

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Nico Dragano

Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Angehörige von  
Gesundheitsberufen mithilfe eines Gesprächsleitfadens

Dissertation

Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von  
Julius Peter Vogel  
2026

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.:

Dekan: Prof. Dr. med. Nikolaj Klöcker

Erstgutachterin: Prof. Dr. phil. Claudia Pischke

Zweitgutachterin: Prof. Dr. rer. nat. Sabrina Kastaun

Wenn die Zeit knapp ist, wird die  
Bedeutung der Menschen, die mich  
begleiten, umso größer.

## **Zusammenfassung**

Begleitend zum Forschungsprojekt „10.000 Steps NRW“ wurde im Rahmen dieses Promotionsvorhabens auf Basis einer Literaturrecherche ein Gesprächsleitfaden zur Initiierung und Förderung einer Verhaltensänderung im Sinne einer Zunahme von körperlicher Aktivität (KA) in Form von Schritten entwickelt. Dieser ist am 5A-Modell angelehnt und wurde im Rahmen einer Pilotierung durch 14 Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe im Hinblick auf dessen Anwendbarkeit getestet. Außerdem wurde eine Bestandsaufnahme der bisherigen Situation zur Empfehlung von körperlicher Aktivität in den jeweiligen Einrichtungen durchgeführt.

Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen von Fokusgruppensitzungen sowie Einzelinterviews, die sowohl vor als auch nach der Pilotierung stattfanden und schriftlichen Beiträgen. Die gewonnenen Daten wurden anschließend in einer softwaregestützten (MAXQDA), qualitativen und inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz analysiert.

Bezüglich der hohen Bedeutung regelmäßiger KA herrschte Konsens, Umfang sowie Art und Weise der bisherigen Beratung zu KA variierten jedoch. Empfehlungen zu mehr Bewegung erfolgten meist verbal und unspezifisch, konkrete Anbindungsangebote waren selten. Ein Mangel sowohl an Zeit als auch an Strategien wurde als größte Hürde für die Empfehlung von KA genannt. Die Etablierung des Gesprächsleitfadens wurde positiv bewertet und besonders für weniger routinierte Kolleg:innen als nützlich angesehen, da dessen Anwendung zukünftig dabei helfen könnte, Empfehlungen zu KA in Konsultationen zu inkludieren. Je nach Fachrichtung zeigten sich allerdings vereinzelt Unterschiede in der Einschätzung seiner Umsetzbarkeit. Die Bereitschaft zur zukünftigen Nutzung und Weiterempfehlung des Gesprächsleitfadens war hoch, auch wenn von einzelnen Studienteilnehmenden weitere Anpassungen und technische Ergänzungen als erforderlich bzw. wünschenswert angegeben wurden, um den Gesprächsleitfaden in verschiedenen beruflichen und zeitlichen Kontexten optimal einsetzen zu können.

Ein größeres Informationsangebot zu Anbindungsmöglichkeiten in Bezug auf KA und Präventionsmaßnahmen generell könnte nützlich dafür sein, die Bekanntheit niederschwelliger Angebote auch über das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm hinaus zu fördern und Empfehlungen somit zu erleichtern. Darüber hinaus legen die Ergebnisse innerhalb dieses Vorhabens den Bedarf nach einer intensiveren interdisziplinären Zusammenarbeit und ggf. multimodalen bzw. interdisziplinären Therapiekonzepten zur Förderung von KA nahe.

## **Abstract**

As part of the research project "10,000 Steps NRW", this doctoral study developed a structured conversation guide aimed at initiating and promoting behavior change towards increased physical activity (PA) in the form of step counts. The guide was pilot-tested by professionals from various healthcare fields to assess its applicability. Additionally, a baseline assessment of current PA counseling practices within participating institutions was conducted.

The conversation guide was developed based on a literature review and is aligned with the 5A model. It was piloted by 14 healthcare professionals. Data collection involved focus group discussions, individual interviews (both pre- and post-pilot phase), and written contributions. The collected data were analyzed using qualitative, content-structured analysis following Kuckartz's approach, supported by the software MAXQDA.

While there was a broad consensus on the importance of regular PA, the scope and delivery of PA counseling varied significantly. Recommendations for increased activity were often verbal and unspecific, with few concrete referral options available. Time constraints and a lack of structured strategies were identified as the main barriers to providing PA recommendations. The conversation guide was positively received and was seen as a useful tool to facilitate the integration of PA counseling into routine consultations, particularly for less experienced professionals. However, perceptions of feasibility varied slightly depending on the healthcare profession.

There was strong willingness among participants to use and recommend the conversation guide in the future even though some participants suggested minor modifications and technical enhancements to optimize its applicability across different professional and time-related contexts. In addition, the participants stated that increasing awareness of accessible PA opportunities and broader preventive health measures could support the dissemination of low-threshold PA programs beyond the "10,000 Steps Düsseldorf" initiative and enhance the implementation of PA recommendations.

Finally, the findings of this study highlight the need for more intensive interdisciplinary collaboration and potentially multimodal or interdisciplinary therapeutic approaches to promote physical activity.

## Abkürzungsverzeichnis

|         |   |
|---------|---|
| KA      | Körperliche Aktivität   |
| PA      | <i>Physical Activity</i>  |
| WHO     | Weltgesundheitsorganisation   |
| NAKO    | ehemals „Nationale Kohorte“; Titel einer großen deutschen Gesundheitsstudie                                   |
| BMBF    | Bundesministerium für Bildung und Forschung   |
| NRW     | Nordrhein-Westfalen   |
| HCP     | <i>Healthcare Professional</i> (engl. Angehörige:r eines Gesundheitsberufs)                                   |
| HCO     | <i>Healthcare Organisation</i> (engl. Gesundheitsinstitution z.B. Praxis oder Klinik)                         |
| BCT     | <i>Behaviour Change Technique</i>   |
| TTM     | Transtheoretisches Modell (der Verhaltensänderung)  |
| HBM     | <i>Health Belief Model</i>  |
| HAPA    | <i>Health Action Process Approach</i>   |
| MI      | Motivational Interviewing   |
| DEGAM   | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  |
| AWMF    | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.                              |
| BI      | Brief Intervention  |
| CDSR    | <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>  |
| NGO     | <i>Non-governmental organization</i>  |
| BZgA    | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (seit 02/2025: Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit, BIÖG) |
| BdSN    | Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen Nordrhein  |
| UND     | Urologie Netzwerk Düsseldorf  |
| DMP     | <i>Disease Management</i> Programme   |
| MVZ     | Medizinisches Versorgungszentrum  |
| KHK     | Koronare Herzkrankheit  |
| FG      | Fokusgruppe   |
| BMBF    | Bundesministerium für Bildung und Forschung   |
| FA / FÄ | Facharzt / Fachärztin   |
| HR      | <i>Human Resources</i>  |
| BGM     | Betriebliches Gesundheitsmanagement   |
| NICE    | <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>  |

## **Tabellen- und Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Übersicht über den Ablauf des 5A- und 5R-Modells

Abb. 2: Anzahl (n) kontaktierter Einrichtungen im Rahmen der Rekrutierung

Abb. 3: Ablaufschema des Forschungsprojekts für HCPs

Abb. 4: Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse modifiziert nach Kuckartz

Tabelle 1: Tabellarische Kategoriendefinition

Tabelle 2: Ebenen des Kategoriensystems

## Inhaltsverzeichnis

**Zusammenfassung**

**Abstract**

**Abkürzungsverzeichnis**

**Tabellen- und Abbildungsverzeichnis**

**Inhaltsverzeichnis**

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b> .....   | <b>1</b>  |
| 1.1      | Thematische Einführung .....  | 1         |
| 1.2      | Strategien und Theorien für Interventionen mit dem Ziel einer<br>Verhaltensänderung .....     | 4         |
| 1.2.1    | Das adaptierte 5A-Modell im Detail .....  | 6         |
| 1.2.2    | Das 5R-Modell als optionale Ergänzung des Leitfadens .....                                    | 7         |
| 1.3      | Ziele der Arbeit .....  | 9         |
| <b>2</b> | <b>Material und Methoden</b> .....  | <b>10</b> |
| 2.1      | Ethikvotum .....  | 10        |
| 2.2      | Studiendesign und Analyseansatz .....   | 10        |
| 2.2.1    | Qualitatives Studiendesign .....  | 11        |
| 2.2.2    | Qualitative Inhaltsanalyse .....  | 12        |
| 2.3      | Entwicklung des Gesprächsleitfadens und Literaturrecherche .....                              | 13        |
| 2.4      | <i>Sampling</i> -Strategie und Rekrutierung .....   | 15        |
| 2.5      | Organisation und Durchführung der Fokusgruppen .....  | 18        |
| 2.6      | Inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse des vorliegenden Materials (nach<br>Kuckartz) ..... | 20        |
| <b>3</b> | <b>Ergebnisse</b> .....   | <b>25</b> |
| 3.1      | Kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien .....                               | 25        |
|          | Fokusgruppensitzung I .....   | 25        |
|          | Fokusgruppensitzung II .....  | 34        |
| <b>4</b> | <b>Diskussion</b> .....   | <b>48</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen .....  | 48        |
| 4.1.1 Bestandsaufnahme existierender Beratung zu KA in den<br>Einrichtungen.....  | 48        |
| 4.1.2 Evaluation der Anwendung des Leitfadens in den Einrichtungen .....  | 49        |
| 4.2 Vergleich mit bestehender wissenschaftlicher Literatur .....  | 51        |
| 4.3 Stärken und Schwächen .....   | 55        |
| 4.4 Implikationen für die zukünftige Praxis .....   | 56        |
| 4.5 Schlussfolgerungen .....  | 58        |
| <b>5 Literatur- und Quellenverzeichnis .....</b>  | <b>59</b> |
| <b>6 Anhang</b>   |           |
| 6.1 Gesprächsleitfaden auf Basis des 5A-Modells als Kurzintervention zur<br>Bewegungsförderung in Gesundheitseinrichtungen.....   | 64        |
| 6.2 Anschreiben für die HCPs / HCOs .....   | 67        |
| 6.3 Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen für Teilnehmer:innen .....   | 68        |
| 6.4 Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen für Patient:innen .....  | 74        |
| 6.5 Leitfäden mit Fragen für die Fokusgruppensitzungen 1 und 2 .....  | 79        |
| 6.6 Verwendete Ausgabematerialien zum „10.000 Schritte Düsseldorf“-<br>Programm .....   | 81        |
| 6.7 <i>Screenshots</i> der „10.000 Schritte Düsseldorf“ <i>Homepage</i> .....   | 83        |
| 6.8 Transkripte der durchgeführten Fokusgruppen / Interviews<br>und Textbeiträge.....   | 87        |
| 6.9 Ergebnisse der strukturierenden Inhaltsanalyse als fallbezogene thematische<br>Zusammenfassungen der Haupt-, Sub- und Sub-subkategorien in<br>tabellarischer Form ..... | 167       |
| 6.10 Kategoriensystem und -handbuch zur Qualitativen Inhaltsanalyse .....   | 183       |

# 1 Einleitung

## 1.1 Thematische Einführung

*„Bewegung ist ein fundamentales Mittel zur Verbesserung der physischen und geistigen Gesundheit. Für allzu viele Menschen ist sie jedoch aus dem täglichen Leben verschwunden – mit dramatischen Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Bewegungsmangel wird für jährlich nahezu 600'000 Todesfälle allein in der Region Europa der WHO verantwortlich gemacht. Eine Bekämpfung dieses führenden Risikofaktors würde die Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, nicht-insulinabhängigen Diabetes, Bluthochdruck, einige Krebsarten, Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Krankheiten verringern. Zudem stellt die körperliche Bewegung einen entscheidenden Faktor in der Bekämpfung der zurzeit epidemischen Probleme von Übergewicht und Adipositas dar, die für die Gesundheitssysteme in aller Welt eine neue Herausforderung bedeuten.“* (Dr. Marc Danzon, ehem. WHO Regionaldirektor für Europa von 2000-2010 im Vorwort der WHO-Veröffentlichung „Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln“ von 2006, S. 10)

Dieses schon etwas ältere Zitat des emeritierten Regionaldirektors der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dr. Marc Danzon, fasst die bis heute aktuellen und relevanten Probleme durch einen zunehmenden Bewegungsmangel in Bezug auf chronische, nicht-übertragbare Erkrankungen zusammen. Das Auftreten ebendieser wurde zudem durch den demographischen Wandel, der unter anderem auch in Deutschland angestiegene Lebenserwartungen bedeutet, weiter begünstigt (1,2). Im Kontext dieser Erkrankungen gehören Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen zu den führenden Todesursachen in der deutschen Bevölkerung (3). Als weitere große Bedrohung für die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung benennen Wissenschaftler:innen der NAKO Gesundheitsstudie (ehemals „Nationale Kohorte“), Deutschlands größter Langzeit-Bevölkerungsstudie, Adipositas und sprechen, wie auch bereits Dr. Danzon 2006, in ihrer Veröffentlichung von 2022 von einer Adipositas-Epidemie (3). Um diesen Erkrankungen im Rahmen von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen vorzubeugen, hat sich regelmäßige körperliche Aktivität (KA) als erfolgreich erwiesen, da sie das Risiko an kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus, Adipositas, verschiedenen Krebsarten und weiteren chronischen Krankheitsbildern zu erkranken, reduziert (4).

Trotz dieser positiven Effekte wird in Deutschland eine unzureichende Umsetzung von KA verzeichnet. Laut Angaben der Weltgesundheitsorganisation wird geschätzt, dass

sich gerade einmal 46 % der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren ausreichend körperlich betätigen (5).

Mit dem Ziel, die Gesundheit der Menschen und damit auch das Wohlbefinden bzw. die Qualität zusätzlicher Lebensjahre zu steigern, wurden in der Vergangenheit bereits bewegungsfördernde Angebote und Interventionen, wie beispielsweise das „Rezept für Bewegung“, in Deutschland und den umliegenden Ländern etabliert (6–9). Eine weitere bevölkerungsbezogene Intervention, die auf die Steigerung von KA abzielte, war die komplexe und gemeindebasierte Intervention „10,000 steps Ghent“, die von 2005 bis 2006 in der gleichnamigen belgischen Stadt durchgeführt und evaluiert wurde (9). Mithilfe der im Rahmen der Studie durchgeführten Interventionen sollte und konnte erfolgreich die tägliche Schrittzahl von Bürgerinnen und Bürgern der Interventionsstadt Ghent erhöht werden. Innerhalb eines Jahres stieg die Anzahl der Personen, die das tägliche „10.000 Schritte“-Ziel erreichten, um 8 %, während in der Vergleichsgemeinde (Aalst) kein Anstieg zu verzeichnen war. Außerdem erhöhte sich die durchschnittliche tägliche Schrittzahl der Interventionsbevölkerung in Ghent um 896 Schritte (95 % KI = 599-1192). In der Vergleichsgemeinde sank sie dagegen leicht um 135 Schritte [95 % KI = -432-162] (9).

Um neben ihrer Effektivität auch die bislang wenig erforschte Übertragbarkeit solcher Interventionen zur Steigerung von KA auf andere Populationen untersuchen zu können, wurde die belgische Intervention im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts „10.000 Steps NRW“ adaptiert (10) und mit einer kontrollierten Interventionsstudie (Interventionsgruppe: ausgewählte Stadtbezirke Düsseldorfs, Kontrollgruppe: ausgewählte Stadtbezirke Wuppertals) repliziert. Mit dieser Studie soll damit die Implementierung und Wirksamkeit einer solchen gemeindebasierten Intervention zur Bewegungsförderung über ein Jahr bei Erwachsenen in zwei Städten NRWs evaluiert werden (11). Analog zum belgischen Studienvorbild wird erwartet, dass Erwachsene in den Interventionsbezirken Düsseldorfs ihre tägliche Schrittzahl stärker erhöhen als die Kontrollgruppe in Wuppertal und häufiger das von der WHO empfohlene Ziel von 10.000 Schritten pro Tag erreichen.

Im Rahmen der Interventionsentwicklung wurden in einer mehrdimensionalen Herangehensweise nach dem sozioökologischen Modell Maßnahmen auf individueller, organisatorischer und gemeindebezogener Ebene kombiniert (10). Auf intrapersoneller Ebene wurde die *Website* „10.000 Schritte Düsseldorf“ entwickelt, die offizielle WHO-Empfehlungen wie 150 bis 300 Minuten moderate oder 75 bis 150 Minuten intensive

KA pro Woche (12), Schrittzähler-Tools, Wettbewerbe, einen Veranstaltungskalender sowie soziale Austauschmöglichkeiten zur Förderung von KA bot. Impressionen zur „10.000 Schritte Düsseldorf“ *Homepage* sind in Anhang 6.7 zu finden. Auf zwischenmenschlicher Ebene wurde durch Schrittzahlwettbewerbe, die über die Website organisiert und dokumentiert werden konnten, in Familien, Freundeskreisen und Unternehmen dazu motiviert, die jeweilige KA gegenseitig zu fördern. Organisatorisch wurde die Steigerung der KA neben den genannten Wettbewerben am Arbeitsplatz vor allem durch gedruckte Materialien wie Broschüren, *Flyer* und Aufkleber zum „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm unterstützt. Auf Gemeindeebene wurden verschiedene Veranstaltungen wie die Besteigung des Düsseldorfer Fernsehturms (*Skyrun*), Stadion-Events und Stadtmarathons mit Medienkampagnen unter dem Motto „Jeder Schritt zählt“ verknüpft. Ergänzend dazu wurden Routenempfehlungen über die Komoot-App bereitgestellt sowie Beschilderungen mit Routen und QR-Codes zur Website in öffentlichen Räumen innerhalb der Interventionsbezirke installiert. In beiden Städten wurden je 399 Erwachsene zwischen 25 und 75 Jahren zunächst zu Studienbeginn und nach Ablauf eines Jahres hinsichtlich KA und weiterer sekundärer Endpunkte bewertet (11).

Die vorliegende Dissertation wurde flankierend zum „10.000 Steps NRW“ Forschungsprojekt durchgeführt. Für das Forschungsvorhaben wurde ein Gesprächsleitfaden für *Healthcare Professionals* (HCPs) entwickelt, der als Kurzintervention dienen soll, um Patient:innen in Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung (Praxen, Kliniken) auf das Bewegungsprogramm sowie die dazugehörige *Homepage* aufmerksam zu machen und darüber gegebenenfalls zu mehr Alltagsbewegung in Form von gesteigerten Schrittzahlen zu animieren. Der Gesprächsleitfaden sollte mit Patient:innen pilotiert werden und es sollte im Rahmen dieser Dissertation primär untersucht werden, wie geeignet und praktikabel sich ein solcher Gesprächsleitfaden im therapeutischen Alltag darstellt, um die Bewegungsempfehlungen am Beispiel des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms zu übermitteln. Über eine Abfrage des Ist-Zustands in den Institutionen sollte darüber hinaus zunächst ein Einblick in die derzeitige Thematisierung von KA in den therapeutischen Einrichtungen gewonnen werden.

Die Übermittlung von Bewegungsempfehlungen in Form kurzer Interventionen in Institutionen des Gesundheitswesens scheint prinzipiell ein wichtiger Weg zu sein, um zur Bewegungsförderung beizutragen (6). In der Literatur wird insbesondere dem Setting der Praxen niedergelassener (Haus-) Ärzt:innen eine besondere Rolle zugesprochen, da Ärzt:innen als wichtige Ansprechpartner:innen für Prävention und

Gesundheitsinformationen gelten und unabhängig von sozialen bzw. sozioökonomischen Faktoren niederschwellig und universell zugänglich sind (6,13). Der Begriff der „Kurzintervention“ bleibt allerdings häufig unscharf definiert und variiert hinsichtlich der Auslegung seiner inhaltlichen und zeitlichen Dimension erheblich. So werden sowohl Interventionen von wenigen Minuten (etwa drei bis fünf) als auch teilweise die Anwendung von bis zu 30-minütigen, multimodalen Konzepten unter dem Begriff verortet (14).

Die häufige Betonung des Faktors Zeit als eine der Haupthürden für die Beratung zu KA in der Literatur deutet allerdings darauf hin, dass die Dauer einer Intervention erheblichen Einfluss auf deren Anwendbarkeit für HCPs haben könnte (13,14).

Gleichzeitig kann angenommen werden, dass die Thematisierung von KA in entsprechenden *Healthcare Organisations* (HCOs) oft nur unzureichend umgesetzt wird und die ärztlich-therapeutische Beratung zu KA in regulären Konsultationen häufig nur unspezifisch bzw. unvollständig, z.B. als Bewertung des aktuellen Verhaltens mit Aufzeigen von Risiken und der persönlichen Relevanz für die Patient:innen erfolgt (15,16). Konkrete Handlungsanweisungen, Folgeempfehlungen, Nachsorgen oder die Thematisierung von Hindernissen bleiben jedoch häufig aus (15,16).

## **1.2 Strategien und Theorien für Interventionen mit dem Ziel einer Verhaltensänderung**

Wie im einführenden Zitat von Dr. Danzon im Kontext der WHO-Veröffentlichung deutlich wird, bildet das individuelle Gesundheitsverhalten einen bedeutsamen Faktor für die Entstehung der genannten Krankheitsbilder. Hier anzusetzen ist deshalb ein wichtiges Ziel von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Um Risiko- bzw. Gesundheitsverhalten von Menschen auf persönlicher Ebene zu verstehen und die relevanten Determinanten zu identifizieren, die ein entsprechendes Verhalten beeinflussen und zu einer Verhaltensänderung motivieren können, finden unterschiedliche Theorien und Modelle Anwendung. Diese tragen dazu bei zu verstehen, warum Menschen sich trotz häufig hinreichender Kenntnisse über gesundheitsschädliche Verhaltensweisen nicht gesundheitsförderlich verhalten und welche Faktoren eine Veränderung dieses Verhaltens zugunsten gesünderer Verhaltensweisen begünstigen könnten (17).

Zu diesen Modellen gehören beispielsweise das Transtheoretische Modell (TTM), das *Health Belief Modell* (HBM) oder der *Health Action Process Approach* (HAPA) (17). Im

Gegensatz zu anderen Theorien zu Einstellungs- und Verhaltensänderungen beleuchtet das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung vor allem die zeitliche Komponente einer angestrebten Veränderung. Das Modell unterscheidet dabei zwischen sechs Prozessstufen: Absichtslosigkeit (*precontemplation*), Absichtsbildung (*contemplation*), Vorbereitung (*preparation*), Umsetzung (*action*), Aufrechterhaltung (*maintenance*), und Stabilisierung (*termination*). Es stellt heraus, dass je nach Stufe unterschiedliche Strategien zur individuellen Förderung der Verhaltensänderung nötig sind und die getroffenen Maßnahmen entsprechend stufenspezifisch angepasst werden sollten (17).

Das HBM legt den Fokus auf die subjektiv wahrgenommene Krankheitsbedrohung und deren Vermeidbarkeit durch eigenes Verhalten. Furchtappelle wie Warnhinweise (z.B. auf Zigarettenpackungen) erhöhen demnach zwar das Bedrohungsgefühl, führen aber laut Studien nur dann zu Verhaltensänderungen, wenn Betroffene erwarten, sich wirksam gegen die Bedrohung schützen zu können (positive Selbstwirksamkeitserwartung) (17).

Der *Health Action Process Approach* (HAPA) differenziert nach Haupt- (Motivations- und Volitionsphase) und Subphasen (präaktionale, aktionale, postaktionale Phase) und betont ebenfalls die Bedeutung der Selbstwirksamkeit in allen Abschnitten. Neben der Selbstwirksamkeitserwartung werden erwartete Handlungskonsequenzen und die Risikowahrnehmung als wesentliche Größen betrachtet, die auf eine mögliche Absichtsbildung innerhalb der Motivationsphase einwirken. Mit Hilfe des HAPAs sollen phasenspezifische Interventionen ermöglicht werden, um unterschiedliche Personen mit variierenden Bedürfnissen adäquat und zielgerichtet zu unterstützen. Besonders hervorzuheben ist, dass in der Volitionsphase beispielsweise über die Erstellung von „Wenn-dann-Plänen“ gezielt die Umsetzung von Absichten in konkretes Verhalten gefördert werden soll (17).

Da die genannten Modelle theoretischer Natur sind und eher der Erklärung von Verhalten dienen, bedarf es darauf basierender, praxisnaher Strategien und Techniken für die konkrete Ableitung und Umsetzung von Schritten zur Verhaltensänderung (18,19).

Zu diesen Strategien mit dem Ziel eine Verhaltensänderung bei einer Person zu bewirken, zählen beispielsweise das *Motivational Interviewing* (MI), das sich in der Literatur als praktisches Kommunikationswerkzeug in den theoretischen Rahmen des TTM der Verhaltensänderung eingebettet finden lässt (19,20), das 5A-Modell und die ABC-Methode (21–23). Das 5A- und das ABC-Modell scheinen in der praktischen

Anwendung zeitliche Vorteile gegenüber dem MI zu haben (24). Beim 5A-Modell handelt es sich um einen strukturierten Kommunikationsansatz zur Förderung von Verhaltensänderungen, der sich in fünf Prozessschritte (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) gliedert, die durch jeweils unterschiedliche Vorgehensweisen und Intentionen gekennzeichnet sind. Eine detailliertere Beschreibung des 5A-Modells folgt unter Punkt 1.2.1. Das ABC-Modell ist noch kompakter und besteht lediglich aus den Schritten *ask, brief advice* und *cessation support* (25). Beide Modelle werden auch in den derzeit gültigen S3-Leitlinien zur kardiovaskulären Risikoprävention sowie Rauchen und Tabakabhängigkeit der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) bzw. der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) empfohlen (26,27).

Da im Kontext der therapeutischen Konsultation und in Bezug auf die Beeinflussung des Bewegungsverhaltens (insbesondere international) vor allem Evidenz für den Einsatz des sogenannten 5A-Modells vorliegt, dieses in der S3-Leitlinie zur kardiovaskulären Risikoprävention empfohlen wird und im Fall fehlender Änderungsbereitschaft bei Patient:innen in der Literatur teilweise eine Kombination mit dem 5R-Modell nahegelegt wird, wurde im Rahmen der vorliegenden Dissertation bei der Konzeption des Gesprächsleitfadens das 5A-Modell ausgewählt und adaptiert (28–31). Ergänzend dazu wurde den teilnehmenden HCPs auch das 5R-Modell zur optionalen Anwendung bereitgestellt.

Der resultierende Gesprächsleitfaden, adaptiert nach dem 5A-Modell, steht als Anhang 6.1 zur Verfügung.

### **1.2.1 Das adaptierte 5A-Modell**

Wie bereits skizziert, handelt es sich beim 5A-Modell um einen Gesprächsleitfaden, der fünf einzelne, kurze Schritte umfasst. Jedes der fünf namensgebenden „A“s bezeichnet einen dieser Schritte: *Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange*. Die Reihenfolge der einzelnen Prozessschritte variiert in der Literatur teilweise (22,27). In dieser Arbeit wurde sich für die zuvor genannte Abfolge entschieden. Das 5A-Modell soll helfen, eine kurze, prägnante und gleichzeitig ressourcenschonende Durchführung von Gesprächen mit dem Ziel einer Verhaltensänderung bei Patient:innen, zu ermöglichen (27).

So meint der erste Schritt „Ask“, dass sich die anwendende Person durch konkretes Nachfragen einen Eindruck über den aktuellen Zustand des zu verändernden

Verhaltens verschafft (Beispiel Bewegungsförderung: Sind Sie zurzeit regelmäßig körperlich aktiv? Beispiel Rauchentwöhnung: Wie lange hält eine Schachtel Zigaretten bei Ihnen?). Der zweite Punkt ist „Assess“. Hier soll die anwendende Person eruieren, inwiefern eine Bereitschaft zur Veränderung des aktuellen, nicht erwünschten Verhaltens besteht und wie gut die Patient:innen über ein adäquates Gesundheitsverhalten im betreffenden Kontext informiert sind (Beispiel Bewegungsförderung: Hätten Sie Interesse oder Lust, sich mehr zu bewegen? Beispiel Rauchentwöhnung: Was wissen Sie über die Auswirkungen von Rauchen auf die Gesundheit?). Anschließend folgt der Punkt „Advice“, der darauf abzielt, eine konkrete Empfehlung gegenüber den Patient:innen auszusprechen (Beispiel Bewegungsförderung: Ich empfehle Ihnen dringend, mehr körperliche Aktivität in Ihren Alltag einzubauen. Beispiel Rauchentwöhnung: Ich empfehle Ihnen dringend, das Rauchen aufzuhören.). Beim darauffolgenden Schritt „Assist“ geht es darum, Patient:innen konkrete Strategien zur Verhaltensmodifikation zu erläutern und konkrete Umsetzungsoptionen näherzubringen (Beispiel Bewegungsförderung: Um mehr Schritte zu gehen, würde sich die Teilnahme am Bewegungsprogramm „10.000 Schritte Düsseldorf“ anbieten, das aktuell in Düsseldorf stattfindet. Beispiel Rauchentwöhnung: Strategien, die anderen Patient:innen beim Rauchstopp geholfen haben, sind Medikamente und Selbsthilfegruppen. Möchten Sie mehr darüber erfahren?). Abschließend soll unter dem Punkt „Arrange“ ein Folgetermin geplant werden (Beispiel Bewegungsförderung / Rauchentwöhnung: Wir können uns in vier Wochen noch einmal zusammensetzen, um zu besprechen, wie Ihr Start in das Projekt funktioniert hat.) (21).

Dem Vorhaben entsprechend wurden die Fragen und Aussagen zu den jeweiligen Punkten, die sich in der Literatur vorrangig mit den Themen Rauchentwöhnung, Alkoholmissbrauch und Gewichtsreduktion befassen, auf das Thema Bewegungsförderung angepasst (21). Da die vorhandene Evidenz zum 5A-Modell sich bislang auf die oben genannten Themen konzentriert, bleibt an dieser Stelle unklar, wie geeignet und vor allem auch wie praktikabel das 5A-Modell bzw. ein Gesprächsleitfaden auf Basis des 5A-Modells für den Einsatz mit dem Ziel einer Steigerung von KA ist (21).

### **1.2.2 Das 5R-Modell als optionale Ergänzung des Leitfadens**

Die ergänzende 5R-Kurzintervention war im Gegensatz zu den Punkten des 5A-Modells kein obligater Bestandteil der Pilotierungsphase, sondern wurde den HCPs als

Handlungsoption zur Verfügung gestellt, wenn Patient:innen während der Anwendung des Punkts „Assess“ im Rahmen des 5A-Modells keine Veränderungsbereitschaft zeigten. Dies sollte dabei helfen, die Vor- und Nachteile zu bilanzieren und durch die Auseinandersetzung mit den Nachteilen des Ist-Zustands die Veränderungsbereitschaft zu erhöhen.

Im ersten Punkt „Relevanz“ (engl.: *relevance*) kann dabei auf die aktuelle Situation der Patient:innen eingegangen werden, um herauszustellen, aus welchen Gründen die Verhaltensänderung für sie jeweils wichtig wäre. Beispiel: „Bewegung hat einen maßgeblichen, positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit allgemein und auch Ihren Zuckerstoffwechsel. Die richtige Form und Dosierung von Bewegung kann Ihnen dabei helfen, Ihr persönliches Wohlbefinden zu steigern und Ihre Blutzuckerwerte zu verbessern“ (32). Unter dem Punkt „Risiken“ (engl.: *risks*) sollen negative Folgen der bisherigen Verhaltensmuster möglichst individuell herausgestellt werden. Beispiel: „Durch Ihre erhöhten Zuckerwerte und deren Folgen kann Ihr Körper in verschiedenen Systemen großen Schaden nehmen. So sind beispielsweise Herzinfarkte und Schlaganfälle mit Diabetes assoziiert (33). Bewegungsmangel ist dabei ein anerkannter Risikofaktor“ (34). Der dritte Prozessschritt „Reize“ (engl.: *rewards*) dient dazu, persönlich relevante, positive Folgen der Verhaltensänderung für und mit den Patient:innen zu eruieren oder diese zu betonen. Beispiel: „Welche positiven Veränderungen würden Sie bei mehr Bewegung für sich selbst erwarten bzw. sich erhoffen? Wenn wir es schaffen, Ihre Blutzuckerwerte zu verbessern, können wir vielleicht eine Eskalation der medikamentösen Therapie vermeiden.“ Um Hindernisse hinsichtlich der Verhaltensänderung abzubauen, können im vierten Schritt des Prozesses „Riegel“ oder „Hindernisse“ (engl.: *roadblocks*) Vorbehalte und Befürchtungen der Patient:innen besprochen werden. Beispiel: „Was hält Sie momentan noch davon ab, es einmal zu versuchen? Welche Bedenken haben Sie?“ Der fünfte Schritt „repeat“ stellt die Verknüpfung zum 5A-Modell her, indem er dazu auffordert, bei dessen Punkt „assess“ fortzufahren. (Abb. 1)



Abb. 1: **Übersicht über den Ablauf des 5A- und 5R-Modells** Die Darstellung zeigt die Abfolge der Prozessschritte des angepassten 5A-Modells sowie die Integration des 5R-Modells, adaptiert nach „Bewegungsförderung über die Arztpraxis: Handbuch für Hausärztinnen und Hausärzte (paprica.ch)“(35)

### 1.3 Ziele der Arbeit

Das primäre Ziel war zu untersuchen, wie geeignet und praktikabel der nach dem 5A-Modell adaptierte Gesprächsleitfaden aus Sicht von Angehörigen von Gesundheitsberufen im therapeutischen Alltag ist, um Bewegungsempfehlungen zu übermitteln.

Im Rahmen der Fokusgruppensitzungen, von denen jeweils eine vor und eine nach der Pilotierungsphase des Gesprächsleitfadens stattfand, sollte außerdem der aktuelle Umgang der HCPs bezüglich der Themen KA und Bewegungsempfehlungen erfasst werden. Hieraus ergeben sich die folgenden Unterfragestellungen, die im Rahmen der Dissertation adressiert und beantwortet werden sollen:

#### **Bestandsaufnahme existierender Beratung zu KA in den Einrichtungen:**

- Wurde das Thema KA bisher in Konsultationen angesprochen? Wenn ja, auf welche Weise? Wenn nicht, welche Gründe sprachen dagegen?
- Welche Materialien kamen bisher zum Einsatz? Auf welche Weise und mit welchem zeitlichen Aufwand wurden sie eingesetzt?

#### **Evaluation der Anwendung des Leitfadens in den Einrichtungen:**

- Ist aus Sicht der HCPs der Gesprächsleitfaden mit den entsprechenden Zusatzmaterialien ein praktikables *Tool*, um Patient:innen auf das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm sowie die dazugehörige *Homepage* aufmerksam zu machen und darüber zu einer Verhaltensänderung in Form von regelmäßiger KA bei Patientinnen und Patienten beizutragen?
- Wie verständlich ist der Gesprächsleitfaden für verschiedene Altersgruppen, Geschlechter und Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen? Wie wird er von Patientinnen und Patienten angenommen?
- In welchen zusätzlichen Formen sollte er bereitgestellt oder weiterentwickelt werden (Übersetzung, weitere Adaptationen)?
- Wie wahrscheinlich ist es, dass HCPs ihn in Zukunft einsetzen oder an Kolleginnen und Kollegen weiterempfehlen werden?

Dies soll zum einen zum Verständnis der aktuellen Situation hinsichtlich der Empfehlung von (Maßnahmen zur) Bewegungsförderung in Gesundheitseinrichtungen beitragen und zum anderen Erkenntnisse zur Anwendbarkeit eines systematischen, evidenzbasierten Gesprächsleitfadens auf Basis des 5A-Modells als Kurzintervention (engl.: *Brief Intervention*; BI) zur Bewegungsförderung in Gesundheitseinrichtungen liefern. Die tatsächliche, quantitative Akzeptanz und Umsetzung auf Seiten der Patient:innen ist nicht Bestandteil dieser Erhebung.

## **2 Material und Methoden**

### **2.1 Ethikvotum**

Für die Durchführung des gesamten Promotionsvorhabens liegt ein Ethikvotum (Studien-Nr.: 2022-2087) der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vor.

### **2.2 Studiendesign und Analyseansatz**

Das vorliegende Forschungsvorhaben wurde flankierend zur kontrollierten Interventionsstudie „10.000 Steps NRW“ (Förderkennzeichen: 01EL2005A) unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Claudia Pischke, Institut für Medizinische Soziologie, an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf durchgeführt. Für die Durchführung der Forschungsarbeiten im Rahmen der Dissertation standen keine Forschungsgelder zur Verfügung.

### 2.2.1 Qualitatives Studiendesign und Einordnung des Forschungsvorhabens

Nach Strauß und Corbin meint der Begriff „Qualitative Forschung“ jede Art der Forschung, die Ergebnisse hervorbringt, welche nicht durch statistische Verfahren oder andere Verfahren zur Quantifizierung ermittelt werden (36). Damit grenzt sich die qualitative Forschung von der quantitativen Sozialforschung ab, die auf numerischen Daten und einer naturwissenschaftlich-analytischen Orientierung basiert und beispielsweise auf eine präzise Definition und Messung von Merkmalen der sozialen Wirklichkeit, einschließlich deren Ausprägungen und Zusammenhängen abzielt (37).

Ziel des qualitativen Forschungsansatzes ist es, auf Basis einer „*verstehend-interpretativen Rekonstruktion sozialer Phänomene in ihrem jeweiligen Kontext*“ (vgl. Döring N, Bortz J.: Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, S. 63) neue Hypothesen und Theorien auf Basis des erhobenen Materials zu entwickeln (37,38). Hierfür werden in der Regel Text- oder Bildmaterialien, wie Transkripte von Interviews und Fokusgruppen (FG) oder Fotografien, systematisch interpretiert. Charakteristisch für diesen Ansatz ist es außerdem, die Analysen an einer begrenzten Anzahl von Fällen durchzuführen, möglichst flexibel an den Forschungsgegenstand heranzutreten und dadurch auch Raum für unerwartete Ergebnisse zu lassen (37).

Da für die Beantwortung der Forschungsfragen die subjektiven Wirklichkeiten und persönlichen Sichtweisen bzw. Erfahrungen der beteiligten HCPs besonders relevant sind, wurde sich im Rahmen dieses Forschungsvorhabens für eine qualitative Fokusgruppenstudie entschieden. Auch das Bewusstsein um einen schwierigen Rekrutierungsprozess sprach für diese Vorgehensweise.

Da vereinzelt teilnehmende HCPs aufgrund unvorhergesehener terminlicher Überschneidungen nicht an den Fokusgruppensitzungen teilnehmen konnten, wurden ihre Beiträge ersatzweise in Form schriftlicher Stellungnahmen oder semi-strukturierter Interviews erhoben.

### 2.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Im Rahmen der empirischen, qualitativen Sozialforschung stellt die qualitative Inhaltsanalyse eine Auswertungsstrategie zum Zweck der Analyse von Dokumenten dar, deren Schwerpunkt vielmehr auf Textverständnis und -interpretation liegt als auf der ausschließlichen Analyse des manifesten Textinhalts. Der Ausdruck „Qualitative Inhaltsanalyse“ wird dabei häufig direkt mit den von Mayring beschriebenen Methodiken gleichgesetzt (39). In der wissenschaftlichen Praxis existieren jedoch viele unterschiedliche Ansätze zur qualitativen Inhaltsanalyse, die nicht unmittelbar auf Mayrings Methoden zurückgreifen. Kuckartz nennt in diesem Zusammenhang die folgenden Kernpunkte, die eine qualitative Inhaltsanalyse unabhängig von den gewählten Methoden kennzeichnen (39):

- Die kategorienbasierte Vorgehensweise und die Zentralität der Kategorien für die Analyse
- Das systematische Vorgehen mit klar festgelegten Regeln für die einzelnen Schritte
- Die Klassifizierung und Kategorisierung der gesamten Daten und nicht nur eines Teils derselben
- Die von der Hermeneutik inspirierte Reflexion über die Daten und die interaktive Form ihrer Entstehung
- Die Anerkennung von Gütekriterien, das Anstreben der Übereinstimmung von Codierenden

Außerdem unterscheidet Kuckartz mit der „inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse“, der „evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse“ und der „typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse“ zwischen verschiedenen Varianten der qualitativen Inhaltsanalyse (39). Diese werden wie folgt näher erläutert:

Bei der „inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse“ handelt es sich um die am häufigsten angewandte Methode der genannten Varianten der qualitativen Inhaltsanalyse. Ein zentrales Merkmal dieser Methode ist die Entwicklung von Kategorien, die sowohl induktiv aus dem Datenmaterial abgeleitet als auch deduktiv vorgegeben werden können. Dabei wird laut Kuckartz häufig ein mehrstufiger Prozess verwendet, bei dem in einer ersten Phase anhand weniger Hauptkategorien, die sich oft aus dem Erhebungsinstrument ergeben, grob kodiert wird. Diese Kategorien werden in einem zweiten Schritt am Material weiterentwickelt und verfeinert. Nach einer erneuten Kodierung des gesamten Materials erfolgt die kategorienbasierte

Auswertung. Durch die Gegenüberstellung von einzelnen Gruppen können Tiefe und Aussagekraft der Analyse zunehmen (39).

Im Gegensatz zur inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, die auf die Identifikation, Systematisierung und Analyse von Themen abzielt, liegt der Fokus bei der „evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse“ auf der Klassifizierung und Bewertung von Inhalten durch die Forschenden. Dabei wird das Material beurteilt und in Kategorien eingeteilt, deren Ausprägungen in der Regel einen ordinalen Charakter aufweisen. Die „typenbildende qualitative Inhaltsanalyse“ nach Kuckartz zeichnet sich durch die Bildung und Analyse von Typen auf Grundlage des qualitativen Datenmaterials aus und wird als deutlich komplexer als die anderen Methoden beschrieben. Sie zielt darauf ab, charakteristische Muster und wiederkehrende Strukturen in den Daten zu identifizieren, auf deren Basis die Entwicklung von Typen möglich wird. Anschließend wird eine Zuordnung von Fällen, die sich durch entsprechend ähnliche Merkmale oder Verhaltensweisen auszeichnen, zu den vorab gebildeten Typen vorgenommen. In den meisten Fällen wird diese Form der Inhaltsanalyse ergänzend zu einer vorangegangenen inhaltlich strukturierenden oder evaluativen Inhaltsanalyse durchgeführt (39).

Da das vorliegende Forschungsvorhaben das Ziel verfolgt, ausgewählte inhaltliche Aspekte des Materials zu identifizieren und das Material anhand dieser Aspekte strukturiert aufzubereiten, wird im Rahmen dieser Dissertation auf die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz zurückgegriffen. Das genaue Vorgehen wird unter Punkt 2.6 weiter erläutert.

### **2.3 Entwicklung des Gesprächsleitfadens & Literaturrecherche**

Auf Basis einer nicht-systematischen Literaturrecherche, die aufzeigte, dass im ärztlichen und auch (physio-)therapeutischen Kontext besonders das 5A-Modell eine etablierte Methode für Kurzinterventionen zur Verhaltensänderung ist, wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt, der sich an diesem Modell orientiert (28,29,40).

Die Literaturrecherche wissenschaftlicher Publikationen erfolgte in den elektronischen Datenbanken PubMed, Scopus und der *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR).

Für die Erstellung des Gesprächsleitfadens wurde die Recherche auf internationale Publikationen ausgeweitet und ohne sprachliche Einschränkungen durchgeführt.

Berücksichtigt wurden Arbeiten zum Einsatz von *Behaviour Change Techniques* (BCTs) allgemein (z.B. aus weiteren gesundheitsbezogenen Themenbereichen wie der Raucherentwöhnung) und im speziellen bei einer angestrebten Veränderung der KA.

Gesucht wurde in den Datenbanken zunächst nach folgenden Begriffen: „*Behaviour Change Techniques*“, „*Behaviour Change Techniques General Practice*“, „*Behaviour Change Techniques Primary Care*“, „*Behaviour Change Techniques Brief Intervention*“, „*Brief Intervention General Practice*“, „*Brief Intervention Primary Care*“, „*Brief Intervention counseling*“, „*Counseling General practice*“, „*Counseling Primary Care*“, „*Physical Activity Primary Care*“, „*Physical Activity Promotion*“, „*Physical Activity Advice*“, „*Physical Activity General Practice*“, „*Encouraging Physical Activity*“, „*Physical Activity counseling*“, wobei sich zeigte, dass diese Suchbegriffe zu unspezifisch waren und jeweils mehrere bzw. einige tausend Ergebnisse lieferten. Um die Relevanz der Suchergebnisse zu erhöhen, wurden daraufhin gezielt spezifischere Suchanfragen formuliert: „*Brief Intervention General Practice Physical Activity*“, „*Encouraging Physical Activity General Practice*“, „*Brief Intervention Primary Care Physical Activity*“, „*Physical Activity counseling General Practice*“.

Bezüglich des 5A Modells wurde nach folgenden Begriffen gesucht: „5As“, „5As approach“, „5As counseling“, „5As Physical Activity“, „5As Primary Care“, „5As General Practice“.

Da sich die ABC-Methode (*ask, brief advice, cessation support*) sehr spezifisch auf die Raucherentwöhnung bezieht und entsprechend keine Evidenz für den Einsatz des Modells im Bereich anderer Themengebiete vorliegt, wurde eine Anwendung dieses Modells - zumindest unter dieser Bezeichnung - für eine angestrebte Verhaltensänderung in Bezug auf KA als nicht zielführend erachtet.

Das Screening umfasste primär die Titel der Arbeiten und sofern diese thematisch relevant erschienen, die jeweiligen Abstracts. Berücksichtigt wurden jeweils die ersten hundert Ergebnisse einer Suchanfrage. Bei weniger als hundert Suchergebnissen wurden sämtliche Resultate gescreent.

Da die Literaturrecherche zur Erstellung sowie die Entwicklung des Gesprächsleitfadens selbst bereits vor Beginn der Rekrutierung abgeschlossen und diese zunächst für den hausärztlichen Sektor (engl.: *General Practice / Primary Care*) angedacht waren, bezogen sich die Suchanfragen überwiegend auf dieses *Setting*.

Um das Promotionsvorhaben in den derzeitigen Forschungsstand einzuordnen und den Vergleich zu ähnlichen, bestehenden Arbeiten durchzuführen, wurde aus Gründen

der Vergleichbarkeit, Relevanz und Aktualität neben einer internationalen Suche auch eine Suche nach deutschsprachiger Literatur bzw. Literatur aus dem deutschsprachigen Raum durchgeführt. Für diese Suchanfragen wurde der Zeitraum auf die letzten zehn Jahre begrenzt. Hier wurde die Suche anhand folgender Begriffe durchgeführt: „*Physical Activity Primary Care*“, „*Physical Activity Promotion*“, „*Physical Activity Advice*“, „*Physical Activity General Practice*“, „*Physical Activity counseling*“, „*Physical Activity counseling General Practice*“, „*Encouraging Physical Activity*“, „*Brief Intervention Physical Activity*“, „5As“, „5As counseling“, „5As Physical Activity“, „5As Primary Care“, „5As General Practice“.

Darüber hinaus flossen auch Leitlinien, Veröffentlichungen und offizielle Empfehlungen von Regierungs- sowie *Public Health* Institutionen in die Arbeit ein. Die Identifizierung relevanter Leitlinien und Veröffentlichungen erfolgte sowohl über Suchmaschinen wie Google als auch durch den direkten Zugriff auf ausgewählte Regierungs- und NGO-Websites (Nichtregierungsorganisationen, engl.: *Non-governmental organization* z. B. BZgA (seit Februar 2025 BIÖG; Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit), WHO).

## **2.4 Sampling-Strategie und Rekrutierung**

Für die Rekrutierung wurde vorab eine *Sampling* Struktur festgelegt. Zunächst war vorgesehen, ausschließlich Hausärzt:innen aus den Zielstadtbezirken des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms als primäre Anlaufstellen für Patient:innen zu rekrutieren.

Als Einschlusskriterien wurden dementsprechend definiert:

- Volljährigkeit
- Niedergelassene/r oder angestellte/r Ärztin oder Arzt in der hausärztlichen Versorgung
- Ausübung der Tätigkeit in den Interventionsbezirken des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms (Gerresheim, Flingern Nord, Flingern Süd, Eller, Wersten, Friedrichstadt und Oberbilk)

Hierfür sollte das Praxisnetzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin der Uniklinik Düsseldorf mit seinen akademischen Lehrpraxen herangezogen werden. Nach schriftlicher Anfrage an Prof. Dr. Stefan Wilm, Direktor des Instituts, stellte sich heraus, dass die Lehrpraxen bereits in eine andere Studie zum Thema Bewegungsförderung eingebunden waren und aus diesem Grund nicht für dieses Promotionsprojekt zur

Verfügung standen. Somit waren sämtliche Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin von der Rekrutierung grundsätzlich ausgeschlossen. Für die Rekrutierung wurde daher alternativ eine Übersicht über 30 in den Zielstadtbezirken der Interventionsgruppe des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms ansässige Hausärzt:innen erstellt, die nicht Teil des Lehrpraxen-Netzwerks des Instituts für Allgemeinmedizin waren. Die Recherche erfolgte im ersten Schritt über Suchmaschinen (Google). Die ermittelten Praxen wurden zunächst telefonisch und im Falle von 13 Praxen auf Wunsch zusätzlich über ein zu diesem Zweck angelegtes Anschreiben sowie ein Informations- und Aufklärungsschreiben zur Studie (Anhänge 6.2 und 6.3) per E-Mail kontaktiert und für die Teilnahme am Projekt angefragt.

Aufgrund mangelnder Rückmeldungen und damit ausbleibender Rekrutierungserfolge erfolgten diverse Anpassungen der *Sampling*-Strategie. Zunächst durch eine räumliche Erweiterung des Rekrutierungsgebiets auf die Städte Düsseldorf, Solingen, Hilden, Langenfeld, Monheim, Meerbusch und Neuss sowie anschließend durch die Ergänzung der berücksichtigten Berufsgruppen um Angehörige von weiteren Gesundheitsberufen (idealerweise mit Themenbezug zu KA, d.h. vor allem Ärzt:innen entsprechender Fachrichtungen oder mit entsprechenden Zusatzqualifikationen sowie Physiotherapeut:innen, Psychotherapeut:innen oder Sporttherapeut:innen).

Praxen und HCPs, die Interesse an einer Teilnahme hatten, bzw. sich für eine Teilnahme aussprachen, erhielten zusätzlich zum Anschreiben sowie dem Aufklärungs- und Informationsschreiben weitere für die Teilnahme erforderliche Materialien. Dazu gehörten der entwickelte Gesprächsleitfaden auf Basis des 5A-Modells, eine Aufklärung über das Forschungsvorhaben mit Einwilligungsmöglichkeit zur Teilnahme an der Studie für Patient:innen (welche aufgrund der Einbindung von Patient:innen innerhalb der Pilotierung erforderlich war, auch, wenn darüber hinaus keine Patient:innendaten erhoben, verarbeitet oder gespeichert wurden) sowie digitale Formate des Ausgabematerials zum „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm, das unter dem Punkt „Assist“ im Rahmen der Anwendung des Gesprächsleitfadens ausgegeben werden konnte.

Neben einzelnen Einrichtungen und HCPs wurden auch drei Berufsverbände bzw. -netzwerke mit der Bitte um Weiterleitung der Rekrutierungsanfrage kontaktiert. (Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen Nordrhein (BdSN), Urologie Netzwerk Düsseldorf (UND) mit 16 Praxen und ein Klinik- und MVZ-Netzwerk in privater Trägerschaft). Darüber hinaus erfolgte ein *Newsletterbeitrag* über einen E-

Mail-Verteiler der Ärztesfinanz. Es ist außerdem zu erwähnen, dass für die Rekrutierung persönliche Kontakte und Verbindungen (z.B. aus dem medizinischen Ausbildungsweg des Promovierenden) sowie Schneeballeffekte genutzt wurden, sodass es sich bei den final teilnehmenden HCPs teilweise um ein *Convenience-Sample* handelt.

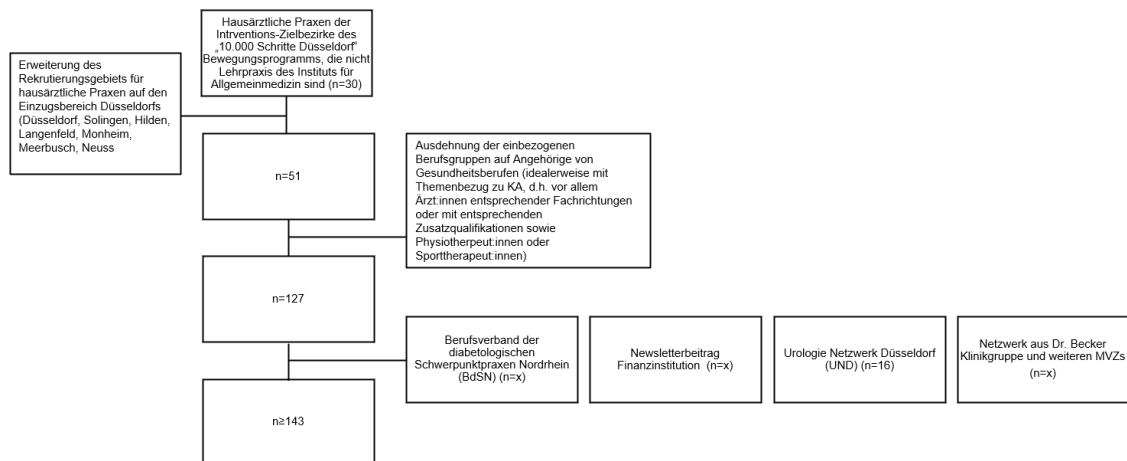


Abb. 2: **Anzahl (n) kontaktierter Einrichtungen im Rahmen der Rekrutierung** Die Abbildung zeigt in chronologischer Abfolge den Verlauf der Rekrutierung mit den erreichten Einrichtungen. Eine Einrichtung meint in diesem Zusammenhang eine Praxis oder Klinik. Das „x“ steht für eine unbekannte Anzahl erreichter Einrichtungen.

Von den erfolgten Kontaktaufnahmen entfielen 54 auf Praxen der internistisch- / hausärztlichen und privatärztlichen Versorgung, 18 auf physiotherapeutische Einrichtungen und 51 auf orthopädische Einrichtungen. Eine Kontaktaufnahme erfolgte mit einer Schmerzambulanz, zwei mit psychiatrisch- / neurologischen Einrichtungen. Außerdem wurden 16 Praxen anderer Fachrichtungen sowie eine sporttherapeutische Einrichtung kontaktiert. Insgesamt wurden so mindestens 143 einzelne Einrichtungen direkt angesprochen. Durch die Verwendung der Verteiler der Berufsverbände bzw. -netzwerke und die *Newsletterplatzierung* ergab sich zusätzlich eine u.a. auch aus Datenschutzgründen nicht exakt zu bemessende Anzahl weiterer erreichter Einrichtungen. Aus diesen insgesamt (mind.) 143 erfolgten Kontaktpunkten resultierten insgesamt 29 Rückmeldungen, von denen 23 durch persönliche Kontakte und / oder Schneeballeffekte zustande gekommen waren.

Die 29 Rückmeldungen führten zu 14 bzw. 13 (ein Beitrag konnte nicht berücksichtigt werden) finalen Studienteilnehmenden, von denen sechs Personen dem Untersuchenden vor Beginn des Forschungsvorhaben bereits persönlich bekannt

waren. Die finalen Studienteilnehmenden setzten sich ärztlicherseits aus drei internistisch- / hausärztlichen Studienteilnehmenden, einem orthopädisch-unfallchirurgischen Arzt, einer neurologisch-psychiatrischen Ärztin und einem urologischen Studienteilnehmenden mit den Zusatzqualifikationen Reha- und Sozialmedizin sowie einer praktischen Ärztin in privatärztlicher Praxis zusammen. Daneben beinhaltete das *Sample* sechs physiotherapeutische Studienteilnehmende sowie einen sporttherapeutischen Teilnehmer.

Drei Studienteilnehmende konnten aus Zeitgründen nicht an den Fokusgruppen teilnehmen. Mit zwei dieser Studienteilnehmenden wurden analog zu den Fokusgruppen separate Interviews jeweils vor und nach der Pilotierung des Gesprächsleitfadens durchgeführt. Die Teilnehmerin in privatärztlicher Tätigkeit reichte als Beitrag eine übergreifende schriftliche Zusammenfassung in Form einer ausführlichen E-Mail ein. Da dieses Vorgehen nicht dem geplanten Prozedere der separaten Vorab- und retrospektiven Betrachtung entsprach, wurde der Beitrag nicht in der Auswertung berücksichtigt.

Eine Aufwandsentschädigung für die teilnehmenden HCPs wurde nicht angeboten.

## **2.5 Organisation und Durchführung der Fokusgruppen**

Ziel war es, den Gesprächsleitfaden in den Praxen und Kliniken zunächst zu pilotieren und seine Anwendung anschließend durch die Studienteilnehmenden in Fokusgruppensequenzen (Fokusgruppen „A“ und „B“ mit je 5-10 Teilnehmenden und je zwei Durchgängen, sowohl vor als auch nach der Pilotierungsphase) bewerten zu lassen. Es wurden Fokusgruppenleitfäden mit spezifischen Fragen für die Sitzungen vor und nach der Pilotierung entwickelt (Anhang 6.5). Diese wurden jeweils wenige Tage vor dem Termin der Sitzung an die Studienteilnehmenden geschickt. Nach der Durchführung der ersten Sitzung waren die teilnehmenden HCPs aufgefordert, mit der Pilotierung des zur Verfügung gestellten Gesprächsleitfadens und den dazugehörigen Materialien zu beginnen. Hierfür standen den Studienteilnehmenden vier Wochen zur Verfügung, wobei Ferien-, Urlaubszeiten und geplante Abwesenheiten gesondert berücksichtigt und der Zeitraum entsprechend angepasst und verlängert werden konnte.

Vorgegebene Einschlusskriterien für die Patient:innen, die von den HCPs für die Beratung anhand des Gesprächsleitfadens ausgewählt werden sollten, waren

Volljährigkeit und körperliche Mobilität im Sinne der physischen Fähigkeit, gehen und damit Schritte sammeln zu können. Außerdem wurde den HCPs nahegelegt, Patient:innen auszuwählen, die von einer solchen Beratung mutmaßlich profitieren könnten. Zur Orientierung waren hier die Empfehlungen der WHO für KA vorgegeben, sodass insbesondere Patient:innen ausgewählt werden sollten, deren aktuelles Aktivitätsniveau unter 150 bis 300 Minuten an moderater bzw. 75 bis 150 Minuten an intensiver körperlicher Aktivität pro Woche lag (12).

Um den Gesprächsleitfaden mit den ausgewählten Patient:innen testen zu können, erhielten auch die Patient:innen einen Aufklärungsbogen sowie eine zu unterzeichnende Einverständniserklärung. Von Patient:innen wurden jedoch darüber hinaus keine Daten oder Informationen erhoben oder ausgewertet. Nach Abschluss der Pilotierungsphase erfolgte die Durchführung der zweiten Fokusgruppe zur retrospektiven Einschätzung der Anwendung des Gesprächsleitfadens (Abb. 3).



Abb. 3: **Ablaufschema des Forschungsprojekts für HCPs** Darstellung der zeitlichen Abfolge von Fokusgruppen und Pilotierung des Gesprächsleitfadens

Die Durchführung der Fokusgruppen unter der Moderation von Frau Prof. Dr. Claudia Pischke (Erstbetreuerin) und Herrn Julius Vogel (Doktorand) erfolgte digital (Zeitdauer: ca. eine Stunde) über das Programm *Cisco WebEx* und es wurden sowohl Ton- als auch Videoaufzeichnungen dieser Sitzungen durchgeführt, die anschließend anonymisiert transkribiert wurden. Die Transkripte der Fokusgruppen sind auf dem passwortgeschützten *Server* des Instituts für Medizinische Soziologie gespeichert und wurden nach Abschluss der letzten Fokusgruppensitzungen mit MAXQDA in Form einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz ausgewertet (39).

Gruppe A: Nachdem fünf Studienteilnehmende rekrutiert waren, wurde der erste Termin der ersten Fokusgruppe (A) geplant. Die Terminabstimmung erfolgte informell über verschiedene Kommunikationsmedien. Parallel wurde die Rekrutierung für Teilnehmende der zweiten Fokusgruppe (B) fortgesetzt. Aufgrund einer persönlichen Verhinderung nahmen an der ersten Sitzung der ersten Gruppe nur vier statt der geplanten fünf HCPs teil. Diese setzten sich aus zwei Physiotherapeutinnen sowie zwei Ärztinnen (neurologisch-psychiatrisch und internistisch mit diabetologischem Schwerpunkt) zusammen. Am Ende der Sitzung wurde im Konsens aller Teilnehmenden der Termin für die zweite Sitzung festgelegt. Um die Kontinuität bei der Vorab- und retrospektiven Betrachtung sowie der Zusammensetzung der Fokusgruppe zu gewährleisten, wurde auch die zweite Sitzung der Gruppe A mit den vier Studienteilnehmenden der ersten Sitzung durchgeführt.

Gruppe B: Nach Abschluss der Rekrutierung für die zweite Gruppe (B) erfolgte ebenfalls auf informellem Weg die Abstimmung zur Terminfindung für die erste Sitzung. Insgesamt nahmen an der ersten Sitzung der Gruppe B sieben HCPs teil. Von ärztlicher Seite waren eine Fachärztin (FÄ) für Innere Medizin (hausärztliche Versorgung), ein Arzt in Weiterbildung aus der Orthopädie und Unfallchirurgie und ein Facharzt (FA) für Urologie mit den Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und Rehabilitationsmedizin vertreten. Weitere Teilnehmende waren drei Physiotherapeuten und ein Sporttherapeut. Auch in dieser Gruppe konnte am Ende der ersten Sitzung in Übereinstimmung ein Termin für die Durchführung der zweiten Sitzung gefunden werden.

An dieser zweiten Sitzung von Gruppe B konnten sowohl der Facharzt für Urologie als auch der Sporttherapeut kurzfristig aus persönlichen Gründen nicht teilnehmen, weshalb die Inhalte der zweiten Fokusgruppensitzung in diesen Fällen alternativ anhand des entsprechenden FG-Leitfadens entweder in Form eines semi-strukturierten Interviews (FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin) oder als Textbeitrag (Sporttherapeut) bearbeitet wurden.

## **2.6 Inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse des vorliegenden Materials (nach Kuckartz)**

Die Durchführung der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse des erhobenen Materials erfolgte mit Hilfe der Software „MAXQDA“ zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse. Diese orientierte sich am Ablaufschema aus

„Qualitative Inhaltsanalyse Methoden, Praxis, Computerunterstützung (3. Auflage)“ von Udo Kuckartz (Abb. 3) (39).

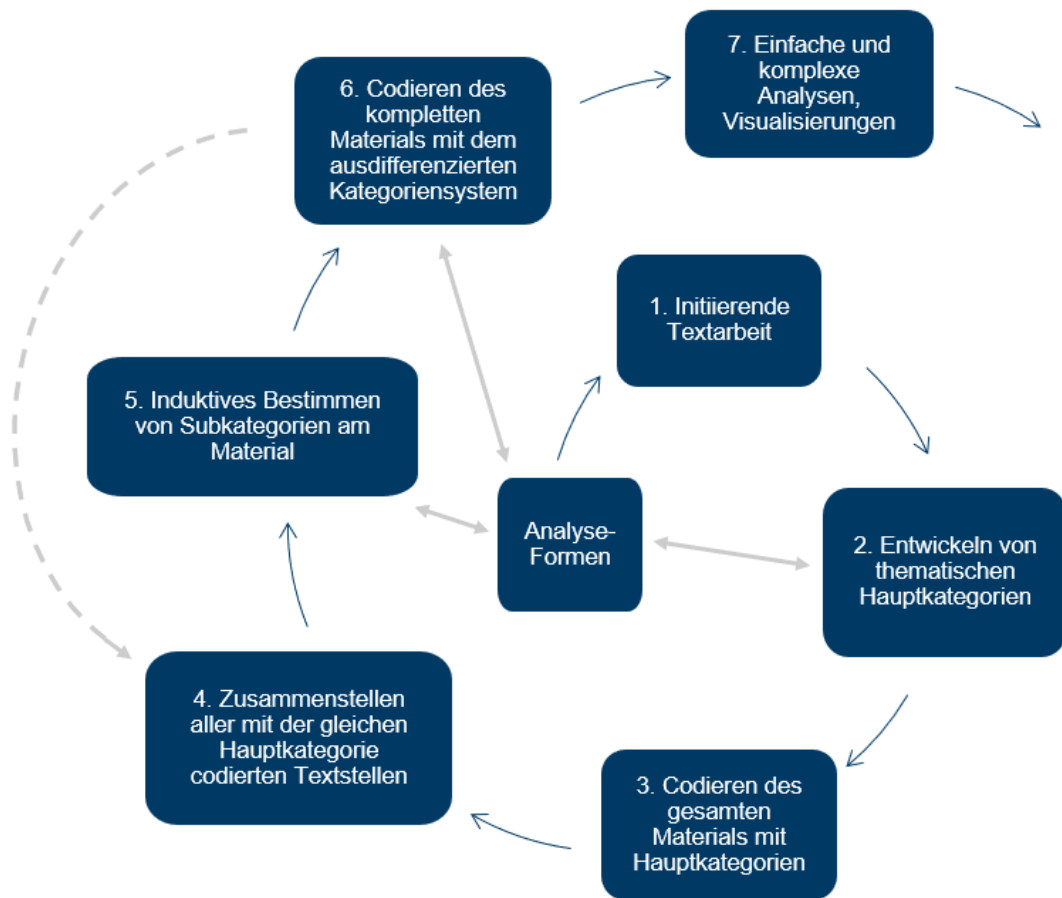


Abb. 4: **Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse modifiziert nach Kuckartz (39)** Die Darstellung zeigt schematisch den Ablauf der Inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, wie sie in „Qualitative Inhaltsanalyse Methoden, Praxis, Computerunterstützung (3. Auflage) dargestellt wird.

