches Training (WEBB-Programm) ▪ 10 Hausbesuche und 5 Telefonate ▪ Eigentraining 3x/Woche	Physiotherapeut	12 Monate
b) Bedarfskomponenten	Beratung durch den Sozialen Dienst zu Themen der sozialen Teilhabe im Alter und zu psychosozialen Themen (u.a. auch Pflegeberatung) Ernährungsberatung Patient-/Umwelt-Passung: Vermittlung einer Basis-Wohnraumberatung oder Vermittlung an eine weiterführende Wohnberatungsstelle; Hilfsmittelberatung	AOK Sozialberater AOK Fachkraft Ernährung AOK Sozialberater	zeitlich begrenzt zeitlich begrenzt zeitlich begrenzt
c) Gruppenkomponente	Trainingsgruppe Sozial-kommunikativ ausgerichtete Gruppe	z.B. Sportvereine; AOK-Angebote Abhängig vom Angebot	flexibel flexibel

1.3 Rechtsgrundlage

Die *PromeTheus Intervention* stellt eine neue Versorgungsform im deutschen Gesundheitssystem dar, die momentan als Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V läuft und zeitlich befristet ist. In diesem Modellvorhaben hat die AOK Baden-Württemberg mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg entsprechend Verträge nach § 63 Abs. 1 SGB V geschlossen. Im Rahmen des laufenden Forschungsprojekts und durch dessen Evaluation werden wichtige Erkenntnisse für eine mögliche Überführung der Modell-Intervention in die Regelversorgung gesammelt.

1.4 Besonderheiten der *PromeTheus Intervention*

Die *PromeTheus Intervention* wird zunächst im Rahmen einer Modellintervention im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie erprobt und evaluiert. Folgende Aspekte sind dabei im Bereich der Routineversorgung im deutschen Gesundheitssystem innovativ:

- Es handelt sich größtenteils um ein aufsuchendes Angebot.
- Der Ansatz ist multidimensional.
- Ein entscheidender Baustein ist das eigenständige Training. Das ist ungewohnt, doch nur so lassen sich nachhaltige Effekte bei vertretbarem Ressourcenaufwand erreichen. Deshalb spielen die individuelle Zielsetzung sowie motivationale und volitionale Strategien eine wichtige Rolle.
- Schwierige, aber im Alter hochrelevante Themen wie Einsamkeit und Teilhabe werden u.a. durch Vermittlung in Gruppenangebote adressiert.
- Der Trainer hat eine erweiterte Rolle, indem er nicht nur das körperliche Training vermitteln, sondern die Teilnehmer der Intervention über einen längeren Zeitraum strukturiert betreut und ihre Bedarfe multidimensional erfasst und adressiert.

1.5 Übersicht der Inhalte

In Abbildung 1.1 und Abbildung 1.2 sind der Ablauf und der zeitliche Umfang der Hausbesuch bzw. der Telefonate dargestellt. Eine detaillierte Beschreibung wichtiger Inhalte findet sich in den entsprechenden Kapiteln. Die Abläufe und Inhalte der einzelnen Hausbesuche und Telefonate sind im Folgenden detailliert beschrieben.

Hausbesuch	1. Termin	2. Termin	3. Termin	4. Termin	5. Termin	6. Termin	7. Termin	8. Termin	9. Termin	10. Termin
Richtwert	1. Woche	2. Woche	4. Woche	6. Woche	10. Woche	14. Woche	18. Woche	26. Woche	34. Woche	42. Woche
Zeitenfenster	1.-2. Woche	1.-3. Woche	3.-5. Woche	5.-7. Woche	9.-11. Woche	13.-15. Woche	17.-19. Woche	25.-27. Woche	33.-35. Woche	41.-43. Woche
Vorstellung, Kennenlernen, Anamnese, Untersuchung	00:15									
Einführung, Besprechung Handbücher, Ablauf, Terminfindung	00:15									
Abschlussbesprechung	00:10									00:10
Motorischer Test: DEMMI (Pre-, Re- und Post-Test)	00:05					00:05				00:05
Adhärenz (EARS), Ziele, Motivation	01:30	00:10	00:10	00:10	00:05	00:10	00:05	00:10	00:15	00:15
Trainingsmaterial WEBB: austeilen, erklären, veräußern	00:10									
WEBB: Instruktion, Evaluation/Kontrolle und Anpassung	03:30	00:15	00:25	00:10	00:15	00:15	00:20	00:20	00:25	00:15
Bedarfsermittlung & Besprechung: Wohnraum ^a	00:25		00:25							
Bedarfsermittlung & Besprechung: Ernährung ^b	00:25			00:25	mögl.					
Bedarfsermittlung & Besprechung: Alltagsbewältigung ^b	00:25			mögl.	00:25					
Bedarfskomponenten (Follow-Up/"Klappt alles?"/finale Klärung)	00:10						00:05		00:05	
Umfang (hh:mm)	07:30	01:00	01:00	00:45	00:45	00:30	00:30	00:30	00:45	00:45

^a immer mit BK Wohnraum starten; ^b Temporäre Priorisierung der BK Ernährung & BK Alltagsbewältigung individuell nach Bedarf und im Ermessen der Trainern bzw. des Trainers

Abbildung 1.1 Ablauf und zeitlicher Umfang der Hausbesuch

	Telefonat	1. Telefonat ^a	2. Telefonat ^b	3. Telefonat	4. Telefonat	5. Telefonat
Richtwert		5. Woche	12. Woche	22. Woche	38. Woche	50. Woche
Zeitfenster		4. - 6. Woche	11. - 13. Woche	21. - 23. Woche	37. - 39. Woche	49. - 50. Woche
Vorstellung, Kennenlernen, Anamnese, Untersuchung	00:00					
Einführung, Besprechung Handbücher, Ablauf, Terminfindung	00:00					
Abschlussbesprechung	00:00					
Motorischer Test: DEMMI (Pre-, Re- und Post-Test)	00:00					
Adhärenz (EARS), Ziele, Motivation	00:40	00:05	00:10	00:05	00:10	00:10
Trainingsmaterial WEBB: ausstellen, erklären, verräumen	00:00					
WEBB: Instruktion, Evaluation/Kontrolle und Anpassung	00:25	00:05	00:05	00:05	00:05	00:05
Bedarfsermittlung & Besprechung: Wohnraum ^a	00:00					
Bedarfsermittlung & Besprechung: Ernährung ^b	00:00					
Bedarfsermittlung & Besprechung: Alltagsbewältigung ^b	00:00					
Bedarfskomponenten (Follow-Up/"Klappt alles?"/finale Klärung)	00:35	00:10	00:05	00:10	00:05	00:05
Umfang (hh:mm)	01:40	00:20	00:20	00:20	00:20	00:20

^a immer zwischen 3. und 4. Hausbesuch; ^b immer zwischen 5. und 6. Hausbesuch

Abbildung 1.2 Ablauf und zeitlicher Umfang der Telefonate

4.6 Hausbesuche

Bei den 10 Hausbesuchen führen die Trainer die *PromeTheus Intervention* nach vorheriger Terminvereinbarung zuhause bei den Teilnehmenden durch. Kontakte in externen oder außerhäuslichen Einrichtungen sind nicht vorgesehen. Auch wenn ein Teilnehmer zeitweise in einem Studienzentrum stationär behandelt wird, kann dort keine *PromeTheus Intervention* stattfinden.

Die Hausbesuche sind meist 45 Minuten lang, mit einzelnen längeren (60 Minuten) und kürzeren Einheiten (30 Minuten). Diese Zeitkontingente sind vorgegeben und können nicht individuell angepasst oder verändert werden.

Die Interventionszeit beginnt mit dem Betreten der Häuslichkeit und endet mit deren Verlassen. Die An- und Abfahrtzeit zählt nicht mit zur Interventionszeit. Die Dokumentation des Hausbesuchs (Therapiedokumentation) sollte während bzw. innerhalb der Einheiten erfolgen. Die *PromeTheus Intervention* mit den vorgesehenen Inhalten durchzuführen, erfordert ein sehr gutes Zeit- und Organisations-Management der Trainer.

Die 10 Hausbesuche sollen unbedingt vollumfänglich (also ohne Reduktion) innerhalb von 12 Monaten durchgeführt werden. Zusätzliche Termine sind nicht vorgesehen.

4.6.1 Hausbesuche: Planung

Bei der Planung der Termine sollten die in Abbildung 1.1 vorgesehenen Wochen-Richtwerte und Zeitfenster eingehalten werden. Ist dies nicht möglich, z.B. weil ein Teilnehmer verreist ist, sollte der Termin zum nächstmöglichen Zeitpunkt geplant werden. Fällt ein Termin (spontan) aus, z.B. weil ein Teilnehmer erkrankt ist, sollte der Termin möglichst zeitnah nachgeholt werden. Jede Abweichung vom vorgegebenen Rhythmus ist in der **Datenbank** (Kapitel 2.4) zu begründen.

Die Vorausplanung der Hausbesuche erfolgt im individuellen Ermessen der Trainer. Die Empfehlung ist, die Termine über einen Zeitraum von 2 bis 3 Monaten im Voraus zu planen. Eine Vorausplanung aller 10 Hausbesuche über die gesamten 12 Monate zu Beginn der Intervention wird empfohlen.

Die vereinbarten Termine können in die entsprechenden Dokumente in den Arbeitsbüchern („Terminübersicht Trainer“ und „Terminübersicht Teilnehmer“) und in der **Datenbank** eingetragen werden.

4.6.2 Hausbesuche: Durchführung

Im Rahmen der Hausbesuche werden 4 verschiedene Themenbereiche abgedeckt:

1. Körperliches Training (WEBB-Programm)
2. Bedarfskomponenten
3. Zielsetzung, Adhärenz und Motivation
4. Administration

Die vorgesehenen Inhalte der 10 Hausbesuche sind in der Abbildung 1.1 beschrieben. Abweichungen sollten vermieden werden, sind aber im Einzelfall nach Ermessen der Trainer möglich. Jeder Hausbesuch folgt grundsätzlich der folgenden Struktur:

1. Anfahrt zur Häuslichkeit der Teilnehmenden
2. Begrüßung der Teilnehmenden
3. Prüfen und Ausfüllen der „Checkliste Gesundheit“

4. Durchführung der Intervention
5. Ausfüllen des „Protokoll Hausbesuch“
6. Ausfüllen der „Checkliste Hausbesuche“
7. Verabschiedung der Teilnehmenden
8. Ausfüllen der „Dokumentation Hausbesuch“
9. Abfahrt zum nächsten Hausbesuch oder zum Studienzentrum

4.6.3 Hausbesuche: Protokoll (Therapiedokumentation)

Jeder Hausbesuch wird in einem dafür vorgesehenen Dokument („Protokoll Hausbesuch“) kurz protokolliert, im Sinne einer Therapiedokumentation. Das Ziel dieser Dokumentation ist es, nachvollziehen zu können, was in den vergangenen Einheiten (Hausbesuchen) bereits erfolgt ist und welche Besonderheiten aufgetreten oder zu beachten sind. Zudem werden Hinweise und Aufgaben notiert, die für die nächsten Kontakte wichtig sind (Hausbesuche oder Telefonate).

Das Protokoll dient als Erinnerungsstütze für die Trainer und kann bei wechselnden Trainern als „Übergabeprotokoll“ genutzt werden.

Zudem werden der Zeitpunkt und die Dauer der Telefonate in der **Datenbank** notiert.

4.6.4 Hausbesuche: Inhalte

Der zeitliche und inhaltliche Ablauf der 10 Hausbesuche ist in der Abbildung 1.1 sowie in der „Checkliste Hausbesuche“ im „Arbeitsbuch Trainer“ dargestellt. In diesem Kapitel sind die Inhalte sowie die Besonderheiten der Hausbesuche detailliert beschrieben.

Kennenlernen und gegenseitige Vorstellung

Das gegenseitige Kennenlernen und die gegenseitige Vorstellung beim 1. Hausbesuch erfolgt nach Ihrer Expertise und Ihrer klinischen Erfahrung. Teilen Sie den Teilnehmenden aber mindestens die folgenden Informationen kurz mit:

- o Ihren Namen, Profession, Ausbildung und berufliche Erfahrung
- o Wo arbeiten Sie gerade, bzw. von welchem Studienzentrum kommen Sie?

- o Wie und wann sind Sie zu erreichen? (Verweis auf Kontaktdaten der Trainer im „Arbeitsbuch Teilnehmer“)

Anamnese

Das Ziel der Anamnese ist, in der zur Verfügung stehenden Zeit wichtige Informationen zum aktuellen gesundheitlichen Zustand und der Krankengeschichte der teilnehmenden Person zu erhalten. Beachten Sie hierbei auch die (wichtigen) personenbezogenen Faktoren sowie die Umweltfaktoren. Als Leitfaden und zur Dokumentation steht Ihnen das Dokument „Teilnehmerakte“ („Patientenakte“; im Arbeitsbuch Trainer) zur Verfügung. Weiterführende Fragen und Themen sind möglich und liegen in Ihrem Ermessen.

Körperliche Untersuchung

Um das körperliche Training sicher durchzuführen und die WEBB-Übungen individuell an den Gesundheitszustand und die körperliche Funktionsfähigkeit der Teilnehmenden anzupassen, sollte im 1. Hausbesuch eine kurze körperliche Untersuchung erfolgen. Diese (körperliche) Untersuchung beschränkt sich ausschließlich auf bedeutsame Symptome, Körperregionen, Körperfunktionen und -Strukturen, die für die WEBB-Übungen relevant sind und für die es aus der Anamnese oder basierend auf Ihrem „Sichtbefund“ relevante Hinweise gibt.

Innerhalb des zur Verfügung stehenden Zeitrahmens können die Teilnehmenden natürlich nicht über das WEBB-Programm hinaus physiotherapeutisch untersucht und behandelt werden. Unser gemeinsames Ziel sollte es vielmehr sein, die *PromeTheus Intervention* mit ihren Kern- und Bedarfskomponenten zu vermitteln.

Einführung in die Intervention

Erläutern Sie den Teilnehmenden kurz den Hintergrund, die Ziele und die Inhalte der *PromeTheus Intervention*. Alle Teilnehmenden haben vorab bereits eine detaillierte schriftliche Studieninformation erhalten, auf die Sie verweisen können.

Motorisches Assessment (DEMMI)

Die Durchführung und Auswertung des motorischen Testverfahrens "de Morton Mobility Index" (DEMMI) ist in Kapitel 10 beschrieben.

Kernkomponente: WEBB-Programm

Eine ausführliche Beschreibung des WEBB-Programms findet sich im „WEBB Handbuch“ sowie in Kapitel 5.

Trainingsplan und „Hausaufgaben“

Die Teilnehmenden sollen aktiv in die Intervention eingebunden werden, ohne dass Sie zu viele Aufgaben und Ablenkungen haben. Bei allen Hausbesuchen ist es vorgesehen, dass die Teilnehmenden einen Trainingsplan erhalten, in dem Sie notieren können, welche Übungen durchgeführt werden sollten und wie diese gesteigert werden können. So kann auch wichtige persönliche Kontaktzeit gespart werden. Es sind folgende „Hausaufgaben“ vorgesehen:

- „Arbeitsbuch Teilnehmer“ und „WEBB Handbuch“ lesen (1. Hausbesuch). Bitten Sie die Teilnehmenden, die beiden Handbücher durchzuarbeiten und mögliche Fragen zu notieren, damit diese beim nächsten Hausbesuch besprochen werden können.
- Ziele überlegen (1. Hausbesuch). Bitten Sie die Teilnehmenden, 2 bis 3 Ziele zu überlegen und aufzuschreiben, die in der nächsten Sitzung weiter besprochen werden können.
- ‚Exercise Adherence Rating Scale‘ (EARS) ausfüllen (nur in Hausbesuch 3, 6 und 8): Bitten Sie die Teilnehmenden, die EARS (Fragebogen; im Arbeitsbuch Teilnehmer) bis zum nächsten Hausbesuch auszufüllen, nachdem Sie ihnen den Fragebogen kurz erläutert haben.

Adhärenz und Motivation

Strategien zur Steigerung und Aufrechterhaltung der Adhärenz, inklusive EARS-Fragebogen, sind in den Kapiteln 11 und 12 beschrieben. Nutzen Sie in den Telefonaten ebenso wie bei den Hausbesuchen Techniken der ‚Motivierenden Gesprächsführung‘ (Kapitel 12).

Individuelle Ziele

Informationen zur Erarbeitung, Formulierung und Evaluation der individuellen Ziele finden sich im Kapitel 13.

Bedarfskomponenten

Informationen zu den Bedarfskomponenten Alltagsbewältigung, Ernährungsberatung und Wohnraum (Patient-/Umwelt-Passung) finden Sie in den Kapiteln 6, 7 und 8.

Gruppenangebote

Der Ablauf der Vermittlung in Gruppenangebote ist im Kapitel 9 beschrieben.

Abschlussbesprechung

Beim 10. Hausbesuch findet eine Abschlussbesprechung statt, in der nach Ihrem eigenen Ermessen und dem Bedarf der Teilnehmenden, folgende Punkte behandelt werden können:

- Offene Fragen
- Rückblick auf die motorische und funktionelle Entwicklung in den letzten 12 Monaten
- Verstetigung des Trainings über den PromeTheus-Zeitraum hinaus

Besonderheit beim 1. Hausbesuch

Sammeln Sie bitte den Patientenfragebogen ein, der bei M0 ausgeteilt wurde. Kontrollieren Sie ob alle Fragen beantwortet wurden und bringen Sie diesen mit in das Studienzentrum. Scannen Sie anschließend den Fragebogen und speichern Sie das Dokument auf dem Server. Tragen Sie den Erhalt und den Scann-Vorgang in der **Datenbank** ein.

1.7 Telefonate

Im Rahmen der *PromeTheus Intervention* sind insgesamt 5 Telefonate à 20 Minuten zu festen Zeiten zwischen den Teilnehmenden und den Trainern vorgesehen. Die Terminierung wird durch die Trainer initiiert. Die Termine sollen im Arbeitsbuch der Teilnehmenden („Terminübersicht Teilnehmer“) und in der **Datenbank** notiert werden.

Die Ziele der Telefonate sind:

- die Inhalte der Intervention zu vermitteln
- den Kontakt mit den Teilnehmenden zu intensivieren
- die Adhärenz und Motivation zu steigern
- den Teilnehmenden ein strukturiertes Angebot für Rückfragen und einen Austausch zu bieten
- wichtige Aspekte zu besprechen und zu vermitteln, die nicht zwingend im Rahmen eines Hausbesuchs besprochen werden müssen

Die Teilnehmenden werden angehalten, Fragen und Unklarheiten, die während der Zeit auftreten, zu notieren und im Rahmen der Hausbesuche und der Telefonate zu

besprechen. Sporadische ad-hoc Telefonate („trouble-shooting“) sind möglich, sollten aber die Ausnahme sein. Gründe für außerplanmäßige Telefonate sein:

- Absage oder Verschiebung eines Termins
- Auftreten eines „unerwarteten Ereignis“ (*severe adverse event* (SAE), z.B. Krankheit, Verletzung, Krankenhausaufenthalt)
- Wichtige und dringende Fragen, die im Zusammenhang mit der *PromeTheus Intervention* und den dort verwendeten Materialien stehen

Alle zusätzlichen Kontakte mit den Teilnehmenden müssen in der **Datenbank** eingetragen werden.

1.7.1 Telefonate: Planung

Die 5 Telefonate werden entsprechend der zeitlichen Terminierung innerhalb des Interventions-Zeitraums (12 Monate) und entsprechenden den Vorgaben in Abbildung 1.2 geplant. Die vorgegebenen Zeitfenster sollten eingehalten werden und die Telefonate sollten in den dafür vorgesehenen Wochen (Richtwerte) geplant werden. Ist dies nicht möglich, z.B. weil ein Teilnehmer verreist ist, sollte das Telefonat zum nächstmöglichen Zeitpunkt geplant werden. Fällt ein Telefonat (spontan) aus, z.B. weil ein Teilnehmer erkrankt ist, sollte das Telefonat möglichst zeitnah nachgeholt werden.

Jede Abweichung vom vorgegebenen Rhythmus ist in der **Datenbank** zu begründen.

Die Vorausplanung der Telefonate erfolgt im individuellen Ermessen der Trainer. Die Empfehlung ist, die Telefonate über einen Zeitraum von 2 bis 3 Monaten im Voraus zu planen. Eine Vorausplanung aller 5 Telefonate über die gesamten 12 Monate zu Beginn der Intervention wird nicht empfohlen.

1.7.2 Telefonate: Durchführung

Bitten Sie die Teilnehmenden im Voraus, sich auf die Telefonate vorzubereiten. Fragen an die Trainer sollten am besten vorab schriftlich notiert werden und die Teilnehmenden sollten ihre Dokumente zur Hand haben (Ordner mit dem „Arbeitsbuch Teilnehmer“ und „WEBB Handbuch“).

Rufen Sie die Teilnehmenden zuhause an und erläutern Sie bei Bedarf kurz wer Sie sind, warum Sie anrufen und was das Ziel des Telefonats ist. Erkundigen Sie sich kurz nach dem aktuellen Befinden der Teilnehmenden und nutzen Sie auch ruhig etwas Zeit, um ein wenig ‚Small Talk‘ zu halten und die persönliche Beziehung zu den Teilnehmenden zu stärken.

Wenn Sie alle Inhalte besprochen haben, erinnern Sie die Teilnehmenden bitte an den nächsten Termin (Hausbesuch oder Telefonat) und mögliche ‚Hausaufgaben‘ („Trainingsplan“), die bis dahin zu erledigen sind.

Nutzen Sie jedes Telefonat, um den Teilnehmenden zu verdeutlichen, wie wichtig das regelmäßige WEBB-Training und die Teilnahme an den Bedarfs- und Gruppenangeboten sind.

1.7.3 Telefonate: Protokoll

Jedes Telefonat wird in einem dafür vorgesehenen Dokument kurz protokolliert („Protokoll Telefonat“). Das Ziel dieser Protokollierung ist es, nachvollziehen zu können, was in den vergangenen Telefonaten besprochen wurde und welche Besonderheiten aufgetreten oder zu beachten sind. Zudem sollen Hinweise und Aufgaben notiert werden, die für die nächsten Kontakte (Hausbesuche oder Telefonate) wichtig sind. Das Protokoll dient als Erinnerungsstütze für die Trainer.

Der Zeitpunkt und die Dauer der Telefonate werden in der **Datenbank** notiert.

1.7.3 Telefonate: Inhalte

Für alle 5 Telefonate ist jeweils Zeit vorgesehen für die folgenden Inhalte:

- Adhärenz, Ziele und Motivation
- Kernkomponente: WEBB-Programm
- Bedarfskomponenten

Adhärenz, Ziele und Motivation

Nutzen Sie die zur Verfügung stehende Zeit, um die Teilnehmenden daran zu erinnern, wie wichtig das regelmäßige Training ist. Besprechen Sie Barrieren bei der Durchführung des Trainings und motivieren Sie die Teilnehmenden, mindestens 3-mal pro Woche zu trainieren. Weisen Sie auch auf die hohe Bedeutung des Ausdauertrainings hin.

Sprechen Sie mit den Teilnehmenden über ihre Ziele. Gibt es hier Fortschritte? Wenn nicht, woran liegt das? Was können Strategien und Methoden sein, um die Ziele zu erreichen? Welche Maßnahmen sind notwendig, um die Ziele noch zu erreichen, und wie können Sie die Teilnehmenden dabei unterstützen?

Nutzen Sie in den Telefonaten die gleichen Techniken der ‚Motivierenden Gesprächsführung‘ wie bei den Hausbesuchen (Kapitel 12).

Kernkomponente: WEBB-Programm

Besprechen Sie die WEBB-Übungen und sprechen Sie dabei z.B. die folgenden Aspekte an:

- Wie klappen die Übungen?
- Wie und wo gibt es Fortschritte?
- Wie gestaltet sich die Progression? Beraten Sie die Teilnehmenden hinsichtlich der Anpassung/Steigerung von Übungen.
- Ist es nötig, Übungen zu wechseln?
- Gibt es Probleme bei der Durchführung einzelner Übungen?
- Wie gestaltet sich das Ausdauertraining?
- Wie klappt die Dokumentation des Trainings?
- Gab es Probleme mit der Sicherheit bei einzelnen Übungen?

Bedarfskomponenten und Gruppenkomponente

Besprechen Sie die Umsetzung und den aktuellen Stand hinsichtlich der Bedarfskomponenten. Sprechen Sie z.B. folgende Aspekte an:

- Welche zusätzlichen Angebote wurden bereits wahrgenommen? Wie hat dies funktioniert? Wie geht es weiter?
- Welche Angebote wurden noch nicht wahrgenommen? Wo gibt es Barrieren? Wie können Sie die Teilnehmenden diesbezüglich weiter unterstützen?
- Gibt es noch Unklarheiten oder offene Fragen bzgl. der Bedarfskomponenten und/oder der Gruppenangebote?

In einzelnen Fällen kann es möglich sein, dass die Bedarfserhebung und/oder die Beratung hinsichtlich der Bedarfskomponenten während der Hausbesuche nicht

abgeschlossen werden konnte. In diesen Fällen ist es auch möglich, die Telefonate zu nutzen um diese Prozesse abzuschließen oder zu ergänzen.

1.8 Qualifikation der Trainer

Die Trainer koordinieren die *Prometheus Intervention* und nehmen somit die zentrale Rolle in der Versorgung der älteren, gebrechlichen Personen ein. Die Trainer führen, primär im Rahmen von Hausbesuchen und Telefonaten mit den Teilnehmenden, unter anderem die folgenden **Tätigkeiten** durch:

- Anleitung und Supervision des WEBB-Trainings
- Bedarfserhebung der Bedarfskomponenten (Wohnraum, Ernährung, Alltagsbewältigung)
- Vermittlung in eine Gruppenkomponente
- Interdisziplinäre Kommunikation mit den anderen Gesundheitsdienstleistern (u.a. Hausärzte, Sozialarbeiter, Ernährungsberater)
- Anwendung von Strategien und Techniken zur Förderung der Motivation und Adhärenz (z.B. Technik der motivierenden Gesprächsführung, Zielformulierung)
- Beratung und Betreuung der älteren und gebrechlichen Teilnehmenden hinsichtlich der Bewegungsförderung, sozialen Teilhabe und gesundheitlichen Versorgung

Die Hausbesuche und Telefonate im Rahmen der Intervention werden als „Heilmittel“ (Maßnahmen der Physiotherapie) gemäß Heilmittel-Richtlinie abgerechnet. Die Trainer sollten daher die folgenden **Qualifikationen** erfüllen:

- Abgeschlossene Ausbildung zum Physiotherapeuten (Staatsexamen)
- Einschlägige und umfassende Kompetenzen auf dem Gebiet der klinischen Urteilsbildung und der evidenzbasierten Therapie im Bereich Geriatrie, die in mehrjähriger klinischer Praxis erprobt sind
- Erfahrung in der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Ein abgeschlossenes Hochschulstudium in der Physiotherapie oder in einem anderen relevanten Fachgebiet, wie beispielsweise der Psychologie, Gesundheits-, Rehabilitations-, Sozial- oder Sportwissenschaft ist wünschenswert

Im Rahmen des Forschungsprojektes können auch Sportwissenschaftler, die über einschlägige Vorkenntnisse in der klinischen Versorgung von älteren Menschen und in der interprofessionellen Zusammenarbeit verfügen, die Intervention koordinieren.

Kapitel 2: Allgemeine Hinweise

2.1 Benötigte Materialien zur Vorbereitung und Durchführung der PromeTheus-Intervention

Diese Materialien benötigen Sie als **Trainer** zur Vorbereitung und Durchführung der *PromeTheus Intervention*:

- **Handbuch Trainer:** In diesem Handbuch finden Sie alle Informationen zur Intervention.
- **WEBB Handbuch**
- **Arbeitsbuch für Trainer:**
 - o **Teil A: allgemein:** Sie haben ein Arbeitsbuch, in dem die Dokumente abgeheftet sind, die Sie bei Bedarf verwenden können, wie z.B. die Liste aller Ansprechpartner im Projekt. Zudem finden Sie in diesem Teil laminierte Dokumente, die Sie für jeden Teilnehmenden bzw. bei jedem Hausbesuch/Telefonat benötigen, aber mehrmals verwenden können (eintragen und wieder wegwischen).
 - o **Teil B: Teilnehmer-spezifisch:** Für jeden Teilnehmer haben Sie ein Arbeitsbuch, in dem spezifische Dokumente abgeheftet sind, die Sie zur Versorgung der individuellen Teilnehmenden benötigen.
- Kugelschreiber/Stift, Notizzettel, Post-It
- Persönliche Schutzausrüstung (s. Covid-19 Konzept)

Diese Materialien benötigen die **Teilnehmenden** zur Durchführung der Intervention:

- **Arbeitsbuch Teilnehmer:** In diesem Arbeitsbuch finden die Teilnehmenden wichtige Dokumente, die sie für die Teilnahme an der Intervention benötigen, wie z.B. die Terminübersicht und den Trainingsplan.
- **WEBB Handbuch**

Beide Handbücher befinden sich in einem Ordner, den die Teilnehmenden zu Beginn der Intervention von den Trainern ausgeteilt bekommen.