Hierzu erfolgte zunächst eine initiierende Textarbeit mit Erstellung von Memos auf Basis der formulierten Forschungsfragen.

Ausgehend von den Fokusgruppenleitfäden wurden (deduktiv) *A-priori*-Kategorien gebildet und für diese Kategorien entsprechende Kategoriendefinitionen in tabellarischer Form erstellt (Tabelle 1).

| Name der Kategorie                          | Haltung zur Empfehlung bzw. Verordnung von körperlicher Aktivität   |
|---|---|
| Inhaltliche Beschreibung                    | Wie ist die Meinung der / des HCPs zur Verordnung oder Empfehlung von Körperlicher Aktivität? Wie können HCPs seiner / ihrer Meinung nach zur Verordnung von körperlicher Aktivität beitragen?  |
| Anwendung der Kategorie                     | Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...<br><br>... Ihre Haltung und Einstellung zur professionellen Verordnung und Empfehlung von körperlicher Aktivität.<br><br>... Ihre Meinung zu den Möglichkeiten der professionellen Verordnung von körperlicher Aktivität.   |
| Beispiele für Anwendungen                   | „Man kann natürlich die speziellen Zielgruppen, Diabetiker, KHK, etc., Adipöse, Patienten mit arterieller Hypertonie, ich will jetzt nicht alle aufzählen, zum Beispiel im Rahmen der DMPs gezielt ansprechen. [...] Ansonsten ist es natürlich zeitlich schwierig unterzubringen, ne?!“<br><br>„[...] Also bei uns ist das ein bisschen auch fester Bestandteil der Behandlung, [...]“ |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) | Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn die Aussagen der HCPs den aktuellen Ist-Zustand der Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität in den Praxen beschreiben und keine Meinung oder grundlegende Einstellung darstellen.  |

Tabelle 1: **Tabellarische Kategoriendefinition** Beispielhafte Darstellung einer tabellarischen Kategoriendefinition anhand der *A-priori*-Hauptkategorie „Haltung zur Empfehlung bzw. Verordnung von körperlicher Aktivität“ für die erste Fokusgruppensitzung

Mit diesen Kategorien wurde das gesamte Material erstmalig codiert.

Da die initial deduktiv gebildeten Hauptkategorien von den Fokusgruppenleitfäden abgeleitet wurden, ergaben sich jeweils unterschiedliche Hauptkategorien für die ersten und zweiten Sitzungen der Fokusgruppen. Diese sahen wie folgt aus:

#### Fokusgruppensitzung I

- Haltung zur Empfehlung bzw. Verordnung von körperlicher Aktivität

- Derzeitige Situation hinsichtlich der Empfehlung und Verordnung von körperlicher Aktivität in den Einrichtungen
- Einschätzungen zur Nutzung und Praktikabilität des Gesprächsleitfadens

#### Fokusgruppensitzung II

- (Retrospektive) Beurteilung der Erfahrung des Einsatzes des Gesprächsleitfadens
- Adaptationen für die zukünftige Anwendung
- Ausblick / Weiterempfehlung der Anwendung

Parallel zum Kodieren erfolgte über die induktive Bildung von Subkategorien und Ergänzungen neuer Hauptkategorien am Material eine fortlaufende Anpassung und Ausdifferenzierung des gebildeten Kategoriensystems. Als zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahme wurde der abschließend formulierte Ergebnisteil den Studienteilnehmenden zur Durchsicht übermittelt. Zudem wurde ein weiterer digitaler *Zoom*-Termin zur Besprechung etwaiger Änderungsvorschläge angeboten. Eine ausbleibende Rückmeldung der Studienteilnehmenden wurde als Zustimmung zu den dargelegten Ergebnissen gewertet. Änderungsvorschläge oder Wünsche seitens der Studienteilnehmenden wurden nicht geäußert. Die folgende Darstellung zeigt tabellarisch das endgültige Kategoriensystem mit deduktiv und induktiv gebildeten Haupt- und Subkategorien, anhand dessen das gesamte Material in einem zweiten Kodierungsdurchgang erneut in MAXQDA kodiert wurde.

| Hauptkategorien der ersten Sitzung (1)   | Subkategorien  | Subkategorien 2. Ebene   |
|--|--|--|
| 1. Haltung zur Empfehlung bzw. Verordnung von körperlicher Aktivität *   |  |  |
| 2. Derzeitige Situation hinsichtlich der Empfehlung und Verordnung von körperlicher Aktivität in den Einrichtungen * | 2.1. Hürden und Schwierigkeiten bei der bisherigen Verordnung und Empfehlung von körperlicher Aktivität<br><br>2.2. Gründe, die bisher für oder gegen die Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität gesprochen haben | 2.1.1. Berufsgruppen- / fachspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität (unabhängig vom Leitfaden) |
| 3. Einschätzungen zur Nutzung und Praktikabilität des Leitfadens *   |  |  |
| 4. Patient:innen   | 4.1. Versorgungssituation der Patient:innen im Hinblick auf KA derzeit (Bestehende Angebote für körperliche Aktivität)   |  |

| Hauptkategorien der zweiten Sitzung (2)                                       | Subkategorien  | Subkategorien 2. Ebene   |
|---|--|--|
| 1. Retrospektive Beurteilung der Erfahrungen mit der Nutzung des Leitfadens * | 1.1. Limitationen des Leitfadens und seiner Anwendung<br>1.2. Schwierigkeiten oder Hürden bei der Anwendung des Leitfadens | 1.2.1. Berufsgruppen- / fachspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität (unabhängig vom Leitfaden) |
| 2. Patient:innen  | 2.1. Reaktionen und erwartete Akzeptanz  |  |
| 3. Mögliche Adaptationen für die zukünftige Anwendung *                       |  |  |
| 4. Ausblick und Weiterempfehlung der Anwendung *                              | 4.1. Weitere Ideen zur Förderung von Bewegungsempfehlungen durch HCPs  |  |

| Hauptkategorien, sitzungsübergreifend | Subkategorien   | Subkategorien 2. Ebene |
|---------------------------------------|---|------------------------|
| Nebenpfade und Abzweigungen           | a. Rückmeldungen zum Ablauf des Forschungsvorhabens<br>b. Erhebung des Aktivitätsniveaus bei Patient:innen<br>c. Einstiegsszenarien für die Thematisierung von KA<br>d. Auswirkungen der Sars-CoV-2-Pandemie auf Arbeitsbedingungen und deren Folgen<br>e. Eigene Erfahrungswerte der Therapeut:innen |                        |
| Organisation & Moderation             |   |                        |

Tabelle 2: **Ebenen des Kategoriensystems** Die Tabelle zeigt das Kategoriensystem für die jeweiligen Fokusgruppensitzungen (oben Sitzung 1, unten Sitzung 2). *A-priori*-Kategorien, die vorab anhand der Fokusgruppenleitfäden gebildet wurden, sind mit einem (\*) gekennzeichnet.

Auch für die neuen, induktiv gebildeten Haupt- und Subkategorien wurden Kategoriendefinitionen erstellt. Die Zusammenfassung aller Kategoriendefinitionen ist in einem separat angelegten Kategorienhandbuch festgehalten (Anhang 6.10). Auf eine probeweise Kodierung von etwa 25% des gesamten Materials vorab, die in der Literatur nach Adaptation des Kategoriensystems empfohlen wird (39), wurde aufgrund des geringen Umfangs an Datenmaterial verzichtet.

### **3 Ergebnisse**

Die Ergebnisse werden auf Basis der kategorienbasierten Auswertung entlang der Hauptkategorien dargestellt. Subkategorien werden im jeweiligen Abschnitt der Hauptkategorien inkludiert und durch Kursivdruck sowie doppelte Anführungszeichen, z.B. „xyz“, gekennzeichnet. Sub-Subkategorien bzw. Subkategorien der zweiten Ebene, werden durch Kursivdruck und einfache Anführungszeichen, z.B. ‚xyz‘ kenntlich gemacht. Die inhaltliche Struktur folgt dabei der Reihenfolge der Themen der einzelnen Fokusgruppensitzungen: zunächst werden die Inhalte zu den Hauptkategorien der Fokusgruppensitzung 1 dargestellt, anschließend die der zweiten Sitzung. Die Angaben zu den jeweiligen Kategorien schließen Beiträge aus allen berücksichtigten Ursprungsdokumenten (Transkripte der Fokusgruppensitzungen, Interviews und schriftliche Beiträge) ein. Zu Beginn des Diskussionsteils findet sich eine abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse im Hinblick auf die unter Punkt 1.3 formulierten Forschungsfragen.

#### **3.1 Kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien**

##### **Fokusgruppensitzung I**

###### **1) Haltung zur Empfehlung bzw. Verordnung von körperlicher Aktivität**

Bei allen teilnehmenden Vertreter:innen der verschiedenen Berufsgruppen herrscht Einigkeit über die Relevanz des Themas Bewegung im Allgemeinen und über die hohe Bedeutung von Bewegungsförderung (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 15, 18, 33; Gr. B, Sitzung 1, Pos. 26, 30, 68; Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 7). In der Psychiatrie wird Bewegungsempfehlungen aufgrund des Leitsymptoms der Antriebslosigkeit bei depressiven Erkrankungen sowie unter psychotroper Medikation eine wichtige Rolle zugesprochen (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 29).

Aus hausärztlicher Sicht sollten Ärzt:innen KA möglichst häufig empfehlen (vgl. Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos. 5). Hier scheinen besonders Konsultationen im Rahmen von *Disease-Management-Programmen* (DMP) für die Empfehlung von KA als geeignet bewertet zu werden. Als Begründung dafür wird sowohl angegeben, dass das Thema KA auch in den strukturierten DMP-Fragebögen thematisiert wird, als auch, dass im Rahmen der DMPs bedeutende Zielgruppen wie Patient:innen mit Diabetes mellitus oder koronarer Herzkrankheit (KHK) gut erreicht werden können und das

Thema auch zeitlich dort besser integriert werden kann (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 60; Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos. 5-7).

*„Man kann natürlich die speziellen Zielgruppen, Diabetiker, KHK, etc., Adipöse, Patienten mit arterieller Hypertonie, ich will jetzt nicht alle aufzählen, zum Beispiel im Rahmen der DMPs gezielt ansprechen. [...] Ansonsten ist es natürlich zeitlich schwierig unterzubringen, ne?!“* (Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos. 5-7)

Besonders gut können HCPs aus Sicht einiger Studienteilnehmenden zur Empfehlung von KA beitragen, wenn sie sich Zeit nehmen, grundsätzlich für ein adäquates Gesundheitsverhalten zu sensibilisieren und darüber hinaus eine ausführliche (Krankheits-) Edukation mit Bezug zur individuellen Sinnhaftigkeit durchführen, die ggf. pathophysiologische Erklärungsmodelle oder bestimmte Übungsanleitungen (z.B. Krankengymnastik am Gerät) beinhalten kann. Außerdem sollten die ausgesprochenen Empfehlungen einen möglichst konkreten und umsetzungsnahen Charakter haben, der beispielsweise über Angaben zu Häufigkeiten, Zeitrahmen, Umfang, eventuellen Besonderheiten, wie Muskelkater zu Beginn, Anpassungserscheinungen des Körpers, etc. erreicht werden kann (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 62, 68, 120, 121).

In Bezug auf das Gesundheitsverhalten werden anhand biologisch-evolutiver Vergleiche insbesondere mögliche (Gegen-) Maßnahmen und Kompensationsstrategien für die (negativen) Einflüsse der Gegebenheiten des heutigen, modernen Lebens hervorgehoben (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 72).

*„Also es stellt sich die Frage, was braucht denn ein Homo sapiens, um gesund zu sein oder gesund zu bleiben? Und sowas wie 10.000 Schritte WHO-Empfehlung, Treppen nehmen statt Aufzug, ich sag immer gerne alles fangen, alles jagen, alles pflücken, alles ausbuddeln, das ist die Grundvoraussetzung dafür, dass es mir eigentlich mal gut gehen könnte. Wenn die nicht erfüllt wird, dann brauchen wir über spezifische Sachen, so sag ich das auch immer gerne, fast gar nicht reden [...] Wenn ich den ganzen Tag im Office sitze und dann vom Office auf die Couch gehe, dann bringt mir jetzt ´ne spezielle Übung auf der Faszienrolle auch nicht unbedingt bestimmt was, weil es eben dann natürlich ja, es liegt in der Natur der Sache, dass 650 Muskeln bewegt werden müssen.“* (Gr. B, Sitzung 1, Pos. 72)

Neben den Angaben zum Gesundheitsverhalten und dem Schaffen eines Bewusstseins für einen aktiven Lebensstil wird auch die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und Förderung der Eigenverantwortlichkeit als wichtig

erachtet. Dies wird mit dem großen Einfluss des eigenen Verhaltens und Lebensstils auf Krankheitsverläufe begründet (Gr. B, Sitzung 1, Pos. 72).

*„Die Erkrankung, die da ist, selbst bis hin zu einer Krebserkrankung, dass das eben nicht etwas ist, was ich annehmen muss und was im Außen gesteuert wird, sondern, dass ich natürlich mit dem, wie ich mich verhalte, einen sehr großen Einfluss darauf habe. [...] muss natürlich trotzdem, trotzdem dem Patienten und der Patientin erst einmal sehr nahegelegt werden, dass das ein Baustein ist.“* (Gr. B, Sitzung 1, Pos. 72)

Als Vorteil einer physiotherapeutischen Betreuung wird betont, dass diese aufgrund in der Regel mehrmalig stattfindender Sitzungen eine kleinschrittige(re) Begleitung der Bewegungsförderung ermöglicht (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 46). Im Bereich der Physiotherapie wird zudem angegeben, dass Patient:innen häufig Eigeninitiative hinsichtlich KA zeigen und das Thema proaktiv in Konsultationen ansprechen, sodass Bewegungsempfehlungen in den entstehenden Dialog eingebunden werden können (vgl. Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 11-12).

Es wird berichtet, dass für die Übermittlung von Empfehlungen, die auf Patient:inneninitiative und eine Verhaltensänderung abzielen, Situationen, in denen Patient:innen aktiv danach fragen oder für Beratung empfänglich sind, von Behandler:innen genutzt werden. Solche Situationen können beispielsweise die Diagnosestellung bzw. die Zeit nach der Diagnosestellung einer schwerwiegenden, chronischen (onkologischen) Erkrankung oder Aufklärungsgespräche im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung sein (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 58).

*„Ja, der Zugang, also ich finde den Zugang meistens bei Patienten, die eben alle eine Planänderung in ihrem Leben haben, mit anderen Worten eine onkologische Diagnose und das ist einmal vor der Therapie, wenn man also die Diagnose bespricht, [...]“* (Gr. B, Sitzung 1, Pos. 58)

## **2) Derzeitige Situation hinsichtlich der Empfehlung und Verordnung von körperlicher Aktivität in den Einrichtungen**

Die Thematisierung von KA allgemein und körperlicher Alltagsaktivität gehört in einigen Einrichtungen der Studienteilnehmenden aus unterschiedlichen Fachrichtungen zur alltäglichen Routine. So wird sowohl von den Ärzt:innen aus der Diabetologie, Orthopädie / Unfallchirurgie und Psychiatrie als auch von physiotherapeutischer Warte aus berichtet, dass über das Thema gesprochen wird, wenn es beispielsweise

indikationsbezogen passt und in vielen Fällen auch Bewegungsempfehlungen regelmäßig ausgesprochen werden (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos 27, 29, 50; vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 96; Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 14-18).

*„Also bei uns ist es auch so, dass es quasi bei psychiatrischen Patienten auch ein ganz großer Bestandteil ist, nicht immer unbedingt so in der Erstkonsultation aber so im Verlauf [...] das nicht so sehr auf der quantitativen Ebene abfrage, so im Sinne von: „Wieviel Schritte machen Sie denn?“, aber schon qualitativ da immer frage und zu ermutige.“ (Gruppe A, Sitzung 1, Pos. 29)*

Von diabetologischer Seite wurde darüber hinaus die bedeutende Rolle der Quantifizierung von KA hervorgehoben, da der Umfang an absolvierter KA maßgeblich das biologisch-metabolische *Outcome* der Patient:innen beeinflusse. Aus diesem Grund wird KA umfangreich über spezielle Masken in Anamnesebögen zu Beginn der Behandlung und auch quartalsweise im Verlauf festgehalten (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 27).

*„Also wir fragen das jedes Mal, das ist ein fester Bestandteil unserer Anamnese. Wir haben Anamnesemasken und wir unterscheiden Bewegung in drei Gruppen: keine, mittel oder ausreichend. Es wird auch abgefragt, was die Patienten machen. Also beim ersten Termin wird ganz genau abgefragt, was sie machen und bei Quartalsterminen oder Halbjahresterminen fragen wir das noch mal ab. Also quantifizieren können wir das. Das funktioniert ganz gut, [...]“ (Gruppe A, Sitzung 1, Pos. 27)*

Auch im hausärztlichen Setting wird KA regelmäßig thematisiert und empfohlen, vorrangig gegenüber Risikopatient:innen, z.B. im Rahmen der DMP-Konsultationen (vgl. Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos 12-17) und im Kontext von Rückfragen durch Patient:innen nach Massagen oder Physiotherapie (vgl. Gr.B, Sitzung 1, Pos. 107). Die Empfehlungen erfolgen am ehesten im Sinne einer allgemeingehaltene Befürwortung von KA und nicht spezifisch (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 94, 96, 107; Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos 21).

*„Einfach gesagt: „Sie müssen mal mehr Sport machen!“ Oder: „Betätigen Sie sich sportlich!“ (Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos 21)*

In den Einrichtungen der teilnehmenden Physiotherapeut:innen werden Bewegung und Alltagsaktivität nahezu immer thematisiert (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos 50; Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 25-26). Empfehlungen zur selbstständigen Umsetzung von KA für Patient:innen werden dabei teilweise gerne als „Hausaufgabe“ bezeichnet, um die Verbindlichkeit zu erhöhen (vgl. Interview Physiotherapeut zur FG-

Sitzung 1, Pos.14-18). Auch werden die Einbindung von Haushaltsgegenständen oder Therabändern sowie spezifische Gehstrecken für Erledigungen empfohlen, um Übungen zu Hause bzw. eigenständig durchzuführen und so Alltagsaktivität zu generieren (vgl. Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 20; Gr. A, Sitzung 1, Pos 50).

Bezüglich des Einsatzes von Hilfsmitteln für die Übermittlung der Empfehlungen bzw. der weiteren Anbindung von Patient:innen kann festgehalten werden, dass dieser in den Institutionen der Studienteilnehmenden nur vereinzelt erfolgt (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos 54, 64, 66; Gr. B, Sitzung 1, Pos. 107; Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 20, 21). Teilweise werden Angebote aus der Umgebung gesammelt, für Patient:innen kenntlich gemacht (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos 54) oder Plakate von Initiativen wie Lauffreize in den Einrichtungen ausgehängt, die sich jedoch primär an körperlich bereits aktive Menschen richten und nicht gesondert angesprochen werden (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos 66). Außerdem werden in der diabetologischen Praxis Schrittzähler eingesetzt bzw. wird angegeben, dass diese teilweise bereits in der hausärztlichen Versorgung empfohlen worden seien (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 31, 54). Auf konkrete Anbindungsangebote wie Rehasport und vereinzelt Kieser-Training wird ausschließlich mündlich aufmerksam gemacht (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 109).

*„Ich empfehle häufig dann Rehasport oder versuche, zu Rehasport zu motivieren oder sag´ eben auch ganz allgemein Bewegung, Kieser Training, sowas.“* (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 109)

*„Hürden und Schwierigkeiten bei der bisherigen Verordnung und Empfehlung von körperlicher Aktivität“* sind v.a. das Fehlen von Strategien zum Abbau von Hindernissen auf Seiten der Patient:innen (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 13), Zeitmangel, um Bewegungsförderung in angemessenem Umfang in Konsultationen zu integrieren (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 74, 103, 112, 132; Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos. 5,7) sowie ein Mangel an niederschweligen (Anbindungs-) Angeboten ohne Leistungsdruck, an die Behandler:innen ihre Patient:innen überweisen oder weiterleiten können (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 36). Auf der anderen Seite wird teilweise auch von geringem Interesse oder eingeschränkter Inanspruchnahme bestehender Angebote durch Patient:innen berichtet (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 56).

*„Wir finden die Patienten nicht, die da kommen können. Am Anfang lief das so, dass drei Patienten pro Gruppe gekommen sind und dann war das auch, dass die Beraterin alleine saß.“* (Gr. A, Sitzung 1, Pos. 56)

Neben den genannten Aspekten können auch negativ ausgeprägte Schwankungen der Stimmung und Tagesform der HCPs, die sowohl die eigene Motivation einschränken als auch das persönliche Eingehen auf die individuellen Patient:innenbedürfnisse erschweren, eine potentielle Hürde für die erfolgreiche Übermittlung von Bewegungsempfehlungen darstellen (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 35).

*„[...] Und ich weiß, dass ich darauf eingehen muss, nur, je nachdem wie ich selber drauf bin, manchmal lass ich das sein, ja?“* (Gr. A, Sitzung 1, Pos. 35)

Im Setting der akuten orthopädisch-unfallchirurgischen Krankenhausversorgung stellt neben dem Zeitmangel insbesondere die Vorrangigkeit anderer Themen des akuten Behandlungsanlasses - wie Versorgung, Heilung und Heilungsüberwachung - einen als berufsgruppen- oder fachspezifisch anzusehenden Grund dar (*„Berufsgruppen- bzw. fachspezifische Schwierigkeit bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität unabhängig vom Leitfaden“*), der die Empfehlung von KA erschwert (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 103). Ein Grund, der aus Sicht von Studienteilnehmenden in den Fokusgruppen gegen die Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität spricht (*„Gründe, die bisher für oder gegen die Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität gesprochen haben“*), ist die Vermeidung von Kränkungen. Im Kontext von beispielsweise Übergewicht stellt dies eine fach- und berufsspartenübergreifende Einstiegshürde in das Thema Bewegungsförderung dar, die für einzelne, spezialisierte Akteure schwer zu handhaben ist, da sie vermutlich nicht ohne tiefergehende und ausführlichere Gespräche auskommt, die dann wiederum mehr Zeit in Anspruch nehmen würden (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 112).

*„Einem Patienten sagen, „ja, es wäre mal super, wenn Sie mal abnehmen so mit 30 kg Übergewicht, weil dann hätten Sie auch weniger Rückenschmerzen, weniger Knie, wären besser vorbereitet auf die OP, die ansteht“, oder sowas, da macht man natürlich ein großes Fass auf.“* (Gr. B, Sitzung 1, Pos. 112)

Gleichzeitig betonten die Studienteilnehmenden die Bedeutung der positiven Auswirkungen von KA auf Gesundheit sowie auf verschiedene Krankheitsverläufe und sprechen sich aus diesem Grund sehr für die Thematisierung von KA und die Übermittlung von Bewegungsempfehlungen durch HCPs aus (vgl. Gruppe A, Sitzung 1, Pos. 61; Gr. B, Sitzung 1, Pos. 41, 58).

*„Und man weiß ja, gerade so bei sportlicher oder körperlicher Aktivität, dass das so ´nen eigenständigen anti-depressiven Effekt hat, der vergleichbar ist mit ´nem Anti-Depressivum [...]“* (Gruppe A, Sitzung 1, Pos. 61)

Aus orthopädisch-unfallchirurgischer Perspektive kommt der Vermeidung eines Bewegungsmangels durch Empfehlung von KA besondere Bedeutung zu, da mögliche Folgen wie Übergewicht, Adipositas oder Diabetes mellitus die Nachbehandlungen nach operativen Eingriffen erschweren und Komplikationen beinhalten können (Gr. B, Sitzung 1, Pos. 96).

### **3) Einschätzungen zur Nutzung und Praktikabilität des Leitfadens**

Die Anwendbarkeit und Integrierbarkeit des Gesprächsleitfadens in die bestehenden Arbeitsabläufe in den Einrichtungen schätzen die meisten Studienteilnehmenden vor der Pilotierungsphase als gut bis sehr gut ein und heben besonders den logischen Aufbau, die Strukturiertheit, Verständlichkeit, Kürze und Prägnanz als positiv hervor (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 86, 87, 88, 89; Gr. B, Sitzung 1, Pos. 131, Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 30, 40).

*„Also ich glaube, dass das bei uns sehr gut anwendbar ist. Weil das eben, wie gesagt, sowieso ein wichtiger Bestandteil ist. Der eben, eigentlich das, was ich am Anfang auch schon mal meinte, ein bisschen, das ist, sag ich mal, sehr kurz und prägnant. Und kann eben gut eben dann mit was an die Hand geben. Ist dann so ein rundes Konzept. Von daher denke ich, dass die Anwendbarkeit bei uns ganz gut sein wird.“* (Gr. A, Sitzung 1, Pos. 86)

Außerdem wird betont, dass die Empfehlung von Alltagsaktivität in Form des Schrittesammelns mit Hilfe des Gesprächsleitfadens eine einfach umzusetzende Möglichkeit für Patient:innen ist, aktiver zu werden und beinahe jede:r die Möglichkeit hat, dies bewusst in den eigenen Alltag zu integrieren (vgl. Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 9). Als weiteren wesentlichen Vorteil sehen die Studienteilnehmenden die Möglichkeit, unter dem Punkt „Assist“ und über die ergänzenden Materialien Patient:innen an das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm anzubinden und dieses als konkrete, sichere, gemeinschaftliche sowie niederschwellige Umsetzungsoption vorschlagen zu können, die nicht mit einer Mitgliedschaft oder sonstigen Verpflichtung für die Patient:innen verbunden ist (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 36, Gr. B, Sitzung 1, Pos. 96, 112, Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 7, 40).

*„Das finde ich tatsächlich auch noch einen wichtigen Punkt, oder gut, wenn man so ein bisschen was hat, was man im wahrsten Sinne an die Hand geben kann. Das finde ich immer, das bringt unheimlich viel. Also wenn man wirklich dann auch nicht einen*

*Riesenpacken, aber so einen Flyer oder sowas hat, wo es auch, sag ich mal, zumindest die Möglichkeit gibt, das auch in einen sozialen Kontext zu packen ohne diesen, sag ich mal, Leistungsdruck, oder auch immer so dieses, sich im Fitnessstudio anmelden, so ungefähr, diese riesige Hürde. Und da finde ich eben gerade, finde ich sehr praktisch, ansprechend, wenn es dann eben so diese etwas niederschwelligeren Angebote gibt und eben zum Beispiel auch in ´nem sozialen Kontext, der aber nicht in dem Sinne so verpflichtet, wie über eine Mitgliedschaft oder sowas.“ (Gr. A, Sitzung 1, Pos. 36)*

Bedenken werden von einer Person dahingehend geäußert, dass das einfache Sammeln täglicher Schritte auf Patient:innen zu langweilig wirken könnte und die An- bzw. Umrechenbarkeit anderer Aktivitäten über das dafür vorgesehene Tool auf der *Homepage* des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms insbesondere für ältere Patient:innen zu komplex sein könnte (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 93-95). *Anmerkung des Untersuchenden: Da die genaue Ausgestaltung und Handhabbarkeit der Homepage des „10.00 Schritte Düsseldorf“-Programms nicht Bestandteil dieser Studie sind, wird der Punkt hier nicht weiter ausgeführt.*

Insgesamt werden die verwendeten Hilfsmaterialien (Flyer und Sticker zu „10.000 Schritte Düsseldorf“) als angemessen und in Kombination mit der Anwendung des Gesprächsleitfadens als effizient und gut geeignet für die Pilotierung beurteilt (vgl. Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos. 26; Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 1, Pos. 42). Aus hausärztlicher Sicht wird die Möglichkeit gesehen, den Gesprächsleitfaden auch in regulären Konsultationen außerhalb von DMP-Gesprächen einzusetzen (vgl. Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos. 7). Ergänzend wird angemerkt, dass ein Hinweis zur Möglichkeit der flexiblen Aufteilung der einzelnen Prozessschritte auf verschiedene Behandlungseinheiten sinnvoll sein könnte, um zu vermeiden, dass HCPs sich unter Druck gesetzt fühlen, alle Aspekte in einer Sitzung unterbringen zu müssen (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos.132). Auch könnte aus Sicht einer Person die Zahl „10.000“ als Ziel bzw. Teil des Titels des Bewegungsprogramms abschreckend auf Patient:innen wirken. Als Lösungsstrategie wird der explizite Hinweis auf die Möglichkeit und Notwendigkeit kleinerer, individueller Zwischenziele im Leitfaden vorgeschlagen (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos.133).

Weitere Änderungswünsche oder Vorschläge bezüglich des Leitfadens oder der Hilfsmaterialien wurden nicht geäußert (vgl. Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 1, Pos. 28, Gr. B, Sitzung 1, Pos. 136).

#### 4) Patient: innen

Es wird teilweise, zumindest in der diabetologischen Praxis, auch über mangelnde Inanspruchnahme bisheriger Versuche der Bewegungsförderung berichtet. Als mögliche Begründung dafür wird ärztlicherseits vermutet, dass die Selbstwirksamkeitserwartung der Patient:innen häufig zu gering sei und sie sich durch äußere Faktoren wie Wetter oder persönliche Belastungen von ihren Vorhaben abbringen lassen würden. Folgeversuche zur Bewegungsförderung seien darüber hinaus aufgrund einer resultierenden Rückzugshaltung der Patient:innen oft weniger erfolgreich (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 58-60). Gleichzeitig herrscht weitestgehend Einigkeit darüber, dass meist ein gewisser (Grund-)Leidensdruck nötig sei, damit therapeutische Empfehlungen zur Umsetzung von KA ausgeführt werden und ein zunehmender Leidensdruck von Patient:innen auch mit einer gesteigerten Eigenmotivation bzw. einer besseren Umsetzung von Verhaltensänderungen und Bewegungsempfehlungen einhergeht (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 84-89, 90). In diesem Zusammenhang sei es entscheidend, dass Patient:innen die ersten drei bis vier Wochen einer angestrebten Verhaltensänderung überstehen, da diese den persönlichen Erfahrungen eines Studienteilnehmenden nach anschließend häufiger erfolgreich fortgesetzt wird (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 97). Spezielle Bewegungsprogramme wie IRENA, Rehasport und onkologische Trainingstherapie, die in Situationen chronischer Erkrankungen und stark erhöhtem Leidensdruck eingesetzt werden (z.B. im Rahmen einer onkologischen Diagnose), scheinen hier relativ gut von den Patient:innen angenommen zu werden (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 58).

*„Und wenn es weh genug tut, sind die meisten bereit, eine Menge zu tun. Vorher? Schwierig. Vorher muss ich es mir vorstellen können, vorher muss ich es wollen. Vorher muss ich den Benefit erkennen. Warum sollte ich 10.000 Schritte machen? Habe ja nix. Wenn ich was habe und ich kann es im direkten Zusammenhang sehen, dass ich es damit verändern könnte, ja, dann ist wird die Eigenmotivation größer, glaube ich.“* (Gr. B, Sitzung 1, Pos. 90)

Auch die Vermeidung drohender pharmakologischer Therapieeskalationen wird indikationsübergreifend von ärztlicher Seite als Motivationsquelle der Patient:innen beschrieben (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 60, 61).

*„Und dann ist das so, wenn die so weit kommen, dass sie entweder Insulin spritzen oder anfangen sich zu bewegen, dann bewegen sie sich, dann ist ein bisschen besser.“* (Gr. A, Sitzung 1, Pos. 60)

Weiterhin wird festgestellt, dass Patient:innen teilweise nur wenig Kenntnis über die positiven Auswirkungen und den Nutzen von KA besitzen (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 94) und die Fülle an Online-Angeboten mit Übungsanleitungen, ohne Filterfunktion hinsichtlich Sinnhaftigkeit und Unbedenklichkeit sowie ohne professionelle Begleitung Unsicherheit und Ängste hervorrufen kann, etwas falsch zu machen (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 112).

Die „*Versorgungssituation der Patient:innen im Hinblick auf KA derzeit (bestehende Angebote für körperliche Aktivität)*“ betreffend sind den Studienteilnehmenden mit Ausnahme des urologischen Rehaarztes, neben dem „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm lediglich Rehasport und Kieser-Training als Anbindungsmöglichkeiten zur Bewegungsförderung bekannt, wobei sich laut ihrer Wahrnehmung die Zahl der Anbieter hierfür seit der COVID-19 Pandemie reduziert habe (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 37-43; Gr. B, Sitzung 1, Pos. 105, 109). Dazu wird im Rahmen der Fokusgruppensitzung 1 von Gruppe B konstatiert, dass insbesondere im Bereich der niedergelassenen ärztlichen Versorgung eine unzureichende Bekanntheit weiterer Angebote, beispielsweise von Präventionsprogrammen der Rentenversicherung, bestehe und hier großer Aufklärungsbedarf herrsche. Dies führe auch dazu, dass die Versorgung nach einer Anschlussheilbehandlung oder Reha-Maßnahme häufig nicht zufriedenstellend ausfiele (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 26, 105).

*„Sie werden ja auch oft allein gelassen. Gerade nach irgendwelchen Reha-Maßnahmen werden sie allein gelassen. Viele Kollegen in der Niederlassung kennen verschiedene Programme, sei es von der Rentenversicherung, gar nicht, Präventionsprogramme von der Rentenversicherung sind nicht bekannt. Da ist auch noch erheblicher Aufklärungsbedarf. Es wird ja relativ viel angeboten an Maßnahmen, aber es wird eben halt, es ist halt bei den Akteuren, also bei den Niedergelassenen und so weiter, ist da vieles nicht bekannt. Das hör´ ich immer wieder.“* (Gr. B, Sitzung 1, Pos. 105)

## **Fokusgruppensitzung II**

### **1) Retrospektive Beurteilung der Erfahrungen mit der Nutzung des Leitfadens**

Zur rückblickenden Betrachtung und Beurteilung der Pilotierungsphase mit Fokus auf der Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens lässt sich zusammenfassend sagen, dass die meisten Studienteilnehmenden die Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens in ihrem Arbeitsalltag bis auf wenige Ausnahmen als gut oder sogar sehr gut betrachten und die Integration desselben als problemlos möglich bewerten (vgl. Gr. A, Sitzung 2,

Pos.15, 24, 47, 49; Gr. B, Sitzung 2, Pos. 19, 26, 49; Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 3, Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 8; Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 2, Pos. 5; Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2, Pos. 7-9).

*„[...] und da geht es ja eben gerade auch darum, [...] auch eben diese Alltagsbewegung nochmal in den Vordergrund zu rücken. Und dafür fand ich das jetzt sehr gut anwendbar. Und zeitlich in Kürze auf den Punkt gebracht und deswegen bei uns sehr gut einbringbar.“* (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 49)

Ebenso wurde die mögliche Kombination mit dem in dieser Studie optionalen 5R-Modell als vielversprechend und praktikabel betrachtet, um noch individueller und spezifischer auf die Hürden der Patient:innen einzugehen (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 36). Als besonders positiv sehen die Studienteilnehmenden rückblickend v.a. die Kürze, die Prägnanz und die resultierende, offene Einbindung der Patient:innen in die Konsultation. Auch die Möglichkeit, Patient:innen eine konkrete Idee bzw. einen konkreten Einstiegsimpuls in Form des Anbindungsangebots an das Programm „10.000 Schritte Düsseldorf“ vermitteln zu können, wird als besonders wertvoll und erleichternd erachtet (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 47, 49, 112; Gr. B, Sitzung 2, Pos. 26).

*„[...] das, finde ich, ist ein superguter Aspekt, dass man eben da so einen Ideenimpuls geben kann durch das Projekt oder durch die Fragen.“* (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 112)

Über das mit dem Punkt „Assist“ bezweckte Offerieren von konkreten Unterstützungsangeboten für die Umsetzung der Empfehlungen wird zudem gesagt, dass dies für die Studienteilnehmenden teilweise ein neuer Bestandteil der Beratung zu KA war, den sie so bislang noch nicht eingesetzt hatten (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 44-45). Auch das Konzept der Berücksichtigung von Alltagsaktivität als Form der gesundheitsfördernden Bewegung wird sehr geschätzt und meist als neuer Impuls für Patient:innen gesehen (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 45, 50-52).

*„Also ansonsten, genau, hat man mal gesagt irgendwelche sonstigen sportlichen Aktivitäten, Fitnessstudio oder Rehasport und man konnte so noch mal explizit einfach auf die die Schrittzahl hinweisen, dass das eben an sich auch schon ´ne Aktivität ist, was ja vielen so gar nicht bewusst ist. Die denken dann, sie müssen unbedingt Fahrrad fahren oder sich aufs Ergometer setzen und vielen ist gar nicht bewusst, dass ja allein schon wie gesagt Schritte Prävention sind.“* (Gr. B, Sitzung 2, Pos. 45)

Hervorzuheben ist außerdem der gesellschaftliche Aspekt dieses Angebots (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 18). Neben den genannten Punkten wird auch die

Umrechnungsmöglichkeit anderer Aktivitäten, die die *Homepage* zum „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm bietet, als besonders interessant erachtet (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 40). Als vorteilhaft wird darüber hinaus genannt, dass das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm durch das Universitätsklinikum Düsseldorf initiiert wurde und im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie evaluiert wird, wodurch eine mögliche Skepsis bezüglich der Einhaltung des Datenschutz seitens der Patient:innen gar nicht erst aufkam (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 37).

Einzelne Studienteilnehmende können die positiven Erfahrungen jedoch nicht uneingeschränkt teilen. So wird die Anwendung des Gesprächsleitfadens beispielsweise von einer Physiotherapeutin als „etwas schwieriger“ bezeichnet und vom FA für Urologie und Rehabilitationsmedizin als „schwierig bis nicht möglich“ (bezogen auf die kassenärztliche Versorgung in der Niederlassung) beschrieben, sodass dieser zu dem Schluss kommt, dass der Gesprächsleitfaden im Praxissetting für ihn keine große Erleichterung darstelle (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 26; Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 5, 17, 47).

*„Tatsächlich etwas schwieriger, ja, wir haben Anfänge davon tatsächlich bei uns... so wie das Nachfragen, wie das Aktivitätsniveau aussieht. Motivieren kriegen wir auch noch hin. Ich habe allerdings festgestellt, dann wurde relativ schnell abgeblockt, auch mit dem Hinweis auf 10.000 Schritte wurde es so mehr oder weniger gar nicht angenommen.“* (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 26)

Für den Einsatz im Rahmen der Tätigkeit in der Rehabilitationsmedizin empfindet der FA den Einsatz des Gesprächsleitfadens hingegen als einfacher und praktikabel (vgl. Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 7, 35, 35, 69).

Bezüglich der Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Gesprächsleitfadens herrschte allgemeiner Konsens, dass beide Aspekte als gegeben bzw. gut betrachtet werden können (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 113, 114; Gr. B, Sitzung 2, Pos. 50-52; Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 80-81; Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 2, Pos. 13).

Während der Pilotierung haben einzelne Studienteilnehmende verschiedene Limitationen hinsichtlich des Einsatzes des Gesprächsleitfadens („Erfahrene Limitationen für den Einsatz des Leitfadens“) festgestellt, wobei diese sich vielmehr auf bestimmte Rahmenbedingungen oder Settings beziehen, die eine Anwendung des Gesprächsleitfadens mit dem Ziel einer Steigerung von KA grundsätzlich schwierig

machen. Diesbezüglich nennen die Studienteilnehmenden beispielsweise Hausbesuche, bei denen Patient:innen häufig ohnehin eine eingeschränkte Mobilität aufweisen und daher eher ungeeignet für Interventionen zur Steigerung von KA sind (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 108). Auch der Einsatz in Einrichtungen der Akutversorgung von Krankenhäusern, wie beispielsweise Notaufnahmen, Intensivstationen oder auch (orthopädisch-) unfallchirurgischen Stationen wird als ungeeignet gesehen, da Patient:innen dort häufig schlichtweg zu krank oder andere Behandlungs- und Versorgungsaspekte vorrangig sind (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 26, 56). Darüber hinaus wird die Anwendung in der spezialisierten fachärztlichen Niederlassung (hier: Urologie) aufgrund fehlender Abrechnungsmöglichkeiten präventiver Leistungen bei sehr limitierten zeitlichen Kapazitäten als kaum umsetzbar angesehen (vgl. Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 56). Auch wird konstatiert, dass sich der Einsatz des Leitfadens bei Kindern schwierig gestalten könnte (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos. 101). [Hierzu ist seitens des Untersuchenden zu ergänzen, dass die Anwendung des Gesprächsleitfadens von Beginn an für eine mindestens volljährige Zielgruppe vorgesehen und nicht für den Einsatz in pädiatrischen *Settings* gedacht war, da hier andere Ansätze nötig wären.] Neben den oben genannten *Settings*, die aufgrund zu kranker oder eingeschränkter Patient:innen als weniger geeignet beurteilt werden, wird auch ein rein gesundheitsfördernder oder primärpräventiver Einsatz kritisch betrachtet (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 26-27). Dies wird mit fehlendem Leidensdruck der Patient:innen und - damit einhergehend - unzureichender Motivation zur Verhaltensänderung begründet (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 27; s. auch Hauptkategorie 4 der Fokusgruppe 1).

*„Das wissen wir wahrscheinlich fast alle. Die Sensibilität für jemanden, der nix hat, mehr zu machen, wenn er keine Bewegungsaffinität hat, so nach dem Motto, „hier mach doch mal so und so viel, weil das ist so super kardiovaskulär, für das Muskelskelettsystem, all die Benefits. [...] Das ist ein schwieriges Brett, ne!? Rein präventiv, wenn die Leute gar nix haben, also ein bisschen was muss man haben, damit man ´ne gewisse Sensibilisierung hat für das Thema, glaube ich.“* (Gr. B, Sitzung 2, Pos. 27)

In den Fokusgruppensitzungen und sonstigen Beiträgen wird auch von *„Schwierigkeiten oder Hürden bei der Anwendung des Gesprächsleitfadens“* im Rahmen der Pilotierungsphase berichtet. Dazu gehören beispielsweise Probleme beim Erfragen und Einschätzen des aktuellen Aktivitätsniveaus der Patient:innen sowie bei der genauen Einordnung ihrer Angaben dazu (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos.116). Daneben scheint für einige HCPs die Umstellung von bereits bestehenden Routinen

und Vorgehensweisen bei der Empfehlung von KA auf eine neue Herangehensweise schwierig zu sein (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 43).

*„[...] und ja letztlich, also macht man meistens, macht man sein Schema. Man versucht sich so ein bisschen dran zu orientieren und letztlich, wie gesagt, denke ich, ist es schwer, wenn man schon in einer Routine ist. Und, ja und auch im Zweifel, ja passt es zu dem, was man macht, aber es ist für mich dann schwer gewesen, wirklich diese Punkte dann so abzarbeiten.“* (Gr. B, Sitzung 2, Pos. 43)

Außerdem geben einige Studienteilnehmende, insbesondere aus dem niedergelassenen, ärztlichen Bereich, die zeitliche Integration des Gesprächsleitfadens (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 48, 49; Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 5, 35, 83), verbunden mit einem individuellen und persönlichen Eingehen auf die Patient:innen (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 47), durch welches die Patient:innen mit den Empfehlungen auch tatsächlich erreicht werden (Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 13), als weitere Hürde an. Sie äußern zudem, dass es schwierig sei, ohne eine „Verpflichtung“ ausreichend Eigenmotivation dafür aufzubringen, den Gesprächsleitfaden zusätzlich zu den regulären Aufgaben ihres Arbeitsalltags zu integrieren (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 56). Manche Studienteilnehmende geben an, je nach Setting, in dem sie tätig sind, aufgrund weniger geeigneter Patient:innen, Schwierigkeiten bei der Patient:innenrekrutierung erfahren zu haben (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 56). Eine Teilnehmerin berichtet, dass das Einzugsgebiet ihrer therapeutischen Tätigkeit möglicherweise zu weit vom Standort Düsseldorf entfernt ist, was die Anbindung an das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm unter dem Punkt „Assist“ erschwert haben könnte (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 134).

Vereinzelt beschreiben manche Physiotherapeut:innen auch Schwierigkeiten, die laut ihrer Einschätzung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht am Gesprächsleitfaden selbst lägen, sondern sich vielmehr als *‚berufsgruppen- oder fachspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität unabhängig vom Leitfaden‘* der Physiotherapie darstellen. Hier ist besonders der fehlende Blickkontakt bei passiven physiotherapeutischen Behandlungen in Bauchlage auf der Therapiebank zu erwähnen, da dieser nach den Erfahrungen einiger physiotherapeutischer Studienteilnehmender die Entstehung eines Gesprächs und damit auch die Durchführung einer verbalen Intervention einschränkt (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 26). Weiterhin wird von physiotherapeutischer Seite der Eindruck geschildert, nicht ausreichend Druck aufbauen zu können, um Patient:innen erfolgreich zu

Verhaltensänderungen zu motivieren. Als mögliche Gründe dafür werden vermutet, dass beispielsweise aufgrund der Zugehörigkeit zum Berufsstand der Physiotherapeut:innen keine Druckmittel wie medikamentöse Therapieeskalationen zur Verfügung stehen und Patient:innen mit Physiotherapie eher eine aus ihrer Sicht passive Maßnahme verbinden, was wiederum zu einer falschen Erwartungshaltung führe (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 91-95, 150, 151). Ärztlicherseits wird dieser Eindruck bestätigt und die Notwendigkeit geäußert, dieses Bild auch von ärztlicher Seite zu korrigieren (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 97-101).

*„[...] dadurch, dass quasi noch das große Grundproblem bei uns existiert, dass wir eben diesen Wohlfühlcharakter haben, ist es manchmal schwierig, da den nötigen Druck aufzubauen, dass sie wirklich was tun müssen. Also die, die Lust haben, gar kein Problem, aber ich glaube, uns fehlt einfach teilweise das Druckmittel, dass sie da jetzt wirklich mal auf die Beine kommen.“* (Gr. A, Sitzung 2, Pos.150)

## **2) Patient:innen**

Da zusätzlich zu Erläuterungen des Vorgehens im Rahmen der Patient:innenrekrutierung in den einzelnen Beiträgen der Studienteilnehmenden immer wieder auch von Eigenschaften, Verhalten oder Einstellungen von Patient:innen und deren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten bzw. die Motivation zu KA berichtet wird, wurden induktiv eine Haupt- und eine Subkategorie erstellt, in denen diese Aspekte sowie die Kriterien für die Patient:innenselektion dargelegt werden.

Einige Studienteilnehmende haben sich bei der Rekrutierung der Patient:innen im Hinblick auf die KA nicht vollständig an den WHO-Empfehlungen, die als Richtwerte in den Leitfaden integriert worden waren, orientiert. Laut diesen Richtwerten wären ebensolche Patient:innen für die Intervention auszuwählen gewesen, die weniger als etwa 150 bis 300 Minuten moderate oder 75 bis 150 Minuten intensive KA pro Woche absolvieren. Teilweise variieren die jeweils angelegten Aktivitätsgrenzen jedoch (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 111) und die Studienteilnehmenden schildern, welche weiteren, patient:innenindividuellen Faktoren, wie das Vorhandensein von Ideen für KA, die Teilnahme an einem DMP (KHK und Typ-2-Diabetes mellitus), Alter oder die (dem HCP bekannte) Voreinstellung gegenüber dem Thema KA und damit die zu erwartende Adhärenz, sie berücksichtigt haben (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 111; Gr. B, Sitzung 2, Pos. 18; 43; Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 2, Pos. 7-9). Zusätzlich wird angegeben, den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der Patient:innen betrachtet zu

haben (vgl. Gr. A, Sitzung 2 Pos. 70-77). Des Weiteren geben Studienteilnehmende aus manchen Bereichen, v.a. der medizinischen Akutversorgung, an, Schwierigkeiten dabei gehabt zu haben, eine ausreichende Anzahl geeigneter Patient:innen für die Kurzintervention zu finden (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 18; s. auch Ausführungen zur Hauptkategorie 1 der Fokusgruppensitzung 2). Auf Seiten der Patient:innen werden stellenweise Schwierigkeiten im Rahmen der technischen Umsetzung bzw. Nutzung der *Homepage* des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms von den Studienteilnehmenden beschrieben (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 37; Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 16).

*„Es hat gescheitert an der Umsetzung im Internet. [...] Nur so bald das daran ging, sie müssen übertragen, da haben sie keine Lust mehr.“* (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 37)

Darüber hinaus wird hervorgehoben, dass Patient:innen in der Regel Empfehlungen zur Verhaltensänderung nur dann umsetzen, wenn bereits ein gewisser Leidensdruck besteht (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 37-38).

Die *„Reaktionen und erwartete Akzeptanz“* betreffend kann grundsätzlich festgehalten werden, dass die meisten HCPs mehrheitlich (sehr) positive Reaktionen der Patient:innen in Form von Interesse, Begeisterung, Dankbarkeit und hoher Motivation auf die Thematisierung von KA mithilfe des Gesprächsleitfadens erfahren haben (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 22, 69; Gr. B, Sitzung 2, Pos. 18; Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 11, 75; Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2, Pos. 19).

*„Also ich glaube, was ich so als interessanten Aspekt fand, war, dass ich mir vorher natürlich auch Gedanken gemacht habe, welche Patienten kommen auch ein bisschen in Frage, Alters- und Krankheitsaspekte einbeziehend, und ich glaube da, sag ich mal so, eine Art gewisse Vorselektion stattgefunden hat, aber dass die dann, bei denen ich das dann angewendet habe, da auf jeden Fall gut dann drauf reagiert haben. Und dann immer mal, so dankbar für die Anregung waren, und eben für dieses niederschwellige Alltagsangebot, [...]“* (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 69)

Von physiotherapeutischer sowie urologischer Seite wird mitgeteilt, dass sich vor allem jene Patient:innen für das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm und die Materialien interessiert haben, die bereits vorab ein hohes Maß an KA aufwiesen (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 109; Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 77). Auch wird angegeben, dass Patient:innen bei der Thematisierung von 10.000 Schritten häufiger das Gespräch abblockten und sich von

der Zahl „10.000“ abgeschreckt zeigten (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 26, 33; Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 5-6).

*„Bei uns wurde es tatsächlich eher relativ zügig abgeblockt. Was ich generell hier aber auch merke, nicht nur auf den Leitfaden jetzt bezogen und auf die 10.000 Schritte, sondern auch so Selbsthausaufgaben, Übungen, um was zu verbessern... ist die Motivation sehr gering. Also wenn wir fragen, habt ihrs gemacht, kommt immer: „Nee, ich hatte keine Zeit“. Und wenn man dann sagt, man kann es doch integrieren, so und so und so, „ja, aber das fällt mir trotzdem so schwer.“ (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 91)*

Entgegen diesen geschilderten Erfahrungen hinsichtlich Reaktionen der Patient:innen erklärt ein weiterer Physiotherapeut, dass er grundsätzlich den Eindruck habe, Patient:innen wollten aktiv zu ihrer Gesundheit beitragen und zeigten daher entsprechend großen Bedarf an Empfehlungen für die eigenverantwortliche Umsetzung (vgl. Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2, Pos. 19).

*„Die wollen was tun, die wollen wieder gesund werden, die wollen wieder fit werden und da ist einfach dann auch immer dann die Nachfrage bei denen groß. „Was kann ich noch tun?“ „Was kann ich machen?““ (Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2, Pos. 19)*

In der Sporttherapie wird von einem grundsätzlich eher aktiven Patient:innenklientel berichtet, sodass die Empfehlungen zu mehr KA annähernd als überflüssig angesehen worden sind (vgl. Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 9).

### **3) Mögliche Adaptationen für die zukünftige Anwendung**

Eine von den Studienteilnehmenden genannte mögliche Optimierung stellt die Entwicklung einer App zur Erfassung der Schrittzahl und zur automatisierten Umrechnung anderer Aktivitäten in Schritte dar (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 37).

*„Es hat gescheitert an der Umsetzung im Internet. [...] Also bei uns ist ein Teil der Therapie, also Bewegung ist ein Teil der Therapie, und wenn das eine App gäbe, wo sie diese Schritte automatisch übertragen können, dann würden sie das ganz, ganz viel nutzen, ja?“ (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 37)*

Diese App sollte Schrittziele individuell anpassen und maßgeschneiderte Aktivitätsempfehlungen basierend auf verschiedenen Nutzermerkmalen bieten (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 69-75). Zudem könne ein Belohnungssystem integriert werden, um die Motivation zu erhöhen (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 85). Hierfür könnte sich aus Sicht

einiger Studienteilnehmenden beispielsweise auch die Kooperation mit Krankenkassen anbieten (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 94, 100). Neben der App wird auch die Einführung lokaler Programme analog zum „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm in anderen Regionen oder ein übergreifendes, generisches „10.000 Schritte-Programm“ als nützlich angesehen (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 34). Es wird betont, dass die Beratung zur schrittweisen Steigerung der Ziele und eine detaillierte Anleitung zur langsamen Erhöhung des Schrittziels sinnvoll seien, um Überforderung der Patient:innen zu vermeiden (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 78, 81-82). Des Weiteren wird vorgeschlagen, die Therapeut:innen im Rahmen des Gesprächsleitfadens explizit darauf hinzuweisen, dass Aspekte wie die Reihenfolge der 5As, das zu empfehlende Schrittziel, dessen Darstellungsweise und auch die Art der KA patient:innenindividuell und flexibel durch sie als Anwender:innen handhabbar sind (vgl. schriftlicher Beitrag Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 3, 8). Außerdem wird angegeben, dass es im Hinblick auf die Motivation der Patient:innen von Vorteil sein könnte, die Um- und Anrechenbarkeit anderer Aktivitäten in Schritte in zukünftigen Versionen des Gesprächsleitfadens deutlicher herauszustellen (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 40).

*„Was interessant war, dass man hier umrechnen konnte, Gartenarbeit oder Haushalt, in Schritte. Und das ist das, weil, wenn die sagen, die müssen irgendwie 1.000 Schritte, 10.000 machen, damit sich etwas beim HbA1c Wert bewegt, dann kriegen sie Panik, ja? Aber wenn man sagt, Haushalt zählt und Gartenarbeit zählt, dann sind sie ganz dabei und ganz begeistert, ja. Und ich denke, dass das wäre echt etwas Tolles für Patienten mit Diabetes, mit Typ-2 Diabetes.“* (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 40)

Ergänzend wird angeregt, den Äquivalenzwert verschiedener Arten von KA mithilfe von Diagrammen in der Form darzustellen, dass für Patient:innen erkennbar wird, wie viel von einer anderen Aktivität als dem Gehen erforderlich wäre, um einer bestimmten Schrittzahl zu entsprechen. Zudem wird vorgeschlagen, die evidenzbasierten gesundheitlichen Vorteile im Leitfaden mehr in den Vordergrund zu stellen (vgl. schriftlicher Beitrag Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 12).

#### **4) Ausblick und Weiterempfehlung der Anwendung**

Alle teilnehmenden HCPs mit Ausnahme des Sporttherapeuten geben die Absicht an, den Gesprächsleitfaden in ihrer zukünftigen Praxis weiterhin einfließen zu lassen und an Kolleg:innen weiterzuempfehlen (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 176, 177, 186, 188, 192; Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 108; Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos.

14; Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 2, Pos. 23). Eine derart positive Rückmeldung zeigt sich auch in den Äußerungen der Physiotherapeut:innen, die die Relevanz des Gesprächsleitfadens aufgrund der Bedeutung der Themen KA und Bewegung im Alltag hervorheben (vgl. Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2, Pos. 33).

*„Also für mich spricht für das weitere Anwenden des Leitfadens, also ich würde sagen schon eine sehr große Menge, aufgrund weil damit ja auch immer Leute anspornen kann auch, da dementsprechend für sich auch mitzuwirken und gerade auch so mitzubewegen, Schritte zu sammeln, Schritte zu machen. Und das finde ich auch sehr gut und auch wichtig, den Leuten mitzugeben, auch den Patienten, sei's jetzt jung oder alt, ist es für jeden wichtig.“* (Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2, Pos. 33)

Besonders häufig wird die Eignung des Gesprächsleitfadens zur Unterstützung junger und weniger erfahrener Therapeut:innen betont. Die Hausärztin und der Facharzt für Urologie heben hervor, dass der Gesprächsleitfaden insbesondere für Kolleg:innen ohne bestehende Routinen oder mit wenig Erfahrung in der Therapeut:innen-Patient:innen-Kommunikation eine wertvolle Hilfestellung sein kann (vgl. Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 83). Auch der Hausarzt bestätigt, dass jüngere Kolleg:innen von dem strukturierten Ansatz profitieren könnten (vgl. Interview Hausarzt zur FG-Sitzung 2, Pos. 33).

*„Ich sage mal für einen Neuen, für einen jungen Kollegen ist sowas mit Sicherheit sehr gut, ja!? Der noch an seiner Kommunikation arbeiten will.“* (Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 83)

Der Facharzt für Urologie gibt an, den Gesprächsleitfaden zukünftig eher reaktiv einsetzen zu wollen, indem er dessen Anwendung auf Patient:innen beschränkt, die bereits durch Materialien im Praxiswartzimmer auf das Thema aufmerksam geworden sind und dieses von sich aus ansprechen (vgl. Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 108). Vor dem Hintergrund, dass das Arbeitsfeld des Sporttherapeuten bereits stark auf körperliche Aktivität und Bewegung fokussiert ist, hält dieser die weitere Nutzung des Leitfadens als einziger Teilnehmer für unwahrscheinlich (vgl. schriftlicher Beitrag Sporttherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 22).

Innerhalb der Beiträge wurden auch Ideen dazu geäußert, wie und wo jenseits der *Settings* und Szenarien der Pilotierungsphase zur Förderung von Bewegungsempfehlungen durch HCPs beigetragen werden kann. Obwohl diese Ansätze ursprünglich nicht Teil der eigentlichen Forschungsfragen bzw.

Fokusgruppenleitfäden gewesen sind, sollen die Beiträge aufgrund ihres Mehrwerts dennoch Berücksichtigung finden. Zu diesem Zweck ist die Subkategorie „*Weitere Ideen zur Förderung von Bewegungsempfehlungen durch Therapeut:innen*“ erstellt worden. Eine vorgeschlagene Idee besteht darin, Patient:innen bereits in der Einrichtung selbst auf praktische Art und Weise für Bewegung zu sensibilisieren, indem ebendiese in die Praxisroutine integriert wird. So wurden beispielsweise innerhalb der Diabetesschulungen der diabetologischen Praxis „bewegte Lüftungspausen“ eingeführt (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 192).

*„Das hat sich viel geändert auch, also durch diesen Leitfaden. Wir unterbrechen die Schulung, also diese Diabetikerschulung, mit körperlichen Übungen. Also es ist präsenter geworden, dadurch dass ich daran teilgenommen habe und nachhaltiger. Wir fragen nach und das, was die Beraterinnen eingeführt haben, sind bewegende Lüftungspausen. Es gibt Hocke-Gymnastik.“* (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 192)

Als weiterer Aspekt wird betont, dass ärztliches Personal stärker für die Bedeutung und Empfehlung von KA sensibilisiert werden sollte (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 195).

Zudem äußert eine Ärztin den Wunsch nach mehr Fortbildungsangeboten zu Gesprächstechniken, um diese Empfehlungen erfolgreich zu vermitteln (vgl. Gr. A, Sitzung 2, Pos. 203). Die Teilnahme an Fortbildungen zur Gesprächsführung wird auch von anderen Studienteilnehmenden als sinnvolle Maßnahme bezeichnet, um Therapeut:innen, besser dazu zu befähigen, Bewegungsempfehlungen und motivierende Anregungen zu einer Verhaltensänderung zu übermitteln (vgl. Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 18).

*„Also ich finde, es sollte mehr ärztliche Fortbildung zum Thema Bewegung geben. Das an die Patienten ranbringen. Eigentlich haben wir gar keine Ahnung, wir Ärzte, über Bewegung oder wie man die Leute motiviert. Das ist, es ist zu wenig Angebot da. Ja, man bringt uns nicht bei, wie wir darüber sprechen oder wie wichtig das ist, ja!? Das ist bei keiner ärztlichen Fortbildung. [...]“* (Gr. A, Sitzung 2, Pos. 203)

Als potenziell geeignetes Anwendungsgebiet werden auch internistische oder elektiv-orthopädische Stationen genannt. Diese Einrichtungen werden als besser geeignet für den Einsatz des Gesprächsleitfadens angesehen als die im Rahmen der Pilotierung genutzten orthopädisch-unfallchirurgischen „Mischstationen“ (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 56, 57). Darüber hinaus empfiehlt ein Physiotherapeut den Einsatz des Gesprächsleitfadens in betrieblichen Kontexten, da Betriebsärzt:innen, Mitarbeitende in den Bereichen Personal bzw. Human Resources (HR) und Beauftragte für betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) sowie andere Mitarbeitende davon

profitieren könnten. Insbesondere für die HR-Mitarbeitenden und BGM-Beauftragten könnte ein solcher Gesprächsleitfaden einen großen Zusatznutzen bieten, da diese Gruppen möglicherweise eher unerfahren und nicht vertraut mit der Übermittlung von Empfehlungen zur Verhaltensänderung sind. Die Reichweite der Maßnahme durch die breite Streuung in Firmen wird als weiterer Vorteil dieses Ansatzes hervorgehoben (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 65-67). Als bedeutendster Faktor für die erfolgreiche Integration wird angeführt, dass Anwender:innen über ausreichende zeitliche Kapazitäten verfügen sollten, um die Anwendung weitestgehend ohne oder unter nur geringem Zeitdruck durchführen können. Als eventuell passende Einrichtungen werden in diesem Kontext auch Schulen und Altenheime genannt (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 65-67).

*„Ich glaube, wo ich es glaube ich richtig interessant finde, ich mach wie gesagt relativ viel im betrieblichen Gesundheitskontext. Ich sag mal, so ein Leitfaden für Betriebsärzte, also innerhalb des betrieblichen Kontexts. Da zu sagen, okay, oder sogar ich weiß nicht, also HR-Mitarbeiter oder wenn Firmen BGM-Beauftragte wirklich haben, die nur für die Gesundheitsförderung im Unternehmen zuständig sind. Da wäre so ein Leitfaden glaube ich auch interessant, dass wirklich eine Mitarbeiterbefragung anhand dessen stattfinden kann in Firmen und da die Sensibilisierung vergrößert wird zum Thema.“* (Gr. B, Sitzung 2, Pos. 65)

Die Erstellung und Verteilung eines Infoblatts zum Thema Bewegung im Alltag wird ebenfalls als sinnvolle Maßnahme zur zukünftigen Sensibilisierung von Patient:innen angesehen (vgl. schriftlicher Beitrag Sporttherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 23-24).

### **Nebepfade und Abzweigungen**

In dieser induktiv angelegten Kategorie mit den ebenfalls induktiv erschlossenen Subkategorien *„Rückmeldungen zum Ablauf des Forschungsvorhabens“*, *„Erhebung des Aktivitätsniveaus bei Patient:innen“*, *„Einstiegsszenarien für die Thematisierung von KA“*, *„Auswirkungen der Sars-CoV-2-Pandemie auf Arbeitsbedingungen und deren Folgen“* und *„Eigene Erfahrungswerte der Therapeut:innen“* werden übergreifend für alle Fokusgruppensitzungen relevante Aspekte zusammengefasst, die im Rahmen der einzelnen Beiträge Erwähnung fanden, jedoch nicht unmittelbar mit den Hauptthemen zusammenhängen und nach Ansicht des Untersuchenden keiner anderen Haupt- oder Subkategorie zuzuordnen waren. Die Hauptkategorie selbst beinhaltet keine Inhalte, sondern dient lediglich als übergeordnetes Gliederungselement für die nachfolgenden Subkategorien.