Zur Durchführung des WEBB-Programms benötigen die Teilnehmenden die spezifischen **WEBB Trainingsmaterialien**, die von den Studienzentren bereitgestellt und durch die Trainer beim 1. Hausbesuch ausgeteilt werden. Diese Materialien verbleiben in der Häuslichkeit der Teilnehmenden:

- Gewichtsweste mit Gewichten
- Keil
- Anti-Rutsch Matte
- Schaumstoffmatte (Balance-Pad)
- Klebeband (um Markierungen auf dem Fußboden anzubringen)

Die Teilnehmenden benötigen zudem weitere Alltagsgegenstände um die WEBB-Übungen durchzuführen. Diese Gegenstände wählen Sie zusammen mit den Teilnehmenden in der jeweiligen Häuslichkeit aus:

- Gegenstände um darüber zu steigen (z.B. Buch)
- Gegenstände nach denen man greifen kann (z.B. eine kleine Wasserflasche)
- Kissen
- Tisch
- Stühle

2.2 Vorbereitung zur PromeTheus-Intervention für die Trainer

Bevor ein Trainer die *PromeTheus Intervention* das erste Mal durchführt, ist es erforderlich, folgende Literatur gelesen zu haben:

- Handbuch Trainer
- WEBB-Handbuch

2.3 Eine komplexe Intervention - weniger ist mehr!

Die *PromeTheus Intervention* ist eine sogenannte ‚komplexe Intervention‘, die sich dadurch auszeichnet, dass sie mehrere interagierende Komponenten beinhalten, die

sowohl unabhängig als auch voneinander abhängig wirken können. Die Kernkomponente (körperliches Training) sowie die Bedarfs- und die Gruppenkomponenten werden in eine Intervention integriert und sollen zusammen eine besonders hohe Wirkung auf die soziale Teilhabe, die sogenannte Lebensraummobilität (*life-space mobility*) und die Gesundheit der Teilnehmenden erzielen. Zu beachten ist, dass der Komplexitätsgrad der Intervention für die einzelnen Teilnehmenden variieren kann. Einzelne Personen werden nur das WEBB-Programm durchführen und keinen Bedarf und kein Bedürfnis für weitere Komponenten haben. Andere Personen benötigen zusätzlich eine intensive Unterstützung und Versorgung hinsichtlich ihrer Ernährung, Alltagsbewältigung und Patient/Umwelt-Passung.

Unter der Berücksichtigung, dass die Personen mit den meisten Bedarfen in der Regel auch die ‚komplexesten‘, fragilsten und vulnerabelsten Personen sind, sollte das Risiko einer Überforderung und ‚Überfrachtung‘ immer berücksichtigt werden. Dies gilt sowohl für die Anzahl der Komponenten der *PromeTheus Intervention* als auch für die Inhalte der einzelnen Komponenten. Hier sollten die Trainerinnen und Trainer das Sprichwort „Weniger ist mehr“ im Hinterkopf behalten.

Dies bedeutet beispielsweise, dass es sinnvoll sein kann, einzelne Bedarfskomponenten zu priorisieren, im zeitlichen Verlauf ‚nach Hinten zu schieben‘ oder im Extremfall auch gar nicht durchzuführen, wenn eine teilnehmende Person mit vielen Bedarfen Zeichen von Überforderung zeigt. In solchen Fällen ist es zielführender, die Kernkomponente (und die wichtigste(n) Bedarfskomponente(n)) zu priorisieren. Andere Komponenten können dann mitunter später adressiert werden - oder mitunter auch ganz wegfallen. Im Zweifel **ist grundsätzlich die Kernkomponente zu priorisieren.**

„Weniger ist mehr“ bedeutet innerhalb der Komponenten, illustriert am Beispiel des WEBB-Programms, dass es wichtiger ist, wenige Übungen korrekt und regelmäßig/häufig durchzuführen, als viele Übungen zu instruieren, die mitunter zu einer Überforderung und Verwirrung der Teilnehmenden führen können. Beim WEBB-Programm sollen die Teilnehmenden beispielsweise 3 Koordinationsübungen und 3 funktionelle Kräftigungsübungen pro Trainingseinheit absolvieren. Für viele Teilnehmende reicht es zu Beginn aus, nur die wichtigsten 6 der insgesamt 12 Übungen zu kennen. Weitere WEBB-Übungen können dann mit der Zeit instruiert und alternativ durchgeführt werden.

„Weniger ist mehr“ bedeutet innerhalb der Bedarfskomponenten, illustriert am Beispiel der Ernährungs-Intervention, dass einzelne der empfohlenen Maßnahmen nicht

umgesetzt werden, um die Teilnehmenden nicht zu überfordern - auch wenn deren Sinnhaftigkeit allen Beteiligten bekannt ist.

Die Priorisierung und Durchführung der einzelnen Komponenten und Komponenten-Aspekte obliegt den Koordinatoren der Intervention (Trainern) in Absprache mit den Teilnehmenden, deren Angehörigen, den Anbietern der Bedarfskomponenten sowie den jeweiligen Hausärzten.

2.4 Datenbank

Um das PromeTheus Projekt wissenschaftlich auszuwerten und zu evaluieren, werden viele verschiedene Daten erhoben, die in einer sogenannten **Datenbank** (auch MONA genannt) erfasst und gespeichert werden. Diese Datenbank wird zentral von der Uni Ulm verwaltet. Aus datenschutzrechtlichen Gründen hat aber auch jedes Studienzentrum (Stuttgart, Heidelberg, Ulm) eine eigene lokale Datenbank, auf die jeweils nur die Mitarbeitenden der jeweiligen Studienzentren zugreifen können.

Alle Trainer haben einen individuellen, Passwort-geschützten Zugriff auf die lokale Datenbank im Studienzentrum.

Eine korrekte und vollständige Eingabe der Daten in die Datenbank ist von sehr großer Bedeutung für das Forschungsprojekt. Alle Trainer werden im Umgang mit der Datenbank gesondert geschult. Beachten Sie bitte auch die SOPs zur Datenbank, die direkt in der Datenbank hinterlegt sind.

Die zentrale Ansprechpartnerin für die Datenbank ist die Projektkoordinatorin ■■■

■■■■■

Kapitel 3: Sicherheitshinweise

3.1 Allgemeiner Sicherheitshinweis

Die Sicherheit der Teilnehmenden steht grundsätzlich an erster Stelle! Alle Koordinations- und Kräftigungsübungen des WEBB-Programms sollten, wie im „WEBB Handbuch“ beschrieben, so angeleitet werden, dass die Teilnehmenden diese auch selbständig und sicher durchführen können. Im Zweifel können die Übungen auch mit Unterstützung der Hände durchgeführt werden, wenn der Teilnehmer ansonsten zu unsicher ist.

Es ist jedoch auch aus trainingswissenschaftlicher Sicht zu betonen, dass die Teilnehmenden in der Regel größere Fortschritte machen, wenn Sie über gewohnte Bewegungsmuster und Übungen hinausgehen und ihren Körper immer wieder aufs Neue dosiert herausfordern. Dazu reicht es nicht aus, regelmäßig immer das gleiche Training durchzuführen. Vielmehr sollten die Trainingsreize behutsam gesteigert werden (**Prinzip der Progression**). Falls wiederholt muskuloskelettale Probleme auftreten, oder falls bei den Teilnehmenden trotz adäquater Übungsdurchführung und Belastungsintensität mittelfristig (im Zeitraum von mehreren Wochen) eine Leistungsstagnation oder sogar ein Leistungsrückgang zu beobachten ist, kann es aber auch sinnvoll sein, das Training im Rahmen der WEBB-Vorgabe zu verändern (**Prinzip der Variation**), bevor eine Steigerung erfolgt. Es ist wichtig, den Teilnehmenden diese beiden Prinzipien zu vermitteln.

3.2 Checkliste Gesundheit

Im „Arbeitsbuch für die Trainerinnen und Trainer“ findet sich eine „Checkliste Gesundheit“, die zu Beginn eines jeden Hausbesuchs zusammen mit den Teilnehmern vollständig abgeprüft werden muss. Sollten Auffälligkeiten oder Risiko-Indikatoren vorliegen, müssen umgehen die in der Checkliste beschriebenen Maßnahmen eingeleitet werden. In Situationen, bei denen Sie Bedenken haben den Vorgaben zu folgen oder in denen Sie sich nicht sicher sind, wie sie vorgehen sollen, nehmen Sie bitte umgehen telefonischen Kontakt mit dem Studienleiter bzw. der medizinischen Ansprechperson („Medizinischer Backup“) im jeweiligen Studienzentrum auf.

3.3 COVID-19 Konzept

Das vollständige COVID-19 Konzept findet sich in „Arbeitsbuch Trainer“ („Hygienekonzept der PromeTheus-Studie“). Bitte beachten Sie bei jedem Hausbesuch bzw. bei persönlichem Kontakt mit den Teilnehmenden gewissenhaft und vollumfänglich die folgenden Maßnahmen:

- [1] Desinfizieren Sie sich bei der Ankunft bzw. vor dem persönlichen Kontakt als erstes die Hände.
- [2] Tragen Sie während der Hausbesuche durchgehend eine Mund-Nasen-Bedeckung. In Abhängigkeit vom aktuellen Infektionsgeschehen werden ggf. FFP2-Maske ohne Ventil eingesetzt.
- [3] Informieren Sie die Teilnehmenden zu Beginn eines jeden Hausbesuchs über die aktuell geltenden Hygienemaßnahmen.
- [4] Halten Sie zu jeder Zeit mindestens 1,5 m Sicherheitsabstand. In bestimmten Situationen, wie beispielsweise bei der motorischen Funktionsmessung oder bei der Durchführung von Übungen, können Sie bei Bedarf zur Absicherung mit einer Armlänge Abstand hinter (bzw. schräg hinter) den Teilnehmern stehen.
- [5] Messen Sie vor jedem Hausbesuch sowohl bei sich als auch bei den Teilnehmenden die Körpertemperatur und notieren Sie diese in der „Checkliste Gesundheit“. Bei erhöhter Temperatur ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) informieren Sie die Teilnehmenden über das Ergebnis und verschieben Sie den Hausbesuch. Verlassen Sie umgehend die Wohnung der Teilnehmenden und dokumentieren Sie dies in der **Datenbank** (zusätzliche Kontakte und Adverse Event).
- [6] Desinfizieren Sie sämtliche Oberflächen mit denen Kontakt bestand. Das Oberflächendesinfektionsmittel sollte mindestens begrenzt viruzid sein. Es wird Ihnen durch die Studienzentren zur Verfügung gestellt. Achten Sie stets auf einen ausreichenden Vorrat.
- [7] Halten Sie sich gewissenhaft an die sonstigen Hygieneregeln (Niesen in die Armbeuge, Betätigen von Tastern, Klinken, etc. mit dem Ellenbogen).
- [8] Versuchen Sie, die Räumlichkeiten während der Hausbesuche regelmäßig zu lüften.
- [9] Falls bei Ihnen oder den Teilnehmern unspezifischen Krankheitssymptome vorliegen, wird die Intervention nicht durchgeführt. Ein neuer Termin erfolgt erst nach zwei Tagen Symptommfreiheit. Dokumentieren Sie dies in der **Datenbank**.

- [10] Falls bei Ihnen oder den Teilnehmern COVID-19 Krankheitssymptome vorliegen, wird die Intervention ausgesetzt und erst nach vorliegendem negativem Test und mindestens zwei Tagen Symptombefreiheit fortgesetzt. Dokumentieren Sie dies in der **Datenbank**.

3.4 Allgemeine Sicherheitshinweise für die Teilnahme am Trainingsprogramm

Achten Sie darauf, dass die Teilnehmenden die folgenden Sicherheitshinweise beachten. Diese Hinweise sind auch im „WEBB Handbuch“ aufgeführt. Gegebenenfalls können Sie auf die Hinweise im Handbuch, die für die jeweiligen Teilnehmenden von individueller Bedeutung sind, besonders hinweisen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn bestimmte Aspekte im bisherigen Training nicht (ausreichend) beachtet oder wiederholt vergessen worden sind.

- Die Teilnehmenden sollen geschlossene Schuhe tragen. Keine Sandalen, Hausschuhe (Pantoffeln), hochhackige Schuhe, Slippers oder schlechtsitzendes Schuhwerk.
- Die Teilnehmenden sollen bequeme Kleidung tragen. Kleidungsstücke wie Krawatten, Schals, lange wallende Hosen oder sehr weite Pullover, die bei Bewegungen hinderlich sein könnten, sollen vermieden werden.
- Die Teilnehmenden sollen auf eine gute und ausreichende Beleuchtung der Räumlichkeiten, in denen Sie trainieren, achten.
- Die Teilnehmenden sollen darauf achten, dass sie immer eine Möglichkeit zum Festhalten in Ihrer Nähe haben, wenn Sie trainieren. Dies kann zum Beispiel ein (schwerer) Stuhl auf rutschfestem Boden, ein stabiler Tisch (ohne Tischdecke!), ein Geländer oder eine Wand sein.
- Die Teilnehmenden sollen Familienmitglieder/Angehörige bitten, sie nicht zu stören während sie sich auf die Durchführung der Übungen konzentrieren.
- Die Teilnehmenden sollen auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten, d.h. sie sollen nach dem Training ausreichend Wasser trinken um einen eventuellen Flüssigkeitsverlust durch das Training wieder auszugleichen.
- Alle Teilnehmenden, besonders diejenigen, die Medikamente zur Entwässerung (Diuretika) einnehmen oder bei denen eine Blasenschwäche bekannt ist, sollten vor dem Training ihre Blase entleeren.

3.5 Medikamente

Instruieren Sie die Teilnehmenden, alle verordneten Medikamente regelmäßig und entsprechend der Verordnung einzunehmen. Bei bestimmten Erkrankungen und deren Medikationen ist es sinnvoll, dass Training an die Wirkungsphasen und Einnahmezeiten der Medikamente anzupassen. So sollten beispielsweise Personen mit Morbus Parkinson dann trainieren, wenn die Wirkung der Medikamente gut bzw. am besten ist (nicht in sogenannten OFF-Phasen trainieren). Auch Teilnehmende mit Schmerzen bzw. Schmerzsyndromen sollten die Trainingszeiten an die individuellen Wirkphasen der Schmerzmedikamente anpassen.

3.6 Sicherheitshinweise für Personen mit spezifischen Erkrankungen

- **Künstlicher Gelenkersatz** der unteren Extremitäten (z.B. Hüft-TEP oder Knie-TEP): Eventuell ist je nach klinischen Vorgaben eine Anpassung/Variation einzelner Übungen notwendig.
- **Arthrotische Veränderungen der Gelenke:** Teilnehmende mit arthrotischen Veränderungen in einem oder mehreren Gelenken sollten nur bis zu einem Schmerz von maximal 3/10 NRS (Numeric Rating Skala) trainieren, der bis zu 48 h anhalten darf. Die Vorgabe „nur im schmerzfreien Bereich trainieren“ ist für diese Patientengruppe nach neueren Erkenntnissen nicht mehr gültig.
- **Atemwegserkrankung:** Vor dem Trainingsbeginn muss sichergestellt sein, dass ein Inhalator/Zerstäuber während des Trainings griffbereit ist. Möglicherweise müssen die Übungen etwas langsamer durchgeführt werden. Das Ausdauertraining sollte unter Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit instruiert werden.
- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen:** Bei kardiovaskulären Erkrankungen bzw. Risikofaktoren müssen die jeweiligen Grunderkrankungen, eine allfällige arterielle Hypertonie und deren Therapien mit verschiedenen Medikamenten (Ca-Antagonisten, β -Blockern u. a.), eine mögliche Belastungshypertonie sowie eine Neigung zu Herzrhythmusstörungen berücksichtigt werden, woraus in manchen Fällen eine Reduktion von Intensität/Umfang bzw. Modifikation der trainingstherapeutischen Vorgabe erfolgen kann. Außerdem ist eine Beratung

bezüglich Notfallmedikation (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Asthma bronchiale und Allergien) vorzunehmen (aus Bachl et al. 2020 [5]).

- **Diabetes Mellitus:** Für Diabetiker kann es wichtig sein, dass die Durchführung körperlicher oder sportlicher Aktivitäten zur ungefähr gleichen Tageszeit erfolgt. Die Teilnehmenden müssen ihren Blutzucker vor und nach dem Training kontrollieren. Sie und die betroffenen Teilnehmer kennen die Notfallmaßnahmen bei Hypo- bzw. Hyperglykämie (<https://www.diabinfo.de/leben/behandlung/im-notfall.html>).

3.7 Warnhinweise (Hausbesuche)

Es darf kein Training und auch keine moderate bis intensive Aktivität durchgeführt werden, wenn die Teilnehmenden sich aufgrund einer vorübergehenden Erkrankung unwohl fühlen (z.B. bei einer Erkältung oder einer Grippe).

3.8 Abbruchkriterien

Das WEBB-Programm sollte kurzzeitig unterbrochen, pausiert oder gar dauerhaft abgebrochen werden, wenn eines oder mehrere der Abbruchkriterien erfüllt ist:

Bedingungen, die eine Beendigung des Trainings und das Aufsuchen medizinischer Hilfe erforderlich machen

Die folgenden Bedingungen **gelten für alle Teilnehmenden** (unabhängig vom Vorhandensein spezifischer Vorerkrankungen):

- Engegefühl, Unwohlsein oder typische Schmerzen in der Mitte der Brust oder hinter dem Brustbein, mit oder ohne Ausstrahlungen in die Schultern, den Nacken, zum Kinn und/oder in die Arme; andere Symptome, die (an einen zuvor erlebten) Herzinfarkt erinnern
- Schwindel, Benommenheit oder Schwächegefühl
- Atemprobleme
- Übelkeit
- Ungewöhnliches, übermäßiges Schwitzen

- Herzrasen in Verbindung mit Unwohlsein
- Außergewöhnliche Müdigkeit oder Erschöpfung
- Beinschmerzen, die die Funktion behindern
- Körperliche Unfähigkeit die Übungen fortzuführen
- Für Personen mit Diabetes: Zittern/Unsicherheit, kribbelnde Lippen, Hunger, Schwäche, Herzrasen

Bedingungen, die es erforderlich machen, eine Übung zu beenden und vor Wiederaufnahme des Trainings kurz zu pausieren

- **Schwere und/oder anhaltende lokale muskuläre Ermüdung/Erschöpfung (vorübergehende leichte bis moderate Erschöpfung wird erwartet)**

Beim Training kann es zu lokaler Ermüdung kommen, bei der einzelne Muskeln, einzelne Muskelgruppen oder auch einzelne Körperregionen betroffen sein können. Sollten Teilnehmende während des Trainings ein plötzlich auftretendes Schwächegefühl verspüren, das z.B. dazu führt, dass sie sich unsicher auf den Beinen fühlen und/oder Angst haben zu stürzen, sollte das Training beendet und eine kurze Pause eingelegt werden. Bessert sich das Gefühl, kann das Training wieder aufgenommen werden. Die Teilnehmenden sollten dann weiterhin sorgfältig auf die Signale ihres Körpers achten. Bessert sich das Gefühl nicht, sollte der Teilnehmer den zuständigen Hausarzt kontaktieren.

- **Plötzlich auftretende, starke Schmerzen**

Sollten die Teilnehmer während des Trainings plötzlich auftretende, starke Schmerzen in Muskeln oder Gelenken verspüren, sollte die Übung beendet und eine entlastende Körperposition eingenommen werden (z.B. Sitz). Verschwinden die Schmerzen nach einer kurzen Pause wieder, kann das Training langsam und ggf. in einer geringeren Intensität (z.B. geringeres Gewicht) wieder aufgenommen werden. Dabei sollten die Teilnehmenden weiterhin sorgfältig auf die Signale des Körpers achten. Bestehen die Schmerzen auch in Ruhe bzw. nach einer kurzen Pause weiter, sollte der Hausarzt kontaktiert werden.

Bedingungen, die auftreten können als eine normale Reaktion auf körperliche Aktivität und ggf. eine Anpassung des Trainings erforderlich machen

- **Leichte lokale muskuläre Ermüdung oder Erschöpfung**

Verspüren Teilnehmende während des Trainings ein leichtes Schwächegefühl in den Beinen z.B. in Form von leichtem Zittern, ist dies kein Grund zur Besorgnis, sondern kann eine normale Reaktion auf muskuläre Anstrengung sein. Die Reaktion ist in der Regel ein Hinweis, dass die Teilnehmenden eine adäquate Intensität gewählt haben. Hält diese lokale Ermüdung oder allgemeine Erschöpfung länger als 5-10 Minuten nach der Übung an, so kann es sinnvoll sein, beim nächsten Training den Schwierigkeitsgrad der Übung etwas zu verringern (z.B. indem das Trainingsgewicht verringert, die Wiederholungszahl reduziert oder das Bewegungsausmaß verkleinert wird).

- **Muskelkater**

Verspüren Teilnehmenden 1-2 Tage nach dem Training einen Schmerz oder ein „Ziehen“ in der trainierten Muskulatur, so handelt es sich dabei sehr wahrscheinlich um Muskelkater. Dieser kann mitunter sehr unangenehm sein und die Teilnehmenden vielleicht bei bestimmten Bewegungen beeinträchtigen. Er ist aber kein Grund zur Beunruhigung, sondern eigentlich eine normale und sogar gewünschte Reaktion des Körpers auf eine ungewohnte oder/und starke Anstrengung. Der Schmerz sollte sich nach weiteren 1-3 Tagen wieder legen und stellt keinen Grund für einen Abbruch des WEBB-Programms dar. Die Teilnehmenden können die Erholung Ihrer Muskulatur durch Maßnahmen unterstützen, die die Durchblutung anregen wie z.B. leichtes Gehen, Schwimmen oder Radfahren, oder auch eine heiße Dusche. Mit der Zeit, und je öfter die Teilnehmenden die Übungen durchführen, werden sie seltener und geringeren Muskelkater bekommen, weil ihre Muskulatur durch das Training stärker wird und sich an die Belastung anpasst. Außerdem können die Teilnehmenden das Risiko für erneuten Muskelkater dadurch reduzieren, indem sie ihr Training und den Schwierigkeitsgrad der Übungen nur behutsam steigern.

- **Tagesformabhängige Schwankungen**

Vielleicht werden die Teilnehmenden feststellen, dass das Training nicht an allen Tagen gleich gut gelingt oder/und an einigen Tagen schwerer fällt als an anderen. Auch kann es sein, dass eine Übung, die sie zuvor schon problemlos ausführen konnten, auf einmal wieder (große) Schwierigkeiten bereitet. Die

Teilnehmenden sollten sich davon nicht abschrecken oder demotivieren lassen. Es ist vollkommen normal, dass die Leistungsfähigkeit nicht jeden Tag gleich ist. Wie gut die Teilnehmenden ihre Übungen durchführen können hängt nicht nur von Ihrem Trainingszustand ab, sondern auch von Dingen, die sie auch aus dem alltäglichen Leben als Einflussfaktor kennen. So hängt die Leistungsfähigkeit beispielsweise auch davon ab, wie man in der Nacht zuvor geschlafen und was man am Vortag gemacht oder erlebt hat, wie konzentriert man ist, und vielleicht auch von dem, was man gegessen und ob man ausreichend getrunken hat.

Kapitel 4: Komplikationen

In diesem Kapitel sind einige mögliche Komplikationen beschrieben, die während der *PromeTheus Intervention* auftreten können, sowie Richtlinien, wie Sie sich in den entsprechenden Situationen verhalten sollten. Bitte beachten Sie, dass auch weitere, unvorhergesehene Situationen auftreten können, die in diesem Kapitel nicht beschrieben sind. In diesen Situationen entscheiden Sie nach bestem Wissen und Gewissen. Im Zweifel kontaktieren Sie bitte immer den „Medizinischen Backup“ im jeweiligen Studienzentrum (s. Liste mit Ansprechpartnern im „Arbeitsbuch Trainer“) bzw. in Notfällen direkt die entsprechenden Anlaufstellen (z.B. Notruf 112).

Die Inhalte dieses Kapitels basieren auf folgenden Quellen: [6–9]

4.1 Sturzereignis

Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem die betroffene Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt. Sollte es vorkommen, dass eine Person während eines Hausbesuchs stürzt, ist es zunächst wichtig, Ruhe zu bewahren und für schnelle Hilfe zu sorgen.

Prüfen Sie zunächst, ob die gestürzte Person ansprechbar und bei Bewusstsein ist.

Die gestürzte Person ist nicht ansprechbar:

1. Rufen Sie umgehend einen Krankenwagen.
2. Wenn kein Verdacht auf eine Wirbelsäulenverletzung besteht (z.B. wegen unnatürlicher Haltung), bringen Sie die Person in die stabile Seitenlage.
3. Entfernen Sie sich auf keinen Fall länger als ein paar Sekunden von der gestürzten Person und kontrollieren Sie regelmäßig Atmung und Herzschlag bis die Ärztin oder der Arzt eintrifft. Eine Decke verhindert währenddessen die Auskühlung.

Die gestürzte Person ist ansprechbar:

1. Versuchen Sie, beruhigend auf die Person einzureden.
2. Wenn die Person über Kopfschmerzen oder Übelkeit klagt, sich übergeben muss oder wenn unerwünschter Harnabgang auftritt ist ebenfalls unbedingt ein Krankenwagen zu rufen.

3. Ist die Person auf den Kopf gefallen, ist eine umgehende ärztliche Konsultation zwingend erforderlich. Oft sind Folgeschäden nicht sofort erkennbar und können selbst bei leichten Stürzen eintreten. Daher müssen diese unbedingt untersucht werden.
4. Prüfen Sie sorgfältig, ob äußerliche Verletzungen erkennbar sind. Inspizieren Sie auch Bereiche, die durch Kleidung verdeckt sind. Insbesondere wird die Hose geöffnet, um die Knie, Unter- und Oberschenkel in Augenschein zu nehmen. Bestimmte Zeichen und Symptome können auf einen Bruch oder andere bedeutsame Verletzungen hinweisen. Zeigt eine Person beispielsweise starke Schmerzen, Schwellungen, Hämatome, Bewegungseinschränkungen über das gewohnte Maß hinaus oder atemabhängige Schmerzen im Brustkorbbereich (Rippenfraktur?), sollte ein Notruf erfolgen (Krankenwagen) oder ein Angehöriger (falls vorhanden) sollte die Person umgehend zum Hausarzt oder in eine Ambulanz bringen. Wenn auch nur der kleinste Verdacht auf größere Wunden, eine Gehirnerschütterung, Verrenkungen, Verstauchungen, Brüche oder sonstige (auch innere) Verletzungen besteht, rufen Sie sofort den Notarzt! Es ist wichtig, dass Sie auch im Zweifel immer den Arzt rufen. Sie sichern sich damit auch rechtlich ab.
5. Die Person bleibt solange am Boden liegen, bis Frakturen und schwere innere Verletzungen ausgeschlossen sind. Können Sie dies ausschließen, helfen Sie der Person behutsam auf die Beine.

Weist die Person keines der oben genannten Symptome auf, sollte das Training trotzdem abgebrochen werden. Fühlt die Person sich in der Lage dazu, können ‚theoretische‘ Aspekte der Intervention (Zielsetzung, Adhärenz, Bedarfskomponenten) mitunter trotzdem erfolgen. Bitten Sie die Person, auch in den folgenden Tagen auf Schmerzen, Schwellungen, Hämatome oder Bewegungseinschränkungen zu achten. Manche Symptome treten erst einige Tage später auf. Falls sich Symptome zeigen, ist ein Arztbesuch nötig.

Bitte tragen Sie jeden Sturz in der **Datenbank** unter Adverse Events ein. Zudem muss jeder Sturz auf dem Dokument „Dokumentation Hausbesuch“ und im Sturzkalender der Teilnehmer notiert werden.

4.2 Mögliche medizinische Probleme bei Teilnehmenden

Alle Teilnehmenden der *Prometheus Intervention* haben vorab eine ärztliche Freigabe für das körperliche Training erhalten. Der Trainer führt vor jeder Einheit einen „Gesundheits-Check“ durch. Durch diese Maßnahmen soll das Risiko verringert werden, dass Teilnehmende trotz gesundheitlicher Kontraindikationen oder erheblicher gesundheitlicher Risiken am Training teilnehmen. Trotzdem ist es immer möglich bzw. fallweise sogar wahrscheinlich, dass gewisse medizinische Probleme im Laufe der 12-monatigen Intervention auftreten oder sich (akut) verschlechtern können, wie beispielsweise Schwindel, Herz-Kreislauf-Probleme oder Schmerzen. Sollten solche medizinischen Probleme auftreten, entscheiden Sie gemäß Ihrer professionellen Expertise, ob Sie das Training abbrechen, pausieren und/oder einen Notarzt rufen. Orientieren Sie sich dabei bitte an den folgenden Einteilungen:

Geringfügiges Problem, das durch eine kurze Pause zu beheben ist (z.B. kurzzeitiger leichter Schwindel, leichter Gelenkschmerz): Es muss kein Arzt konsultiert werden. Das Training kann unmittelbar weitergeführt werden.

Moderates Problem (z.B. akut auftretender starker Gelenkschmerz, Zerrung): Die Übung und/oder das Training muss abgebrochen werden. Es muss aber kein Arzt konsultiert werden. Die Person kann wahrscheinlich am nächsten Tag wieder trainieren, wenn das Problem nicht bestehen bleibt.

Schweres Problem (z.B. Sturz mit Frakturfolge): Das Training muss abgebrochen werden. Es muss ein Arzt konsultiert werden.

4.3 Beobachtung und Erkennen von Gefahren- und Risikosituationen

Sie betreuen ältere, gebrechliche Personen, von denen wahrscheinlich viele an Multimorbidität leiden und diverse medizinisch-psycho-soziale Probleme haben. Sie müssen also damit rechnen, dass Sie mit Personen arbeiten, die beispielsweise (schwere) depressive Symptome, einen nicht optimal eingestellten Diabetes, Polypharmazie, Suchterkrankungen, Angststörungen und ähnliches aufweisen. Die *Prometheus Intervention* adressiert die körperliche Funktionsfähigkeit (WEBB Programm) und hilft Personen mit spezifischen Bedarfen, Leistungen der Regelversorgung in Anspruch zu nehmen (Ernährung; Patient-/Umwelt-Passung und Basis-Wohnraumberatung; sozialen Teilhabe im Alter und psychosoziale Themen).

Wenn Sie Gefahren und Risiken beobachten und erkennen, können Sie diese nach Rücksprache mit den Teilnehmenden an die Bedarfsstellen der AOK oder den Hausarzt kommunizieren. Es ist nicht vorgesehen, dass Sie diese Aspekte ohne vorherige

Absprache mit den Teilnehmenden an Dritte kommunizieren oder dass Sie diese Probleme selbst ‚behandeln‘. Beobachten Sie beispielsweise, dass ein Teilnehmer einen schädlichen Alkoholkonsum aufweist oder unverhältnismäßig viele Medikamente einnimmt (> 6 weisen auf eine Polypharmazie hin), können Sie diese Punkte vorsichtig bei den Teilnehmenden ansprechen und fragen, ob Sie sie diesbezüglich irgendwie unterstützen können, z.B. indem Sie diese Informationen an den Hausarzt kommunizieren dürfen.