Hinsichtlich des Ablaufs und der Organisation des Forschungsvorhabens („Rückmeldungen zum Ablauf des Forschungsvorhabens“) bestünde bei einer Fortführung des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms der Wunsch, die Materialien (Flyer) zukünftig eigenständig bestellen zu können, um die Verteilung und Auslage besser koordinieren zu können (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 177). Zur Rekrutierung wird vorgeschlagen, größere Fortbildungsveranstaltungen (hier: im Bereich der Physiotherapie) zu nutzen, um beispielsweise über die Einsatzmöglichkeiten von Gesprächstechniken zur Verhaltensänderung sowie den Gesprächsleitfaden zur Steigerung von KA zu informieren. Diese Veranstaltungen könnten gleichzeitig auch der Bewerbung der Teilnahme bzw. der Rekrutierung von Studienteilnehmenden dienen (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 94). Vereinzelt angemerkt wird zudem, dass Zwischenkontrollen während der Pilotierungsphase hilfreich gewesen wären, um sich stärker zur aktiven Teilnahme und Anwendung des Gesprächsleitfadens verpflichtet zu fühlen. Daneben wird auf das Fehlen finanzieller Anreize hingewiesen, die als zusätzliche Motivation zur konsequenten Anwendung des Gesprächsleitfadens hätten dienen können (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 94-98). Aus Sicht eines physiotherapeutischen Teilnehmenden erscheint eine frühzeitigere Einbindung einhergehend mit einem längeren Projektzeitrahmen, zum Beispiel zwischen sechs bis zwölf Monate, sinnvoll und wünschenswert (vgl. schriftlicher Beitrag Sporttherapeut zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 9,15).

Zur „Erhebung des Aktivitätsniveaus bei Patient:innen“ werden von der diabetologischen Teilnehmerin aufgrund der hohen Relevanz des Themas ausführliche Angaben gemacht. In der Praxis wird das Aktivitätsniveau durch detaillierte Nachfragen zu Arbeitsumfang, Arbeitsweise, Haushaltsaktivitäten und weiteren Alltagsaktivitäten sowie der Haltung von (auslaufbedürftigen) Haustieren erfasst, um ein umfassendes Bild der körperlichen Betätigung der Patient:innen zu erhalten (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 120, 124). Dies scheint jedoch noch keine optimale Lösung darzustellen, da weiterhin Bedarf nach Möglichkeiten zur vereinfachten, effizienteren sowie genaueren und vergleichbaren (z.B. in Form von Schritten) Erfassung des Aktivitätsniveaus besteht (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 140-148 und s. auch Kategorie 3 „Mögliche Adaptationen“).

„Einstiegsszenarien für die Thematisierung von KA“ lassen sich in der Physiotherapie oft eher gegen Ende der Behandlungseinheiten finden, wenn Patient:innen proaktiv nach zusätzlichen Maßnahmen zur Verbesserung ihres Wohlbefindens fragen. Bewegungsempfehlungen lassen sich in derartige Gespräche gut integrieren (vgl.

Interview Physiotherapeut zur FG-Sitzung 2, Pos. 15). Sowohl Ärzt:innen als auch Physiotherapeut:innen thematisieren KA häufig reaktiv und vorrangig dann, wenn Patient:innen entweder Beschwerden wie beispielsweise unteren Rückenschmerz angeben, anhand derer sich das Thema gut integrieren lässt (vgl. Gr. A, Sitzung 1, Pos.46, Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin zur FG-Sitzung 2 (Ersatzbeitrag), Pos. 110) oder konkrete Maßnahmen und Empfehlungen wie beispielsweise ärztlich verordnete Physiotherapie anfragen bzw. einfordern (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 109). Außerdem werden DMP-Konsultationen als Einstiegsmöglichkeit für die Thematisierung von KA genutzt, da KA teilweise auch einen Bestandteil der strukturierten Fragebögen der entsprechenden DMPs darstellt (Gr. B, Sitzung 1, Pos. 60).

Auch wird über *„Auswirkungen der Sars-CoV-2-Pandemie auf die Arbeitsbedingungen und deren Folgen“* gesprochen. Insbesondere das vermehrte Arbeiten im Homeoffice unter unzureichenden ergonomischen Voraussetzungen wird als Ursache zunehmender Rückenprobleme aufgeführt, die von Patient:innen teilweise fälschlicherweise zunächst als Nierenbeschwerden interpretiert wurden und so in der urologischen Praxis zur Empfehlung von KA führten (vgl. Gr. B, Sitzung 1, Pos. 110).

Wie herausfordernd es sein kann, auch in Abhängigkeit der beruflichen Tätigkeit, die tägliche Ziel-Schrittzahl von 10.000 Schritten zu erreichen, wird durch persönliche Erfahrungen und Schilderungen verdeutlicht (*„Eigene Erfahrungswerte der Therapeut:innen“*), (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 80, 94).

*„Also ich sehe das bei mir. Ich sitze den Großteil des Tages am Schreibtisch in der Praxis und ich hab´ mir auch extra einen Schrittzähler zugelegt und schaue, dass ich viele Schritte mache, aber es gibt auch viele Tage, da komme ich halt nicht mal auf 5000 Schritte, leider.“* (Gr. B, Sitzung 2, Pos. 80)

Finanzielle Anreize wie Rückerstattungen der Krankenkasse könnten hierbei eine motivierende Wirkung haben (vgl. Gr. B, Sitzung 2, Pos. 94).

## **4 Diskussion**

### **4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen**

Wie in Abschnitt 1.3 angegeben ist es Ziel dieser Arbeit, anhand der Pilotierung des erstellten Gesprächsleitfadens und der damit einhergehenden Datenerhebung im Rahmen der Fokusgruppen die aufgestellten Forschungsfragen zu beantworten. Diese behandeln die Praktikabilität, Verständlichkeit und mögliche zukünftige Optimierung des Gesprächsleitfadens im Arbeitsalltag der teilnehmenden HCPs sowie die Ausgangssituation im Hinblick auf Beratung zu KA in den Einrichtungen. Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den Forschungsfragen zusammengefasst.

#### **4.1.1 Bestandsaufnahme existierender Beratung zu KA in den Einrichtungen**

Grundsätzlich herrscht bei allen Teilnehmenden Einigkeit über die hohe Bedeutung von regelmäßiger KA. Entsprechend findet auch Beratung zum Thema KA in den jeweiligen Einrichtungen statt. Diese erfolgt jedoch auf unterschiedliche Art und Weise und in unterschiedlichem Umfang. In der hausärztlichen Praxis kommt das Thema vor allem in DMP-Konsultationen zur Sprache, da es auch Bestandteil der DMP-Protokolle ist und die Empfehlungen im Rahmen dieser Sitzungen auf ein vulnerables Patient:innenklientel treffen. Darüber hinaus wird KA in regulären Konsultationen vor allem reaktiv thematisiert, beispielsweise dann, wenn Patient:innen den Wunsch nach therapeutischen Maßnahmen zur Linderung von muskuloskelettalen Beschwerden äußern oder in der Urologie im Rahmen einer ausführlicheren Besprechung neu aufgetretener chronischer Erkrankungen. Einen besonderen Stellenwert nimmt die Empfehlung von KA in der Diabetologie ein und erfolgt dementsprechend in der Praxis der diabetologischen Studienteilnehmerin in besonders hohem Umfang. Allgemein kann im ärztlichen Kontext festgehalten werden, dass die Empfehlungen hauptsächlich verbal erfolgen und meist eher unspezifisch gehalten sind. Konkrete Anbindungs- und Umsetzungsangebote sind von den teilnehmenden Ärzt:innen bisher lediglich in Einzelfällen zur Verfügung gestellt worden, beispielsweise in Form von Schrittzählern oder Übersichtsblättern zu Rückenübungen. Außerdem wird von den teilnehmenden Ärzt:innen Rehasport verordnet. Bezogen auf die Physiotherapie kann zusammengefasst werden, dass die Förderung von KA auch über die eigentlichen therapeutischen Sitzungen hinaus einen festen Bestandteil der Therapie darstellt. Patient:innen erhalten häufig konkrete „Hausaufgaben“ im Sinne von therapeutischen Übungen oder Empfehlungen zu Alltagsaktivitäten, die eigenverantwortlich ausgeführt werden sollen. Eine Besonderheit stellt zudem die kleinschrittige Betreuung in

mehreren, aufeinanderfolgenden Sitzungen dar, in denen immer wieder an das Thema angeknüpft werden kann. Auch in diesem Berufszweig erfolgen die Empfehlungen in der Regel verbal und ohne den Einsatz von Hilfsmitteln zur Übermittlung der Empfehlungen. Als interdisziplinäre Gründe gegen die Verordnung und Empfehlung von KA gelten vor allem Zeitmangel sowie das Fehlen geeigneter Strategien zur Vermittlung von Bewegungsempfehlungen beziehungsweise zur Förderung von Verhaltensänderungen. Für die Empfehlung von KA spricht für die Studienteilnehmenden insbesondere der erwiesenermaßen erhebliche Einfluss auf die allgemeine Gesundheit, positive Auswirkungen auf diverse Krankheitsverläufe und die Vermeidung negativer Folgen durch Bewegungsmangel wie beispielsweise postoperative Komplikationen.

#### **4.1.2 Evaluation der Anwendung des Leitfadens in den Einrichtungen**

Insgesamt wird die Anwendbarkeit des pilotierten Gesprächsleitfadens mit den dazugehörigen Materialien von den Studienteilnehmenden weitestgehend als gegeben und sein Einsatz als gewinnbringend angesehen, insbesondere für junge oder weniger routinierte Kolleg:innen. Anhand der geschilderten Erfahrungen lassen sich jedoch sowohl eine interprofessionelle Diskrepanz in der Qualität der Eindrücke feststellen als auch Abweichungen innerhalb der einzelnen Fachdisziplinen der ärztlichen Berufsgruppe. Während ärztlicherseits die Erfahrungen in Bezug auf die Anwendbarkeit grundsätzlich sehr positiv sind und primär das Empfinden bezüglich der zeitlichen Integrierbarkeit des Gesprächsleitfadens in verschiedenen Settings variiert, stellen sich für die physiotherapeutischen Studienteilnehmenden teilweise Schwierigkeiten bei dessen Einsatz dar.

Von den ärztlichen Studienteilnehmenden werden unterschiedliche zeitliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Anwendung des Gesprächsleitfadens im Arbeitsalltag als notwendig erachtet. Während von Studienteilnehmenden der ambulanten und spezialisierten fachärztlichen Versorgung (hier Urologie) eine 15-minütige Konsultation bereits als umfangreich angesehen wird, scheint dies in der hausärztlichen Versorgung, insbesondere aufgrund der Vielschichtigkeit und Breite der Behandlungsanlässe innerhalb der einzelnen Konsultationen, nicht immer als ausreichend betrachtet zu werden. Insgesamt wird der Gesprächsleitfaden in der hausärztlichen Praxis aber sowohl im Rahmen von DMPs als auch in regulären Konsultationen als praktikabel empfunden. Einzig in der teilnehmenden urologischen Praxis als Einrichtung der kassenärztlichen, spezialisierten fachärztlichen Versorgung

scheint die Anwendung in der Form, in der sie im Kontext der Pilotierung geplant wurde, aufgrund des Zeitfaktors nicht möglich zu sein. Eine Möglichkeit wird hier z.B. darin gesehen, entsprechende Materialien im Wartezimmer auszulegen und Gespräche zu KA dann durchzuführen, wenn Patient:innen selbst das Thema aufgrund dieser Impulse initiieren. Darüber hinaus wird von in der Klinik tätigen HCPs berichtet, dass sich die Anwendung des Gesprächsleitfadens besonders in *Settings* der Akutversorgung wie der Notaufnahme, Intensivstation oder auch der orthopädisch-unfallchirurgischen Normalstation nur schwer realisieren lässt, da hier andere Versorgungsaspekte vordergründig und kaum Kapazitäten vorhanden sind oder aber auch der Fokus der Patient:innen selbst erst einmal auf der Genesung der akuten Beeinträchtigung liegt. Elektiv-orthopädische oder internistische Stationen (z.B. mit diabetologischem Schwerpunkt) werden dafür als geeigneter angesehen. Die Schwierigkeiten, die von physiotherapeutischer Seite beschrieben werden, treten entweder als berufsspezifische Hindernisse auf, etwa eine kommunikationsunfreundliche Patient:innenlagerung (Bauchlage ohne Blickkontakt), oder zeigen sich teilweise in einer unzureichenden Bereitschaft der Patient:innen zur Eigenaktivität.

In Bezug auf die Verständlichkeit des Gesprächsleitfadens sind keine Schwierigkeiten aufgetreten. Die Bereitschaft zur zukünftigen Anwendung und Weiterempfehlung ist hoch, wobei die spezifischen Nutzungsszenarien - wie beispielsweise aus der urologischen Praxis geschildert - variieren können. Hierbei sollten entsprechende Auswirkungen der veränderten Anwendungsmodalitäten, wie z.B. die vorrangige Auswahl von bewegungsaffinen Menschen, die bereits ausreichend körperlich aktiv sind, bedacht werden. Hinsichtlich Weiterentwicklungsmöglichkeiten des Gesprächsleitfadens werden verschiedene Ideen geäußert, die sich überwiegend auf Aspekte der technischen Umsetzung und weniger auf den Gesprächsleitfaden selbst beziehen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Vereinfachung der Umrechnung anderer (Alltags-) Aktivitäten in Schritte, um eine einheitliche und vergleichbare „Aktivitätswährung“ zu etablieren und so das Aktivitätsniveau der Patient:innen auch als Behandler:in besser erfassen zu können. Idealerweise sollte das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm laut den Teilnehmenden auch als App zur Verfügung stehen, um die Handhabbarkeit und Zugänglichkeit zu erleichtern. Die App sollte nach Möglichkeit individualisierte Ziele generieren, diese im Verlauf an das persönliche Aktivitätsniveau anpassen und gegebenenfalls ein Belohnungssystem beinhalten. Daneben wird vorgeschlagen, ein ortsunabhängiges 10.000-Schritte-Programm anzubieten. Bezogen auf die Anwendung des Gesprächsleitfadens werden

Anmerkungen zur flexiblen Handhabbarkeit der Reihenfolge der Prozessschritte des 5A-Modells, der zu empfehlenden Schrittzahl, deren Darstellungsweise sowie auch der Art der KA als Optimierungsmöglichkeit geäußert.

#### **4.2 Vergleich mit bestehender wissenschaftlicher Literatur**

Studien zur (Kurz-)Beratung in Bezug auf KA liegen im deutschsprachigen Raum kaum vor (24). Nach Kenntnisstand des Untersuchers gibt es neben der hier vorgelegten Studie lediglich eine weitere Studie im deutschsprachigen Raum zur Einschätzung von möglichen Interventionen im Hinblick auf deren Praktikabilität im Praxis- oder Klinikalltag, wobei die besagte Studie von Graf et al. aus den Jahren 2014 / 2015 sich auf die Empfehlung von 10.000 Schritten im Rahmen des „*Check-Up 35*“ konzentriert und nicht die Anwendung in regulären Konsultationen beinhaltet (41). Auch ist hierbei zu erwähnen, dass sich die Arbeit der Methode des *Motivational Interviewings* bedient und seitens der teilnehmenden Hausärzt:innen eine durchschnittliche Beratungsdauer von 9,3 Minuten bis 17,1 Minuten angegeben worden ist (41). Auch wenn im Rahmen dieser Dissertation keine genauen Zeitdaten für die Anwendung des Gesprächsleitfadens erhoben wurden, ist den Aussagen der Studienteilnehmenden nach anzunehmen, dass die Dauer der Anwendung dieses Zeitfenster deutlich unterschritten hat. Eine beispielhafte Einschätzung lag bei „wenigen Minuten“. Derzeit wird in Deutschland im Rahmen des „OptiCor“-Projekts ein ähnlicher Ansatz wie in diesem Promotionsvorhaben untersucht. Ein Teilprojekt umfasst ebenfalls die Entwicklung, Pilotierung und Evaluation einer speziell konzipierten Kurzintervention zur Förderung von Bewegungsempfehlungen in der hausärztlichen Praxis. Ergebnisse zu diesem Teil des Projekts liegen bislang nicht vor (42).

Weitere Arbeiten, die sich mit dem Thema der Beratung bzw. Empfehlung von Bewegung durch Angehörige von Gesundheitsberufen beschäftigen, kommen zu dem Schluss, dass die vermehrte Integration von Bewegungsförderung in die Routinen von HCPs dazu beitragen kann, die Krankheitslast der Bevölkerung zu reduzieren (24). Meist beziehen sich Empfehlungen auf Interventionen in der hausärztlichen Praxis und gehen nicht gesondert auf andere Fach- und Berufsgruppen im deutschen Gesundheitssystem ein (24). Auch sind nach Kenntnisstand des Untersuchenden im deutschsprachigen Raum bisher keine wissenschaftlichen Studien, an denen neben Ärzt:innen auch andere Berufsgruppen teilgenommen haben, angelegt worden. In der Literatur gibt es jedoch Hinweise darauf, dass es sinnvoll sein kann, bei der Beratung zu KA interdisziplinäre Ansätze zu verfolgen (13). Einige Publikationen befassen sich

zudem mit Bewegungsempfehlungen in spezifischen Krankheitssituationen und weniger mit der allgemeinen, gesundheitsfördernden oder (primär-)präventiven Implementierung von Bewegungsberatung in Einrichtungen der Gesundheits- bzw. Krankenversorgung, sodass hier eine bestehende Datenlücke existent sein könnte (43,44). Nach aktuellem Kenntnisstand des Untersuchenden steht insbesondere im deutschsprachigen Raum nur begrenzt Literatur zum 5R-Modell zur Verfügung. Auch wenn dieses kein obligater Bestandteil des vorliegenden Forschungsvorhabens war, wurde es von den Studienteilnehmenden angenommen und im Rahmen der Interventionen teilweise integriert.

Auch auf internationaler Ebene findet sich kaum Literatur, die sich auf die Anwendbarkeit von Gesprächsleitfäden oder (Kurz-)Interventionen auf Basis von BCTs und konkret des 5A-Modells mit dem Ziel einer Förderung von KA bezieht. Meist thematisieren die entsprechenden Arbeiten - wie auch in der deutschsprachigen Literatur - in unidisziplinären Ansätzen ausschließlich die Effektivität solcher Kurzinterventionen für Patient:innen, häufig im Rahmen spezifischer Erkrankungen und Krankheitssituationen (45,46). In einer australischen Arbeit von 2022 werden die Perspektiven von Hausärzt:innen und anderen Beschäftigten der Primärversorgung auf die Anwendung des 5A-Modells, hier bei Patient:innen mit Diabetes Typ 2, beleuchtet, die sich in einigen Aspekten mit den Ergebnissen dieses Forschungsvorhabens decken. Auch hier halten die Autor:innen fest, dass das 5A-Modell zwar häufig für Beratungen zu Verhaltensänderungen empfohlen wird, oft jedoch nicht gänzlich bekannt ist und trotz seiner Einfachheit sehr unterschiedlich angewendet wird. Ähnlich wie in dieser Dissertation wird das 5A-Modell als eine gute Hilfestellung zur Förderung von KA, insbesondere für Einsteiger:innen und noch unerfahrenere Behandler:innen betrachtet. Auch dort besteht auf Seiten der Studienteilnehmenden teilweise der Wunsch, die Reihenfolge der 5As anders bzw. flexibel handhaben zu können (47).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es sowohl national als auch international bisher nur wenig Evidenz für die Anwendbarkeit bzw. Praktikabilität kurzer Interventionen auf Basis von Gesprächsmodellen wie dem 5A-Modell in Bezug auf eine Förderung von KA gibt, insbesondere hinsichtlich interdisziplinärer Ansätze.

Einige auf die hausärztliche Versorgung bezogene Studien empfehlen bzw. nutzen den Einsatz sehr kurzer Interventionen wie etwa einem 3A-Modell (Ask / Assess, Advice, Assist oder teilweise in der Literatur auch Act), das dem 5A Modell ähnelt, jedoch komprimierter ist und sich somit noch effizienter in die Routine von (Haus-)Ärzt:innen

integrieren lassen soll (14). Dabei wird zu Gunsten einer höheren zeitlichen Effizienz bewusst auf umfangreiche und zeitaufwändige Gespräche bezüglich der Motivation und damit vor allem auch auf weitergehende Aktivitäten (wie dem 5R-Modell) hinsichtlich der Erzeugung einer Veränderungsbereitschaft oder des Abbaus patient:innenseitiger Hürden verzichtet, um sich auf die laut Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) empfohlenen Bestandteile von Interventionen zur Bewegungsförderung zu fokussieren. Bei diesen handelt es sich um die Bewertung des aktuellen KA-Niveaus, Beratung zu KA, Ermutigung und ggf. Unterstützung sowie Folgemaßnahmen (48).

Auf internationaler Ebene gibt es vereinzelt Literatur, die Modellvarianten des 5A-Modells mit derartig verkürzten Versionen, die lediglich aus drei Schritten („A“s) bestehen, vergleichend behandelt - allerdings ohne Berücksichtigung einer Verknüpfung des 5A-Modells mit ergänzenden Teilinterventionen wie dem 5R-Modell.

In einem Artikel aus dem Jahr 2022 aus „Current Oncology“ wird beschrieben, welche Auswirkungen die Überarbeitung des 5A-Modells und dessen anschließende Umstellung auf ein 3A-Modell (Ask, Advise, Act) im Kontext der Raucherentwöhnung hatte. Aus Sicht der Autor:innen des Artikels markierte dieser Wechsel einen klaren Fortschritt, da er sowohl eine effizientere zeitliche Umsetzung und eine bessere Anwendbarkeit in den Einrichtungen als auch höhere Überweisungs- und Ansprechzahlen ermöglichte. Hierzu ist zu erwähnen, dass nach der Umstellung der sogenannte „Opt-out“-Ansatz verfolgt wurde: Alle Patient:innen wurden von dort an systematisch auf Tabakkonsum gescreent und erhielten im Falle einer positiven Raucheranamnese automatisch eine Beratung zur Raucherentwöhnung sowie eine Überweisung an Raucherentwöhnungsdienste, sofern dies nicht explizit abgelehnt wurde. Durch dieses Vorgehen wurden deutlich mehr Patient:innen angesprochen (49). Da dies vorher jedoch nicht der Fall war und ein Screening bzw. eine Beratung vom Engagement einzelner Behandelnder abhing, wäre ein direkter Vergleich der Modelle hier methodisch problematisch.

Eine andere, etwas ältere Studie mit zahnärztlichen Privatpraxen in den USA beschäftigte sich ebenfalls vergleichend mit Kurzinterventionen nach dem 5A- und 3A-Modell (50). Laut den Autor:innen ergab sich der Eindruck, dass das 3A-Modell mit einer Überweisung an eine telefonische Beratung praktischer und zeitsparender war sowie darüber hinaus weniger Schulungsaufwand benötigte. Trotzdem wurde das 5A-Modell von den Studienteilnehmenden häufiger vollständig angewendet und nur 35%

der Patient:innen in der 3A-Gruppe erhielten trotz der Kürze des Ansatzes überhaupt eine Überweisung zur telefonischen Beratung. In Relation zur Anzahl der Ansprachen zeigte die 5A-Gruppe die höchsten Entwöhnungsraten, sodass die Autor:innen in ihren Schlussfolgerungen das 5A-Modell favorisieren, auch wenn der Unterschied nicht statistisch signifikant war. Die Tatsache, dass das 5A-Modell von den teilnehmenden Zahnärzt:innen häufiger vollständig angewendet wurde, könnte damit zusammenhängen, dass durch die Überweisung an die telefonische Beratungshotline letztlich eine Verlagerung von Teilen der Gesprächsintervention aus der Praxis an die Hotline erfolgt und sich teilnehmende Zahnärzt:innen der 3A-Gruppe teilweise nicht mehr in erster Verantwortung sahen bzw. dadurch eine geringere eigene Motivation zur Durchführung der vollständigen Intervention aufwiesen (50).

Insgesamt kann anhand der aufgeführten Literatur nicht eindeutig beurteilt werden, ob es eine klare (Gesamt-) Überlegenheit eines Vorgehens nach dem 5A- oder 3A-Modell in Bezug auf die Anwendbarkeit, die Durchführungshäufigkeit der Intervention und das Ansprechen bei Patient:innen gibt. Außerdem bezieht keine der Studien weitere Schritte zum Abbau von Barrieren auf Seiten der Patient:innen (wie das 5R-Modell) mit in die Untersuchung ein, was jedoch einen weiteren wesentlichen Vorteil in Bezug auf Ansprechraten mit sich bringen könnte.

Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass es sich bei einem beabsichtigten Rauchstopp und einer Steigerung von KA um unterschiedliche Outcomes bzw. Zielsetzungen handelt, die eventuell auch emotional different besetzt sind. Das erschwert es zusätzlich, klare Schlüsse hinsichtlich der Überlegenheit eines der genannten Modelle oder einer Übertragbarkeit der Ergebnisse oben genannter Studien in Bezug auf eine Steigerung von KA abzuleiten.

Ein Vergleich von 5A- und 3A-Modell zum Thema Steigerung von KA ist in der Literatur bisher nicht bekannt. Zukünftige Studien sollten dementsprechend die verschiedenen Ansätze - einschließlich ergänzender Strategien zur Reduktion patient:innenseitiger Barrieren und zur Förderung der Veränderungsbereitschaft wie etwa dem 5R-Modell - unter vergleichbaren Bedingungen untersuchen. Dabei sollte insbesondere geprüft werden, inwieweit der Verzicht auf eine Auseinandersetzung mit der (fehlenden) Bereitschaft der Patient:innen zur Verhaltensänderung tatsächliche Vorteile hinsichtlich der zeitlichen Effizienz und Praktikabilität generiert oder ob dieses Vorgehen möglicherweise zu Lasten der Motivation und des Therapieansprechens geht.

### 4.3 Stärken und Schwächen

Besonders hervorzuheben ist, dass das vorliegende Forschungsvorhaben nach Kenntnisstand des Untersuchenden die erste interdisziplinäre Studie in Deutschland darstellt, die die Anwendbarkeit des 5A-Modells als BI mit dem Ziel einer Verhaltensänderung im Rahmen regulärer Konsultationen untersucht. Darüber hinaus kann das systematische und etablierte Vorgehen nach Kuckartz anhand eines Kategoriensystems sowie strukturierten Fokusgruppenleitfäden als Stärke der vorliegenden Dissertation betrachtet werden.

Daneben ist hervorzuheben, dass mit der Durchsicht des Ergebnisteils durch die Studienteilnehmenden und dem zusätzlich angebotenen *Zoom*-Termin eine ergänzende Maßnahme zur Qualitätssicherung implementiert wurde.

Um ein noch umfassenderes Bild des derzeitigen Kenntnisstands und der gegenwärtigen Literatur bezüglich Kurzinterventionen zur Verhaltensänderung, insbesondere in Deutschland, zu zeichnen, wäre eine noch weitreichendere und systematische Literaturrecherche nötig gewesen. Aus Gründen der Praktikabilität wurde in dieser Arbeit entsprechend des im Methodenteil beschriebenen Vorgehens agiert.

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um ein qualitatives Forschungsvorhaben handelt, können die Ergebnisse und Schlussfolgerungen nicht als Grundlage allgemeingültiger Aussagen zum Thema der Arbeit herangezogen werden, sondern sind vielmehr als Impulse zur Ideengenerierung zu verstehen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Herausforderungen im Rahmen der Rekrutierung, der damit einhergehenden Heterogenität der Fallgruppenauswahl sowie der resultierenden, gegebenenfalls eingeschränkt repräsentativen Stichprobe. Durch die Notwendigkeit der teilweise vorgenommenen Bildung eines *Convenience Samples* sind zudem Verzerrungen aufgrund von sozialer Erwünschtheit nicht auszuschließen. Die angesprochene Heterogenität könnte im Rahmen des Forschungsprozesses jedoch gleichzeitig auch vorteilhaft gewesen sein, da durch den multiprofessionellen Austausch innerhalb der Fokusgruppen Erkenntnisse über eine (eventuell unzureichende) interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Vorteile multiprofessioneller und multimodaler Konzepte gewonnen werden konnten.

Da der Prozess der Datenkodierung in der qualitativen Inhaltsanalyse eine wichtige Rolle spielt und die Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen kodierenden Personen nach Kuckartz ein Kernkriterium bzw. diese - als *Intercoder-Reliabilität* bezeichnet - auch ein Gütekriterium der qualitativen Inhaltsanalyse darstellt (39,51), ist

die hier durchgeführte Kodierung ausschließlich durch den Untersuchenden selbst möglicherweise ebenfalls als Limitation einzuordnen.

Auch ist keine Wirksamkeitsüberprüfung zur tatsächlichen Umsetzung der Empfehlungen seitens der Patient:innen erfolgt, sodass hierüber keine Aussagen getroffen werden können.

#### **4.4 Implikationen für die zukünftige Praxis**

Die Anwendung eines systematischen und evidenzbasierten Gesprächsleitfadens auf Basis des 5A-Modells als Kurzintervention könnte helfen, das Thema KA insbesondere bei HCPs, die bisher wenig Erfahrung im Bereich von Kurzinterventionen zur Verhaltensänderung aufweisen, in den Konsultationen zu inkludieren.

Die meisten bisherigen Studien konzentrieren sich auf das 5A-Modell, bieten jedoch oft nur begrenzte Strategien für den Umgang mit Patient:innen, die zunächst keine Bereitschaft zur Verhaltensänderung zeigen. Da dieses Szenario von den Studienteilnehmenden als wesentliche Herausforderung beschrieben wurde, könnte eine stärkere Verzahnung mit dem 5R-Schema und ähnlichen Modellen hilfreich sein, um Hürden und Bedenken auf Seiten der Patient:innen abzubauen. Dies würde insbesondere ermöglichen, in Situationen fehlender initialer Veränderungsbereitschaft auf adäquate Handlungsstrategien zurückzugreifen. Um zu überprüfen, ob die Kombination des 5A- und 5R-Modells erfolgversprechender und praktikabler ist als die Anwendung eines einzelnen Modells, sind weitere, idealerweise vergleichende Untersuchungen erforderlich.

Angesichts der bislang nur spärlich vorhandenen Evidenz zum 5R-Modell könnte auch hier weitere Forschung zur Effektivität dieses Ansatzes, insbesondere für den Bereich der Förderung von regelmäßiger KA, hilfreich sein.

Da sowohl in der bestehenden Literatur als auch in dieser Arbeit die Empfehlung von KA vorrangig krankheits- und beschwerdebezogen erfolgt, sollte in zukünftigen Studien untersucht werden, inwiefern ein rein gesundheitsfördernder und primärpräventiver Einsatz durch Angehörige von Gesundheitsberufen praktikabel und zielführend ist. In diesem Zusammenhang ergibt sich anhand der Diskussionen in den Fokusgruppen die Frage, welche Rolle Aspekte wie die Krankheitslast und der Leidensdruck von Patient:innen für die Annahme und Adhärenz und damit auch die Effektivität solcher Beratungsansätze zur Förderung von KA spielen, was ebenfalls Bestandteil zukünftiger

Untersuchungen sein könnte. Zusätzliche Schulungen zu Gesprächstechniken für HCPs könnten dazu beitragen, den Gesprächsleitfaden effizienter in den Arbeitsalltag zu integrieren und Barrieren bei Patient:innen abzubauen, um darüber eine gute Akzeptanz und Adhärenz hinsichtlich der Empfehlungen zu erreichen. Außerdem könnte es vor dem Hintergrund, dass einige HCPs angegeben haben, wenig Kenntnis über Anbindungsmöglichkeiten in Bezug auf KA und Präventionsmaßnahmen generell zu besitzen, auch sinnvoll sein, regelmäßige Schulungen zu solchen Maßnahmen durchzuführen sowie Informationen dazu verstärkt in bestehende Weiterbildungsveranstaltungen zu integrieren. Die Steigerung der Bekanntheit niederschwelliger und nicht schambehafteter Angebote ohne Leistungsdruck könnte die Empfehlung von KA erleichtern.

Außerdem zeigte der Austausch der verschiedenen Professionen innerhalb dieses Forschungsvorhabens, dass Notwendigkeit zur verbesserten Zusammenarbeit und eines breiteren interdisziplinären Angebots für Patient:innen besteht. Da Maßnahmen wie beispielsweise Physiotherapie, Krankengymnastik und Rehasport ärztlich verordnet werden, könnte bereits der Zeitpunkt der Verordnung ein geeigneter Anknüpfungspunkt sein, um das Thema KA ausführlicher zu thematisieren. In diesem Zusammenhang könnten zukünftig multimodale Ansätze und Behandlungskonzepte in einer Einrichtung („unter einem Dach“) - wie im stationären und privattherapeutischen Sektor bereits zunehmend eingesetzt - auch ambulant in der kassenärztlichen Versorgung interessant für eine genauere Betrachtung und dienlich dafür sein, eine umfassende Patient:innenversorgung und Anbindung zu gewährleisten. Ein daraus resultierendes, besseres Verständnis der Behandlungen selbst, aber auch ihrer Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit könnte zu einer verbesserten Kommunikation bezüglich KA zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sowie möglicherweise auch zu einer verbesserten Adhärenz bei Patient:innen beitragen.

Für eine weitere Anwendung des Gesprächsleitfadens bestünde zudem der Wunsch nach weiterführenden technischen Hilfsmitteln wie einer App, die die digitale Dokumentation der gesammelten Schritte und weiterer Aktivitäten vereinfacht. Dies könnte nicht nur die Motivation der Patient:innen steigern, sondern auch die Handhabung erleichtern, Erklärungsbedarf reduzieren und damit die Empfehlungs- und Beratungsmöglichkeit in Konsultationen effizienter gestalten.

#### 4.5 Schlussfolgerungen

Die Studie zeigt, dass körperliche Aktivität (KA) in medizinischen Einrichtungen als wichtig erachtet wird, die Beratung dazu in der bisherigen Praxis jedoch stark variiert, nicht systematisch (zum Beispiel mit Hilfe von Programmen oder Hilfsmitteln) durchgeführt wird und häufig unspezifisch bleibt. Der Faktor Zeit ist ein wesentlicher Punkt für die Praktikabilität solcher Kurzinterventionen im Arbeitsalltag von HCPs. Gleichzeitig stellt Zeitmangel sektoren- und berufsübergreifend eine zentrale Hürde dar, die insbesondere im ambulanten, spezialisierten, fachärztlichen Setting, hier konkret der Urologie, noch schwieriger zu überwinden erscheint. Der entwickelte Gesprächsleitfaden erwies sich in diesem Kontext als anwendbar und verständlich, wird von den Studienteilnehmenden insbesondere für jüngere und unerfahrenere HCPs als hilfreich betrachtet und eine zukünftige Anwendung und Weiterempfehlung wird von vielen Studienteilnehmenden als wahrscheinlich erachtet.

Einzelne Anpassungen und technische Ergänzungen werden von einigen Studienteilnehmenden als erforderlich bzw. wünschenswert gesehen, um den Gesprächsleitfaden in verschiedenen beruflichen und zeitlichen Kontexten optimal einsetzen zu können. So sollte der Leitfaden inhaltlich flexibler gestaltet werden bzw. sollte die Flexibilität im Hinblick auf die genannten Punkte „Reihenfolge der Prozessschritte des 5A-Modells“, „zu empfehlende Schrittzahl“, deren Darstellungsweise und die „Art der empfohlenen KA“, die bereits in der Pilotierungsversion angedacht gewesen ist, für die Anwender:innen noch deutlicher hervorgehoben und verschriftlicht werden, um den HCPs nicht den Eindruck zu vermitteln, an ein bestimmtes Konzept gebunden oder in der Ausübung ihrer Tätigkeit bevormundet zu werden. Weiterhin könnte das Einfügen ergänzender, konkreter und geschlossener Fragen beim Punkt „Ask“ des Gesprächsleitfadens helfen, ein genaueres Bild des Aktivitätsniveaus der Patient:innen aufzuzeigen. Dies könnten beispielsweise Fragen sein wie: „Sind Sie die empfohlenen 150-300 Minuten pro Woche moderat körperlich aktiv?“ Alternativ kann die Erstellung von ergänzendem Material wie beispielsweise einem *OnePager* zur Erfassung des Aktivitätsniveaus erwogen werden.

Es ergibt sich der grundsätzliche Eindruck, dass das Verhältnis zwischen HCPs und Patient:innen eine wichtige Rolle beim Erfolg von Beratung zur Verhaltensänderung spielt. Auf Basis der geschilderten Erfahrungen scheint eine patient:innenzentrierte, interaktive Herangehensweise einem autoritär und paternalistisch geprägten Arzt-Patient:innen-Beziehungsmodell für Empfehlungen zur Verhaltensänderung überlegen zu sein.

## 5 Literaturverzeichnis / Quellenangaben

1. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB). Zur demographischen Lage in Deutschland. 2023.
2. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Bevölkerungsentwicklung. 2016.
3. Peters A, Peters A, Greiser KH, Göttlicher S, Ahrens W, Albrecht M, u. a. Framework and baseline examination of the German National Cohort (NAKO). *Eur J Epidemiol.* 2022;37(10):1107–24.
4. Miko HC, Zillmann N, Ring-Dimitriou S, Dorner TE, Titze S, Bauer R. Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentlichen Gesundheitsdienstes Ger.* September 2020;82(Suppl 3):S184–95.
5. Physical activity factsheets for the 28 European Union Member States of the WHO European Region [Internet]. [zitiert 9. August 2024]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC71-R14>
6. Vogt L, Hoppe I, Thoma R, Gabrys L, Friedrich G, Coester E, u. a. Wirksamkeit des Rezepts für Bewegung aus Patientensicht – die ärztliche Beratung und Handlungsabsichten/-konsequenzen nach erfolgter Rezeptverschreibung. *DMW - Dtsch Med Wochenschr.* 13. Mai 2019;144:e64–9.
7. Graf C u. a. Feasibility and acceptance of exercise recommendations (10,000 steps a day) within routine German health check. 2016;
8. Martin BW, Jimmy G, Marti B. Promotion of health enhancing physical activity – challenges and first experiences from Switzerland. *Ther Umsch* [Internet]. 14. März 2013 [zitiert 3. September 2024]; Verfügbar unter: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/0040-5930.58.4.196>
9. De Cocker KA, De Bourdeaudhuij IM, Brown WJ, Cardon GM. Effects of “10,000 Steps Ghent”: A Whole-Community Intervention. *Am J Prev Med.* 1. Dezember 2007;33(6):455–63.
10. Pischke C, Fialho PM, Schmitz E, Günther L, Weyers S. 10.000 Schritte Düsseldorf – Partizipative Interventionsentwicklung. *Public Health Forum.* 1. September 2024;32(3):267–71.
11. Matos Fialho PM, Günther L, Schmitz E, Trümmeler J, Willemsen S, Vomhof M, u. a. Effects of the Population-Based “10,000 Steps Duesseldorf” Intervention for Promoting Physical Activity in Community-Dwelling Adults: Protocol for a Nonrandomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc.* 21. September 2022;11(9):e39175.
12. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. [zitiert 16. August 2024]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
13. Füzéki E, Weber T, Groneberg DA, Banzer W. Physical Activity Counseling in Primary Care in Germany—An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* Januar 2020;17(15):5625.

14. Lamming L, Pears S, Mason D, Morton K, Bijker M, Sutton S, u. a. What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews. *Prev Med.* 1. Juni 2017;99:152–63.
15. Bartlem K, Wolfenden L, Colyvas K, Campbell L, Freund M, Doherty E, u. a. The association between the receipt of primary care clinician provision of preventive care and short term health behaviour change. *Prev Med.* 1. Juni 2019;123:308–15.
16. Champassak SL, Catley D, Finocchiaro-Kessler S, Farris M, Ehtesham M, Schoor R, u. a. Physician smoking cessation counseling and adherence to a clinical practice guideline. *Eur J Pers Centered Healthc.* 2014;2(4):477–84.
17. Finne E, Gohres H, Seibt AC. Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. Leitbegriffe Gesundheitsförderung Prävent [Internet]. 2021 [zitiert 3. September 2024]; Verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/erklaerungs-und-veraenderungsmodelle-1-einstellungs-und-verhaltensaenderung/>
18. Kao YH, Tseng TS, Celestin MD, Hart J, Young L, Li M, u. a. Association Between the 5As and Stage of Change Among African American Smokers Eligible for Low-Dose Computed Tomography Screening. *Prev Chronic Dis.* 15. Juli 2021;18:E71.
19. Thijs GA. GP's consult & health behaviour change project: Developing a programme to train GPs in communication skills to achieve lifestyle improvements. *Patient Educ Couns.* 1. August 2007;67(3):267–71.
20. Hoy J, Natarajan A, Petra MM. Motivational Interviewing and the Transtheoretical Model of Change: Under-Explored Resources for Suicide Intervention. *Community Ment Health J.* Juli 2016;52(5):559–67.
21. Searight HR. Counseling Patients in Primary Care: Evidence-Based Strategies. *Am Fam Physician.* 15. Dezember 2018;98(12):719–28.
22. McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T, u. a. New Zealand smoking cessation guidelines. *N Z Med J.* 20. Juni 2008;121(1276):57–70.
23. Fiore et al. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med.* 1. August 2008;35(2):158–76.
24. Kastaun S, Prinz A, Hoppe S, Gabrys L, Wilm S. Beratung zu Bewegung in der Hausarztpraxis. *Z Für Allg.* 1. Juli 2024;100(4):190–7.
25. Kastaun S, Leve V, Hildebrandt J, Funke C, Klosterhalfen S, Lubisch D, u. a. Training general practitioners in the ABC versus 5As method of delivering stop-smoking advice: a pragmatic, two-arm cluster randomised controlled trial. *ERJ Open Res.* 26. Juli 2021;7(3):00621–2020.
26. 076-006l\_S3\_Rauchen-\_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung\_2021-03.pdf [Internet]. [zitiert 20. Februar 2025]. Verfügbar unter: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006l\\_S3\\_Rauchen-\\_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung\\_2021-03.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-006l_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf)
27. Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention S3-Leitlinie DEGAM. 2017;

28. Huang N. Motivating patients to move. *Aust Fam Physician*. 2005;34(6):413–7.
29. Peters S, Schwab M, Faller H, Meng K. Schulung für Ärzte zur Bewegungsförderung bei Älteren. *Prävent Gesundheitsförderung*. 1. August 2017;12(3):218–26.
30. Gulati GK, Hinds BJ. Smoking Cessation Potential of Smartphone–Assisted Behavioral Therapy Coupled to Programmable Carbon Nanotube Membrane Nicotine Delivery Device. *Crit Rev Ther Drug Carr Syst* [Internet]. 2018 [zitiert 29. August 2024];35(6). Verfügbar unter: <https://www.dl.begellhouse.com/journals/3667c4ae6e8fd136,07f9eeb13a8b2e61,1226113d3a5e0fb2.html>
31. Shaik SS, Doshi D, Bandari SR, Madupu PR, Kulkarni S. Tobacco Use Cessation and Prevention – A Review. *J Clin Diagn Res JCDR*. Mai 2016;10(5):ZE13–7.
32. Kanaley JA, Colberg SR, Corcoran MH, Malin SK, Rodriguez NR, Crespo CJ, u. a. Exercise/Physical Activity in Individuals with Type 2 Diabetes: A Consensus Statement from the American College of Sports Medicine. *Med Sci Sports Exerc*. 1. Februar 2022;54(2):353–68.
33. Ceriello A, Prattichizzo F. Variability of risk factors and diabetes complications. *Cardiovasc Diabetol*. 7. Mai 2021;20:101.
34. Leitlinien.de [Internet]. [zitiert 2. September 2024]. Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes: Screening und erhöhtes Diabetesrisiko. Verfügbar unter: <https://www.leitlinien.de/themen/diabetes/version-3/kapitel-3>
35. Chr V. Bewegungsförderung über die Arztpraxis Handbuch für Hausärztinnen und Hausärzte (paprica.ch).
36. Strauss AL. *Basics of qualitative research*. 2. print. Sage Publ.; 1990.
37. Döring N, Bortz J. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016 [zitiert 2. Oktober 2024]. (Springer-Lehrbuch). Verfügbar unter: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-642-41089-5>
38. Flick U, Kardorff E von, Steinke I, Hildenbrand B, Willems H, Bergmann JR, u. a. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. 14. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch; 2000. 768 S.
39. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Aufl. Beltz Verlagsgruppe; 2016.
40. Hassett L, Jennings M, Brady B, Pinheiro M, Haynes A, Sidhu B, u. a. Brief physical activity counselling by physiotherapists (BEHAVIOUR): protocol for an effectiveness-implementation hybrid type II cluster randomised controlled trial. *Implement Sci Commun*. 8. April 2022;3:39.
41. Graf C, Schlepper S, Bauer C, Ferrari N, Frank S, Gartner L, u. a. Feasibility and acceptance of exercise recommendations (10,000 steps a day) within routine German health check (Check-Up 35/GOÄ29)—study protocol. *Pilot Feasibility Stud*. 7. September 2016;2:52.

42. Hoppe S, Prinz A, Crutzen R, Donner-Banzhoff N, Icks A, Kotz D, u. a. Optimising the treatment of chronic ischemic heart disease by training general practitioners to deliver very brief advice on physical activity (OptiCor): protocol of the systematic development and evaluation of a complex intervention [Internet]. 2023 [zitiert 9. August 2024]. Verfügbar unter: <https://www.researchsquare.com/article/rs-3453073/v1>
43. Kobleder A, Glaus A, Ott S, Meichlinger J. [Promoting physical activity in women during breast cancer therapy: A mixed methods evaluation of a nursing counselling intervention]. *Pflege*. 2022;35(5):259–68.
44. Golla A, Mattukat K, Mau W. [Promotion of physical activity for older patients with rheumatism : Characteristics of inflammatory rheumatic diseases against the background of physical activity recommendations]. *Z Rheumatol*. März 2019;78(2):127–35.
45. Reed JR, Estabrooks P, Pozehl B, Heelan K, Wichman C. Effectiveness of the 5A's Model for Changing Physical Activity Behaviors in Rural Adults Recruited From Primary Care Clinics. *J Phys Act Health*. 1. Dezember 2019;16(12):1138–46.
46. Burton NW, Ademi Z, Best S, Fiatarone Singh MA, Jenkins JS, Lawson KD, u. a. Efficacy of brief behavioral counselling by allied health professionals to promote physical activity in people with peripheral arterial disease (BIPP): study protocol for a multi-center randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 9. November 2016;16:1148.
47. Sturgiss E, Advocat J, Ball L, Williams LT, Prathivadi P, Clark AM. Behaviour change for type 2 diabetes: perspectives of general practitioners, primary care academics, and behaviour change experts on the use of the 5As framework. *Fam Pract*. 1. Oktober 2022;39(5):891–6.
48. Physical activity: brief advice for adults in primary care. *Phys Act*.
49. E C, V L, S R, M H, N S, S K, u. a. Evolution of a Systematic Approach to Smoking Cessation in Ontario's Regional Cancer Centres. *Curr Oncol Tor Ont [Internet]*. 30. Juni 2022 [zitiert 25. Mai 2025];29(7). Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35877225/>
50. Gordon JS, Andrews JA, Crews KM, Payne TJ, Severson HH. The 5A's vs 3A's plus proactive quitline referral in private practice dental offices: preliminary results. *Tob Control*. 2007;16(4):285–8.
51. Miles MB. *Qualitative data analysis*. 3. ed. SAGE; 2014.

## 6 Anhang

- 6.1. Gesprächsleitfaden auf Basis des 5A-Modells als Kurzintervention zur Bewegungsförderung in Gesundheitseinrichtungen
- 6.2. Anschreiben für die HCPs / HCOs
- 6.3. Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen für Teilnehmer:innen
- 6.4. Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen für Patient:innen
- 6.5. Leitfäden mit Fragen für die Fokusgruppensitzungen 1 und 2
- 6.6. Verwendete Ausgabematerialien zum „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm
- 6.7. *Screenshots* der „10.000 Schritte Düsseldorf“ *Homepage*
- 6.8. Transkripte der durchgeführten Fokusgruppen / Interviews und Textbeiträge
- 6.9. Ergebnisse der strukturierenden Inhaltsanalyse als fallbezogene thematische Zusammenfassungen der Haupt-, Sub- und Sub-subkategorien in tabellarischer Form
- 6.10. Kategoriensystem und -handbuch zur Qualitativen Inhaltsanalyse

## **Anhang 6.1: Gesprächsleitfaden für 10.000 Schritte Düsseldorf nach dem „5A-Modell“ (Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange)**

### **Ask - Nach dem aktuellem Aktivitätsniveau erkundigen**

Sind Sie zurzeit körperlich aktiv?

Wenn ja, in welcher Form und wieviel?

*Ja, ausreichend aktiv (entsprechend den aktuellen WHO-Empfehlungen 150 bis 300 Minuten an moderater bzw. 75 bis 150 Minuten an intensiver körperlicher Aktivität pro Woche) → Verhalten bestärken, mit sonstigem Konsultationsanlass fortfahren*

*Nein, nicht oder wenig aktiv → Motivation zur Verhaltensänderung abklären (Assess)*

### **Assess - Motivation zur Verhaltensänderung abklären**

Hätten Sie Interesse daran, im Alltag etwas für Ihre Gesundheit zu tun?

*Bereitschaft nicht vorhanden → Sensibilisieren, dann erneut Punkt „Assess“ durchführen*

*Beispiel für Sensibilisierung (angelehnt an das „5R-Schema“\*, s.u. optional):*

*„Körperliche Aktivität hat einen maßgeblichen, positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit. So kann regelmäßige körperliche Aktivität beispielsweise das Risiko an Übergewicht, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Diabetes, Osteoporose, verschiedenen Krebsarten oder Depressionen zu erkranken, reduzieren. Sie können für sich selbst damit also in vielfältiger Weise etwas Gutes tun. Welche positiven Veränderungen würden Sie bei mehr Bewegung für sich erwarten bzw. sich erhoffen und was hält Sie momentan noch davon ab, es einmal zu versuchen?“*

*Bereitschaft vorhanden → Empfehlung von mehr Alltagsaktivität in Form von Schritten aussprechen (Advise)*

### **Advise - Empfehlung von mehr Alltagsaktivität in Form von Schritten aussprechen**

Sie sind bereit, etwas für Ihre Gesundheit zu tun, das ist prima! Eine gute Möglichkeit sich mehr zu bewegen, ist mehr „Alltagsaktivität“, zum Beispiel in Form von mehr Schritten.

*Beispiele:*

- *Treppe statt Aufzug*
- *Brötchen holen oder kleine Einkäufe zu Fuß erledigen*
- *Zu einem Spaziergang verabreden*
- *Als Bus- oder Bahnutzer:innen eine Station früher aussteigen und den restlichen Weg zu Fuß gehen*

### **Assist – Hilfe anbieten durch Vorstellung des Projekts „10.000 Schritte Düsseldorf“**

Um auf spannende Art und Weise mehr Schritte zu gehen, würde sich die Teilnahme am Bewegungsprogramm „10.000 Schritte Düsseldorf“ anbieten, das aktuell in Düsseldorf stattfindet. Vielleicht haben Sie schon von dem Projekt gehört. **Dabei kann jeder, der Lust an der Teilnahme hat, seine täglichen Schrittzahlen sammeln bzw. auf der Homepage des Projekts eintragen und -bei Interesse- sogar in den Wettbewerb mit anderen Teilnehmer:innen treten. Das Ganze ist völlig kostenlos. (→ Gesundheitsberufler:innen können Flyer / Sticker mit QR-Code und Homepage-Domain an Patient:innen ausgeben.)**

## **Arrange - Einen Nachbesprechungs- bzw. Folgetermin anbieten**

Wenn Sie möchten, können wir uns in 4 Wochen noch einmal zusammensetzen, um zu besprechen, wie Ihr Start in das Projekt war.

### **\*5R-Schema:**

- Hilft die Vor- und Nachteile zu bilanzieren
- Die Auseinandersetzung mit den Nachteilen erhöht die Veränderungsbereitschaft
- Gemeinsam mit Patient:innen erarbeiten:

1. **Relevanz** für Patient:in (aktuelle Situation) - *„Bewegung hat einen maßgeblichen, positiven Einfluss auf Ihre Gesundheit. Die richtige Form und Dosierung von Bewegung kann Ihnen helfen, Ihr persönliches Wohlbefinden zu steigern.“*

2. **Risiken** (individuelle) ansprechen – *„Regelmäßige Bewegung kann beispielsweise das Risiko an Übergewicht, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Diabetes, Osteoporose, verschiedenen Krebsarten oder Depressionen zu erkranken, reduzieren. (Ihre leichte Langzeitzuckererhöhung könnte sich damit ggf. bereits wieder normalisieren.)“*

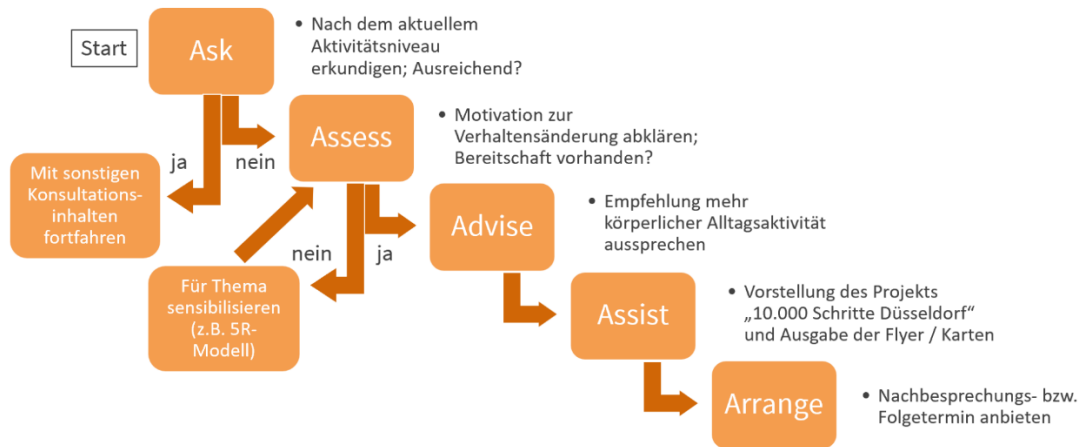
3. **Reize** bzw. individuellen Vorteile - *„Welche positiven Veränderungen würden Sie bei mehr Bewegung für sich selbst erwarten bzw. sich erhoffen?“*

4. **Riegel** Vorbehalte und Befürchtungen (Hindernisse) – *„Was hält Sie momentan noch davon ab, es einmal zu versuchen?“*

5. **Repetition** Abfragen, Anraten, Aufhörmotivation

## Als Hilfestellung für Sie:

### Ablaufschema zum Gesprächsleitfaden



Ablaufschema für die Anwendung des Gesprächsleitfadens, adaptiert nach „Bewegungsförderung für die Arztpraxis (2012) - Handbuch für Hausärztinnen und Hausärzte“ ([www.paprica.ch](http://www.paprica.ch))



### Anleitung zur Durchführung der Konsultation mithilfe des Leitfadens



1  
Normale Konsultation durchführen



2  
Patient:innen nach Interesse an der Teilnahme fragen und unter Zuhilfenahme des **Aufklärungs- und Einwilligungsschreibens** ggf. aufklären



3  
Patient:innen am Ende des **Aufklärungs- und Einwilligungsschreibens** schriftlich in die Teilnahme einwilligen lassen



4  
**Leitfaden** mit Patient:innen durchgehen; Das im Leitfaden enthaltene Ablaufdiagramm kann Ihnen als Hilfestellung dienen und zeigt Ihnen eine Übersicht über die einzelnen Schritte des Leitfadens



5  
**Leitfaden** mit Patient:innen durchgehen; Händigen Sie an geeigneter Stelle (s. Leitfaden) die **Flyer und QR-Code Karten** an die Patient:innen aus



6  
Wenn Sie fertig sind, führen Sie die reguläre Konsultation fort oder beenden Sie diese je nach Situation

Legende:



Aufklärungs- u. Einwilligungsschreiben



Leitfaden



Flyer und QR-Code Karten

## Anhang 6.2: Anschreiben für die HCPs / HCOs

Universitätsklinikum Düsseldorf AöR • Moorenstraße 5 • 40225 Düsseldorf

Ansprechpartnerin:  
Julius Vogel

Durchwahl:  
0172 8770328

E-Mail:  
Julius.Vogel@hhu.de

Datum:  
02.04.2023

### **Einladung zum Forschungsvorhaben: Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Angehörige von Gesundheitsberufen mithilfe eines Gesprächsleitfadens**

Sehr geehrte Kolleg:innen,

auf diesem Weg möchte ich, Julius Vogel, Arzt und medizinischer Doktorand in der Sektion Public Health des Instituts für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Leitung: Prof. Claudia Pischke) Sie zur Teilnahme an einer Studie zum Thema Kommunikationsmöglichkeiten in Gesundheitsberufen zur Steigerung von regelmäßiger körperlicher Aktivität einladen.

Im Anhang dieser E-Mail finden Sie die Unterlagen zum Forschungsvorhaben. Diese umfassen ein Aufklärungs- und Informationsschreiben zur Studie, in welchem Sie sich näher über das Projekt informieren und bei Interesse an der Teilnahme, dieser zustimmen können (**Aufklärung und Einwilligung für Gesundheitsberufler:innen**). Das **Piktogramm** skizziert in übersichtlicher Art und Weise die einzelnen Schritte der Studie. Außerdem ist der für die Studie benötigte **Gesprächsleitfaden** mit ausdrucksfähigen **Flyern und Kärtchen** zur Ausgabe an Patient:innen sowie ein **Aufklärungs- und Einwilligungsschreiben für Ihre Patient:innen** angehängt.

Gerne stehe ich Ihnen für eventuelle Rückfragen und um das weitere Vorgehen zu besprechen, telefonisch oder persönlich zur Verfügung. Sollten keine Rückfragen bestehen, können Sie uns gerne das unterschriebene Informations- und Aufklärungsschreiben direkt zukommen lassen. In diesem Fall erhalten Sie im Anschluss Informationen zu den nächsten Schritten von uns.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme!

Freundliche Grüße

Julius Vogel



**Leitung Sektion Public Health**  
Univ.-Prof. Dr. Claudia Pischke  
Telefon (0211) 81-08599  
E-Mail: [claudia.pischke@hhu.de](mailto:claudia.pischke@hhu.de)

**Stellvertretende  
Leiterin des Instituts für  
Medizinische Soziologie**  
Univ.-Prof. Claudia Pischke

**Sekretariat:**  
Szilvia Jancso-Papoutsis  
Tel. (0211) 81-06418  
E-Mail: [Szilvia.Jancso-Papoutsis@uni-duesseldorf.de](mailto:Szilvia.Jancso-Papoutsis@uni-duesseldorf.de)

**Website des Instituts:**  
<https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/institut-fuer-medizinische-soziologie>

**Website des Studiengangs  
Public Health**  
[www.public-health.hhu.de](http://www.public-health.hhu.de)



**Besucheranschrift:**  
Moorenstraße 5,  
Geb. 17.11. Ebene 03  
40225 Düsseldorf

## Anhang 6.3: Aufklärungs- und Einwilligungunterlagen für Teilnehmer:innen

Universitätsklinikum Düsseldorf AöR • Moorenstraße 5 • 40225 Düsseldorf



**Leitung Sektion Public Health**  
Univ.-Prof. Dr. Claudia Pischke  
Telefon (0211) 81-08599  
E-Mail: [claudia.pischke@hhu.de](mailto:claudia.pischke@hhu.de)

Ansprechpartnerin:  
Prof. Dr. C. Pischke

Durchwahl:  
0211 81-08599

E-Mail:  
[claudia.pischke@hhu.de](mailto:claudia.pischke@hhu.de)

Datum:  
02.04.2023

**Stellvertretende  
Leiterin des Instituts für  
Medizinische Soziologie**  
Univ.-Prof. Claudia Pischke

### **Probandeninformation und Einwilligungserklärung zum Forschungsvorhaben: Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Angehörige von Gesundheitsberufen mithilfe eines Gesprächsleitfadens**

#### **Probandeninformation**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchten wir Sie über das Forschungsprojekt „Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Angehörige von Gesundheitsberufen mithilfe eines Gesprächsleitfadens“ informieren und gleichzeitig um Ihre Einwilligung zur Teilnahme bitten. In dieser Probandeninformation finden Sie alles Wesentliche zu der Studie.

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch. Wir werden zusätzlich mit Ihnen über die Studie sprechen und Ihre Fragen beantworten.

Die Studie wird als Doktorarbeit von Herrn Julius Vogel (Arzt) vom Institut für Medizinische Soziologie, Sektion Public Health der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf geplant und durchgeführt. Für die Studie liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vor.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen wollen oder wenn Sie später Ihre Einwilligung widerrufen, werden Ihnen daraus keine Nachteile entstehen.

Wenn Sie jetzt oder auch später weitere Fragen zur Studie haben, können Sie uns gerne kontaktieren. Wenden Sie sich dazu an Prof. Dr. phil. Claudia Pischke; E-Mail: [claudia.pischke@hhu.de](mailto:claudia.pischke@hhu.de).

#### **Warum wird diese Studie durchgeführt?**

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt 150-300 Minuten moderate körperliche Aktivität pro Woche oder 75-150 Minuten intensive körperliche

**Sekretariat:**  
Szilvia Jancso-Papoutsis  
Tel. (0211) 81-06418  
E-Mail: [Szilvia.Jancso-Papoutsis@uni-duesseldorf.de](mailto:Szilvia.Jancso-Papoutsis@uni-duesseldorf.de)

**Website des Instituts:**  
<https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/institut-fuer-medizinische-soziologie>

**Website des Studiengangs  
Public Health**  
[www.public-health.hhu.de](http://www.public-health.hhu.de)



**Besucheranschrift:**  
Moorenstraße 5,  
Geb. 17.11. Ebene 03  
40225 Düsseldorf

Aktivität. Viele Menschen schaffen es in ihrem Alltag nicht, dies umzusetzen, was insbesondere in westlichen Industrienationen zu einer erhöhten Prävalenz von Lifestyle-assoziierten Erkrankungen, wie Diabetes Mellitus, Arteriosklerose oder Bluthochdruck, führt. Regelmäßige körperliche Aktivität ist ein wichtiger protektiver Faktor zur Vermeidung dieser chronischen Erkrankungen und fördert das mentale Wohlbefinden.

In Anlehnung an die Interventionsstudie „10,000 steps Ghent“, in der die Bevölkerung der Stadt Ghent durch verschiedene Interventionsansätze erfolgreich zu mehr gesundheitsfördernder Alltagsaktivität in Form von erhöhten Schrittzahlen animiert wurde, wird in Düsseldorf eine Replikationsstudie durchgeführt („10.000 Schritte Düsseldorf“), die durch bewegungs- bzw. schrittzahlfördernde Interventionen in verschiedenen Bereichen der Stadt Düsseldorf das gleiche Ziel verfolgt.

Flankierend zu dem laufenden Projekt in Düsseldorf soll im Rahmen dieser Doktorarbeit durch einen eigens dafür entwickelten Gesprächsleitfaden für Angehörige von Gesundheitsberufen eine weitere Möglichkeit geschaffen werden, Menschen auf das Bewegungsprogramm „10.000 Schritte Düsseldorf“ aufmerksam zu machen und darüber zu mehr Alltagsaktivität in Form von erhöhten Schrittzahlen zu animieren.

Um zunächst herauszufinden, wie praktikabel ein solcher Gesprächsleitfaden im Setting der Konsultationen zur Patientenkommunikation eingesetzt werden kann, soll im Rahmen des Promotionsvorhabens von Herrn Julius Vogel der Gesprächsleitfaden in ausgewählten Praxen pilotiert werden. Sowohl vor als auch im Anschluss an die Pilotierung soll die Anwendung des Gesprächsleitfadens durch Sie, die teilnehmenden Gesundheitsberufler:innen, im Rahmen von Online-Fokusgruppen diskutiert werden.

Die aus den Erfahrungen der teilnehmenden Gesundheitsberufler:innen gewonnenen Erkenntnisse über die Anwendung des Leitfadens sollen zum einen Rückschlüsse auf die Praktikabilität eines solchen Gesprächsleitfadens im Rahmen des täglichen Arbeitens sowie die bisherige Thematisierung körperlicher Aktivität in den Praxen zulassen und zum anderen ggf. auch weitere Adaptationen des Leitfadens ermöglichen.

### Wie läuft die Studie ab?

Die Teilnahme an der Studie wird ab Beginn der ersten Fokusgruppensitzung (s.u.) etwa zwei Monate dauern.

Der speziell für diese Studie entwickelte Gesprächsleitfaden liegt dem Einladungsschreiben und dem Informationsmaterial bei.

Für die Teilnahme an der Studie möchten wir Sie bitten, sich den beiliegenden Gesprächsleitfaden durchzulesen und sich vorab Gedanken darüber zu machen, inwiefern Sie die Anwendung dieses Leitfadens für praktikabel halten, wie man ihn ggf. für die Anwendung in der Praxis optimieren könnte und welche zusätzlichen (Informations-)Materialien Sie benötigen oder befürworten würden, um die Themen „10.000 Schritte Düsseldorf“ sowie „körperliche Aktivität“ allgemein ansprechend darstellen zu können.

Anschließend sollen diese Aspekte im Rahmen einer ersten (von insgesamt zwei) Fokusgruppe diskutiert und der Leitfaden Ihren Vorstellungen entsprechend angepasst werden. Auch die bisherige Thematisierung von körperlicher Aktivität in Ihrer Praxis soll in dieser ersten Fokusgruppe

besprochen werden. Die Fokusgruppen sollen online über Microsoft Teams (o.Ä.) stattfinden. Pro Sitzung ist eine Zeit von etwa einer Stunde angedacht.