4.5 Sonstige Komplikationen

Bei allen (sonstigen) Komplikationen handeln Sie bitte grundsätzlich entsprechend Ihrer professionellen Expertise und nach ‚gesundem Menschenverstand‘. Im Zweifel rufen Sie den Notruf oder den Notarzt und/oder kontaktieren Sie den „Medizinischen Backup“ Ihres Studienzentrums. Wenn möglich, dokumentieren Sie die Situation kurz schriftlich. Ihre Sicherheit und die Sicherheit der Teilnehmenden haben grundsätzlich oberste Priorität!

Kapitel 5: Kernkomponente „körperliches Training“ (WEBB-Programm)

In diesem Kapitel finden Sie allgemeine Hinweise zur Gestaltung der Kernkomponente bzw. dem WEBB-Programm. Die folgenden Hinweise sind als Ergänzungen zum „WEBB Handbuch“ zu verstehen, mit dem die Trainer und die Teilnehmenden arbeiten.

5.1 Grundsätzliche Hinweise zur Gestaltung des WEBB-Programms

Vermitteln Sie ausschließlich Übungen, die im WEBB-Programm vorgesehen sind und weichen Sie nach Möglichkeit nicht davon ab. Das beinhaltet:

- Vermitteln Sie keine „zusätzlichen“ Übungen, die nicht im WEBB-Programm beschrieben sind (Ausnahmen in Anhang 1 beschrieben).
- Wenden Sie keine anderweitigen physiotherapeutischen Techniken und Maßnahmen an, auch wenn Ihnen diese sinnvoll und effektiv erscheinen und/oder die Teilnehmenden Sie darum bitten. Dies inkludiert z.B. Techniken der manuellen Therapie, Techniken und Maßnahmen aus neurologischen Konzepten (Bobath, PNF), Tapes, Übungen mit Thera-Bändern oder anderen Trainingsgeräten, etc.
- In bestimmten Situationen kann es möglich sein, dass eine Person die WEBB-Übungen oder einzelne WEBB-Übungen nicht (mehr) durchführen kann, z.B. nach einem längeren Krankenhausaufenthalt oder einer aktivierten Arthrose im Kniegelenk. In diesen Situationen können auch andere Übungen angewendet werden, um die Person wieder an das WEBB-Programm heranzuführen („WEBB-Trainingsfähigkeit“ wiederherstellen, s. Anhang 1). Die Ziele der WEBB-Übungen bleiben bestehen (Verbesserung von Kraft, Ausdauer und Koordination).
- Bei Teilnehmenden mit Gangproblemen, beachten Sie bitte auch die spezifischen Hinweise zu „Häufig beobachteten Gangproblemen und mögliche Ursachen“ in Anhang 2.
- Bei Teilnehmenden mit Freezing bei Morbus Parkinson, beachten Sie bitte auch die spezifischen Hinweise in Anhang 3.

5.2 Wo sollte das WEBB-Training stattfinden

Im Rahmen der *Prometheus Intervention* sollte das WEBB-Training grundsätzlich in der Häuslichkeit der Teilnehmenden stattfinden. In Ausnahmefällen können das Training oder einzelne Übungen auch an einem anderen Ort stattfinden. Beispielsweise können das Gehtraining auch im Freien oder die Übungen „Aufsteiger nach vorne oder zur Seite“ auch im Treppenhaus durchgeführt werden, wenn es innerhalb der Häuslichkeit/Wohnung keine Treppe oder Stufe gibt.

Das Ausdauertraining sollte, entsprechend den Vorlieben der Teilnehmenden und den aktuellen Wetter-Bedingungen, wenn möglich im Freien bzw. außerhalb durchgeführt werden. Ermutigen Sie die Teilnehmenden, das Gehen auf ebener Fläche z.B. im Quartier, in Grünanlagen, Parks oder auf Spazierwegen zu absolvieren. Informieren Sie die Teilnehmenden über mögliche Risiken bei körperlicher Aktivität im Freien, wie beispielsweise ein erhöhtes Sturzrisiko bei nassen oder vereisten Flächen im Winter sowie „Stolperfallen“ wie freiliegende Baumwurzeln im Wald oder ein erhöhtes Laubaufkommen im Herbst. Körperlicher Aktivität bei hohen Temperaturen und Hitze im Sommer kann eine besondere Belastung für das Herz-Kreislaufsystem darstellen.

5.3 Auswahl der Räumlichkeiten

Besprechen Sie zusammen mit den Teilnehmenden beim ersten Hausbesuch die „Trainingsfläche“ bzw. den Bereich in der Häuslichkeit, in dem die WEBB-Übungen durchgeführt werden können. Achten Sie dabei besonders auf die folgenden Aspekte:

- Ausreichend Platz um die Übungen durchzuführen.
- Eine gute und umfassende Beleuchtung.
- Eine gute Belüftung.
- Eine möglichst reizarme Umgebung (TV ausschalten, (Mobil-)Telefon lautlos schalten).
- Stolperfallen wie Teppiche, Kabel, Schwellen etc. sollten vermieden oder wenn möglich entfernt werden.
- Der Trainingsbereich sollte zur Zeit des Trainings möglichst ungestört nutzbar sein. Vermeiden Sie Räumlichkeiten, die häufig auch von anderen Bewohnern genutzt werden, wie z.B. Flure.

- Achten sie darauf, dass das Trainingsmaterial in unmittelbarer Nähe der Trainingsfläche gelagert werden kann.

Mitunter ist es nötig oder unvermeidbar, dass die einzelnen WEBB-Übungen in unterschiedlichen Räumlichkeiten durchgeführt werden. Das ist kein Problem, solange die Teilnehmenden hinreichend instruiert sind, in welchen Räumen die jeweiligen Übungen absolviert werden sollen. Notieren Sie dies explizit für jede Übung im WEBB Handbuch.

5.4 Trainings-Materialien

Eine „**Liste der benötigten Materialien**“ findet sich im „WEBB Handbuch“ auf Seite 9. Halten Sie sich streng an diese Liste und nutzen sie keine zusätzlichen Trainingsmaterialien, wie z.B. Thera-Bänder.

Für die „**Zusätzlichen Übungen für bestimmte Personen**“ (Anhang 1) können mitunter weitere Materialien nötig sein, wie beispielsweise eine Waage oder Gewichtsmanschetten. Bei Bedarf dieser Materialien wenden Sie sich bitte an den jeweiligen Studienkoordinator.

Für einige Übungen benötigen die Teilnehmenden „**Gegenstände um darüber zu steigen**“ oder „**Gegenstände, nach denen man greifen kann**“. Hier können Sie nach eigenem Empfinden (farbige) Gegenstände wählen, die in der Wohnung verfügbar sind und Ihnen angemessen erscheinen, wie beispielsweise:

- Kleine Plastikflasche (z.B. mit Wasser oder Sand gefüllt)
- Ball
- Kleines Kuscheltier oder Holzfigur
- Handtücher (auch zusammengerollt oder gefaltet)
- Zeitschriften, Bücher
- Kleiner (Schuh-) Karton oder eine kleine Holzkiste

Hilfsmittel wie beispielweise Rollatoren und Gehstöcke können bei der Durchführung der WEBB-Übungen genutzt werden. Achten Sie dabei auf eine sichere und adäquate Handhabung. Ein Rollator, der beispielsweise als Stütz- oder Sitzmöglichkeit genutzt

wird, muss steht arretiert (Bremsen angezogen) und am besten gegen eine Wand gestellt sein (Kipp-Risiko).

Einige Teilnehmenden möchten vielleicht während des Trainings **Musik** hören. Dies ist möglich und kann mitunter auch die Motivation und Freude am Training steigern. Bieten Sie dies den Teilnehmenden daher aktiv an und erläutern sie ihnen gleichzeitig, dass einige WEBB-Übungen eine hohe Konzentration und möglichst ungestörte Durchführung erfordern (Koordinationsübungen). Daher sollten während des Trainings auf keinen Fall der Fernseher, ein Hörspiel, das Nachrichten-Radio oder ähnliche ablenkenden Medien eingeschaltet sein.

Empfehlen Sie den Teilnehmenden, eine **Uhr** zu nutzen, um die Dauer des Trainings zu kontrollieren.

5.5 Lagerung der Trainingsmaterialien

Alle Trainingsmaterialien sollten zusammen an einem Ort gelagert werden, der für die Teilnehmenden gut zugänglich ist, ohne dabei von den Teilnehmenden oder anderen Bewohnern als störend oder hinderlich wahrgenommen zu werden. Vermeiden sie die Lagerung an Orten, an denen die Trainingsmaterialien möglicherweise nicht gut zu erreichen sind (z.B. Keller, Dachboden, auf einem Schrank; „Aus den Augen, aus dem Sinn“) oder als Stolperfallen ein erhöhtes Sturzrisiko darstellen können (z.B. Flur, Badezimmer, enge Räume). Suchen Sie zusammen mit den Teilnehmenden, und ggf. auch zusammen mit den Angehörigen, einen geeigneten Platz zur dauerhaften Lagerung der Trainingsmaterialien.

5.6 Trainingszeit

Die Teilnehmenden sollten das Training grundsätzlich zu einer Tageszeit durchzuführen, zu der sie sich wohlfühlen und zu der es am besten in ihre alltäglichen Abläufe passt. Wichtig ist, dass das Training zur Routine wird. Beraten Sie die Teilnehmenden bei der Auswahl einer für sie individuell optimalen Trainingszeit. Berücksichtigen Sie dabei Essenszeiten sowie die Einnahmezeiten bzw. Wirkphasen der verordneten Medikamente. In der Regel sollte nicht mit nüchternen Magen oder direkt nach einer üppigen Mahlzeit trainiert werden. Hierbei sind jedoch individuelle Vorlieben und Gewohnheiten zu beachten. Personen, die beispielsweise in ihrem Leben regelmäßig

vor dem Frühstück körperlich aktiv sind oder waren („Morgenroutine“), können nach individuellem Ermessen an ihren Gewohnheiten festhalten.

5.7 Ernährung und Training

Die Ernährung spielt vor allem bei älteren Menschen, die ein körperliches Training durchführen, eine wichtige Rolle. Wichtig ist eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr vor, während und nach dem Training (z.B. Wasser oder Fruchtsaft). Besonders nach dem Training sollten die Teilnehmenden ausreichend Wasser trinken, um einen eventuellen Flüssigkeitsverlust durch das Training wieder auszugleichen. Zudem ist eine hinreichende Aufnahme von Mikronährstoffen, Vitaminen, Calcium und Proteinen sehr wichtig (s. Empfehlungen zur Ernährung im Alter der WHO in Anhang 6).

5.8 Angehörige, Begleitpersonen und Pflegende

Angehörige

Grundsätzlich sollen die Teilnehmenden dazu in der Lage sein, das Training alleine durchführen. Besprechen Sie die Einbindung von Begleitpersonen (z.B. Angehörige) individuell zusammen mit den Teilnehmenden. Begleitpersonen können in den folgenden Situationen beim Training anwesend sein:

- Die teilnehmende Person wünscht sich die Anwesenheit einer Begleitperson während des Trainings.
- Die Begleitperson verhält sich angemessen: stört nicht, motiviert nicht „übermäßig“.
- Die Begleitperson unterstützt das Training, z.B. durch Hilfe bei der Trainingsdokumentation, der Organisation der Trainings-Materialien oder eine „angemessene/gesunde“ Motivation.

Begleitpersonen können ebenfalls am WEBB-Training teilnehmen, wenn dadurch keine Abweichungen der verschriebenen Übungen für die Teilnehmenden entstehen.

Instruieren Sie im Rahmen der Prometheus Intervention keine WEBB-Übungen bei Angehörigen oder andere Begleitpersonen der Teilnehmenden!

Pflegende und ambulanter Pflegedienst

Werden Teilnehmende pflegerisch betreut, können diese Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege eine sehr wichtige Rolle für die Adhärenz der Intervention spielen. Betrachten Sie die (professionell) Pflegenden als wichtige Partner und versuchen Sie, die Pflegenden aktiv in die Intervention mit einzubeziehen. Nehmen Sie dafür z.B. telefonisch Kontakt mit ihnen auf oder versuchen Sie, einen Hausbesuch so zu arrangieren, dass sich dieser mit dem Besuch des/der Pflegenden überschneidet. Informieren Sie die Pflegenden über die Ziele und Inhalte der Intervention. Die Pflegenden können und sollten die Teilnehmenden regelmäßig an die Durchführung der WEBB-Übungen erinnern und zur Durchführung der Übungen motivieren.

5.9 Andere Therapien, Sport und zusätzliche Aktivitäten

Teilnehmende, die neben der *Prometheus Intervention* an anderen medizinischen Therapien (z.B. Ergotherapie, Psychotherapie), Versorgungsangeboten (z.B. soziale Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen) oder Aktivitäten (z.B. Sportverein) teilnehmen oder anderweitig körperlich aktiv sind, sollen diese Aktivitäten unbedingt und in gleichem Umfang wie gewohnt weiterführen. Motivieren Sie die Teilnehmenden vielmehr aktiv zur Durch- und Weiterführung dieser Aktivitäten. Bei Bedarf unterstützen und beraten Sie die Teilnehmenden dabei, die gewohnten Aktivitäten und die *Prometheus Intervention* „unter einen Hut“ zu bekommen (s. auch Kapitel 9 „Gruppenkomponente“).

Die Teilnehmenden sollten jedoch vermeiden, an einem Tag zu viele (körperlich und kognitiv anstrengende) Aktivitäten durchzuführen. Beraten und informieren Sie die Teilnehmenden dahingehend, dass „zu viele“ Aktivitäten im individuellen Fall zu einer Überforderung und Überlastung führen können. Die „angemessene Anzahl“ der in einem bestimmten Zeitraum (z.B. an einem Tag) geplanten Aktivitäten ist dabei von den individuellen Ressourcen und Vorlieben der Teilnehmenden, der Dauer und der Intensität der einzelnen Aktivitäten sowie der „Pausenzeiten“ zwischen den Aktivitäten abhängig.

Genau wie in der Rehabilitation nach Verletzungen oder Erkrankungen bzw. nach längerer Immobilität geht es häufig darum, Teilnehmenden zu vermitteln, dass sie den Umfang und die Intensität ihrer Aktivität schrittweise steigern. Das heißt, nicht auf einen Schlag zusätzlich zu dem vielleicht gerade begonnenen WEBB-Training noch eine Gruppenintervention zu starten, sondern besser erst einmal einige Wochen zu beobachten, wie der Organismus auf das neue WEBB-Training reagiert und im Anschluss die Gruppenkomponenten hinzuzunehmen.

5.10 Unterbrechungen des Trainings

Es ist durchaus möglich, dass die Teilnehmenden das Training für einen bestimmten Zeitraum unterbrechen möchten oder müssen. Gründe hierfür können zum Beispiel sein: Urlaub/Reisen, ein (geplanter) stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus, eine intensive (ambulante) medizinische Therapie, andere (sozialen) Aktivitäten und Belastungen, eine temporäre Erkrankung oder Erkältung.

Das Ziel der *PromeTheus Intervention* ist es, dass die Teilnehmer regelmäßig und dauerhaft die WEBB-Übungen absolvieren. Jede bedeutsame Unterbrechung ist ungünstig, da während der Unterbrechung keine Trainingseffekte erzielt werden können und es vielen (älteren) Menschen oft schwer fällt ein Training nach einer Unterbrechung wieder aufzunehmen. Es steht natürlich außer Frage, dass das Training bei einer akuten Erkrankung oder bei einem stationären Krankenhausaufenthalt (in der Regel) nicht weitergeführt werden kann. Im Folgenden sind einige Hinweise und Empfehlungen beschrieben, wie Sie die Teilnehmer in bestimmten Situationen beraten können, um das WEBB-Programm in bestimmten Situationen trotzdem weiterzuführen und/oder den Wiedereinstieg zu erleichtern.

Urlaub/Reisen

Erläutern Sie den Teilnehmenden wie wichtig das kontinuierliche, dauerhafte Training ist und dass es vielen Personen sehr schwerfällt, nach einer längeren Pause wieder den „Einstieg“ zu finden. Besprechen Sie daher mit den Teilnehmenden vor der Reise, dass es wichtig ist, die WEBB-Übungen auch während der Reise durchzuführen, wenn dies irgendwie möglich ist. Gibt es beispielsweise Möglichkeiten, (einzelne) Trainingsmaterialien mitzunehmen (z.B. bei Reisen mit dem Auto), Erläutern Sie, welche Übungen auch ohne Equipment durchgeführt werden können, bzw. wie einzelne Übungen so modifiziert werden können, dass kein Equipment nötig ist (z.B. Steigerung der Wiederholungszahl, wenn keine Zusatzgewichte vorhanden sind). Erläutern Sie, dass es immer besser ist weniger Übungen zu machen, oder die Übungen in geringer Intensität durchzuführen als üblich, als über einen längeren Zeitraum gar nicht zu trainieren.

Stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus

Handelt es sich um einen geplanten Aufenthalt, sollten Möglichkeiten diskutiert werden, in wie weit die Durchführung der WEBB-Übungen auch im Krankenhaus oder der Rehaklinik möglich sind. Bei spontanen, akuten stationären Aufenthalten sollten die

WEBB-Übungen pausiert werden und die teilnehmenden sollten das weitere Training (nach der Rückkehr nach Hause) mit den behandelnden Ärzten und/oder dem Hausarzt abgestimmt werden.

Notieren Sie bitte jeden stationären Aufenthalt in der **Datenbank**.

Intensive (ambulante) medizinische Therapie

Hier gelten grundsätzlich die Empfehlungen wie für urlaubsbedingte Unterbrechungen. Die Teilnehmenden sollten mit Ihnen und mit den behandelnden Ärzten besprechen, ob bzw. in wie weit das WEBB-Training auch während der Therapiephase möglich ist. Mitunter ist eine reduzierte Frequenz und/oder Intensität angebracht.

Andere (sozialen) Aktivitäten und Belastungen

Hier gelten grundsätzlich die Empfehlungen wie für urlaubsbedingte Unterbrechungen. Besprechen Sie mit den Teilnehmenden, wie eine Weiterführung des WEBB-Trainings auch in Ausnahmesituationen möglich ist. Solche Ausnahmesituationen können beispielsweise sein: Betreuung und Pflege von Angehörigen (Partner, Enkelkinder), Todesfall in der Familie, ein anderes (emotional) belastendes Ereignis.

Temporäre Erkrankung oder Erkältung

Hier gelten die in den Sicherheitshinweisen beschriebenen Vorgaben. Besprechen Sie mit den Teilnehmenden das weitere Vorgehen und ab wann und wie mit dem Training wieder begonnen werden kann.

Wiederaufnahme des Trainings

Die Phase nach der Trainingspause ist sehr entscheidend. Die Teilnehmenden benötigen hier eine intensivere Betreuung. Versuchen Sie, wenn dies planbar ist, einen Hausbesuch unmittelbar in die Zeit nach der Trainingspause zu legen, oder vereinbaren Sie in dieser Phase einen Telefon-Termin. Wahrscheinlich müssen die Übungen neu angepasst werden. Erklären Sie den Teilnehmenden, dass die motorischen Fähigkeiten, die mitunter verloren gegangen sind, durch regelmäßiges Training wiederaufgebaut werden können. Empfindungen wie Muskelkater und eine schnellere Ermüdbarkeit sind nicht unüblich.

Kapitel 6: Bedarfskomponente „Wohnraum“

6.1 Bedarfsermittlung durch den Trainer

Die Bedarfsermittlung wird im Rahmen des 3. Hausbesuchs durchgeführt und sollte einen maximalen Zeitumfang von 25 Minuten nicht überschreiten. Zur Bedarfsermittlung wird das Dokument „Bedarfsermittlung Hilfsmittel/Wohnraum“ genutzt. Der gesamte Prozess ist in Abbildung 6.1 dargestellt.

6.1.1 Einschätzung der Relevanz

Die Relevanz der Antworten für den jeweiligen Teilnehmer soll vom Trainer bei jeder Frage eingeschätzt werden: Wird das beschriebene Hilfsmittel bzw. eine Wohnraumanpassung überhaupt benötigt?

Beispiel:

Auszug Bedarfsermittlungsbogen:

Zugang zum Wohnraum und Mobilität innerhalb des Wohnraums (Wohnung/Haus)	ja	nein	Relevanz
1. Ist der Wohnraum ohne Stufen und Schwellen zu erreichen?			

Ist die Wohnung ohne Stufen zu erreichen? Antwort: „Nein“ (da es Stufen gibt). Ist das „Nein“ von Relevanz? Antwort: „Ja“, wenn der Teilnehmer Probleme hat, die Stufen zu bewältigen oder „Nein“, wenn der Teilnehmer keine Probleme hat, die Stufen zu bewältigen.

(Wenn das „Nein“ von Relevanz ist, dann wird ein Kreuz bei Relevanz gesetzt)

Im Folgenden sind einige Hinweise zum Ausfüllen des Bedarfsermittlungsbogens aufgeführt, die eine klare und standardisierte Entscheidung ermöglichen sollen.

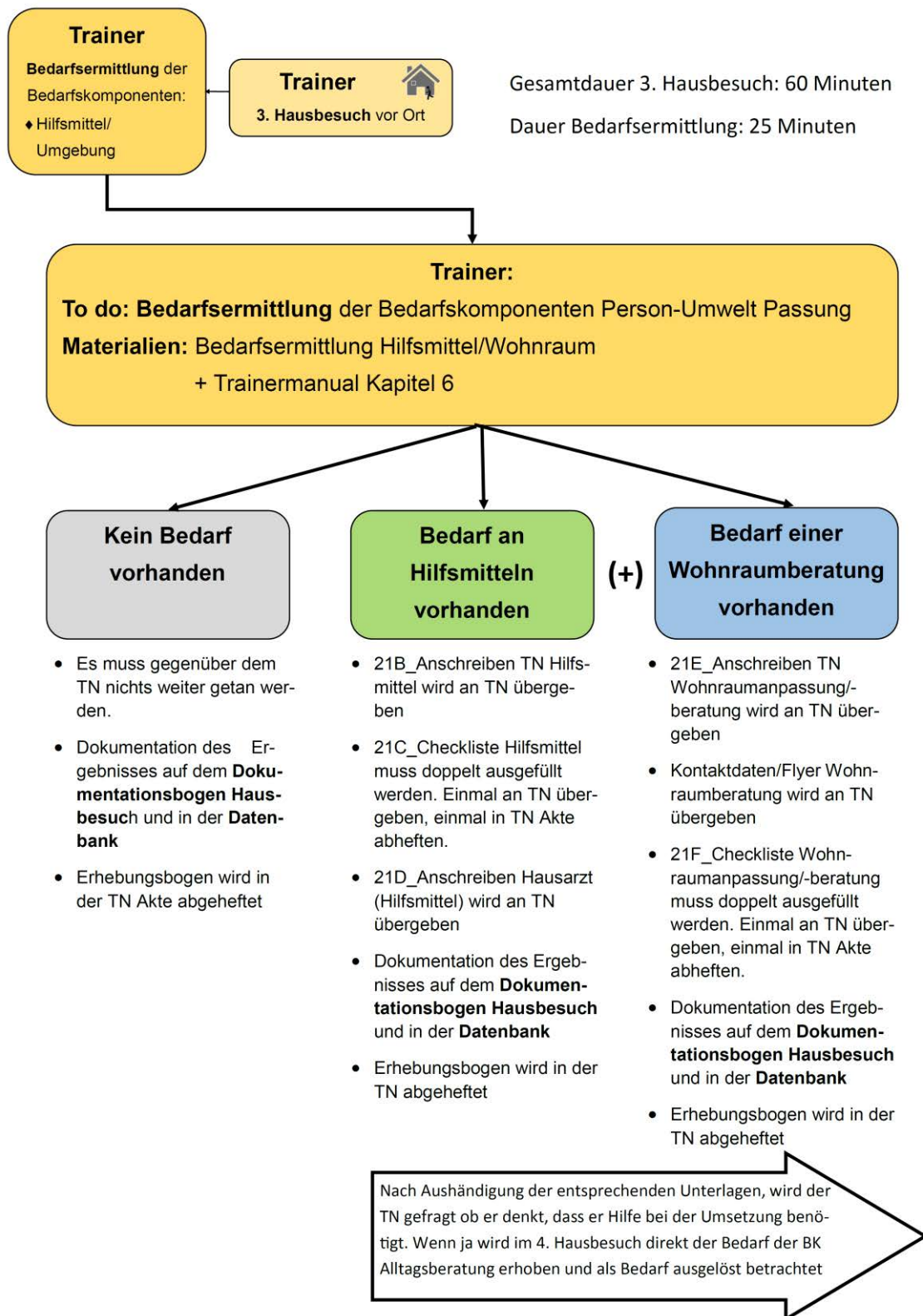


Abbildung 6.1 Prozess der Bedarfskomponente „Wohnraum“ (TN = Teilnehmer)

6.1.2 Allgemeine Einschätzung

Zu a) Nutzt der Teilnehmer ein Hilfsmittel (z.B. Gehstützen, Rollator) im Innenbereich um sich in seinen Wohnräumen fortzubewegen? → Bei „*Nein*“ Relevanz mit einschätzen, wenn der Teilnehmer zwar kein Hilfsmittel nutzt, es aber sinnvoll wäre, um die innerhäusliche Mobilität zu ermöglichen oder zu verbessern/sicherer zu gestalten → „*Relevanz*“ ankreuzen

Zu b) Nutzt der Teilnehmer ein Hilfsmittel (z.B. Gehstützen, Rollator) im Außenbereich um z.B. Einkäufe zu erledigen oder Besorgungen zu machen, Freunde zu treffen, Besuche zu machen? → Bei „*Nein*“ Relevanz mit einschätzen, wenn der Teilnehmer zwar kein Hilfsmittel nutzt, es aber sinnvoll wäre, um die *außerhäusliche Mobilität zu ermöglichen oder zu verbessern/sicherer zu gestalten* → „*Relevanz*“ ankreuzen

Zu c) Nutzt der Teilnehmer einen Rollstuhl im Innenbereich (Wohnräumen)? → Bei „*Nein*“ Relevanz mit einschätzen, wenn der Teilnehmer zwar keinen Rollstuhl nutzt, es aber sinnvoll wäre, um die innerhäusliche Mobilität zu ermöglichen oder zu verbessern/sicherer zu gestalten → „*Relevanz*“ ankreuzen

Zu d) Nutzt der Teilnehmer einen Rollstuhl im Außenbereich? → Bei „*Nein*“ Relevanz mit einschätzen, wenn der Teilnehmer zwar keinen Rollstuhl nutzt, es aber sinnvoll wäre, um die außerhäusliche Mobilität zu ermöglichen oder zu verbessern/sicherer zu gestalten → „*Relevanz*“ ankreuzen

Zu e) Ist die Sehfähigkeit so eingeschränkt, dass dadurch Probleme im Alltag, in der eigenständigen Versorgung oder in der Orientierung in der Wohnung bestehen? (Beispiele: Teilnehmer erkennt Schwellen schlecht, eckt mit Hilfsmittel an Türen an, erkennt Hindernisse nicht gut)

Wenn der Teilnehmer keine Einschränkungen aufzeigt (egal ob mit oder ohne Sehhilfe) → „*Nein*“ ankreuzen („*Relevanz*“ wird nicht angekreuzt).

Wenn der Teilnehmer eine Einschränkung aufzeigt (egal ob mit oder ohne Sehhilfe) → „*Ja*“ ankreuzen (und „*Relevanz*“ ankreuzen)

Zu f) Ist die Hörfähigkeit so eingeschränkt, dass dadurch Probleme im Alltag, in der eigenständigen Versorgung oder in der Orientierung in der Wohnung bestehen? (Beispiele: Teilnehmer hört Telefon nicht, hört Warngeräusche z.B. aus der Küche nicht, hört Türklingel nicht)

Wenn der Teilnehmer keine Einschränkungen aufzeigt (egal ob mit oder ohne Hörgerät) → „*Nein*“ ankreuzen („*Relevanz*“ wird nicht angekreuzt).

Wenn der Teilnehmer eine Einschränkung aufzeigt (egal ob mit oder ohne Hörgerät) → „Ja“ ankreuzen (und „Relevanz“ ankreuzen)

6.1.3 Zugang zum Wohnraum und Mobilität innerhalb des Wohnraums

Zu 1. Von der Straße aus: ist die Wohnung/die Wohnebene ohne Treppen oder Schwellen erreichbar? (evtl. alternativer, barrierefreier Zugang durch den Garten oder um das Haus herum?)

Zu 6. Auch Rutschgefahr einschätzen: Sind die Teppiche oder Läufer gegen Wegrutschen gesichert? (Anti-Rutschmatten unter den Teppichen und Läufern oder festgeklebt?)

Zu 7. Besonders wichtig bei der Nutzung von Rollatoren, Rollstühlen: Hier auf gute „Durchfahrbarkeit“ und Wendepunkte/Wendemöglichkeiten achten. Ggf. den Hinweis geben, die Möbel umzuräumen.

Zu 8. Gibt es Schwellen oder Stufen in der Wohnung bspw. zwischen den Räumen, die ggf. eine Stolperstelle darstellen oder auch für Rollator oder Rollstuhl ein Hindernis sind?

Aber auch: Befinden sich wichtige Räume auf verschiedenen Etagen (z.B. Küche und Wohnzimmer im EG, Bad und Schlafzimmer im 1. Stock, Waschmaschine im UG)? Sind diese Etagen nur über Stufen zu erreichen? → Siehe auch Frage 9 (Waschmaschine)

6.1.4 Ausstattung des Bades und der Toilette

Zu 11. Gibt es einen entsprechenden stabilen (vierbeinigen) Stuhl oder Hocker der gegen Wegrutschen gesichert ist? Gibt es einen eingebauten Klappsitz, der sicher genutzt werden kann?

Zu 13. Je nachdem, ob Dusche oder Wanne genutzt werden, sollten hier die Griffe sein. Sind die Duschgriffe und die Badegriffe so angebracht, dass sie auch im Stehen bzw. Sitzen von dem jeweiligen Teilnehmer (Körpergröße!) genutzt werden können?

Zu 15. Hat der Teilnehmer Probleme bei der Nutzung der Toilette (laut Selbstauskunft) und könnte das Problem mit einer Sitzerrhöhung gelöst werden?

Zu 16. Gibt es mindestens einen Haltegriff in gut erreichbarer Position neben der Toilette?

6.1.5 Sonstiges

Zu 22. Ist das Bett laut Selbstauskunft des Teilnehmer zu hoch oder zu niedrig? Sind Betten zu hoch oder zu niedrig, kann das selbstständige Aufstehen eingeschränkt sein. Für Empfehlung abklären: Kann das Bett oder Rahmen erhöht werden oder ein höhenverstellbarer Rahmen eingelegt werden? Ist ein höhenverstellbares Krankenbett notwendig?

Zu 23. Vor allem auf Flure und Bereiche ohne Tageslicht achten (Bad!). Kann der Teilnehmer alle Stolperfallen/Schwellen in der Wohnung erkennen? Sind alle (relevanten) Lichtschalter gut erreichbar?

Zu 24. Wie kann das Licht nachts eingeschaltet werden? Ist der Lichtschalter gut erreichbar? Gibt es einen Bewegungsmelder oder ein dauerhaftes Nachtlicht?

Zu 25. Bei sturzgefährdeten Teilnehmer: Gibt es bereits eine Möglichkeit, einen Notruf abzusetzen? Reicht die Reichweite des Senders (Notrufknopf, Telefon), so dass ein Notruf in der gesamten Wohnung/ Haus abgesetzt werden kann?

6.2 Ergebnis der Bedarfsermittlung und weiteres Vorgehen

Das Ergebnis der Bedarfsermittlung wird dem Teilnehmer direkt im Anschluss, also noch während des Hausbesuchs mitgeteilt. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung kann wie folgt ausfallen:

- Kein Bedarf
- Bedarf im Bereich der Hilfsmittelversorgung
- Bedarf im Bereich der Wohnraumanpassung
- Bedarf im Bereich der Hilfsmittelversorgung und der Wohnraumanpassung

ACHTUNG: Bei der Beurteilung des Ergebnisses muss immer die Relevanz mit einbezogen werden. Ein bedarf ist daher nur dann zu erkennen, wenn etwas auch vom Teilnehmer benötigt wird (bspw. die Toilettensitzerhöhung ist noch nicht vorhanden, würde dem Teilnehmer den Toilettengang aber erleichtern)

Entgegen der anderen zwei Bedarfskomponenten gibt es bei der Bedarfskomponente Person-Umwelt **kein Unterschied zwischen Bedarf und Bedürfnis**. Der Trainer teilt dem Teilnehmer das Ergebnis der Bedarfsermittlung mit und teilt bei Bedarf die entsprechenden Unterlagen aus. Ob der Teilnehmer ein Bedürfnis verspürt und die empfohlenen Verordnungen/Anpassungen umsetzt bleibt dem Teilnehmer überlassen.

6.2.1 kein Bedarf

Es besteht kein Bedarf für eine Wohnraumberatung, Anpassung oder Hilfsmittelversorgung.

→ Dem Teilnehmer wird mitgeteilt, dass kein Bedarf erkannt wurde.

6.2.1 Bedarfs Hilfsmittel

Aus der Sicht der Trainer besteht der Bedarf, ein Sanitätshaus zu kontaktieren und ein oder mehrere benötigte Hilfsmittel über den Hausarzt verschreiben zu lassen. Eventuell kann es sinnvoll sein, zuerst ein Sanitätshaus zu kontaktieren, um festzustellen, welche Ausführung benötigt wird, so dass der Hausarzt bereits bei der Verordnung die relevanten Informationen mitaufnehmen kann.

→ Dem Teilnehmer wird mitgeteilt, dass ein Bedarf erkannt wurde.

Wichtig: Der Teilnehmer nimmt selbst Kontakt mit dem Sanitätshaus und dem Arzt auf, nie der Trainer.

Der Trainer füllt folgende Unterlagen aus und reicht diese an den Teilnehmer weiter:

- ✓ Anschreiben Teilnehmer Hilfsmittel
- ✓ Anschreiben Hausarzt (Hilfsmittel; diesen Brief kann der Teilnehmer gegebenenfalls seinem Hausarzt vorlegen)
- ✓ Checkliste Hilfsmittel (in doppelter Ausführung – einmal für Teilnehmer, einmal für das Studienzentrum → **Datenbank**)

Nachdem die Unterlagen ausgeteilt und besprochen wurden, wird der Teilnehmer gefragt, ob er die nötigen Schritte alleine oder mit Unterstützung von Verwandten oder Bekannten schafft, oder ob er Hilfe benötigt. Bei Unterstützungsbedarf wird im 4. Hausbesuch direkt der Bedarf der BK Alltagsberatung erhoben (siehe Kapitel 8) und als Bedarf ausgelöst betrachtet.

Falls ein bereits vorhandenes Hilfsmittel angepasst werden muss, wird dem Teilnehmer empfohlen, das Sanitätshaus zu kontaktieren, über welches das Hilfsmittel besorgt wurde. Eventuell ist eine Verordnung für eine Reparatur durch den Teilnehmer über den Hausarzt einzuholen.

6.2.2 Bedarf Wohnraumberatung

Es besteht der Bedarf, eine Wohnraumberatung und ggf. Wohnraumanpassung durchzuführen. Der Teilnehmer bekommt Informationsmaterial zu den entsprechenden Stellen und ein Formular mit dem festgestellten Bedarf ausgehändigt

→ *Dem Teilnehmer wird mitgeteilt, dass ein Bedarf erkannt wurde.*

Der Trainer füllt folgende Unterlagen aus und reicht diese an den Teilnehmer weiter:

- ✓ Anschreiben Teilnehmer Wohnraumanpassung/-beratung
- ✓ Kontaktdaten Wohnraumberatungsstätten (Flyer DRK/Stadt)
- ✓ Checkliste Wohnraumanpassung/-beratung (in doppelter Ausführung – einmal für Teilnehmer, einmal für das Studienzentrum → **Datenbank**)

Nachdem die Unterlagen ausgeteilt und besprochen wurden, wird der Teilnehmer gefragt, ob er die nötigen Schritte alleine oder mit Unterstützung von Verwandten oder Bekannten schafft, oder ob er Hilfe benötigt. Bei Unterstützungsbedarf wird im 4. Hausbesuch direkt der Bedarf der BK Alltagsberatung erhoben (siehe Kapitel 8) und als Bedarf ausgelöst betrachtet.

Eventuell können Angehörige/Bekannte den Teilnehmer bei kleineren Wohnraumanpassungen unterstützen (z.B. Beleuchtung, Positionierung der Möbel, Teppiche).

6.3 Dokument: Bedarfsermittlung Wohnraum und Hilfsmittel Teil 1/2



PromeTheus Bedarfskomponente Hilfsmittelbedarf und Wohnraumberatung Erhebungsbogen

Teilnehmer-ID: ____

Hausbesuch Nr.: 3

Datum: ____

Allgemeine Einschätzung <i>(für die Beurteilung, ob ein „Nein“ bei den späteren Fragen eine Relevanz hat)</i>	ja	nein	Relevanz
a) Nutzung eines Hilfsmittels für das Gehen im Innenbereich (z.B. Gehstützen, Rollator)			
b) Nutzung eines Hilfsmittels für das Gehen im Außenbereich (z.B. Gehstützen, Rollator)			
c) Nutzung eines Rollstuhls im Innenbereich			
d) Nutzung eines Rollstuhls im Außenbereich			
e) Einschränkung der Sehfähigkeit (egal ob mit oder ohne Sehhilfe)			
f) Einschränkung der Hörfähigkeit (egal ob mit oder ohne Hörhilfe)			
g) Verlässt das Haus/Wohnung noch selbstständig			
Zugang zum Wohnraum und Mobilität innerhalb des Wohnraums (Wohnung/Haus)	ja	nein	Relevanz
1. Ist der Wohnraum ohne Stufen und Schwellen zu erreichen?			
2. Ist der Balkon oder die Terrasse ohne Stufen oder Schwellen zu erreichen?			
3. Ist der Flur mindestens 120 cm breit und auch mit einem Hilfsmittel (Rollstuhl/Rollator) bequem befahrbar?			
4. Ist die Klingel gut hör- bzw. sichtbar?			
5. Kann die Haus-/Wohnungstür über einen automatischen Türöffner geöffnet werden?			
6. Liegen in den Wohnräumen Teppiche, Läufer, Kabel oder ähnliches, die als Stolperfallen eingeschätzt werden?			
7. Gibt es in den Räumen und zwischen den Möbeln ausreichend Manövrierfläche, falls ein Mobilitätshilfsmittel gebraucht wird?			
8. Gibt es Schwellen oder Stufen zwischen den einzelnen Wohnräumen (auch verschiedene Stockwerke)?			
9. Befindet sich die Waschmaschine in einem niedrigerem Stockwerk (Waschküche)?			
Ausstattung des Bades und der Toilette	ja	nein	Relevanz
10. Hat das Bad eine bodengleiche Dusche, die leicht begehbar ist?			
11. Gibt es in der Dusche einen Klappsitz oder einen vierbeinigen, stabilen Hocker?			
12. Gibt es eine Einstiegshilfe und eine sichere Sitzmöglichkeit in der Badewanne?			

6.3 Dokument: Bedarfsermittlung Wohnraum und Hilfsmittel Teil 2/2

13. Gibt es Haltegriffe im Bereich der Dusche oder Badewanne?			
14. Ist die Rutschgefahr in der Dusche oder Wanne durch Aufkleber oder eine sichere Badematte vermindert?			
15. Hat der Toilettensitz die richtige Höhe?			
16. Gibt es Haltegriffe an der Toilette?			
17. Kann man sich vor das Waschbecken bequem hinsetzen und in den Spiegel sehen?			
18. Schlägt die Badezimmertür nach außen auf?			
19. Kann die Badezimmertür in Notfällen von außen entriegelt werden?			
20. Gibt es vor dem WC und dem Waschbecken eine Bewegungsfläche von mindestens 120 cm mal 120 cm?			
Ausstattung der Küche	ja	nein	Relevanz
21. Hat die Küche eine Sitzgelegenheit?			
Sonstiges	ja	nein	Relevanz
22. Ist das Bett höhenverstellbar bzw. in der Höhe passend für den Nutzer?			
23. Ist die Beleuchtung/Helligkeit in den Räumen ausreichend?			
24. Ist die Beleuchtung nachts ausreichend?			
25. Besteht die Möglichkeit einen Notruf innerhalb der Wohnung/im Haus abzusetzen?			

Ergebnisoptionen Checkliste:

1. Es besteht kein Bedarf an einer Wohnraumberatung, Anpassung oder Hilfsmittelversorgung
2. Es besteht der Bedarf, ein Sanitätshaus zu kontaktieren und benötigte Hilfsmittel über den Hausarzt verschreiben zu lassen (entsprechendes Formular ausfüllen und Info Sanitätshäuser)
3. Es besteht der Bedarf, eine Wohnraumberatung und ggf. Wohnraumanpassung durchzuführen. Der Teilnehmende bekommt Informationsmaterial zu den entsprechenden Stellen und ein Formular mit dem festgestellten Bedarf ausgehändigt

ODER Angehörige/Bekannte können Teilnehmende bei kleineren Wohnraumanpassungen unterstützen (Beleuchtung, Positionierung der Möbel, Teppiche)

Wenn ein Bedarf Vorliegt, nachfragen ob Sie bei der Umsetzung Hilfe benötigt oder nicht

Wenn Hilfe benötigt wird → wird der Bedarf für die BK Alltagsbewältigung „ausgelöst“ (auf dem Bedarfsermittlungsbogen Frage 1 mit „nein“ beantworten)

Farbcodierung:

Blau: Wohnraumanpassung und/oder Wohnraumberatung

Grün: Hilfsmittelversorgung Über Hausärzte/Sanitätshaus/Angehörige- ggf. auch Teil der Wohnraumberatung, falls diese erforderlich ist.

Kapitel 7: Bedarfskomponente „Ernährung“

Die Beratung zur Mangelernährung im Alter wird von Ernährungsfachkräften der AOK Baden-Württemberg durchgeführt. Mit persönlicher Beratung und praktischen Tipps erfahren die Teilnehmer, wie sie ungünstige Ernährungsgewohnheiten ablegen und dauerhaft gesünder essen. Der gesamte Prozess ist in Abbildung 7.1 dargestellt.

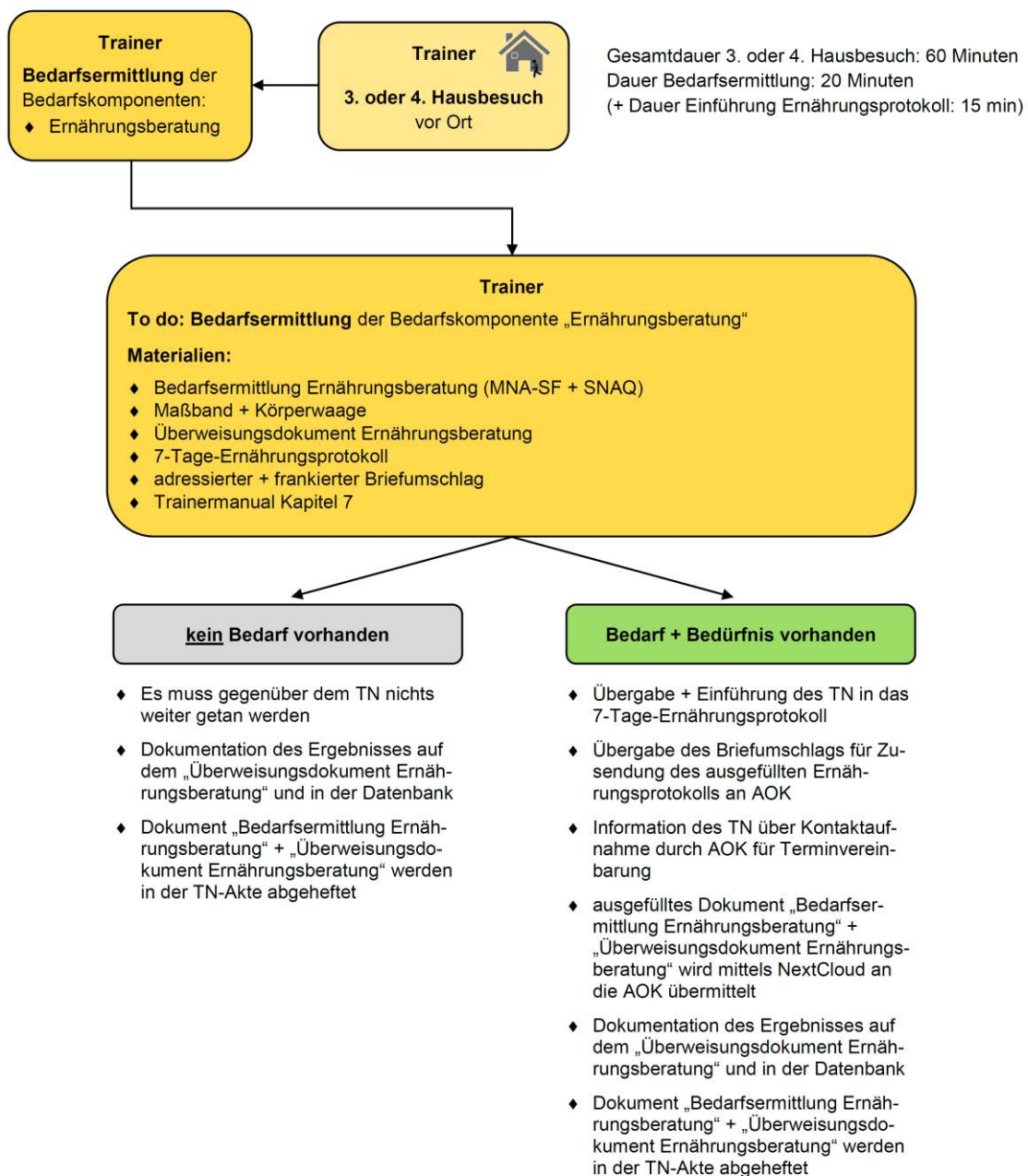


Abbildung 7.1 Prozess der Bedarfskomponente „Ernährung“ (TN = Teilnehmer)

7.1 Bedarfsermittlung durch den Trainer (Zeitpunkt und Dokumente)

Die Bedarfsermittlung „Ernährungsberatung“ wird im Rahmen des 4. oder 5. Hausbesuchs durchgeführt und sollte einen maximalen Zeitumfang von 15 Minuten nicht überschreiten. Der Trainer wägt dabei auf Grundlage seiner subjektiven Einschätzung der aktuellen Situation des Teilnehmers zwischen den beiden Bedarfskomponenten „Ernährung“ und „Alltagsbewältigung“ ab, ob beim 4. Hausbesuch zunächst der Bedarf einer Beratung zur Ernährung oder zur Alltagsbewältigung ermittelt wird. Für die Bedarfsermittlung „Ernährungsberatung“ wird das Dokument „Bedarfsermittlung Ernährungsberatung“ verwendet, welches das *Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)* und den *Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)* umfasst. Als weitere Materialien werden zur Bestimmung der Körpergröße, des Körpergewichts und des Body Mass Index (BMI) des Teilnehmers ein Maßband und eine Körperwaage benötigt. Zusätzlich müssen die Dokumente „Überweisungsdocument Ernährungsbereitung“, „7-Tage-Ernährungsprotokoll“ sowie ein bereits adressierter und frankierter Briefumschlag zum Versenden des „7-Tage-Ernährungsprotokolls“ an die AOK mitgeführt werden. Die hierfür benötigten Adressen der hauptverantwortlichen Ernährungsfachkräfte an den jeweiligen Studienzentren sind im Dokument „„Ansprechpartner für Trainer““ aufgeführt.

7.1.1 Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF)

Der MNA-SF ist ein etabliertes Instrument für das Screening auf eine bestehende Mangelernährung bzw. das Risiko für eine Mangelernährung bei älteren Menschen. Es umfasst insgesamt sechs Items, welche die Nahrungsaufnahme, den Gewichtsverlust, die Mobilität, Stress und akute Erkrankungen, neuropsychologische Probleme und die Anthropometrie (BMI) betreffen. Der Trainer befragt den Teilnehmer und notiert die zu den jeweiligen Antworten dazugehörige Punktzahl (z.B. starke Abnahme der Nahrungsaufnahme = 0 Punkte, leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme = 1 Punkt, keine Abnahme der Nahrungsaufnahme = 2 Punkte). Sollte der Teilnehmer nicht in der Lage sein, einzelne Fragen zu beantworten, kann der Trainer auch einen Angehörigen oder eine Betreuungsperson hierfür befragen. Abschließend werden die Punktzahlen für die einzelnen Fragen zu einem Gesamtwert addiert (max. 14 Punkte). Bei einem MNA-SF-Gesamtwert ≤ 11 Punkten liegt ein Risiko für eine Mangelernährung vor.

In Tabelle 7.1 sind Hinweise zum Vorgehen bei der Befragung aufgeführt:

Tabelle 7.1 Hinweise zum Vorgehen bei der Befragung	
A Hat der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?	
0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme 1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme 2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme	Befragung: • „Haben Sie im Laufe der letzten 3 Monate weniger gegessen als normal?“ • Falls ja, „Liegt das an Appetitmangel, Kau- oder Schluckbeschwerden?“ • Falls ja, „Haben Sie erheblich weniger oder nur ein bisschen weniger als früher gegessen?“
B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten	
0 = Gewichtsverlust > 3 kg 1 = Gewichtsverlust nicht bekannt 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3 = kein Gewichtsverlust	Befragung: • „Haben Sie in den letzten 3 Monaten ungewollt Gewicht verloren?“ • „Hat sich Ihr Hosen-/Rockbund gelockert?“ • „Wie viel haben Sie Ihrer Ansicht nach abgenommen? Mehr oder weniger als 3 kg?“
C Mobilität	
0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert 1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen 2 = verlässt die Wohnung	Befragung: • „Wie würden Sie derzeit Ihre Mobilität beschreiben?“ • „Sind Sie in der Lage, ohne Hilfe vom Bett, Stuhl oder Rollstuhl aufzustehen?“ – falls nicht, 0 Punkte • „Sind Sie in der Lage, vom Bett oder Stuhl aufzustehen, jedoch nicht in der Lage, außer Haus zu gehen?“ – falls ja, 1 Punkt • „Sind Sie in der Lage, außer Haus zu gehen?“ – falls ja, 2 Punkte
D Akute Krankheit oder psychischer Stress in den letzten 3 Monaten	
0 = ja 2 = nein	Befragung: • „Waren Sie in den letzten 3 Monaten gestresst?“ • „Waren Sie in den letzten 3 Monaten ernsthaft krank?“
E Neuropsychologische Probleme	
0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz 2 = keine psychologischen Probleme	Befragung: • „Leiden Sie an Demenz?“ • „Haben Sie lang anhaltende oder schwere Traurigkeit erlebt?“
F Bestimmung des Body Mass Index (BMI): Körpergewicht (kg) / Körpergröße² (m²)	
0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	Vorgehen: • Messen des Körpergewichts mittels der mitgebrachten Körperwaage (ohne Schuhe). • Messen der Körpergröße an der Wand mittels des mitgebrachten Maßbands (ohne Schuhe, mit aneinander liegenden Fersen, Gesäß & Schulter an der Wand) • Größe und Gewicht des TN in der beiliegenden BMI-Tabelle auf dem Erhebungsbogen suchen und den entsprechenden BMI ermitteln.

7.1.2 Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)

Der SNAQ ist ein Instrument für das Screening auf eine deutliche Appetitlosigkeit und ein damit verbundenes Risiko für einen zukünftig zu erwartenden signifikanten Gewichtsverlust. Er umfasst vier Aussagen, welchen den Appetit, das Sättigungsgefühl, das Geschmacksempfinden und die Mahlzeitenverteilung betreffen. Der Teilnehmer vervollständigt unter Anleitung des Trainers diese Aussagen jeweils anhand einer 5-stufigen Skala (z.B. a: sehr schlecht = 1 Punkt, b: schlecht = 2 Punkte, c: durchschnittlich = 3 Punkte, d: gut = 4 Punkte, e: sehr gut = 5 Punkte). Anschließend werden die Punktzahlen für die einzelnen Aussagen durch den Trainer zu einem Gesamtwert addiert (max. 20 Punkte). Bei einem SNAQ-Gesamtwert von ≤ 14 Punkten oder weniger liegt ein deutlicher Appetitverlust vor sowie ein signifikantes Risiko für einen Gewichtsverlust von 5 % oder mehr innerhalb der nächsten 6 Monate.

7.2 Ergebnis der Bedarfsermittlung

Das Ergebnis der Bedarfsermittlung wird dem Teilnehmer direkt im Anschluss der Bedarfsermittlung während des Hausbesuchs mitgeteilt. Das Ergebnis der Bedarfsermittlung kann dabei wie folgt ausfallen (s. Tabelle 7.2):

Tabelle 7.2 Ergebnis der Bedarfsermittlung	
kein Bedarf vorhanden	Bedarf vorhanden
MNA-SF ≥ 12 Punkte und SNAQ ≥ 15 Punkte	MNA-SF ≤ 11 Punkte UND/ODER SNAQ ≤ 14 Punkte

Liegt ein Bedarf anhand des MNA-SF und/oder SNAQ vor, informiert der Trainer den Teilnehmer über die Möglichkeit, im Rahmen der Studie eine professionelle Ernährungsberatung bei der AOK Baden-Württemberg wahrzunehmen. Der Trainer klärt den Teilnehmer dabei stichpunktartig über die nachfolgenden Rahmenbedingungen der Ernährungsberatung auf:

- drei Beratungstermine: 2 $\times$ 60 min, 1 $\times$ 45 min
- durchgeführt von zertifizierten AOK-Ernährungsfachkräften
- alle Termine bevorzugt in Präsenz im AOK-Gesundheitszentren vor Ort (optional auch telefonisch oder digital)

Die Adressen der AOK-Gesundheitszentren an den einzelnen Studienzentren sind in Tabelle 7.3 aufgeführt.

Tabelle 7.3 Adressen der AOK-Gesundheitszentren		
Stuttgart	Heidelberg	Ulm
AOK-Gesundheitszentrum Berliner Platz Breitscheidstraße 18 70176 Stuttgart	AOK-KundenCenter Heidelberg-Bahnstadt Langer Anger 52-54 69115 Heidelberg	AOK Gesundheitszentrum Ulm Basteistraße 37 89073 Ulm

Anschließend befragt der Trainer den Teilnehmer nach seiner Bereitschaft (Bedürfnis) die Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen. Stimmt der Teilnehmer der Beratung zu, wird die Ernährungsberatung der AOK Baden-Württemberg ausgelöst. Hierfür werden die positiven Ergebnisse der Bedarfs- (MNA-SF & SNAQ) und Bedürfniserhebung (Frage zur Bereitschaft an der AOK-Ernährungsberatung teilzunehmen) im „Überweisungsdocument Ernährungsberatung“ festgehalten und im Anschluss an den Hausbesuch in der **Datenbank** eingetragen.

Zudem werden das „Überweisungsdocument Ernährungsberatung“ und das ausgefüllte Dokument „Bedarfsermittlung Ernährungsberatung“ (MNA-SF & SNAQ) nach dem Hausbesuch per NextCloud an die AOK Baden-Württemberg übermittelt. Über das „Überweisungsdocument Ernährungsberatung“ können hierbei zusätzlich noch weitere für die Ernährungsberatung relevante Informationen an die AOK Baden-Württemberg weitergegeben werden (z.B. mögliche Wochentage für die Beratungstermine).

7.2.1 Einführung in das Ernährungsprotokoll

Nachdem der Bedarf und das Bedürfnis des Teilnehmers einer AOK-Ernährungsberatung festgestellt wurden, übergibt der Trainer das „7-Tage-Ernährungsprotokoll“ an den Teilnehmer. Anhand eines ersten 24h-Recalls zum Essverhalten über den letzten Tag des Teilnehmers erläutert der Trainer beispielhaft das richtige Ausfüllen des Ernährungsprotokolls. Dies sollte einen maximalen Zeitumfang von 10 Minuten nicht überschreiten.

Das Ernährungsprotokoll umfasst insgesamt fünf Spalten, in die der Teilnehmer die nachfolgenden Informationen einträgt:

1. Uhrzeit für den Beginn und das Ende der Mahlzeit
2. Ort und zur Situation (Wo und mit wem? Wer hat es zubereitet?)
3. verzehrte Menge (z.B. 1 Glas, 2 Hände Kartoffeln)
4. Lebensmittel (z.B. Brot, Gemüse, Fleisch)
5. sonstige Bemerkungen (z.B. Warum wurde gegessen? Wie ist das Essen bekommen?)

In Abbildung 7.1 ist ein Auszug für den Vormittag aus einem beispielhaften Ernährungsprotokoll aufgeführt.

Ernährungsprotokoll:				
Name: <u>Max Mustermann</u>			Wochentag & Datum: <u>Sonntag, 02.05.2021</u>	
1.	2.	3.	4.	5.
Uhrzeit Beginn - Ende	Ort/Situation Wo und mit wem? Wer hat es zubereitet?	Menge	Lebensmittel und Getränke	Bemerkungen Warum essen Sie? Wie geht es Ihnen?
7:00- 7:30	Zu Hause mit Ehemann	1	Brötchen, Weißmehl	Hunger, Sodbrennen
		1/2 Scheibe	Vollkornbrot fein gemahlen	
		3 TL	Butter	
		1	gekochtes Ei	
		1 EL	Kirschmarmelade	
		1 Scheibe	Kochschinken	
		1 Tasse 150 ml	Kaffee	
10:00- 10:05	alleine	1 mittelgroß	Apfel	Appetit
		125 g	Joghurt 3,5 % Fett	
		1 Glas 200 ml	Wasser	
...	...	...	...	...

Abbildung 7.1 Beispiel eines ausgefüllten Ernährungsprotokoll

Nach der erfolgreichen Einweisung in das Ausfüllen des Ernährungsprotokolls übergibt der Trainer das „7-Tage-Ernährungsprotokoll“ an den Teilnehmer und weist ihn an, für jeden der folgenden sieben Tage ein Ernährungsprotokoll anzufertigen. Das ausgefüllte „7-Tage-Ernährungsprotokoll“ soll der Teilnehmer dann anschließend mittels des bereits adressierten und frankierten Briefumschlags an die AOK versenden.

Abschließend wird der Teilnehmer darüber informiert, dass sich eine AOK-Ernährungsfachkraft telefonisch mit ihm in Verbindung setzen wird, um einen ersten Beratungstermin in den Räumlichkeiten der AOK-Gesundheitszentren zu vereinbaren.

7.2.2 Trainer als „Erinnerungsstütze“

Die Ernährungsberatung wird im weiteren Verlauf eigenverantwortlich von den AOK-Ernährungsfachkräften organisiert und durchgeführt. Der Trainer hat hierbei keine direkten organisatorischen oder beratenden Aufgaben. Über den Zeitraum, in dem die Ernährungsberatung von der AOK durchgeführt wird, sollte sich der Trainer jedoch vor jedem Hausbesuch bzw. Telefonat über den aktuellen Stand und die wichtigsten teilnehmerspezifischen Inhalte/Schwerpunkte der Ernährungsberatung anhand des Dokuments „Beratungsprotokoll“ auf NextCloud informieren. In diesem Dokument protokollieren die AOK-Ernährungsfachkräfte das jeweilige Datum der einzelnen Beratungstermine sowie stichpunktartig deren inhaltliche Schwerpunkte und die Ziele für den TN. Das „Beratungsprotokoll“ wird von den AOK-Ernährungsfachkräften fortlaufend nach jedem der drei Einzeltermine aktualisiert und über NextCloud dem Trainer zur Einsicht zur Verfügung gestellt.