Eine an die Diskussionsergebnisse angepasste Form des Leitfadens soll anschließend für 4 Wochen in den jeweiligen Praxen pilotiert werden. Für die Pilotierung werden Patient:innen im Rahmen einer regulären Konsultation direkt von Ihnen angesprochen, um an der Erprobung des Gesprächsleitfadens teilzunehmen. Willigen die Patient:innen ein, beginnt die Anwendung des Leitfadens. (s. Gesprächsleitfaden)

Nach Beendigung des Anwendungs- bzw. Erprobungszeitraums von 4 Wochen sollen in einer weiteren Fokusgruppensitzung der Leitfaden und dessen Anwendbarkeit anhand Ihrer gesammelten Erfahrungen bzgl. der Anwendung evaluiert werden.

Die Fokusgruppensitzungen werden als Audio- und / oder Videoaufnahmen aufgezeichnet und anonymisiert transkribiert. Die Audio- und / oder Videodateien werden dann gelöscht, sodass keine Rückschlüsse auf die Redner mehr möglich sind. Abschließend erfolgt die Auswertung der erhobenen Daten.

Die Ergebnisse werden auf dem passwortgeschützten Server des Instituts für Medizinische Soziologie gespeichert. Zugänglich sind die Daten nur den an der Auswertung beteiligten Mitarbeiter:innen des Instituts für Medizinische Soziologie. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden, ohne, dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Die Präsentation der Ergebnisse (z.B. in Vorträgen, Publikationen) erfolgt anonym. Rückschlüsse auf die realen Urheber:innen sind nicht möglich.

#### Gibt es einen persönlichen Nutzen durch die Teilnahme an der Studie?

Sie werden von der Teilnahme an dieser Studie keinen direkten Nutzen haben. Die Ergebnisse der Studie können jedoch in Zukunft anderen Menschen aus Gesundheitsberufen bei der Kommunikation bezüglich körperlicher Aktivität helfen.

#### Welche Risiken sind mit einer Teilnahme an der Studie verbunden?

Die Teilnahme an der Studie ist mit keinen Risiken verbunden.

#### Entstehen zusätzliche Kosten?

Durch die Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen -jenseits des investierten Zeitaufwands- keine Kosten.

#### Ist es möglich, im Verlauf aus der Studie auszusteigen?

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit die Teilnahme beenden. Sie müssen dies nicht begründen. Es entstehen für Sie dadurch auch keine Nachteile.

#### Information zum Datenschutz

In dieser Studie ist das Institut für Medizinische Soziologie, Sektion Public Health, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Prof. Claudia Pischke) für die Datenverarbeitung verantwortlich.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist die persönliche Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Die Daten werden zu jeder Zeit vertraulich behandelt.

Die Daten werden ausschließlich zum Zweck dieser oben beschriebenen Studie erhoben, nur in diesem Rahmen verwendet und auf dem passwortgeschützten Server des Instituts für Medizinische Soziologie gespeichert.

Wir bewahren die Daten nur so lange auf, wie dies für den oben genannten Zweck erforderlich ist. Die Daten werden spätestens nach Ablauf von 10 Jahren gelöscht.

Wir übermitteln die Daten weder an andere Einrichtungen in Deutschland, der EU, noch an ein Drittland außerhalb der EU oder an eine internationale Organisation.

Die Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten ist freiwillig. Sie können jederzeit die Einwilligung ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für Sie widerrufen. Danach werden keine Daten mehr erhoben. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hiervon nicht berührt.

Sie haben das Recht, Auskunft über die Daten zu erhalten, auch in Form einer unentgeltlichen Kopie.

Falls Sie nachträglich Ihre Studienteilnahme widerrufen, dann können Sie entscheiden, ob die Daten unverzüglich gelöscht oder (an der Quelle) anonymisiert für die Studienzwecke weiterverwendet werden dürfen. Falls die Daten bereits anonymisiert wurden, dann ist die Datenlöschung nicht mehr möglich, da kein Personenbezug mehr herstellbar ist.

Wenden Sie sich in diesen Fällen, bei weiteren Fragen zum Datenschutz und dem Umgang mit den Daten oder im Falle des Widerrufs an: Prof. Dr. phil. Claudia Pischke; E-Mail: [claudia.pischke@hhu.de](mailto:claudia.pischke@hhu.de)

Bei Rückfragen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung des Datenschutzes wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragte UKD

Moorenstraße 5

40225 Düsseldorf

[Datenschutz@med.uni-duesseldorf.de](mailto:Datenschutz@med.uni-duesseldorf.de)

Sie haben ebenfalls das Recht, sich bei jeder Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren. Eine Liste der Aufsichtsbehörden in Deutschland finden Sie unter:

[https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften\\_Links/anschriften\\_links-node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html)

Die für Sie zuständige Aufsichtsbehörde erreichen Sie unter:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Postfach 20 04 44

40102 Düsseldorf

oder:

Kavalleriestraße 2-4

40213 Düsseldorf

Telefon: 02 11/384 24-0

Telefax: 02 11/384 24-10

E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

**Probandeninformation und Einwilligungserklärung zum Forschungsvorhaben: Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Angehörige von Gesundheitsberufen mithilfe eines Gesprächsleitfadens**  
**Einwilligungserklärung**

**Einwilligung zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung**

Ich wurde von \_\_\_\_\_ über die Studie informiert. Ich habe die schriftliche Information und Einwilligungserklärung zu der oben genannten Studie erhalten und gelesen. Ich wurde ausführlich schriftlich und mündlich über den Zweck und den Verlauf der Studie, die Chancen und Risiken der Teilnahme und damit verbundene Rechte und Pflichten aufgeklärt. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet. Zusätzlich zur schriftlichen Information wurden folgende Punkte besprochen:

---

---

Meine Einwilligung in die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Mir ist bekannt und ich willige ein, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

**Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

- 1) Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten erhoben, in Papierform oder auf elektronischen Datenträgern im Institut für Medizinische Soziologie der Universitätsklinik Düsseldorf anonymisiert aufgezeichnet und gespeichert werden. Ein Personenbezug ist damit für Dritte nicht mehr herstellbar. Zugänglich sind die Daten lediglich den an der Auswertung beteiligten Mitarbeiter:innen des Instituts für Medizinische Soziologie. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.
- 2) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Aufzeichnung, Speicherung und Verwendung meiner Daten jederzeit widerrufen kann. Bei einem Widerruf werden meine Daten unverzüglich gelöscht.
- 3) Ich willige ein, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie 10 Jahre lang aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

**Ich willige hiermit in die Teilnahme an der oben genannten Studie sowie in die beschriebene Verarbeitung meiner Daten ein.**

\_\_\_\_\_  
Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der **teilnehmenden Person**

\_\_\_\_\_  
Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der **aufklärenden Person**

\_\_\_\_\_

## Anhang 6.4: Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen für Patient:innen

Universitätsklinikum Düsseldorf AöR • Moorenstraße 5 • 40225 Düsseldorf



**Leitung Sektion Public Health**  
Univ.-Prof. Dr. Claudia Pischke  
Telefon (0211) 81-08599  
E-Mail: [claudia.pischke@hhu.de](mailto:claudia.pischke@hhu.de)

**Stellvertretende  
Leiterin des Instituts für  
Medizinische Soziologie**  
Univ.-Prof. Claudia Pischke

**Sekretariat:**  
Szilvia Jancso-Papoutsis  
Tel. (0211) 81-06418  
E-Mail: [Szilvia.Jancso-Papoutsis@uni-duesseldorf.de](mailto:Szilvia.Jancso-Papoutsis@uni-duesseldorf.de)

**Website des Instituts:**  
<https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/institut-fuer-medizinische-soziologie>

**Website des Studiengangs  
Public Health**  
[www.public-health.hhu.de](http://www.public-health.hhu.de)



**Besucheranschrift:**  
Moorenstraße 5,  
Geb. 17.11. Ebene 03  
40225 Düsseldorf

Ansprechpartnerin:  
Prof. Dr. C. Pischke

Durchwahl:  
0211 81-08599

E-Mail:  
[claudia.pischke@hhu.de](mailto:claudia.pischke@hhu.de)

Datum:  
02.04.2023

### **Probandeninformation und Einwilligungserklärung zum Forschungsvorhaben: Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Angehörige von Gesundheitsberufen mithilfe eines Gesprächsleitfadens**

#### **Probandeninformation**

Sehr geehrte Patient:innen,

diese Praxis nimmt im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie am Bewegungsprogramm „10000 Schritte Düsseldorf“ der Heinrich Heine Universität Düsseldorf teil. Wir bitten Sie, die Studie mit wenigen Minuten Ihrer Zeit zu unterstützen.

In dieser Probandeninformation finden Sie alles Wesentliche zu der Studie.

Bitte lesen Sie diese Informationen sorgfältig durch.

Die Studie wird als Doktorarbeit von Herrn Julius Vogel (Arzt) vom Institut für Medizinische Soziologie, Sektion Public Health der Heinrich Heine Universität Düsseldorf geplant und durchgeführt. Für die Studie liegt ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Heinrich Heine Universität Düsseldorf vor.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Wenn Sie nicht teilnehmen wollen oder wenn Sie später, auch nach Beendigung des kurzen Beratungsgesprächs mit ihren Behandler:innen, Ihre Einwilligung widerrufen, werden Ihnen daraus keine Nachteile entstehen.

Wenn Sie jetzt oder auch später weitere Fragen zur Studie haben, können Sie uns gerne kontaktieren. Wenden Sie sich dazu an Prof. Dr. phil. Claudia Pischke; E-Mail: [claudia.pischke@hhu.de](mailto:claudia.pischke@hhu.de).

## Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt 150-300 Minuten moderate körperliche Aktivität pro Woche oder 75-150 Minuten intensive körperliche Aktivität. Viele Menschen schaffen es in ihrem Alltag nicht, dies umzusetzen, was besonders in westlichen Teilen der Welt zu einem vermehrten Auftreten von mit dem Lebensstil verbundenen Erkrankungen, wie erhöhtem Blutzucker, Gefäßverkalkung oder Bluthochdruck führt.

Regelmäßige körperliche Aktivität ist ein wichtiger schützender Faktor zur Vermeidung dieser chronischen Erkrankungen und fördert das mentale Wohlbefinden.

In der Interventionsstudie „10,000 steps Ghent“, wurde die Bevölkerung der Stadt Ghent durch verschiedene Maßnahmen und Ansätze erfolgreich zu mehr gesundheitsfördernder Alltagsaktivität in Form von erhöhten Schrittzahlen animiert. In Anlehnung an dieses Projekt wird aktuell in Düsseldorf eine Studie in Form eines Bewegungsprogramms durchgeführt („10.000 Schritte Düsseldorf“), die durch bewegungs- bzw. schrittzahlfördernde Maßnahmen in verschiedenen Bereichen der Stadt Düsseldorf das gleiche Ziel verfolgt.

Da Gesundheitsberufler:innen viele Kontakte zu vielen unterschiedlichen Menschen haben, stellen sie eine gute Personengruppe dar, um zu diesem Ziel beizutragen.

Hierfür sollen die teilnehmenden Gesundheitsberufler:innen möglichst viele Patient:innen auf ihre aktuelle körperliche Aktivität ansprechen und über einen speziell für diese Doktorarbeit entwickelten Gesprächsleitfaden auf das Bewegungsprogramm „10.000 Schritte Düsseldorf“ aufmerksam machen sowie ggf. Patient:innen zu mehr körperlicher Aktivität motivieren.

Das Hauptziel und Haupt-Untersuchungsgegenstand der Studie ist jedoch nicht die Motivation der Patient:innen, sondern die Anwendung des Gesprächsleitfadens durch die Gesundheitsberufler:innen, als möglichen Weg dies im Setting der regulären Konsultation mit Patient:innen geeignet umzusetzen, zu bewerten. Dazu soll der Gesprächsleitfaden bzw. dessen Anwendung in den entsprechenden Praxen getestet werden. Hierbei werden keine Ihrer Aussagen dokumentiert oder ausgewertet. Auch findet das Gespräch völlig anonym, also ohne Notierung Ihres Namens oder anderer identifizierender Daten statt. Anschließend sollen die teilnehmenden Gesundheitsberufler:innen ihre Erfahrungen bezüglich der Anwendung des Leitfadens in Gruppensitzungen diskutieren.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden.

Die Präsentation der Ergebnisse (z.B. in Vorträgen, Publikationen) erfolgt ebenfalls anonym. Rückschlüsse auf die realen Urheber:innen oder Sie, als Patient:innen sind nicht möglich.

## Wie läuft die Studie ab?

Die Teilnahme an der Studie wird für Sie nur wenige Minuten dauern.

In dieser Studie soll mit Hilfe der behandelnden Gesundheitsberufler:innen ein Gesprächsleitfaden für Gesundheitsberufler:innen getestet werden, der dazu dient, Sie als Patient:innen zu mehr körperlicher Alltagsaktivität in Form von Schritten zu ermutigen.

Der Test des Leitfadens und dessen Anwendbarkeit kann allerdings nur mit Ihrer Hilfe durchgeführt werden. Daher möchten wir Sie bitten, sich kurz Zeit zu nehmen und mit Ihren Behandler:innen den Leitfaden durchzugehen.

Dabei werden Ihre Behandler:innen mit Ihnen über das Thema „körperliche Aktivität“ sprechen. Dies nimmt nur wenige Minuten in Anspruch. **Außer Ihrem Einverständnis werden über die Dauer des Gesprächs hinaus keine Daten oder Informationen von Ihnen benötigt und dementsprechend auch nicht gespeichert.** Für die Auswertung sind lediglich die Erfahrungen und Eindrücke der Gesundheitsberufler:innen hinsichtlich der Anwendung des Leitfadens relevant. Es entstehen Ihnen (jenseits des zeitlichen Aufwandes) weder durch die Teilnahme noch durch die Nicht-Teilnahme Nachteile oder Risiken.

#### Gibt es einen persönlichen Nutzen durch die Teilnahme an der Studie?

Sie können durch die Teilnahme an dieser Studie einen Nutzen für Ihre Gesundheit haben, wenn Sie die Bewegungsempfehlungen des Bewegungsprogramms „10.000 Schritte Düsseldorf“ oder allgemein mehr körperliche Aktivität in Ihren Alltag integrieren. Die Ergebnisse der Studie können in Zukunft Gesundheitsberufler:innen helfen, das Thema „körperliche Aktivität vermehrt und besser in Konsultationen einfließen zu lassen.

#### Welche Risiken sind mit einer Teilnahme an der Studie verbunden?

Die Teilnahme an der Studie ist mit keinen Risiken verbunden.

#### Entstehen zusätzliche Kosten?

Durch die Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Kosten.

#### Ist es möglich, im Verlauf aus der Studie auszusteigen?

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit die Teilnahme beenden. Sie müssen dies nicht begründen. Es entstehen für Sie dadurch auch keine Nachteile.

#### Information zum Datenschutz

##### **Bitte beachten Sie:**

**Es werden in dieser Studie keine Daten von Ihnen als Patient:in gespeichert.**

Grundsätzlich ist in dieser Studie das Institut für Medizinische Soziologie, Sektion Public Health, Heinrich Heine Universität Düsseldorf (Prof. Claudia Pischke) für die Datenverarbeitung verantwortlich. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung ist die persönliche Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Die Daten werden zu jeder Zeit vertraulich behandelt.

Die Daten werden ausschließlich zum Zweck dieser oben beschriebenen Studie erhoben und nur in diesem Rahmen verwendet und auf dem passwortgeschützten Server des Instituts für Medizinische Soziologie gespeichert.

Wir bewahren personenbezogene Daten nur so lange auf, wie dies für den oben genannten Zweck erforderlich ist. Die Daten werden spätestens nach Ablauf von 10 Jahren gelöscht.

Wir übermitteln personenbezogene Daten weder an andere Einrichtungen in Deutschland, der EU, noch an ein Drittland außerhalb der EU oder an eine internationale Organisation.

Die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten ist freiwillig. Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile widerrufen werden. Danach werden keine Daten mehr erhoben. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hiervon nicht berührt.

Betroffene Personen haben das Recht, Auskunft über die Daten zu erhalten, auch in Form einer unentgeltlichen Kopie. Darüber hinaus kann die Berichtigung, Sperrung, Einschränkung der Verarbeitung oder Löschung sowie gegebenenfalls eine Übertragung der Daten verlangt werden.

In diesen Fällen, bei weiteren Fragen zum Datenschutz und dem Umgang mit den Daten oder im Falle des Widerrufs kann man sich an folgende Ansprechpartner wenden:

Bei Rückfragen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung des Datenschutzes wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten:

Datenschutzbeauftragte UKD

Moorenstraße 5

40225 Düsseldorf

Datenschutz@med.uni-duesseldorf.de

Sie haben ebenfalls das Recht, sich bei jeder Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren. Eine Liste der Aufsichtsbehörden in Deutschland finden Sie unter:

[https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften\\_Links/anschriften\\_links-node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html)

Die für Sie zuständige Aufsichtsbehörde erreichen Sie unter:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Postfach 20 04 44

40102 Düsseldorf

oder:

Kavalleriestraße 2-4

40213 Düsseldorf

Telefon: 02 11/384 24-0

Telefax: 02 11/384 24-10

E-Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

[Probandeninformation und Einwilligungserklärung zum Forschungsvorhaben: Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Angehörige von Gesundheitsberufen mithilfe eines Gesprächsleitfadens](#)  
[Einwilligungserklärung](#)

## Einwilligung zur Teilnahme

Ich wurde von \_\_\_\_\_ über die Studie informiert. Ich habe die schriftliche Information und Einwilligungserklärung zu der oben genannten Studie erhalten und gelesen. Ich wurde ausführlich schriftlich und mündlich über den Zweck und den Verlauf der Studie, die Chancen und Risiken der Teilnahme und damit verbundene Rechte und Pflichten aufgeklärt. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet. Zusätzlich zur schriftlichen Information wurden folgende Punkte besprochen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Meine Einwilligung in die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

**Ich willige hiermit in die Teilnahme an der oben genannten Studie ein**

---

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben

---

Ort, Datum

Unterschrift der **teilnehmenden Person**

---

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

---

Ort, Datum

Unterschrift der **aufklärenden Person**

## **Anhang 6.5: Leitfäden mit Fragen für die Fokusgruppensitzungen 1 und 2**

### **Fragen für die 1. Fokusgruppensitzung im Rahmen des Forschungsvorhabens „Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Angehörige von Gesundheitsberufen mithilfe eines Gesprächsleitfadens“**

#### **1. Haltung zur professionellen Empfehlung / Verordnung von regelmäßiger körperlicher Aktivität**

- Wie bzw. auf welche Art und Weise und in welchem Umfang können Ihrer Meinung nach Therapeut:innen zur Empfehlung oder Verordnung von regelmäßiger körperlicher (Alltags-)Aktivität beitragen?

#### **2. Bestandsaufnahme zu aktueller Thematisierung von regelmäßiger körperlicher Aktivität in der Praxis**

- Wie oft und auf welche Art und Weise haben Sie in der Vergangenheit bereits regelmäßige körperliche (Alltags-)Aktivität mit Patient:innen thematisiert?
  - Was sprach für die Thematisierung von regelmäßiger körperlicher Aktivität?
  - Was sprach ggf. gegen die Thematisierung von regelmäßiger körperlicher Aktivität?
- Welche (Hilfs-)Mittel und Übermittlungswege haben Sie dazu genutzt?

#### **3. Nutzung des Gesprächsleitfadens**

- Wie schätzen Sie die Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens für den Gebrauch im therapeutischen Alltag ein, um Patient:innen mit Hilfe des Programms „10.000 Schritte Düsseldorf“ das Thema „körperliche (Alltags-)Aktivität näher zu bringen?
- Was gefällt Ihnen am Leitfaden?
- Was finden Sie am Leitfaden ggf. weniger gut?
- Welche Änderungsvorschläge /-wünsche haben Sie? Was fehlt noch im Gesprächsleitfaden? Was müsste ergänzt werden?

## **Fragen für die 2. Fokusgruppensitzung im Rahmen des Forschungsvorhabens „Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Angehörige von Gesundheitsberufen mithilfe eines Gesprächsleitfadens“**

### **1. Nutzung des Gesprächsleitfadens**

- Rückblickend auf die vergangene Zeit, in der Sie den Leitfaden angewendet und auf das Programm „10000 Schritte Düsseldorf“ aufmerksam gemacht haben, wie beurteilen Sie jetzt die Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens für den Gebrauch im therapeutischen Alltag, um Patient:innen das Thema Bewegung und das o.g. Programm näher zu bringen?
- Wie haben Ihre Patient:innen auf die Thematisierung von regelmäßiger körperlicher Aktivität mithilfe des Leitfadens und dem Programm „10000 Schritte Düsseldorf“ reagiert?
- Wie hoch schätzen Sie die Akzeptanz und den Nutzen der Empfehlungen bei Ihren Patient:innen ein?
- Wie schätzen Sie die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Gesprächsleitfadens für die Patient:innen ein?

### **2. Mögliche Adaptationen in der Zukunft**

- Wie hätte die Anwendung des Gesprächsleitfadens für Sie besser sein können?
  - Welche Schwierigkeiten sind bei der Anwendung ggf. aufgetreten?
- Wie sollte Ihrer Meinung nach der „ideale Leitfaden“ aussehen, um das Programm „10.000 Schritte Düsseldorf“ mit der entsprechenden Homepage und das Thema regelmäßige körperliche Aktivität generell für die Patient:innen interessant darzustellen?
- Welche (Hilfs-)Materialien würden Sie sich bei einer erneuten Anwendung wünschen?

### **3. Ausblick**

- Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie den Leitfaden so oder in angepasster Form weiterhin einsetzen werden bzw. Gespräche zu den Themen „10 000 Schritte Düsseldorf“ oder „regelmäßige körperliche Aktivität“ (allgemein) in ähnlicher Art und Weise mit Patient:innen führen werden?
  - Was spricht ggf. dagegen?
  - Was spricht dafür?
- Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Kolleg:innen empfehlen würden, einen Leitfaden zum Thema körperliche Aktivität so oder so ähnlich zu nutzen, um das Thema in Ihrer Praxis zu adressieren?

**Anhang 6.6: Verwendete Ausgabematerialien zum „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm**

**deine FAMILIENZEIT.  
dein ZIEL.**



Das Programm **10.000 Schritte Düsseldorf** wird vom Universitätsklinikum Düsseldorf durchgeführt.

Die Materialien basieren auf den Materialien des flämischen Instituts für gesundes Leben und der Universität Ghent (Belgien).



**JEDER SCHRITT ZÄHLT!**

Wenn Du Kommentare oder Anregungen hast, kontaktiere uns über die Webseite:  
[10000schritte-duesseldorf.de](http://10000schritte-duesseldorf.de)



**dein ARBEITSWEG.  
dein ZIEL.**



**UKD** Universitätsklinikum Düsseldorf

**Institut für medizinische soziologie**

**DDZ** Deutsches Diabetes-Zentrum

**GHENT UNIVERSITY**

Verantwortlicher Herausgeber:  
Institut für Medizinische Soziologie  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf

**sofoberma**  
Bundesministerien für Bildung und Forschung

**IVG** Institut für Versorgungsforschung Gesundheitsökonomie

**hhu** Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Landeshauptstadt Düsseldorf

Konzeption & Design:  
**crossactive**

**UKD** Universitätsklinikum Düsseldorf

**JETZT MITMACHEN UNTER:  
[10000SCHRITTE-DUESSELDORF.DE](http://10000SCHRITTE-DUESSELDORF.DE)**



**GEHE 10.000 SCHRITTE PRO TAG FÜR EINE BESSERE GESUNDHEIT.**



10.000 Schritte pro Tag scheinen viel zu sein, aber ausreichend Bewegung ist viel einfacher als Du denkst.

**EIN PAAR TIPPS:**

- Erledige Deine Einkäufe zu Fuß.
- Fahre mit dem Fahrrad zur Arbeit. (10 Minuten Radfahren = 1.500 Schritte)
- Du bist es vielleicht nicht gewohnt, aber Du kannst auch die Treppe nach oben nehmen.
- Mache in der Mittagspause einen Spaziergang mit Deinen Kolleginnen.
- Werbespots im Fernsehen? Vertrete Dir die Beine und trink ein Glas Wasser.

**deine ERHOLUNG.  
dein ZIEL.**



- Spiele mit Deinen (Enkel-)Kindern.
- Lass Dich von Deinem Hund auf einen Spaziergang mitnehmen.
- Gartenarbeit ist gut für Deine Muskeln.
- Lass Dein Auto stehen, auch die Umwelt profitiert davon.

**Baue diese zusätzlichen Schritte in Dein tägliches Leben ein!**

**JETZT MITMACHEN UNTER:  
[10000SCHRITTE-DUESSELDORF.DE](http://10000SCHRITTE-DUESSELDORF.DE)**

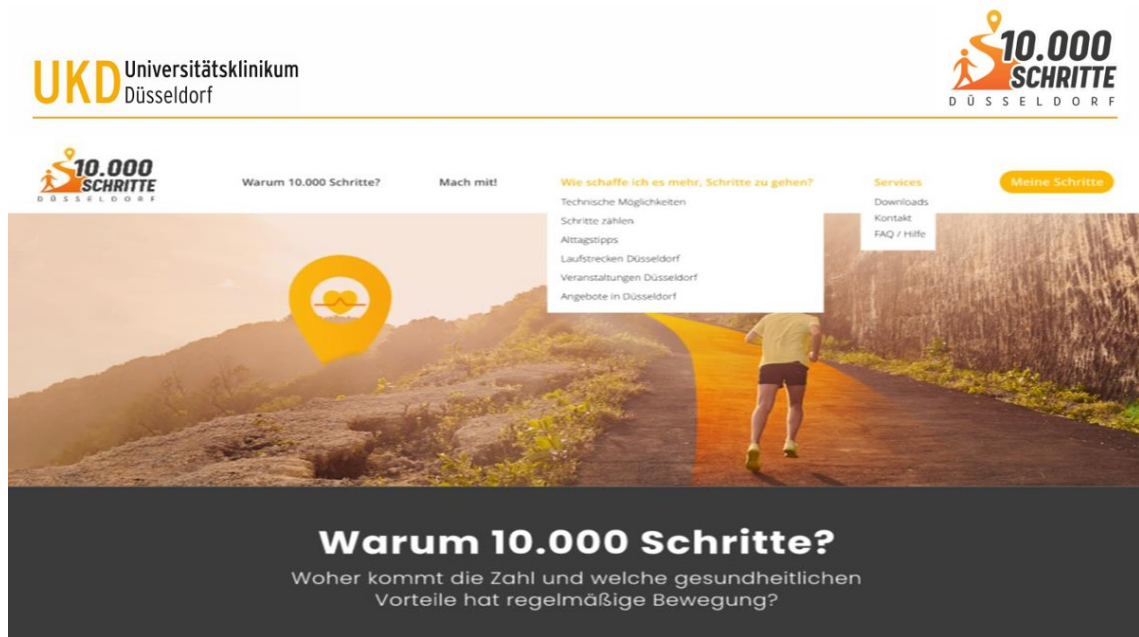
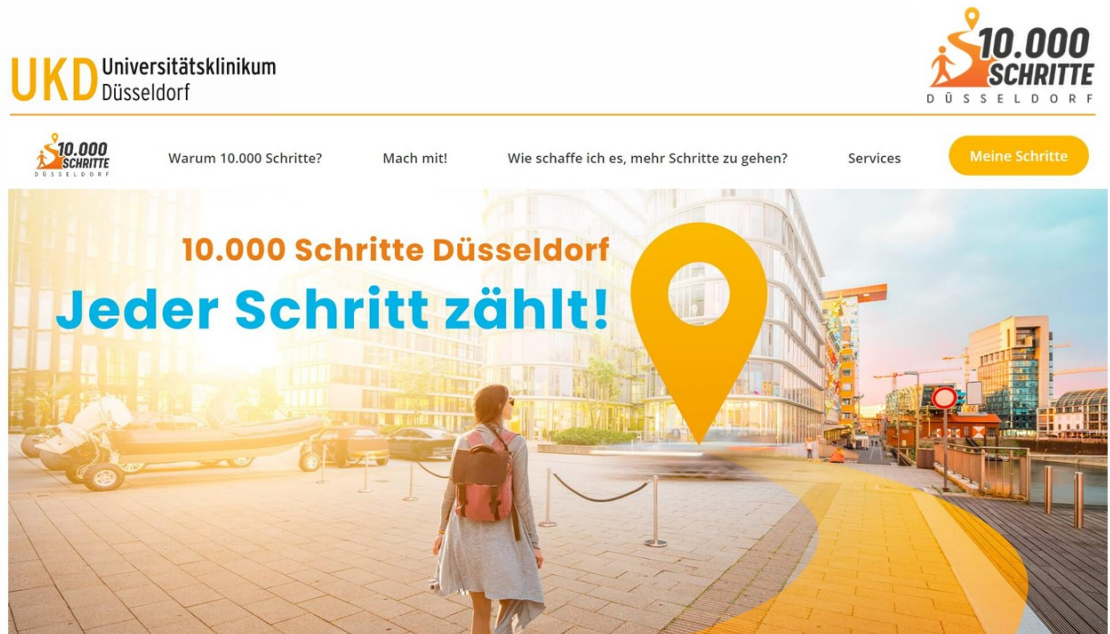




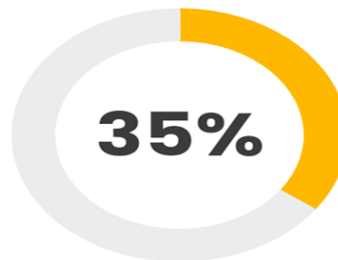
**JETZT MITMACHEN**

[WWW.10000SCHRITTE-DUESSELDORF.DE](http://WWW.10000SCHRITTE-DUESSELDORF.DE)

## Anhang 6.7: Screenshots der „10.000 Schritte Düsseldorf“ Homepage



Tägliches Ziel  
10.000 Schritte



Heute  
3.503 Schritte

### Schritte eintragen

Datum (TT/MM/JJJJ)

27.01.2023

Schritte

3503

Speichern

### Aktivitäten eintragen

Minuten moderat

20

**Moderate intensive Aktivitäten:**  
• Schwimmen • Fahrrad fahren • Reiten  
• Tanzen • Gartenarbeit • ...  
**10 Minuten entspricht 1.000 Schritte**

Datum (TT/MM/JJJJ)

27.01.2023

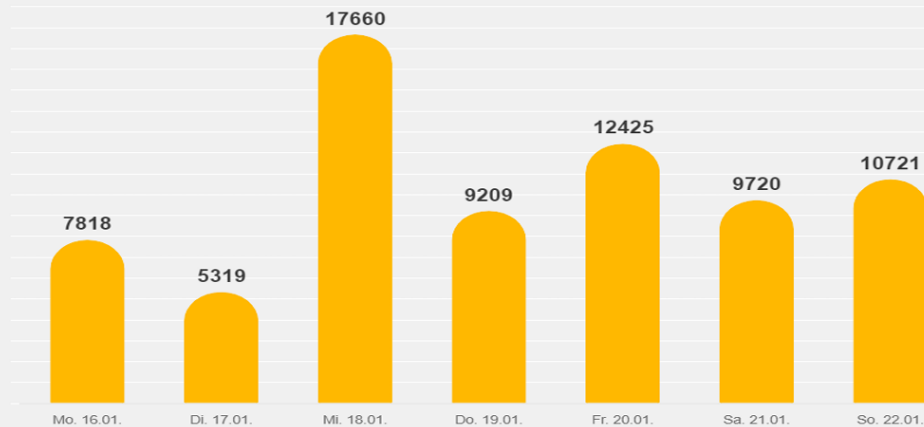
Schritte

2000

Hinzufügen

Zusätzliche Aktivitäten solltest Du hier nur hinzufügen, wenn Du den Schrittzähler während dieser Aktivitäten nicht getragen hast. Ansonsten würde es dazu führen, dass Du die Aktivität doppelt zählst und Deine tägliche Schrittzahl fälschlicherweise erhöhst.

### Meine Wettbewerbe





Wettbewerbe

Meine Schritte



Wettbewerb bearbeiten

### Unser Schritte-Wettbewerb

Open Challenge

Einzelwettbewerb / 0 Teilnehmende

Startdatum: 22.08.2022 - in 7 Tagen geht's los  
Enddatum: 29.08.2022

In dieser Open Challenge möchten wir Euch zu mehr Bewegung motivieren. Der- oder Diejenige, welcher am Ende des Wettbewerbs die höchste Schrittzahl erreicht hat, ist der oder die Sieger:in :)

An Wettbewerb teilnehmen

## Einzelwertung

|   |                 |         |
|---|-----------------|---------|
| 1 | <b>Moni</b>     | 229.965 |
| 2 | <b>Elena</b>    | 203.974 |
| 3 | (Profil privat) | 194.051 |
| 4 | <b>Sven</b>     | 190.426 |
| 5 | <b>Stephan</b>  | 188.704 |

gefördert von



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

Unsere

**508**

Teilnehmenden

konnten bereits

**101.650.451**

Schritte sammeln

# Sei auch Du dabei.

## Jeder Schritt zählt!

## Anhang 6.8: Transkripte der durchgeführten Fokusgruppen / Interviews und Textbeiträge

### **Transkript Fokusgruppe; Gruppe A, Sitzung 1; 07.07.2023**

Moderator 1: Julius Vogel, Doktorand

Moderator 2: Prof. Claudia Pischke, Betreuerin des Promotionsvorhabens

Person 1: Ärztin (Diabetologie), weiblich

Person 2: Ärztin (Neurologie & Psychiatrie), weiblich

Person 3: Physiotherapeutin, weiblich

Person 4: Physiotherapeutin, weiblich

Moderator 1: Herzlich Willkommen an alle zu der ersten Fokusgruppensitzung jetzt, im Rahmen dieses Projektes, also sprich „Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch Gesundheitsberufler:innen mit Hilfe eines Gesprächsleitfadens“. Ich freue mich sehr, Sie alle hier begrüßen zu dürfen, und bevor es losgeht, würde ich mich und das Projekt gerne nochmal kurz vorstellen. Ich selber bin also Julius Vogel und Assistenzarzt momentan in einer Hausarztpraxis in Monheim. Hab´ aber quasi vor der ärztlichen Tätigkeit viele Jahre auch als Fitnesstrainer und Heil- und Chiropraktiker gearbeitet, weshalb eben Bewegung und körperliche Aktivität für mich immer ein wichtiges Thema war, waren und auch nach wie vor natürlich sind. Und umso schöner ist es eben jetzt, mich hier im Rahmen der Promotion auch mit dem Thema körperliche Aktivität beschäftigen zu können. Genau, betreut wird dieses Promotionsvorhaben von Frau Professor Pischke, die die Leitung der Sektion Public Health am Institut für Medizinische Soziologie innehat. Frau Professor Pischke, wollen sie sich vielleicht selber kurz vorstellen?

Moderatorin 2: Ich glaube, das reicht an dieser Stelle schon. Genau. Fokus meiner Forschung liegt auf der Bewegungsförderung auf der Bevölkerungsebene. Herr Vogel, haben Sie auch das andere Aufnahmegerät angestellt?

Moderator 1: Ja!

Moderatorin 2: Gut! Und vielleicht möchten die anderen sich auch kurz noch vorstellen?

Moderator 1: Genau.

Person 1: Mein Name ist XX, ich bin Internistin und Diabetologin. Komme ursprünglich aus der Uni Düsseldorf aus der Diabetesklinik von ehemalig Professor Berger, ich bin seit fast 20 Jahren niedergelassen in XX, das ist eine Nachbarstadt zu Monheim. Als ausschließlich Diabetologin. Und das ist mein tägliches Brot. Was ich mir erhoffe: Sie haben uns netterweise den Leitfaden zugeschickt. Das ist Punkt 4, wo es bei mir immer hapert. Das ist Riegel, Vorbehalte, und Befürchtungen, Hindernisse abzubauen. Dass ich das besser hinkriege.

Moderatorin 2: Ja, prima. Sprechen wir gleich noch drüber. Mögen sie weitermachen, Person 2?

Person 2: Ja, mein Name ist XX, Ich bin Neurologin und angehende Psychiaterin und arbeite in der Institutsambulanz in XX, der XX-Klinik. Bewegung ist auch in der Psychiatrie ein ganz großer, wichtiger Punkt und deswegen finde ich das auch sehr passend das Projekt und bin gespannt.

Moderatorin 2: Und dann haben wir hier noch das Zweiergespann.

Person 3: Genau, ich bin XX. Ich bin jetzt seit zwei Jahren ausgebildete Physiotherapeutin, und arbeite Vollzeit in dem Job. Und somit ist Bewegung ja - und zu Bewegung zu animieren quasi das tägliche Geschäft.

Person 4: Ich bin XX, ich bin auch Physiotherapeutin seit einem Jahr und angehende Sport-Coach im Studium. Und daher ist Bewegung natürlich auch zentraler Punkt bei uns in der Physiotherapiepraxis und mir auch einfach wichtig, gerade Leute zu Bewegung zu animieren, gesund zu bleiben. Ganz, ganz wichtig.

Moderatorin 2: Dankeschön!

Moderator 1: Super, vielen Dank! Ich habe gerade eine Info von XX bekommen. Er hat tatsächlich Probleme sich einzuwählen. Ich würde ihm ganz kurz, er hat mir noch eine andere E-Mail-Adresse jetzt geschickt, den Link nochmal zusenden. Einen Augenblick bitte.

So, ich habe ihm den Link gesendet und ja, hoffe, dass er sich gleich noch einschalten kann. Ansonsten würde ich sonst vorschlagen, damit alle das Thema um was es heute geht, also sprich in der Hauptsache den Gesprächsleitfaden zu dem Projekt nochmal vor Augen haben, würde ich den nochmal kurz einblenden. Und im Anschluss auch die 10.000 Schritte Homepage. Damit wir das gemeinsam noch mal mit den wichtigsten Aspekten durchgehen können. Einen Augenblick, dann...

Moderatorin 2: Moderator 1, wir fangen doch erstmal mit den Themenblöcken 1 und 2 an, bevor wir das tun, oder?

Moderator 1: Ich hätte jetzt das zu Beginn gemacht, aber...

Moderatorin 2: Ja, gut.

Moderator 1: Wir können auch erst mit den anderen Themenblöcken starten, klar, kein Problem. Okay, gut, dann fangen wir wie vorgeschlagen mit den Themenblöcken 1 und 2 an. Das heißt ich würde es jetzt so machen, dass ich die Fragen und die jeweiligen Teilaspekte der Fragen noch mal kurz vorlese, und dann eben, Sie bzw. Euch bitten würde, für Redebeiträge das per Handhebefunktion, die finden Sie bzw. Ihr unten rechts etwas neben der Mitte in dieser Webex Applikation. Da dann eben für Wortbeiträge einmal kurz drauf zu klicken. Und Moderatorin 2 ist dann so nett und wird quasi dann die Redner:innen dran nehmen für die jeweiligen Beiträge. Genau. Gut. Gibt es sonst erstmal noch Fragen zum Ablauf, organisatorische Fragen? Es ist ja so, dass wir heute hier diese erste Fokusgruppensitzung quasi machen um zu schauen, einmal wie ist aktuell der Stand bei Ihnen in den Konsultationen und in den Praxen, wie, also sprich auf welche Art und Weise und in welchem Umfang wird körperliche Aktivität thematisiert und eben auch, eine Einschätzung, eine Ersteinschätzung zu bekommen, schon mal vorweg vor der eigentlichen Testphase des Leitfadens, ob sie denken, dass so ein Leitfaden eben wie er jetzt vorliegt, ein praktikables Tool sein kann um es in den Arbeitsalltag zu integrieren und eben entsprechend Bewegungsempfehlungen eben damit zu übermitteln. Dann würde ich mit der ersten Frage einmal starten: Und zwar geht es da um die Haltung, also sprich Ihre oder Eure Haltung zur Empfehlung und Verordnung von regelmäßiger körperlicher Aktivität. Und zwar wie quasi gerade schon angedeutet in der Einleitung, wie bzw. auf welche Art und Weise und in welchem Umfang können ihrer und euer Meinung nach Therapeut:innen zur Empfehlung oder Verordnung von regelmäßiger körperlicher Aktivität beitragen? Das wäre Punkt 1. Dann dürfen Sie oder Ihr jetzt gerne, jeder und jede, der oder die gerne möchte, sich melden.

Moderatorin 2: Genau, und sie dürfen auch so rein sprechen. Wir wollen nur vermeiden, dass die Leute durcheinander sprechen.

Person 1: Also wir fragen das jedes Mal, das ist ein fester Bestandteil unserer Anamnese. Wir haben Anamnesemasken und wir unterscheiden Bewegung in drei Gruppen: keine, mittel oder ausreichend. Es wird auch abgefragt, was die Patienten machen. Also beim ersten Termin wird ganz genau abgefragt, was sie machen und bei Quartalsterminen oder Halbjahresterminen fragen wir das noch mal ab. Also quantifizieren können wir das. Das funktioniert ganz gut, aber wie gesagt ich habe dann weiter Probleme. Also die Fragen, ist das Alltagsbewegung, machen sie Haushalt, welche Etage wohnen sie, wie machen sie dann Einkäufe, was machen sie außerhalb von Alltagsaktivitäten, was machen sie beruflich, wieviel bewegen sie sich in der Arbeit. Viele kommen schon mit den Schrittzählern, sagen ich mache 5.000 Schritte, 6.000 Schritte.

Moderator 1: Okay. Vielen Dank. Ja?

Person 2: Also bei uns ist es auch so, dass es quasi bei psychiatrischen Patienten auch ein ganz großer Bestandteil ist, nicht immer unbedingt so in der Erstkonsultation aber so im Verlauf, also überwiegend auch für depressive Bilder aber natürlich auch für andere Krankheitsbilder, wo das auch sehr wichtig ist. Und da eben insbesondere der Fokus, weil da natürlich auch so Themen wie Antriebsschwierigkeiten so groß sind, gerade eben so die Alltagsaktivität. Weil viele auch so aus meiner Erfahrung wirklich so die Vorstellung haben, sie müssten jetzt wer weiß was für an Sportaktivitäten haben und ich auch wirklich immer ermutige, diese Alltagsaktivität und insbesondere zu Fuß gehen, Schritte machen, etc. sehr in den Fokus stelle und das nicht so sehr auf der quantitativen Ebene abfrage, so im Sinne von: „Wie viele Schritte machen Sie denn?“, aber schon qualitativ da immer frage und zu ermutige, weil man da ja auch weiß über den therapeutischen Aspekt und gerade auch unter Medikation, wie wichtig das ist. Also das ist ganz regelmäßiger Bestandteil auch bei uns.

Moderator 1: Sehr schön. Person 1, ich hätte noch eine Rückfrage zu ihrem Beitrag. Und zwar hatten sie gesagt, es kommen schon einige Patient:innen sogar mit Schrittzählern auch...

Person 1: Also wir sind Überweisungspraxis, also ich bin nicht der erste Kontakt, ja? Und die Patienten kommen überwiesen von den Hausärzten und je nachdem von welchem Hausarzt sie kommen, so vorgebildet sind sie und kommen mit Schrittzähler oder nicht. Also haben die Hausärzte schon die Arbeit vorgeleistet.

Moderator 1: Okay, sehr schön. Und sind das viele Patienten, Patientinnen, können Sie da...?

Person 1: Ich würde sagen, beim ersten Kontakt, 20%, 10% mit Schrittzähler. Also bei uns ist das ein bisschen auch fester Bestandteil der Behandlung, Bewegung. Deswegen ist das auch quantifiziert, es spielt eine enorme Rolle, ganz einfach. Nur, wir können das abfragen, wir können quantifizieren, aber über Punkt 4, was sie aufgeschrieben haben hier, kommen wir nicht weiter. Da erhoffe ich mir von der Teilnahme an dieser Studie hier, dass ich über ihren Punkt 4 weitergehen kann.

Moderatorin 2: Denken sie denn, dass sie bei den Inaktiven beitragen können zu mehr körperlicher Aktivität in ihrer Rolle?

Person 1: Ja, ich weiß nur nicht, wie. Also wie ich die Hindernisse abbaue. Also was ich mir wünsche, ist ein Instrument. Es hängt von meiner Laune ab, sage ich mal, wenn ich

schlecht drauf bin, dann hab´ ich echt keine Lust, wenn ich dann höre: „Heute ist das Wetter schlecht“, oder „Ich mache nichts weil es zu windig ist, zu kalt, zu warm“. Und ich weiß, dass ich darauf eingehen muss, nur je nachdem, wie ich selber drauf bin, manchmal lass´ ich das sein, ja? Abfragen tue ich das. Diese Hindernisse abbauen, das ist das, was limitiert, also hier bei uns. Und auch Angebote, also dass es auch Angebote gibt. Meine Patienten, die sind alle BMI über 30, weit, und es gibt nicht viele Angebote in Monheim, Langenfeld. Wenn sie da wohnen, wissen sie auch, dass es nicht viele Angebote gibt. Und die möchten nicht in irgendwelche Sportgruppen gehen, weil da sind schlanke, hübsche Leute. Das ist...

Person 2: Das finde ich tatsächlich auch noch einen wichtigen Punkt, oder gut, wenn man so ein bisschen was hat, was man im wahrsten Sinne an die Hand geben kann. Das finde ich immer, das bringt unheimlich viel. Also wenn man wirklich dann, auch nicht einen Riesenpacken, aber so einen Flyer oder sowas hat, wo es auch, sag ich mal, zumindest die Möglichkeit gibt, das auch in einen sozialen Kontext zu packen ohne diesen, sag ich mal, Leistungsdruck oder auch immer so dieses sich im Fitnessstudio anmelden so ungefähr, diese riesige Hürde. Und da finde ich eben gerade, finde ich sehr praktisch, ansprechend, wenn es dann eben so diese etwas niederschwelligeren Angebote gibt und eben zum Beispiel auch in ´nem sozialen Kontext, der aber nicht in dem Sinne so verpflichtet, wie über eine Mitgliedschaft oder sowas.

Person 1: Ja. Also früher, vor Corona, was ganz gut lief, waren diese Reha-Sport Angebote, ich weiß nicht, das kennen Sie auch, ja?

Moderatorin 2: Diese bitte Angebote? Das hab´ ich akustisch nicht ganz...

Person 1: Reha-Sport. Das wird über bestimmte Anwendungen ausgestellt, weiß ich nicht genau, das übernimmt die Krankenkasse, aber die Anzahl der Anbieter, die das machen, ist irgendwie geschrumpft seit Corona-Zeiten. Ist das mein Eindruck oder ist tatsächlich so?

Person 2: Es wird auf jeden Fall viel weniger darüber berichtet.

Person 1: Ja. Ja.

Moderatorin 2: Viele sind vielleicht auch in so einem Schläfer-Status, die müssen sozusagen wiederbelebt werden vielleicht auch, und auch...

Person 1: Ich weiß es nicht, vielleicht lohnt sich das nicht, da bin ich nicht drin, ja? Es gab früher, also früher, vor Corona, ja, hat das fast jeder Sportverein gemacht, und das machen die nicht mehr.

Moderator 1: Also ich weiß dazu vielleicht, weil ich ja wie gesagt vorher auch selber in ´nem Sportstudio gearbeitet hab lange, dass da schon ziemlich viele Auflagen mit verbunden sind, um das überhaupt anbieten zu können. Und wahrscheinlich deshalb auch, wie Sie schon sagen, auch nach Corona, wo ja sicherlich viele Sportvereine und Sportinstitutionen auch ´ne schwere Zeit hatten und vielleicht da auch zurückschrecken, da wieder aktiv zu werden, um das zu erfüllen.

Moderatorin 2: Wie sieht es denn in der physiotherapeutischen Praxis aus? Und Alltagsaktivität? Denken Sie, dass sie da beitragen können zu einem Mehr an Alltagsaktivität?

Person 3: Ja, definitiv. Also bei uns wird es halt auch ganz stupide in der ersten Behandlung abgefragt, meistens im Laufe der Anamnese. Dann kommt´s natürlich bei

uns auch immer darauf an, mit was kommen die. Wir sind orthopädisch sehr groß aufgestellt, bzw. da kriegen wir die meisten Leute. Und da ist dann immer, kommen die mit irgendwelchen Problemen, wo man das gut integrieren kann oder müssen wir die erst wieder in die Alltagsaktivität hinein begleiten, post-operativ gerade. Aber ich denke, dass wir doch ´nen großen Batzen dazu beitragen, dass erstens die Alltagsaktivität wieder gefördert werden kann und zweitens, wir mit denen das Schritt für Schritt auch erarbeiten.

Moderatorin 2: Das eine ist ja das Wiederherstellen, das andere, was die anderen Kolleginnen genannt hatten, war dieses, dass Angebote zum einen nicht ausreichend da sind, aber auch oft abschrecken. Erleben sie das auch so?

Person 3: Ja. Also bei uns ist es natürlich auch ein bisschen die Hürde, bzw. das Hindernis, wir sind, unsere Praxis selber ist nur für Privatpatienten, somit ist für alles, was über die Kasse läuft, oder, oder, oder, können wir gar keinen Zugang bieten. Somit selektieren wir, aber letztendlich kriegen wir einen Zugang hin.

Moderatorin 2: Und wie?

Person 3: In dem wir erstens deren Beweglichkeit wieder erarbeiten, dass die überhaupt sich wieder bewegen können. Und wir haben ´nen großen Trainingsbereich, den wir dann auch einfach in die Therapie mit einfließen lassen. Aber halt auch jedes Mal mit an die Hand geben, was sie selber machen können. Unter anderem auch schon bevor wir den Leitfaden hatten, erwähnt haben: „Laufen Sie doch zu uns zu Fuß.“ Also wir sitzen in XX, und viele kommen halt auch direkt die Straßen nebenan, und dann sagen wir: „Hier findet man eh keinen Parkplatz, laufen Sie doch zu Fuß.“ Oder: „Es muss nicht unbedingt der Parkplatz bei uns im Hof sein, sehen Sie es doch positiv, Sie bewegen sich, wenn Sie dann die 5 Minuten zu uns hinlaufen müssen“, oder, oder, oder. Das sind so Punkte, die wir einfach schon mit unserem Standort bedienen, ja.

Moderator 1: Okay. Dann erstmal vielen Dank. Ich glaube, wir haben jetzt so ein bisschen schon die Punkte 1 und 2 gleichzeitig bearbeitet. Also Punkt 1 war im Prinzip oder wäre gewesen, wie man als Therapeut oder Therapeutin eben idealweise zur Verordnung von regelmäßiger körperlicher Aktivität beitragen kann. Und Punkt 2 dann eben schon, wie es aktuell gehandhabt wird. Das heißt, das haben wir jetzt mehr oder weniger schon besprochen. Wenn ich es richtig verstanden habe, Hilfsmittel klassisch, also außer verbal das Ganze thematisieren, hat aber sonst bis jetzt noch niemand eingesetzt?

Person 1: Was meinen Sie jetzt ganz genau, das...?

Moderator 1: Irgendwas, was man den Patient:innen an die Hand mitgegeben hat, oder sowas?

Person 1: Ja, doch. Also wir haben das immer wieder, wir sammeln Angebote, die in der Umgebung sind. Wir haben einen Ordner, wo die Angebote sind. Auch immer wieder Schrittzähler, kommt schon seit Jahren zum Einsatz. Also solche Sachen.

Moderatorin 2: Was waren denn das konkret für Hilfsmittel oder auch...?

Person 1: Also wir haben eine Zeit lang, haben wir Nordic Walking angeboten. Wir haben eine Diabetesberaterin ausgebildet, die Nordic Walking mit den Patienten gemacht hat, ja? Das ist dann irgendwann eingeschlafen. Dann haben wir, wir haben in der Diabetologie die Programme, verschiedene Bewegungsprogramme, die wir auch abrechnen können über die Krankenkassen. Und das ist auch eigentlich ganz gut

lukrativ, das kostet dann irgendwie 20 Euro pro Patienten pro Sitzung. Einmalige Einleitung zu Bewegung. Wir finden die Patienten nicht, die da kommen können. Am Anfang lief das so, dass drei Patienten pro Gruppe gekommen sind und dann war das auch, dass die Beraterin alleine saß. Sowas, ja? Und dann, es gibt... Ui, ich muss meine Markise zusammenfahren, 'tschuldigung. Entschuldigung es ist total windig in Düsseldorf. SGL, das ist Gemeinschaft Langenfeld, Sportpark Monheim, da haben wir Patienten geschickt mit Reha-Verordnung. Aber die kommen... Also erfolgreich ist das nicht, alles.

Moderatorin 2: Und haben sie Ideen, was da die Gründe sind, für?

Person 1: Das ist das, was ich meine, dieser Punkt 4, ja? Die Gründe sind ganz unterschiedlich. Es ist kalt, es ist warm, es regnet, ja, dann war das stressig, dann ist etwas passiert in der Familie. Wir haben auch ganz viele Depressive. Das passt auch zu Ihnen (Person 2), Diabetes geht mit der Depression auch zusammen. Solche Gründe sind das, da hatte ich keine Lust, und dann habe ich vergessen und dann war sowieso schon alles egal.

Person 2: Also da wird schnell aufgegeben und nicht so sehr dieser Selbstwirksamkeitsaspekt glaub ich gesehen, wieviel man wirklich mit der Alltagsaktivität schon wirklich für die eigene Gesundheit tun kann.

Person 1: Ja. Und dann ist das so, wenn die so weit kommen, dass sie entweder Insulin spritzen oder anfangen sich zu bewegen, dann bewegen sie sich, dann ist ein bisschen besser. Aber sobald es besser ist, dann hören sie damit auf, ja? Und ich habe auch, ich weiß es nicht, wie ich sie dauerhaft motivieren kann, ja, das ist... Und dann hab' ich dann je mehr Angebote oder Vorschläge ich mache, desto weniger machen die Patienten oder ziehen sich zurück. Also bei manchen klappt das, klappt das gut. Und diese Bewegung, das ist so wie, ich weiß nicht, das ist die, die letzte Rettung vor Insulinspritzen. Weil das wollen sie auf keinen Fall.

Person 2: Das ist auch ein bisschen bei uns manchmal so, dass dann die Patienten auf gar keinen Fall irgendeine antidepressive Medikation wollen. Und man weiß ja, geradeso bei sportlicher oder körperlicher Aktivität, dass das so 'nen eigenständigen antidepressiven Effekt hat, der vergleichbar ist mit 'nem Anti-Depressivum und manchmal klappt das dann so ein bisschen darüber die Motivation dann aufzubauen, aber...

Person 1: Das ist eine negative Motivation, das ist dann eben dann vermeide ich etwas und sobald das vermieden wurde, dann lässt das nach. Und im Winter, das ist Standard, dass diese HbA1c-Werte bei uns um 2% nach oben gehen, weil die dann gar nicht sich bewegen. Dann kommen sie und stehen ganz stolz: „Meine tägliche Bewegung ist aufs Klo gehen.“ Da sind sie dann ganz stolz, also das sind 1.500 Schritte am Tag.

Moderatorin 2: Und Person 2, was für Hilfsmittel oder Empfehlungen haben sie so bisher dann an die Hand gegeben?

Person 2: Also ich hab's tatsächlich immer so ein bisschen dann, sag ich mal, nach außen weitergegeben. Hab' dann gesagt, fragen sie mal bei der Krankenkasse nach, es gibt ja auch viele so förderfähige, sag ich mal, Sportprogramme oder Angebote. Bin da jetzt selber nicht so in die ganz konkrete Tiefe gegangen oder hab eben gesagt, bei der Stadt XX sich mal zu informieren, was es da so alles gibt. Hab' das so ein bisschen dann, sag ich mal so mehr auf der eigenverantwortlichen Schiene dann belassen. Ich glaube aber so aus der Einschätzung, dass je konkreter, das wahrscheinlich noch erfolgreicher wäre. Und gerade, wenn man eben vielleicht wirklich sowas wie 'nen Flyer

oder eine Übersicht hat, die Patienten mit nach Hause nehmen können und dann eben da eigenständig quasi wissen, also ganz konkret wissen, weil manchmal eben da dann die Hemmschwelle auch so groß ist: „Wo fang ich denn an?“, oder eben gar nicht so das Know-how, wie man dann an so etwas rangeht.

Moderatorin 2: Noch einmal ganz kurz die Frage an die Psycho-, äh, nicht die Psycho-, die Physiotherapeutinnen: Was haben, was empfehlen sie weitergehend sozusagen, also...?

Person 3: So wirklich empfehlen nicht wirklich. Wir haben natürlich immer den großen Vorteil, wir sagen: „Wie wär's denn, wenn Sie einfach ´ne Etage tiefer gehen?“ Da ist unser eigener Trainingsbereich, den man nicht nur auf Rezept, sondern auch als Abo-Kunde nutzen kann. Damit haben wir natürlich unser eigenes Werkzeug in der Hand, und direkt im Haus. Unter anderem arbeiten wir aber auch, wir haben eine Kooperation mit ´nem Sportverein, der sich in XX befindet, also quasi der Stadtteil direkt daneben, wo Kurse angeboten werden. Oder wir haben auch immer wieder Plakate hier hängen, wie zum Beispiel Lauffreize. Das bezieht sich aber häufig bei uns einfach auf sehr fitte Menschen. Wo ich so ein bisschen das Problem, also jetzt gerade im Sinne der Studie drin sehe, dass unsere Angebote dann doch eher für die sowieso schon sportlich sehr motivierten Personen ist und weniger für die, die man so ein bisschen in die Bewegung schubsen muss.

Moderatorin 2: Gut. Wollen wir jetzt zu Themenbereich 3 gehen?

Moderator 1: Sehr gerne. Das wäre auch jetzt quasi dann eben die passende Überleitung, sozusagen, also mal zu schauen, welche Mittel wurden bislang eingesetzt. Und jetzt quasi mit dem Leitfaden ja potentiell ein neues Mittel zu haben, oder ein neues Tool, um eben auf Bewegung aufmerksam zu machen und Bewegung zu empfehlen. Wie angekündigt, würde ich den Leitfaden jetzt nochmal kurz einblenden, damit den jeder noch mal vor Augen hat. Kleinen Augenblick. So, die erste Frage natürlich, kann den Leitfaden jeder sehen?

Alle: Ja.

Moderator 1: Wunderbar. Okay, ich würde nochmal kurz durchführen. Also aufgebaut ist der Leitfaden nach dem sogenannten 5A-Modell, wobei jedes A eben für einen Prozessschritt dieses Modells steht, beginnend wäre mit dem ersten Schritt Ask, also sprich, nach der körperlichen Aktivität fragen und sich erkundigen, wie aktiv die Patient:innen zurzeit sind. Und wir haben jetzt hier den Cut-Off zur quasi Empfehlung oder Nicht-Empfehlung so ein bisschen an den WHO-Empfehlungen angelehnt, an den offiziellen. Also sprich, entweder 150-300 Minuten moderate Aktivität oder 75-150 Minuten intensive körperliche Aktivität pro Woche, um eben einfach festzustellen, ist das denn jemand, potentiell, der eben von mehr Aktivität profitiert überhaupt und dann damit eben auch von dieser Intervention. Angenommen, es sitzt jetzt ein Patient, eine Patientin vor uns, die oder der dann davon profitiert, dann kann man mit dem zweiten Schritt weitermachen, was hier Assess wäre. Also sprich abklären, ob eben überhaupt eine Bereitschaft zur Verhaltensänderung vorhanden ist, sprich, eine Bereitschaft sich mehr zu bewegen. Auch da gibt es dann eben zwei Möglichkeiten, entweder die Bereitschaft ist nicht vorhanden. Das wäre dann der Punkt, wo man versuchen kann, Patienten und Patientinnen zu sensibilisieren. Was hier, das ist aber rein optional mit an die Hand gegeben, eben diesen 5R-Schema noch als Kurzintervention, explizit für dieses Szenario. Da gehe ich gleich kurz nochmal drauf ein. Oder eben Szenario B, die Bereitschaft ist schon vorhanden, was dann natürlich Tür und Tor öffnet, mit Advice

weiterzumachen. Also den dritten Schritt, nämlich Bewegung konkret auch zu empfehlen. Das Ganze kann man eben auch in Form von Alltagsaktivität empfehlen, idealerweise direkt mit konkreten Beispielen, wie sie dann eben auch hier aufgeführt sind. Also beispielsweise Treppe, statt den Aufzug zu nehmen, kleine Einkäufe oder die Brötchen holen zu Fuß erledigen, etc. Wenn auch das erfolgreich geschehen ist, käme der Punkt Assist, also sprich Hilfestellung anbieten den Patienten und Patientinnen. Und hier ist dann eben auch der Punkt, wo das Bewegungsprogramm 10.000 Schritte zum Tragen kommt, weil dann dementsprechend hier auf das Projekt hingewiesen werden kann, und auch eben dann auch Flyer oder Sticker mit Informationen und QR-Code direkt zu der Homepage, auf der man sich dann anmelden kann, mit ausgegeben werden können, so dass die Patientinnen und Patienten was an der Hand haben und sich das auch in Ruhe dann nochmal, wieder zu Hause angekommen, zu Gemüte führen können. Der letzte Punkt, Arrange, ist, denke ich, eventuell für die Praxis oder den Arbeitsalltag wahrscheinlich nicht realisierbar. In dem Sinne, dass man sagt, man organisiert extra einen eigenen Termin mit Patienten oder Patientinnen, aber ich glaube in vielen Fällen ist es dann doch so, dass wir, sage ich mal, die Patient:innen durchaus auch ein zweites oder sogar drittes Mal sehen und da bietet sich dann eben an, zumindest das Thema nochmal aufzugreifen und nochmal anzusprechen: „Wir hatten doch in der letzten Besprechung über das Thema Bewegung gesprochen. Ich hatte ihnen das Projekt „10.000 Schritte Düsseldorf“ gezeigt. Konnten Sie damit was anfangen? Hat Ihnen das was gebracht? Wie ist es gelaufen? Im wahrsten Sinne des Wortes. Also das wären quasi die Schritte dieses 5A Modells. Wie eben angekündigt, gibt es dann eben als Kurzintervention, wenn man denn sensibilisieren möchte, die Patienten und Patientinnen, die quasi nicht von sich aus schon eine Bereitschaft zu der Verhaltensänderung haben, noch das 5R-Schema. Auch hier steht jedes R wieder für einen Schritt des ganzen Schemas. Und hier geht es eben einmal darum, die Relevanz für den Patienten herauszuarbeiten, also sprich, sozusagen die positiven Effekte, die das Ganze ganz allgemein formuliert haben kann. Die Risiken auch, also sprich, welche negativen Auswirkungen kann es haben, eben sich nicht mehr zu bewegen. Aber auch individuelle Reize herauszuarbeiten, was eben auch so ein bisschen in die Richtung der Relevanz auch geht, aber ein bisschen die individuelleren Aspekte herausarbeiten soll. Vierter Punkt wären die Riegel, also sprich Hindernisse und Vorbehalte auch mit den Patienten und Patientinnen zu besprechen. Und da denke ich, ist es dann ganz individuell auch wieder, was Sie eben angesprochen haben, Person 1, zu scheuen, das ist ja bei jedem Patienten unterschiedlich, wahrscheinlich, was... woran es dann hapert. Und das eben versuchen irgendwie zu bewältigen und den Patienten, Patientinnen, dabei dann eine Hilfestellung auch anzubieten, die idealerweise eventuell auch ein Bewegungsprogramm wie „10.000 Schritte“ sein kann. Also sprich, wenn die Patient:innen dann auch eine soziale Anbindung finden, wie eben schon angesprochen. Letzter Punkt wäre die Repetition, also sprich, auch hier dann quasi wieder einzusteigen in dem 5A-Modell. Und erneut mit der Einschätzung der Bereitschaft fortzufahren. Genau. Jetzt habe ich schon die „10.000 Schritte“- Homepage mehrfach angesprochen. Ich würde sie auch gerne einmal zeigen. Dafür wechsle ich einmal kurz das Bild und würde mich nochmal über ´ne Rückmeldung freuen, ob die jetzt sichtbar ist.

Alle: Ja.

Moderator 1. Perfekt. Super. Kurz zum Aufbau der Website. Also hier sind wir auf dem Startbildschirm. Und kann man verschiedene Informationen sehen. Ganz allgemein erstmal, an wen richtet sich das Programm? Und dann eben auch, welche Vorteile bietet es, gesundheitlich sich mehr zu bewegen. Da stehen die ganzen Informationen zu den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation nochmal. Aber was vielleicht noch

wichtiger ist, wenn man dann sich selber eben anmelden möchte, gibt es hier oben dann den Button „Meine Schritte“. Ich meine, ja genau, ich bin noch eingeloggt. Und dann kommt man eben in den Mitgliederbereich, also sprich, schon nach erfolgter Registrierung. Jetzt kann man hier dann seine täglichen Schritte eintragen und auch ein persönliches..., sieht man die Maus auch?

Alle: Ja.