Bei einem Hausbesuch oder Telefonat während oder nach dem Zeitraum der Ernährungsberatung fungiert der Trainer als eine Art „Erinnerungsstütze“. Der Trainer befragt den Teilnehmer kurz zum aktuellen Stand der Ernährungsberatung (z.B. *„Wie waren Ihre Beratungstermine zur Ernährung bei der AOK?“*) sowie zur Umsetzung der Empfehlungen (z.B. *„Wie klappt die Umsetzung der Empfehlungen? Haben sich dabei irgendwelche Probleme ergeben?“*) und erinnert nochmals an die im Beratungsprotokoll aufgeführten Schwerpunkte der Beratung und Ziele für den Teilnehmer (z.B. *„ausreichende Eiweißaufnahme“*, *„zusätzliche Zwischenmahlzeiten einbauen“*, *„regelmäßiges Trinken“*). Sollten sich hierbei komplexe Fragen oder Probleme zur Ernährung ergeben, verweist der Trainer an die jeweils beratende AOK-Ernährungsfachkraft.

7.3 Dokument: Bedarfsermittlung „Ernährungsberatung“ (MNA-SF und SNAQ) Teil 1/3

Bedarfsermittlung „Ernährungsberatung“

AOK-ID: A-__ __ __

Datum: _____

Hausbesuch Nr.: _____

Screening auf (Risiko für) Mangelernährung: Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) - Patientenbefragung -

A Hat der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?

- 0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme
1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme
2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme

Punkte Frage A: _____

B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten

- 0 = Gewichtsverlust > 3 kg
1 = Gewichtsverlust nicht bekannt
2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg
3 = kein Gewichtsverlust

Punkte Frage B: _____

C Mobilität

- 0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert
1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen
2 = verlässt die Wohnung

Punkte Frage C: _____

D Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?

- 0 = ja
2 = nein

Punkte Frage D: _____

E Neuropsychologische Probleme

- 0 = schwere Demenz oder Depression
1 = leichte Demenz
2 = keine psychologischen Probleme

Punkte Frage E: _____

Bitte addieren Sie die Punkte für die Fragen A bis E.

Summe Punkte A-E: _____

7.3 Dokument: Bedarfsermittlung „Ernährungsberatung“ (MNA-SF und SNAQ) Teil 2/3

F Bestimmung des Body Mass Index (BMI): Körpergewicht (kg) / Körpergröße² (m²)

Körpergewicht (kg): _____ Körpergröße (m): _____

Suchen Sie die Körpergröße in der linken Spalte der Tabelle aus. Fahren Sie auf dieser Zeile nach rechts und kreisen Sie den zutreffenden Bereich des Körpergewichts ein. Ermitteln Sie in der letzten Zeile der Tabelle, welche Punkte (0, 1, 2 oder 3) zu dem eingekreisten Gewichtsbereich gehört.

Größe (cm)	Gewicht (kg)			
147,5	< 41,1	41,1 – 45,3	45,4 – 49,6	≥ 49,7
150,0	< 42,8	42,8 – 47,2	47,3 – 51,7	≥ 51,8
152,5	< 44,2	44,2 – 48,7	48,8 – 53,4	≥ 53,5
155,0	< 45,6	45,6 – 50,4	50,5 – 55,2	≥ 55,3
157,5	< 47,1	47,1 – 52,0	52,1 – 57,0	≥ 57,1
160,0	< 48,6	48,6 – 53,7	53,8 – 58,8	≥ 58,9
162,5	< 50,2	50,2 – 55,4	55,5 – 60,6	≥ 60,7
165,0	< 51,7	51,7 – 57,1	57,2 – 62,5	≥ 62,6
167,5	< 53,3	53,3 – 58,8	58,9 – 64,4	≥ 64,5
170,0	< 54,9	54,9 – 60,6	60,7 – 66,4	≥ 66,5
172,5	< 56,5	56,5 – 62,4	62,5 – 68,3	≥ 68,4
175,0	< 58,2	58,2 – 64,2	64,3 – 70,3	≥ 70,4
177,5	< 59,9	59,9 – 66,1	66,2 – 72,4	≥ 72,5
180,0	< 61,6	61,6 – 67,9	68,0 – 74,4	≥ 74,5
182,5	< 63,3	63,3 – 69,8	69,9 – 76,5	≥ 76,6
185,0	< 65,0	65,0 – 71,8	71,9 – 78,6	≥ 78,7
187,5	< 66,8	66,8 – 73,7	73,8 – 80,8	≥ 80,9
190,0	< 68,6	68,6 – 75,7	75,8 – 82,9	≥ 83,0
192,5	< 70,4	70,4 – 77,7	77,8 – 85,1	≥ 85,2
Punkte	0	1	2	3

Punkte F: _____

Addieren Sie die Punkte der Fragen A bis F.

Ergebnis des Screenings: _____
(max. 14 Punkte)

→ bei **11 Punkten oder weniger** bitte Teilnehmer*in zur Ernährungsberatung der AOK vermitteln

7.3 Dokument: Bedarfsermittlung „Ernährungsberatung“ (MNA-SF und SNAQ) Teil 3/3

Screening auf deutliche Appetitlosigkeit und Risiko für Gewichtsverlust: Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)

- Selbstausfüller -

1. Mein Appetit ist...

- ☐ a. sehr schlecht.
- ☐ b. schlecht.
- ☐ c. durchschnittlich.
- ☐ d. gut.
- ☐ e. sehr gut.

2. Wenn ich esse...

- ☐ a. fühle ich mich satt, nachdem ich nur wenige Bissen gegessen haben.
- ☐ b. fühle ich mich satt, nachdem ich etwa ein Drittel einer Mahlzeit gegessen habe.
- ☐ c. fühle ich mich satt, nachdem ich mehr als die Hälfte einer Mahlzeit gegessen habe.
- ☐ d. fühle ich mich satt, nachdem ich den größten Teil einer Mahlzeit aufgegessen habe.
- ☐ e. fühle ich mich fast nie satt.

3. Das Essen schmeckt...

- ☐ a. sehr schlecht.
- ☐ b. schlecht.
- ☐ c. durchschnittlich.
- ☐ d. gut.
- ☐ e. sehr gut.

4. Normalerweise esse ich...

- ☐ a. weniger als eine Mahlzeit pro Tag.
- ☐ b. eine Mahlzeit pro Tag.
- ☐ c. zwei Mahlzeiten pro Tag.
- ☐ d. drei Mahlzeiten pro Tag.
- ☐ e. mehr als drei Mahlzeiten pro Tag.

Berechnen Sie den SNAQ-Score als Summe der einzelnen Items basierend auf der nachfolgenden numerischen Skala: a = 1 Punkt, b = 2 Punkte, c = 3 Punkte, d = 4 Punkte, e = 5 Punkte.

Summe SNAQ-Score: _____
(max. 20 Punkte)

**→ bei 14 Punkten oder weniger bitte Teilnehmer*in zur
Ernährungsberatung der AOK vermitteln**

7.4 Dokument: Überweisungsdokument „Ernährungsberatung“

Überweisungsdokument „Ernährungsberatung“

AOK-ID: A-__ __ __

Datum: _____

Hausbesuch Nr.: ____

Assessment zur Bedarfsermittlung	Ergebnis	
	Score (in Pkt.)	Kritischer Wert
Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF)		≤ 11 ☐
Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)		≤ 14 ☐

Frage zur Bedürfnisermittlung	Ergebnis	
Ist eine Ernährungsberatung bzw. Kontaktaufnahme der AOK Baden-Württemberg seitens des Teilnehmers oder der Teilnehmerin gewünscht?	NEIN ☐	JA ☐

*Sobald ein Kästchen zum Assessment angekreuzt wird UND der bzw. die Teilnehmer*in eine Beratung wünscht, wird die Ernährungsberatung der AOK Baden-Württemberg ausgelöst.*

Sind aus Sicht des bzw. der Trainer*in weitere Informationen für die Ernährungsberatung der AOK Baden-Württemberg relevant? Wenn ja, Informationen hier eintragen:

Kapitel 8: Bedarfskomponente „Alltagsbewältigung“

Die Beratung zur Alltagsbewältigung wird von staatlich anerkannten Sozialpädagogen des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg durchgeführt. Da die Beratung inhaltlich an die Pflegeberatung angelehnt ist, haben alle Berater zusätzlich eine Qualifizierung als Pflegeberater nach § 7a SGB XI. Die Beratung stellt keine Regelversorgung dar, sondern gilt als präventive Beratungsleistung zu psychosozialen Themen.

8.1 Bedarfsermittlung durch Trainer und Weiterleitung

Für die Bedarfsermittlung wird das Dokument „Bedarfsermittlung – Beratung zur Alltagsbewältigung“ genutzt. Wird hier mindestens ein grau hinterlegtes Feld angekreuzt, ist eine Weiterleitung angezeigt („Bedarf indiziert“).

Sollte, obwohl kein grau hinterlegtes Feld angekreuzt wurde, eine Beratung aus Sicht der Trainer trotzdem angezeigt sein (s. Beispiel unten), ist dies im darunterliegenden Kästchen anzumerken. Möchte der Trainer dem Berater eine zusätzliche Information zukommen lassen, ist dies im entsprechenden Kästchen möglich, jedoch nicht verpflichtend.

Beispiel: Der Teilnehmer gibt an, dass er sich ausreichend unterstützt fühlt. Nach Ihrem Empfinden ist die Häuslichkeit aber sehr unordentlich, es stapelt sich ungeöffnete Post, die Kleidung wirkt nicht ausreichend gewaschen, etc. Diese Einschätzung können Sie auf dem Dokument „Bedarfsermittlung“ vermerken.

Wichtig ist immer die obligatorische Abfrage, ob der Teilnehmende tatsächlich eine Beratung zur Alltagsbewältigung wünscht (Bedürfnis). Dementsprechend ist ein Kreuzchen zu setzen. Nur wenn hier „JA“ angekreuzt wird, wird der Bedarf an die AOK weitergeleitet und nur dann darf der AOK-Berater auch Kontakt zum Teilnehmenden aufnehmen.

8.1.1 Weiterleitung des Fragebogens zur Bedarfsermittlung

Das Ergebnis der Bedarfsermittlung (Fragebogen zur Bedarfsermittlung und Überweisungsschein) wird anschließend auf den Sharepoint/Next Cloud in den dafür vorgesehen Ordner „Alltagsberatung“ hochgeladen.

Hierzu muss zunächst nach dem Hausbesuch der Reiter „Bedarfskomponente Alltagsbewältigung“ in der **Datenbank** aufgefüllt werden und eine AOK-ID über die **Datenbank** generiert werden. Diese AOK-ID wird anschließend auf den Dokumenten (Fragebogen zur Bedarfsermittlung und Überweisungsschein) eingetragen. Beide Dokumente werden anschließend auf den Sharepoint/Next Cloud hochgeladen.

8.2 „Beratung zur Alltagsbewältigung“ durch den Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg

Der gesamte Prozess der „Beratung zur Alltagsbewältigung“ des Sozialen Dienstes ist in Abbildung 8.1 dargestellt.

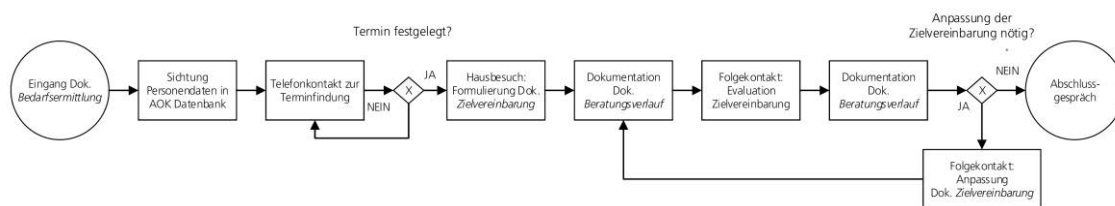


Abbildung 8.1 Prozess der „Beratung zur Alltagsbewältigung“

8.2.1 Kontaktaufnahme

Die Berater des Sozialen Dienstes nehmen telefonisch Kontakt zu den Teilnehmenden auf, stellen sich vor und vereinbaren einen Termin für einen Hausbesuch.

8.2.2 Weiterer Beratungsverlauf

Regelhaft führen die Berater nach einer telefonischen Kontaktaufnahme und Terminabstimmung einen Hausbesuch bei den Teilnehmenden durch. Es ist nicht definiert, wie viele Beratungsgespräche stattfinden bzw. in welchem Setting (z.B. Hausbesuch oder Telefonat) mögliche Folgekontakte durchgeführt werden. Die Berater entscheiden aufgrund ihrer Fachlichkeit, welche Intensität zielführend ist. Der Beratungszeitraum kann sich zwischen einem und zehn Monaten erstrecken.

Die Berater nutzen die Methode ‚Case Management‘. Hierbei wird im Erstkontakt ein Assessment durchgeführt und es werden gemeinsam Ziele formuliert.

Wichtig: Das Assessment und die Formulierung der Ziele werden anhand der Bedarfsermittlung vorgenommen. Es handelt sich hier ausschließlich um Ziele, die die Alltagsbewältigung und psychosoziale Themen betreffen. Demnach unterscheiden sie sich mitunter von den Zielen, die die Trainer mit den Teilnehmenden vereinbaren.

Zudem werden bereits weitere Schritte zur Zielerreichung besprochen und geplant. Durch Anwendung von Gesprächstechniken werden die Teilnehmenden ermutigt, ihre aktuelle Situation ausführlich zu schildern und ihre Bedarfe und Bedürfnisse zu benennen. Im Laufe der weiteren Kontakte wird die Zielerreichung bzw. die Abarbeitung der Maßnahmen kontinuierlich evaluiert und bei Bedarf angepasst. Wenn die Ziele erreicht wurden, oder andere Gründe für eine Beendigung des Beratungsprozesses sprechen (dies könnte u.a. keine Compliance sein, s. Beispiele im Kasten unten) wird ein Abschlussgespräch durchgeführt.

Wichtig: Kommt es vor, dass der Teilnehmende nicht ausreichend Compliance zeigt (z.B., weil vereinbarte Schritte nicht eingehalten werden oder Termine nicht wahrgenommen werden), kann der Berater des Sozialen Dienstes Kontakt zu den Trainern aufnehmen (s.u.), um eine mögliche Unterstützung zu besprechen. Die Trainer können den Teilnehmenden dann z.B. darauf ansprechen bzw. auf die Wichtigkeit der Einhaltung der Termine hinweisen.

8.2.3 Abschlussgespräch

Das Abschlussgespräch kann in der Regel telefonisch stattfinden, bei Bedarf auch als Hausbesuch. Der Beratungsprozess wird gemeinsam rückblickend beleuchtet und es wird evaluiert, ob alle Ziele erreicht wurden bzw. ob sich Ziele geändert haben und wieso ggf. Ziele nicht erreicht werden konnten. In gegenseitigem Einverständnis wird der Beratungsprozess beendet. Die „Zielvereinbarung“ in der Endfassung kann von den Beratern an die Teilnehmenden ausgehändigt werden.

8.2.4 Mögliche Themenkomplexe in der Beratung

Die Beratungen kann folgende Themenkomplexe umfassen:

- Aufbau eines Unterstützungsnetzwerks
- Erhalt und Aufbau sozialer Kontakte und Freizeitaktivitäten
- Depressivität
- Beratung zur gesetzlichen Vorsorge
- Entlastung der Angehörigen
- Vermittlung medizinischer Versorgung

8.3 Zusammenarbeit

Um Doppelstrukturen und Informationsverlust zu vermeiden, kann ein Austausch zwischen Trainern und Beratern erfolgen. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn sich die festgelegten Ziele ähneln oder wenn der Teilnehmende in einem Beratungsgespräch etwas äußert, was für den Trainer von Belangen sein könnte oder umgekehrt. Ebenfalls kann, wie oben beschrieben, bei mangelnder Compliance eine Kontaktaufnahme sinnvoll sein. Diese Absprache kann per E-Mail und/oder telefonisch erfolgen.

8.4 Dokumentation

Die einzelnen Beratungstermine werden mit Datum und Dauer sowie einer kurzen inhaltlichen Beschreibung auf dem Dokumentationsbogen „Beratung zur Alltagsbewältigung-Beratungsverlauf“ dokumentiert. Dieser wird nach jedem Beratungstermin (telefonisch oder persönlich) von dem Berater der AOK auf dem Sharepoint/Next Cloud unter Ergänzung der AOK-ID als Dokumentenbezeichnung hochgeladen.

Die Studienkoordination oder der für diesen Teilnehmenden verantwortliche Trainer überträgt die Angaben in die **Datenbank**.

8.5 Dokument: Bedarfsermittlung und Überweisungsdokument „Beratung zur Alltagsbewältigung“

Bedarfsermittlung und Überweisungsdokument „Beratung zur Alltagsbewältigung“

AOK-ID: A - ____ Hausbesuch Nr.: ____ Datum: ____

Assessment zur Bedarfsermittlung	Ergebnis	
Wenn Sie Unterstützung benötigen: Fühlen Sie sich ausreichend versorgt/unterstützt? (z.B. im Haushalt, beim Schriftverkehr oder anderen persönlichen Angelegenheiten) → <i>Vergleiche Bedarfsermittlung Hilfsmittel</i>	JA	NEIN
Gibt es Anzeichen dafür, dass den unterstützenden Personen die Tätigkeiten schwerfallen oder diese im Umgang mit Ihnen oft gereizt sind?	JA	NEIN
Fühlen Sie sich oft einsam?	JA	NEIN
Wünschen Sie sich mehr soziale Kontakte?	JA	NEIN
Wünschen Sie sich Unterstützung für oder bei außerhäuslichen Aktivitäten?	JA	NEIN
Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie weniger Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	JA	NEIN
Haben Sie gesundheitliche Probleme und Fragen, für die Sie Unterstützung benötigen? (z.B. Blasenprobleme, Schmerzen)	JA	NEIN
Wünschen Sie eine Beratung zu Vorkehrungen, falls Sie Ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können? (z.B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung)	JA	NEIN
Wenn Sie derzeit selbst für jemand anderen sorgen: Sehen Sie sich in der Lage, dies auch zukünftig zu tun?	JA	NEIN
Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Lebenssituation zufrieden?	JA	NEIN

Ist aus Sicht des bzw. der Trainer*in eine Beratung auch entgegen des Ergebnisses der Assessments notwendig? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, aus folgenden Gründen notwendig:

Frage zur Bedürfnisermittlung	Ergebnis	
Ist eine Beratung zur Alltagsbewältigung bzw. Kontaktaufnahme der AOK Baden-Württemberg seitens des Teilnehmers oder der Teilnehmerin gewünscht?	NEIN ☐	JA ☐

Sobald ein grau hinterlegtes Feld in der Ergebnisspalte angekreuzt wird ODER aus Sicht der Trainer*in eine Beratung notwendig erscheint UND der bzw. die Teilnehmer*in die Beratung wünscht, wird die Beratung zur Alltagsbewältigung der AOK Baden-Württemberg ausgelöst.

Sind aus Sicht des bzw. der Trainer*in weitere Informationen für die Beratung zur Alltagsbewältigung der AOK Baden-Württemberg relevant? Wenn ja, Informationen hier eintragen:

Kapitel 9: Gruppenkomponente

Die Gruppenkomponente stellt die 3. Säule der *PromeTheus Intervention* dar und ergänzt die Kernkomponente (WEBB-Programm) und die drei Bedarfskomponenten. Teilnehmende können und sollen ab dem 2. Quartal der Intervention (3 Monate nach Beginn) in ein längerfristiges Gruppenangebot eingebunden werden. Das kann ein Trainingsangebot oder ein sozial-kommunikativ ausgerichtetes Angebot sein. Ziel der Gruppenkomponente ist es, Depression und Vereinsamung entgegen zu wirken, das körperliche Training zu verstetigen und die Teilhabe zu fördern.

Zur Anbahnung der Gruppenkomponente gehen Sie wie folgt vor:

1. Fragen Sie die Teilnehmenden, ob sie bereits an Gruppenangeboten teilnehmen, und wenn ja an welchen und wie häufig. Sie werden zwei Gruppen identifizieren:
 - a. **Teilnehmende, die bereits in ein oder mehrere Gruppenangebote integriert sind und diese Angebote regelmäßig wahrnehmen:**
Fragen Sie die Teilnehmenden, ob Sie mit den bestehenden Gruppenangeboten zufrieden sind oder nicht, und ob weitere oder andere Angebote gewünscht sind.
 - i. Bestehen kein Bedarf und kein Bedürfnis, sollte dies respektiert werden und es sollten keine weiteren Maßnahmen erfolgen, auch um eine mögliche „Überlastung“ der Teilnehmenden zu vermeiden.
 - ii. Bestehen Bedarf und Bedürfnis, fahren Sie mit Punkt 2 fort.
 - b. **Teilnehmende, die keine Gruppenangebote wahrnehmen oder diese nur sehr unregelmäßig wahrnehmen:** Fahren Sie mit Punkt 2 fort.
2. Fragen Sie die Teilnehmenden, ob ein Interesse an Gruppenangeboten besteht. Erläutern Sie, wie wichtig solche Angebote sein können und welche Vorteile ein Gruppenangebot haben kann (nutzen Sie ggf. hierfür auch den „Brief an die Angehörigen“). Stellen Sie z.B. die folgenden Fragen:
 - a. Welche Aktivitäten (in einer Gruppe) haben Sie früher wahrgenommen, und welche möchten Sie gerne wiederaufnehmen?

- b. Gibt es Gruppenangebote, die Sie bis zum Ausbruch der Corona-Krise wahrgenommen haben, und die Sie gerne wiederaufnehmen möchten?
 - c. Welche Aktivitäten (in einer Gruppe) möchten Sie schon immer einmal machen?
 - d. Gibt es Gruppenangebote, die kürzlich/in letzter Zeit beendet wurden?
 - e. Gibt es Gruppenangebote, die Freunde, Nachbarn oder Bekannte wahrnehmen?
 - f. Kennen Sie Gruppenangebote in der näheren Umgebung/im Quartier, für die Sie sich interessieren?
 - g. Nennen Sie hier Beispiele wie Gruppengymnastik, Turnen, Sturzpräventionskurse, Chor, Seniorenabende, etc.
3. Fragen Sie die Teilnehmenden, ob sie Ihnen spezifische/individuell angepasste Informationsmaterialien für Gruppenangebote im Quartier geben dürfen. Wenn dies erwünscht ist, teilen Sie diese Materialien aus.
4. Fragen Sie die Teilnehmenden, ob Sie den „Brief an die Angehörigen“ verfassen und aushändigen dürfen. Erklären Sie den Inhalt und das Ziel dieses Briefs. Senden/geben Sie den Brief direkt an die Angehörigen, oder bitten Sie die Teilnehmenden, diesen Brief weiterzuleiten.

Dokumentieren Sie die nötigen Informationen im Reiter „Gruppenangebote“ in der **Datenbank**.

Kapitel 10: Motorisches Assessment

10.1 de Morton Mobility Index (DEMMI)

Die Kernkomponente der *Prometheus Intervention* ist das WEBB-Programm, ein körperliches Training zur Verbesserung der Muskelkraft und des Gleichgewichts im Alltag. Das WEBB-Training wurde speziell dafür entwickelt, die körperliche Leistungsfähigkeit, die Balance, die Mobilität und die Muskelkraft der unteren Extremitäten zu verbessern, sowie das Sturzrisiko zu senken.

Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit ist im Prometheus-Projekt keine umfassende physiotherapeutische bzw. motorische Untersuchung der Teilnehmenden möglich. Um die Übungen dennoch individuell für jeden Teilnehmenden angepasst auswählen zu können, ist es wichtig, vorher einen objektiven und möglichst umfassenden Eindruck der Mobilität, der Gleichgewichtsfähigkeit und der körperlichen Funktionsfähigkeit zu erhalten. Hierfür steht mit dem de Morton Mobility Index (DEMMI) ein standardisiertes, kurzes, einfaches und wissenschaftlich gut evaluiertes Assessment zur Verfügung.

Der DEMMI ist ein Performanz-basiertes Assessment, das 15 Mobilitäts-Items aus fünf Bereichen beinhaltet: Bett- und Stuhlmobilität, statisches und dynamisches Gleichgewicht, Gehen. Folgend sind der DEMMI-Testbogen sowie die Hinweise zur Durchführung abgebildet. Im „Arbeitsbuch Trainer“ sind mehrere DEMMI-Testbögen zu finden, die für die Erhebung der Mobilität der Teilnehmer genutzt werden können. Die DEMMI Test-Werte im Zeitverlauf sollten im Dokument „Meine Mobilitäts-Werte“ (Arbeitsbuch Teilnehmer) dokumentiert werden, um den Teilnehmenden ihre motorische Entwicklung auch graphisch anschaulich darzustellen.

Weitere Hinweise:

- Der DEMMI sollte obligatorisch beim 1. und 6. und 10. Hausbesuch erhoben werden. Weitere Erhebungen sind individuell und nach Ihrem Ermessen möglich.
- Ist die Erhebung des Gehens nicht Performanz-basiert möglich (DEMMI Items 11 und 12), erheben Sie diese Items bitte anamnestisch (*patient reported*). Bewerten Sie die beiden Items in diesen Fällen entsprechend Ihrer klinischen Beobachtung oder Stellen Sie dem Teilnehmenden die folgende Frage: „Wie weit können Sie ohne Pause gehen, und welche Unterstützung benötigen Sie

dafür. Eine Unterstützung kann beispielsweise ein Geh-Hilfsmittel oder eine Hilfsperson sein.“ Notieren Sie die anamnestische Erhebung auf dem Testbogen unter „Kommentare“.

- Informieren Sie die Teilnehmenden über ihren DEMMI Score. Erklären Sie dabei die 100-Punkte Skala und die Bedeutung der Extreme. „0 Punkte“ steht dabei für eine sehr stark eingeschränkte Mobilität („Bettlägerigkeit“) und „100 Punkte“ für eine sehr gute, für ältere Menschen (70+ Jahre) überdurchschnittlich gute Mobilität. Zur Verdeutlichung können Sie die DEMMI-Skala mit einer Prozent-Skala (0 bis 100%) vergleichen.
- Nutzen Sie die DEMMI Items und den DEMMI Score auch für die Zielformulierungen und Zielevaluationen sowie zur Steigerung der Adhärenz und Motivation.
- Beachten Sie, dass eine Veränderung von weniger als 9 Punkten wahrscheinlich messfehlerbasiert ist (*minimal detectable change*; MDC). Zudem sind für viele ältere Menschen Veränderungen erst ab mindestens 10 Punkten klinisch relevant.
- Weitere Informationen zum DEMMI finden Sie im Literaturverzeichnis [10–14]
- Das **DEMMI Handbuch**, in dem die Erhebung des Assessments ausführlich beschrieben ist, finden Sie als Download (Datei im PDF-Format) unter diesem Link: www.hs-gesundheit.de
- Bitte füllen Sie den die DEMMI Testbögen stets vollständig aus und legen Sie die Testbögen in der „Patientenakte“ ab. Die Testbögen werden für wissenschaftliche Auswertungen benötigt. Ein Eintrag in die **Datenbank** ist nicht nötig.

10.2 Kurzfragebogen zur Mobilität

Bitte füllen Sie beim 6. und beim 10. Hausbesuch jeweils nach der DEMMI Testung zusammen mit den Teilnehmenden den Kurzfragebogen zur Mobilität aus (ist auf die Rückseite des DEMMI Bogens gedruckt). Diese Daten werden für eine wissenschaftliche Auswertung genutzt.

Hier geht es um die persönliche retrospektive Einschätzung der Teilnehmenden hinsichtlich möglicher Veränderungen ihrer Mobilität. Bitte kreuzen Sie (gemeinsam mit den Teilnehmenden) die entsprechenden Werte an.

- Ist die Mobilität unverändert, sind keine weiteren Fragen/Angaben nötig.
- Hat sich die Mobilität verbessert, kreuzen Sie bitte auf dem ersten Zahlenstrahl an (+1 bis +7).
- Hat sich die Mobilität verschlechtert, kreuzen Sie bitte auf dem zweiten Zahlenstrahl an (-1 bis -7).