Moderator 1: Gut. ...ein persönliches Schritteziel eintragen, in dem Fall sehen Sie und seht Ihr jetzt, ich hab´ beispielsweise 7.000 Schritte eingetragen. Also es muss nicht unbedingt immer die 10.000 sein, denke ich. Das ist auch so ein bisschen abhängig vom Aktivitätsniveau der Patient:innen bisher. Weil es natürlich auch für jemanden, der von Null startet sicherlich dann viel verlangt ist, direkt 10.000 Schritte am Tag zu schaffen. Also auch das ist durchaus flexibel. Hier unten kann man die Schritte dann eintragen für jeden Tag. Wir können das jetzt für heute beispielsweise mal machen. Angenommen, ich habe jetzt heute 8.000. Wäre also jetzt hiermit quasi schon über meinem Schritteziel. Das Ganze wird hier oben auch visualisiert. Sowohl in ´ner Prozentzahl als auch hier der Kreis, also sprich wäre ich jetzt unter den 7.000, wäre der Kreis entsprechend nicht voll. Und man kann zusätzlich auch, wenn man jetzt körperliche Aktivität außerhalb dieser Schrittzahlen, also sprich Alltagsaktivität noch hat, beispielsweise ins Fitnessstudio geht... Angenommen ich war noch 60 Minuten beim Sport, der relativ intensiv war, dann kann ich das für heute direkt mit eintragen. Und das Programm rechnet mir das Ganze auch in gedachte Schrittzahlen um, so dass ich dann eben das hier mitberücksichtigt bekomme. Was beispielsweise dann eben auch in Statistiken, also sprich meine persönliche Statistik, einbezogen wird. Aber auch, wenn ich jetzt, Wettbewerbe beispielsweise durchführe mit Kollegen/Kolleginnen, oder Bekannten, die ebenfalls teilnehmen, auch das ist möglich. Sieht man hier oben, gibt's auch nen Button für, wird eben diese andere Aktivität auch berücksichtigt. Genau. Außerdem wird das Ganze auch in Form von so ´ner Wochenübersicht anschaulich dargestellt und Durchschnittswerte werden auch errechnet. Also das wäre quasi das, was mir das Programm bietet, wenn ich mich denn registriere. Und wie gesagt, diese Möglichkeit hier auch in den Wettbewerb interaktiv zu treten mit anderen Teilnehmer:innen. Genau. Gibt es dazu erstmal noch Fragen?

Person 1: Sie haben uns das zugemailt. Also muss ich mir das ausdrucken für die Patienten oder gibt es irgendwelchen Zugang zu diesem gelben Flyer?

Moderator 1: Den gibt es, absolut. Den kann ich Ihnen gerne vorbeibringen.

Person 1: Ich hole mir das ab. Ist das an der Uni, weil ich wohne direkt an der Uni Düsseldorf, da kann ich mir...

Moderator 1: Ach so.

Moderatorin 2: Den können Sie sich auch gerne bei mir abholen. Ich bin immer hier. Also wir haben Broschüren, Flyer und auch Sticker mit ´nem QR-Code, wo man dann auch gleich auf die Seite gelangt.

Person 1: In welchem Gebäude sind Sie?

Moderatorin 2: 17.11. 3. Stock.

Person 1: Okay.

Moderator 1: Okay. Dann würde ich einmal, wenn es für alle okay ist, die Ansicht wieder beenden. Und dann können wir zum dritten Teil übergehen, zu den Fragen. Und zwar, wie Sie die Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens, den wir gerade ja auch nochmal durchgegangen sind, in Ihrem Arbeitsalltag einschätzen, um eben Patient:innen das Thema körperliche Aktivität näher zu bringen. Sprich, halten Sie es für ein praktikables Tool, was Sie integrieren können? Was gefällt Ihnen, oder gefällt Ihnen weniger, bzw. wo denken Sie, könnte das Ganze noch optimiert werden? Oder wo müsste was ergänzt werden?

Moderatorin 2: Das waren jetzt glaube ich vier Fragen gleichzeitig. Vielleicht eins nach dem anderen.

Moderator 1: Vier Fragen auf einmal, ja. Ja, genau. Also fangen wir mit der ersten Frage an. Wie schätzen Sie die Anwendbarkeit dieses Leitfadens nach diesem 5A Modell für sich im Arbeitsalltag ein?

Person 2: Also ich glaube, dass das bei uns sehr gut anwendbar ist. Weil das eben, wie gesagt, sowieso ein wichtiger Bestandteil ist, der eben eigentlich das, was ich am Anfang auch schon mal meinte, ein bisschen das ist, sag ich mal, sehr kurz und prägnant. Und kann eben gut eben dann mit was an die Hand geben. Ist dann so ein rundes Konzept. Von daher denke ich, dass die Anwendbarkeit bei uns ganz gut sein wird.

Person 1: Bei mir ist das auch so. Ich habe das nie so benannt, nach diesen ganzen A's. Aber ich werde das, also Diabetologen arbeiten ganz viel mit Diabetes-Beraterinnen und das werden wir integrieren. Für die wird das sicherlich sehr sehr hilfreich sein, wenn wir das so benennen und sagen, das sollen sie so erheben. Das finde ich gut.

Person 4: Also ich denke auch, bei uns in der Praxis ist das auf jeden Fall sehr gut anwendbar. Es passt irgendwie zu den Sachen, die wir sowieso bei uns im Alltag, wo wir mit den Leuten eh drüber reden. Gibt den Punkten einfach nochmal 'ne Form und ist was, wo wir uns auch ein bisschen entlang hangeln können. Also ich denke, fasst das, was wir eh schon machen, in einer sehr guten Form zusammen.

Person 1: Strukturiert ganz einfach.

Person 2: Ja.

Person 3: Generell sehe ich das genauso. Dass wir das ziemlich gut anwenden können, bzw. größtenteils auch schon angewandt haben, dem Ganzen halt nur keinen Namen gegeben haben. Diese Hilfe anbieten, haben wir auch ein Stück weit schon probiert zu machen, aber halt noch nicht sehr intensiv. Da ist halt dieses „10.000 Schritte“-Programm ein Mittel, wie ich finde. Und da müsste man sich wahrscheinlich einfach noch mehr Gedanken zu machen, wie man die Leute aktivieren könnte.

Moderatorin 2: Wie meinen Sie das konkret? Natürlich in Ihrer physiotherapeutischen Praxis wollen Sie natürlich, dass die Leute die Übungen erstmal so machen, ne und auch Kräftigung und so weiter. Wie meinen Sie das jetzt mit, in Bezug auf Motivation an „10.000 Schritte Düsseldorf“, das irgendwie zu nutzen?

Person 3: Weil wir jetzt von ganz vielen hören: „Ja, aber einfach nur Schritte sammeln ist ja langweilig.“ Also dass man da einfach noch mal sich mehr Gedanken zu macht. Ja, jetzt geht's größtenteils darum, diese Schritte zu sammeln, bzw. dadurch durch Schritte die Alltagsaktivität zu fördern. Ich habe jetzt gerade eben auch das erste Mal gesehen, dass man halt auch zum Beispiel, 'nen intensives Training da als Schritte werten lassen kann. Aber dass man das nicht unbedingt nur über so Programme macht, weil wir auch

viele haben, die dann sagen: „Ja, aber dann muss ich das ja immer alles eintragen. Das ist mir dann schon wieder zu umständlich, und zu lästig.“ Und dann ist das auch schon wieder mit Technik, wir haben halt auch viel mit alten Menschen zu tun, die völlig überfordert sind, wenn sie überhaupt nur ein Handy in der Hand halten. Zum Beispiel, wo das Programm dann zum Beispiel überhaupt nicht ankommen würde, weil es schon wieder zu kompliziert wäre.

Moderatorin 2: Ja. Da kann ich zu sagen, zum einen, für die, die es lieber über ihr Handy ganz automatisch tracken wollen, gibt es auf der Seite Empfehlungen für kostenlose Schrittzähler-Apps, die man runterladen kann. Man hat ja auch oft vorinstallierte Apps, die kann man auch nutzen. Es geht gar nicht darum, was man jetzt nutzt, nur, dass man es tut. Und weil es da gute Evidenz zu gibt, dass wenn man diese Monitorierung durchführt, dass man seine Bewegung tatsächlich auch steigert. Und wie gesagt, andere Aktivitäten auch, Fahrradfahren kann auch umgewandelt werden. Und für die Älteren weisen wir immer darauf hin, wir haben auf der Seite auch Printmaterialien, die kann man ausdrucken. Und wir haben auch, weil ich hierbei Person 2 nicken sah, die Materialien, die wir haben, in der Broschüre, da gibt es hinten ein ganz klassisches Bewegungstagebuch, was man wirklich mit ausfüllen kann. Für die Älteren, die halt es lieber so wollen und die das eben nicht so toll finden mit Website und Trackern und so weiter.

Person 2: Ja, das dachte ich nämlich auch, dass das so ein bisschen auch echt so eine Generationsfrage einfach ist. Auch so diese digitale Challenge sicherlich vielleicht eher was für die, ich sag mal eher so unter 50-jährigen dann ist. Und alles drüber... Also bei uns geht's von 18 bis 98, sag ich mal, dass die Älteren dann das eher brauchen, händisch oder eben dann wo der Fokus ist auf persönlicher Interaktion im Geschehen selber quasi noch.

Moderatorin 2: Um vielleicht nochmal kurz zurückzukommen auf den Leitfaden per se. Also Sie hatten ja gesagt, das fänden Sie schon umsetzbar. Gibt's denn da irgendwas, was aus Ihrer Sicht, aus Ihrer Expertise heraus, vielleicht noch fehlt in dem Leitfaden? Er ist ja sehr kurz, es soll ja auch wirklich nur ganz kurz und knapp sein, ne, weil...

Person 2: Das finde ich tatsächlich gerade gut! Deswegen denke ich eben, dass er auch anwendbar ist. Es muss sich ja auch irgendwie ins Gespräch einfügen und es muss irgendwie ins zeitliche Management passen. Deswegen finde ich eigentlich das so gut, sage ich mal, dass er so kurz und knapp ist, aber aufs Wesentliche beschränkt. Was Richtiges, was jetzt fehlt, ist mir bisher nichts eingefallen. Vielleicht kommt das dann in der Anwendung.

Moderatorin 2: Ja, nochmal von den Anderen. Gibt es irgendwie Ergänzungen, was bräuchte es noch... Oder denken Sie auch, dass sich das dann zeigen wird?

Person 1: Also diese A-Fragen, das ist das, was wir im Prinzip machen, ich habe das nur nie so benannt. Meine Probleme sind Rezidivprophylaxe, und wenn die Leute abkommen von dem richtigen Weg. Also wenn sie wieder in diese Immobilität fallen und dieser Abbau von Hindernissen. Das wird sich, vielleicht mache ich das jetzt strukturierter oder das wird sich zeigen in den nächsten Gesprächen. Da sehe ich, den Bedarf, irgendwie einfache Hilfen, wie baue ich das ab, dass das strukturierter ist, weil ich schwimme momentan mit dem Abbau von Hindernissen. Das wäre die Herausforderung für mich. Wie baue ich die Hindernisse ab, wie kriege ich die, die aktiv waren und dann wieder immobil werden, weil weiß ich nicht, sie waren krank, dann gab's

Corona, OP oder irgendwas. Und dann verfallen sie wieder in Immobilität, ja? Also sie wieder zurückzubekommen.

Moderatorin 2: Ja. Also verhaltenspsychologisch betrachtet würden Sie tatsächlich dann einfach in dieses frühere Stadium wieder zurückgehen und einfach Verständnis äußern, dass Corona und alle Widrigkeiten des Alltags natürlich dazu führen können, dass man in ein vorheriges Stadium wieder zurückfällt und wieder von Neuem beginnen muss. Und das gibt's auf der Website auch, weil wir das unter Corona auch entwickelt hatten. Zum einen den Benefit von körperlicher Aktivität auf natürlich irgendwie Immunsystem, aber auch, was tue ich, wenn ich gerade Corona hatte, wie fange ich dann ganz gestaffelt wieder an mit körperlicher Aktivität. Da können Sie auch drauf verweisen. Ich glaube, es würde sich lohnen, sich nochmal die Aspekte anzugucken, da ist 'ne Menge drin. Weil natürlich fast jeder hat oder hatte Corona oder wie auch immer und das ist natürlich auch immer wieder ein Rückschlag.

Person 3: Was ich noch finde: Ich finde den Leitfaden gut anwendbar auch für Erwachsene bzw. auf alles, was irgendwie schon recht selbstständig ist. Denke ich aber jetzt an die Kinder, die ich behandle, betreue, wo die Alltagsaktivität definitiv nicht hoch ist, wenn es nicht gerade durch irgendwie Schule gepusht wird, finde ich es dann schon wieder schwieriger. Einfach, weil die Hindernisse mehr da sind, weil man die Eltern mit ins Boot holen muss und das nicht unbedingt immer alles so einfach ist mit den Eltern, bzw. wir dann teilweise leider sagen, oder was heißt leider, es ist eigentlich besser für die Kinder, die Eltern gar nicht mit in der Behandlung oder Therapie mit dabei haben wollen. Da wird's dann aber schwieriger die irgendwie mehr zu mehr Bewegung zu motivieren. Weil da ganz häufig, gerade bei meinen pubertierenden Kindern, dieses „Keine Lust“, „Keinen Bock“, und gerade die haben es nötig. Also da ist so ein bisschen das, wie kriege ich die noch mehr dazu? Welche Hilfsmittel kann ich da an die Hand geben?

Moderatorin 2: Da hilft „10.000 Schritte Düsseldorf“ definitiv nicht. Das ist Ü18, und Kinder, Kinder und Jugendliche brauchen ganz andere Anreize auch, das ist ganz eindeutig so. Das nutzt glaub ich auch nix, das dann bei den Kindern und Jugendlichen einzusetzen, weil die einfach ganz andere Motivationslagen brauchen und ganz andere Angebote. Auch viel viel mehr... da würde man vielleicht eher mit Gamification und spielerischen Ansätzen auch arbeiten. Ja. Gibt es sonst noch Anmerkungen?

Person 1: Wie läuft das weiter? Also jetzt gehen wir in die Praxis...? Erzählen Sie.

Moderator 1: Also wir hatten es uns so überlegt, dass quasi ab jetzt dann die Testphase starten kann. Wer noch Material braucht, gerne melden, Bescheid sagen. Kann ich entweder vorbeibringen, oder Person 1, wenn sie direkt an der Uni wohnen, können Sie das natürlich auch gerne so machen. Also sprich die Anwendungsphase könnte quasi ab morgen, nee, morgen ist Samstag, aber am Montag direkt starten. Und angepeilt sind ja vier Wochen. Wir haben uns allerdings auch gedacht, dass jetzt einfach bei vielen wahrscheinlich Urlaub ansteht in der nächsten Zeit, so dass dann quasi nicht die nächsten vier Wochen rein zeitlich, sprich den nächsten Monat nur Anwendungsphase wäre, sondern durchaus auch zwei Monate denke ich ein guter Zeitraum wären. Damit jeder die Möglichkeit hat und jede Teilnehmerin den Leitfaden auch wirklich vier Wochen auszuprobieren. So, dass ich denken würde, dass Anfang September beispielsweise ein guter Zeitpunkt wäre die nächste Gruppensitzung, also sprich nach der Anwendungsphase des Leitfadens zu planen, wo man dann retrospektive nochmal schauen kann: Wie gut hat das funktioniert? Wo hat es eventuell gehapert? Was hätte

besser laufen können? Genau, das wäre so erstmal das weitere Vorgehen, oder, Moderatorin 2?

Moderatorin 2: Ja, wir haben ja jetzt NRW-Schulferien und viele sind ja wahrscheinlich auch irgendwie auch einen Teil davon noch weg und das bringt ja nix, wenn das dann irgendwie nur eine Woche oder so, wir sind uns ja dessen bewusst, dass wir auch alle mal in Urlaub fahren wollen. Nur so, dass Sie vielleicht für sich mal so pi mal Daumen mal gucken, dass Sie mal so vier Wochen vollkriegen, wo Sie das so für sich pilotieren. Wann es möglich ist und wann es auch einfach passt, ne? Und vielleicht auch so ein bisschen so für sich. Würde uns wirklich interessieren dann in der zweiten Runde, was ihre Erfahrungen damit waren und wie das so angekommen ist, läuft, ob das integrierbar ist, eher nicht, wo sind da die Stellschrauben. Darum wird es dann in der zweiten Runde gehen.

Person 1: Okay.

Moderatorin 2: Gut. Gibt es noch weitere Anmerkungen? Jetzt noch nicht gleich verschwinden, ich muss erstmal das Aufnahmegerät abschalten und zu gucken, ob auch alles in Ordnung ist.

Person 1: Was ist das Ziel der Studie? Also Sie wollen das evaluieren und wo soll das hingehen?

Moderator 1: Ziel ist jetzt, mit diesem Projekt hier herauszufinden, ob eben sich so ein Leitfaden, sprich für dieses 5A-Modell bspw., gibt es aus der Rauchentwöhnung ganz gute Evidenz in der Anwendung und eben zu schauen, ob sich ein Gesprächsleitfaden nach diesem Modell auch in der Bewegungsförderung eignet, um eben da gute Ergebnisse zu erzielen. Aber jetzt erstmal zu schauen, ob das überhaupt praktikabel ist.

Person 1: Also das Instrument zu entwickeln, erstmal?

Moderator 1: Genau.

Moderatorin 2: Genau.

Person 1: Also erstmal die Instrumententwicklung und dann wird irgendwie auch eine Evaluierungsphase kommen, wieviele Leute konnten dazu bewegt werden, dass sie an den niederschwelligen Angeboten irgendwie teilnehmen?

Moderatorin 2: Ja. Also die Doktorarbeit von Herrn Vogel, die ist ja angegliedert an eine große Studie, wo wir das 10.000 Schritte Düsseldorf Programm evaluieren. Und das zielte eben auf Bewegungsförderung bei Personen über 18 in Stadtbezirken ab. Und hier haben wir halt eben auch unter anderem allgemeine Arztpraxen, Zentren plus also eigentlich alle, alle sozusagen Organisationen, die ansässig sind in Stadtbezirken im Blick gehabt. Nur gerade auch in der ärztlichen Versorgung, auch in der physiotherapeutischen Versorgung wissen wir eigentlich nicht so gut, wie so etwas besser gelingen kann oder wie man vielleicht das Programm, wie man die Leute dazu bekommt, mitzumachen, oder wie man sie besser berät. Und deshalb hat Herr Vogel eben jetzt diesen Gesprächsleitfaden entwickelt und wir wollten ihre Einschätzung dazu, ist Teil der Forschung, aber eben dann auch die Modifikation des Leitfadens, je nach dem, was in den zweiten Fokusgruppen dann rauskommt. Und dann auf lange Sicht natürlich der Einsatz und eine Evaluation. Ja.

Person 1: Okay.

Moderatorin 2: Haben wir am Anfang ganz vergessen bei dem ganzen Trouble mit dem Kollegen, der sich nicht eingeschaltet hatte.

Moderator 1: Ja.

Moderatorin 2: Gut.

Person 1: Sinnvoll und wichtig finde ich das. Also hat mich echt angesprochen, das.

Moderatorin 2: Ja.

Moderator 1: Sehr schön.

Moderatorin 2: Ja, wunderbar, herzlichen Dank. Dann würde ich jetzt mal die Aufzeichnung offiziell jetzt beenden.

## Transkript Fokusgruppe; Gruppe A, Sitzung 2; 06.09.2023

Moderator 1: Julius Vogel, Doktorand

Moderator 2: Prof. Claudia Pischke, Betreuerin des Promotionsvorhabens

Person 1: Ärztin (Diabetologie), weiblich

Person 2: Ärztin (Neurologie & Psychiatrie), weiblich

Person 3: Physiotherapeutin, weiblich

Person 4: Physiotherapeutin, weiblich

Moderator 1: Dann geht es weiter. Also, an der Stelle auch nochmal natürlich die Erinnerung bzw. an Sie nochmal die Info, wie beim letzten Mal auch wird die Gesprächsrunde heute aufgezeichnet. Aber das ist ja Teil eben dieses Vorhabens hier, genau und letztlich nichts Neues im Vergleich zum letzten Mal. Ja, wie gesagt, zwei Monate sind um und ich hoffe, Sie bzw. Ihr hatten alle Zeit und Gelegenheit den Leitfaden auszuprobieren. Und heute soll es eben rückblickend auf diese zwei Monate darum gehen, die Erfahrungen, die Sie bzw. Ihr gemacht haben, gemacht habt, nochmal zu diskutieren. Eventuelle Änderungsvorschläge zu besprechen, zu diskutieren und abschließend ein kleines Resümee sozusagen zu ziehen. Darüber, wie empfehlenswert Ihrer Meinung nach die Anwendung eines solchen Leitfadens ist, um eben Bewegungsempfehlungen in den Praxisalltag zu integrieren. Genau, die Fragen, die diskutiert werden sollen, bzw. um die es heute gehen soll, hatte ich gestern an meine Einladungs-E-Mail angehängt, werde aber auch, wie beim letzten Mal, die Fragen jeweils vor der Besprechung nochmal einzeln vorlesen. Diesmal auch nicht mehr als Gesamtpaket, sondern wirklich Frage für Frage, so dass das hoffentlich dann etwas übersichtlicher bleibt. Genau, gibt es denn von Ihrer bzw. Eurer Seite noch Fragen, Anmerkungen vorab, bevor wir mit der Diskussion der Fragen starten? Nein?

Alle: Nein.

Moderator 1: Okay. Dann würde ich, ja, einsteigen mit der ersten Frage bzw. dem ersten Themenkomplex. Und da geht es darum, die Nutzung des Gesprächsleitfadens oder eben Ihre Erfahrungen über die Anwendung nochmal zu besprechen. Hier lautet dann die erste Frage: Rückblickend auf die vergangene Zeit, in der Sie den Leitfaden angewendet und auf das Programm 10.000 Schritte Düsseldorf aufmerksam gemacht haben, wie beurteilen Sie jetzt die Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens für den Gebrauch und den therapeutischen Alltag, um Patient:innen das Thema Bewegung und das oben genannte Bewegungsprogramm näher zu bringen? Möchte jemand anfangen und seine Erfahrungen, bzw. Meinung dazu schildern?

Person 1: Ich kann anfangen, ja?

Moderator 1: Sehr gern.

Person 1: Also ich habe mein, ich hatte von früher einen Leitfaden gehabt und ich habe nach unserem letzten Treffen das modifiziert. Und ich habe die Frage eingebaut: „Warum möchten Sie etwas ändern?“ Davor habe ich gesagt, sie sollen etwas ändern und jetzt frage ich anders und da wird Energie freigesetzt. Und auf diese Frage möchte ich nicht verzichten und es kommen Ideen von Patienten und das werde ich weiter behalten. Also diese Frage „Möchten Sie etwas ändern?“, also das lockt etwas und es wird lockerer, und es kommen, ja, es ist nicht so, dass es von mir kommt, sondern vom Patienten kommt etwas an diesem Punkt.

Moderator 1: Was sind das für Ideen, die die Patient:innen dann so schildern?

Person 1: Was die Patienten schildern, ist: „Ach, ich muss mich oder ich soll mich in einem Sportclub anmelden.“ „Ich kann mehr spazieren gehen.“ „Da kann ich meinen Mann begleiten mit dem Hund.“ Und also spontane Ideen, ja? Und vorher habe ich das vorgegeben, ich habe irgendwie gesagt, naja, das ist 3.000 Schritte. Für die Stoffwechsellage brauchen sie 7.000! „Oh Gott, das schaffe ich nie im Leben“ und das habe ich geändert jetzt. Und damit fahre ich gut. Das finde ich gut.

Moderatorin 2: Darf ich da nochmal nachfragen, eine Verständnisfrage hab´ ich. Haben Sie das dann als Eingangsfrage für den Gesprächsleitfaden im Gesprächsleitfaden ergänzt, oder?

Person 1: Ergänzt habe ich das. Also ich habe immer gefragt: „Was machen Sie?“, also ich bin Diabetologin, ja. „Was machen Sie?“, ich habe das versucht, immer zu quantifizieren, Patienten haben mir das erzählt. Vorher habe ich gesagt, das wird nicht reichen, um die Stoffwechsellage zu positiv zu beeinflussen und jetzt, dazwischen schiebe ich eine Frage: „Möchten Sie etwas verändern?“

Moderatorin 2: Mhm.

Moderator 1: Also das heißt, Sie hatten sozusagen den Punkt 1, dieses Ask, war sowieso schon bei Ihnen auf der Agenda...

Person 1: Richtig.

Moderator 1: ... Und Sie haben quasi den zweiten Punkt, Assess, nochmal mit reingenommen für sich?

Person 1: Genau. Ich habe den Punkt reingenommen und dann bekommt man Vorschläge. Nur es hilft mir ja, weil ich merke, die machen nicht zu. Vorher haben viele zugemacht, ja? Dann war das irgendwie: „Ach was, das ist unvorstellbar. Wie soll ich das machen?“ Und, ja...

Moderator 1: Okay. Das heißt, insgesamt war da dann, wobei da kommen wir auch noch zu einem späteren Zeitpunkt zu, dann belassen wir es vielleicht erstmal hier an der Stelle. Wie sieht es bei den anderen aus?

Person 2: Also ich fand das auch, also habe es auch umgesetzt, also ich habe es natürlich nicht Wort für Wort abgelesen, aber quasi so das Modell. Ich habe es im Gegensatz dazu, ich weiß nicht, das liegt vielleicht auch ein bisschen an dem Patientenklientel, eher so als Angebot mehr dann so in den Raum gestellt. Ich hab jetzt quasi, weil, sag ich jetzt mal so, bei den psychiatrischen Patienten bei mir ja auch oft dann eher so ein bisschen so dieses, sag ich mal, das einfach so ein Aspekt ist, der den Patienten auch gar nicht so bekannt ist, jetzt vielleicht nicht so, wie jetzt quasi so zum Beispiel bei einer Stoffwechselstörung dann mal eher, quasi so ein bisschen das so direkt so als Angebot, so als Vorschlag gemacht, dass eben so Alltagsaktivität da auch ein sehr guter Aspekt sein kann und hab dann aber eben auch etwas konkreter dann eben auf dieses mit den, also mit den Schritten, 10.000 Schritte, drauf eingegangen. Vorher eben immer so ein bisschen eher im Sinne von, Spaziergänge und Bewegung draußen, so ein bisschen als Oberbegriff nur beschrieben.

Moderator 1: Mhm. Und, Person 3 oder Person 4...

Person 3: Ja. Tatsächlich etwas schwieriger! Ja, wir haben Anfänge davon tatsächlich bei uns... so wie das Nachfragen, wie das Aktivitätsniveau aussieht. Motivieren kriegen

wir auch noch hin. Ich hab´ allerdings festgestellt, dann wurde relativ schnell abgeblockt, auch mit dem Hinweis auf 10.000 Schritte wurde es so mehr oder weniger gar nicht angenommen. Ich habe aber auch festgestellt, es liegt bei uns tatsächlich so ein bisschen, wie ist unser Blickkontakt zu den Patienten. Es ist tatsächlich viel, wenn wir nicht aktiv mit denen arbeiten, sondern die bei uns auf der Bank liegen, dass wir gar keinen Blickkontakt herstellen können und dass die Zeit vor der Behandlung, wo man sich anguckt und nach der Behandlung, wo man sich richtig anguckt, dass das Gespräch nicht aufkommt. Das heißt bei uns war wirklich, ja, der Blickkontakt, der gefehlt hat, um da nochmal intensiver drauf einzugehen.

Moderator 1: Also, das heißt, jetzt geht es ja hier in dem ersten Punkt hauptsächlich um die Anwendbarkeit für Euch bzw. Sie, als Therapeut:innen. Da würdest Du sagen, in dem Setting und der Position des Patienten, der Patientin, ist das schwieriger die Anwendung durchzuführen?

Person 3: Genau. Der erste Teil geht und dann wird es schwieriger.

Moderator 1: Mhm.

Moderatorin 2: Darf ich da nochmal nachfragen, also das hat was dann mit der, mit dem Ablauf in der Physiotherapie zu tun, richtig? Also die kommen hin und legen sich dann irgendwann auf die Bank und...

Person 3: Genau, richtig. Also wenn man wirklich passiv mit denen arbeitet, das heißt, dass die sich hinlegen, hat man maximal zwei, drei Minuten wo man mit denen quatscht, wenn überhaupt, und dann legen die sich hin, und dann kommt man bei vielen nicht mehr so sehr an die ran, dass man denen noch wirklich was erklären oder erzählen kann, sondern entweder schweigen die dann oder quatschen selber eine halbe Stunde, so dass man gar nicht zu Wort kommt.

Moderatorin 2: Und wie haben Sie das erlebt, Person 4?

Person 4: Ja, also ich hatte leider tatsächlich die Situation, dass ich wenig das überhaupt anwenden konnte, weil ich eben sehr, sehr viel Hausbesuche mache, was oft halt Leute sind, die zuhause sind, zuhause auch wirklich nicht mehr rauskommen. Das heißt, es war da leider schwierig anzuwenden. Und ich hatte generell wenig Situationen, es anzuwenden, aber da war es dann auch halt ähnlich wie bei Person 3, dass die Leute schnell abgeblockt haben, gerade Thema 10.000 Schritte. Da war dann sehr schnell entweder: „Ja, aber ich bewege mich doch schon.“ Oder: „So viel schaffe ich gar nicht!“, also da wurde leider auch recht schnell abgeblockt.

Moderator 1: Gut. Wie seid Ihr dann damit umgegangen, wenn die Patient:innen so abgeblockt haben?

Person 3: Ich persönlich, für die Sitzung nenne ich es jetzt mal, habe es dann erstmal gelassen, bin beim nächsten Mal dann nochmal darauf zurück. Bei manchen hat es dann... ja, manche waren dann bereit darüber zu sprechen, andere wiederum haben dann einfach eine halbe Stunde geschwiegen. Und dann habe ich für mich auch gesagt, gut, nur um jetzt dieses Programm in den Vordergrund zu rücken von der Therapie, dafür ist mir meine Therapiezeit ein bisschen zu schade und ich möchte auch ganz gern was um das Umfeld drum herum wissen, weil das manchmal auch sinnvoll ist, das mit einzubeziehen.

Person 4: Ja, bei mir eigentlich ähnlich. Muss ich nicht noch mehr zu sagen.

Person 1: Also bei mir ist das echt gut angekommen. Also insbesondere bei Leuten, die alleinstehend sind, oder die haben einen Partner, der sich nicht bewegt. Und die wollen auch nicht in Sportstudios gehen, und da waren Sie ganz, ganz, ganz hellhörig. Ich habe diese ganzen Flyer, die ich hatte, innerhalb von 4 Wochen an Patienten weitergegeben. Es hat gescheitert an der Umsetzung im Internet. Also Schrittzählen ist alles gut, da haben sie... Also bei uns ist ein Teil der Therapie, also Bewegung ist ein Teil der Therapie, und wenn das eine App gäbe, wo sie diese Schritte automatisch übertragen können, dann würden sie das ganz, ganz viel nutzen, ja? Und was auch ganz gut war, ist, dass das vom Land Nordrhein-Westfalen kommt, dass das von Uni Düsseldorf kommt. Da kamen keine Fragen was irgendwie Datenschutz betrifft. Und ich denke dass, also in meinem Bereich, Diabetologie, das ist ein ganz großes Feld für Leute, die nicht alleine handeln möchten. Und die brauchen... das ist fast sowas wie ein Begleiter, mit dem sie etwas machen können, wo sie sich messen können. Nur, sobald das daran ging sie müssen übertragen, da haben sie keine Lust mehr.

Moderator 1: Aber da haben Sie ja...

Moderatorin 2: Ich möchte noch als kleine Anmerkung sagen, zur Information für die Zukunft, das müssen sie ja auch gar nicht. Sie können ja auch einfach ihr Handy nehmen und was da vorinstalliert ist nutzen, ne? Das Übertragen ist nur, einige möchten das gerne über die Website machen, aber das muss ja keiner, das ist ja... Da gibt es, wir empfehlen da ja auch Schrittzähler-Apps, die man runterladen kann oder eben die, die vorinstalliert sind auf dem Handy oder einfach ein ganz, ganz einfacher Schrittzähler, der irgendwie 5 Euro kostet.

Person 1: Was interessant war, dass man hier umrechnen konnte, Gartenarbeit oder Haushalt, in Schritte. Und das ist das, weil, wenn die sagen, die müssen irgendwie 1.000 Schritte, 10.000 machen, damit sich etwas beim HbA1c Wert bewegt, dann kriegen sie Panik, ja? Aber wenn man sagt, Haushalt zählt und Gartenarbeit zählt, dann sind sie ganz dabei und ganz begeistert, ja. Und ich denke, dass das wäre echt etwas Tolles für Patienten mit Diabetes, mit Typ-2 Diabetes.

Moderatorin 2: Ja, für die, die gar nicht technikaffin sind, gibt's auch die Möglichkeit, ein Tagebuch auszudrucken. Da kann man sich das ausdrucken, und für jede zehn Minuten, die man sich moderat bewegt, kann man sich 1.000 Schritte aufschreiben. Also das als kleiner Hinweis. Wer es einfach auf Papier machen möchte, kann sich das dann sozusagen zusammenrechnen. Heute 20 Min...

Person 1: Also die sind mittlerweile in der Diabetologie, sind alle Patienten ein bisschen technikaffin, weil durch diese Glukose-Sensoren und die kommen damit zurecht. Die möchten das, ja. Und die haben also viele Gesundheits-Apps im Bereich der Diabetologie. Das ist, ich denke schon, das ist ein Teil was wir, ja...?

Moderatorin 2: Ja.

Moderator 1: Und, das heißt, Person 1, wenn... Sie haben ja gesagt, Sie hatten vorher schon einen eigenen Leitfaden mit dem Sie gearbeitet haben...

Person 1: Ja?

Moderator 1: ...jetzt nochmal im Hinblick auf die Anwendbarkeit, also ich sag mal auch die zeitliche Integration in die tägliche Arbeit, war das aber machbar für Sie?

Person 1: Also das ist bei uns, das war sowieso drin. Wissen Sie, wir haben irgendwie, das ist ein Teil der diabetologischen Anamnese, wieviel Leute sich bewegen, die

Quantifi... Wir haben das immer gemacht, es ist nur... Ich habe mehr erreicht durch Ihren Faden, weil ich dann mehr: „Was möchten Sie machen?“ Also durch diese eine kleine Frage, ja, habe ich viel mehr erreichen können. Und das ist ein Teil, wir fragen das jedes Mal ab, ja? Das ist, wenn die Patienten kommen. Aber vielleicht liegt das an meiner Fachrichtung, ja?

Moderator 1: Und Person 2, bei Dir? Zeitlich, also Richtung Anwendbarkeit, Integration in den Alltag, auch gut machbar gewesen?

Person 2: Absolut. Also zeitlich gut, es ist natürlich bei uns nun tatsächlich nicht so standardmäßig Teil eines jeden Termins, aber durchaus entsprechend natürlich auch der einzelnen Patienten, je nachdem, an welchem Punkt die gerade sind im Rahmen ihrer Erkrankung, auf jeden Fall ein wichtiger Aspekt. Auch was die Patienten tun können und da geht es ja eben gerade auch darum eben die Bewegung und ja, auch eben diese Alltagsbewegung nochmal in den Vordergrund zu rücken. Und dafür fand ich das jetzt sehr gut anwendbar. Und zeitlich in Kürze auf den Punkt gebracht und deswegen bei uns sehr gut einbringbar.

Moderatorin 2: Der Zeitaspekt, da würde ich gerne nochmal nachfragen. Wie lange haben Sie denn da immer so gebraucht?

Person 2: So ein paar Minuten, würde ich sagen. Also quasi das noch mal so ein bisschen, eher abfragen oder eben dann vorstellen. Das würde ich sagen, war was, so im Rahmen von, so im Schnitt vielleicht, so was wie fünf Minuten.

Moderatorin 2: Mhm. Also Sie würden sagen, zeitlich war das umsetzbar.

Person 1 & 2: Ja! Absolut, ja!

Moderatorin 2: Okay.

Moderator 1: Dann würde ich zur nächsten Frage übergehen, auch mit Blick auf die Zeit ein bisschen. Oder möchte noch jemand was zu der ersten Frage ergänzen, sagen? Okay.

Moderatorin 2: Jetzt ist jemand rausgefallen aus unserem Gespräch...

Moderator 1: Ah, Person 1 ist nicht mehr da. Sollen wir einen Moment warten?

Moderatorin 2: Vielleicht eine halbe Minute, ob sie es schafft, sich wieder dazu zu schalten.

....

Moderatorin 2: Da ist sie wieder, ich lasse sie mal kurz rein. So.

Moderator 1: Super.

Moderatorin 2: Hallo, willkommen zurück!

Person 1: Ich bin wieder da.

Moderatorin 2: Hören Sie uns?

Person 1: Ja, ich höre Sie.

Moderator 1: Prima! Dann würde ich direkt weiter machen und die zweite Frage vorlesen: Wie haben Ihre Patient:innen auf die Thematisierung von regelmäßiger körperlicher

Aktivität mit Hilfe des Leitfadens und dem Programm „10.000 Schritte Düsseldorf“ reagiert?

Moderatorin 2: Ist ja schon zum Teil angesprochen worden.

Moderator 1: Ein bisschen, genau, haben wir schon drüber gesprochen. Möchte da noch jemand was zu ergänzen, zu sagen?

Person 2: Also ich glaube, was ich so als interessanten Aspekt fand, war, dass ich mir vorher natürlich auch Gedanken gemacht habe, welche Patienten kommen auch ein bisschen in Frage, Alters- und Krankheitsaspekte einbeziehend. Und ich glaube, da sag ich mal so eine Art gewisse Vorselektion stattgefunden hat, aber dass die dann, bei denen ich das dann angewendet habe, da auf jeden Fall gut dann drauf reagiert haben. Und dann immer mal so dankbar für die Anregung waren und eben für dieses niederschwellige Alltagsangebot, quasi.

Moderatorin 2: Darf ich da nochmal nachfragen, wie sie da sozusagen ausgewählt haben? Nach welchen Kriterien? Waren es eher die, die gut zu Fuß waren, oder waren es eher die, die... anderen? Also welche? Eher die, die...

Person 2: Nee, tatsächlich schon eher die Leute, ...

Moderatorin 2: Ja.

Person 2: ... bei denen ich gedacht habe, dass die sowohl ein bisschen eben, dass die, also nicht die ganz Alten, weil ich dachte, dass die sowohl technisch als auch mobilitätsmäßig, dass das vielleicht auch überfordern könnte oder eben welche, die jetzt sag ich mal, vom Krankheitsaspekt, sehr viel schwerer erkrankt sind, wo andere Aspekte dann eben im Vordergrund stehen. Also im Großen und Ganzen würde ich sagen, eher die jüngere bis mittlere Altersklasse, wo ich dann noch denken würde, dass die eben so ein bisschen dieses Konzept von solchen Challenges, Programmen oder sowas auch eher kennen und vielleicht auch ansprechender finden. Und technische Zugänge haben, auch wenn es natürlich nicht zwingend eben alles medial erfolgen muss, aber es ist ja eben schon ein bisschen eher, so wie ich es zumindest als Vordergrund wahrgenommen habe, ja, und Leute eben, wo ich denken würde, dass die eben auch so diesen – ja, ich nenn es jetzt mal – diesen Challenge-Aspekt dann eben auch ganz gut finden und die das eher motiviert. Also jetzt nicht welche, die ohnehin Schwierigkeiten haben, überhaupt morgens aufzustehen, sag ich mal.

Moderatorin 2: Also sie haben sozusagen die Personen, die durch ihre psychiatrische Erkrankung jetzt sehr beansprucht sind, eher...

Person 2: Mhm.

Moderatorin 2: ...oder so die Mühe haben, ihren Alltag so zu regeln eher dann außen vorgelassen. Habe ich das richtig verstanden?

Person 2: Genau. Weil dann, genau, weil dann da andere Schwerpunkte dann einfach vielleicht zu dem Zeitpunkt im Standpunkt der Erkrankung dann waren. Genau. So sag ich mal, vielleicht schon etwas stabilisiertere Patienten.

Moderatorin 2: Mhm.

Moderator 1: Okay. Dann... Sonst haben alle im Prinzip schon was, ja, letztlich ihre Erfahrungen dazu geschildert. Dann würde ich die nächste Frage vorlesen: Wie hoch

schätzen Sie die Akzeptanz und den Nutzen der Empfehlung bei Ihren Patient:innen ein? Also Person 1 hat es eben auch schon ein bisschen angespro...

Person 1: Die Bewegung oder 10.000 Schritte? Was meinen Sie jetzt ganz konkret?

Moderatorin 2: Das eine oder das andere. Oder beides.

Person 1: Ist egal.

Moderatorin 2: Mhm.

Person 2: Das ist eigentlich eine interessante Frage. Ich konnte das nicht so genau sag´ ich mal kontrollieren oder dann erfragen, wieviele dann wirklich darauf zugegriffen haben. Könnte ich jetzt irgendwie gar nicht so genau abschätzen. Also wie gesagt, das Interesse war dann eigentlich immer ganz gut, also wurde gut angenommen, aber wie groß die Umsetzung war, frag ich mich dann auch. Dann bei uns dann auch der Standort XX, ob das dann auch eine Rolle spielt, das kann ja manchmal dann eben auch nochmal vielleicht einfach durch die Distanz nochmal eine Rolle spielen. Könnte ich jetzt glaube ich nicht in Zahlen oder so ausdrücken. Aber wie gesagt, so grundsätzlich, die erste Resonanz war gut.

Moderator 1: Person 1, Sie hatten es eben auch schon gesagt,...

Person 1: Ja...

Moderator 1: ... dass es ganz gut lief.

Person 1: Schwierige Frage, aber ich schätze, 50-70%. Das ist natürlich das Patientenkollektiv, was wir kriegen, sind die, die schlecht eingestellt sind. Die gehen zum Diabetologen und haben Angst vor Insulin. Und da ist die Motivation anders und... Also, 50, 70%.

Moderator 1: Meinen Sie, haben es gut aufgefasst, oder...?

Person 1: Haben es gut aufgefasst und umgesetzt. Wir legen sehr viel Wert darauf, und es wird ständig gefragt und es ist ständig Thema in der Schulung. Und, aber ist schwierig zu sagen, aber 50 schätze ich schon, je nachdem welche Schulungen, welche Gruppen das sind. Und das ist sicherlich anders als beim Hausarzt, ja, wo, wir sind sekundäre Ebene, die Leute kommen, weil sie schlecht eingestellt sind. Und die müssen etwas machen, damit sie kein Insulin spritzen. Weil das möchten sie nicht.

Person 3: Wie schon vorhin gesagt, bei uns wurde es tatsächlich eher relativ zügig abgeblockt. Was ich generell hier aber auch merke, nicht nur auf den Leitfaden jetzt bezogen und auf die 10.000 Schritte, sondern auch so Selbsthausaufgaben, Übungen, um was zu verbessern... ist die Motivation sehr gering. Also wenn wir fragen, habt ihrs gemacht, kommt immer: „Nee, ich hatte keine Zeit.“ Und wenn man dann sagt, man kann es doch integrieren, so und so und so: „Ja, aber das fällt mir trotzdem so schwer.“ Also bei uns ist es so tatsächlich, ich weiß nicht, ob es daran liegt, dass wir einfach, in Führungszeichen, den falschen Titel haben, dass wir ja nur ausführende Kraft sind... Weiß ich nicht, ob es daran liegt, dass wir einfach nicht dieses Druckmittel haben, aber es wurde tatsächlich relativ schlecht angenommen.

Person 1: Es ist angenehm bei Ihnen (lacht).

Person 3: (Lacht) Kann auch manchmal zu angenehm sein, wahrscheinlich.

Person 1: Ja, wahrscheinlich ist das so, das ist...

Person 4: Ja, bei uns liegt es vielleicht auch einfach ein bisschen daran, dass die Leute einfach zu uns kommen und oft die Erwartung haben, sie kommen zu uns und dann wird es besser. Und wenig die Vorstellung haben, wirklich selber auch aktiv mitzuarbeiten zu müssen. Ich merke das selber, dass ich da ganz oft aufklären muss und sagen muss: „Okay, es reicht nicht, nur zu uns zu kommen, sondern zu Hause muss auch selber was gemacht werden“, was dann eh schon schnell auf Ablehnung leider stößt. Also von daher stimme ich da Person 3 leider zu.

Moderator 1: Also Du meinst..

Person 1: Aber ich glaube, das ist unsere Schuld. Also wir Ärzte sind schuld daran, denn wir kommunizieren das falsch, wenn wir Patienten zu Physiotherapie schicken.

Moderatorin 2: Was meinen Sie damit?

Person 1: Ja, das ist genau das, was die Person 4 jetzt gesagt hat, ja. Die kommen dahin und es soll was passieren, damit es denen besser geht. Und es kommt keine Botschaft von uns, sie gehen dahin, um Übungen zu erlernen und zu erlernen, um... Also die betrachten das wie Massage, die Physiotherapie.

Moderatorin 2: Also Sie meinen das ist dann eher wie so eine Wellness-Einheit, da wird mein Schmerz gelindert...

Person 1: Ja genau, das ist Wellness. Richtig, das ist Wellness. Und das ist, also, das muss sich ärztlich ändern.

Moderatorin 2: Und wenn ich Sie richtig verstanden hab', wenn dann, wenn der Leidensdruck dann groß ist und es dann darum geht, Insulin dann zu vermeiden, dann ist die Motivation höher, als wenn in der physiotherapeutischen Praxis, wo nur, in Anführungsstrichen, die Verspannungen wegmassiert werden. Habe ich das richtig verstanden?

Person 1: Ja, so meine ich das. Weil die Alternative bei mir ist viel mehr Aufwand zu betreiben. Da muss man Blutzucker messen, man muss sich spritzen, man kann nicht alles essen und das wissen sie, und das ist irgendwie mein Motivationsvorteil hier.

Person 2: Mehr Leidensdruck dann.

Moderator 1: Dann würde ich gerne nochmal nachfragen, also ich meine, ich kenn jetzt Euer Patienten Klientel nicht, Person 3 und Person 4, aber, also ich kenne es aus anderen Physiotherapiepraxen, es durchaus auch Patienten gibt, die kommen, weil sie halt quasi einer Operation gerne aus dem Weg gehen möchten. Dass immer im Hintergrund irgendwo schon, ja, die Endstation OP sag ich mal lauert. Und würde denken, dass das doch eigentlich auch wahrscheinlich ein gewisser Druck auch ist bei den Patient:innen. Oder wie habt Ihr das, wie nehmt Ihr das wahr?

Person 4: Ja, also solche Patienten haben wir natürlich auch, auf jeden Fall, aber das sind dann oft Leute, die schon bei uns aktiv sind, die zum Teil schon seit Monaten bis Jahren im Zweifelsfall bei uns eh auf der Trainingsfläche, die bei uns integriert ist, auch die Bewegung haben.

Moderatorin 2: Das heißt, wenn ich das richtig verstanden habe, Sie haben auch so eine Art Selektion betrieben, nämlich eher mit den Leuten zu sprechen die noch gar keine Basisaktivität zeigen, sozusagen. Also die, die erstmal anfangen müssen.

Person 4: Ja, also ich habe auf jeden Fall sehr stark vorselektieren müssen. Weil ich halt gerade viele Hausbesuche habe, wo das nicht anwendbar ist. Die eben gar nicht mehr in der Lage sind, sich großartig zu bewegen oder halt sehr viele Fitte hab´, wo ich weiß, die bewegen sich sowieso super viel, wo ich das dann eben auch gar nicht anwenden brauche. Also ich musste sehr, sehr stark vorselektieren und konnte es auch recht wenig leider anwenden.

Person 3: Ich habe die Feststellung gemacht, also wir hatten diese Plakate, zu dem „10.000 Schritte“-Programm bei uns mehrfach in der Praxis hängen. Die meisten Nachfragen, was das denn ist, kommen von den Leuten, die sich eh schon genug bewegen. Denen habe ich das erklärt. Aber die haben halt sowieso ein hohes Aktivitätsniveau und einen sportlichen Hintergrund, wo ich dann gesagt habe, ich erkläre euch das gerne, ihr könnt euch da gerne anmelden, ich gebe auch alles mit. Unterm Strich macht ihr aber eh schon genug, als dass ich da wirklich tiefer drauf eingehen muss.

Person 2: Das ist aber, glaub ich, wahrscheinlich ein relativ typisches Phänomen, oder, denk ich mir, wenn man dann auch in der Materie schon mehr drin ist und eine Vorstellung hat, was bedeutet das, was tut mir das Gutes. Deswegen kann ich das, kann ich gut nachvollziehen.

Person 1: Ich habe auch vorselektiert. Die, die schon mehr als zwei Stunden Bewegung am Tag haben, die habe ich nicht genommen. Ich habe Leute versucht anzusprechen, die sich durchaus bewegen können, machen aber zu wenig, weil sie keine Ideen haben, was sie machen können.

Person 2: Ja, das finde ich, ist ein superguter Aspekt, dass man eben da so einen Ideenimpuls geben kann durch das Projekt oder durch die Fragen.

Moderator 1: Okay. Wenn sonst keine Ergänzungen mehr sind, würde ich zur nächsten Frage übergehen. Wie schätzen Sie die Verständlichkeit und die Nachvollziehbarkeit des Gesprächsleitfadens für die Patient:innen ein? Geht ja so ein bisschen schon mit der ersten Frage einher, ich denke, die Akzeptanz setzt eine gewisse Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit ja voraus, aber wie haben Sie das nochmal explizit wahrgenommen? Hatten Sie das Gefühl, dass die Patienten nachvollziehen konnten, warum Sie was Sie ansprechen und warum Sie das machen?

Alle: Ja.

Person 2: Absolut. Würde ich auf jeden Fall sagen, also dass Bewegung grundsätzlich sag ich mal was Gutes ist und je nach Krankheitssituation förderlich ist. Würde ich sagen war für alle gut nachvollziehbar und daher auch jetzt ohne großen, sag ich mal, Erklärungsbedarf im eigentlichen Sinne. Ich habe immer ganz gerne nochmal so den Hinweis eben gegeben auch, dass eben Bewegung jetzt zum Beispiel in der Psychiatrie auch wirklich einen eigenständigen antidepressiven Effekt hat, das war dann eben auch nochmal so ein bisschen hin in Richtung, möglichst natürlich auf Medikamente irgendwie verzichten zu können oder so wenig wie möglich einzusetzen. Das habe ich dann immer nochmal ganz gerne so betont. Das war dann für viele eben nochmal ein ganz guter Motivator, hatte ich so das Gefühl, zumindest so jetzt in dem Kontakt dann.

Person 1: Für mich war manchmal quantifizieren von Ausmaß der Bewegung. Wieviel das ist, das hat manchmal, das ist dann schwierig rauszukriegen, was die Patienten meinen, wieviel das für mich ist. Aber sonst war alles gut, die haben alles verstanden.

Moderatorin 2: Wie haben Sie dann denn den Leitfaden ergänzt, um das verständlicher zu machen für Ihre Patienten?

Person 1: Was meinen Sie, an welcher Stelle?

Moderatorin 2: Also, wenn Sie quasi eine Frage gestellt hatten und die Patienten irgendwie nachgehakt haben, was meinen sie damit, also Probleme hatten mit der Quantifizierung? Wie haben Sie es sozusagen besser formuliert, dass es verständlicher war?

Person 1: Was machen sie? Also, was machen sie ganz konkret? Was machen sie außerhalb der Arbeit? Also, ich habe immer Arbeit abgefragt: Was für eine Stelle haben sie? Wieviel sitzen sie? Ob sie laufen, weiß ich nicht, Lagerist, wieviel Prozent, wieviel ist Laufen? Oder so ältere Patienten, ob Haushalt, ja, die machen Haushalt, die bewegen sich. Da habe ich nachgefragt: Wie groß ist die Wohnung oder wie groß ist das Haus? Oder sie gehen mit dem Hund, dann ist die Frage: Wie alt ist der Hund? Und... Das sind die ergänzenden Fragen.

Moderator 1: Also, hauptsächlich schon sozusagen bei Punkt 1, wo es darum ging, das Niveau der Patient:innen zu dem Zeitpunkt abzufragen?

Person 1: Ja.

Moderator 1: Okay.

Person 1: Fahrrad oder nicht Fahrrad. Wie gehen sie denn einkaufen, und wie viele Leute versorgen sie im Haushalt? Das sind so Fragen, die wir... Aber letztlich, ich habe selber mit der Kollegin gebastelt, also gebastelt (zeigt Anführungszeichen mit den Fingern in der Luft) sag ich mal, die Fragen.

Moderatorin 2: Fanden Sie denn insgesamt die Fragen, die sie von uns an die Hand bekommen haben, dass die verständlich waren für die Patient:innen?

Person 1: Ja. Ja.

Moderatorin 2: Oder war das zu schwer an der ein oder anderen Stelle?

Person 1: Nein, überhaupt nicht, das war verständlich.

Moderatorin 2: Okay. Wie sahen die anderen das? Von der Sprache oder von der...

Person 3: Es war definitiv verständlich und wenn nicht, hatte man ja immer die Möglichkeit, das noch weiter runterzubrechen. Das heißt, nochmal zu erklären und, und, und, dass am Ende der Patient es verstehen konnte.

Moderator 1: Okay.

Moderatorin 2: Das leitet vielleicht ganz gut über in den nächsten Frageblock, ne, Moderator 1?

Moderator 1: Genau. Das wären dann mögliche Adaptionen, sprich Anpassungen in der Zukunft des Leitfadens. Und da wäre die erste Frage: Wie hätte die Anwendung des Gesprächsleitfadens für Sie besser sein können? Sprich, auch die Frage dann, welche Schwierigkeiten sind bei der Anwendung aufgetreten in dem Anwendungszeitraum?

Person 2: Ich glaube, dass, also wenn ich das jetzt mal als Schwierigkeit einstufen würde, vielleicht am ehesten, das dann auch wieder in Richtung dieser Vorselektion geht, dass ich ja so ein bisschen auch immer gucken musste, weil es ja eben ein

Düsseldorfer Projekt ist, wie es sich mit dem Standort XX quasi kombinieren lassen würde. Also das heißt, das wär sicherlich was, wenn man das sag ich mal jetzt, als was Grundsätzliches etablieren würde, dann einfach gut, dann auch nochmal lokale Programme oder Anlaufstellen dann zu haben quasi. Und ich denke, das dann so ein bisschen auch nochmal diese Selektion dann nochmal reduzieren würde zum Beispiel.

Moderatorin 2: Also Sie sprechen jetzt an, dass es „10.000 Schritte *Düsseldorf*“ jetzt ist. Und besser wäre es, es gäbe ein generisches „10.000 Schritte“-Programm deutschlandweit?

Person 2: Zum Beispiel, ja, wenn man das dann ausweiten würde. Genau, ja!

Moderatorin 2: Ja. Und in Bezug auf den Gesprächsleitfaden, wünschen Sie sich da zusätzliche Fragen, Änderungen, Verbesserungen, in irgendeiner Form?

Person 2: Nee, also da würde ich sagen, dass es da eben der Vorteil der Kürze und Prägnanz da eigentlich gut die Dinge auf den Punkt gebracht hat. Und jetzt, wie halt in der Vorfrage, dann eben auch gut verständlich war.

Moderatorin 2: Wie ist die Einschätzung der anderen?

Person 1: Also bei mir war es, wie ich schon erwähnt habe, diese Quantifizierung, was für mich persönlich wichtig ist, was ich hier selber, ich musste selber hier ein bisschen tätig werden. Das runterzubrechen, ist das 3.500, ist das 7.500 was sie machen. Wenn es da ein zusätzliches Instrument gäbe, wie man das einfacher quantifizieren könnte. In der Diabetologie wir unterscheiden, vielleicht sage ich, 10.000 braucht man, um HbA1c zu senken, 7500 braucht man um einigermaßen so zu halten und ab 15.000 fängt die Gewichtsreduktion an. Und das ist für uns ganz wichtig, weil die kommen und sagen, ich habe nicht abgenommen, und wir müssen richtig quantifizieren, wieviel Schritte sie ungefähr machen, um die Antworten zu geben. Welche Stelle ist das, warum sie nicht abnehmen.

Moderator 1: Das heißt, Sie meinen quasi die Alltagsaktivität und im Zweifelsfall die sportliche oder körperliche Aktivität, die die Patient:innen sowieso schon haben, umzurechnen schon in Schritte?

Person 1: Genau. Also das tun wir ungefähr, um zu sehen, ist da ein metabolischer Effekt, und ist ein Gewichtseffekt vorhanden, unter 3.500, da kann man nichts einstellen, das kann man lassen, da hilft kein Medikament. Und das wäre natürlich toll, wenn man das irgendwie schneller erfassen könnte.

Person 2: Das wäre ja für Ihre Situation nochmal wie so eine Art, so ein Ankreuzbogen vielleicht sogar sinnvoll, wo so Alltagsaktivität angekreuzt werden kann, dass Sie das dann umrechnen können, so ungefähr.

Person 1: Ja. Und dann weiß ich, hier, der ist irgendwie über 10.000, da muss ich mit Medikamenten nachhelfen, der macht schon sehr viel, hier habe ich noch Spielraum im Bereich Bewegung.

Moderator 1: Also eigentlich sowas wie die Funktion, die die Homepage 10.000 Schritte bietet, wo ja auch andere Aktivität umgerechnet werden kann, das quasi schon zu Beginn einzusetzen?

Person 1: Ja, genau.

Moderatorin 2: Aber das dann vielleicht als ein One-Pager, also eine, was man sich neben den Leitfaden auch legen kann, um das dann auch nicht zu vergessen.

Person 1: Ja, ja.

Moderatorin 2: Und aus der physiotherapeutischen Sicht? Was denken Sie, vielleicht gäbe es eine andere Möglichkeit, es besser zu thematisieren? Oder noch kürzer... Oder wie könnte das gelingen? Oder besser gelingen? Haben Sie da Ideen?

Person 3: Ideen nicht wirklich! Dadurch, dass quasi noch das große Grundproblem bei uns existiert, dass wir eben diesen Wohlfühlcharakter haben, ist es manchmal schwierig da den nötigen Druck aufzubauen, dass sie wirklich was tun müssen. Also, die, die Lust haben, gar kein Problem, aber ich glaube, uns fehlt einfach teilweise das Druckmittel, dass sie da jetzt wirklich mal auf die Beine kommen.

Person 4: Ja, dem würde ich leider zustimmen. Also ich glaube einfach, dass da die Grundvorstellung von der Physiotherapie in den Köpfen sich ein bisschen ändern muss und man merkt halt einfach sehr schnell, wer Lust hat sich zu bewegen und wer nicht. Und die wirklich zu kriegen, die keine Lust haben, das ist mir zumindest immer noch ein Rätsel. Für gute Vorschläge bin ich immer offen, aber da habe ich leider immer noch nicht so rausgefunden, wie man die Leute am besten kriegt.

Moderator 1: Okay. Im Prinzip haben wir jetzt schon die anderen Punkte dieser Kategorie mit angesprochen so ein bisschen. Also sprich, was gäbe es für Verbesserungsvorschläge, wie müsste der Leitfaden idealerweise aussehen.

Moderatorin 2: Ich habe noch eine kurze Frage, bevor wir das schließen. Ein Hilfsmaterial, ein zusätzliches, wurde ja eben genannt, da...

Moderator 1: Ja, genau.

Moderatorin 2: Welche zusätzlichen anderen Hilfsmaterialien würden Sie sich vielleicht wünschen? Oder könnten hilfreich sein, fällt Ihnen da noch was ein?

Person 1: Also es sollte kleiner sein als das, was wir hatten. Das ist ja, das ist ein Buch. Also dieser Flyer. Das war manchen Patienten etwas zu viel zu lesen.

Moderatorin 2: Ich meine jetzt zusätzlich zu dem Gesprächsleitfaden, ne, Sie hatten ja auch...

Person 1: Ach so, zu dem Gesprächsleitfaden.

Moderatorin 2: Genau, Sie hatten ja noch Materialien zu „10.000 Schritte Düsseldorf“ tatsächlich abgeholt, und auch wirklich gestreut, genau. Uns ging es darum, jetzt nur Ihr Leitfaden, den Sie hatten, und was bräuchten Sie zusätzlich. Sie hatten das ja schon gesagt, aber fällt Ihnen noch irgendwas ein?

Moderator 1: Also, wenn ich es richtig verstanden habe, meinen Sie eher nicht Materialien wie den Flyer, die vollgepackt sind mit Informationen, sondern eher noch minimalistischer, sozusagen?

Person 1: Minimalistischer, ja.

Moderator 1: Okay. Um die auszugeben, dann dazu?

Person 1: Um die auszugeben, richtig.

Moderatorin 2: Von welchem Material reden Sie jetzt konkret, weil es gibt ja den vierseitigen Flyer, und es gibt die Broschüre.

Person 1: Ah, es sind zwei Dinge. Ich rede von, also ich hatte Broschüren.

Moderatorin 2: Sie hatten die ausführlichen Broschüren, Sie hatten nicht diese vierseitigen Flyer. Alles klar, okay. Genau, es gibt auch noch vierseitige Flyer. Gut.

Person 1: Mhm.

Moderatorin 2: Die sind tatsächlich sehr gut angenommen. Okay.

Moderator 1: Das heißt, nur nochmal kurz für mich, Sie hatten nur die Broschüren und nicht die...

Person 1: Ich hatte nur die Broschüren, ich hatte nicht die kleinen.

Moderator 1: Mhm, okay.

Moderatorin 2: Das kann sein, dass die aus gewesen sind, das kann sein. Ja. Okay, aber wichtiger Hinweis auf jeden Fall.

Moderator 1: Gut. Die anderen noch irgendwelche Wünsche oder Verbesserungsideen zu Materialien?

Person 2: Nö, eigentlich nicht.

Moderator 1: Okay. Dann würden wir zu Punkt drei kommen, dem Ausblick in die Zukunft. Und zu der ersten Frage, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie den Leitfaden so oder eben dann, gut, jetzt hatten wir keine großartigen Änderungsvorschläge, also sprich einen solchen Leitfaden, so als, für die Empfehlung von körperlicher Aktivität mit Patient:innen weiterführen würden, weiter anwenden würden.

Person 2: Sehr wahrscheinlich. Ja, also wie gesagt, weil das einfach ein wichtiges Thema ist, ein wichtiger Punkt ist und da so ein bisschen was sag´ ich mal standardisierteres noch zu haben... Wie gesagt, vorher ist das immer mal so mit eingeflossen, aber das im Hinterkopf wird sicherlich weiterhin regelmäßige Anwendung finden bei uns, bei mir.

Person 1: Ich werde das auch weiter machen, das, was ich hier erzählt habe. Ich würde mir, ich hätte gerne diese kleinen Flyer und dass man das irgendwie unproblematisch bestellen kann. Ich würde das im Wartezimmer auslegen und wir haben diese Diabetesschulungen, auf den Tisch hinlegen. Wir sammeln sehr gern immer Ideen, jetzt ist was ganz Tolles, diese Calisthenics Spielplätze. Da sammeln wir auch immer die Adressen, wo die Patienten gehen können und Sport machen können. Ich weiß nicht, wie ich diese Flyer bestellen könnte, dass das unproblematisch ist. Ich weiß, dass meine Tochter zweimal war und hat versucht, das abzuholen. Und jetzt ist die Tochter wieder in Holland und ich weiß nicht, wie ich das abholen soll.

Moderatorin 2: Ich muss mal gucken, ob wir noch welche haben. Ansonsten gibt es die auch als Download auf der Webseite. Sie können sie sich auch einfach ausdrucken tatsächlich. Ich weiß nicht, was Sie da für Möglichkeiten haben bei sich. Das ist natürlich dann kein Hochglanzpapier, aber es gibt sie auch als Download, sind sie verfügbar.

Moderator 1: Also, ansonsten, Moderatorin 2, Sie können ja nochmal schauen, wenn noch welche da sind, kann ich Ihnen gerne welche vorbeibringen, Person 1. Ein paar

hab´ ich aber auch noch hier, ich kann also so oder so nochmal kommen und welche bringen. Die Frage ist dann eben nur wie viele.

Moderatorin 2: Genau. Die Studie neigt sich auch dem Ende zu und wir haben versucht, die Interventionsmaterialien, die wir ausgedruckt hatten, wirklich unter die Leute zu bringen und das vielleicht so erfolgreich, dass für Sie nur die Broschüren übrig geblieben sind. Denn diese vierseitigen Flyer kommen in der Tat gut an da draußen, weil sie kürzer sind. Nur als Hinweis. Ich gucke nochmal. Ich werde nochmal nachfragen, dass Sie dann auch ein paar bekommen. Ich hoffe, wir haben noch welche.

Person 1: Und wie geht es mit der Studie weiter?

Moderatorin 2: Wir machen gerade die Folgeerhebung und dann geht's in die Auswertung der Ergebnisse. Ein bisschen Zeit haben wir noch, wir haben noch bis Ende des Jahres, genau.

Person 1: Das ist ganz irgendwie komisch, mein Mann wurde als Düsseldorfer ausgewählt und ist in der Studie. Das wusste ich vorher nicht, ja? Dann hab´ ich irgendwie im Flur gesehen, dass er irgendwas ausfüllt ständig und das ist die gleiche Studie.

Moderatorin 2: Ach! Ja, ja, das ist ja eine Zufallsstichprobe, das heißt, ja... gut!

Moderator 1: Gibt es denn aus Sicht der anderen denn noch irgendwas, ja, was besonders für die Anwendung des Leitfadens in Zukunft spricht oder auch eben dagegen?

Person 3: Bis jetzt eben tatsächlich nur Punkte dafür. Ja, man kann oder man versucht es weiter, ob es unter die Leute kommt... Vielleicht haben wir irgendwann mehr Erfolg als die letzten zwei Monate damit. Darüber würden wir uns sehr freuen. Ansonsten spricht nichts dagegen, das nicht weiter zu machen.

Moderator 1: Also ich glaube, wenn es richtig... Ja?

Person 4: Ich glaube, dass bei uns halt nicht der Leitfaden das Problem ist, sondern das Thema an sich, was halt einfach für viele ein schwieriges Thema ist und einfach ein unleidliches Thema. Und ich würde es auf jeden Fall weiter machen, weiter versuchen, wie Person 3 schon gesagt hat. Irgendwann werden wir hoffentlich zu Erfolg kommen, aber ich glaube, der Leitfaden ist da nicht so das Problem.

Moderator 1: Das heißt, könnte es ein Weg sein, eventuell den Schwerpunkt auch nochmal eher darauf zu legen, quasi das, was ja optional noch angefügt war beim Leitfaden, dieses 5R-Schema, um eben überhaupt eine Bereitschaft zu erzeugen, da noch mal mehr den Fokus drauf zu legen? Also sprich, zu schauen, wie man Patienten und Patientinnen mehr motivieren kann?

Person 3: Selbst wenn man versucht, den Schwerpunkt auf dieses 5R-Modell zu legen, ist es in jeglicher Weise immer mühselig. Das habe ich jetzt in der Ausbildung schon gemerkt, das habe ich jetzt in zwei Jahren Berufserfahrung jetzt gemerkt. Die zu einer Bereitschaft zu kriegen, auch wenn man denen auflistet was es für Negativfolgen haben könnte und, und, und, und, und, kommt es nur schleppend bei den Leuten an bzw. wird immer ein bisschen abgetan.

Moderator 1: Okay. Dann würde ich zur letzten Frage kommen, wenn es keine Ergänzungen mehr gibt? Und zwar, wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Kolleg:innen

empfehlen würden, einen Leitfaden zum Thema körperliche Aktivität so oder so ähnlich zu nutzen, um das Thema in der Praxis zu adressieren?

Person 1: Also ich habe das schon längst getan, meine Kollegin macht das auch. Also wir haben Gemeinschaftspraxis und Beraterinnen machen das auch. Das hat sich viel geändert auch, also durch diesen Leitfaden. Wir unterbrechen die Schulung, also diese Diabetikerschulung mit körperlichen Übungen. Also es ist präsenter geworden, dadurch, dass ich daran teilgenommen habe und nachhaltiger. Wir fragen nach und das, was die Beraterinnen eingeführt haben, sind bewegende Lüftungspausen, es gibt Hocke-Gymnastik.

Moderatorin 2: Mhm.

Moderator 1: Das heißt, Sie haben allgemein Aktivitäten mehr eingebaut in die Abläufe?

Person 1: Ja, also, irgendwie uns noch mehr fokussiert auf die Bewegung und auch kleine Bewegung. Das ist, das war, ich glaube so großer Verdienst davon, dass ich daran teilnehmen durfte, ja? Es ist, es geht nicht um große Sachen, es geht um Sensibilisierung von kleinen Sachen. Und auch Leute die unbeweglich sind, die können Hocke-Gymnastik machen. Und das ist in die Routine übergegangen und irgendwie, das finde ich gut. Also ich glaube, wir Ärzte sind nicht genug sensibilisiert auf Thema Bewegung. Also man denkt, das machen Physiotherapeuten und Physiotherapeuten brauchen Unterstützung. Das muss sich etwas bei uns Ärzten irgendwie ändern und das muss ständig abgefragt werden. Man muss dann den Leuten vermitteln, das ist ein Teil der Behandlung, genauso wie die Tabletten.

Moderatorin 2: Wie sehen die anderen das? Würden Sie den Einsatz eines solchen Leitfadens empfehlen? Ihren Kolleg:innen?

Person 2: Ja, absolut. Eben gerade, weil es ja dann eben so, ein bisschen systematisiert, an das Thema heranbringen kann. Man so ein bisschen einen Anhaltspunkt hat. Aus der therapeutischen Sicht würde ich das empfehlen.

Person 3: Bei uns wurde der Leitfaden auch thematisiert in der Praxis, um evtl. noch mehr für die Studie zu begeistern. Und somit wurde das Thema auch nochmal sensibilisiert. Von den anderen kam aber bisher die gleiche Rückmeldung wie von uns. Das heißt, ja, wir haben das empfohlen und haben gesagt, könnt ihr ja auch mal ausprobieren, ob ihr damit Erfolg habt - mit dem gleichen Resultat.

Moderatorin 2: Also, mit den gleichen, den gleichen Erfahrungen, die Sie selbst, Sie beiden, in ihrer physiotherapeutischen Praxis mit dem Einsatz des Leitfadens gemacht haben?

Person 3: Genau.

Moderator 1: Okay.

Moderatorin 2: Abschließend noch Anmerkungen? Irgendwas, was Sie noch loswerden möchten? Oder Fragen?

Person 1: Also ich finde, es sollte mehr ärztliche Fortbildung zum Thema Bewegung geben. Das an die Patienten ranbringen. Eigentlich haben wir gar keine Ahnung, wir Ärzte, über Bewegung oder wie man die Leute motiviert. Das ist, es ist zu wenig Angebot da. Ja, man bringt uns nicht bei, wie wir darüber sprechen oder wie wichtig das ist, ja? Das ist bei keiner ärztlichen Fortbildung. Ich meine, es gibt einmal im Jahr Diabetes-

Update, ja? Da gibt's so Blöcke über eine Stunde, das ist bei diesen Updates. Es gibt keinen Block über Bewegung.

Moderatorin 2: Also, habe ich das richtig verstanden? Also Sie wünschen sich, dass das Thema Bewegung mehr in den Vordergrund kommt, aber auch konkret Anleitung in Gesprächsführung oder Schulung?

Person 1: Ja, genau. Konkrete Gesprächsführung auch. Also das, was Sie hier versuchen. Und das würde ich mir wünschen.

Moderatorin 2: Mhm. Gibt's sonst noch abschließende Anmerkungen? Moderator 1?

Moderator 1: Ja dann, erstmal vielen...

Moderatorin 2: Bleiben Sie bitte noch dran. Ich muss hier erstmal noch mal ganz kurz unser, Moderator 1, Sie auch, ich muss hier ganz kurz das Gespräch beenden. Das mache ich jetzt. Und damit ich die Aufzeichnung...

## **Transkript Fokusgruppe; Gruppe B, Sitzung 1; 06.10.2023**

Mod 1: Herr Vogel (Doktorand)

Mod 2: Frau Prof. Pischke (Erstbetreuerin)

Person 1: Physiotherapeut, männlich

Person 2: Arzt (FA Urologie); männlich

Person 3: Ärztin (FÄ Innere Medizin, hausärztliche Versorgung), weiblich

Person 4: Physiotherapeut, männlich

Person 5: Sporttherapeut, männlich

Person 6: Arzt (in Weiterbildung Orthopädie / Unfallchirurgie), männlich

Person 7: Physiotherapeut, männlich

Moderator 1: Auch für euch nochmal ganz offiziell: die Sitzung hier wird aufgezeichnet, hatten wir ja auch vorher drüber gesprochen, hoffe, es ist für euch alle nach wie vor ok und ...

Moderatorin 2: Die unterschriebenen Einverständniserklärungen haben wir ja vorliegen, hoffentlich?

Moderator 1: Haben wir auch, genau. Und dann nochmal die Frage: Wir waren jetzt alle untereinander per du. Ist das jetzt auch ok, wenn ich das dann hier auch so weitermache?

Person 1: Ja, bitte!

Moderator 1: Okay, alles klar! Dann, ja, erstmal herzlich willkommen zu der Fokusgruppensitzung und vielen Dank an euch, dass ihr dabei seid, euch die Zeit nehmt, hier über das Projekt „Untersuchung von Bewegungsempfehlungen durch euch, also Angehörige von Gesundheitsberufen, mithilfe eines Gesprächsleitfadens“ zu sprechen und ja, ich würde vorschlagen, auch wenn wir uns jetzt zumindest alle untereinander durch den Austausch im Vorfeld schon ganz gut kennen, dass wir uns gegenseitig nochmal kurz vorstellen. Ich kann da gerne den Anfang machen. Also ich bin Julius Vogel und Mediziner und ja, der Grund warum wir uns heute hier treffen, ist mein Promotionsprojekt eben mit dem Titel, den ich eben schon genannt hab´ und ja, betreut wird das Ganze durch Frau Prof. Pischke vom Institut für Medizinische Soziologie. Möchten Sie selber noch was sagen?

Moderatorin 2: Ja klar, ich kann mich auch kurz vorstellen. Mein Name ist Claudia Pischke, ich bin Professorin für Public Health hier am Institut für Medizinische Soziologie am Center for Health und Society der Medizinischen Fakultät der HHU und einer meiner Forschungsschwerpunkte liegt auf bevölkerungsbezogenen Interventionen zur Bewegungsförderung und dazu gehört eben auch das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Projekt, die Intervention, die wir entwickelt haben und jetzt halt eben evaluieren. Und diese BMBF-geförderte Studie endet jetzt Ende diesen Jahres und daran angesiedelt oder angedockt ist auch Herr Vogels Dissertation.

Moderator 1: Dann dürft ihr gerne!

Person 1: Wer ist denn dran?

Moderatorin 2: Ich glaube in dem Format muss man so schulmäßig aufrufen, das mache ich jetzt einfach mal! XX vielleicht fangen Sie an?

Person 1: Ja, gerne! Mein Name, wie man sieht, ist XX. Ich habe in Holland Physiotherapie studiert, ich hab eine Heilpraxis für Physiotherapie, also eine Physiotherapiepraxis mit Direktzugang, wenn man es so will, was es in Deutschland nicht gibt, sondern nur in Holland. Was gibt's zu sagen? Ich bin seit 23 Jahren jetzt selbstständig in dem Bereich, mache viel betriebliche Gesundheitsförderung, also ich bin viel, mache viel Aufklärungsarbeit, hatte relativ viele Workshops zum Thema Ergonomie am Arbeitsplatz, Muskel- / Skeletterkrankungen vorbeugen, sitzende Tätigkeit, etc... Also geht in die Richtung des Leitfadens, sage ich mal.

Moderatorin 2: Dankeschön! XX, also manchmal sehen wir Sie...

Person 2: Ich bin noch unterwegs, ich bin noch nebenher, ich bin gerade ´n bisschen dual unterwegs. Aber geht alles. Ich versuch´s mal.

Moderatorin 2: Sie sind also tatsächlich gerade in dem Wald da hinter Ihnen!?

Person 2: Da bin ich leider nicht. Das wäre schön, aber so ist es eben nicht.

Moderatorin 2: Würden Sie sich kurz vorstellen?

Person 2: Genau, ich bin niedergelassener Urologe in XX, dort eigentlich konservativ tätig in einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis. Nebenher noch betreue ich eine ambulante Rehabilitationseinrichtung für uroonkologische Patienten in XX und da ist das Thema Bewegung gerade nach Krebserkrankungen, nach Therapie von Krebserkrankungen auch immer ja, hat es einen großen Stellenwert. Das Problem bei uns war eine Zeit lang oder war immer sehr, dass die Patienten nach einer onkologischen Therapie, da haben sie ja Anrecht auf eine Anschlussheilbehandlung, aber danach ja, fallen sie dann im Endeffekt in so ein gewisses Loch, in ein Versorgungsloch. Und wir haben jetzt in den letzten Jahren verschiedene Programme aufgebaut für uroonkologische Patienten nach radikaler Prostatektomie zum Beispiel. Irena-Programme, dann haben wir eine onkologische Trainingstherapie, Rehasportprogramme, wo die Patienten dann eben halt gezielt mit ihren Beschwerden versuchen, eben auch zu bewegen. Und auch in einer Anschlussheilbehandlung, was früher eher verpönt war, hat Sport jetzt auch einen immer größeren Stellenwert bei uns.

Moderatorin 2: Mhm.

Person 2: Gut!

Moderatorin 2: XX, wollen Sie mal weitermachen?

Person 3: Ja, gerne! Ich bin XX, bin seit 3 Jahren niedergelassene Hausärztin in XX, hab da ja auch kurzfristig mit dem Herrn Vogel zusammengearbeitet. Joa und ich glaub´ es ist jedem klar, was ein Hausarzt so macht. Also ich denke, da ist das Thema sehr relevant, ja, täglich.

Person 2: Ja!

Moderatorin 2: Dankeschön! XX!

Person 4: Hallo, ich heiße XX, ich arbeite in XX als Physiotherapeut seit ca. 6 Jahren. Ich bin am Patient, der im Krankenhaus liegt, also die unfitteren Patienten vielleicht, wenn ich jetzt höre die Leute, die behandeln jetzt Leute, die eher fit sind. Mich hat dieses Forschungsvorhaben interessiert, weil ich jetzt schon einen Master in Sport, der Deutschen Sporthochschule Köln gemacht und ich weiß, wie wichtig Studien sind und

welchen Beitrag sie machen, dass man mit dem Gesundheitssystem generell vorankommt.

Moderatorin 2: Dankeschön! Herr XX!

Person 5: XX mein Name, arbeite aktuell bei XX als Sporttherapeut, wir machen im Prinzip auch alles von medizinischer Trainingstherapie, Physiotherapie, Krankengymnastik am Gerät, aber natürlich auch Abonnenten, die bei uns ja wirklich aus der Krankengymnastik kommen und dann am Gerätetraining sich weiter fit halten. Also nicht so das übliche Fitnessstudio und ja, hatte vorher auch viele Erfahrungen beim Behinderten- und Rehasportverband, beim Landessportbund, war da als Fachkraft unterwegs und hab dadurch ein großes Feld, das ich kennenlernen durfte im Sport.

Moderatorin 2: Dankeschön, jetzt bleibt mir noch der Herr XX.

Person 6: Hallo zusammen! XX ist mein Name, ich arbeite jetzt als Arzt im XX für Orthopädie und Unfallchirurgie, eher so die akutere Variante. Tja und wir haben so mit dem Thema Bewegung und Sport und Verletzungen eher sowas zu tun, deshalb interessiere ich mich für die Forschung.

Moderatorin 2: Prima, vielen Dank. Jetzt fehlt noch eine Person und wenn die kommt, dann lasse ich die einfach rein in unseren Raum und dann würde ich jetzt einfach an Sie übergeben, Herr Vogel.

Moderator 1: Genau, ok, danke schön. Dann ja, würde ich, bevor es los geht, richtig mit der Fokusgruppe und den eigentlichen Fragen, nochmal kurz einen Überblick über das Projekt geben, auch wenn wir ja im Vorfeld alle schon darüber gesprochen haben. Einfach nur, damit wir dann auch alle wirklich auf demselben Stand in die Fokusgruppe starten. Worum geht es in dem Projekt? Es geht im Wesentlichen darum, dass ich oder wir herausfinden möchten, inwiefern sich eben ein systematischer Gesprächsleitfaden bzw. konkret der Gesprächsleitfaden hier aus dem Projekt, der euch ja auch vorliegt, auf Basis des 5A Modells, eben eurer Meinung nach bzw. später im Verlauf dann auch eurer Erfahrung nach, dann eben eignet, um euren Patienten und Patientinnen körperliche Aktivität am Beispiel von „10.000 Schritte Düsseldorf“, wie eben schon gesagt, dann als gesundheitsfördernde und präventive Maßnahme eben im täglichen Arbeiten zu empfehlen. Das heißt auch, dass es eben nicht darum geht, wie gut die Patient:innen letztlich diese Empfehlungen auch umsetzen, sondern eben primär um eure Einschätzung hinsichtlich Praktikabilität und Anwendbarkeit eben im Arbeitsalltag.

Moderatorin 2: Jetzt ist XX noch hinzugestoßen und ich... Mögen Sie sich ganz kurz vorstellen, Herr XX?

Moderator 1: Der Ton scheint vielleicht noch nicht so...

Moderatorin 2: Ist stummgeschaltet.

Moderator 1: Ja, XX, hörst du uns?

Moderatorin 2: Nee, okay. Er kämpft noch mit der Technik, aber wir machen das irgendwie zwischendurch, dann machen wir jetzt erstmal weiter.

Moderator 1: Okay, genau. Und ja, wie gesagt, es geht um eure Einschätzung, eure Erfahrungswerte hinsichtlich der Praktikabilität des Leitfadens und um darüber Informationen zu gewinnen, führen wir eben diese Fokusgruppen durch, wovon heute eben der erste Teil sozusagen stattfindet. Das heißt, das ist der Teil der Studie, in dem

die Datenerhebung stattfindet. Und zwischen diesen beiden Fokusgruppen habt ihr dann eben die Möglichkeit, den Gesprächsleitfaden entsprechend zu testen. Konkret geht es dann in der heutigen Sitzung darum, dass wir schauen möchten, inwieweit körperliche Aktivität bei euch schon ein Thema im täglichen Arbeiten war in der Vergangenheit und auf welche Art und Weise ihr das eben eventuell auch mit den Patient:innen thematisiert habt. Außerdem möchten wir schauen oder uns ein Bild davon machen, ob eurer Meinung nach der Leitfaden, so wie er euch jetzt vorliegt mit den entsprechenden Zusatzmaterialien, also den Flyern und Stickern, anwendbar erscheint oder, ob ihr noch Verbesserungsideen, Änderungsideen habt für diesen Pilotierungszeitraum. Also wenn ja, könnt ihr das heute gerne hier kundtun, genau. Die Testphase selber ist für vier Wochen angesetzt, wobei wir es jetzt in der Vergangenheit so gehandhabt haben, dass wir den Zeitraum etwas großzügiger belassen haben, sodass eben dann auch, ich sag mal im Falle von Urlaub, Krankheit, es kann ja immer mal sein, dass nicht jeder genau in den vier Wochen dann auch wirklich immer es schafft, zu arbeiten jeden Tag, dann die Möglichkeit hat, den Leitfaden eben entsprechend für diese vier Wochen auch zu testen. Genau, und in der zweiten Fokusgruppe, die dann anschließend stattfinden würde, d.h. Pi mal Daumen wird das dann wahrscheinlich so Dezember sein, geht es dann eben retrospektiv darum, zu schauen, wie sind eure Erfahrungen oder waren eure Erfahrungen in dem Testzeitraum, genau. Und wenn das für euch passt, können wir eventuell am Ende der Fokusgruppe, also dieser Fokusgruppe, auch direkt nach einem Termin schauen, für, wie gesagt, Dezember beispielsweise, an dem dann eben möglichst alle auch wieder teilnehmen können. Genau, gibt es so weit erstmal noch Fragen von euch?

Person 2: Nein, danke!

Moderator 1: Okay. Dann würde ich sagen, starten wir bzw. XX, hörst du uns?

Person 7: Ich höre. Ich weiß nicht, ob ihr mich jetzt hört?

Moderator 1: Sehr gut, ja. Magst du dich auch noch kurz vorstellen?

Person 7: Achso, ja, hi! Ich bin XX, ich bin jetzt quasi im Physio-Business als Physiotherapeut angekommen, hab mein Examen gerade gemacht und arbeite tatsächlich in XX und XX seit einiger Zeit schon im therapeutischen Rahmen, sage ich einfach mal, sowohl so als Coach als auch jetzt dann als Physiotherapeut an sich, genau.

Moderator 1: Ich habe jetzt gerade nicht viel verstanden, war das bei euch auch so oder habe ich ein technisches Problem?

Person 1: Nee, alles ok!

Moderatorin 2: Wir haben uns jetzt alle schon vorgestellt. Vielleicht, dass wir jetzt alle kurz, also wir fangen jetzt einfach an zu sprechen und wer mag, kann noch in den Chat irgendwie seinen Namen und seinen Hintergrund nochmal schreiben, dass Sie einen Überblick haben, wer hier alles noch da ist. Vielleicht als kleinen Kompromiss, wenn das ok wäre?

Person 3: Okay!

Moderatorin 2: Super, danke!

Person 2: Warum habt ihr euch jetzt alle lautlos gestellt?

Moderatorin 2: Okay, dann übernehme ich einfach mal kurz. Also, dann fangen wir einfach mal an mit Ihrer Haltung zur Verordnung von regelmäßiger körperlicher Aktivität. Da ist die erste Frage, wie bzw. auf welche Art und Weise und in welchem Umfang können Ihrer Meinung nach Therapeut:innen zur Verordnung von regelmäßiger körperlicher Aktivität, auch Alltagsaktivität, beitragen?

Person 2: Ja, der Zugang, also, ich finde den Zugang meistens bei Patienten, die eben alle eine Planänderung in ihrem Leben haben, mit anderen Worten eine onkologische Diagnose und das ist einmal vor der Therapie, wenn man also die Diagnose bespricht, dann wird man... das dauert ja dann meistens, also z.B. beim Prostatakarzinom, bis zur Operation dauert es in der Regel einige Wochen, bis das passiert und da sind die Patienten dann auch offen für Vorschläge. „Was kann ich machen in der Zeit bis zur Operation?“ Das ist mit Schließmuskeltraining, also Krankengymnastik, aber eben ich sag den Patienten auch immer: „Bewegt euch, macht Sport! Wer besser rein geht, geht besser raus.“ Das ist der eine Zeitpunkt, wo ich sie kriege und dann eben halt in der Anschlussheilbehandlung, wenn wir über die Krankheitsaufklärung sprechen, also über die Erkrankung selber. Und da wissen wir zum Beispiel bei den Prostatakarzinompatienten, dass wenn die drei Stunden Ausdauersport machen, sie deutlich längere oder eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit haben, nicht an Ihrer Erkrankung zu versterben. Und die haben ja dann auch schon einige Erfahrung gemacht bei uns in der ähm Einrichtung und da kriegen wir sie dann häufig auch nochmal und können ihnen dann entsprechend auch zusätzliche Nachsorgeprogramme wie Irena, Rehasport, onkologische Trainingstherapie können wir ihnen dann anbieten und das wird auch dann sehr gerne wahrgenommen.

Moderatorin 2: Dankeschön! Wie sehen die anderen das?

Person 3: Also ich habe bei dem Projekt eigentlich direkt an meine DMP-Patienten gedacht. Das sind die Patienten, die im strukturierten Behandlungsprogramm der Krankenkasse sind, insbesondere für KHK und Diabetes. Da ist es eigentlich auch in einem Fragebogen festgelegt: körperliche Aktivität - ja/nein? Man muss dazu sagen, dass natürlich viele Patienten da einfach auch nicht mehr sehr fit sind oder auch sehr alt, aber gerade in dem Rahmen lohnt es sich bei Diabetikern, ja, und Herzkranken, das auch immer noch mal aktiv anzusprechen und zu erfragen.

Moderatorin 2: Genau und zu dem, was sie empfehlen, kommen wir ja gleich noch. Vielleicht noch mal einen kleinen Einblick von den anderen bezüglich ihrer Auffassung oder ihrer Einstellung dazu, wie Therapeut:innen eben, in welcher Form die in ihrer Praxis körperliche Aktivität empfehlen können.

Person 5: Ich finde bei uns immer ganz interessant, dass viele erst mal gar keine Ahnung haben von Krankengymnastik, Krankengymnastik am Gerät. Was erwartet mich da, genauso bei Rehasport. Und die da erst mal abzuholen, also erst mal aufzuklären, okay, was steht denen überhaupt bevor und welchen Sinn und welchen Nutzen bekommen die aus diesen Therapien? Und dahingehend dann auch ja, wo es weitergehen kann oder weitergehen soll. Und da kann man dann schon, finde ich persönlich, mal sehr gut ansetzen.

Moderatorin 2: Also Sie verdeutlichen dann auch den Nutzen. Also so ähnlich, wie es XX eben gesagt hat...

Person 5: Genau.

Moderatorin 2: ... Die wissen, ne, wenn sie fitter reingehen, kommen sie auch besser durch und so weiter.

Person 5: Ja und einfach auch Langwierigkeit, also selbst wenn Leute da sind, die sagen, ich hab´ jetzt Knieprobleme oder ich komm´ aus einer Knie OP raus, neues Knie, neue TEP drin und anderes Knie macht dann Probleme, dass man dann aber auch sagen kann: „Okay, wenn wir jetzt aber daran arbeiten, dann hast du vielleicht noch länger Zeit, um erst mal aufzubauen.“ Genau wie XX, das kommuniziert hat, genau.

Moderatorin 2: Mhm.

Person 7: Ich finde halt prinzipiell, ich habe ja viel mit orthopädischen Patienten in allen möglichen, ja, Formen und Größen und so zu tun und es zeigt einfach generell, dass allgemeine körperliche Betätigung, auch wenn's in dem Sinne mal vielleicht erst mal nur der Anfang ist, mal mehr zu Fuß zu machen oder halt sich generell einfach mal aktiver oder einen aktiveren Lebensstil so anzueignen, da stößt man oder ich zumindest immer, erst mal bei dem, was ich dann so mitgebe, was es für Vorteile hat, am Beispiel so „Low-Back-Pain“, unterer Rückenschmerz, egal ob der biomechanisch ist oder sonst irgendwas, erst mal auf jeden Fall auf, ja, Freude, dass sich mal jemand die Zeit nimmt, um das ein bisschen anzugehen und nicht einfach nur zu sagen: „Mach das mal, weil das hilft“, sondern warum es beispielsweise hilft. Deshalb finde ich das halt eigentlich vor allem, um die Relevanz klarzumachen, das super wichtig da irgendwie ein bisschen, ja, das so in den Vordergrund zu rücken oder ein bisschen mehr in den Vordergrund rücken, was das doch für Vorteile haben kann, sich aktiver zu bewegen generell.

Moderatorin 2: Ja.

Person 1: Ja, ist ein wichtiger Part der Sensibilisierung eigentlich, ne, für das Thema und da sind Therapeuten, natürlich genauso wie Ärzte, natürlich in erster Front mit dabei, weil der, der kommt, ist Patient. Der, der kommt, ist nicht präventiv unterwegs. Es ist niemand, der nichts hat und gerne mal „nice to have“ etwas tun könnte. D.h. jeder, der bei uns die Tür reinkommt, egal, ob in der Physio-Praxis oder beim Onkologen oder in der Allgemeinmediziner-Praxis hat ein Problem und da ist es natürlich in erster Linie so das Vermitteln von einem Grundtypus, also in meinem Fall, nenne ich es gerne artgerechte Haltung.

Moderatorin 2: Was heißt das?

Person 1: Ja, artgerechte Haltung von Homo sapiens, ne? Also es stellt sich die Frage, was braucht denn ein Homo sapiens, um gesund zu sein oder gesund zu bleiben? Und sowas wie 10.000 Schritte WHO-Empfehlung, Treppen nehmen statt Aufzug, ich sag´ immer gerne alles fangen, alles jagen, alles pflücken, alles ausbuddeln, das ist die Grundvoraussetzung dafür, dass es mir eigentlich mal gut gehen könnte. Wenn die nicht erfüllt wird, dann brauchen wir über spezifische Sachen, so sag ich das auch immer gerne, fast gar nicht reden, also über, über jetzt eine gezielte Trainingstherapie bei Low-Back-Pain, was XX gerade angesprochen hat oder sowas. Wenn ich den ganzen Tag im Office sitze und dann vom Office auf die Couch gehe, dann bringt mir jetzt ´ne spezielle Übung auf der Faszienrolle auch nicht unbedingt bestimmt was, weil es eben dann natürlich ja, es liegt in der Natur der Sache, dass 650 Muskeln bewegt werden müssen. Und diese Grundaufklärung, das ist glaube ich erstmal so irgendwie so ein bisschen das Wichtigste an dem Punkt, die Grundvoraussetzung, dass die Erkrankung, welche auch immer da ist, besser wird oder sogar komplett weggeht, dass

das gewissen Prinzipien folgt, ne!? Dass der Körper nun mal entweder Auf- oder Abbau kennt, also Prinzipien Superkompensation, Gate-Control-Theorie, all die Sachen, die man dann, sag ich mal, vereinfacht irgendwie darstellen kann und sollte, um einem Patienten nahelegen zu können, dass er oder sie damit sehr wohl extrem großen Einfluss hat auf das, was stattfindet. Die Erkrankung, die da ist, selbst bis hin zu einer Krebserkrankung, dass das eben nicht etwas ist, was ich annehmen muss und was im Außen gesteuert wird sondern, dass ich natürlich mit dem wie ich mich verhalte, einen sehr großen Einfluss darauf habe. Alles Biomechanische, ich sag mal, Orthopädisch-Chirurgische natürlich allem voran, also da ist es fast selbsterklärend, aber muss natürlich trotzdem, trotzdem dem Patienten und der Patientin erst einmal sehr nahegelegt werden, dass das ein Baustein ist.

Moderatorin 2: Also die Person einfach auch in diese Selbstverantwortung für einen aktiven Lebensstil...ähm Bewusstsein schaffen!?

Person 1: Ja, genau! Also die Sinnigkeit dessen ganz klar darzustellen und in dem Sinne abzuholen, sag ich mal. Ein guter Punkt, der in meinen Augen immer greift, ist, weil das haben die meisten Patienten, habe ich zumindest das Gefühl, nicht. Es wird sehr schnell geglaubt: „Okay, das ist jetzt so“, ne? Also: „Ich habe jetzt das“ oder „Ich kriege es ja auch immer wieder.“ Low back Pain, keiner hat das einmal in seinem Leben, die meisten haben das in schön regelmäßigen Abständen jeden Monat oder so, ne? Da aufzuklären, dass das natürlich auch immer wiederkommen wird, wenn nicht eine gewisse artgerechte Haltung gelebt wird, ne? Das ist die Hauptsensibilisierung dafür. Ist natürlich zeitaufwändig. Ich könnte es mir nicht vorstellen, das in einer normalen, klassischen Physiotherapie-Praxis zu machen mit einer engen Zeittaktung, denn es braucht Zeit. Also es braucht Zeit, finde ich, für diese Erstaufklärungsarbeit und auch den Ball damit so ein bisschen abzugeben, ne? Weil das ist ja ganz oft die Intention: Patient kommt zum Therapeuten, zum Arzt nach dem Motto: „Ja, heilen Sie mich mal bitte!“ Äh, nee, ne!? So, das Ding ist bei dir! Du kannst aber dieses, jenes, welches vorweg schon mal generell tun, damit es garantiert auf Dauer auch mal besser wird. Und es gibt natürlich gewisse Dinge, die ein Therapeut / ein Arzt machen kann, um es temporär zu verbessern. Aber eine Heilung in Anführungszeichen kann in meinen Augen immer nur die Person selber bei sich machen, indem eben körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, frische Luft et cetera, et cetera.

Moderatorin 2: Ja. Ich habe noch eine kurze Verständnisfrage: Gate-Control-Theorie, die kenne ich nicht.

Person 1: Die Gate-Control-Theorie ist der Grund, warum sie sich ans Knie fassen, wenn Sie sich das Knie stoßen. Was ja jeder Homo sapiens auf diesem Planeten macht. Und man stellt sich ja so am Anfang immer erstmal die Frage, warum tut man das? Weil es tut ja schon weh, warum packe ich noch drauf? Gate-Control-Theorie besagt eine... oder sagen wir mal so, fangen wir mal anders an: Der Grund, warum ich mit den Händen dann auf das Knie fasse, ist, ich erhöhe die Reizschwelle. Ich erhöhe also die Sensorik von Druckrezeptoren, von Temperaturrezeptoren in der Haut. Es kommt also sehr viel Afferenz dann in dem Falle von dieser Stelle und auf Rückenmarksebene ist eben auch nur eine gewisse Durchflussmenge möglich. Eine sogenannte Gate-Control, also wie der Türsteher an der Diskothek, der sagt: „Du kommst hier nicht rein.“ Und für den Körper ist immer wichtiger, wie Muskeltonus ist, Gelenke im Raum stehen, weil es zur Koordination und damit zum Überleben beiträgt und die Schmerzafferenz, die ja auch im ersten Step schnell ist, aber im zweiten Step sehr langsam – über C-Fasern – wird ein bisschen ausgeklammert. Das ist der Grund,

warum in dem Moment, in dem ich mir aufs Knie packe, obwohl ich mir gerade das Knie gestoßen habe, dass das so ein ganz klein bisschen direkt besser ist. Das ist Gate-Control, ne? Also übertragen: Bewegung hilft! Also die, die Rezeptoren anzusprechen, also mehr Afferenzen im Körper anzusprechen, hilft direkt bei körperlicher Schmerzsymptomatik. Und Gate-Control ist so ein Mittel, um das vereinfacht so ein bisschen zu erklären, finde ich. Also, weil das weiß jeder, ne? Also ich stelle immer die Frage: „Was machst du, wenn du dir das Knie an der Tischkante stößt?“ „Ja, ich fasse das an.“ Richtig! Und dann, also...

Moderatorin 2: Ja, okay! Herr Vogel, hören Sie denn jetzt mit?

Moderator 1: Ja, ich... also den Beitrag von XX habe ich mehr oder weniger ganz jetzt wieder mithören können, vorher leider gar nichts.

Moderatorin 2: Okay, aber genau, also einfach jetzt übers Video-Ausstellen ist jetzt aber trotzdem irgendwie alles wieder funktional bei Ihnen?

Moderator 1: Genau, genau.

Moderatorin 2: Alles klar.

Person 1: Technik!

Moderatorin 2: Genau. Haben die anderen noch Anmerkungen zu dieser ersten Frage?

Person 2: Ja, eh, ich denke, das ist ja auch ein Punkt. Die eigene Endlichkeit ist ein sehr abstrakter Begriff, ja, den viele sich nicht, dieser Sache ist man sich nicht bewusst, dass wir alle ein Ablaufdatum haben und gerade den onkologischen Patienten wird diese Endlichkeit dann doch bewusster, wenn sie ihre Diagnose bekommen und dann ist das auch eine Motivation eben halt den Lebensstil gegebenenfalls dann auch mit Sport und so weiter dann anzufangen. Und dieser, diese Motivation, die muss man dann bei den Patienten halt finden, diesen Knopf zu drücken. Drücken wir es mal so aus, ja.

Moderatorin 2: Also, wenn ich das so richtig verstanden habe, ist aber ja aber oft die Motivation ein gewisser Leidensdruck?

Person 1: Eigentlich immer, ne!?

Person 2: Ja.

Person 3: Mhm.

Person 6: Ja, meistens.

Person 1: Das ist ja relativ gut bekannt, dass ein Körper sich im Raum nur durch zwei Kräfte bewegt, ne? Druck und Zug. Zug gleich Sog, gleich etwas, das ich haben will, Druck - es tut weh, ne!? Und wenn es weh genug tut, sind die meisten bereit, eine Menge zu tun. Vorher? Schwierig. Vorher muss ich es mir vorstellen können, vorher muss ich es wollen. Vorher muss ich den Benefit erkennen. Warum sollte ich 10.000 Schritte machen? Habe ja nix. Wenn ich was habe und ich kann es im direkten Zusammenhang sehen, dass ich es damit verändern könnte, ja, dann ist wird die Eigenmotivation größer, glaube ich.

Moderatorin 2: Gut, jetzt gehts auch nochmal so ein bisschen um die Bestandsaufnahme. Das haben wir ja auch schon ziemlich, jetzt auch ausführlich diskutiert, wie Sie das thematisieren, aber auf welche Art und Weise haben Sie denn regelmäßige körperliche Aktivität jetzt, thematisiert? Also wir haben eben über den Leidensdruck natürlich gesprochen und wenn da Leidensdruck ist, dann fühlt man: „Oh, ich muss jetzt hier irgendwie was tun“, aber es gibt ja auch, also regelmäßige KA trägt ja auch zur Prävention bei, wie thematisieren Sie das? Was sprach da für eine Thematisierung? Was sprach eher dagegen? Welche Hilfsmittel haben Sie vielleicht auch genutzt? Oder Übermittlungswege? Was haben Sie vielleicht auch für Materialien, Webseiten oder so vielleicht auch empfohlen?

Person 6: Also Sie meinen, was man so für die Patienten bzw. die Betroffenen empfehlen könnte oder empfohlen hat?

Moderatorin 2: Genau, in Ihrer Tätigkeit.

Person 6: Okay. Ja, also generell man hat so in meinem Bereich, sag ich mal so, im akuten Krankenhaus leider wenig Zeit für sowas, aber man versucht immer die Patienten zu motivieren, weil Übergewicht, Adipositas, das macht immer die Behandlung und die Nachbehandlung, wie der XX auch sagt, immer schwieriger, ja!? Und man ist auch immer überrascht, wie viele auch keine Ahnung davon haben, also die wissen nicht, warum sie sich so bewegen sollen, warum sie sich auch fit halten sollen, ja!? Und man versucht auch so generell mit ihnen darüber zu reden, ja? Ich habe bisher leider noch nie so ein Hilfsmittel oder so Broschüren, Webseiten, wie was ihr Projekt jetzt anbietet, benutzen können, weil ich hab´ leider da nix gefunden. Gibt's immer so Apps dafür, aber so sowas wie das Projekt fände ich auch praktisch. Wenn man natürlich die Zeit dafür findet.

Moderatorin 2: Darf ich da nochmal nachfragen? Also sie haben es mit stark, also mit übergewichtigen, adipösen Menschen zu tun? Wie würden, wie motivieren Sie die? Oder wie sprechen sie das Thema dann an? Oder fällt es Ihnen schwer, das Thema zum Teil auch anzusprechen? Was sind da so Ihre Erfahrungen?

Person 6: Ja, für mich persönlich schwer ist es halt nicht, weil die kommen z.B. halt mit Arthrose-Beschwerden mit Kreuzschmerzen, mit LWS-Beschwerden, ja? Und da spielt auch das Lifestyle sehr große Rolle, ja? Also wie auch der XX sagte, Büro oder Couch, da bewegt sich halt nichts. Und das ist auch eine Ursache. Und es gibt so einige Empfehlungen, wie z.B. Gewichtsreduktion, wie gesunde Ernährung oder wie „paar Kilos weniger“ verliert, ja, das ist auch natürlich besser für die Gelenke. Auf der anderen Seite, die adipösen Menschen, ja, die haben so mehr Risiko für Wundheilungsstörungen natürlich dadurch auch. Man möchte auch jetzt nicht unbedingt über Diabetes oder sowas sprechen, aber die OP-Verfahren wird auch schwieriger. Die Nachbehandlung bei den Physiotherapeuten wird auch schwieriger. Man sagt immer so, es gibt so 20, 30 Kilo Teilbelastung nach bestimmten OPs, das schaffen sie nicht, ja? Weil die sind auch dann nicht gewöhnt, so mit ihrem Körper zu arbeiten, ja? Und man spricht nur generell, bisher mal immer nur so generell über gesunde Ernährung, über Sport-Aktivitäten, wie mindestens 10.000 Schritten laufen, aber ja. Viele sagen, ja, mache ich und die möchten wirklich dann machen, manche sind eher demotiviert, aber ich glaube, wenn man so wird so einen Leitfaden oder so Broschüren benutzt, wo die auch sehen, dass auch andere Menschen mitmachen würden oder können, das wäre natürlich eine große Hilfe, diese Motivation zu erhalten.

Und ich finde es immer so, diejenigen, die erstmal so 2,3 oder bis 4 Wochen wirklich durchhalten, weitermachen, dann die gewöhnen sich dran und das wird immer besser, ja? Aber wenn die nach 2 oder 3 Tagen aufhören, gibt es leider keine guten Ergebnisse.

Moderatorin 2: Mhm. Aber das heißt ja eben dann auch, dass Gewichtsreduktion im Vordergrund steht und es sind natürlich dann auch immer sehr allgemeine Empfehlungen, ne? „Verlieren sie so ein paar Kilos.“

Person 6: Genau.

Moderatorin 2: Aber wie komme ich dahin, ne? Das muss ja eigentlich dann viel kleinteiliger betreut werden und daran hapert es ja dann auch oft, an niedrighschwelligen Angeboten, sicherlich auch.

Person 6: Ja, genau.

Person 2: Oh ja.

Moderatorin 2: Weil es natürlich auch abschreckend vielleicht ist für jemanden, der adipös ist oder übergewichtig in ein Fitnessstudio zu laufen, ne? Das haben sie ja auch gesagt. Viele fühlen sich da vielleicht auch überfordert.

Person 6: Genau. Natürlich, also wie gesagt, also bei uns zum Beispiel auf Station oder in der Ambulanz eher kaum, man redet immer eher über was Generelles, ja?! Also man hat nicht immer die Zeit eh dafür, die Patienten ganz genau die Schritte zu erklären und sagen, ja machen sie das, machen sie das. Meistens ist das nicht erstmal ihr Problem, ja? Eher die z.B. mit Tibiakopffraktur kommen oder mit irgendwelchen, ja, Humerus-, Oberarm-, Unterarmbrüchen oder Verletzungen, ja, die wollen erstmal sich erholen und „heile werden“, ja? Und dann vielleicht ins Thema kommen.

Moderatorin 2: Mhm.

Person 2: Sie werden ja auch oft allein gelassen. Gerade nach irgendwelchen Reha-Maßnahmen werden sie allein gelassen. Viele Kollegen in der Niederlassung kennen verschiedene Programme, sei es von der Rentenversicherung, gar nicht, Präventionsprogramme von der Rentenversicherung sind nicht bekannt. Da ist auch noch erheblicher Aufklärungsbedarf. Es wird ja relativ viel angeboten an Maßnahmen, aber es wird eben halt, es ist halt bei den Akteuren, also bei den Niedergelassenen und so weiter, ist da vieles nicht bekannt. Das hör´ ich immer wieder.

Moderatorin 2: Mhm. Wie sehen die anderen das?

Person 3: Also, um nochmal auf konkrete Angebote zurückzukommen, ich mache das teilweise doch ganz klassisch analog. Also ich habe so z.B. gerade für Rückenschmerzen zwei, drei, ja, so Blätter mit verschiedenen Übungen, die ich eigentlich regelmäßig auch rausgebe. Z.B. auch Übungen, die man am Schreibtisch zwischendurch mal machen sollte für die Halswirbelsäule. Dann habe ich natürlich auch ganz viele Patienten, die kommen und sagen: „Ich habe Rückenschmerzen, ich brauche ´ne Massage aufgeschrieben“. Wo ich dann sage: „Grundsätzlich ist es aber nicht mit der Massage mal so eben getan, sondern sie müssen einfach regelmäßig was machen!“ Und ja, das ist aber dann total schwer, die Leute dazu zu motivieren, ne?

Oder eben, wenn ich dann, also auch ganz viele junge, fitte Patienten, die dann kommen und sagen: „Ich brauch mal Physiotherapie“ oder „Ich muss mal das und das bekommen“, wo ich dann auch sage, dass das ist dann auch nicht die Lösung des Problems. Wenn, dann müssen sie sich halt dann was zeigen lassen und das dann auch regelmäßig zu Hause machen, ne? Denn, ja.

Moderatorin 2: Darf ich da nochmal nachfragen? Also die Jüngeren? Was ähm?

Person 3: Ja, auch ganz viel. Also klar, ich meine, wenn jetzt was wie ein akutes Problem da ist, Bandscheibenvorfall oder so, dann wird natürlich, dann kriegen die natürlich Physiotherapie verschrieben, aber ich sage dann auch immer direkt, also letztendlich ist es wichtig, dass sie langfristig irgendwas machen, ne? Ich muss dazu aber auch sagen, ich kenne auch, also bis auf Rehasport, habe ich jetzt da auch von diesen Präventionsprogrammen auch wenig gehört, ne? Ich empfehle häufig dann Rehasport oder versuche, zu Rehasport zu motivieren oder sag´ eben auch ganz allgemein Bewegung, Kieser Training, sowas.

Person 2: Wir hatten es ja gerade während der Coronazeit, dass gerade viele Arbeitende, die dann im Homeoffice waren, die kommen dann auch zu mir in die Urologie, weil sie meinen, sie haben es an den Nieren und die Arbeitgeber haben sich auch häufig rausgezogen. Wenn man jetzt sagt, wir machen Homeoffice, dann hat der Arbeitgeber sich da eigentlich drum zu kümmern, dass ein ergonomisches Arbeiten zu Hause möglich ist. Die haben sich dann rausgezogen. Dann hieß es nicht mehr Homeoffice, dann hieß es mobiles, mobiles Arbeiten und die Folge war dann am Küchentisch vorm Laptop gebückt, ne!? Und dann standen die irgendwann bei mir: „Ich glaube, ich hab’s an den Nieren, Herr Doktor“, ne!? Ich habe dann auch nur gesagt: „Das ist Rücken, mach´ Rückentraining“, ne!?

Moderatorin 2: Ja. Großes Problem!

Person 1: Also ich glaube, dass ´ne große Problematik darin besteht bei dem Thema, was wir jetzt heute haben, also diese allgemeine Aufklärung, weil sobald es spezifisch wird, ne, so, wie XX auch gerade sagte, sind die meisten, wie auch immer aufgestellt. Also wenn jetzt jemand mit Low-Back-Pain kommt, mit Nackenschmerzen, mit irgendwas, dann gibt’s Blätter, die man austeilen kann. Ich hab´ das gelöst mit Videoanleitungen, weil früher, ich kenn´s noch, haben wir Therapeuten irgendwas gekritzelt, wat aufgemalt, ´n Strichmännchen, so die und die Übung. Ich bin dann irgendwann dazu übergegangen und hab´ mir die Mühe gemacht, hab´ da Videoanleitungen gemacht, hab´ das auf eine Homepage gepackt und schreibe jetzt den Leuten wirklich immer nur noch die Nummern auf, nach dem Motto: „Bitte angucken, Videonummer zwei, drei, vier, acht“ und: „So und so oft“ und sowas, aber das ist natürlich spezifisch auf die Erkrankung, also auf das, was gerade da ist orthopädisch-chirurgisch, aber bedient nicht dieses, das Grundverhalten, also den Lifestyle, der natürlich massiv dazu beiträgt, ne? Und klar, gerade so Sachen oder Themen wie Übergewicht, was ja auch am Ende orthopädisch-chirurgisch, also jeder, der mit Knie kommt, also „Golden Standard“ ist, wenn Übergewicht da ist, abnehmen. Keine andere therapeutische Intervention, sondern Gewichtsreduktion, ne!? Weil man weiß, ja klar, 20 Kilo zu viel auf dem Kniegelenk macht ´ne gewisse Problematik, ne!? Da kann man therapeutisch auch nicht besonders viel machen. Die Anleitung zum Change quasi ist dann das Wichtigste, aber das ist natürlich extrem schwierig, weil, ja, abnehmen, ne? Einem Patienten sagen: „Ja, es wäre mal super, wenn sie mal

abnehmen so mit 30 kg Übergewicht, weil dann hätten sie auch weniger Rückenschmerzen, weniger Knie, wären besser vorbereitet auf die Op, die ansteht“ oder sowas. Da macht man natürlich ein großes Fass auf. Desto mehr, sage ich mal, Sachen, die einen ganz klaren Weg bezeichnen, man da an der Hand hat, wie so ein Programm „10.000 Schritte“ oder andere Sachen, sage ich mal, desto leichter wird es dann eben auch, gerade weil natürlich die Zeit begrenzt ist, wo man am Patienten ist oder mit dem Patienten eine Verhaltensänderung quasi besprechen kann. Also desto mehr man da hat, wo man sagen kann: „Hier, pass mal auf, das und das kannst du tun, hier gibt’s ´ne Aktion, hier gibt’s das und das, hier kannst du das und das machen, da ist man angeleitet“, weil die meisten haben ja eigentlich immer Angst auch was falsch zu machen und wenn es nicht klar definiert ist, was ich tun soll, bin ich bei der Vielzahl der Sachen, die es heutzutage gibt, ich meine früher gabs das nicht. Heute kann ich googlen, ne!? Low-Back-Pain, dann google ich, dann krieg ich 8,5 Mio Übungen, die da helfen in Form von Anleitungen, ne!? Oder ich will abnehmen oder sowas, ne!? Also uns mangelt es nicht an Informationen, aber es mangelt uns natürlich absolut an der Filterung dieser Informationen und solange ich glaube, ich kann was falsch machen, kommen die meisten nicht wirklich aus dem Quark, ne!? Deswegen.

Moderatorin 2: Ja. Das ist ´n ganz neuer Aspekt, also dieses Angst haben, etwas falsch zu machen, das hatte ich so in der Form noch nie gehört, aber sicherlich, genau, es fehlt wahrscheinlich die Einordnung bei der Fülle der Angebote und auch einfach bei den leichten Dingen zu bleiben, vielleicht. Bei denen, die...

Person 1: Ja!

Moderatorin 2: Es muss gar nicht mal ´ne Hightech-Geschichte vielleicht sein, sondern einfach einfache Prinzipien umzusetzen.

Person 6: Wobei ich immer darauf hinweise, also man möchte die Menschen oder die Patienten zu eher zu leichteren Bewegungsübungen oder Bewegungsaktivitäten erstmal ermutigen. Also die werden erstmal nicht irgendwo in einen Park oder in ein Fitnessstudio und Kreuzheben erstmal üben, ja? Also da kann man meiner Meinung nach nicht vieles falsches machen, wenn sie so in der Stadt oder keine Ahnung, hier auf der Rheinpromenade spazieren gehen können. Als Anfang wäre das gut! Und das wird, wenn die da dran halten, also das wird langsam besser und die wollen dann auch mehr machen, wenn die dann auch so kleine Ergebnisse sehen.

Moderatorin 2: Mhm.

Person 6: Man möchte, dass die erstmal einfach anfangen und dann das wird mit der Zeit besser.

Moderatorin 2: Ja.

Person 5: Ich finde auch noch ganz stark, das geht so´n bisschen in XX Richtung, dass man v.a. auch da Aufklärung in Trainingsmethodik so´n bisschen reingeben muss. Also einfach das Verständnis mal aufbauen, ok, wie oft muss ich die Woche was machen, ne!? Ob es jetzt wirklich Training am Gerät ist, ob´s Übungen sind, damit´s mir auch was bringt, weil sonst, finde ich, ist halt irgendwie auch die Frustration groß. Also ich hab´ oft genug auch Patienten, die dann halt nur einmal die Woche kommen und sich dann aber wundern, ok, warum wird mein Rückenschmerz nicht besser, warum wird mein Knie nicht besser, was natürlich sehr viel mit richtiger Trainingsmethodik zu tun

hat und da halt einfach die Aufklärung zu leisten, weil dieses Verständnis sonst einfach nicht da ist. Also der Patient muss ja erstmal verstehen, der Mensch muss erstmal verstehen, ok, was bringt es mir, wann bringt es mir auch erstmal was, ne!? Also auch so, was muss ich leisten, um auch was rauszuholen?

Person 7: Und ich finde auch, dass es also, was jetzt gerade alles gesagt wurde, stimme ich in dem Sinne zu, aber ich finde halt, dass die Edukation dabei zu sagen, warum man das machen soll, im allgemeinen Fall, jeder weiß oder zumindest ist das Wissen da, dass wenn man 30 kg zu viel hat, dass es wahrscheinlich hilfreich werden könnte für einen selber, wenn man die runter hat. Das ist ja natürlich. Also so gehe ich zumindest mal immer in so'n Gespräch rein. Und dass da immer so ein bisschen nur fehlt, wie das so passieren soll. Ich hab' damit ganz gut gefahren, zumindest glaube ich das. Wir hatten eben schon das Thema Leidensdruck einmal und Leidensdruck hat halt auch ganz viel auch immer mit Schmerz zu tun, wenn man nicht nur erklärt so: „Hey, so 10.000 Schritte am Tag würden dir gut helfen und dadurch wirst du dann abnehmen“ und all sowas auszuführen, sondern ich hab das Gefühl, dass es, wenn man das versucht noch messbar mit Informationen irgendwie weiter auszuschnücken, in Form von, es gibt beispielsweise in der Schmerzphysiologie gibt's die absteigenden Schmerzen- ,ähm, die absteigenden Schmerzbahnen quasi und es gibt 'n ganz altes System, was quasi ganz trocken so sagt, wenn man aktiver im Leben ist und aktiver sein Leben gestaltet, dass die Schmerzintensität oder die Schmerz- ehm -intensität, die man verspüren kann, deutlich geringer ist. D.h. Menschen, die viel zu Hause rumsitzen und liegen und die dann irgendwann Aua bekommen, Rücken oder whatever, dass der subjektive Schmerz, der dann empfunden wird, einfach schon generell höher ist bei den Menschen, die viel zu Hause sind und auf Couchpotato machen, als die, die aktiv im Leben stehen. Und wenn die oder wenn da dieser Klick schonmal gemacht worden ist: „Hey, ich hab Schmerzen und kann deshalb irgendwie nichts machen, aber wenn ich regelmäßig irgendwas mache, dann ist mein Schmerz oder die Hemmschwelle bis so ein Schmerz kommt, viel höher“, das ist manchmal wie so'n Schalter, der dabei umgelegt wird. Hab' ich zumindest bisher immer so das, die Erfahrung gemacht mit Patienten. Und das so allgemein so einzubetten, erfordert halt Zeit, erfordert halt irgendwie auch voll viel Struktur, sowohl für die eigene Therapie, für die Edukation, die man nennen möchte oder die man mitgehen möchte, aber halt auch für den Patienten dann, dass er das irgendwie versucht, alles zu verstehen und umzusetzen.

Moderatorin 2: Mhm.

Person 6: Ja, also natürlich man muss dann auch so quasi ausführlicher drüber sprechen, also man denkt ja, viele wissen schon, wenn die sich mehr bewegen und weniger essen, dann die werden ein paar Kilos verlieren, aber man ist immer überrascht, dass die trotzdem zu wenig wissen, ja!? Wenn man z.B. keine Ahnung zwei oder drei Mahlzeiten sagt, ja ich esse halt nicht so viel, aber man rechnet dann die drei Löffel Zucker im Kaffee morgens oder in seinem Cappuccino in der Bäckerei oder sein Butterbrötchen, was weiß ich, das wird alles nicht berechnet und auch nicht gemerkt. Deshalb merkt man nicht, dass er schon zu viel isst, obwohl das sind keine großen Mengen, sondern der Inhalt von Kalorien ist halt zu groß. Und deshalb bringt das nicht so viel. Wenn man über diese kleinen Details auch sprechen würde. Das wird natürlich mehr oder hilfreicher, die dann in ja, Ergebnisse zu bringen oder zu bekommen. Und meiner Meinung nach, wenn man oder wenn die Operation oder die Leute Ergebnisse sehen, egal, ob das so am Körper, Figur oder so ist oder auf der Waage morgens, die werden dann noch weiter machen.

Moderatorin 2: Ja. Ok, jetzt haben wir, wir hatten ja angesetzt 17-18 Uhr, jetzt haben wir ja noch einen Themenblock. Wir wollen ja jetzt noch ganz kurz mit Ihnen besprechen, wie Sie den Gesprächsleitfaden einschätzen, was Sie gut finden, was Sie weniger gut finden. Haben Sie dafür noch 10 Minuten oder wer muss jetzt ganz schnell um 18 Uhr alles fallen lassen? Ich hör´ da eben schon Kinder im Hintergrund. Und wir haben ja alle auch ein Privatleben und besseres zu tun an einem Freitagabend.

Person 1: Alles gut.

Moderatorin 2: Ok, Herr Vogel, Sie wollten ja eigentlich nochmal „10.00 Schritte Düsseldorf“ einblenden die Webseite, aber ich glaube, das brauchen wir jetzt an der Stelle nicht. Dann würde ich einfach sagen, den Leitfaden, den hatten Sie ja schon, meine ich, vorgestellt, wenn ich richtig in der Annahme gehe?

Moderator 1: Genau. Oder braucht den jemand nochmal, sollen wir den nochmal einblenden und durchgehen oder ist das für alle soweit klar gewesen?

Person 3: Ist klar.

Person 6: Ist ok.

Moderatorin 2: Ok, dann würde ich einfach mal allgemein fragen: Wie schätzen Sie die Anwendbarkeit dieses Gesprächsleitfadens ein, allgemein?

Person 1: Also ich glaube, anwendbar ist der so in dem Rahmen ziemlich gut würde ich mal behaupten jetzt für meine Tätigkeit. Das meiste davon mache ich eigentlich so mehr oder weniger in dieser Variante. Grundvoraussetzung, finde ich, dafür, so etwas anzuwenden, ist eben der Faktor Zeit. Also wenn ich eine hohe Frequenz habe an Patienten in ´ner Arztpraxis oder in einer klassischen Physiopraxis, dann wird´s schwierig, weil es geht ja nun mal auch wirklich darum, eine gewisse, wenn nicht vorhanden, Motivation zu schaffen. Erstmal zu erfragen, Hintergrund, was gibt es? Was wird gemacht? Wie groß ist die Motivation? Ist da welche oder ist da gar keine? Und wenn da keine ist und ich muss quasi auf ´ne 5R Methode springen oder 5R-Schema, dann braucht es noch mehr Zeit, also das ist so die Herausforderung an dem Leitfaden, wie aber auch an jedem anderen Leitfaden oder generell an einer Verhaltensänderung, die quasi einzuleiten. Das braucht immer Zeit. Und ein Leitfaden hat eben den Vorteil, dass ich mich an einem klaren Schema irgendwie orientieren kann. Ich finde es gut von den Punkten, die da drin sind, weil es relativ logisch aufgebaut ist.

Person 7: Ja, ich würde mich dem auf jeden Fall anschließen. Bezüglich des Themas Zeit und auch was du jetzt meinst mit Motivationsgeschichte und all sowas. Ich finde, das ist ja jetzt alles so ein bisschen die Theorie hinter diesem Transtheoretischen Modell, wo ja diese 5 A´s auch angewendet werden sollen. Und ich glaube, wenn man versucht, das vielleicht, ich weiß nicht, ob das so theoretisch möglich ist, aber praktisch, dass man diese 5 A´s nicht in einer Einheit, also das kriegt man ja nicht in einer Einheit hin, das so zu machen, dass am Ende für Patient und Therapeut das so gelaufen ist: „Ok, ich bin jetzt von Absichtslosigkeit zu ich starte jetzt morgen richtig durch und habe dann meine drei Einheiten in der Woche, in denen ich 300 Minuten gehe“ oder so, das wird nicht passieren. Das ist unrealistisch. Aber wenn man jetzt dieses 5A Modell vielleicht auch mehr oder weniger so anpassen kann, da so ´nen kleinen Spielraum bekommt oder es selber halt so´n bisschen anpassen kann, dass

man es über verschiedene Einheiten immer wieder mit einbringen kann, um halt auch so'n kleinen Verlauf halt immer wieder hinzubekommen, dann glaube ich, ist das, glaube ich, was, was ich sehr gut etablieren kann. Und das vielleicht anhand dieses „10.000 Schritte“-Programms immer wieder zu verifizieren, quasi, also dass man sagt: „Guck dir das mal an, probier' das mal“ und dann irgendwann in der nächsten Einheit nachfragen: „Wie sieht es aus mit deiner Absichtslosigkeit? Hast du das mal gemacht? Wenn ja, bist du schon weitergekommen?“, ne!? So lässt sich dieser Gesprächsleitfaden dann glaube ich sehr gut etablieren.

Person 6: Ich finde es auch sehr schön, dass man jetzt sowas an der Hand haben wird, dass man so den Menschen auch zeigt, dass sie so und so machen können. Und dass auch viele Menschen jetzt auch mitmachen, ja!? Die, die dachten selber, dass auch anderen so machen, was ich auch jetzt als sportliche oder als Bewegungsaktivität mache, ist finde ich schon motivierend. Vor allem für die Patienten und ich stimme auch zu, also man kann die nicht so erstmal sagen, ja, so 10.000 oder 20.000 Schritte am Tag laufen. Man würde auch empfehlen, dass sie so schritt für schritt anfangen und ja, damit die auch am Ende die 10.000 Schritte erreichen. Zum Beispiel in einer Woche oder sowas. Dann denke ich, die werden dann mehr wünschen und die sind auch eher motiviert, sich dann mehr zu bewegen.

Person 3: Ja, ich denke, es hilft auch einfach, es immer wieder anzusprechen, genau. Weil es halt im Zweifel beim ersten Mal nicht durchkommt oder, um es immer wieder in Erinnerung zu halten. Dafür ist der Leitfaden sehr hilfreich.

Moderatorin 2: Genau, gibt es sonst noch Änderungsvorschläge, Positives oder was Sie blöd finden an dem Leitfaden, was Sie jetzt gerne noch loswerden möchten, bevor wir dann auch jetzt ins Wochenende starten?

Person 6: Eher nichts.

Person 2: Ausprobieren!

Moderatorin 2: Auskurieren, genau, ja. Vielleicht noch so als, tja, kleiner Hinweis aus der Wissenschaft: Ist ja jetzt auch, also es sind ja zwei wirklich systematische Übersichtsarbeiten auch rausgekommen. Eine vor ca. zweieinhalb Jahren, die zeigte, dass sogar bei 7000 Schritten man diesen gesundheitlichen Benefit sieht und jetzt eine die sagt, dass es sogar bei 4000 losgeht mit der verbesserten Mortalität und auch gerade kardiovaskulärer Mortalität. Und dass wirklich auch vieles darauf hindeutet, dass jedes Mehr an Bewegung einfach positiv ist. Und daher war ja auch diese Hauptmessage in „10.000 Schritte Düsseldorf“: „Jeder Schritt zählt“, also. Und dieses Demotivierende natürlich zu sagen, ja, 10.000, wie soll ich das jemals erreichen, aber tatsächlich einfach langsam sich zu steigern, und dass die Evidenz uns da auch ganz gut Rückenwind gibt, jedenfalls, ja, also, für die Bevölkerungsebene eben. Gut, dann würde ich vielleicht noch bevor wir ganz schließen, ich muss jetzt hier gerade mal mich um die Aufzeichnung kümmern und auch mich auch darum kümmern, dass jetzt alles gut abgespeichert ist. Vielleicht kann in der Zeit der Herr Vogel, wir haben ja gesagt, wir wollen vielleicht doch mal einen kurzen Blick in unsere Terminkalender werfen, so Pi mal Daumen in naja, so sechs bis acht Wochen, dass wir dann nochmal tagen und Sie vielleicht von Ihren Erfahrungen im Alltag berichten können. Ja, vielleicht mögen wir das tun. Das ist ja dann irgendwie schon, da sind wir ja dann schon, puh, die Zeit rennt, also so 6.11., irgendwie sowas, am 20.11., Pi mal Daumen rum?

Moderator 1: Wäre das für euch ok? Oder sollen wir das lieber anders lösen?

## Transkript Fokusgruppe; Gruppe B, Sitzung 2; 24.11.2023

Moderator 1: Herr Vogel (Doktorand)

Moderator 2: Frau Prof. Pischke (Erstbetreuerin)

Person 1: Ärztin, Hausärztliche Versorgung, weiblich

Person 2: Physiotherapeut, männlich

Person 3: Arzt in Weiterbildung, Orthopädie / Unfallchirurgie, männlich

Person 4: Physiotherapeut, männlich

Person 5: Physiotherapeut, männlich

Moderator 2: Gut, die Aufzeichnung läuft jetzt. Sie machen ja auch parallel wieder, Herr Vogel...

Moderator 1: Ich mach´ hier das Back-up sozusagen, genau.

Moderator 2: Dann können wir ja starten.

Moderator 1: Genau, dann, ja, erstmal vielen Dank!

Moderator 2: Da kommt noch der XX, den lass´ ich jetzt auch mal kurz rein.

Moderator 1: Ah ja, perfekt! XX, hörst du uns oder nicht?

Person 2: Ja, ich höre euch.

Moderator 1: Perfekt! Okay, wir wollten gerade starten. Dann also erst mal, ja, dankeschön an euch, dass ihr wieder dabei seid und euch die Zeit nehmt für die Fokusgruppe. Vielen, vielen Dank! Ehm ja, ich hab´ schon gesagt, XX wird nicht teilnehmen. XX kommt vielleicht noch. Ich hoffe es. Bis jetzt hab´ ich keine Rückmeldung, aber ich glaube so oder so, ja, kriegen wir noch einen guten Austausch hin und bin schon ganz gespannt auf eure Erfahrungen der letzten Wochen aus der Testphase des Leitfadens, was ihr da so erfahren habt und rausfinden konntet. Genau, es soll quasi darum gehen, wie das in dieser Zeit für euch gelaufen ist bzw. wie es euch ergangen ist, ob es Änderungsvorschläge eurerseits gibt oder Verbesserungsvorschläge und wie empfehlenswert oder eben auch nicht empfehlenswert ihr die Anwendung eines solchen Leitfadens eben für Bewegungsempfehlungen an Patient:innen findet und natürlich dann auch die Gründe dafür einmal beleuchten, was, also warum denn eurer Meinung nach Dinge für oder gegen die Anwendung sprechen. Genau, die Fragen hatte ich vorher wieder mitgeschickt. Gibt es da noch Fragen zu oder generell, bevor wir starten, noch irgendwelche Rückfragen, Anmerkungen oder Ähnliches? [...]