10.3 Dokument: DEMMI Testbogen (Vorderseite)

de Morton Mobility Index (DEMMI)

	0	1	2
Bett			
1. Brücke	☐ nicht möglich	☐ möglich	
2. Auf die Seite rollen	☐ nicht möglich	☐ möglich	
3. Vom Liegen zum Sitzen	☐ nicht möglich	☐ geringe Unterstützung ☐ Supervision	☐ selbständig
Stuhl			
4. Sitzen im Stuhl ohne Unterstützung	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
5. Aus dem Stuhl aufstehen	☐ nicht möglich	☐ geringe Unterstützung ☐ Supervision	☐ selbständig
6. Aus dem Stuhl aufstehen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen	☐ nicht möglich	☐ möglich	
Statisches Gleichgewicht (ohne Gehhilfe)			
7. Ohne Unterstützung stehen	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
8. Stehen mit geschlossenen Füßen	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
9. Auf den Fußspitzen stehen	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
10. Im Tandemstand mit geschlossenen Augen stehen	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
Gehen			
11. Wegstrecke +/- Gehhilfe <i>Gehhilfe (kennzeichnen): keine/ Gehbock/ Stock/ Rollator/ andere</i>	☐ nicht möglich ☐ 5m	☐ 10m ☐ 20m	☐ 50m
12. Selbständiges Gehen	☐ nicht möglich ☐ geringe Unterstützung ☐ Supervision	☐ selbständig mit Gehhilfe	☐ selbständig ohne Gehhilfe
Dynamisches Gleichgewicht (ohne Gehhilfe)			
13. Stift vom Boden aufheben	☐ nicht möglich	☐ möglich	
14. vier Schritte rückwärts gehen	☐ nicht möglich	☐ möglich	
15. Springen	☐ nicht möglich	☐ möglich	

ERGEBNISSE DER SPALTEN

--	--	--	--

ROHWERT
(Summe der Spaltenergebnisse)

/19

DEMMI-Rohwert
Umrechnungstabelle

Rohwert	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
DEMMI score	0	8	15	20	24	27	30	33	36	39	41	44	48	53	57	62	67	74	85	100

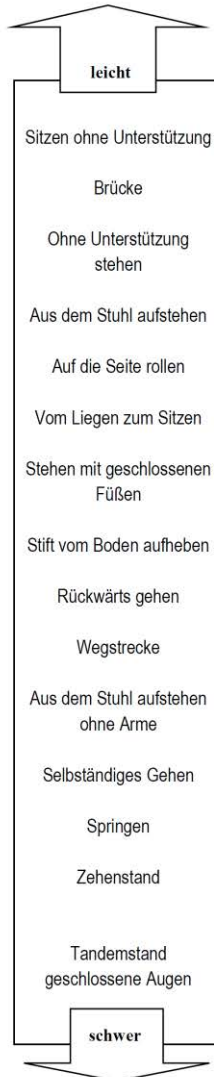
DEMMI SCORE
(MDC₉₀ = 9 Punkte; MCID = 10 Punkte)

/100

Studien-ID: _____

Datum: _____

Kommentare: _____



10.3 Dokument: DEMMI Testbogen (Rückseite)

HINWEISE ZUR DURCHFÜHRUNG DES DEMMI

- Die Untersuchung sollte am Bett des Klienten durchgeführt werden.
- Die Untersuchung sollte nur durchgeführt werden, wenn der Klient bereits seine Medikamente eingenommen hat, wie z. B. eine halbe Stunde nach der Einnahme von Schmerzmitteln oder nach der Einnahme von Parkinson-Medikamenten.
- Die Aufgaben sollten in der beschriebenen Reihenfolge der Abschnitte A-E durchgeführt werden: Bett- Transfer, Transfer vom Stuhl, statisches Gleichgewicht, Gehen und dynamisches Gleichgewicht. Bei sehr belastbarkeitsgeminderten Patienten, die im Stuhl angetroffen werden, können die Tests aus dem Abschnitt „Stuhl“ vorgezogen werden.
- Alle Aufgaben sollten erklärt und, falls erforderlich, auch demonstriert werden.
- Alle Aufgaben sollten abgeheft werden um das Ergebnis (erfolgreich/nicht erfolgreich) zu vermerken. Falls einzelne Tests nicht durchgeführt werden, sollen die Gründe dafür vermerkt werden.
- Aufgabenstellungen sollten nicht durchgeführt werden, wenn sie dem Untersucher oder dem zu testenden Klienten widerstreben.
- Die Bewertung findet anhand des ersten Testversuchs statt.
- Sollte eine Aufgabenstellung aufgrund des Gesundheitszustandes des Klienten unangemessen sein, sollte sie nicht durchgeführt werden. Die Begründung sollte dokumentiert werden.
- Klienten können ermutigt werden, sie sollten jedoch keine Rückmeldung bzgl. ihrer Leistung bekommen.
- Drei Test-Gegenstände werden benötigt: Ein Stuhl mit Armlehnen und 45cm Sitzhöhe, ein Krankenhausbett oder eine Liege und ein Stift.
- Der Untersucher kümmert sich um medizinische Apparaturen (wie z. B. mobile Sauerstoffversorgung, Tropf, Drainagen etc.). Benötigt der Klient geringfügige Hilfestellung um die Aufgaben durchzuführen, ist eine weitere Person erforderlich, um bei den medizinischen Apparaturen behilflich zu sein.
- Klienten, die schnell außer Atem sind und eine Pause nach jeder Aufgabenstellung benötigen, sollten nach der Hälfte der Aufgaben eine 10minütige Pause einlegen, d. h. nachdem sie den Transfer vom Stuhl abgeschlossen haben.
- Bei Klienten mit einem geringen Grad an Mobilität, die einen Lift für den Transfer ins/aus dem Bett benötigen, können die Tests aus dem Abschnitt „Stuhl“ vorgezogen werden.
- Transfer im Bett:** Die Höhe des Bettes sollte individuell auf den Klienten abgestimmt sein. Ein normiertes Krankenhausbett oder eine Liege sollte zur Testung angewendet werden. Die Klienten sollen keine Hilfsmittel, wie z. B. einen Galgengriff, das Bettgeländer, die Bettkante oder eine Aufstieghilfe benutzen. Zusätzliche Kissen können für Klienten bereitgestellt werden, die nicht in der Lage sind, flach auf dem Rücken zu liegen.
- Transfer vom Stuhl:** Es sollte ein standardisierter, stabiler Stuhl mit einer Sitzhöhe von 45 cm und Armlehnen zum Einsatz kommen.
- Gleichgewicht:** Der Klient sollte, wenn möglich, keine Schuhe tragen und darf keine Unterstützung in Anspruch nehmen, um die Tests erfolgreich zu absolvieren. Während des Gleichgewichtstests im Sitzen dürfen weder die Armlehnen noch die Rückenlehne des Stuhls genutzt werden. Die Gleichgewichtstests im Stehen sollten so angeordnet sein, dass an einer Seite der Klienten das erhöhte Bett und an der anderen Seite der Untersucher steht. Sollte ein Klient während der Aufgabe wanken oder erheblich schwanken, sollte die Aufgabe abgebrochen werden.
- Gehen:** Zur Testung des Gangbildes dürfen geeignete Schuhe getragen werden. Dieselben Schuhe müssen getragen werden, wenn der Test wiederholt wird.
- Bewertung:** Unter Anwendung der Umrechnungstabelle muss der Rohwert in einen DEMMI SCORE umgerechnet werden.

TEST ANWEISUNGEN

Bett

- Der/die KlientIn (im Folgenden Der Klient) liegt auf dem Rücken und wird aufgefordert, die Beine anzuwinkeln und das Gesäß vom Bett abzuheben.
- Der Klient liegt auf dem Rücken und wird aufgefordert, sich ohne Hilfestellung auf eine Seite zu rollen.
- Der Klient liegt auf dem Rücken und wird aufgefordert, sich auf die Bettkante zu setzen.

Stuhl

- Der Klient wird aufgefordert, auf einem Stuhl 10 Sekunden frei zu sitzen, ohne die Armlehnen zu berühren, zusammen zu sacken oder zu schwanken. Füße und Knie hält der Klient dabei geschlossen, die Füße berühren den Boden.
- Der Klient wird aufgefordert, unter Gebrauch der Armlehnen vom Stuhl aufzustehen.
- Der Klient wird aufgefordert, mit vor der Brust verschränkten Armen vom Stuhl aufzustehen.

Statisches Gleichgewicht

- Der Klient wird aufgefordert, 10 Sekunden lang ohne jegliche Hilfestellung frei zu stehen.
- Der Klient wird aufgefordert, 10 Sekunden lang ohne jegliche Hilfestellung und mit geschlossenen Füßen frei zu stehen.
- Der Klient wird aufgefordert, 10 Sekunden lang ohne jegliche Hilfestellung auf den Zehenspitzen zu stehen.
- Der Klient wird aufgefordert, die Ferse eines Fußes direkt vor den anderen Fuß zu stellen und mit geschlossenen Augen 10 Sekunden ohne jegliche Hilfestellung stehen zu bleiben.

Gehen

- Der Klient wird aufgefordert, wenn nötig mit der Gehhilfe, so weit wie möglich ohne Pause zu gehen. Der Test endet, wenn der Klient anhält, um sich auszuruhen. Der Klient soll die Gehhilfe benutzen, die für ihn am besten geeignet ist. Stehen zwei Gehhilfen zur Verfügung, sollte die Gehhilfe verwendet werden, die das höchste Maß an Selbstständigkeit ermöglicht. Die Aufgabe ist beendet, sobald der Klient 50 Meter zurückgelegt hat.
- Die Selbstständigkeit des Klienten wird über die gesamte zurückgelegte Gehstrecke aus Aufgabe 11 bewertet.

Dynamisches Gleichgewicht

- Ein Stift wird 5 cm vor die Füße des stehenden Klienten gelegt. Der Klient wird aufgefordert, den Stift aufzuheben.
- Der Klient wird aufgefordert, 4 Schritte rückwärts gehen, ohne dabei das Gleichgewicht zu verlieren.
- Der Klient wird aufgefordert, mit beiden Beinen hochzuspringen, wobei beide Füße deutlich vom Boden abheben, ohne dabei das Gleichgewicht zu verlieren.

Definitionen

Geringfügige Hilfestellung = leichte jedoch minimale Unterstützung, in erster Linie, um Bewegungen zu führen.

Supervision = Beobachtung der Übungen durch den Untersucher, ohne dabei praktische Hilfestellung zu leisten. Mündliche Anleitungen sind zulässig.

Selbständig = für eine sichere Bewegung ist die Anwesenheit einer weiteren Person nicht erforderlich.

Kurzfragebogen zur Mobilität

Studien-ID: _____

Bitte nur bei 6. und 10. Hausbesuch ausfüllen

Datum: _____

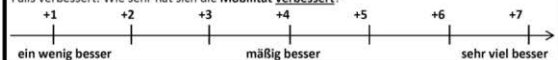
Mobilität bedeutet die eigene Bewegung, wie z.B.: Bettmobilität, Transfers und Gehen

6. Hausbesuch: Hat Sich Ihre **Mobilität** innerhalb der letzten 3 Monate:

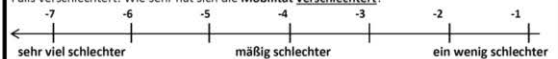
10. Hausbesuch: Hat Sich Ihre **Mobilität** innerhalb der letzten 6 Monate:

☐ **verbessert (+1 bis +7)**, ist sie ☐ **gleichgeblieben (0)**, oder hat sie sich ☐ **verschlechtert (-7 bis -1)?**

Falls verbessert: Wie sehr hat sich die **Mobilität verbessert?**



Falls verschlechtert: Wie sehr hat sich die **Mobilität verschlechtert?**



© Copyright de Morton, Davidson & Keating 2007. Der DEMMI kann ohne Veränderungen gedruckt oder vervielfältigt werden (unter Beibehaltung dieser Copyright-Angabe). Alle anderen Rechte vorbehalten.
© Copyright deutsche Version: Hochschule für Gesundheit, Bochum, 2013.

Publikationen zur deutschen Version:

- Braun T, Schulz RJ, Hoffmann M, Reinke J, Tofaute L, Umer C, Krämer H, Bock B, de Morton NA, Grüneberg C (2015) Die deutsche Version des de Morton Mobility Index (DEMMI) – Erste klinische Ergebnisse aus dem Prozess der interkulturellen Adaptation eines Mobilitätstests. Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie. 48 (2): 154 – 63.
- Braun T, Schulz RJ, Reinke J, van Meesteren NL, de Morton NA, Davidson M, Thiel C, Grüneberg C (2015) Reliability and validity of the German translation of the de Morton Mobility Index (DEMMI) performed by physiotherapists in patients admitted to a sub-acute inpatient geriatric rehabilitation clinic. BMC Geriatrics. 15: 58.

Die Entwicklung der deutschen DEMMI-Version wurde von der ZVK-Stiftung des Deutschen Verbandes für Physiotherapie (ZVK) e.V. gefördert.

Der DEMMI in der englischen Version sollte zitiert werden mit: de Morton NA, Davidson M, Keating JL (2008) The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world. Health and Quality of Life Outcomes. 6: 63.

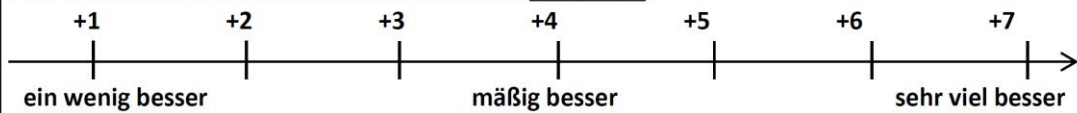
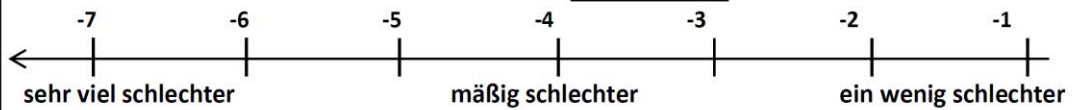
10.4 Dokument: Kurzfragebogen zur Mobilität

Kurzfragebogen zur Mobilität

Studien-ID: _____

Bitte nur bei 6. und 10. Hausbesuch ausfüllen

Datum: _____

Mobilität bedeutet die eigene Bewegung, wie z.B.: Bettmobilität, Transfers und Gehen6. Hausbesuch: Hat Sich Ihre **Mobilität** innerhalb der letzten 3 Monate:10. Hausbesuch: Hat Sich Ihre **Mobilität** innerhalb der letzten 6 Monate:☐ **verbessert (+1 bis +7)**, ist sie ☐ **gleichgeblieben (0)**, oder hat sie sich ☐ **verschlechtert (-7 bis -1)**?Falls verbessert: Wie sehr hat sich die **Mobilität verbessert**?Falls verschlechtert: Wie sehr hat sich die **Mobilität verschlechtert**?

10.5 Dokument: Meine Mobilitäts-Werte

Meine Mobilitäts-Werte (DEMMI Testergebnisse)

Studien ID:

Hier wird Ihre Physiotherapeutin bzw. Ihr Physiotherapeut regelmäßig Ihre Mobilitäts-Werte eintragen. Diese sogenannten „DEMMI Testergebnisse“ reichen von 0 Punkten (sehr schlechte Mobilität) bis 100 Punkten (sehr gute Mobilität). So können Sie sehen, wie sich Ihre Mobilität während der PromeTheus-Studie verändert.

Punkte	Hausbesuch									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
100										
90										
80										
70										
60										
50										
40										
30										
20										
10										
0										

Kapitel 11: Adhärenz

Adhärenz (engl. *adherence*; Einhalten, Befolgen), früher „Compliance“ genannt, bezeichnet das Ausmaß, zu dem das Verhalten einer Person hinsichtlich Medikamenteneinnahme, Diätbefolgung und/oder Lebensstiländerungen mit den vereinbarten Empfehlungen eines Gesundheitsdienstleisters übereinstimmt [15, 16]. Der Unterschied zwischen den beiden Begriffen besteht vor allem darin, dass den Patienten bei der Adhärenz eine aktiv gestaltende und bei der Compliance eine passive Rolle im Sinne der folgsamen Patienten im Therapieprozess zufällt [17]. Adhärenz wird auch vollständig als Therapieadhärenz oder Therapietreue bezeichnet.

11.1 Exercise Adherence Rating Scale (EARS)

Im PromeTheus-Projekt wird die Adhärenz zum WEBB-Trainingsprogramm mit der „Exercise Adherence Rating Scale“ (EARS) erfasst [18, 19]. Die EARS ist ein Fragebogen, der aus zwei Teilen besteht. Teil 1 beinhaltet eine Skala zur Selbsteinschätzung, wie das WEBB-Übungsprogramm ausgeführt wird (6 Aussagen). Teil 2 kann genutzt werden, um Förderfaktoren und Barrieren der Therapieadhärenz zu identifizieren bzw. um herauszufinden, was den älteren Personen dabei hilft bzw. sie daran hindert, die WEBB-Übungen auszuführen.

11.2 Anwendung der EARS

Die EARS wird von den Teilnehmenden selbst ausgefüllt (Vorlagen im „Arbeitsbuch Teilnehmer“). Personen, die damit Probleme haben (z.B. aufgrund eingeschränkter Sehstärke), können die EARS auch zusammen mit dem Trainer ausfüllen. Grundsätzlich ist es wichtig, dass die Teilnehmenden den Fragebogen wahrheitsgemäß ausfüllen (Einflussfaktor „soziale Erwünschtheit“ beachten).

Im Rahmen des 12-monatigen Interventionszeitraums soll jeder Teilnehmende die EARS drei Mal ausfüllen. Der Fragebogen wird jeweils bei dem 3., 6. und 8. Hausbesuch ausgeteilt. Die Teilnehmenden werden gebeten, den Fragebogen bis zum nächsten Hausbesuch selbstständig und vollständig ausfüllen. Bei den direkt folgenden Hausbesuchen (4., 7. und 9.) wird die Adhärenz (Ergebnis der EARS) mit den Teilnehmenden besprochen. Berechnen Sie den Summenwert für Teil 1 der EARS und tragen Sie diesen in das Dokument „Dokumentation Hausbesuch“ ein. Teil 2 der EARS, für den kein Summenwert berechnet wird, kann wichtige Hinweise und Ansatzpunkte liefern, welche Faktoren die Adhärenz beeinflussen und ggf. adressiert werden können (z.B. die soziale Unterstützung durch Angehörige).

Kapitel 12: Motivation und Volition

12.1 Motivation

12.1.1 Begriffsbestimmung

Motivation bezeichnet die „aktivierende Ausrichtung des momentanen Lebensvollzugs auf einen positiv bewerteten Zielzustand“ [20]. Man kann Personen nicht direkt motivieren, sondern nur die Bedingungen dafür schaffen, dass Motivation entsteht und aufrechterhalten wird. Motivation ist demnach ein Prozess, der von Einflussfaktoren der Person (Motive) und Situation (Anreize) abhängt. Motive sind einzelne, isolierte Beweggründe menschlicher Verhaltensbereitschaft. Wichtige Motive für körperliche Aktivität, Bewegung und im Sport sind zum Beispiel Gesundheit, Freude, Erholung, Natur, Kontakte, Leistung [21], siehe auch Tabelle 12.1.

Tabelle 12.1 Motivgruppen und -dimensionen

Motivgruppe	Motivdimension
Gesundheit	Figur, Fitness, Wohlbefinden, Beschwerden reduzieren
Bewegungsfreude	Neue Bewegungen, Spaß, Körpergefühl
Kontakt	Gruppenaktivität, Familienanschluss
Natur	Frische Luft, Sport im Freien
Erholung	Stressabbau, Entspannung, Ausgleich
Leistung	Sportliches Können verbessern, Sportliche Ziele

12.1.2 Strategien zur Förderung der Motivation

A. *Motive bestimmen.* Als Ausgangspunkt der Motivationsarbeit sollte ermittelt werden, warum eine Person eine bestimmte Aktivität („Sache“) machen möchte und was sie dementsprechend antreibt. Darauf basierend können weitere Maßnahmen entwickelt werden.

B. *Individuelle Anreize schaffen.* Basierend auf den Motiven sollten situationale Anreize so gesetzt werden, dass sie spezifisch für die jeweilige Person eine Wertigkeit besitzen. Manche Personen benötigen beispielsweise eine soziale Komponente, während andere lieber für sich allein üben (Sport treiben).

C. *Ziele setzen.* Eine klare Zielformulierung mit zeitlich aufeinander aufbauenden Zielen und messbaren Inhalten sorgt für Struktur und die den Aufbau von Motivation. Auf diese

Weise werden Fortschritte nachvollziehbar gemacht und eine Entwicklung über die Zeit wird sichtbar.

12.1.3 Motive für körperliches Training und körperliche Aktivität älterer Menschen

Ältere Menschen haben andere Motive für Sport und körperliche Aktivität als Jüngere. Mit der Initiierung und Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität bei älteren Menschen sind besondere Herausforderungen verbunden.

Viele ältere Menschen empfinden eine (moderate) körperliche Aktivität bzw. ein strukturiertes, regelmäßiges Training als zeitaufwändig. Zu den Zeitverpflichtungen gehören die Zeit, die für die Durchführung der körperlichen Aktivität erforderlich ist, und die Zeit, die gegebenenfalls für die Fahrt zu einer Trainingseinrichtung erforderlich ist. Dieser Zeitaufwand erhöht sich erheblich für diejenigen, die auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind. Übungen in der eigenen Häuslichkeit können dieser Barriere entgegenwirken.

Ältere Menschen neigen dazu, Bewegung als Freizeitbeschäftigung und nicht als notwendige medizinische Therapie zu betrachten. Ärzte und andere Gesundheitsfachpersonen geben bei der Empfehlung von Übungen häufig unklare Anweisungen oder empfehlen, „körperlich aktiver zu sein“, ohne spezifische Richtlinien anzubieten. Die Umsetzung solcher Empfehlungen wird in der Praxis auch dadurch erschwert, dass viele ältere Menschen an Konzentrationsschwäche, Gedächtnisstörungen und Demenz leiden.

Ältere Menschen empfinden die mit Bewegung verbundenen Symptome häufig als negativ. Schwitzen, verstärkte Atmung und Muskelkater, die während und/oder nach dem Training typisch sind, werden von manchen als eher schädlich als nutzbringend angesehen. Vor allem ältere Frauen wurden oft in dem Glauben erzogen, dass Bewegung nicht „damenhaft“ sei.

Ein Überblick über die trainingswissenschaftliche Literatur weist auf bestimmte Domänen als starke Einflüsse für die Aufrechterhaltung eines regelmäßigen Trainingsprogramms hin, obwohl immer noch Unsicherheit darüber besteht, welche Variablen oder Strategien die langfristige Einhaltung am effektivsten beeinflussen [22–25]. Diese Bereiche können entweder als Motivatoren oder Hindernisse für die Ausübung klassifiziert werden.

Zu den empirisch belegten wichtigsten **Barrieren oder Einschränkungen** für die Ausübung von Übungen gehören:

- Gesundheit bzw. gesundheitliche/körperliche Einschränkungen und Schmerzen
- Umgebungsfaktoren (unzureichende räumliche Möglichkeiten zu üben oder körperlich aktiv zu sein)
- Wissen und Gesundheitskompetenz
- „Sportbiographie“ (Sport, Bewegung und aktiver Lebensstil in der Jugend und mittleren Lebensphase)

Zu den empirisch belegten wichtigsten **Förderfaktoren** für die Ausübung von Übungen gehören:

- Gesundheit und Fitness
- Selbstwirksamkeit
- Aufforderungen (Training mit Anleitung, Supervision per Telefon)
- Musik
- soziale/emotionale Vorteile
- Stressmanagement
- Vergnügen/Spaß an Bewegung

12.2 Volition

12.2.1 Begriffsbestimmung

Unter Volition (Willenskraft und Umsetzungsstärke) können alle Prozesse verstanden werden, die der Willensbildung und damit der Zielerreichung dienen. Es geht darum, Handlungsabsichten zu bilden, diese zu planen und im Anschluss in konkretes Verhalten umzuwandeln. Bei ausgeprägten volitionalen Fähigkeiten gelingt es Personen, ihre Handlungsabsichten auch bei Widrigkeiten (z. B. schlechtes Wetter) und Rückschlägen (z. B. kleinere Verletzungspausen) in die Tat umzusetzen [26].

12.2.2 Strategien zur Förderung der Volition

A. Stolpersteine erkennen. Stolpersteine in Bezug auf die Zielerreichung können beispielsweise Zeitmangel, Unsicherheiten oder Bequemlichkeit sein. Die Identifikation dieser Hindernisse ist ein wesentlicher Schritt zur Bildung von Volition.

B. Handlungspläne formulieren. Die Formulierung von Handlungsplänen besteht im Wesentlichen aus Wenn-Dann-Verknüpfungen. Zentral ist hierbei, Handlungsabsichten zu konkretisieren und möglichst wenig Spielraum für Ausreden zu lassen.

C. Positive Emotionen visualisieren. Um das Problem der Handlungsumsetzung durch Unlust anzugehen, kann es helfen, sich positive Gefühle wie Stolz oder Zufriedenheit nach Erreichen der Ziele vorzustellen. Vorherige Erfahrungen können dabei helfen, die Zieleemotionen greifbarer zu machen.

12.3 Motivational Interviewing

12.3.1 Begriffsbestimmung

Motivational Interviewing (MI) ist ein personenzentrierter Gesprächsstil, der von Rollnick und Miller [27] entwickelt wurde und in den letzten Jahrzehnten in unterschiedlichen Bereichen der Verhaltensänderung Einzug gefunden hat [28]. Die Grundannahme des MI ist, dass Menschen in Hinblick auf Veränderungen nicht unmotiviert, sondern ambivalent sind. Daher zielt das MI darauf ab, die Eigenmotivation der Klienten zu erhöhen, indem die Ambivalenz exploriert und anschließend reduziert wird [29].

12.3.2 Prinzipien

A. Empathie ausdrücken. Diese Grundhaltung zeichnet sich durch wertungsfreies und einführendes Verhalten aus und ist für eine tragfähige TherapeutInnen-PatientInnen-Beziehung essenziell.

B. Diskrepanz zwischen Wunschverhalten und tatsächlichem Verhalten entwickeln. Hierbei kommt es darauf an, gezielt nach den persönlichen Werten und Zielen zu fragen, um dabei die Widersprüche zum aktuellen Verhalten aufzuzeigen.

C. Mit Widerstand umgehen. Mit Widerstand von Teilnehmenden sollte nicht konfrontativ, sondern validierend umgegangen werden [“Validation” = wertschätzende Haltung mit dem Ziel, das Verhalten von Teilnehmenden (Patienten) als für sie gültig zu akzeptieren („zu validieren“); auch Kommunikationsform]. Äußerungen sollten dabei neuinterpretiert, gegebenenfalls gelobt und Teilnehmende im Sinne der Wahlfreiheit und Autonomie bestärkt werden.

D. Veränderungsbereitschaft stärken. Teilnehmende sollten in ihren Ressourcen und ihren kleinen Fortschritten bestärkt werden, um dadurch die Änderungsmotivation zu fördern.

12.3.3 Ausgewählte Methoden der Gesprächsführung

A. Offene Fragen stellen. Offene Fragen regen Teilnehmende dazu an, ihre Situation zu explorieren und eigenständig Lösungsstrategien zu entwickeln. Die Sichtweise der Teilnehmenden kann dadurch detailreicher erarbeitet werden.

Beispiel:	„Was haben Sie bisher selbst unternommen, um aktiver zu werden?“
------------------	--

B. Aktives Zuhören. Bei dieser Technik geht es um die offene und respektvolle Haltung bezüglich des Gesagten des Gegenübers. Durch verbale (z. B. „Verstehe“) und nonverbale (z. B. Blickkontakt) Verhaltensweisen wird Interesse und das Gefühl vermittelt, die gesagten Inhalte verstehen zu wollen.

Beispiel:	Teilnehmer:	„Ich muss mich um meinen an Demenz erkrankten Mann kümmern, dazu kommt momentan die Arbeit im Garten und das Training machen will ich auch noch.“
	Trainer:	„Ich verstehe Sie so, dass Sie das Gefühl haben, viel im Alltag zu leisten und viele Aufgaben jonglieren zu müssen.“

C. Würdigen. Die Fortschritte von Teilnehmenden werden anerkannt und benannt, um Teilnehmende zu ermutigen und in der Verhaltensänderung zu unterstützen.

Beispiel:	„Ich freue mich sehr für Sie, dass Sie Ihre WEBB-Übungen in den letzten Wochen regelmäßig durchgeführt haben.“
------------------	--

12.3.4 Ausgewählte Interventionen

A. Vierfeldertafel. Das Pro und Contra einer Veränderung und das Pro und Contra einer Beibehaltung des Status quo werden exploriert und in einer Vierfeldertafel gesammelt.

	Kosten (-)	Nutzen (+)
Neues Verhalten (z. B. Spazieren gehen)		
Altes Verhalten (z. B. inaktiv bleiben)		

B.

Einsatz von Skalen. Dieses Tool ermöglicht eine visuelle Einstufung des Empfindens der Teilnehmenden und kann als Anker für Veränderungen und Fortschritte verwendet werden.

Frage nach Zuversicht Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie eine Veränderung Ihrer körperlichen Aktivität herbeiführen können?	Skalierung 0 (überhaupt nicht zuversichtlich) bis 10 (maximal zuversichtlich)
--	--

C. Reframing. Äußerungen von Teilnehmenden werden umgedeutet und aus einer anderen Perspektive betrachtet, wodurch Veränderungsmotivation erzeugt werden kann.

Ursprüngliche Aussage „Ich habe mehrmals versucht, die WEBB-Übungen regelmäßig zu machen und habe immer wieder aufgehört.“	Reframing „Bisher waren Sie zwar nicht dauerhaft erfolgreich, aber was könnten Ihnen diese Versuche gebracht haben und welche Rückschlüsse können Sie daraus ziehen?“
--	---

Kapitel 13: Ziele

13.1 Einführung

Behandlungs- und Therapie-Ziele sind außergewöhnlich wichtige Aspekte der medizinischen und therapeutischen Versorgung. Es gibt viele Gründe, Ziele als hilfreiche Ressource im Therapieprozess zu nutzen. Dazu gehören unter anderem:

- Information: Patienten wünschen Mitsprachemöglichkeit und möchten in den Therapieprozess mit einbezogen werden.
- Motivation: Eigene und selbstgesteckte Ziele erhöhen nachweislich den Therapieerfolg.
- Transparenz: Kostenträger und das interdisziplinäre Team sind über den Therapieprozess und -erfolg in Kenntnis gesetzt.

Der Begriff „Ziel“ wird unterschiedlich definiert:

- Sollgröße, mit der ein Istzustand verglichen wird, der so lange zu bearbeiten ist, bis er dem Sollzustand entspricht (Quelle: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de>)
- Ziele sind Aussagen über angestrebte Zustände in der Zukunft, die durch entsprechendes („zielorientiertes“) intelligentes Verhalten erreicht werden sollen (Quelle: www.wikipedia.de).
- Ein Ziel ist etwas, worauf jemandes Handeln, Tun ganz bewusst gerichtet ist; was jemand als Sinn und Zweck, angestrebtes Ergebnis seines Handelns, Tuns zu erreichen sucht. (Quelle: Duden)

Im PromeTheus-Projekt werden die SMART-Kriterien zur Zielformulierung genutzt, die im Folgenden näher beschrieben werden.

13.2 SMART-Kriterien

SMART ist ein Akronym für **Specific Measurable Achievable Reasonable Time Bound**, das als Kriterium zur eindeutigen Definition von Zielen im Rahmen einer Zielvereinbarung gilt [30]. Die SMART-Kriterien sind eine Formulierungshilfe. Ein Ziel ist nur dann SMART, wenn es gleichzeitig diese fünf Kriterien erfüllt (siehe Abbildung 13.1 und Abbildung 13.2).

SMART-Kriterien der Zielformulierung



Abbildung 13.1 SMART Kriterien (Übersicht)

S	Spezifisch	Ziele müssen eindeutig definiert sein (so präzise wie möglich).
M	Messbar	Ziele müssen messbar sein (Messbarkeitskriterien).
A	Attraktiv/ Aktivierend/ Anspruchsvoll	Die Ziele müssen für die Person ansprechend bzw. erstrebenswert sein. Das Erreichen des Zieles ist eine Herausforderung; das Ziel ist nicht zu niedrig gesteckt.
R	Realistisch	Das gesteckte Ziel muss möglich und realisierbar sein.
T	Terminiert	Es wird festgelegt, in welchem Zeitraum das Ziel erreicht werden soll bzw. wann die Zielerreichung überprüft werden soll.

Abbildung 13.2 SMART Kriterien (Beschreibung)

Beispiel: Frau Müller trifft sich seit vielen Jahren einmal pro Woche mit einer ehemaligen Arbeitskollegin. Sie gehen dann zusammen ca. 1 Stunde im Quartier spazieren und danach in ihrem Stammcafé einen Kaffee trinken. Seit einem Sturzereignis mit Radiusfraktur vor 2 Monaten ist Frau Müller sehr unsicher auf den Beinen. Sie geht nur noch mit einem Rollator vor die Türe und nach ca. 20 Minuten Gehen ist sie sehr erschöpft. Sie möchte möglichst bald wieder mit ihrer Freundin an den gewohnten Treffen teilnehmen. Sie bespricht das Ziel mit Ihrer Physiotherapeutin und formuliert folgendes Ziel:

In 4 Wochen gehe ich mit meiner Freundin und mit einem Rollator sicher und ohne bedeutsame Erschöpfung im Quartier 1 Stunde lang spazieren.

- **Spezifisch:** Frau Müller hat genau festgelegt, wie (Rollator), wo (Park) und mit welchen Parametern (sicher) sie spazieren gehen möchte.
- **Messbar:** Das Ziel beinhaltet einen einfach zu messenden Indikator (Dauer: 1h).
- **Attraktiv/Aktivierend:** Das Ziel ist für Frau Müller attraktiv, da die Zielerreichung mit einer sozialen Teilhabe verknüpft ist und für Frau Müller eine hohe Priorität hat.
- **Realistisch:** Das Ziel wurde mit der Physiotherapeutin besprochen und einvernehmlich als realistisch eingeschätzt.
- **Terminiert:** Das Ziel beinhaltet einen Zeitpunkt, zu dem eine Evaluation des Ziels erfolgen soll.

13.3 Prinzipien der Zielsetzung im PromeTheus-Projekt

Im PromeTheus-Projekt sollten bereits zu Beginn der Intervention mehrere Interventions-Ziele formuliert werden. Im Therapieprozess sind Ziele jedoch dynamisch und unterliegen einem vorlaufenden Prozess aus Evaluation und Anpassung. So können stetig neue Ziele auftauchen, bestehende Ziele angepasst und überarbeitet oder auch Ziele „verschwinden“. Gründe hierfür sind zum Beispiel:

- Die Teilnehmenden sind es nicht gewohnt, Ziele zu formulieren.
- Die Entwicklung der Teilnehmenden ist nicht vorhersehbar und unterliegt sehr individuellen Faktoren (z.B. Trainings-Adhärenz, Erkrankungen, besondere Lebensereignisse).

- Die Prioritäten, Bedürfnisse und Fähigkeiten der Teilnehmenden können sich stetig ändern.
- Ziele können erreicht oder aufgegeben werden.

Bei der Zielformulierung sollten grundsätzlich folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Alle Ziele erfüllen die **SMART** Kriterien.
- Alle Ziele sind als „**Sollgröße/Aussage**“ zu formulieren.
- Alle Ziele sind **partizipativ** erarbeitet und **patientenzentriert** formuliert. Bei der *patientenzentrierten* Medizin und Kommunikation wird von der Annahme ausgegangen, dass der Patient als „Stakeholder“ behandelt werden soll, der nicht bloß ausführt, was ihm Gesundheitsexperten empfehlen, sondern an den Maßnahmen aktiv teilnimmt.
- Alle Ziele sind das Ergebnis eines **Kommunikationsprozesses** zwischen den Teilnehmenden und den Trainern.
- Alle Ziele sind als **Vereinbarung** („Vertag“) zwischen den Teilnehmenden und den Trainern zu verstehen.

13.4 Der konkrete Zielsetzungs-Prozess

- Informieren Sie die Teilnehmenden über die hohe Bedeutung von individuellen Zielen für den Erfolg der Intervention.
- Fragen Sie die Teilnehmenden direkt nach ihren persönlichen Zielen, die sie durch die Intervention erreichen möchten.
- Motivieren Sie die Teilnehmenden, sich selbst Gedanken zu ihren individuellen Zielen zu machen und Ziele (Vorschläge) zu formulieren. Diese Ziel-Vorschläge werden mit Ihnen diskutiert und gemeinsam weiter ausformuliert.
- Sammeln Sie zunächst alle Ziele der Teilnehmenden. Geben Sie zunächst keine Ziele, Zielparameter, Kategorien oder „Themen“ vor. Erst, wenn die Teilnehmenden ihre Ziele geäußert haben und/oder Probleme mit der Zielformulierung haben, steigen Sie aktiv in den Zielformulierungs-Prozess mit ein. Achten Sie darauf, den Teilnehmenden keine Ziele „in den Mund zu legen“.

- Bei Personen, die Probleme haben (weitere/mehrere) Ziele zu benennen, können folgende Strategien hilfreich sein:
 - Nutzen Sie die Informationen, Dokumente und Testergebnisse (z.B. DEMMI) aus der Anamnese und körperlichen Untersuchung.
 - Nutzen Sie alternative Begriffe um zu erfahren, was für die Teilnehmenden wichtige Themen und mögliche Ziele sind. Stellen Sie zum Beispiel Fragen wie:
 - Was wünschen Sie sich [...]?
 - Was erhoffen Sie sich von der Teilnahme am Projekt?
 - Welche früheren Aktivitäten/Fähigkeiten/Kontakte möchten Sie wieder aufnehmen/erlangen?
 - Was fällt Ihnen im Alltag momentan schwerer als früher?
 - Beziehen Sie Angehörige und/oder die Pflegenden der Teilnehmenden in den Zielfindungs-Prozess mit ein.
 - Wenn Sie „Beispiel-Ziele“ geben, beachten Sie bitte, dass dabei erfahrungsgemäß das Risiko besteht, dass die älteren Personen diese Beispielziele unverändert übernehmen oder sich davon sehr stark beeinflussen lassen. Die Ziele entsprechen dann mitunter nicht wirklich den individuellen Bedarfen und Wünschen.
- Formulieren Sie die Ziele in Patientensprache und vermeiden Sie Fachausdrücke und Abkürzungen (möglichst verständlich formulieren).
- Kurzfristige Ziele führen zu einer höheren Motivation als langfristige Ziele. Erarbeiten Sie daher mit den Teilnehmenden im PromeTheus-Projekt primär kurz- und mittelfristige Ziele (Zeitraumen: 2 bis 12 Wochen). Langfristige Ziele (3 bis 6 Monate oder auch länger) sind ebenfalls möglich, aber es ist dann sinnvoll, zusätzlich kurzfristige „Zwischenziele“ zu formulieren.
 - Beispiel: Eine Person ist in der Lage mit einem Rollator 10 Minuten im nahen Umkreis ihrer Wohnung spazieren zu gehen (Limit: Ausdauer). Die Person formuliert das Ziel, ohne Hilfsmittel mindestens 30 Minuten ohne Pause im Park spazieren zu gehen. Dieses Ziel ist einvernehmlich nicht kurzfristig zu erreichen und wird daher als langfristiges Ziel formuliert: „Ich gehe in 3 Monaten ohne Hilfsmittel 30 Minuten lang ohne

Pause im Park spazieren“. Als kurzfristiges Ziel wird ein „Zwischenziel“ formuliert: „Ich gehe in 4 Wochen mit dem Rollator 20 Minuten lang ohne bedeutsame Erschöpfung im Quartier spazieren“.

- Erarbeiten und formulieren Sie mit jedem Teilnehmenden **zu Beginn mindestens 2, aber maximal 4 Ziele**.
- Achten Sie darauf, dass jeder Teilnehmende **zu jeder Phase des Projektes (12 Monate) immer mindestens ein kurzfristiges und ein langfristiges Ziel verfolgt (2 Ziele)**. Wenn ein Ziel erreicht oder hinfällig ist, formulieren Sie ein entsprechend neues Ziel. Es ist auch möglich, dass neue Ziele hinzukommen und eine höhere Priorität als bestehende Ziele haben. Achten Sie darauf, dass die Teilnehmenden jeweils maximal 5 verschiedene Ziele parallel verfolgen. Für die meisten Teilnehmenden werden 2 bis 3 Ziel gleichzeitig am besten sein.
- Bei Bedarf priorisieren Sie die Ziele zusammen mit den Teilnehmenden. Legen Sie gemeinsam eine Ziel-Hierarchie fest.
- Erarbeiten und formulieren Sie mit den Teilnehmenden, wenn möglich, hauptsächlich Ziele aus den Bereichen „**Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe**“ und weniger aus den Bereichen „Körperfunktionen und -strukturen“ der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) [31].
- Berücksichtigen Sie personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren bei der Zielformulierung.
- Die PromeTheus-Intervention zielt primär darauf ab, die Partizipation und Teilhabe der Teilnehmenden zu erhöhen. Die Ziele sollten daher auch möglichst dem Bereich der „Partizipation/Teilhabe“ der ICF zuzuordnen sein. Da Mobilität ein entscheidender Faktor für die Teilhabe an gesellschaftlichen und sozialen Aktivitäten ist, kann es sinnvoll sein, auch Ziele zu formulieren, die der Domäne „Mobilität“ der ICF zuzuordnen ist. Beachten Sie auch das Konzept der sogenannten *life-space mobility* (Mobilität im Lebensraum), welche die physische und soziale Umgebung beschreibt, in der sich eine Person regelmäßig bewegt [32]. In Anhang 4 finden Sie eine Beschreibung der Domäne „Mobilität“ sowie Informationen zu den Bereichen „Körperfunktionen und -strukturen“ und „Teilhabe und Partizipation“ der ICF. Eine intensive und sorgfältige Auseinandersetzung mit der ICF [31] wird dringend empfohlen.

- Notieren Sie die Ziele in den dafür vorgesehenen Vorlagen „Zielformulierung und Zielerreichung“ (siehe unten sowie als Einlageblätter im „Arbeitsbuch Trainer“).
- Geben Sie jedem Ziel fortlaufend eine Nummer und tragen Sie jedes Ziel in die dafür vorgesehene „Ziele (Übersicht)“ ein (siehe unten sowie als Einlageblätter im „Arbeitsbuch Teilnehmer“).
- Weiterführende Informationen zur Zielformulierung sowie der ICF finden Sie in den Referenzen dieses Kapitels sowie in Anhang 4.
- Beachten Sie auch, dass die Aufnahme bzw. Teilnahme an einer Gruppenkomponente (Kapitel 9) ein wichtiges (langfristiges) Ziel sein können.
- Es ist nicht vorgesehen, für jedes Ziel konkrete Maßnahmen zu definieren und zu beschreiben. Zur Zielerreichung werden die Maßnahmen der *PromeTheus Intervention* vorausgesetzt. Es ist jedoch möglich, die Bedeutung einzelner Maßnahmen bzw. WEBB-Übungen zu betonen, wie beispielsweise die Kräftigungsübungen der Beine hinsichtlich eines Ziels, das mit dem Treppensteigen verbunden ist.
- Einzelne Teilnehmende werden im Rahmen der *PromeTheus Intervention* eine Beratung durch die AOK im Rahmen der Bedarfskomponente „Alltagsbewältigung“ erhalten (siehe Kapitel 8). In dieser Beratung werden die AOK-Mitarbeitenden die Teilnehmenden in der Häuslichkeit aufsuchen und die bestehenden Ziele berücksichtigen, die im Arbeitsbuch der Teilnehmenden formuliert sind. Gegebenenfalls werden die AOK-Mitarbeitenden diese Ziele im Rahmen der Beratung übernehmen und spezifische Maßnahmen formulieren. Sollten im Rahmen der AOK-Beratung weitere Ziele auftauchen oder sollte Bedarf für einen Austausch bestehen, werden die AOK-Mitarbeitenden mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Die Hinweise der AOK-Mitarbeitenden sollten im weiteren Zielformulierungs- und evaluations-Prozess mit den Teilnehmenden berücksichtigt werden.

13.5 Der Ziel-Evaluations-Prozess

- Thematisieren, evaluieren und besprechen Sie die Ziele mit den Teilnehmenden bei jedem Hausbesuch und bei jedem Telefonat – sofern dies

zeitlich möglich ist. Nutzen Sie das für den Zielsetzungs- und Evaluations-Prozess vorgesehene Zeitkontingent.

- Evaluieren Sie die einzelnen Ziele zwingend an den Hausbesuchen oder Telefonaten, die Sie mit den Teilnehmenden für eine Zielevaluation festgelegt haben. Sehen die Teilnehmenden oder Sie selbst Bedarf, die Ziele zwischenzeitlich/ungeplant zu evaluieren, ist dies jederzeit möglich.
- Evaluieren Sie die Ziele immer zusammen mit den Teilnehmenden.
- Evaluieren Sie jedes Ziel einzeln, wenn möglich.
- Nutzen Sie zur Ziel-Evaluation das für jedes Ziel einzeln ausgefüllte Dokument „Zielformulierung und Zielerreichung“.
- Notieren Sie für jedes Ziel den jeweiligen Ziel-Erreichungsgrad.
- Wurde ein Ziel erreicht oder sogar übertroffen, sollten die Teilnehmenden gelobt und positiv bestärkt werden (Anerkennung zeigen). Formulieren Sie mit den Teilnehmenden ein neues Ziel (wenn möglich in der gleichen Kategorie, z.B. Mobilität) und geben Sie dem neuen Ziel eine neue Nummer. Nutzen Sie dafür eine neue Vorlage (Dokument „Zielformulierung und Zielerreichung“).
- Wurde ein Ziel nicht erreicht, sollten die Gründe dafür evaluiert werden. War das Ziel vielleicht zu unrealistisch, zu ambitioniert oder auch nicht bedeutsam genug? Gab es (unvorhergesehene) Faktoren, die die Zielerreichung erschwert haben? Was ist nötig, um das Ziel trotzdem noch zu erreichen?
- Wird das Ziel beibehalten oder angepasst, motivieren Sie die Teilnehmenden ausdrücklich, dieses Ziel weiterhin zu verfolgen. Achten Sie besonders darauf, dass das Ziel weiterhin die SMART-Kriterien erfüllt, insbesondere die Kriterien „realistisch“ und „attraktiv“.
- Wird das Ziel einvernehmlich als hinfällig betrachtet, kann das Ziel verworfen und ein neues Ziel erarbeitet werden. Mögliche Gründe für die Hinfälligkeit eines Ziels können sein, dass das Ziel keine (hohe) Priorität mehr für die Teilnehmenden hat, oder dass ein besonderes Ereignis die Erreichung des Ziels unmöglich erscheinen lässt (z.B. Neuauftreten oder Verschlimmerung einer Erkrankung).
- Achten Sie darauf, bei der Ziel-Evaluation alle entsprechenden Felder vollständig auszufüllen.

13.6 Dokument: Zielbeschreibung und Evaluation

Zielformulierung und Zielerreichung

Studien ID:

Ziel: Nummer & Titel

Datum der Zielformulierung:

Geplantes Datum zur Besprechung der Zielerreichung:

Ziel		Spezifisch?
		Messbar?
		Aktivierend/ anspruchsvoll?
		Realistisch?
		Terminiert?

Datum der 1. Besprechung (Zielerreichung):

Beschreibung/
aktueller Stand:

☐ Ziel erreicht

☐ Ziel teilweise
erreicht

☐ Ziel (noch) nicht
erreicht

☐ Ziel ist häufig

Weiteres
Vorgehen:

- ☐ Es wird ein neues Ziel formuliert mit der Nummer: _____
- ☐ Das Ziel wird unverändert beibehalten und erneut besprochen am _____
- ☐ Das Ziel wird angepasst und als neues Ziel geführt mit der Nummer: _____

Datum der 2. Besprechung (Zielerreichung):

Beschreibung/
aktueller Stand:

☐ Ziel erreicht

☐ Ziel teilweise
erreicht

☐ Ziel (noch) nicht
erreicht

☐ Ziel ist häufig

Weiteres
Vorgehen:

- ☐ Es wird ein neues Ziel formuliert mit der Nummer: _____
- ☐ Das Ziel wird unverändert beibehalten und erneut besprochen am _____
- ☐ Das Ziel wird angepasst und als neues Ziel geführt mit der Nummer: _____

13.7 Dokument: Ziele (Übersicht)

Ziele (Übersicht)

Studien ID:

Hier notieren Sie oder Ihre Physiotherapeutin bzw. Ihr Physiotherapeut die Ziele, die Sie im Rahmen des PromeTheus-Projekts erreichen möchten.

Nr.	Ziel

Kapitel 14: Prozessevaluation

Dieses Kapitel beschreibt alle Aspekte der Prozessevaluation, die für die Trainer relevant sind. Die Prozessevaluierung ist ein wesentlicher Bestandteil bei der Entwicklung und Auswertung komplexer Interventionen (siehe Kapitel 2.3). Die Prozessevaluation im *PromeTheus-Projekt* erfolgt in Anlehnung an den konzeptionellen Rahmen (*Framework*) des Medical Research Council (MRC) von Moore et al. 2015 [33].

Prozessevaluationen begleiten Interventionen, um die Interventionstreue (*fidelity*) und Qualität der Implementierung zu bewerten, kausale Mechanismen zu klären, Kontextfaktoren zu identifizieren, und eine mögliche Verstetigung in die Praxis vorzubereiten.

Die Trainer sollen wissen, welche Bereiche der *PromeTheus-Intervention* evaluiert werden und welche Dokumente hierfür von Bedeutung sind.

Die meisten Bereiche werden in sogenannten Fokusgruppen evaluiert, zu denen die Trainer und die Berater aus den Bedarfskomponenten eingeladen werden.

Das Dokument „Dokumentationsbogen Hausbesuch“ ist die zentrale Datenquelle für die Prozessevaluation. Das Dokument ist selbsterklärend und wird in der Trainer-Schulung im Detail erklärt. Dieses Dokument wird obligatorisch nach jedem Hausbesuch von den Trainern ausgefüllt und die Informationen (alle mit Ü-DB gekennzeichneten Informationen) werden nach jedem Hausbesuch direkt in die **Datenbank** eingegeben. Die anderen Informationen werden über einen Scan des Dokuments gespeichert und zur Halbzeit und am Ende des Interventionszeitraums ausgewertet.

Bitte achten Sie bei allen Dokumenten, die für die Prozessevaluation benötigt werden, auf eine gewissenhafte und vollständige Dokumentation sowie einen sorgfältigen Übertrag der Daten/Informationen in die Datenbank. Bitte ermuntern Sie auch die Teilnehmer, die relevanten Dokumente ebenso gewissenhaft auszufüllen.

14.1 Bereich: Beschreibung der Inhalte der Intervention

Das Ziel ist es, die Inhalte der Intervention transparent, vollständig und realistisch abzubilden.

Für die Beschreibung der Teilhabeziele und Zielerreichung werden die ausgefüllten Dokumente „Zielformulierung und Zielerreichung“ qualitativ ausgewertet. Bitte achten Sie daher darauf, diese Dokumente stets gewissenhaft und vollständig auszufüllen und zu archivieren.

14.2 Bereich: Implementierung der Intervention

Für diesen Bereich sind folgende vier Aspekte relevant: Interventionstreue (*fidelity*), Umfang der Intervention (*dose*), Anpassungen (*adaptions*) und erreichte Zielgruppe (*reach*).

14.3 Bereich: Reaktionen der Teilnehmer und Wirkmechanismen

Im Rahmen der Hausbesuche wird anhand folgender Dokumente evaluiert, wie die Teilnehmer die Intervention annehmen und wie diese wirkt:

- „Dokumentationsbogen Hausbesuch“ (z.B. Borg-Skala, EARS Teil 1)
- „Trainingstagebuch“ (durch Teilnehmer ausgefüllt)

Die folgenden Informationen werden gemeinsam mit der jeweiligen Studienzentrumsleitung in der **Datenbank** notiert:

- Anzahl und Gründe der Kontakte zum „Medizinischen Backup“ im Studienzentrum
- Dokumentation AEs und SAEs
- Dokumentation von Studienabbrechern (*drop-outs*)

Weitere Aspekte der Wirkmechanismen wie Motivation und Selbstwirksamkeit werden im Rahmen des Outcome-Assessment erhoben. Zudem erhalten alle Interventionsteilnehmer am Ende der Intervention einen Abschlussfragebogen ausgehändigt, der schriftlich auszufüllen ist und weitere Aspekte der potentiellen Wirkmechanismen enthält, wie z.B. die Motivation durch Angehörige.

14.4 Fokusgruppen (FoG)

Die Trainer werden gebeten, im Laufe des PromeTheus-Projekts an verschiedenen Fokusgruppen teilzunehmen. Die Termine und Themen werden frühzeitig von der Hochschule Mannheim geplant und den Trainern kommuniziert.

14.4.1 Fokusgruppen Trainer (FoG-T)

Häufigkeit: 2 Mal, Q4 2021 und Q2 2023

Teilnehmerkreis: alle Trainer und Koordinatoren der 3 Studienzentren sowie die Leitung der Intervention Kernkomponente.

14.4.2 Fokusgruppen interdisziplinäre Schnittstellen Kernkomponente/Bedarfskomponente (FoG-inter)

Häufigkeit: 6 Mal, 2 x pro Zentrum, 3 x in Q2 2022 sowie 3x Q2 2023

Teilnehmerkreis: pro Zentrum die jeweiligen AOK-Ernährungsberater und AOK-Alltagsbewältigungsberater sowie die jeweiligen Trainer, Studienkoordinatoren, sowie auf Wunsch: Leitungen der Intervention Kernkomponente, Leitungen der Bedarfskomponenten Ernährung und Alltagsbewältigung.

Kapitel 15: Kontrollgruppe

Im PromeTheus-Projekt werden die Studienteilnehmer zufällig der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeordnet (Randomisierung). In diesem Kapitel ist beschrieben, welche Maßnahmen und Prozesse die Kontrollgruppe beinhaltet.

Alle Teilnehmer der Kontrollgruppe erhalten (genau wie die Interventionsgruppe) ein Studien-Assessment zu Beginn (M0), nach 6 Monaten (M6) sowie nach 12 Monaten (M12) (durch die Assessoren). Im Anschluss an das Studien-Assessment M0 randomisiert die Studienkoordination im jeweiligen Studienzentrum die Teilnehmenden und ordnet jedem Teilnehmenden einen Trainer zu. Der Trainer informiert den Teilnehmenden im Anschluss über die Gruppenzuordnung und vereinbart einen Termin mit dem Teilnehmenden.

Alle Personen der Kontrollgruppe erhalten im Studienzeitraum die sogenannte „Regelversorgung“ und einen 45-minütigen Hausbesuch (durch die Trainer).

Der 45-minütige Hausbesuch gestaltet sich wie folgt:

- Der Trainer besucht den Teilnehmenden zum vereinbarten Termin in der Häuslichkeit. Es gelten die gleichen Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen wie bei den Hausbesuchen in der Interventionsgruppe. Füllen Sie bitte die „Checkliste Gesundheit“ aus und beachten Sie die Covid-19 Schutzmaßnahmen.
- Notieren Sie bitte das Datum, die Dauer der Anfahrt und der Kontaktzeit in der Häuslichkeit, und tragen Sie diese Werte in die **Datenbank** ein.
- Sammeln Sie bitte den Patientenfragebogen ein, der bei M0 ausgeteilt wurde. Kontrollieren Sie ob alle Fragen beantwortet wurden und bringen Sie diesen mit in das Studienzentrum. Scannen Sie anschließend den Fragebogen und speichern Sie das Dokument auf dem Server. Tragen Sie den Erhalt und den Scann-Vorgang in der **Datenbank** ein.
- Bieten Sie den Teilnehmenden eine allgemeine Beratung zur körperlichen Aktivität an.
 - Beginnen Sie das Gespräch zum Beispiel mit der Frage: „Wie viele Stunden sind Sie pro Woche im Durchschnitt körperlich aktiv?“ oder erkundigen Sie sich, wie lange die Person in der letzten Woche körperlich aktiv war.
 - Geben Sie den Teilnehmenden die dafür vorgesehenen „Empfehlung zur körperlichen Aktivität für die Gesundheit“ (Anhang 5) und „Empfehlungen zur gesunden Ernährung im Alter“ (Anhang 6) und besprechen Sie dies gemeinsam.

- Vergleichen Sie die übliche körperliche Aktivität der Teilnehmenden mit den Empfehlungen der WHO. Motivieren Sie die Teilnehmer, weiterhin aktiv zu bleiben und die körperliche Aktivität gemäß den Empfehlungen zu steigern.
- Weisen Sie die Teilnehmenden darauf hin, wie wichtig die Empfehlungen für ihre Gesundheit und die Selbstständigkeit im Alter sind. Betonen Sie die Vorteile regelmäßiger körperlicher Aktivität im Alter.
- Instruieren Sie bitte **keine spezifischen Übungen** (aus dem WEBB-Programm). Verweisen Sie vielmehr auf allgemeine Strategien und Möglichkeiten, die körperliche Aktivität zu steigern, wie beispielsweise:
 - Mehr zu Fuß gehen oder regelmäßige Spaziergänge machen.
 - Treppensteigen anstatt den Aufzug zu nutzen.
- Sollten Rückfragen bezüglich möglicher Gleichgewichtsübungen kommen, können Sie das Üben unterschiedlicher Standpositionen empfehlen.
- Bei Rückfragen bezüglich möglicher Kraftübungen können Sie beispielsweise Kniebeugen und das Aufstehen vom Stuhl empfehlen. Gehen Sie hierbei nicht zu sehr ins Detail.
- Gehen Sie mit den Teilnehmern auch die Empfehlungen zur Ernährung durch und weisen Sie auch hier auf die Bedeutsamkeit einer gesunden und ausgewogenen Ernährung hin.
- Beantworten Sie eventuell auftretende Fragen zu den Studienmaterialien (Sturzkalender, Patientenfragebogen, Handout mit Empfehlungen) und informieren Sie den Teilnehmer über die weiteren Schritte innerhalb der Studie:
 - Quartalsweise zurücksenden der Sturzkalender in den dafür vorgesehenen Briefumschlägen (voradressiert und vorfrankiert)
 - Terminvereinbarung M6, Kontaktaufnahme durch den Assessor

Anhang

Anhang 1: WEBB-Programm: Zusätzliche Übungen für bestimmte Personen

In diesem Kapitel werden häufig beobachtete Gangprobleme und mögliche Ursachen sowie Interventionsstrategien hierfür dargestellt. Dies kann zur Identifikation von zusätzlichen Bereichen führen, die im Einzelfall möglicherweise einer Intervention bedürfen. Beispiele solcher Interventionen sind im Folgenden aufgeführt.

Zusätzliches Krafttraining kann erforderlich sein für Personen mit spezifischen Krafteinschränkungen.

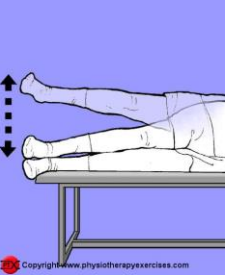
Dehnung der Wadenmuskulatur kann indiziert sein, wenn eine Person nicht in der Lage ist, bequem auf einem 10°-Keil zu stehen (d.h. 10 Minuten [stehen] auf dem Keil anstreben und ausbauen bis zu 30 Minuten).

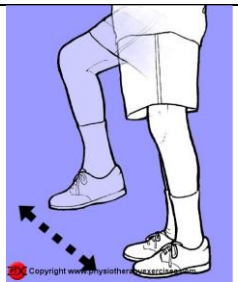
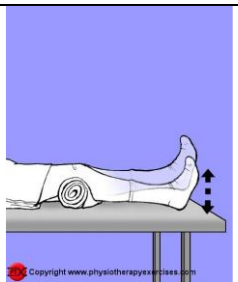
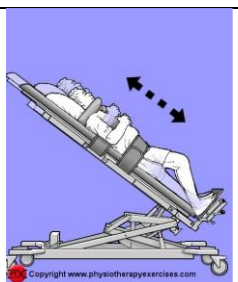
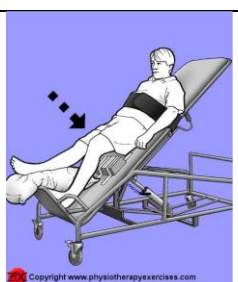


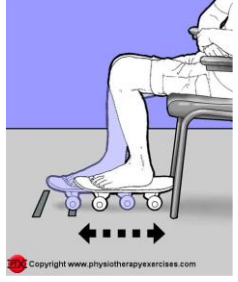
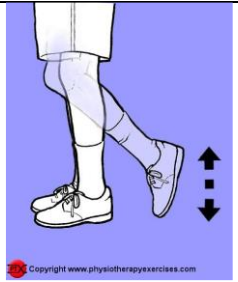
Das Training von Zusatzaufgaben kann erforderlich sein, wenn eine Person Probleme bei der Bewältigung einer bestimmten Aktivität hat, z.B. beim Übergang von der Rückenlage in den Stand oder bei Gleichgewichtsproblemen im Sitzen.

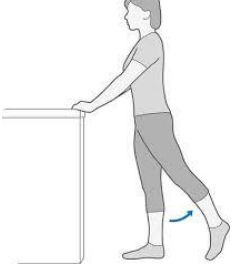


Zusätzliches Koordinationstraining kann erforderlich sein für Personen, die Schwierigkeiten haben, Muskelaktivitäten zu koordinieren. **Alternative Übungen** können indiziert sein, wenn eine Person nicht in der Lage ist, die regulären WEBB-Übungen wie beschrieben durchzuführen. Einige Übungen, die (dazu) angewendet werden können, sind nachfolgend dargestellt.