Dann würde ich sagen, starte ich. Wir haben ja quasi drei Frageblöcke oder drei Themenblöcke, sozusagen, d.h. ich würde jetzt mit dem ersten starten und einfach mal in die Runde fragen: Wie waren denn eure Erfahrungen so hinsichtlich der Anwendbarkeit eben des Leitfadens, um in eurem Arbeitsalltag den Patient:innen das Programm „10.000 Schritte“ allgemein oder eben auch das Thema körperliche Aktivität allgemein näherzubringen? Wer möchte, kann gerne starten.

Person 3: Soll ich starten?

Moderator 1: Gerne!

Also, ich arbeite in der Unfallchirurgie im XX als Assistenzarzt für Unfallchirurgie und Orthopädie. Der größte Teil unserer Patienten sind die Älteren und Verletzten, ja, und soweit, was das Programm betrifft, war leider keine, sag ich mal so, keine gute Patientenqualität quasi. Also, die sind alle schwer verletzt oder operiert, vor allem die Älteren, mit entweder, also die meisten kommen mit Oberschenkelhalsfrakturen oder pertrochantären Frakturen. Und oder Frakturen anderer Körperregionen, die auch die Mobilisation verändern. Da waren die leider keine gute Gruppe, um die Leitfaden einzusetzen, ja? Trotzdem da waren auch welche, die zum Beispiel mit Rückenproblemen, Lumbalgien oder zum Beispiel nicht so schwer verletzte, eher Jüngere. Mit jung meine ich jetzt unter 60, die das Programm oder den Leitfaden schon kennengelernt haben und die waren schon davon begeistert. Also da waren sie leider nicht viele, aber soweit die waren alle davon begeistert und davon motiviert, weil die auch mitbekamen, dass anderen auch mitmachen würden. Und ja, ob die das gemacht haben oder nicht, kann nicht sagen, aber keiner sagte: „Nein, das ist mir zu schwer.“ Die fanden das zumindest als guter Start mehr Beweglichkeit in ihr Leben einzubringen.

Moderator 1: Also d.h. wenn ich's richtig verstehe, war es von der Anwendbarkeit für dich möglich, mit der Einschränkung eben, dass nicht häufig geeignete Patient:innen da waren, aber es war grundsätzlich möglich für dich, das in deinem Arbeitsalltag anzuwenden und zum Einsatz zu bringen?

Person 3: Genau.

Moderator 1: Und, jetzt hast du schon quasi ein bisschen vorweggegriffen, die Patient:innen haben positiv drauf reagiert, wenn ich das richtig verstanden habe?

Person 3: Genau, genau. Also da war keiner, der sagte: „Nein, das ist mir zu viel.“ Oder: „Als Anfang möchte ich sowas nicht.“ Nein, die fanden das alle so als ersten Schritt, fanden die das schonmal gut, genau. Aber wie gesagt, die geeigneten Patienten für sowas, die waren leider nicht viele. Also die meisten in unserer Station die sind echt 70, 80 oder älter, wie gesagt, mit Knochenbrüchen oder sowas. Dann waren die keine geeigneten Patienten.

Moderator 1: Wie ging's euch anderen?

Person 4: Soll ich mal weitermachen?

[Moderator 1 nickt]

Person 4: Ich glaube, für den therapeutischen Alltag, also ich kann natürlich nicht generell für Physiopraxen sprechen. Vielleicht noch mal kurz, ich hab´ ´ne Heilpraxis für Physiotherapie, also nicht so schwer kranke Menschen wie XX, aber Kranke, klar. Also, rein präventiv kommt keiner zu mir. Anwendbarkeit Leitfaden: Da ich das fast ähnlich wie der Leitfaden tagtäglich mache, aufgrund der Behandlungsfrequenz und aufgrund der Behandlungsdauer, die ich bei mir in der Praxis Gott sei Dank machen kann, also ´n 5A-Schema, gemischt eigentlich mit ein paar „R´s“, sag ich mal, mache ich eh tagtäglich. Von daher war´s für mich in der Anwendbarkeit simpel umsetzbar und natürlich auch dann in dem Zusammenhang, den Patienten Flyer mit in die Hand zu geben und zu sagen: „Pass mal auf hier, falls du jemand bist, der, der Challenge braucht“, es sind nun mal viele Menschen, die diesen Challenge-Charakter gerne haben, beziehungsweise diesen „we come together“, da sind so ein paar mehr, die irgendwie mitmachen oder dann melde ich mich mit meiner Frau an oder keine Ahnung

was, das ist dann sehr leicht! Also von daher, von also therapeutisch sag ich mal, in der Physio- oder Heilpraxis oder sowas, ist es, glaube ich, sehr einfach umsetzbar. Ich glaube, die Menschen dürfen eben einfach nicht zu krank sein. Im Krankenhaus, Notaufnahme oder sowas ist, glaube ich, sehr schwer dann zu machen von der Qualität in Führungszeichen desjenigen Gegenübers, mit dem man spricht, weil es dann einfach nicht reinpasst in das Schema und wenn Leute gar nix haben, also so ein rein präventives Ding, dann wird es glaube ich auch schwer. Das wissen wir wahrscheinlich fast alle: Die Sensibilität für jemanden, der nix hat, mehr zu machen, wenn er keine Bewegungsaffinität hat, so nach dem Motto: „Hier, mach doch mal so und so viel, weil das ist so super kardiovaskulär, für das Muskelskelettsystem, all die Benefits.“ Also, weil das Schema betreibe ich quasi im betrieblichen Gesundheitskontext und das ist immer so... das ist ein schwieriges Brett, ne!? Rein, rein präventiv, wenn die Leute gar nix haben. Also ein bisschen was muss man haben, damit man ´ne gewisse Sensibilisierung hat für das Thema, glaube ich. Also und dann ist es ein guter Leitfaden, finde ich. Ich hätte auch zwei Ideen, wo man den auch noch einsetzen könnte, aber das wahrscheinlich zum späteren Zeitpunkt.

Moderator 2: Gerne, immer her damit! Oder meinen Sie einen bestimmten späteren Zeitpunkt des Gesprächs?

Person 4: Ja, ich wollte jetzt... ja, genau, des Gesprächs! Jaja, ich wollte jetzt nicht den anderen die Möglichkeit nehmen, da zu dem Thema noch was zu sagen oder zu der Frage.

Moderator 1: Okay, dann dürfen wir´s nur nicht vergessen gleich!

Person 4: ich denk´ dran!

Moderator 1: Und hattest du denn jetzt oder du hattest ja schon gesagt, mehr oder weniger, das 5A-Modell, zumindest teilweise, benutzt du eh bewusst oder unbewusst in der Arbeit. Hast du den Eindruck, es beinhaltet irgendwelche Vor- oder Nachteile, das so systematisch zu machen, wie es eben in diesem Leitfaden vorgesehen ist?

Person 4: Also ich sag mal so, ich hab´s mir mehrfach zwischendurch nochmal angeguckt und ich habe es so gemacht, wie ich es eigentlich immer mache und es ist eigentlich, bis auf ein paar Ausnahmen, ist es komplett nach dem Schema auch genau in dem Ablauf, weil der Ablauf eben auch einfach logisch ist, ne? Also ich erklär´ einem ja nicht erst irgendwelche Vorzüge, bevor ich gefragt habe, was er macht und kläre, ob er genug macht. Also das ist in meiner therapeutischen Diagnostik der Hauptpart. Also wenn der Patient zu mir kommt in der ersten Stunde, geht die erste Stunde fast komplett für eine Erstdiagnostik drauf, wo ich sehr viel Zeit dafür habe, zu fragen, wie sieht das Bewegungsverhalten des Tages aus, was passiert warum, wenn nicht viel da ist, wie viel kognitive Belastung, wie viel körperliche Belastung, also von daher, der Aufbau ist in meinen Augen pur logisch, von daher ist das so, ja, es ist gut, also auf jeden Fall! Wenn man, sag´ ich mal, einen standardisierten Leitfaden - und das ist ja ein standardisierter Leitfaden - mitgeben möchte für eine solche Befragung, dann passt das. Für mich passt das. Also ich hätte da an sich keinen Änderungsvorschlag oder sowas.

Moderator 2: Aber Sie sagen schon, Sie würden das eigentlich dann auf mehrere Sitzungen dann auch verteilen, ne? Weil die erste Sitzung dann eher so Bestandsaufnahme ist, ne?

Person 4: Ja, ja, definitiv! Also, wobei das kommt schon in einer Sitzung natürlich. Also in der Erstdiagnostik! Ich sag´ mal die nach dem Schema, sag´ ich mal runtergebrochen, die einzelnen Schritte finden schon so in der, in der ersten Diagnostik eigentlich statt, ne? Wo man natürlich klärt, Aktivitätsniveau, was gibt's für eine Motivation zu bewegen und wenn da nicht genug ist, gibt's natürlich auch ´ne Empfehlung direkt innerhalb der Beratung, dass das natürlich ein wichtiger Faktor auch innerhalb der Therapie ist. Also die Nachbesprechung findet natürlich in dem anderen Termin statt, aber der Hinweis auf viel zu wenig Bewegung, der findet natürlich schon, also ich sag´ mal, so vier der fünf Punkte, würde ich sagen, finden im ersten Termin statt. Die Nachbesprechung dessen, was passiert da, was hab´ ich verändert am Verhalten, klar, ist ein anderer Termin. Und naja, also in meinem Falle, so Teile des R-Modells quasi bau´ ich da mit anders, glaube ich, ein bisschen vielleicht mit ein, wie es jetzt in dem Schema dargestellt ist. So nach dem Motto, es greift erst dann, wenn da keine Akzeptanz oder keine Relevanz von Patienten erkannt wird. Das fließt bei mir so ein bisschen mit ein in das, in die Erklärung des Ganzen. Also in meinem Falle: Die Leute kommen mit einer gewissen Problematik und ich erklär´ dann sehr gerne den Zusammenhang von der Problematik, die sie haben, zu dem aktuellen Bewegungsverhalten, ne!? Also, weil in meinem Universum findet dann nur so viel Sensibilisierung dafür statt, dass ich eine hohe Umsetzungswahrscheinlichkeit habe, dass jemand auch was macht. Wenn ich das nur darstellen kann als reinen Benefit so nach dem Motto: „Es wär´ schön, sich zu bewegen“, sagt jeder: „Ja, natürlich! Schön wäre das, ne? Aber was hat das mit meinen Rückenschmerzen zu tun?“ Deswegen ist es in meinem Falle bisschen spezifischer. Eben die Herleitung, das hat damit zu tun, weil..., ne? Und dann kommt da ein bisschen mehr Erklärung noch mit rein, wie es in dem Modell jetzt so wie ich es verstanden habe, stattfindet.

Moderator 1: Und wie ist es, also wenn ich es richtig verstanden habe, hattest du ja eben gesagt, im therapeutischen Kontext funktioniert das so ganz gut, weil eben ein gewisser Druck bei den Patienten vorhanden ist...

Person 4: Ein gewisser Leidensdruck, genau.

Moderator 1: Und hast du denn, du hast auch gesagt, du bist in ´nem bisschen anderen Setting und auch in präventiven Settings dann auch tätig. Hast du da, gut, jetzt greife ich vorweg schon mal, da sind wir wahrscheinlich eher bei Punkt3, aber ich denke, es passt gerade, Ideen, wie man das für diesen Kontext auch dann verbessern oder ändern könnte?

Person 4: Äh ja - also jetzt greife ich dann auch wieder vor - das wäre eine meiner Ideen für den...

Moderator 2: Jetzt springen wir so ein bisschen, ne? Weil die anderen noch gar nicht berichtet haben, wie ihre Erfahrungen jetzt erstmal waren, ne?

Person 4: Ja!

Person 1: Okay, dann mache ich mal weiter. Also ich hatte mir so vorgenommen, das Schema insbesondere bei meinen chronisch kranken Patienten anzuwenden, die im Rahmen des DMP-Programms kommen. Das sind halt bei uns KHK-Patienten, also herzkrankte Patienten und Diabetiker und da ist eben auch Bewegung ein Thema beziehungsweise ein Punkt, den man immer bespricht. Körperliche Aktivität möglich? Ja / nein. Vorhanden? Ja / nein. Und bei dem 5A-Modell ist es tatsächlich auch so ungefähr, wie ich es in der Sprechstunde dann in etwa abfragen würde. Wie viel machen Sie? Haben Sie Lust? Genau, was ist möglich? Man muss aber natürlich

sagen, es ist immer eine zeitliche Begrenzung da, also maximal meistens 15 Minuten und ja letztlich, also macht man meistens, macht man sein Schema. Man versucht sich so ein bisschen dran zu orientieren und letztlich, wie gesagt, denke ich, ist es schwer, wenn man schon in einer Routine ist. Und, ja und auch im Zweifel, ja, passt es zu dem, was man macht, aber es ist für mich dann schwer gewesen, wirklich diese Punkte dann so abzuarbeiten.

Moderator 2: Was haben Sie denn zusätzlich für sich noch mit aufgenommen, was Sie bisher vielleicht noch nicht so adressiert hatten?

Person 1: Naja, zum einen eben die konkrete, bzw. das konkrete Angebot 10.000 Schritte, ne? Also, ansonsten, genau, hat man mal gesagt irgendwelche sonstigen sportlichen Aktivitäten, Fitnessstudio oder Reha Sport und man konnte so noch mal explizit einfach auf die die Schrittzahl hinweisen. Dass das eben an sich auch schon ´ne Aktivität ist, was ja vielen so gar nicht bewusst ist. Die denken dann sie müssen unbedingt Fahrradfahren oder sich aufs Ergometer setzen und vielen ist gar nicht bewusst, dass ja allein schon wie gesagt, Schritte Prävention sind.

Moderator 2: Also haben sie sozusagen, was ja auch verständlich ist, eben in ihren eigenen Worten, jeder würde ja in seinen eigenen Worten auch irgendwie diese Fragen stellen und so sozusagen den Gesprächsleitfaden daraufhin abgeklopft, was sie sozusagen ergänzend oder nützlich finden für ihren Alltag?

Person 1: Genau. Man hat ja ganz verschiedene Patienten vor sich sitzen, vom jungen, chronisch Kranken, zum hochbetagten, immobilen Patienten. Da ist es eben auch immer, immer ganz individuell, ne?

Moderator 1: Und würdest du denn sagen, dass, also du hattest jetzt eben als zeitlichen Rahmen die 15 Minuten angesprochen. War das was, was dann in der Anwendung oft limitierend war?

Person 1: Ja, weil natürlich nicht nur das Thema ist, man hat ja auch noch andere Dinge abzuarbeiten, Blutwerte zu besprechen und so weiter. Aber grundsätzlich ja, also grundsätzlich, deswegen ist ja ist die Zeit immer begrenzt, aber zum Ablauf und zum dran orientieren finde ich es auch einen guten Leitfaden. Und vielleicht eben auch für Berufsanfänger oder, ja, in anderen Settings besser umzusetzen als jetzt für mich da in meiner in meiner Routine und zeitlich begrenzten Situation. Das war für mich dann nicht so einfach.

Moderator 2: Und nochmal ganz kurz zur Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit, das geht an Sie alle. Haben Sie den Eindruck, wenn Sie so mit Patienten und Patientinnen sprechen, das ist nachvollziehbar für die? So diese Schritte gehen und dass das auch zählt und so weiter?

Person 4: Definitiv!

Person 1: Denke ich auf jeden Fall, ja. Und wie gesagt, vielen ist es aber bis dato dann einfach gar nicht so richtig bewusst, ne? Von daher ist es gut, das anzusprechen, ja. Und die Patienten zu bestärken und vielleicht auch, ja genau, den Tipp zu geben, ja, vielleicht mal sich einen Schrittzähler zu kaufen, im iPhone die App benutzen, ja.

Moderator 2: Vielleicht nochmal ganz kurz die anderen beiden. Was für Erfahrungen haben Sie gemacht? Bevor wir zu dem zweiten Themenblock gehen: „Mögliche Adaptationen in der Zukunft“.

Person 5: Können Sie mich hören?

Moderator 2: Ja!

Person 5: Ja, ich habe die Kamera ausgeschaltet, weil die Technik-Möglichkeiten sind eingeschränkt. Vielleicht die Kamera, die Stimme nicht. Also ich arbeite, wie der XX ja auch, im Krankenhaus auf Intensivstation auch und das Problem bei mir war die Klientel. Also es waren keine Patienten, mit dem man über die „10.000 Schritte“-Projekt sprechen könnte oder deren Motivation Sport zu machen. Ich habe bei Leute versucht, die schon sportlich sind, die haben gesagt: „Ja, wir machen schon Sport. Also du brauchst nicht weiter zu erzählen. Wir machen schon genug.“ Also das finde ich das Problem. Wie gesagt, dass die Patienten, die ich habe, die waren nicht die geeignet dafür. Und vom Ablauf meiner Arbeit im Alltag, also für mich auch nebenbei die eigene Motivation zu finden, auch das Thema anzusprechen. Deswegen hänge ich muss das leider zugeben. Ich habe, also die Motivation, mir fehlte vielleicht eine..., dass ich selber motiviert werde, das zu machen. Ich wollte, ich werde ja, ich mach das im Rahmen dieser Studie, aber diese, diese Verpflichtung das zu machen und so die, die gab es nicht tatsächlich. Andere Sachen muss ich machen im Alltag, aber diese, diese, diese Leute zu fragen für eigene Motivation und so war keine Pflicht. Ich könnte das machen, wenn ich möchte, aber das war nicht die Pflicht, das gebe ich zu. Das lag auch ein bisschen an mir an. Ansonsten finde ich das ganze Projekt, ich hab´ das schon mal erwähnt, dass es interessant ist, dass vielleicht auch im Krankenhaus anwendbar, aber in einer internistischen Station, wo Leute mit Diabetes betroffen sind. Wo die sind, ist das schon empfehlenswert, aber Intensivstation oder Unfall-orthopädische Station eher weniger. Das war meine Erfahrung.

Person 3: Ja, sorry, ich denke auch, dass wenn man zum Beispiel in orthopädischen Kliniken, die rein orthopädisch arbeiten zum Beispiel, den Leitfaden auch besser einsetzen kann. Zum Beispiel da werden ja meistens gesunde Leute operiert. Die bekommen ihre Hüft- oder Knie-TEP zum Beispiel oder, ja, Arthroskopien oder sowas. Die sind eigentlich fit, ja? Und die haben auch weniger Schmerzen nach Hüft- oder Knie-TEP und die wären auch so die geeignete Patienten dafür. Natürlich nach Rehabilitationsmaßnahmen nach der OP und so.

Moderator 2: Und der Herr XX? Sind sie da? Wir sehen sie nicht. Was waren ihre Erfahrungen?

Person 2: Ich weiß nicht, ob ihr gerade mit mir gesprochen habt. Ich bin noch im Auto auf dem Weg von ´ner Klinik zurück und hab noch drei andere hinten drin. Ich bin nur zum Zuhören heute dabei. Ich kann gerade nicht so richtig, entschuldige!

Moderator 2: Ja, gut. Wollen wir dann zu den möglichen Anpassungen in der Zukunft gehen? Wir haben das ja eben schonmal angesprochen und dann haben wir das ja sozusagen nach hinten verschoben, ne?

Moderator 1: Genau.

Moderator 2: Was für Ergänzungen, Anpassungen, welche Materialien hätten sich noch gewünscht? Welche Anwendungen sehen Sie?

Person 3: Ich finde halt die Broschüren ganz gut und die Website auch ganz gut, also ich glaube, da muss man nicht so viel von der Seite mehr tun. Also es läuft heutzutage auch alles digital und vor allem, wenn die Zielpatienten eher die Jüngeren sind, die können damit auch gut umgehen. Ich glaub´, das passt schon.

Moderator 2: Jetzt darf der Herr XX seine Ideen für die Zukunft formulieren.

Person 4: Für die Zukunft, okay. Ja, also ich sag mal so: Die Leute zu motivieren und anregen generell zu mehr Bewegung, ist ja so ´ne Grundsatzfrage. Also das ist in meinem Kontext, den ich öfter spinne, nennt sich das eben artgerechte Haltung. Also ich sag´ mal, das ist ´ne Grundvoraussetzung, dafür dass du dich überhaupt einigermaßen vernünftig gut fühlst als Homo sapiens. Du musst eben auf ein gewisses Bewegungspensum kommen, ohne dass du jetzt irgendwie krank bist oder sowas. D.h. die Anleitung zu mehr Bewegung, 10.000 Schritte oder wirklich so ´ne Challenge sag ich mal, müsste eigentlich relativ groß gestreut werden. Da, wo die Leute nicht zu krank sind, es zu tun. Also jede Intensivstation oder jede Leute mit, mit wirklich starken Herzerkrankungen oder eben auch orthopädisch-chirurgisch..., also meine Mutter hat gerade ein künstliches Knie bekommen vor vier Wochen und ist jetzt gerade in der Reha. Bis die auf 10.000 Schritte am Tag kommt, vergeht auch so viel Zeit. Da braucht es keine Sensibilisierung glaub ich an der Stelle für, weil das würde..., das würde verpuffen an der Stelle. Ich glaube, wo ich es, glaube ich, richtig interessant finde, ich mach wie gesagt, relativ viel im betrieblichen Gesundheitskontext. Ich sag´ mal, mal so ein Leitfaden für Betriebsärzte, also innerhalb des betrieblichen Kontexts. Da zu sagen, okay..., oder sogar, ich weiß nicht, also HR-Mitarbeiter oder wenn Firmen BGM-Beauftragte wirklich haben, die nur für die Gesundheitsförderung im Unternehmen zuständig sind. Da wäre so ein Leitfaden glaube ich auch interessant, dass wirklich eine Mitarbeiterbefragung anhand dessen stattfinden kann in Firmen und da die Sensibilisierung vergrößert wird zum Thema. „Pass mal auf, generell betriebliche Gesundheitsförderung, mehr Schritte, mehr Bewegung, hier gibt's was!“ Paar Flyer dazu. Ich glaub´, das wäre im betrieblichen Gesundheitskontext eine interessante Maßnahme, weil da braucht es einen Leitfaden eben auch wirklich, weil die Leute arbeiten nicht, äh also, gerade ´ne HR-Mitarbeiterin oder Mitarbeiter oder ein/e BGM-Beauftragte/r sind keine, keine Therapeuten oder keine Ärzte. Da ist so Leitfaden, glaube ich, wäre sehr interessant, den an die Hand zu geben und zu sagen: „Mitarbeiterbefragung im Unternehmen, können das Punkte sein?“ Zu erfragen, wie viel Bewegung findet statt und warum findet nicht mehr statt? Und Aufklärung, warum mehr Bewegung interessant wäre und dann was mit an die Hand geben zu können. „Hier, das ist eine Möglichkeit!“ Dann vielleicht eben auch wirklich als Firma, das machen ja viele Firmen, bei Läufen oder sowas. Also, EVL-Lauf Leverkusen, Köln-Halbmarathon und sowas machen ja wirklich viele Firmen mit. Das wäre eine Maßnahme, glaube ich, die man da vorschalten könnte, eben auch über Betriebsärzte oder, wie gesagt, andere Beauftragte. Weil, also, ich komme gerade von einer Veranstaltung, einer Firmenveranstaltung bei Münster, wo ich einen Vortrag gehalten hab´ zum Thema artgerecht am Arbeitsplatz und da ist es eben immer ein Thema, ne? Du musst auf ein gewisses Bewegungspensum kommen! Sonst wirst du krank, wie jedes andere Tier, was sich auf diesem Planeten nicht artgerecht verhält und da eben so einen Leitfaden eben in der Firma den Verantwortlichen da zu lassen und zu sagen: „Hier, damit kann man eben systematisch die Mitarbeiter/innen befragen“ und dann eben auch was an die Hand geben, glaube ich, wäre die eine gute Maßnahme. Und die andere wäre in anderen Institutionen, sag ich mal, da wo es noch möglich ist, auch Altenheim. Also da wo es eine Person gibt, die Zeit hat. Die Zeit, weil das ist ja bei allen, wie man hört, der begrenzende Faktor, aber da, wo es eine Person gibt, die Zeit hat, mit Betroffenen oder Interessierten zu sprechen, zu sensibilisieren und was an die Hand zu geben. Da wäre die Frage: Altenheim? In meinem Universum würde ich sagen Schulen, weil da fängt das ganze Problem, das ganze Problem mit zu wenig Bewegung fängt ja da an. Und da sollte eigentlich auch viel mehr Sensibilisierung dafür natürlich stattfinden und

so ein Schema kann natürlich extrem helfen bei Sensibilisierung, damit Leute sich da daran trauen, sag ich mal, das innerhalb des Unterrichts einzubauen, zu befragen, zu evaluieren, mit auf den Weg zu geben, weil die sind eben auch zeitlich nicht so begrenzt, wie ein Therapeut oder ein Arzt, der im Zweifel fünf Minuten pro Patient hat. Da wird es dann extrem schwierig, das abzufragen und was mit auf den Weg zu geben. Und wenn man eben wirklich das so durchrasselt und Flyer mit in die Hand drückt, nach dem Motto: „Wäre gut, wenn Sie sich mehr bewegen!“ Ich glaube, die Nummer funktioniert nicht. Also Sensibilisierung an der Stelle, hab´ ich gerade wirklich wieder festgestellt, ich hab´... In meinem Universum erzähle ich immer nix besonders viel spektakuläres Neues. Gerade waren es fünfzig Firmen-Mitarbeiter und es ging um Bewegung am Arbeitsplatz. Diese Erläuterung, für die es aber natürlich Zeit braucht, warum denn so ein gewisses Schritte-Pensum in diesem Falle, warum das nicht nur nice-to-have ist, sondern einfach grundweg nötig, die braucht es davor, aber die braucht Zeit. Und deswegen so der Kontext überall da, wo jemand ist, der mit Menschen sprechen kann, der eine gewisse Zeit hat, beziehungsweise keine starke zeitliche Limitierung hat.

Moderator 2: Ja. Also, wenn ich Sie richtig verstanden habe, eben auch wirklich außerhalb der gesundheitlichen Versorgung, andere Settings mit reinzunehmen und andere Akteursgruppen dann auch, wo eben noch nicht das Problem sich ausgewachsen hat zu einem Leidensdruck, der die Menschen dann motiviert.

Person 4: Definitiv. Also klar, es ist natürlich gleichermaßen das schwierigste Feld, also ich meine, das ist allseits bekannt. Prävention liegt den Homo sapiens nicht unbedingt direkt. Also es muss eigentlich immer erst weh tun, vorher macht man so relativ wenig oder es braucht eben wirklich relativ viel Sensibilisierung, deswegen fände ich das echt interessant so im schulischen Kontext mehr zu sensibilisieren, weil ich sag´ mal, wenn, wenn die Generationen anders herangezogen werden, sag´ ich mal, kommen wir vielleicht gar nicht erst zu der Problematik, dass man irgendwann einem 60-jährigen erklären muss, dass doch 10.000 Schritte am Tag noch ´ne feine Sache wären, also.

Moderator 2: Ja, danke! Was haben die anderen denn vielleicht noch für Ideen, Vorschläge für die Zukunft?

Person 3: Ich weiß nicht, wie das finanziell in dem Fall aussieht, aber ich hab´ da kurz überlegt, ob da man so eine App für irgendwas zum Beispiel heute 10.000, am nächsten Tage ist paar tausend Schritte mehr und dann werden multiple Aktivitäten auch gezeigt, die man auch machen könnte. Ob das, wie sieht das aus, weiß ich nicht, aber das, das hat mir eingefallen.

Moderator 2: Also meinen Sie jetzt das Umwandeln des Programms in eine App oder konkret verweisen? Es gibt ganz viel, was man schon als App nutzen kann.

Person 3: Sorry, Verbindung war irgendwie weg.

Moderator 2: Ich wollte nur kurz rückfragen, ob ich das richtig verstanden habe, ob Sie Apps empfehlen würden, wo konkret Übungen vorgeschlagen werden und auch sozusagen Schritte sukzessive gesteigert werden können oder ob sie meinten, dass man die 10.000 Schritte-Website in eine App umwandelt?

Person 3: Nein, nicht nur ummodeling, sondern auch es gibt heutzutage viele Apps, wo man Angaben zum Beispiel sieht, wie viel tausend Schritten, die zum Beispiel pro Tag geschafft haben. Am Ende gibt es multiple Challenges pro Woche zum Beispiel oder pro 14 Tagen und da sind auch andere Aktivitäten für die fitteren, gezielten Gruppen,

zum Beispiel Radfahren oder so. Es gibt so eine Art ja, ob das auch möglich durch diesen Leitfaden auch zu tun, da braucht man natürlich mehr Teilnehmer, die das erst mal machen und, und dann, wenn die finden, ja 10.000 Schritte oder 20.000 Schritte sind nicht so schwierig. Ja, wir brauchen noch ein bisschen mehr, ja? Und dann gibt's dann mehr Sachen dann anzurichten, ja, als Aktivitäten halt.

Moderator 2: Also Sie meinen, wenn es dann gut gelingt, dass man dann noch mal Möglichkeit hat, sich irgendwie zu steigern.

Person 3: Genau, genau.

Moderator 2: Ja.

Person 3: Und in dem Fall, die so die ersten Schritte schon geschafft haben, dann gibt's natürlich mehr Motivation.

Person 1: Ich denke, dass vielleicht auch 10.000 Schritte für viele Patienten auch schon zu viel sind, beziehungsweise abschreckend wirken, weil ich sehe das an mir. Also, ich hab´ auch einen Schrittzähler und das ist ja von jungen, fitten Menschen schon manchmal also eigentlich schwierig, am Tag 10.000 Schritte zu machen. Wenn man jetzt zum Beispiel nicht gerade Beruf hat, wo man sich viel bewegen muss oder wenn man einen Bürojob hat, dann ist das ja schon echt sehr schwer, dass man vielleicht, also zum einen irgendwie ja einen Plan oder Trainingsplan oder Schritteplan entwickelt, noch mehr Tipps gibt, wie man Schritte sammeln kann konkret. Sie hatten... Wir hatten ja in der ersten, ersten Fragerunde auch gesagt, dass es ja auch Studien gibt zu 4000 oder 7000 Schritten, ne? Dass man das vielleicht noch mal etwas lockert beziehungsweise mehr, mehr Beispiele oder Vorschläge macht, was prinzipiell besser umsetzbar ist oder auch individueller oder alters-, altersmäßig angepasst. Es ist sicherlich, ja, für 20-Jährige deutlich einfacher, 10.000 Schritte zu bekommen, wie für einen 60- oder 70-Jährigen.

Moderator 2: Mhm. Ist tatsächlich alles in der Webseite drin, also das Motto war ja: „Jeder Schritt zählt“. Und es gibt sozusagen Anleitungen, wie man eben auf drei- bis viertausend Schritte mehr kommt pro Tag, ne? Aber auf jeden Fall, auf jeden Fall. Danke für die Anregung, dass das auch demotivierend sein kann für jemanden, der einfach vielleicht noch gar nix macht oder wenig macht.

Person 1: Also ich sehe das bei mir. Ich sitze den Großteil des Tages am Schreibtisch in der Praxis und ich hab´ mir auch extra einen Schrittzähler zugelegt und schaue, dass ich viele Schritte mache, aber es gibt auch viele Tage, da komme ich halt nicht mal auf 5000 Schritte, leider.

Moderator 2: Und sie meinen, das würde eben auch die Möglichkeit geben, besser maßzuschneidern? Also, die, Ihre - zum Beispiel - KHK-Patienten, dass man da eben Anleitung gibt irgendwie, wie sie sich langsam steigern können?

Person 1: Genau, ja. Oder ja, zum Beispiel...

Moderator 1: Und meinst du jetzt bezogen zum Beispiel auch auf die Materialien? Da steht ja „10.000 Schritte Düsseldorf“ jetzt als Begriff drauf?

Person 1: Ja, vielleicht. Das 10.000 ist erstmal eine hohe Zahl, finde ich, für die meisten Durchschnittsbürger.

Person 4: Und es ist natürlich von der Empfehlung her analog. Also als Empfehlung zu sagen, hier, 10.000 Schritte und hiermit teilnehmen, ne? Also ich glaube, ein Großteil

der Menschheit, zumindest jetzt gerade bei uns in Deutschland, mitteleuropäischer Raum, ist so, wenn das in Kombination mit, mit einer App wäre, also mit was Digitalem, von der Universität Düsseldorf oder in welchem Zusammenhang das auch immer steht, quasi. Also wo ich weiß, okay, ist irgendwie wissenschaftlich vernünftig und fundiert, wo da dann auch so Sachen mit drin kommen, wie die XX gerade gesagt hat. So ich kann zum Beispiel sagen hier, ich bin, keine Ahnung, 65 Jahre alt und hab eine künstliche Hüfte oder sowas und mir würde dann gesagt, okay für dich wären 4000 am Tag schon richtig super erst mal, ne? Was XX gerade am Anfang sagte, so mit, mit, mit App oder mit Benefits, mit Belohnungssystem so, ne? Das ist schon was, das muss man glaube ich fast heutzutage spielen. Also das, das Thema: „Hier, ein Flyer und rein analog“, ja, das passt für manche Menschen bestimmt noch, gerade für eine weit ältere Generation, aber für die ganze Youngstar-Generation, sage ich mal, wenn man wirklich sensibilisieren will und Leute zu mehr Bewegung animieren will, ist, glaube ich, der Verweis auf ein digitales Medium schon extrem wichtig.

Moderator 1: Und mit digital meinst du oder meint ihr quasi was portables auf dem Handy, also jetzt nicht eine Website, die ja auch digital ist?

Person 4: Ne.

Moderator 2: Also eine App und dann halt eben auch stärker maßgeschneidert sozusagen, wie so man gibt verschiedene Merkmale ein und dann spuckt es einem auch so ein bisschen was aus, was an Empfehlung da ist.

Person 1: Es gibt... Sie haben ja auch dieses Beispiel, zum Beispiel, mit Fahrradfahren. Dass so und so viel Minuten Fahrradfahren gleichzusetzen sind mit so und so vielen Schritten. Dass man da vielleicht auch noch andere Beispiele oder, ja, hat, um sich zu orientieren.

Moderator 2: Aber wie ich sie verstanden habe, wäre auch vielleicht sinnvoll, so etwas auch wie Alter, Geschlecht, vielleicht Einschränkungen, so etwas, wenn ich richtig verstanden habe, oder?

Person 1: Ja, ja, eben! Genau! Individueller!

Moderator 2: Mhm, individueller.

Moderator 2: Gut!

Person 5: Vielleicht kann ich auch ganz kurz noch das bestätigen, dass bei mir auch 10.000 Schritte schon mal selber probiert mit der Krankenkasse. Ich hab´ das schon für zwei Monate mitgemacht und war die Belohnung, dass ich jetzt Geld zurück-, zurückbekomme von meine Krankenkasse. Da gab es ein Projekt. Das hat mich motiviert, so eine kleine Summe zu bekommen. Das war meine eigene Motivation. Und ja, ich war schon aktiv, aber dass ich jetzt immer die 10.000 anhalte, dass jeder am Ende des Tages 10.000 werden, ja. Und die andere Sache so, wenn man selber nicht so motiviert das zu machen, vielleicht motiviert die Leute, die das rüberbringen sollten. Also dass man das Krankenhauspersonal selber motiviert. Im Rahmen einer Sitzung, einem kleinen Seminar oder kleinen Vortrag, dass man den, die Leute, also die Physiotherapeuten bei uns, wenn wir jetzt Fortbildung machen, sind wir in einem Hörsaal, dann sind wir alle da. Dann kommt der Herr Julius (Doktorand) und dann erzählt uns das, wie vorteilhaft das ist und dann kann er noch mehr Leute rekrutieren und kann alle Fragen von der Leute beantworten. Dann gibt's bestimmt noch. Dann steigert auch die Überzeugungskraft bei derjenige. Dann weiß jeder, worüber er redet, ja, und dann, dass zwischendurch kontrolliert wird. Also, also, ich habe vermisst dieser

ganze Monat so, dass jemand hinterher fragt: „Wie war's und wie viel Leute hat man erreicht oder wie viele Patienten hast du heute angesprochen?“, oder so, dass man noch zwischendurch eine Zwischenkontrolle gibt. Ja, das vielleicht Ideen, was ich mir gedacht habe.

Moderator 2: Danke! Also Sie würden das wirklich in der Form von Fortbildung oder vielleicht auch schon in der Ausbildung stärker thematisieren und sie bräuchten, um motiviert zu bleiben, als jemand, der den Leitfaden anwendet, mehr Motivation, ...

Person 5: Finanziellen Anreiz!

Moderator 2: ... und Kontrolle!?

Person 5: Ja!

Moderator 2: Gibt es noch abschließende Bemerkungen? Wir haben ja jetzt noch zwei Minuten. Gibt's noch etwas, was Sie loswerden möchten?

Person 1: Ich fand den Punkt gerade ganz gut. Die Idee, auch Kooperation, zum Beispiel mit Krankenkassen, ist ja eigentlich, wie der Kollege sagt, das bietet natürlich für viele auch einen großen Anreiz, da vielleicht Vergünstigungen zu bekommen oder, ja.

Moderator 2: Gibt's noch weitere Anmerkungen? ... Okay, Herr Vogel, sie haben das letzte Wort, bevor ich die Aufzeichnung dann hier stoppen werde.

Moderator 1: Dann nochmal vielen, vielen Dank an euch für den wirklich tollen und interessanten Input hier und eure Zeit! Und ja, einen schönen Feierabend dann hoffentlich!

## **Transkript Sitzung 1, Interview Hausarzt (m) vom 15.12.2023**

Moderator / Interviewer: Julius Vogel (Doktorand)

Interviewpartner: Arzt, nachfolgend „A“ genannt; hausärztliche Versorgung, männlich

Moderator: Also, dann fange mit der ersten Frage an. Da geht es einmal grundsätzlich darum, wie Sie zur Empfehlung, zur professionellen Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität als Arzt stehen. Konkret wäre dazu die Fragestellung: Wie und in welchem Umfang Ärzte und Ärztinnen oder Therapeut:innen generell zur Verordnung von körperlicher Aktivität beitragen können?

A: Im Prinzip absolut oft und viel, aber es ist natürlich zeitlich limitiert, aufgrund der ganzen Problematik. Man kann natürlich die speziellen Zielgruppen, Diabetiker, KHK, etc., Adipöse, Patient:innen mit arterieller Hypertonie, ich will jetzt nicht alle aufzählen, zum Beispiel im Rahmen der DMPs gezielt ansprechen.

Moderator: Okay, also d.h. Sie würden das vor allen Dingen im Rahmen solcher bestehenden Patientenprogramme, zum Beispiel DMPs, sehen?

A: Absolut! Ansonsten ist es natürlich zeitlich schwierig unterzubringen, ne?! Deshalb extra Termine zu machen ist nicht sehr effizient und geht nur im Rahmen dieser speziellen DMPs.

Moderator: Okay.

A: Oder, wenn die Leute halt eben hier vorstellig werden.

Moderator: Also das schon? Also ich sage mal, stand jetzt, so wie Sie den Leitfaden kennengelernt haben, würden Sie sagen, ist das auch im Rahmen regulärer Konsultation möglich?

A: Absolut, absolut, klar!

Moderator: Okay, okay. Dann würden wir zum nächsten Punkt kommen. Haben Sie denn bisher schon in der Sprechstunde irgendwie körperliche Aktivität thematisiert bei Patient:innen?

A: Immer schon! Seit mindestens 15 Jahren.

Moderator: Und würden Sie sagen, sie haben das regelmäßig thematisiert?

A: Absolut!

Moderator: Bei allen Patient:innen oder gab es bestimmte Patient:innen?

A: Nee, aber es sind ja immer wieder die Risikopatient:innen vom Alter, adipös, DMP, spreche ich schon gezielt auf Sport an.

Moderator: Mmhmm.

A: Und das ist auch nicht alles affin da irgendwo, hier kommen alle Altersgruppen vor.

Moderator: Und haben Sie dafür irgendwelche Materialien, Hilfsmaterialien genutzt? Programme oder sowas in der Art?

A: Nee, nee. Einfach gesagt, „sie müssen mal mehr Sport machen“ oder „betätigen sie sich sportlich“.

Moderator: Gibt es irgendwas, das für Sie außer der von Ihnen angesprochenen zeitlichen Limitierung gegen die Thematisierung von körperlicher Aktivität spricht oder gesprochen hat?

A: Nein, absolut nicht.

Moderator: Dann kommen wir schon zum letzten Punkt. Die Nutzung des Gesprächsleitfadens, also so, wie Sie ihn jetzt kennen gelernt haben, Sie haben es im Prinzip ein bisschen schon gesagt, wie Sie die Anwendbarkeit einschätzen, aber ich fasse es nochmal kurz zusammen:

In DMPs möglich, aber auch im Rahmen der normalen Sprechstunde, zeitlich machbar. Und gibt es Punkte, die ihnen besonders gefallen am Leitfaden?

A: Nee, alles okay. Kann man jetzt speziell nichts hervorheben. Alles so okay. Die Motivation, Verhaltensänderung abklären und Empfehlung von mehr Aktivität in Form von Schritten aussprechen. Das ist eine simple und effiziente Methode. (Anm.: Arzt rekapituliert für sich das Vorgehen)

Moderator: Okay, gibt es Änderungswünsche, Vorschläge oder Ergänzungen von Ihrer Seite zu dem Leitfaden im Hinblick auf die Testphase?

A: Nein, würde ich alles in der Kürze so lassen.

Mod: Okay, vielen Dank!

## Transkript Sitzung 2, Interview Hausarzt (m) vom 21.02.2024

Moderator / Interviewer: Julius Vogel (Doktorand)

Interviewpartner: Arzt, nachfolgend „A“ genannt; hausärztliche Versorgung, männlich

Moderator: Also, wir haben drei kurze Frageblöcke vor uns. Im ersten geht's um Ihre Erfahrung hinsichtlich der Nutzung des Gesprächsleitfadens und da wäre die erste Frage, wie sie jetzt basierend auf Ihren Erfahrungen, die Sie gemacht haben mit der Anwendung des Leitfadens, die Anwendbarkeit einschätzen, um eben Patientinnen und Patienten das Thema körperliche Aktivität näherzubringen.

A: Gut, kann man gut nach arbeiten. Funktioniert gut und die Fragen sind auch sinnvoll und adäquat gestellt.

Moderator: Okay und wie haben die Patientinnen und Patienten darauf reagiert, wenn Sie das thematisiert haben, körperliche Aktivität?

A: Gut, die waren natürlich, die, die ich ausgewählt hab, waren schon compliant. Insofern sind die natürlich alle, haben die da natürlich gut drauf reagiert und wissen auch von der Compliance her, wie sie es zu handeln haben. Alles okay.

Moderator: Okay, das heißt, da haben Sie sich dann mehr oder weniger auf die Patient:innen konzentriert, wo Sie schon die Erwartung hatten, die werden das auch umsetzen, okay.

A: Nicht ausschließlich, aber schon bei 90%.

Moderator: Okay. Und wie hoch schätzen Sie dann die Akzeptanz und den Nutzen der Empfehlung für die Patienten und Patientinnen ein?

A: Ja, ich denke mal, die, die es verinnerlicht haben, die haben da schon einen effizienten Nutzen von. Das ist so und also, wie gesagt, von der Compliance her waren die jetzt schon ansprechbar. Man merkt natürlich auch, wenn man andere, die nicht so ganz compliant sind, anspricht, dann gucken die einen mit großen Augen an und die werden auch dann mit der Zigarette im Hals, wird das wenig funktionieren. Also man muss schon denken, dass die Leute da 'ne gewisse Live-Modifikation machen wollen und auch können.

Moderator: Okay. Und wie würden Sie die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Leitfadens einschätzen?

A: Alles gut. Kann man gut nachvollziehen, geht alles!

Moderator: Okay. Dann kommen wir zum zweiten Themenblock: Mögliche Anpassungen für die Zukunft. Wie hätte denn für Sie eventuell der Leitfaden oder die Anwendung des Leitfadens noch besser sein können?

A: Ich würde nichts ändern. Ich würde es so lassen, wie es ist.

Moderator: Okay. Sind denn oder welche Schwierigkeiten sind gegebenenfalls aufgetreten in der Anwendung?

A: Es sind anhand des Leitfadens keine Schwierigkeiten aufgetreten. Also das kann man gut mit denen besprechen und das läuft auch. Nee, das ist okay. Man kann immer

ausbauen, aber ich würde da jetzt nicht weiter in die Tiefe gehen. Nee, nee, würde ich alles so lassen.

Moderator: Okay. Das heißt, angenommen Sie würden jetzt sagen, ich konzipiere selbst den idealen Leitfaden...

A: Den gibt es nicht! Aber ich würde das alles so lassen. Ich würde das jetzt auch nicht großartig modifizieren, alles gut.

Moderator: Okay. Und wenn jetzt noch mal eine Anwendungsphase bevorstünde, welche Hilfsmaterialien würden Sie sich dann dafür wünschen? Noch was, was über das, was dabei war hinausgeht, oder...

A: Nee, brauche ich auch nicht. Können Sie alles so lassen, Herr Vogel.

Moderator: Okay. Dann sind wir beim letzten Fragenkomplex. Wie wahrscheinlich ist es denn, dass Sie den Leitfaden so oder so ähnlich, also sprich einfach so einen Leitfaden generell weiter anwenden würden in Ihrer Praxis, um das Thema körperliche Aktivität anzusprechen?

A: Würde ich, wo ich den jetzt habe, auch weiterhin. Man hat ihn ja jetzt auch im Kopf. Würde ich ihn auch weiterhin bei den entsprechenden Patienten so anwenden.

Moderator: Und was ist Ihrer Meinung nach, was sind Punkte, die besonders dafür sprechen, das so zu machen oder gegebenenfalls dann auch dagegen?

A: Dafür ist der Benefit, der im Endeffekt rauskommt und dagegen spricht gar nichts. Das wäre ja schlimm, wenn irgendwas dagegen sprechen würde. Nee, nee alles gut.

Moderator: Okay. Und würden Sie das auch oder wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Kolleginnen und Kollegen empfehlen würden, das Thema körperliche Aktivität auch so systematisch anhand eines Leitfadens zu thematisieren?

A: Ich denke, das machen die meisten Kollegen auch.

Moderator: Okay.

A: Es gibt ja schon doch einige Vorgaben auch, die man mal ein bisschen aus der Presse, aus der Fachliteratur herleiten kann und ich denke, das machen doch viele.

Moderator: Also Sie meinen, dass schon ein gewisses Schema im Kopf vorhanden ist?

A: Ist schon da, denke ich schon.

Moderator: Okay.

A: Also die jüngeren Kollegen mit Sicherheit!

Moderator: Das heißt, da schätzen Sie es auch so ein, dass das Thema körperliche Aktivität durchaus präsent ist und...

A: Absolut, klar!

Moderator: Super, dann sind wir fertig. Vielen Dank!

## **Transkript Sitzung 1, Interview Physiotherapeut (m) vom 22.12.2023**

Moderator: Julius Vogel (Doktorand)

Interviewpartner: Physiotherapeut, nachfolgend „PT“ genannt, männlich

Moderator: Okay, also ´ne Einverständnis von dir liegt vor da haben wir drüber gesprochen und du siehst die Fragen ja, ne?

PT: Genau, ich sehe drei Fragen.

Moderator: Okay, genau. Es gibt drei Frageblöcke, und es geht quasi einmal darum, wie du als Physiotherapeut eben prinzipiell zu der Verordnung von körperlicher Aktivität stehst und wie man als Physiotherapeut deiner Erfahrung nach oder deiner Meinung nach eben zur Verordnung oder Empfehlung von körperlicher Aktivität am besten beitragen kann.

PT: Mhm. Ja, allgemein bin ich ein Therapeut, der Patienten immer gerne was mit auf den Weg gibt. Also sprich, wenn es irgendwelche Übungen gibt oder wenn es allgemein Bewegung ist, dann ist das auf jeden Fall für mich eine Sache, die wichtig ist für den Patienten, aufgrund weil es der Gesundheit dient, weil es weiterhilft, und da hab´ ich jetzt auch viele Beispiele, wo es jetzt einfach auch darum geht. Ich sag jetzt mal auch beispielhaft Ältere, die eine OP hatten und wieder in die Bewegung reinkommen möchten und wo ich dann auch mehr den Fall hatte, die dann gesagt haben: „Ja, ich hab jetzt heute mal eine Station rausgelassen, also sprich mit der Bahn gefahren, bin ausgestiegen und bin dann den Rest gelaufen“, wo ich dann gerne dieses Konzept von dir schon gehabt hätte, um dann sagen zu können: „Hey, passen Sie auf, das ist schon mal eine sehr gute Einstellung, da habe ich gerade was für Sie, was Ihnen auch definitiv weiterhelfen wird, um einfach mal ein paar Schritte mehr zu sammeln für den Alltag.“ Genau, jetzt hab´ ich gerade meinen Faden verloren, was ich sagen wollte, sorry...

Moderator: Kein Problem, also d.h. du siehst schon die Empfehlung von Alltagsaktivitäten als wertvolle Ergänzung, wenn ich das richtig verstanden hab?

PT: Definitiv! Aufgrund weil es ist ja letztendlich für den Menschen oder den Patienten eine einfache Sache. So, jeder muss ja irgendwo hin. Jeder Mensch muss beispielsweise einkaufen, sei es jetzt auch nur ein Brötchen oder eine Milch. Anstatt dann, sage ich mal, im älteren Rahmen, klar, hat man die Möglichkeit, sich in Bus und Bahn oder Auto zu setzen, aber wenn noch der Laden schon in der Nähe ist, der fußläufig, sage ich mal, 10 Minuten entfernt ist oder auch nur fünf, dann kann man ja so umswitchen, sage ich mal, und sagen: „Hey, natürlich ist das auch schön, wenn man sich ins Auto setzt, aber um Ihrer Gesundheit besser weiter zu dienen, ist es doch besser, wenn wir doch mal kurz die paar Meter in den Laden rübergehen. Damit haben Sie jetzt schon, ich sag jetzt mal eine grobe Zahl, Ihre knapp 1000 Schritte gemacht, und wenn Sie das mehrfach am Tag machen, kommen Sie auf jeden Fall schon Richtung mehr Schritte, Richtung 2-, 3-, 4000 Schritte am Tag.“ Und wenn die Patienten das ja dann auch schon so umsetzen können – die meisten aus meinem Patientenkreis machen das auch hinterher und wollen das auch.

Moderator: Jetzt war kurz die Verbindung unterbrochen, aber ich glaube, das meiste

kam an. Also d.h. du würdest es einfach so, sag ich mal, in den Dialog mit den Patienten einbinden?

PT: Mit einfügen, ja!

Moderator: Okay.

PT: Ja, aufgrund... Also tatsächlich, viele Patienten kommen auch auf mich zu und fragen: „Hey, was kann ich denn noch zusätzlich machen? Gibt es noch irgendwas, was man mir für zu Hause mitgeben kann?“ Dann sage ich: „Ja, gibt es! Natürlich viele Sachen! Sei es jetzt auch beispielsweise im Haus, Wohnung, wo auch immer. Wenn man jetzt spezifisch aufs Beintraining weiterdenkt, Patienten wollen im Alltag auch weiterkommen, dann ist es so, dass ich da sage: „Okay, schauen Sie mal, Sie haben zwischenzeitlich immer wieder Zeit, das und das fehlt Ihnen noch“, sagen wir mal beim Thema Hüfte. „Das fehlt Ihnen noch an Bewegung, versuchen Sie doch dann einfach, auch um die Kraft wiederzubekommen, 3, 4, 5 Stufen hoch, wieder runter, und dann das dreimal wiederholen, sag ich mal am Tag, sodass Sie da auch in einen gewissen Rhythmus reinkommen.“ Es soll ja nicht sein, dass die dann, ich sag jetzt mal, 24/7 die Stufen rauf- und runterrennen. Nein, um Gottes Willen! Nur, sie sollen für sich natürlich auch ihr Mittel finden, um zu sagen: „Ich hab das heute noch nicht gemacht, ich brauch noch ein bisschen mehr Kraft in meiner Muskulatur, in meiner Hüfte oder allgemein Bewegungsapparat, mehr Muskulatur mit reinzubringen, zu kräftigen.“ Heißt, Hausaufgabe wäre dann, diesbezüglich auch Schritte zu tätigen und das ist dann, was ich dann auch oft mitgebe.“

Moderator: D.h. du benennst das auch explizit so, also dass du sagst, das ist dann so ihre Hausaufgabe oder das ...?

PT: Genau.

Moderator: Okay.

PT: Also das kommt dann auch immer da mit rein, und ich sage dann: „Ja, für Sie als kleine Hausaufgabe, machen Sie doch ein bisschen dies und das, um dort einfach noch ein bisschen mehr mit reinzubringen und für sich selber zu trainieren.“ Weil ja, klar, natürlich Physiotherapie kann man in der Praxis immer machen, hat seinen gewissen Erfolg, aber nicht so, wie wenn Patienten selber noch mitarbeiten und sagen: „Hey, der Mann, der hat ja Recht. Ich muss selber auch mit dran arbeiten“, und dann geht das alles auch schneller voran.

Moderator: Okay. Und dann wären wir schon bei Punkt zwei. Du hast es eben schon ein bisschen angesprochen. Die Patienten fragen dich nach irgendwas, was du ihnen mitgeben kannst. Hast du da denn in der Vergangenheit konkret irgendwelche Hilfsmittel oder sowas speziell genutzt?

PT: Also, was ich den Patienten immer sage, ist, wenn sie es nicht haben, sind Therabänder. Die sind ja auch recht einfach zu kaufen, sage ich mal, in den Geschäften. Oder... klar, ist das nicht immer vorhanden. Wenn man beispielsweise für eine Übung einen Ball bräuchte, dann sag ich immer: „Alternativ können Sie natürlich auch ein Kissen nehmen, Kopfkissen, großes Handtuch zusammenwickeln, um einfach einen gewissen Widerstand zu haben und dass man da jetzt nicht sich die Welt an

weiteren Utensilien kaufen muss, sondern man hat das meiste schon zu Hause recht simpel.“ Genau.

Moderator: Ich meinte jetzt mit Hilfsmittel eher Mittel, die man als Übermittlungsweg nutzt, also sozusagen irgendwas, was das Thema Aktivität, eigenständige Aktivität, visualisiert. Oder hast du irgendwelche Patientenprogramme oder sowas schon empfohlen, sowas in der Art meine ich?

PT: Habe ich gerade falsch verstanden. So in dem Sinne natürlich versuche ich, denen das Ganze immer so ein bisschen schmackhaft zu machen, dass ich dann sage: „Ja, versuchen Sie, immer noch ein bisschen mit an sich zu denken“, weil es hilft der/dem Patienten ja dann mehr, wenn er dann auch sagt: „Ja, ich versuche auch mit daran zu arbeiten, versuche mir selber...“ Und das hatte ich jetzt tatsächlich auch immer mal wieder, dass dann Patienten gesagt haben: „Hey, ich hab´ mir das und das Mittel noch mal dazu genommen, um einfach auch dann dementsprechend die Leistung zu haben für den Tag.“ Es ist ja immer unterschiedlich, ja, aber sobald man im Gespräch mit dem Patienten darüber ist, dann reagieren die auch drauf und sagen: „Ja, das ist eine gute Idee.“ Was das jetzt genau ist, das entsteht immer aus dem Gespräch. Also so jetzt auf die Schnelle kann ich jetzt nicht direkt sagen, was.

Moderator: D.h. du hast es schwerpunktmäßig, ich sag mal, einfach verbal empfohlen, aber jetzt nicht explizit schon irgendwie Flyer verteilt mal oder sowas oder andere Broschüren, Homepages, Apps oder so genutzt, um Patienten das zu zeigen und auf Alltagsaktivität oder Aktivität hinzuweisen?

PT: Nee, das tatsächlich so noch nicht, nee.

Moderator: Würdest du denn sagen, oder wie oft würdest du sagen, thematisierst du so mit den Patienten körperliche Aktivität? Also Alltagsaktivität, jetzt jenseits dessen, was du in der Praxis mit denen machst, ne?

PT: Schon mit jedem Patienten, jeden Tag. Also da bin ich auch immer viel hinterher und sage dann: „Passen Sie auf, versuchen Sie, vieles mit in Ihren Alltag reinzubringen, weil so gesehen...“ Auf der Couch sitzen kann jeder. Aber umso besser ist es auch, wenn man einfach auch mal morgens früh nach dem Aufstehen, nach dem Frühstück einfach sagt: „So, ja, jetzt nehm´ ich mal die Beine in die Hand und lauf einfach mal ´ne Runde um den Häuserblock.“ Passt ja auch schon. Das ist ja klar. Es ist ja nicht so, dass man jetzt immer eine gewisse Stundenanzahl was machen muss. Nur, dass halt immer in einem gewissen Rahmen mitgearbeitet wird, indem man sich einfach, wie gesagt, auch dementsprechend bewegt und, sag ich mal, sich nicht selber so hängen lässt, so nach dem Motto: „Ja, hmm, heute sind graue Wolken am Himmel, aber solange es noch trocken ist, kann man ja die Runden gehen.“

Moderator: Also zusammenfassend könnte man quasi zu dem Punkt vielleicht dann sagen, du hast es sehr, sehr viel thematisiert in der Vergangenheit. Vor allen Dingen auf sprachlicher Ebene, aber jetzt noch keine Materialien zur Übermittlung explizit benutzt, richtig?

PT: Richtig.

Moderator: Okay. Und im dritten Teil geht's jetzt darum, noch mal, wie du quasi die

Anwendbarkeit des Leitfadens, den wir uns eben angeguckt haben, einschätzt, so im Praxisalltag oder in deinem Arbeitsalltag. Gibt es Punkte, wo du sagst, da bin ich skeptisch, ob ich die so integriert bekomme in den Alltag, oder sagst du, ich könnte mir vorstellen, das kann man gut einsetzen? Gibt's irgendwas, was geändert werden müsste deiner Meinung nach?

PT: Also wie ich ja schon gesagt habe, ich finde das vom Leitfaden her super und auch, wie man das bei Patienten reinbringen kann, finde ich persönlich auch eine super Empfehlung im Gesamten. Weil es ist mit dem gesamten Leitfaden ja so, wenn man sich strukturiert an den Leitfaden hält und mit den Patienten ins Gespräch kommt, da würde ich von meiner Seite aus mit Sicherheit sagen, da kriege ich den ein oder anderen Patienten definitiv mit, weil ich denen halt auch immer bestmöglich versuche, das dementsprechend von meiner Redensart und -weise rüberzubringen und zu sagen: „Hey, passen Sie auf, hier ist ein gutes Programm, halten Sie sich daran fest!“ Und es ist auch noch simpel, ne!? Man hat da dementsprechend beispielsweise Flyer, Broschüren, um sich das alles anzuschauen, und letztendlich, wenn man sich da mal ein bisschen auch damit beschäftigt, mit dem System, ist es ja auch sehr einfach, sage ich mal, am Tag seine Anzahl von Schritten dort einzugeben, und dann hat man da ja schon einen guten Grundbaustein aufgebaut, ne!? Also ja, ich finde es auf jeden Fall sehr gut. Also es gibt tatsächlich jetzt nichts, wo ich sagen würde: „Okay, das könnte man ändern.“ Weil so vom allgemeinen Aufbau her ist es sehr strukturiert, sehr verständlich, kann man einfach den Patienten auch rüberbringen und erklären, wie das funktioniert.

Moderator: Okay, und so stand jetzt, also einfach nur als Einschätzung, glaubst du, das passt auch zeitlich, das in die Konsultation so einzubringen, die Punkte?

PT: Wenn jetzt ein Patient bei mir ist, der in die Behandlung reinkommt?

Moderator: Mhm (bestätigend).

PT: Ja, auf jeden Fall, auf jeden Fall! Zeitlich, das ist auf jeden Fall eine Sache, das kriegt man auf jeden Fall gedeixelt.

Moderator: Okay. Und du hast jetzt ein paar Mal gesagt... Also ich frag nur noch mal nach, ob ich's alles so richtig verstanden hab. Ich sag mal, die Punkte, die du am besten findest, sind zum einen, dass es simpel aufgebaut ist, ne?

PT: Richtig.

Moderator: Und dass es eine gewisse Struktur gibt, richtig?

PT: Genau.

Moderator: Okay.

PT: Also wie gesagt, sehr gut aufgebaut, sehr gute Struktur. Es ist strukturiert, man kann direkt sehen, in welchem Punkt befinde ich mich jetzt, und es ist einfach, ja, wie kann ich es noch am besten beschreiben... Es ist einfach vom Grundsystem her sehr gut, gefällt mir, und die Punkte und die Ratschläge, auch vom Fragen her, das ist 'ne Sache! Definitiv auch für den Patienten wieder ein Vorteil, meiner Meinung nach.

Aufgrund weil, wie gesagt, die kommen auch zu uns Physiotherapeuten und fragen: „Was kann ich noch tun?“ Und gerade bei so einem Programm ist das auf jeden Fall eine schöne Sache, denen das dann direkt mit schmackhaft zu machen. Ich wünschte, ich hätte es jetzt schon früher gehabt! Da hätte ich schon den einen oder anderen gehabt, dem ich das einmal gerne vorgestellt hätte.

Moderator: Okay, und mit den Hilfsmaterialien, also sprich diesen Flyern, die ich dir dann noch bringen würde, und den Stickern – meinst du, das ist auch so okay? Kommst du damit zurecht, oder hältst du noch andere Materialien für sinnvoll?

PT: Nee, also das mit den Flyern und Stickern, das ist gar kein Thema. Da sind ja auch die Infos, die man da braucht, schon vorhanden, und das ist ja auch das, was man auch immer gern sagt, ne!? Den Patienten auch immer was mit in die Hand geben, damit die sich auch damit auseinandersetzen.

Moderator: Okay, super! Dann sind wir durch. Ich stoppe dann die Aufnahme. Vielen Dank!

## Transkript Sitzung 2, Interview Physiotherapeut (m) vom 30.01.2024

Moderator: Julius Vogel (Doktorand)

Interviewpartner: Physiotherapeut, nachfolgend „PT“ genannt; männlich

Moderator: Okay, dann können wir loslegen. Format kennst du ja schon aus der ersten Runde. Dann würde ich einfach starten und dir die erste Frage stellen: Rückblickend auf diese Anwendungsphase der letzten Wochen, wie war denn deine Erfahrung? Und wie würdest du die Anwendbarkeit des Leitfadens in deinem therapeutischen Alltag einschätzen, um Patientinnen und Patienten das Thema Bewegung und das Bewegungsprogramm „10.000 Schritte Düsseldorf“ näherzubringen?

PT: Mhm, es war folgendermaßen: Und zwar hat man natürlich erstmal, sage ich mal, ähm, so ein bisschen muss man erstmal, sage ich mal, das Gespür für den Patienten bekommen, gucken, wie sind die drauf? Wie sind die gestrickt? Letzten Endes ist es ja so, dass sich ja jeder Patient in einer Art und Weise bewegen soll und auch kann. Wenn sie denn auch mitmachen. Ähm, aber um da spezifisch draufzukommen, ist es so, dass, wenn man es denen gezeigt und erwähnt hat, auch vom Leitfaden her, ist es erstmal sehr verständlich und zum anderen wurde es auch recht schnell von den Patienten verstanden. Also sie haben die Einsicht auch gezeigt, dass in dem Moment, sagen wir jetzt mal, ich sage jetzt mal, beispielsweise ein Patient, der gar nicht mal so weit von der Praxis entfernt wohnt, dann auch gesagt hat: „Joa, passt! Da kann ich auch die Schritte direkt machen, um zu Fuß zur Praxis zu kommen und muss jetzt nicht irgendwie die paar Meter mit dem Auto fahren.“ Und das war dann ja schon mal Punkt eins, wo man da auf jeden Fall mit gut punkten kann. Und wo man dann auf jeden Fall Patienten schnell dabei hat, der dann auch die Schritte für sich macht und weiß: „Ja, ich mach ja letztendlich das für mich und für die Gesundheit“ und ist natürlich dann auch noch mal ein Vorteil, wenn man das Ganze dann noch mal dann „10.000 Schritte Düsseldorf“ dann mit angibt, ne?! So hat man ja dann auch wieder die... ich sage mal, den guten Vorteil, um da letzten Endes mitzuwirken.

Moderator: Mhm, und so auf die Anwendbarkeit in deinem Alltag bezogen, wie hast du, wie war das für dich?

PT: Mhm, ja, schon interessant. Äh, im Großen und Ganzen, weil man, ja, man spornt den Patienten noch mehr an, sich mitzubewegen, sage ich mal so. Also man gibt den Leitfaden mit oder man gibt denen da was mit, im Endeffekt, wo man selber oder wo ich selber auch mir in der Zeit viele Gedanken drüber gemacht hab und gedacht hab: „Hey, es ist sowas Simples und man kann damit sehr gut arbeiten.“

Moderator: Okay, also man kann damit gut arbeiten, heißt, das war für dich auch möglich und machbar, das in deine Abläufe zu integrieren?