A.1 Selektive Hüft-Extension in Rückenlage	In Rückenlage das überhängende Bein auf den Boden und ggf. auf eine Waage stellen. Die Hüfte strecken (den Fuß in Richtung Boden drücken) und – sofern bestimmte Belastungsvorgaben bestehen – dabei eine bestimmte Kraft (über die Waage kontrollieren) nicht überschreiten.	
A.2 Hüft-Abduktion in Seitenlage	In Seitenlage das obenliegende Bein Richtung Zimmerdecke anheben (ohne Widerstand oder mit Gewichtsmanschette am Knöchel oder gegen den Widerstand eines elastischen Übungsbandes). Dabei darauf achten, dass das Becken nicht mitbewegt wird (Abstand Rippenbogen-Beckenkamm beachten). Das untenliegende Bein zur Stabilisation der Ausgangsstellung anwinkeln.	
A.3 Hüft-Abduktion im Stand	Im Stand ein Bein zur Seite abspreizen, dabei den Oberkörper aufrecht halten und nicht zur Seite neigen (ohne Zusatzgewichte oder mit Gewichtsmanschette am Knöchel oder gegen den Widerstand eines elastischen Übungsbandes).	

A.4 Hüft-Flexion im Sitz	Im Sitz einen Fuß auf den Boden oder ggf. auf eine Waage stellen und das Bein anheben, so dass sich der Fuß vom Boden löst bzw. bis ein bestimmter Wert auf der Waage erreicht wird.	
A.5 Hüft-Flexion im Stand	Im Stand ein Bein soweit wie möglich anheben (maximal jedoch bis zu einem Winkel von 90° Flexion in der Hüfte; ohne Zusatzgewichte oder mit Gewichtsmanschette am Knöchel oder gegen den Widerstand eines elastischen Übungsbandes). Dabei den Oberkörper aufrecht halten und nicht zur Seite neigen.	
A.6 Knie-Extension in Rückenlage	In Rückenlage die Knie auf eine Rolle oder ein gerolltes Handtuch legen. Die Knie dann einzeln strecken.	
A.7 Knie-Flexion auf dem Steh-Tisch	In fixierter Position auf dem Stehtisch, der nach individueller Kondition des Patienten geneigt steht, einseitig das Knie beugen (Ferse nach oben ziehen).	
A.8 Knie-Extension auf dem Steh-Tisch	In fixierter Position auf dem Stehtisch, der nach individueller Kondition des Patienten geneigt steht, beide Knie auf eine Rolle oder ein gerolltes Handtuch legen. Die Knie dann einzeln strecken.	

A.9 Knie-Mobilisation im Sitz	In sitzender Position einen Fuß auf einen beweglichen Gegenstand setzen (z.B. ein Skateboard). Das Knie abwechselnd beugen und strecken. Dabei den Oberkörper aufrecht halten und nicht zur Seite neigen.	
A.10 Knie-Flexion im Stand	Im Stand einen Fuß soweit wie möglich anheben (maximal jedoch bis zu einem Winkel von 90° Flexion im Knie; ohne Zusatzgewichte oder mit Gewichtsmanschette am Knöchel oder gegen den Widerstand eines elastischen Übungsbandes). Dabei den Oberkörper aufrecht halten und nicht zur Seite neigen.	
A.11 Dorsal-Extension im Sitz	Im Sitz die Zehen beidseitig anheben. Die Fersen behalten dabei Bodenkontakt.	
A.12 Plantar-Flexion im Sitz	Im Sitz eine Gewichtsmanschette auf dem vorderen Oberschenkel platzieren und gegen deren Gewicht die Fersen vom Boden abheben	
A.13 Auf der Stelle gehen (Storchengang) im Sitzen	Wie „Übung 1: Aufwärmen“, falls diese im Stehen zu unsicher oder zu anstrengend ist.	

A.14 Im Sitzen nach Gegenständen greifen	Wie „Übung 3: Im Stehen nach Gegenständen greifen“, falls diese im Stehen zu unsicher oder zu anstrengend ist. Übung im Sitzen ohne Bodenkontakt der Füße durchführen. Dazu z.B. Weichbodenmatte auf die Sitzfläche des Stuhls legen.	
A.15 Knie-Extension im Sitzen	Alternative zu „Übung 6: Aufstehen aus dem Sitz“, falls diese zu anstrengend oder schmerzhaft ist. Selektive Kräftigung der vorderen Oberschenkelmuskulatur (M. quadriceps femoris) im Sitz (mit Gewichtsmanschette am Knöchel oder gegen Widerstand eines elastischen Übungsbands): im Sitz den Unterschenkel strecken und wieder beugen.	
A.16 Hüft-Extension im Stand	Alternative zu „Übung 6: Aufstehen aus dem Sitz“, falls diese zu anstrengend oder schmerzhaft ist. Im Stand ein Bein (mit Gewichtsmanschette am Knöchel oder gegen den Widerstand eines elastischen Übungsbandes) mit gestrecktem Knie nach hinten führen, dabei den Oberkörper aufrecht halten und nicht nach vorne neigen.	

Anhang 2: WEBB-Programm: Häufig beobachtete Gangprobleme und mögliche Ursachen

(Für weitere Details siehe [34, 35])

Verringerte Hüft-Extension (in terminaler Standbeinphase)

Hüfte – mögliche Ursachen

- schwache/gelähmte Hüft-Extensoren in der frühen Standbeinphase
- schwache/gelähmte Hüft-Flexoren in der mittleren/späten Standbeinphase
- Verkürzung der Hüft-Flexoren/eingeschränktes Bewegungsausmaß der Flexion



Knie – mögliche Ursachen

- Schwache Knie-Extensoren während der Standbeinphase
- Kontraktur in Knieflexion
- Schwacher M. gastrocnemius

Sprunggelenk/Knie – mögliche Ursachen

- Hypertonus/schlechte exzentrische Kontrolle der Plantar-Flexoren
- Schwache/gelähmte Plantar-Flexoren
- Kontraktur der Plantar-Flexoren und/oder des Bindegewebes im Bereich des Sprunggelenkes
- Hypertonus der Knie-Extensoren
- Schwache/gelähmte Knie-Extensoren

Verringerte Plantar-Flexion (in terminaler Standbeinphase/“toe off“)

Sprunggelenk – mögliche Ursachen

- Schwache/gelähmte Plantar-Flexoren

Verstärkte seitliche Beckenverschiebung

Hüfte – mögliche Ursachen

- Schwache Hüft-Abduktoren in der mittleren bis späten Standbeinphase
- Schwache exzentrische → konzentrische Kontrolle der Hüft-Abduktoren



Hyperextension des Knies (verringerte Knieflexion)

Knie/Sprunggelenk – mögliche Ursachen

- Schwache Knie-Extensoren
- Schwache Knie-Flexoren in der frühen Standbeinphase
- Übermäßige aktive Spannung (konzentrischen Spannung/Aktivierung) der Knie-Extensoren
- Übermäßige aktive Spannung (konzentrischen Spannung/Aktivierung) der Plantar-Flexoren in der frühen oder mittleren Standbeinphase
- Kontraktur der Plantar-Flexoren



Verstärkte Knieflexion (in der Standbeinphase)

Knie/Sprunggelenk – mögliche Ursachen

- Schwache Knie-Extensoren
- Kontraktur der Knie-Flexoren oder von Weichteilen, die an der Knie-Flexion beteiligt sind
- Schwache/gelähmte Plantar-Flexoren



Anhang 3: WEBB-Programm: Umgang mit Freezing bei Patienten mit Parkinson-Erkrankung

Mit dem Begriff „Freezing“ werden plötzlich auftretende Schwierigkeiten beim Starten oder Weiterführen einer Bewegung bezeichnet, die bei einigen Personen mit Parkinson-Erkrankung auftreten. Die Betroffenen haben das Gefühl, dass sie eingefroren sind oder dass ihre Füße am Boden festkleben.

Schlüsselreize (sogenannte *Cues*) sollen helfen, Freezing zu vermeiden oder eine Freezing-Periode zu beenden. Schlüsselreize/Cues sind Aufforderungen, die der Person helfen sollen, sich zu bewegen. Sie vermitteln gewöhnlich Informationen über zeitliche (z.B. gehen im Takt eines Metronoms, Zählen) oder räumliche (z.B. Markierung auf dem Boden über die hinübergestiegen werden muss) Aspekte der nächsten Bewegung.

Situationen, in denen Freezing für gewöhnlich auftritt, und einige Strategien um es zu überwinden, sind nachfolgend beschrieben:

Den ersten Schritt machen beim (Los-)gehen

- Verlagern Sie das Gewicht von einer Seite zur anderen, so dass Sie zwischen rechts und links hin und her schwanken.
- Zählen Sie für sich selbst, während Sie von einer Seite zur anderen schwenken und gehen Sie bei einer bestimmten, selbst gewählten Zahl los.
- Benutzen Sie ein Metronom um sich in dessen Takt hin und her zu bewegen und fangen Sie im Takt an zu gehen.
- Steigen Sie über einen Markierungstreifen oder einen anderen Gegenstand auf dem Boden (wenn Sie regelmäßig an der gleichen Stelle „einfrieren“, können Sie einen Streifen Klebeband dort auf dem Boden anbringen).
- Versuchen Sie, den (ersten) Schritt in eine leere Fläche zu setzten.
- Wenn die Gewichtsverlagerung von rechts nach links nicht erfolgreich ist, versuchen Sie einen Schritt nach hinten oder zur Seite zu machen und gehen Sie dann vorwärts.

Gehen auf beengtem Raum

- Beginnen Sie schon einige Schritte vor der beengten Stelle für sich selbst zu zählen und gehen Sie in diesem Zählrhythmus weiter.

- Wenn Sie merken, dass Sie anfangen „einzufrieren“, STOPPEN Sie. Benutzen Sie die oben beschriebenen Strategien um wieder neu zu starten.
- Gehen Sie im Takt eines Metronoms um Ihren eigenen Rhythmus zu halten.
- Machen Sie ganz bewusste Schritte oder stampfen Sie mit den Füßen.
- Kleben Sie Markierungen im Abstand einer Schrittlänge auf den Boden an Stellen und Bereichen, an denen Sie oft „einfrieren“. Wenn Sie in diesen Bereichen gehen, steigen Sie über jede Markierung hinüber.
- Kleben Sie einen einzelnen Klebestreifen auf die Türschwelle und versuchen Sie, über diesen hinüber zu steigen.

Drehen aus dem Stand oder auf beengtem Raum

- Gehen und drehen Sie sich auf der Stelle.
- Machen Sie große Ausfallschritte in verschiedene Richtungen. Heben Sie dabei die Füße weit hoch und auseinander, und schwenken Sie dabei nicht.
- Zählen Sie für sich selbst, wenn sie beginnen, auf der Stelle zu gehen und behalten Sie den Rhythmus während des Drehens bei.
- Gehen Sie im Takt eines Metronoms um Ihren Rhythmus zu halten.

Drehen während des Gehens

- Gehen Sie einen Bogen und machen Sie dabei große Schritte.
- Fangen Sie einige Schritte vor der Drehung an für sich zu zählen und gehen Sie in diesem Rhythmus weiter.
- Gehen Sie im Takt eines Metronoms um Ihren Rhythmus zu halten.
- Machen Sie ganz bewusste Schritte oder stampfen Sie mit den Füßen, wenn Sie sich drehen.
- Kleben Sie an Stellen, an denen Sie oft „einfrieren“ wenn Sie eine Drehung machen wollen, Markierungen auf den Boden und machen Sie extra große Schritte. Steigen Sie während der Drehung über jede Markierung hinüber.

Für weitere Informationen und Evidenz siehe auch hier: [36, 37]

Anhang 4: Weiterführende Informationen zu den Kategorien der ICF

Definitionen der ICF-Komponenten

- **Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen).
- **Körperstrukturen** sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.
- **Schädigungen** sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.
- Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.
- **Partizipation [Teilhabe]** ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation.
- **Beeinträchtigungen der Aktivität** sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.
- **Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe]** sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt.
- **Umweltfaktoren** bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Domänen der Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe der ICF

Ziele im Bereich der Partizipation und Teilhabe können in einer der 9 Domänen aus dem Bereich der Aktivität und Partizipation gesetzt werden [31]. Die Domänen für die Komponente der Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe sind in einer einzigen Liste enthalten, die alle Lebensbereiche umfasst. Die Komponente kann verwendet werden, um Aktivitäten (a) oder Partizipation [Teilhabe] (p) oder beides zu bezeichnen. Die einzelnen Domänen sind in der ICF detailliert beschrieben [31].

Tabelle Anhang 4.1 Domänen der Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe der ICF	
d1	Lernen und Wissensanwendung
d2	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
d3	Kommunikation
d4	Mobilität
d5	Selbstversorgung
d6	Häusliches Leben
d7	Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
d8	Bedeutende Lebensbereiche
d9	Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Domäne „Mobilität“

Mobilität ist in Kapitel 4 der ICF [31] definiert als „Bewegung durch Änderung der Körperposition oder -lage oder Verlagerung von einem Platz zu einem anderen, mit der Bewegung von Gegenständen durch Tragen, Bewegen oder Handhaben, mit der Fortbewegung durch Gehen, Rennen, Klettern oder Steigen sowie durch den Gebrauch verschiedener Transportmittel.“

- *Die Körperposition ändern und aufrechterhalten*
- *Gegenstände tragen, bewegen und handhaben*
- *Gehen und sich fortbewegen*
- *Sich mit Transportmitteln fortbewegen*

Domäne Körperfunktionen und -strukturen

Im PromeTheus-Projekt sollten die Ziele nicht primär in den Domänen der Körperfunktionen und -strukturen gelegt werden, sondern vielmehr in den Domänen der Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe der ICF. Mitunter ist es aber sinnvoll und patientenzentriert, (kurzfristige) Ziele auch in diesen Bereichen zu formulieren. Konzentrieren Sie sich dabei auf die Bereiche der Körperfunktionen und -strukturen, die

durch die Prometheus-Intervention (Kern- und Bedarf-Komponenten) adressiert werden, wie Beispielsweise die folgenden Kapitel der ICF:

Klassifikation der Körperfunktionen

- Kapitel 1: Mentale Funktionen
- Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz
- Kapitel 4: Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems
- Kapitel 7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen

Klassifikation der Körperstrukturen

- Kapitel 1: Strukturen des Nervensystems
- Kapitel 4: Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
- Kapitel 7: Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen

Anhang 5: „Empfehlung zur körperlichen Aktivität für die Gesundheit“



Empfehlung zur körperlichen Aktivität für die Gesundheit

Die «**umfassende Empfehlungen zur körperlichen Aktivität für die Gesundheit**», welche von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt wurden, sehen die folgenden Aktivitätslevel für Erwachsene ab 65 Jahren und älter vor:

- 🔥 Sie sollten **pro Woche mindestens 2,5 Stunden mäßig intensive oder mindestens 75 Minuten intensive körperliche Aktivität** durchführen bzw. eine entsprechende Kombination aus mäßig bis intensiver körperlicher Aktivität.
- 🔥 Die Aktivität kann in kleineren Einheiten mit einer **Mindestdauer von 10 Minuten** absolviert werden.
- 🔥 Für einen zusätzlichen Gesundheitsnutzen sollten Sie Ihre mäßig intensive körperliche Aktivität auf 5 Stunden bzw. Ihre intensive körperliche Aktivität auf 2,5 Stunden pro Woche steigern. Eine entsprechende Kombination aus mäßig bis intensiver körperlicher Aktivität ist ebenfalls möglich.
- 🔥 Menschen mit eingeschränkter Mobilität sollten an **mindestens drei Tagen pro Woche körperlich aktiv sein**, um Ihr Gleichgewicht zu verbessern und Stürzen vorzubeugen.
- 🔥 Aktivitäten zur **Steigerung der Muskelkraft** sollten an **zwei oder mehr Tagen pro Woche** durchgeführt werden.
- 🔥 Wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen den empfohlenen Umfang an körperlicher Aktivität nicht erreichen können, sollten Sie versuchen, körperlich so aktiv zu sein wie es Ihre Fähigkeiten und Ihr Zustand ermöglichen.



Körperliche Aktivität umfasst viele Bereiche des täglichen Lebens. Dazu zählen unter anderem Freizeitaktivitäten (zum Beispiel Spazierengehen, Tanzen, Gartenarbeit oder Schwimmen) oder die Bewältigung von Wegstrecken zu Fuß oder mit dem Fahrrad, sowie Hausarbeit, Spiele spielen, Sport oder geplante Übungen im Kontext von Alltags-, Familien- und Gesellschaftsaktivitäten.

Es gibt eine Reihe an Möglichkeiten, wie ältere Erwachsene die empfohlenen 2,5 Stunden körperliche Aktivität pro Woche erreichen können. Unter dem Konzept der Akkumulation versteht man das Summieren kürzerer Einheiten körperlicher Aktivität (jeweils mindestens 10 Minuten), welche verteilt über die Woche durchgeführt werden können: z.B. 5 mal pro Woche 30 Minuten körperliche Aktivität mit moderater Intensität.

Ältere Erwachsene, die bislang inaktiv waren oder gesundheitliche Einschränkungen haben, können bereits davon profitieren, etwas aktiver zu werden.

Wer die Empfehlungen zur körperlichen Aktivität nicht erreicht, sollte die Dauer, Frequenz und die Intensität seiner bisherigen körperlichen Aktivität erhöhen, um schließlich den Aktivitätsumfang zu erreichen.

Die Vorteile von körperlicher Aktivität für ältere Menschen

Untersuchungen zeigen, dass aktive ältere Erwachsene im Vergleich zu Inaktiven ein niedrigeres Risiko haben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Krebs zu erkranken. Sie haben z.B. gesündere Knochen und einen besseren Trainingszustand von Muskeln, Lunge und Herz. Zudem stürzen sie seltener, sind geistig fitter und haben ein geringeres Risiko, Einschränkungen in den alltäglichen Aktivitäten und der Selbständigkeit zu erfahren.

Weitere Informationen finden Sie, wenn sie unter www.bundesgesundheitsministerium.de nach dem Schlagwort «Bewegungsempfehlungen» suchen.

Anhang 6: „Empfehlungen zur gesunden Ernährung im Alter“



Empfehlungen zur gesunden Ernährung im Alter

Eine vollwertige Ernährung kann ernährungsbedingten Erkrankungen vorbeugen und vor allem in Verbindung mit ausreichend Bewegung gute Voraussetzungen dafür bieten, möglichst lange fit zu bleiben.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt älteren Menschen für eine gesunde Ernährung folgendes:

 **Nutzen Sie die ganze Lebensmittelvielfalt, essen Sie abwechslungsreich.**

Es ist die Vielfalt an Inhaltsstoffen aus den unterschiedlichen Lebensmitteln, die sich zusammen positiv auf die Gesundheit auswirken. Wenn Sie viele verschiedene Lebensmittel miteinander kombinieren, bekommt Ihr Körper alles, was er braucht.

 **Wählen Sie überwiegend pflanzliche Lebensmittel.**

Diese sollten den größten Anteil Ihrer Nahrung ausmachen. Als Faustregel gilt: mindestens die Hälfte der Speisen auf Ihrem Teller sollte pflanzlichen Ursprungs sein. Genießen Sie dabei **mindestens 3 Portionen Gemüse am Tag** (1 Portion = ca. 1 Handvoll), beispielsweise zu jeder Hauptmahlzeit reichlich Gemüse und Salat.

Dazu sollten Sie **2 Portionen Obst am Tag** und **reichlich eiweißreiche Hülsenfrüchte** (etwa Linsen, Bohnen, Kichererbsen) und **Getreideprodukte** (z. B. Brot, Nudeln, Reis, Mehl) sowie **Nüsse** essen. Wählen Sie bei Getreideprodukten dabei am besten die **Vollkornvarianten**, denn diese enthalten mehr Nährstoffe und wichtige Ballaststoffe.

 **Ergänzen Sie Ihren Speiseplan mit tierischen Lebensmitteln.**

Milchprodukte, Fisch, Eier und Fleisch sind eine sehr gute Quelle für Eiweiß (Protein) und weitere Nährstoffe, die zum Erhalt der Muskeln und Knochen besonders wichtig sind. Essen Sie daher am besten **mindestens 2 Portionen Milch und Milchprodukte täglich**. Bei einer Laktose-Unverträglichkeit finden Sie viele Milchprodukte inzwischen auch



als laktosefreie Variante. Einmal in der Woche sollte **fettreicher Seefisch** auf den Tisch (etwa Hering, Lachs, Makrele, Forelle, Karpfen) und einmal **fettarmer Fisch** (z. B. Scholle, Alaska-Seelachs, Kabeljau). Ergänzen Sie dies mit **Eiern, etwas Fleisch und wenig Wurstwaren**.

🔥 Nutzen Sie als Fette in erster Linie pflanzliche Öle.

Bevorzugen Sie generell **pflanzliche Öle** mit vielen gesunden ungesättigten Fettsäuren, wie etwa Raps-, Soja-, Walnuss- und Olivenöl und daraus hergestellte Streichfette.

🔥 Versuchen Sie, jeden Tag mindestens 1,5 Liter zu trinken.

Als Getränke eignen sich vor allem **Leitungs- und Mineralwasser, Saftchorlen, Kräuter- oder Früchtetees** und in kleineren Mengen auch Kaffee oder schwarzer Tee. Gerade weil ältere Menschen Durst weniger stark empfinden, hilft es, sich auf das Trinken zu konzentrieren und Getränke gut sichtbar aufzustellen. Auch „Trinkrituale“ können unterstützen, wie beispielsweise ein Nachmittagskaffee oder -tee, nach jeder Mahlzeit etwas zu trinken, und nach dem Aufstehen und zu den Tabletten jeweils direkt ein großes Glas Wasser zu leeren.

🔥 Nehmen Sie sich Zeit zum Essen und essen Sie möglichst oft in netter Gesellschaft.

Gönnen Sie sich eine Pause für Ihre Mahlzeiten und richten Sie Ihr Essen schön und liebevoll an.

Entspanntes Essen in Gesellschaft fördert den Appetit. Wenn es Ihnen möglich ist, dann suchen Sie sich deshalb Gesellschaft beim Essen, zum Beispiel bei einem organisierten Mittagstisch.

🔥 Essen Sie ausreichend.

Regelmäßiges Essen am Tag ist wichtig und bringt Kraft, Ausdauer und Energie. Essen Sie zu wenig, wird der Körper nicht mehr mit den lebenswichtigen Nährstoffen versorgt. Das schwächt Körper und Kopf und man wird krank.

Vielleicht will sich die Lust am Essen aber einfach nicht mehr so recht einstellen? Dann ergänzen Sie Ihren Speiseplan mit vielen Ihrer Lieblingsgerichte und verteilen Sie **mehrere kleine Mahlzeiten über den Tag**. Wenn Sie bemerken, dass Ihnen energiereiche Nahrung fehlt, können Sie Ihre **Speisen bewusst anreichern**, am besten mit hochwertigen Pflanzenölen wie Oliven- und Rapsöl, die man reichlich zu Gemüse und Salat geben kann. Aber auch Sahne, Butter, Käse und Eier können hier wichtige Energielieferanten sein. **Essen Sie Zwischenmahlzeiten** und zwischendurch Nüsse oder Nussmus, Avocados, Bananen oder Trockenfrüchte.

WICHTIG: Wenn Sie merken, dass Sie deutlich an Gewicht verlieren, halten Sie unbedingt Rücksprache mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt!

Referenzen

1. Daniels R, Metzelthin S, van Rossum E, Witte L de, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *Eur J Ageing*. 2010;7:37–55.
2. Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E, et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: A scoping review of the literature and international policies. *Age Ageing*. 2017;46:383–92.
3. Cameron ID, Fairhall N, Langron C, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, et al. A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC Med*. 2013;11:65.
4. Fairhall N, Sherrington C, Kurrle SE, Lord SR, Lockwood K, Howard K, et al. Economic evaluation of a multifactorial, interdisciplinary intervention versus usual care to reduce frailty in frail older people. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16:41–8.
5. Bachl N, Lercher P, Schober-Halper B. *Bewegt Altern: Professionelle Strategien für ein gesundes und aktives Älterwerden*. 1st ed. Heidelberg: Springer Verlag; 2020.
6. Schnelle Hilfe im Notfall – was tun bei Stürzen? <https://www.flechtinger-pflegedienst.de/65-schnelle-hilfe-im-notfall-was-tun-bei-stuerzen/>. Zugriff am: 12.10.2020.
7. CURENDO. Sturz eines älteren Menschen – die wichtigsten Maßnahmen. <https://www.curendo.de/pflege/sturz-eines-aelteren-menschen-die-wichtigsten-massnahmen/>. Zugriff am: 12.10.2020.
8. Pflege-Fibel. Erste Hilfe bei Stürzen. <http://www.pflege-fibel.de/ploetzlich-pflegefall/sicherheit-zuhause/allgemeine-sicherheit-verbessern/erste-hilfe-bei-stuerzen/>. Zugriff am: 12.10.2020.
9. PQSG - das Altenpflegemagazin im Internet. Standard „Maßnahmen nach einem Sturz“. <https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-nachsturz.htm>. Zugriff am: 12.10.2020.
10. de Morton NA, Davidson M, Keating JL. The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:63.
11. Braun T, Schulz R-J, Hoffmann M, Reinke J, Tofaute L, Urner C, et al. Die deutsche Version des De Morton Mobility Index (DEMMI) – Erste klinische Ergebnisse aus dem Prozess der interkulturellen Adaptation. *Z Gerontol Geriatr*. 2015;48:154–63.
12. Braun T, Grüneberg C. Mobiltät im Schnellcheck – Assessment: De Morton Mobility Index (DEMMI). *physiopraxis*. 2013;43–5.
13. Braun T, Thiel C, Grüneberg C. Mobiltät: de Morton Mobility Index (DEMMI). In: Schädler S, Kool J, Lüthi H, Marks D, Oesch P, Pfeffer A, Wirz M, editors. *Assessments in der Rehabilitation: Band 1: Neurologie: 4., überarbeitete und erweiterte Auflage*. 4th ed. Bern: Hogrefe Verlag; 2019. p. 171–186.

14. Sondergaard K, Petersen LE, Pedersen MK, Svendsen AB, Juhl CB. The responsiveness and predictive validity of the de Morton Mobility Index in geriatric rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 2020;1–9.
15. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.
16. Seehausen M, Hänel P. Arzt-Patienten-Kommunikation: Die Adhärenz im Praxisalltag effektiv fördern. *Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A.* 2011;108:2276.
17. Grossklaus L, Heller U, Nüscheler R, Stammeler L. Adhärenz in der Physiotherapie. *Physioscience.* 2014;10:57–61.
18. Newman-Beinart NA, Norton S, Dowling D, Gavriloff D, Vari C, Weinman JA, Godfrey EL. The development and initial psychometric evaluation of a measure assessing adherence to prescribed exercise: the Exercise Adherence Rating Scale (EARS). *Physiotherapy.* 2017;103:180–5.
19. Meade LB, Bearne LM, Godfrey EL. Comprehension and face validity of the Exercise Adherence Rating Scale in patients with persistent musculoskeletal pain. *Musculoskeletal Care.* 2018;16:409–12.
20. Rheinberg F, Vollmeyer R. Motivation, Urban-Taschenbücher, Vol. 555, 8., aktual. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart. 2012.
21. Hänsel F, Baumgärtner SD, Kornmann J, Ennigkeit F. Sportpsychologie: Springer-Verlag; 2016.
22. Schutzer KA, Graves BS. Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev Med.* 2004;39:1056–61.
23. Dacey M. Older Adults' Intrinsic and Extrinsic Motivation Toward Physical Activity. *ajhb* 2008.
24. Resnick B, Spellbring AM. Understanding what motivates older adults to exercise. *J Gerontol Nurs.* 2000;26:34–42.
25. Newson RS, Kemps EB. Factors that promote and prevent exercise engagement in older adults. *Journal of Aging and Health.* 2007;19:470–81.
26. Haggard P, Lau H. What is volition? 2013: Springer.
27. Rollnick S, Miller WR. What is Motivational Interviewing? *Behav. Cogn. Psychother.* 1995;23:325–34.
28. Copeland L, McNamara R, Kelson M, Simpson S. Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2015;98:401–11.
29. Körkel J, Veltrup C. Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie.* 2003;4:115–24.
30. Doran GT. There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management review.* 1981;70:35–6.

31. World Health Organization (WHO). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: ICF. Geneva: World Health Organization; 2005.
32. Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:1610–4.
33. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2015;350:h1258.
34. Moore S, Schurr K, Wales A, Moseley A, Herbert R. Observation and analysis of hemiplegic gait: swing phase. *Aust J Physiother.* 1993;39:271–8.
35. Moseley A, Wales A, Herbert R, Schurr K, Moore S. Observation and analysis of hemiplegic gait: stance phase. *Aust J Physiother.* 1993;39:259–67.
36. Nieuwboer A, Kwakkel G, Rochester L, Jones D, van Wegen E, Willems AM, et al. Cueing training in the home improves gait-related mobility in Parkinson's disease: the RESCUE trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2007;78:134–40.
37. Keus S, Munneke M, Graziano M, Paltamaa J, Pelosin E, Domingos J, et al. European physiotherapy guideline for Parkinson's disease. The Netherlands: KNGF/ParkinsonNet; 2014.

Impressum

Autoren:

Tobias Braun, Christian Thiel, Christian Grüneberg (Hochschule für Gesundheit Bochum, Studienbereich Physiotherapie)

Corinna Nerz, Christoph Endress, Kilian Rapp (Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH)

Bastian Abel, Christian Werner, Jürgen Bauer (Geriatrisches Zentrum der Universität Heidelberg, AGAPLESION Bethanien Krankenhaus)

Nacera Wolf-Belala, Michael Denking (Geriatric der Universität Ulm und Institut für Epidemiologie an der Agaplesion Bethesda Klinik)

Martina Schäufele, Ingrid Hendlmeier (Hochschule Mannheim, Fakultät für Sozialwesen)