PT: Ja, auf jeden Fall. Also jetzt beispielsweise, ähm, gerade auch letzte Woche hatte ich recht spontan also einen Einsatz noch, wo dann mehrere Patienten da waren, und dann hatte tatsächlich auch der ein oder andere, sage ich mal, ja, ich sag mal, in Klammern, seine Faulheit, wo er sagte: „Ja, ich mache ja viel so auf der Couch und allem Drum und Dran“, wo ich dann aber sagte: „Mhm, passen Sie mal auf, hier gibt es diese Art von Leitfaden, und warum versuchen Sie es nicht mal so zu ändern, ähm, dass Sie sich jetzt für 10 Minuten mal die Zeit nehmen und einen kleinen Spaziergang

draußen machen, denn es fördert Ihre Bewegung und es ist letztendlich was Gutes, wo Sie sich dran festhalten können, damit Sie...“, ne, sage ich mal, also der Patient in dem Moment nicht den Tag auf der Couch verbringt, sondern auch mal 10 Minuten Spaziergang nutzt. Und, tja, wo dann die Patienten auch merken und sehen so: Hey, ja, es ist letztendlich was, wo man Recht mit hat. Warum, ich sage mal, in Klammern oder auch aus Patientensicht, „warum dann den Tag auf der Couch verbringen, wenn man doch letztendlich auch was Gutes für sich machen möchte?“ Gerade auch die ältere Generation, wenn die sagt: „Ja, gerade am Wochenende läuft Bundesliga, da kann ich nicht raus.“ Ja, aber man kann beispielsweise dann in den 15 Minuten Halbzeit dann noch mal kurz Luft schnappen und rausgehen, ne!? Und das ist dann wieder ein Punkt, wo die auch Einsicht zeigen und sagen: „Hey, er hat doch Recht.“ Ich habe beispielsweise die und die Beschwerden, sei es jetzt Hüfte oder Knie oder Fuß. Man, ja, man tut was selber dafür und man bewegt sich fort.

Moderator: Okay, und du hast Kassenpatienten ganz normal, ne?

PT: Kasse und privat. Also eigentlich so gut wie fast alles Mögliche.

Moderator: Und wie ist da so der Zeitrahmen dann? Pro Einheit, sage ich mal?

PT: Zwanzig Minuten pro Patient.

Moderator: Zwanzig Minuten, okay. Wie war das, das in den 20 Minuten unterzubringen für dich?

PT: Also tatsächlich passiert das meiste, wenn, dann eher so, ich sage mal, Richtung Ende der Einheit, aufgrund, weil man dann erstmal, ähm, ja, ich sage mal, mit dem Patienten ins Gespräch kommen will. Mit dem erstmal so, sage ich mal, das Feinfühligkeits, und dann fragen die Patienten sowieso: „Was kann ich noch tun, damit es mir besser geht?“ Und dann kommt natürlich, sage ich mal, dieser Übersprung, wo es dann, sage ich mal, „klick macht“ und gesagt wird: „Passen Sie mal auf, hier gibt's gerade eine ziemlich gute Sache, so und so können Sie auch Schritte sammeln. Hier haben Sie den Leitfaden!“ Und das nehmen die auch an. Also es ist jetzt nicht so, dass die sagen: „Hm, das finde ich aber jetzt doof.“ Sondern sie haben es angenommen, sie haben gesagt: „Hey, das ist mal eine gute Sache. Machen wir!“

Moderator: Okay, also du hast zugesagen den richtigen Moment abgewartet, wenn ich es richtig verstanden hab, und das Nachfragen der Patientinnen und Patienten genutzt, um das dann anzubringen.

PT: Genau, richtig.

Moderator: Okay, und im Prinzip hast du ja jetzt auch schon gesagt, also die zweite Frage beantwortet, wie die Patientinnen und Patienten darauf reagiert haben. Wie schätzt du denn die Verständlichkeit ein und die Nachvollziehbarkeit für die Patient:innen?

PT: Schätze ich im Gesamten schon sehr gut ein und auch, ja, also gut und hoch, dass die für sich selber merken: „Hey...“, hatte ich ja schon vorhin gesagt oder ähm, im Allgemeinen her, es ist, es sind vom Leitfaden her sehr verständlich und für die Patienten ja selber auch noch mal ein Ansporn, weil letztendlich, die wollen. Die wollen

was tun, die wollen wieder gesund werden, die wollen wieder fit werden, und da ist einfach dann auch immer dann die Nachfrage bei denen groß: „Was kann ich noch tun? Was kann ich machen?“ Und dann nutzt man natürlich auch jedes mögliche Mittel, sage ich mal, unter anderem deine Arbeit, deinen Leitfaden, den man denen mit an die Hand gibt und sagt: „Hier, schauen Sie sich das doch mal bitte an. Nehmen Sie sich doch mal die Zeit. Hier, über die und die Sachen können Sie Ihre Schritte zählen lassen und das eingeben“, und dann, ja, ist das in dem Sinne ja auch für die Patienten mit ein Selbstläufer, wo die, wo die mit dranbleiben können und wo die dann merken so: „Hey, super! Ich hab´ heute meine, ich sage jetzt mal, 5000 Schritte getan. Ich hab´, ich hab´ für mich und meine Gesundheit oder vom Gesamten her, um wieder fit zu werden, meinen Soll gemacht.“

Moderator: Okay, du sagst, die Patienten wollen. Ist das, also ja, gibt es da Unterschiede bei den Patienten oder wie nimmst du das wahr? Sind die eigentlich grundsätzlich offen für eben solche Veränderungen?

PT: Also im Gesamten her sind die immer offen für Veränderungen. Also wenn ich das jetzt vergleiche mit den letzten Wochen. Es gab keinen Patienten, der mich nicht, nicht gefragt hat, was er noch alles tun kann, und ich immer gesagt hab: „Hier, das und das können Sie wirklich machen. Versuchen Sie da so ein bisschen mit dranzubleiben oder versuchen Sie auch mal wirklich in Ruhe.“ Gerade auch bei Hüftpatienten sage ich das immer wieder des Öfteren. Die, die sagen: „Ja, ich gehe noch nicht so richtig.“ Dass man dann sagt: „Ja, das Gangbild, das kann man nur verbessern, aber Sie können auch im Gesamten her immer wieder was für sich tun, indem Sie einfach die, ich sage mal, Zeit für sich nehmen und dann auch dann rausgehen und die Schritte sammeln.“

Moderator: Und, ehm, was würdest du denken, wie sich das auf die Compliance auswirkt?

PT: Gut. Also von der Compliance her würde ich sagen, dass die Patienten da eine sehr gute Gesamtcompliance haben und auch verstehen und im Gesamten mitmachen wollen. Also sie sind jetzt diesbezüglich nicht irgendwo, irgendwie in einer Art und Weise, sag ich mal, abwertend, dass sie sagen: „Jetzt muss ich ja auch noch dreimal um den Block rennen.“ Nee, die sagen: „Gut, ich mach mit!“

Moderator: Okay. Ähm, dann kommen wir schon zum zweiten Themen- oder Fragenblock, sozusagen. Sind denn irgendwo in der Anwendung Schwierigkeiten aufgetreten? Irgendwas, was nicht so gut gelaufen ist? Das hätte besser laufen können und wenn ja, was war das? Wie hast du das empfunden?

PT: Mhm, also im Gesamten her ist das von der Schwierigkeit gar nicht mal so schwer für die Patienten. Ich würde mal sagen, klar, für die ganz, ganz alte Generation, würde ich sagen, ist das eventuell schwer, die Schritte, sag ich mal, in dem Moment, auf gut Deutsch, die Schritte zu verfolgen oder zu tracken, einzugeben im Internet. Das ist vielleicht für die noch ein bisschen schwer, aber tatsächlich habe ich auch wirklich - und da ziehe ich auch den Hut vor - den ein oder anderen älteren Patienten, der sagt: „Hören Sie mal, ich hab´ hier mein Smartphone. Ich kann den QR-Code scannen, wo Sie den Flyer mitgegeben haben. Das ist kein Thema!“ Und da merkt man auch schon wieder sehr gut, die Leute, die sind auch mit dabei, mit in der Entwicklung, und das ist dann natürlich auch eine gute Sache.

Moderator: Okay. Das heißt, da sind jetzt so für dich keine großen Hürden irgendwie aufgekommen in der Anwendung?

PT: Nee, gar nicht.

Moderator: Okay. Also würdest du sagen, gibt es was, irgendwie, hast du eine Idee, wie die Anwendung für dich noch besser hätte sein können?

PT: Nee, im Großen und Ganzen finde ich das sehr gut gemacht.

Moderator: Okay. Die Hilfsmaterialien, bist du damit zurechtgekommen oder hättest du weitere Hilfsmaterialien dir gewünscht?

PT: Von den gesamten Hilfsmaterial her ist das ziemlich gut. Gut verständlich, sei es jetzt der Flyer oder sei es andere Arten und Weisen, wo man, ja, sich da ein bisschen, sage ich mal, mehr mit beschäftigt. Da kommen die Leute dann auch gut mit zurecht und dann würde ich jetzt sagen, braucht man nichts Weiteres, um dann noch mehr zu geben, weil es ist schon, also meiner Meinung nach ist es schon sehr gut und genug, um damit gut zurechtzukommen, auf jeden Fall.

Moderator: Okay, dann sind wir schon bei Punkt drei, dem Ausblick. Was spricht für dich für eine weitere Anwendung des Leitfadens und was gegebenenfalls dagegen?

PT: Also für mich spricht für das weitere Anwenden des Leitfadens, also ich würde sagen, schon eine sehr große Menge, aufgrund, weil man damit ja auch immer Leute anspornen kann, auch da dementsprechend für sich auch mitzuwirken und gerade auch so mit zu bewegen, Schritte zu sammeln, Schritte zu machen. Und das finde ich auch sehr gut und auch wichtig, den Leuten mitzugeben, auch den Patienten, sei's jetzt jung oder alt, ist es für jeden wichtig. Und deswegen bin ich da sehr, sehr guter Dinge, das auch weiterhin auch anzuleiten, das sogar auch im Gesamten her immer wieder als, ja, in der Gesamtpraxis, sag ich mal, auch so mitzugeben und zu sagen so: „Hey Leute, wir haben diese Art von Leitfaden hier vor uns liegen, den kann jeder Therapeut, und wir alle können den an unsere Patienten weitergeben. Und das ist eine super Sache!“ Also wirklich, das ist, ja, also es gibt für mich auch kein Problem, was dagegensprechen würde. Für mich spricht eigentlich deutlich und zu 100 % nur dafür.

Moderator: Okay. Was würdest du schätzen, wie hoch ist die Wahr- oder wie schätzt du die Wahrscheinlichkeit ein, dass du den Leitfaden vielleicht auch Kolleginnen oder Kollegen empfiehlst?

PT: Ja, also da definitiv dem ganzen Praxisteam.

Moderator: Okay. Ja, alles klar, dann sind wir schon fertig. Ich bedanke mich. Ich stoppe dann die Aufnahme. Vielen Dank!

## **Transkript Sitzung 2 (Ersatzbeitrag für Fokusgruppensitzung 2), Interview FA Urologie, Rehabilitations- und Sozialmedizin (m) vom 10.01.2024**

Moderator: Julius Vogel (Doktorand)

Interviewpartner: FA Urologie, nachfolgend „U“ genannt; niedergelassen, männlich

Moderator: Also, du hast es ja jetzt nicht vor dir, deswegen gebe ich dir mal kurz noch einen Überblick. Es gibt drei Frageblöcke sozusagen, wobei das jetzt mehr klingt, als es ist und im ersten Block geht es um die Nutzung des Gesprächsleitfadens und zwar quasi die Frage jetzt rückblickend, wie würdest du die Anwendung des Leitfadens in deinem Alltag einschätzen?

U: Für mich in der Praxis schwierig, weil, trotz mittlerweile optimierter Gesprächsführung, ein gutes Gespräch muss nicht lange sein, ist immer meine Rede, ist das sehr, sehr schwierig. Ne, also das ist für mich immer der Zeitfaktor.

Moderator: Ja.

U: Und das ist immer das große Problem. In der Reha, wenn ich in der Reha arbeite, habe ich dort sehr viel mehr Zeit. In der Reha war das also deutlich leichter.

Moderator: Ja.

U: Und der Zugang zum Patienten, also jetzt bezüglich Sport und so weiter, das ist auch dort deutlich einfacher, weil die Patienten das ja dort schon machen.

Moderator: Ja.

U: Ne? Und die merken eben halt die positiven Effekte der Sache und da brauchst du dann auch gar nicht viel großartig zu reden.

Moderator: Mhm.

U: Ne, weil wir das eben halt sehen, das ist dieses, was da auch letztes Mal gesagt wurde, dieses „körpernah“ und „körperfern“. Das merkst du eben halt schon.

Moderator: Ja.

U: Und klar, man weist darauf hin, aber man hat in der Praxis halt eher so den Eindruck, da kommst du nicht so richtig ran an die Leute.

Moderator: Ja.

U: Und da hat mir so der Gesprächsleitfaden nicht so wahnsinnig viel geholfen, sag ich mal.

U: Wobei ich natürlich schon über die Jahre hinweg versucht habe, meine Gesprächsführung zu optimieren, auch mit Hilfe.

Moderator: Ah, okay.

U: Ja, Kommunikationsfortbildung, wenn es Fortbildungen gab zur Kommunikation oder so, oder so, auf Kongressen oder so, immer eine hervorragende Sache, die man machen sollte.

Moderator: Ja.

U: Ja, also zum Beispiel: Was ist das Wichtigste, wenn du einem Patienten mitteilen musst, dass er Krebs hat? Was meinst du?

Moderator: Ich finde dabei mehrere Punkte ziemlich wichtig.

U: Was ist das aller Wichtigste?

Moderator: Das Wichtigste ist, finde ich, nach der Diagnoseübermittlung den Patienten Raum zu geben, das erst mal sacken zu lassen und dann entsprechend auf die Gefühle und Emotionen einzugehen.

U: Das Wichtigste in der Situation ist, dem Patienten zu sagen: „Ich bin für dich da, wir machen das gemeinsam.“ Das, diese Sache zu vermitteln, das ist total wichtig. Weil die stehen vor einem Berge, bei dem sie nicht wissen, wie sie den bewältigen sollen, ja?

Moderator: Ja.

U: Wenn du denen das sagst, das sind immer meine ersten Sätze, wenn die Diagnose kommt. Mitteilen, sie haben Blasenkrebs, ja?

Moderator: Mhm.

U: Und dann zeige ich denen das, wie es aussieht und so weiter, wir machen das gemeinsam. „Wir ziehen das gemeinsam durch.“

Moderator: Mhm.

U: Und ich werde mir Mühe geben. Das ist so das Wichtigste, im Endeffekt, ne? Also das ist zum Beispiel so eine Sache, das habe ich gelernt in einer Kommunikationsfortbildung, ne? Dass das so einer der wichtigsten Punkte ist, ne?

Moderator: Ja.

U: Und dementsprechend sind natürlich meine Gesprächsführungen in der Praxis optimiert und vor allen Dingen die Zeitfrage ist da natürlich immer so eine Sache, ne? Und das mit dem Sport, das ist primär so in der Reha. Da habe ich den Zugang dann deutlich leichter, weil die das eben schon machen. Die sind schon dabei.

Moderator: Mhmhm. Und Zugang ist ja das eine Thema, jetzt sagtest du auch Zeit, das ist eine Schwierigkeit in der Praxis. Inwiefern unterscheidet sich denn das, die zeitliche Kapazität in der Reha von den Praxisabläufen? Hast du da deutlich mehr Zeit?

U: In der Reha habe ich im Endeffekt Zeit. Also wenn ich jetzt zum Beispiel Zwischenuntersuchungen habe bei den Patienten, habe ich mindestens eine Viertelstunde Zeit.

Moderator: Ahja, okay.

U: Bei der Abschlussuntersuchung, also Aufnahmeuntersuchung ist zum Beispiel eine Stunde. Dann die Zwischenuntersuchung, die erste ist dann eine Viertelstunde, die zweite ist eine halbe Stunde und das Entlassungsgespräch ist nochmal eine Stunde. Da habe ich natürlich unglaublich viel Zeit. Klar, dann muss ich noch den Brief fertig

machen und so weiter, dann habe ich vielleicht effektiv beim Entlassungsgespräch eine halbe Stunde.

Aber da hab´ ich dann entsprechend auch die Zeit für solche Themen. Das ist ja immer Standard, ne? Nachsorge wird besprochen und dann eben halt die Fakten, wie: Was kann ich als Patient machen, ne? Was kann ich tun, um meine Krebserkrankung aus der Lebensgleichung zu schließen? Und dann kommen so Sachen wie Sport, etc...  
Bewegen, Ausdauersport, da gibt's zum Beispiel eine Meta-Analyse aus Skandinavien bezüglich Prostata-Karzinomen, dass die Patienten, die drei Stunden Ausdauersport machen, dann eine deutlich reduzierte Wahrscheinlichkeit haben, an ihrem Prostatakarzinom eben zu versterben.

Moderator: Okay.

U: Und ich kann ihnen dann eben auch direkt Angebote machen, ne? Also die z.B. von der Rente gegeben werden. Also eben Rehasport bei Rentnern oder IRENA eben bei Angestellten, die arbeiten. Dann gibt es noch eine urologische Trainingstherapie, musst du dir jetzt vorstellen, wie Muckibude unter ärztlicher Anleitung bzw. ärztlicher Betreuung. Da hab´ ich einfach mehr die Zeit, ne? Das muss ich ganz klar sagen. Und da ist das auch drin, ne?

Moderator: Okay. Und wie ist da die Betreuung? Du bist ja nicht jeden Tag da, aber prinzipiell ist da dann jeden Tag, sind die Patienten und Patientinnen da ärztlich betreut?

U: Ja, richtig, genau. Also jetzt im Rahmen der Reha oder so, da sind die Patienten, ja, also ich sage mal, dann kriegen die ein Aufnahmegespräch von mir verpasst und dann, ehm, haben wir Seminare, da geht es jetzt zum Beispiel um Prostatakarzinome oder Erektionsstörungen, das ist ganz typisch nach radikaler Prostatektomie, ne? Das sind halt Seminare und dann werden sie eben halt betreut. Und dann sehe ich sie in der Zwischenuntersuchung und da besprechen wir dann alles, was zu besprechen ist, ne? Und da ist dann eben der Vorteil, ich habe da eine unendliche Zeit, was ich ja sonst in der Praxis gar nicht habe. Also eine Viertelstunde für einen Patienten in der Praxis, das ist ja unvorstellbar. Das kannst du ja total vergessen. Das kriegst du ja eigentlich nie. Also das ist ja völliger Wahnsinn.

Moderator: Ja, ja. Also das heißt, was würdest du sagen, dann im Praxisalltag ist das Thema generell dann auch nicht so drin, sag ich mal, thematisiert zu werden?

U: Nein!

Moderator: Ja, okay.

U: Das ist da gar nicht so drin. Das ist mir jetzt auch nochmal in der Zeit so ein bisschen bewusster geworden, ne? Dass das Thema in der Praxis echt schwierig ist, ja?

Moderator: Mhm.

U: Weil ja, der Patient spielt nicht mehr so die Rolle und du kannst das teilweise gar nicht leisten, was du eigentlich hättest leisten müssen. Ich weiß nicht, wie deine Erfahrungen sind, du hast ja schließlich auch ambulant mal gearbeitet. Hast du da immer die Zeit gehabt, alles zu besprechen oder hast du dir die Zeit einfach genommen?

(Moderator: Also ich sag mal, ich glaube in der Hausarztpraxis bei uns jetzt war, waren die Zeiten verhältnismäßig noch großzügig kalkuliert und trotzdem hat sie in der Regel würde ich sagen, war die Zeit bei 90 % der Patienten zu knapp. Ehm, d.h. da, wo ich gedacht hab okay, das ist jetzt echt wichtig, hier führt kein Weg dran vorbei, die Zeit musst du dir nehmen, hab ich's gemacht, aber ansonsten, um irgendwie die Anzahl an Patienten auch eben alle behandeln zu können, ja, muss man sich natürlich zumindest, ja, an den Rahmen irgendwo halten. Und da würde ich auch sagen, dass solche Themen, solche optionalen Themen sicherlich schwierig unterzubringen sind.)

U: Ja, das ist, denke ich mal, das Hauptproblem, was ich sehe.

Moderator: Ja.

U: Der Aspekt Sport zu treiben, ist halt total wichtig, ne? Und das ist ein ganz wichtiges Thema, da müssen wir gar nicht drüber reden, ja!? Aber es lässt sich im heutigen ärztlichen Alltag kaum umsetzen.

Moderator: Nee, und das, was schade ist, finde ich, ist eben auch dass es keine, keinerlei Möglichkeit gibt, so eine Art von Gespräch oder, oder generell eben präventive Themen auch irgendwie abzurechnen. Das ist ja alles, wird nicht abgebildet in dem System.

U: Nee. Das geht ja gar nicht. Aber du weißt, wir sind ja alle geldgeil und verdienen ja laut Lauterbach unglaubliche Summen, ne? Also er hat ja diese 239.000 € da kundgetan.

Moderator: Da bin ich noch gar nicht informiert.

U: Ja, ja, die meisten fragen sich dann, okay, dann muss ich meinen Steuerberater mal fragen, wo denn das Geld bleibt. Das ist halt eben so das Problem. Und eh, ja, was willst du machen? Also auch, wenn du jetzt zum Beinspiel siehst, jetzt, dieses Treffen, was Lauterbach hatte mit den Hausärzten, ne? Die niedergelassenen Fachärzte waren nicht dabei.

Moderator: Ah, okay.

U: Ja, da wird wieder so ein kleiner Keil zwischen die Ärzteschaft getrieben. Ja, und die Hausärzte sollen entbudgetiert werden, ne?

Moderator: Oh.

U: Bei den Fachärzten ist da nicht die Rede von. Man muss natürlich auch mal davon ab sehen, inwieweit die Hausärzte auch tatsächlich entbudgetiert werden. Das wird in vielen Praxen nichts bringen, weil die ihr Budget sowieso nicht vollkriegen.

Moderator: Ja.

U: Ja und das ist eben halt das Problem, ne? Es wird da versucht, die Ärzteschaft auseinander zu dividieren und da bekanntermaßen die eine Fachgruppe der anderen Fachgruppe den Dreck unter dem Fingernagel nicht gönnt, ist das auch sehr wahrscheinlich, dass das genau so auch wieder passieren wird. Die da wieder Uneinigkeit reinkriegen und das ist natürlich dann für Lauterbach auch eh ideal. Politisch ideal, aber so ist das nun mal.

Moderator: Okay.

U: Also, können wir festhalten, in der Praxis war das für mich eher schwierig umzusetzen, in der Reha war das, ist das, ja im Endeffekt alltäglich, also es ist da alltäglicher Usus, da gehört das schon rein. Da ist man ja dann dicht dran.

Moderator: D.h. würdest du sagen, würdest du sagen, die 15 Minuten, die hattest du ja angesprochen in der Reha, ne? Würdest du sagen, das ist ein Zeitrahmen, in dem das möglich wäre oder wie würde deiner Meinung...?

U: Ja! Ja! Das ist für mich okay.

Moderator: Also das wäre realistisch, okay.

U: Das ist für mich realistisch, 10 Minuten, 15 Minuten, da kann man das leisten. Aber das ist eben halt ein Zeitfenster, was du in der Praxis gar nicht liefern kannst.

Moderator: Ja, ja. Okay. Und wie haben denn die Patientinnen und Patienten in der Reha dann da drauf oder auch in der Praxis, wenn es denn überhaupt in der Praxis funktioniert hat, wie haben da die Patientinnen und Patientin reagiert?

U: Ja, grundsätzlich sind solche Angebote, ja, die sind mit Interesse, also jetzt das Thema „10.000 Schritte Düsseldorf“, das ist mit Interesse aufgenommen worden.

Moderator: Mhm.

U: Das war so: „Ey, super!“, also gerade von Leuten, die sowieso schon sich mit Sport beschäftigen, ja!? In dem alltäglichen Leben ist das positiv wahrgenommen worden und die haben Flyer auch mitgenommen und wollten dann auch mal gucken. Und dann gibt's eben halt die Leute, die mit Sport nichts am Hut haben und da kommst du auch mit irgendwelchen Angeboten auch nicht großartig weiter.

Moderator: Okay.

U (zitiert Patient:innen): „Nää, dat is nix für mich, dat will ich nit.“

Moderator: Okay. Okay. Und würdest du denn sagen von der Verständlichkeit oder Nachvollziehbarkeit des Programms und des Leitfadens war das so in Ordnung für die Patientinnen und Patienten?

U: Ja, das war gut.

Moderator: Okay, super. Dann sind wir quasi mit dem ersten Block schon durch und kämen so zur zweiten Fragekategorie. Gibt es Dinge jetzt rückblickend, wo du sagen würdest, die hätten, was den Leitfaden angeht, besser sein können? Es hätte dir die Anwendbarkeit erleichtert oder sind generell Schwierigkeiten aufgetreten, abgesehen jetzt von der Zeit, die du ja schon angesprochen hast?

U: Nee. Für mich war das größte Problem der Zeitfaktor. Und das kann auch ein Leitfaden... Klar, kann ein Leitfaden die Kommunikation effizienter gestalten, ja!? Ein gutes Gespräch muss nicht 10 Minuten dauern, sondern kann auch schneller gehen, ja!? Und darüber kannst du eben halt dann auch das Gespräch optimieren, ja!? Aber trotz alledem, ist der Faktor Zeit eben halt eine absolute, ist eben halt das Kriterium. Das schaffst du in der Praxis einfach nicht. Das ist das Problem. Ich sage mal für einen Neuen, für einen jungen Kollegen ist sowas mit Sicherheit sehr gut, ja!? Der noch an seiner Kommunikation arbeiten will. Das wirst du auch noch oft genug feststellen, dass

manche Kollegen Kommunikation, ja, da erhebliche Probleme mit haben, drücken wir es mal so, freundlich, aus, ne?

Und das ist auch wirklich meiner Ansicht nach einer der wichtigsten Punkte. Wir haben das zum Beispiel in meiner Studienzeit, da war so Arzt-Patienten-Kommunikation stand überhaupt nirgendwo im Fokus. Weiß nicht, wie es bei dir ist? Wie das bei dir gelaufen ist? Ob das wichtiger geworden ist, das Thema?

Moderator: Extrem!

U: ja, das ist dann gut. Die Frage ist, ob das dann auch entsprechend umgesetzt wird, ne? Ich erinnere mich immer noch an einen jungen Neuroonkologen, der reinkam und sagte: „Ja, also ihre Frau wird bald sterben.“ So zur Begrüßung, ja? Begrüßungssatz. Wie findest du das? Kommunikativ richtig? Wohl kaum.

Moderator: Das ist ´ne Katastrophe.

U: Ja, das ist eine völlige Katastrophe. Und dann hatte der Junge unangenehme 10 Minuten mit mir. Das Schöne war, dass sein Chef das mitbekommen hat. Das war der neurochirurgische Chef von der Uni. Mittlerweile ist der emeritiert, aber der lachte hinter mir nur. Der wusste, dass ich Kollege bin und der war hinter mir nur am Lachen. Nach dem Motto, alles klar, haste gut gemacht, hat der gebraucht. Deshalb frage ich mich. Deshalb war das jetzt meine Frage, inwieweit das heutzutage noch ´ne Rolle spielt oder ob das mehr geworden ist.

Moderator: Ja, das hat sich sehr geändert und ist wirklich, also, wird wirklich in, in dem Studium, zumindest auch in Düsseldorf, ich weiß ja nicht, wie es in anderen Unis ist, rauf und runter exerziert. Mit weiß ich nicht wie vielen Gesprächssimulationen und allem Drum und Dran. Aber definitiv eine gute Sache.

U: Ja, nee, das auf jeden Fall! Und wie gesagt, ein gutes Gespräch muss keine 20 Minuten oder 10 Minuten dauern, sondern kann eben auch schneller gehen.

Moderator: Okay. Und d.h. Leitfaden war so für dich an sich okay. Wie war's mit den Unterstützungsmaterialien, die Flyer, Sticker? Hättest du dir...

U: Also die habe ich ja teilweise rausgegeben, ne? Wo ich nicht weiß, ob die lange überlebt haben. Das ist halt immer das Problem. Ja, klar, Flyer, Unterstützungsmaterial finde ich immer super, ja? Wenn du den Leuten was in die Hand drücken kannst. Das ist immer gut, ja? Gerade, wenn du irgendwas erzählt hast, was dann in schriftlicher Form dann nochmal den Patienten in die Hand drücken kannst, das ist immer ´ne super Sache. Finde ich total gut. Stehe ich total drauf, ja? Also gerade jetzt zum Beispiel auch bei Erkrankungen, bei Krebserkrankungen. Von deutschen Krebsgesellschaft gibt es ja zu fast jeder Krebserkrankung dann auch ein entsprechendes Heftchen, ja? Super!  
Oder auch dann, sage ich mal, zu Inkontinenz gibt es jetzt auch dann relativ viel Material und das ist immer gut.

Moderator: Und würdest du sagen, da hat noch irgendwas gefehlt? Irgendwas, was anders hätte sein sollen oder hätte sein können?

U: Nee. In der Kürze liegt die Würze.

Moderator: Okay.

U: Ne, das ist ja immer der Punkt. Wenn du anfängst, einen Flyer sehr aufzublasen, ja, dann sinkt die Bereitschaft a) das Ding durchzulesen und b) eben halt sich, ja, die... was wollte ich sagen? Die... wie soll ich das ausdrücken? Also einmal die Bereitschaft, sich das durchzulesen bzw. das, was vermittelt werden soll, dass das auch tatsächlich wahrgenommen wird. Weil die Aufmerksamkeit lässt nach.

Moderator: Mhm.

U: Die ersten paar Sätze liest du vielleicht dann noch aufmerksam und dann wird's ein bisschen langweiliger und langweiliger und irgendwann überfliegen die nur noch. Also in der Kürze liegt die Würze.

Moderator: Okay, gut. Ich sag mal jetzt abgesehen davon, die Flyer zu ändern, gab es irgendwas, wo du sagst, es wäre noch anderes Material sinnvoll?

U: Nee, ist ausreichend. Hab´ ich mich jetzt auch ehrlich gesagt, nicht so wahnsinnig mit beschäftigt.

Moderator: Okay, okay.

U: Da müsste ich mich nochmal da hineinversetzen.

Moderator: Okay.

U: Ich habe jetzt nur keinen hier, deswegen kann ich dir das jetzt nicht sagen.

Moderator: Ja. Dann kommen wir zum Punkt, dem Ausblick. Würdest du sagen, also wahrscheinlich man kann es ja jetzt schon so ein bisschen raushören - Wahrscheinlichkeit weiterer Anwendung. Was spricht dafür, was spricht dagegen?

U: Für mich in der Praxis, wie gesagt, der Zeitfaktor. Das ist das große Problem. Grundsätzlich finde ich sowas super und, ja, wenn man dann dazu dann das entsprechende Unterstützungsmaterial kriegt, das man eben auch mal ohne viel Zeitaufwand verteilen kann, ist das sicher keine schlechte Sache. Also so Flyer, Hefte, etc. finde ich immer gut. Was man auch mal so ins Wartezimmer auslegen kann. Und dann fragen sie entsprechend den Arzt dann. Also sowas in der Art, das finde ich schon ganz gut.

Moderator: Okay, ja gut. Dann sind wir durch mit den Fragen. Ich stopp die Aufnahme dann wieder. Vielleicht als letzte Frage noch dann: Wahrscheinlichkeit einer Empfehlung der Nutzung eines Leitfadens für körperliche Aktivität für Kollegen oder Kolleginnen?

U: Ja, für junge Kollegen auf jeden Fall!

Moderator: Also würdest du sagen, eben Kollegen und Kolleginnen, die noch nicht die Erfahrung sammeln konnten, noch nicht die Fortbildung gemacht haben, okay. Alles klar, dann sind wir fertig. Vielen Dank!

## **Schriftlicher Beitrag zu den Fragen der Fokusgruppensitzung 2, Sporttherapeut (m) (Ersatzbeitrag für Fokusgruppensitzung 2)**

Autor: Sporttherapeut, männlich

### **Nutzung des Gesprächsleitfadens**

- Rückblickend auf die vergangene Zeit, in der Sie den Leitfaden angewendet und auf das Programm „10.000 Schritte Düsseldorf“ aufmerksam gemacht haben, wie beurteilen Sie jetzt die Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens für den Gebrauch im therapeutischen Alltag, um Patient:innen das Thema Bewegung und das o.g. Programm näher zu bringen?
- Wie haben Ihre Patient:innen auf die Thematisierung von regelmäßiger körperlicher Aktivität mithilfe des Leitfadens und dem Programm „10.000 Schritte Düsseldorf“ reagiert?
- Wie hoch schätzen Sie die Akzeptanz und den Nutzen der Empfehlungen bei Ihren Patient:innen ein?
- Wie schätzen Sie die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Gesprächsleitfadens für die Patient:innen ein?

Rückblickend auf den Gesprächsleitfaden habe ich die Erfahrung gemacht, dass dieser gut umsetzbar ist. Die Gespräche laufen schnell und flüssig ab.

Die Thematisierung von regelmäßigem Training mit Hilfe des Gesprächsleitfadens wurde von den angesprochenen Kunden/ Patienten meist als überflüssig angesehen, da diese sehr aktiv in Ihrem Alltag Bewegung umsetzten. Hinzu kommt, dass die Aktion für uns und die Kunden/Patienten zu spät thematisiert wurde, um ein großes Projekt daraus zu machen. Hier wäre die Kommunikation der Aktion zu Jahresbeginn besser gewesen.

### **Mögliche Adaptationen in der Zukunft**

- Wie hätte die Anwendung des Gesprächsleitfadens für Sie besser sein können?
  - Welche Schwierigkeiten sind bei der Anwendung ggf. aufgetreten?
- Wie sollte Ihrer Meinung nach der „ideale Leitfaden“ aussehen, um das Programm „10.000 Schritte Düsseldorf“ mit der entsprechenden Homepage und das Thema regelmäßige körperliche Aktivität generell für die Patient:innen interessant darzustellen?
- Welche (Hilfs-)Materialien würden Sie sich bei einer erneuten Anwendung wünschen?

Ein Projekt, welches sich über einen längeren Zeitraum erstreckt (6-12 Monate). Hierbei wäre auch die Sinnhaftigkeit für die Kunden/Patienten bei der Datenerhebung in der App positiv angenommen worden. Viele äußerten sich, dass Sie diese Aktion gerne zu Beginn begleitet hätten.

Die Anmeldung und der Umgang mit der Homepage stellten sich für die meisten Teilnehmer als schwierig dar.

## Ausblick

- Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie den Leitfaden so oder in angepasster Form weiterhin einsetzen werden bzw. Gespräche zu den Themen „10.000 Schritte Düsseldorf“ oder „regelmäßige körperliche Aktivität“ (allgemein) in ähnlicher Art und Weise mit Patient:innen führen werden?
  - Was spricht ggf. dagegen?
  - Was spricht dafür?
- Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Kolleg:innen empfehlen würden, einen Leitfaden zum Thema körperliche Aktivität so oder so ähnlich zu nutzen, um das Thema in Ihrer Praxis zu adressieren?

Die Thematik Bewegung im Alltag zu integrieren ist bei uns schon sehr stark gefestigt, daher gehe ich davon aus, dass wir den Leitfaden nicht stark nutzen werden.

Einen Gesprächsleitfaden bzw. ein Infoblatt zum Thema Bewegung im Alltag halten wir für sinnvoll.

Hier besteht auch die Möglichkeit einen für unsere Patienten zu entwickeln.

## **Schriftlicher Beitrag zu Fragen der Fokusgruppensitzung 2, Physiotherapeut (m) (Ersatzbeitrag für Fokusgruppensitzung 2)**

Autor: Physiotherapeut / Sporttherapeut, männlich

### 1. Nutzung des Gesprächsleitfadens

- sehr gut anwendbar, ggf. Freiheit in der Reihenfolge der A's im Sinne dessen, dass am Ende des Gesprächs alle A's erfragt werden sollten, aber die anamnestic Freiheit des Therapeuten besteht, von der festgelegten Reihenfolge abzuweichen und ggf. auch die Aktivität (z.B. Schritte) freier auswählen zu dürfen. Dies bezieht sich vor allem auf die individuelle Umsetzbarkeit des Patienten/Klienten.
- gleichzeitig kam der Fragebogen gut, nachvollziehbar und verständlich an, wobei wie gesagt die 10.000 Schritte gelegentlich abgewandelt werden mussten, um individueller auf die Vorlieben des Patienten einzugehen.
- alles in allem wurde aber sowohl der Gesprächsleitfaden als auch das Projekt „10.000 Schritte“ gut aufgenommen und meines Wissens auch umgesetzt. Gelegentliches „Entsetzen“ über die Anzahl 10.000 konnte durch eine Umwandlung in zeitliche Komponenten (beispielsweise 3x30Min. am Tag) behoben werden.

### 2. Adaptionen in der Zukunft

- wie oben schon beschrieben, die Individualisierung der physischen Aktivität ist von Patient zu Patient wahrscheinlich des öfteren zu tauschen. Z.B. vom Gehen/Schritte zu Fahrrad Fahren/Zeiteinheit
- generell könnte die Anpassung von 10.000 Schritte auf 3x30 Minuten Gehen eine kleinere Hürde sein aufgrund der niedrigeren Zahl.
- ich würde den Leitfaden an sich gar nicht so ändern. Ggf. nur mit Hilfe eines Diagramms verschiedene Umrechnungen von 10.000 Schritte erkennbar darstellen. Des Weiteren sollte könnte man noch damit werben, was das alles für evidenzbasierte Vorteile bringt (z.B. kardiovaskuläre Anpassungen etc.)

3. ich werde diese Art von Gesprächsleitfaden weiterhin nutzen. Diese Testphase hat gezeigt, wie wichtig so eine Edukation von Inhalten/Aktivität ist und der Leitfaden scheint ein hervorragendes Hilfsmittel dafür zu sein, wie man dem Ziel so näher kommen kann.

Dementsprechend würde ich den Leitfaden natürlich auch weiterempfehlen.

Das einzige, was dagegen\* sprechen würde, ist die festgelegte Reihenfolge der A', die würde ich nach Belieben und Individualität anpassen/ordnen.

**Anhang 6.9: Zusammenfassungen der Haupt-, Sub- und Sub-Subkategorien in tabellarischer Form**

**Fokusgruppensitzung 1**

| <b>Datengrundlage</b>            | <b>Haltung zur Empfehlung bzw. Verordnung von körperlicher Aktivität</b>  |
|----------------------------------|---|
| <b>Gr. A</b>                     | Körperliche Aktivität (KA) und die Empfehlung von KA werden als wichtig erachtet und stellen wichtige Behandlungssäulen dar.  |
| <b>Gr. B</b>                     | Bei allen teilnehmenden Vertreter:innen der verschiedenen Berufsgruppen herrscht Einigkeit über die Relevanz des Themas Bewegung allgemein. Krankheitsaufklärungen im Rahmen von Anschlussheilbehandlungen, Gespräche im Rahmen einer schwerwiegenden Diagnoseübermittlung und Konsultationen im Kontext von Disease-Management-Programmen werden als geeignete Szenarien angeführt, die sich gut für die Übermittlung solcher Empfehlungen zu eignen.<br>Gut zur Empfehlung von KA beitragen können Healthcare Professionals (HCPs) aus Sicht der Studienteilnehmenden insbesondere mit einer ausführlichen Grundaufklärung und Sensibilisierung von Patient:innen in Bezug auf ein allgemein adäquates Gesundheitsverhalten sowie für spezifische Krankheiten und bestimmte, gängige Präventionsverfahren, wie bspw. Krankengymnastik. Empfehlungen sollten möglichst konkret und praxisnah sein. Auch wird die Wichtigkeit betont, die Selbstwirksamkeitserwartung und Eigenverantwortlichkeit der Patient:innen zu stärken sowie die individuelle Sinnhaftigkeit herauszustellen. |
| <b>Interview Physiotherapeut</b> | KA wird als wichtiges und hilfreiches Thema gesehen, welches gerne und häufig mit Patient:innen besprochen wird.<br>Da Patient:innen häufig eine hohe Eigeninitiative hinsichtlich KA zeigen und das Thema von sich aus ansprechen, können Bewegungsempfehlungen aus Sicht des Therapeuten einfach in den entstehenden Dialog mit den Patient:innen eingebunden werden.   |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Interview Hausarzt</b>        | Ärzt:innen sollten aus Sicht des Hausarztes idealerweise häufig KA empfehlen. Besonders DMP-Konsultationen werden als geeignet für die Empfehlung von KA hervorgehoben, da man hier bedeutende Zielgruppen erreichen kann (Patient:innen mit Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit (KHK), etc.) und sich Bewegungsempfehlungen auch zeitlich besser (als in regulären Konsultationen) integrieren lassen.   |
|                                  | <b>Derzeitige Situation hinsichtlich der Empfehlung und Verordnung von körperlicher Aktivität in den Einrichtungen</b>   |
| <b>Gr. A</b>                     | Sowohl Physiotherapeut:innen als auch die diabetologische Ärztin integrieren regelmäßig KA in ihre Therapieempfehlungen. Die genaue Quantifizierung der Aktivität ist in der Diabetologie entscheidend, da sie das biologisch-metabolische Ergebnis der Patient:innen maßgeblich beeinflusst. Daher wird die Aktivität systematisch in Anamnesebögen zu Beginn und quartalsweise erfasst. Auch die psychiatrische Ärztin nutzt Bewegungsanweisungen häufiger im Behandlungsverlauf. Vereinzelt kommen Hilfsmittel wie Plakate und Schrittzähler zum Einsatz.   |
| <b>Gr. B</b>                     | Körperliche Aktivität wird vor allem bei indikationsbezogenen Beschwerden, wie etwa Problemen im Bereich der Lendenwirbelsäule, thematisiert. Empfehlungen zu KA erfolgen meist unspezifisch und ohne konkrete Handlungsempfehlungen oder Anschlussmöglichkeiten. Verwendete Hilfsmittel beschränken sich auf standardisierte Blätter mit Rückenübungen, die an Patient:innen ausgegeben werden.   |
| <b>Interview Physiotherapeut</b> | Die Empfehlung von KA und Alltagsaktivität erfolgt sowohl proaktiv als auch reaktiv auf Nachfrage der Patient:innen. Um die Verbindlichkeit zu steigern, werden diese Empfehlungen häufig als "Hausaufgabe" bezeichnet, da sie entscheidend für den Therapieerfolg sind. Es werden einfache Übungsgeräte wie Therabänder oder Haushaltsgegenstände zur Durchführung von Übungen zu Hause empfohlen. KA und Alltagsaktivität werden täglich mit nahezu allen Patient:innen thematisiert, jedoch kommen bisher keine Hilfsmaterialien zur Unterstützung der Bewegungsempfehlungen oder zur weiteren Anbindung zum Einsatz. |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Interview Hausarzt</b>        | Es wird angegeben, dass KA bereits seit mindestens 15 Jahren regelmäßig mündlich und vor allem gegenüber „Risikopatient:innen“ (adipös oder im Rahmen von DMPs bei Diabetes mellitus und KHK) empfohlen wird. Hilfsmaterialien sind in der Vergangenheit noch nicht benutzt worden und die Empfehlungen basieren in der Regel auf einfachen, unspezifischen Aufforderungen zu mehr Bewegung.   |
|                                  | <b>Hürden und Schwierigkeiten bei der bisherigen Verordnung und Empfehlung von körperlicher Aktivität</b>  |
| <b>Gr. A</b>                     | Die diabetologische Ärztin berichtet von Schwierigkeiten bei der Überwindung patientenseitiger Hindernisse in Bezug auf Bewegungsempfehlungen. Das individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse der Patient:innen stellt eine weitere Herausforderung dar, die durch die Stimmung und Tagesform der Therapeutin beeinflusst wird. Zudem geben die Studienteilnehmenden an, dass es an niederschweligen, leistungsdruckfreien Angeboten für bestimmte Zielgruppen, wie z.B. adipöse Menschen, mangelt, an die Patient:innen weiterverwiesen werden können. Ein weiteres Problem ist teilweise auch ein geringes Interesse bzw. die geringe Inanspruchnahme von vergangenen praxisinternen Angeboten, weshalb diese wieder eingestellt worden sind. |
| <b>Gr. B</b>                     | Zeitmangel wird als der wichtigste limitierende Faktor für die Thematisierung von KA genannt.  |
| <b>Interview Physiotherapeut</b> | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Interview Hausarzt</b>        | Die zeitliche Limitierung wird als vorrangige Schwierigkeit genannt.   |
|                                  | <b>Berufsgruppen- / fachspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität</b>  |
| <b>Gr. A</b>                     | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Gr. B</b>                     | Im orthopädisch-unfallchirurgischen Kliniksetting stehen häufig andere Themen, wie Versorgung und Heilung sowie Heilungsüberwachung der akuten Einschränkung, im Vordergrund und erschweren die Thematisierung von fakultativen Inhalten wie Bewegungsförderung.   |
| <b>Interview Physiotherapeut</b> | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Interview Hausarzt</b>        | ./.. Nicht codiert   |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
|                                  | <b>Gründe, die bisher für oder gegen die Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität gesprochen haben</b>  |
| <b>Gr. A</b>                     | Für die Empfehlung und Verordnung von KA sprechen die erwiesenermaßen positiven Auswirkungen von KA auf die Gesundheit und bestimmte Krankheitsverläufe.   |
| <b>Gr. B</b>                     | Den Studienteilnehmenden ist die positive Wirkung von KA auf Gesundheit und verschiedene Krankheitsverläufe bewusst, was sowohl in der Vergangenheit als auch aktuell die Thematisierung und Empfehlung von Bewegung durch HCPs unterstützt. In der orthopädisch-unfallchirurgischen Klinik betont der dortige Arzt, dass Bewegungsmangel Komplikationen wie Übergewicht und Diabetes mellitus verursachen kann, welche postoperative Nachbehandlungen erschweren. Eine wichtige, interdisziplinär vorhandene Hürde stellt die Vermeidung von Kränkungen, insbesondere im Zusammenhang mit Übergewicht, dar, da dies vertiefte und zeitaufwendige Gespräche erfordert, die nur schwer allein von spezialisierten Akteuren bewältigt werden können.   |
| <b>Interview Physiotherapeut</b> | ./ Nicht codiert   |
| <b>Interview Hausarzt</b>        | Außer der teilweise zeitlich schwierigen Integration in die Arbeitsabläufe spricht für den Hausarzt nichts gegen die Thematisierung von KA.  |
|                                  | <b>Einschätzungen zur Nutzung und Praktikabilität des Leitfadens</b>   |
| <b>Gr. A</b>                     | Die Ärztinnen bewerten es als großen Vorteil, dass das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm und die dazugehörigen Materialien, im Gegensatz zu anderen Optionen, den Patient:innen ohne Mitgliedschaft oder Verpflichtung angeboten werden können. Alle Teilnehmer:innen schätzen die Anwendbarkeit und Integration des Leitfadens in bestehende Arbeitsabläufe als gut bis sehr gut ein und loben dessen Struktur, Kürze und Prägnanz. Eine Studienteilnehmende äußert jedoch Bedenken, dass das bloße Schrittesammeln für Patient:innen langweilig sein könnte und die Umrechnung anderer Aktivitäten über das dafür vorgesehene Tool, welches auf der Homepage des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms eingebettet ist, besonders für ältere Patient:innen, zu komplex erscheinen könnte. |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Gr. B</b>                     | Die Flyer des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms und der Gemeinschaftsaspekt des Programms werden als effektive Motivation für Patient:innen bewertet. Die Bedeutung konkreter Empfehlungen und niederschwelliger Aktivitäten wie dieses Programms wird erneut betont. Der Gesprächsleitfaden wird einheitlich als praktikabel und hilfreich eingeschätzt, wobei der Zeitaufwand als noch zu klären gilt. Besonders positiv hervorgehoben werden die nachvollziehbare Logik, Struktur und Anbindung an das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm. Ergänzend wird vorgeschlagen, die Prozessschritte flexibel auf mehrere Behandlungseinheiten zu verteilen und kleinere, individuelle Zwischenziele explizit im Gesprächsleitfaden zu erwähnen, um Patient:innen nicht durch das 10.000-Schritte-Ziel abzuschrecken. |
| <b>Interview Physiotherapeut</b> | Der Gesprächsleitfaden wird als wertvolle Anbindungsmöglichkeit für Patient:innen angesehen, die der Physiotherapeut gerne früher genutzt hätte. Besonders wird die einfache Umsetzbarkeit der Empfehlung, Alltagsaktivität in Form von Schritten in den Tagesablauf zu integrieren, hervorgehoben. Der erste Eindruck des Gesprächsleitfadens vor der Pilotierung ist insgesamt sehr positiv, insbesondere in Bezug auf seine Anwendbarkeit im Arbeitsalltag und die zeitliche Integrierbarkeit. Struktur, Einfachheit und Verständlichkeit werden als besonders vorteilhaft gesehen. Auch die direkte Anbindung an das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm und die Hilfsmaterialien werden als sehr geeignet bewertet.   |
| <b>Interview Hausarzt</b>        | Hinsichtlich der Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens werden auch reguläre Konsultationen als mögliches Anwendungsfeld des Gesprächsleitfadens angesehen. Zusammenfassend erscheint dem Arzt der Gesprächsleitfaden mit den dazugehörigen Hilfsmaterialien vor der Pilotierungsphase als simple und effiziente Methode, um Bewegungsempfehlungen zu übermitteln. Anpassungswünsche bezüglich des Leitfadens oder der Hilfsmaterialien bestehen nicht.   |
|                                  | <b>Patient: innen</b>  |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Gr. A</b>                     | Als Gründe für die teils mangelnde Inanspruchnahme von praxisinternen Angeboten der diabetologischen Praxis werden ärztlicherseits vermutet, dass Patient:innen eine zu geringe Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen und sich durch äußere Faktoren wie Wetter oder Stress zu leicht von ihren Vorhaben einer Verhaltensänderung abbringen lassen. Anschließende Folgeversuche Patient:innen zu einer Verhaltensänderung zu bewegen, scheitern häufig, was sich nach Erfahrung der berichtenden Ärztin in zunehmendem Rückzug und Verschlussenheit der Patient:innen zeigt. Die Vermeidung von (zusätzlicher oder stärkerer) Medikation wird ärztlicherseits indikationsübergreifend als große Motivationsquelle der Patient:innen beschrieben. |
| <b>Gr. B</b>                     | Viele Teilnehmende sind der Ansicht, dass ein gewisser Leidensdruck notwendig ist, um die Eigenmotivation der Patient:innen zu steigern und therapeutische Empfehlungen umzusetzen. Es wird hervorgehoben, dass viele Patient:innen wenig über die positiven Effekte körperlicher Aktivität wissen. Ein angehender Orthopäde betont, dass Patient:innen, welche die ersten drei bis vier Wochen einer Verhaltensänderung überstehen, diese häufiger erfolgreich fortsetzen. Die Vielzahl ungefilterter Online-Übungsangebote stellt eine Schwierigkeit für Patient:innen dar, da sie Unsicherheit und Angst vor Fehlanwendungen bei den Patient:innen auslösen kann.   |
| <b>Interview Physiotherapeut</b> | Der Therapeut schreibt seinem Patient:innenkreis eine hohe Adhärenz zu.  |
| <b>Interview Hausarzt</b>        | ./.. Nicht codiert   |
|                                  | <b>Versorgungssituation der Patient:innen im Hinblick auf KA derzeit (Bestehende Angebote für körperliche Aktivität)</b>   |
| <b>Gr. A</b>                     | Neben dem „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm ist den (ärztlichen) Teilnehmer:innen lediglich Rehasport als Maßnahme zur Bewegungsförderung bekannt; sie haben jedoch den Eindruck, dass die Zahl der Anbieter seit der Corona-Pandemie gesunken ist. Während Angebote zur Bewegungsförderung für Kassenpatient:innen fehlen oder unzureichend bekannt sind, existiert in der physiotherapeutischen Privatpraxis zweier Teilnehmer:innen ein integriertes Angebot für privatversicherte Patient:innen, das Therapie und Anschlussbetreuung durch begleitetes Training in einer Einrichtung umfasst.  |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Gr. B</b>                     | Es wird berichtet, dass spezielle Bewegungsprogramme wie IRENA, Rehasport und onkologische Trainingstherapie während der Behandlung schwerwiegender und chronischer (uroonkologischer) Erkrankungen empfohlen und von den Patient:innen gut angenommen werden. Dies steht im Widerspruch zu Wahrnehmungen aus anderen ärztlichen Settings, insbesondere im ambulant-internistischen und hausärztlichen Bereich, wo die Annahme solcher Programme als unzureichend beschrieben wird. Zudem wird angemerkt, dass die weitere Anbindung nach Reha-Maßnahmen schwierig ist, da niedergelassene Ärzt:innen häufig mit verschiedenen Angeboten nicht vertraut sind, was von einer Ärztin aus dem ambulanten Sektor bestätigt wird. |
| <b>Interview Physiotherapeut</b> | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Interview Hausarzt</b>        | ./.. Nicht codiert   |

## Fokusgruppensitzung 2

| Datengrundlage | Retrospektive Beurteilung der Erfahrungen mit der Nutzung des Leitfadens  |
|----------------|---|
| Gr. A          | <p>Die Studienteilnehmenden bewerten den Gesprächsleitfaden insgesamt als positiv sowie gut in ihre Arbeitsabläufe integrierbar und empfinden den Leitfaden überwiegend als wertvolle Erweiterung ihrer Konsultationen, insbesondere durch die klare Struktur und die intensivere Einbindung der Patient:innen, was zu einer besseren Zusammenarbeit führt. Eine Teilnehmerin hat aufgrund vieler Hausbesuche nur begrenzte Möglichkeiten, den Leitfaden anzuwenden. Der Leitfaden wird als verständlich und nachvollziehbar eingeschätzt.</p> <p>Die Möglichkeit, den Leitfaden und das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm als konkreten Impuls für Patient:innen zu nutzen, wird als besonders wertvoll hervorgehoben, vor allem in der psychiatrischen und diabetologischen Praxis. Die Verknüpfung mit einem größeren Forschungsprojekt trägt zudem zur Akzeptanz bei, sodass Patient:innen keine Bedenken hinsichtlich Datenschutz äußern. Als benötigte Zeit für die Anwendung werden wenige bis maximal fünf Minuten angegeben.</p> |
| Gr. B          | <p>Der Gesprächsleitfaden wird als gut anwendbar und einfach in den Arbeitsalltag integrierbar beschrieben. Insbesondere die Möglichkeit, Alltagsaktivitäten wie das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm als konkrete Option für körperliche Aktivität zu vermitteln, wird als erfolgsversprechend und motivierend für Patient:innen angesehen. Die direkte Einbindung des Programms und der zugehörigen Materialien bietet eine einfache Möglichkeit, Patient:innen praktische Anregungen mitzugeben. Die Kombination mit dem 5R-Modell ermöglicht eine noch individuellere und problemorientierte Beratung. Der Leitfaden wird als gut strukturiert, verständlich und nachvollziehbar wahrgenommen und bietet eine hilfreiche Orientierung. Besonders positiv wird gesehen, dass vielen Patient:innen durch den Gesprächsleitfaden Alltagsaktivität als neue, zugängliche Form körperlicher Aktivität vermittelt wird.</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Interview Physiotherapeut</b>                      | Der Gesprächsleitfaden wird sowohl vom anwendenden Physiotherapeuten als auch von den Patient:innen als sehr verständlich wahrgenommen. Die Anwendbarkeit wird als einfach, gut handhabbar beschrieben und der Gesprächsleitfaden problemlos in die Arbeitsabläufe integriert, sowohl bei Kassen- als auch Privatpatient:innen. Die Intervention lässt sich besonders gegen Ende der Konsultationen gut einbinden, da dort am ehesten Gespräche entstehen, was nicht als problematisch empfunden wird. Die bereitgestellten Hilfsmaterialien werden von den Patient:innen gut angenommen und vom Therapeuten als passend und ausreichend bewertet.  |
| <b>Interview Hausarzt</b>                             | Die Anwendbarkeit sowie auch Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Gesprächsleitfadens im Praxisalltag werden als gut empfunden.   |
| <b>Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin</b> | Der Facharzt berichtet, dass die Anwendung des Gesprächsleitfadens im Praxisalltag schwierig bis unmöglich ist, während sie sich in der ambulanten Rehaeinrichtung deutlich einfacher erweist und die Thematisierung von körperlicher Aktivität dort alltäglich ist. Der Leitfaden bietet im Praxissetting keine wesentliche Erleichterung. In der Rehaeinrichtung ist der zur Verfügung stehende Zeitrahmen von 15 Minuten für Zwischenuntersuchungen ausreichend, um den Gesprächsleitfaden anzuwenden und Bewegungsempfehlungen zu geben. Bei Aufnahme-, Abschluss- und Entlassungsgesprächen steht dem Arzt jeweils sogar eine Stunde zur Verfügung. Die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Leitfadens werden als gut bewertet. |
| <b>Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut</b>          | Der Gesprächsleitfaden wird als sehr gut anwendbar empfunden und die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit als gut eingeschätzt.   |
| <b>Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut</b>           | Der Gesprächsleitfaden wird aufgrund schneller und flüssiger Gespräche mit Patient:innen als sehr gut anwendbar empfunden.  |
|   | <b>Limitationen des Leitfadens und seiner Anwendung</b>   |
| <b>Gr. A</b>  | Es wird angegeben, dass Hausbesuchspatient:innen sich aufgrund eingeschränkter Mobilität meist nicht für die Anwendung der Intervention eignen.   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Gr. B</b>  | Für den Einsatz in Settings der klinischen Akutversorgung, wie der Notaufnahme, Intensivstation oder auch einer orthopädisch-unfallchirurgische Station, wird der Leitfaden als ungeeignet gesehen. Auch ein rein gesundheitsfördernder bzw. primärpräventiver Einsatz des Leitfadens wird grundsätzlich als schwierig erachtet.   |
| <b>Interview Physiotherapeut</b>                      | ./ Nicht codiert   |
| <b>Interview Hausarzt</b>                             | ./ Nicht codiert   |
| <b>Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin</b> | Die Realisierung solcher Interventionen bzw. die Thematisierung von KA im fachärztlichen Praxisalltag (Anmerkung: vermutlich im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung) wird als kaum umsetzbar beschrieben.<br>Darüber hinaus wird thematisiert, dass politische Rahmenbedingungen und die fehlende Abbildung präventiver Leistungen im kassenärztlichen Abrechnungssystem einer Anwendung in diesem Bereich im Wege stehen.  |
| <b>Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut</b>          | ./ Nicht codiert   |
| <b>Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut</b>           | ./ Nicht codiert   |
|   | <b>Schwierigkeiten oder Hürden bei der Anwendung des Leitfadens</b>  |
| <b>Gr. A</b>  | Eine Teilnehmerin findet es teilweise schwierig, das aktuelle Aktivitätsniveau der Patient:innen festzustellen.<br>Als Hürde im Rahmen der Anwendung wird außerdem angegeben, dass das Einzugsgebiet für die therapeutische Tätigkeit einer Ärztin gegebenenfalls etwas zu weit vom Standort Düsseldorf entfernt ist, was mit einer erschwerten Anbindung an das "10.000 Schritte Düsseldorf"-Programm unter dem Punkt "Assist" einherging.  |
| <b>Gr. B</b>  | Einige der bisher von den Studienteilnehmenden genutzten Vorgehensweisen für die Empfehlung von KA entsprechen einzelnen Aspekten des 5A-Modells und des Gesprächsleitfadens, dennoch fällt es schwer, die bestehende Routine zur Thematisierung von Bewegung vollständig an den Gesprächsleitfaden anzupassen.<br>Herausforderungen bestehen insbesondere in der individuellen Anpassung an das variable Patient:innenklientel sowie in der zeitlichen Integration des Leitfadens in den Praxisalltag.<br>Zusätzlich wird die Schwierigkeit beschrieben, geeignete Patient:innen zu finden und die eigene Motivation zur Anwendung des Leitfadens im beruflichen Alltag aufrechtzuerhalten. |

|   |  |
|---|--|
| <b>Interview Physiotherapeut</b>                      | Im Rahmen der Anwendung des Gesprächsleitfadens sind keine Schwierigkeiten aufgetreten.  |
| <b>Interview Hausarzt</b>                             | Im Rahmen der Anwendung des Gesprächsleitfadens sind keine Schwierigkeiten aufgetreten.  |
| <b>Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin</b> | Als vorrangige Hürde wird Zeitmangel genannt, wodurch sich dem Arzt der Eindruck vermittelte, Patient:innen in der Kürze der Zeit nicht richtig erreichen zu können.   |
| <b>Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut</b>          | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut</b>           | ./.. Nicht codiert   |
|   | <b>Berufsgruppen- / fachspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität (unabhängig vom Leitfaden)</b>   |
| <b>Gr. A</b>  | Als berufsspezifische Schwierigkeit wird von physiotherapeutischer Seite besonders der fehlende Blickkontakt bei passiven, physiotherapeutischen Behandlungen in Bauchlage auf der Therapiebank wahrgenommen, da hierdurch die Entstehung eines Gesprächs eingeschränkt wurde.<br>Auch vermuten die Physiotherapeutinnen, dass Patient:innen eine unzureichende Adhärenz ausweisen, da aufgrund der Zugehörigkeit zum Berufsstand, keine Druckmittel wie medikamentöse Therapieeskalationen vorhanden sind und Patient:innen mit Physiotherapie eher eine aus Patient:innensicht passive Maßnahme verbinden, was wiederum zu einer falschen Erwartungshaltung führe. |
| <b>Gr. B</b>  | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Interview Physiotherapeut</b>                      | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Interview Hausarzt</b>                             | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin</b> | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut</b>          | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut</b>           | ./.. Nicht codiert   |
|   | <b>Patient: innen</b>  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Gr. A</b>  | Im physiotherapeutischen Kontext zeigen vor allem bereits aktive Patient:innen Interesse an der Intervention und dem Bewegungsprogramm „10.000 Schritte Düsseldorf“. Es wird festgestellt, dass eine unzureichende Adhärenz der Patient:innen in der Physiotherapiepraxis ein allgemeines Problem darstellt. In der diabetologischen Praxis stehen ausreichend mobile Patient:innen mit niedrigem Aktivitätsniveau zur Verfügung, sodass keine Selektionsprobleme bestehen. Bei diabetologischen Patient:innen treten Schwierigkeiten insbesondere bei der Nutzung der Dokumentation auf der Homepage auf, obwohl diese als technikaffin gesehen werden und entsprechende Anwendungen grundsätzlich gut annehmen. Die Ärztin modifiziert die für die Patient:innenauswahl empfohlenen WHO-Richtlinien, indem sie Patient:innen ausschließt, die mehr als zwei Stunden pro Tag aktiv sind und sich auf jene ohne konkrete Ideen zur Umsetzung körperlicher Aktivität konzentriert. Die neurologisch-psychiatrische Ärztin wählt Patient:innen jüngeren bis mittleren Alters mit stabilem psychiatrischen Krankheitsverlauf für die Intervention aus. |
| <b>Gr. B</b>  | In der orthopädisch-unfallchirurgischen Klinik werden alters- und indikationsbedingt wenig geeignete Patient:innen für die Anwendung des Gesprächsleitfadens betreut. An vielen Stellen berichten die Studienteilnehmenden von der Notwendigkeit eines gewissen Leidensdrucks bei Patient:innen, damit geplante Verhaltensänderungen umgesetzt werden. Von hausärztlicher Seite wird hinsichtlich der Patient:innenselektion angegeben, dass vor allem Patient:innen aus DMPs, also KHK- und Typ II-Diabetes-Patient:innen, für die Anwendung des Leitfadens ausgewählt wurden.   |
| <b>Interview Physiotherapeut</b>                      | ./.. Nicht codiert  |
| <b>Interview Hausarzt</b>                             | Der Arzt berichtet, er habe den Leitfaden größtenteils bei Patient:innen angewendet, die er vorher bereits als adhärenz kennengelernt hat oder sie als adhärenz und offen für das Thema KA einschätzte.   |
| <b>Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin</b> | ./.. Nicht codiert  |
| <b>Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut</b>          | ./.. Nicht codiert  |
| <b>Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut</b>           | Die Klientel des Sporttherapeuten umfasst mehrheitlich bereits sehr aktive Patient:innen.   |

|   | <b>Reaktionen und erwartete Akzeptanz</b>   |
|---|---|
| <b>Gr. A</b>  | Die Erfahrungen zeigen, dass die Reaktionen der Patient:innen auf die Anwendung des Gesprächsleitfadens variieren. In der Physiotherapie blockten einige Patient:innen das Gespräch über das 10.000-Schritte-Programm ab, da die hohe Schrittzahl sie abschreckte. Im Gegensatz dazu reagierten Patient:innen in der Psychiatrie positiv auf den Leitfaden und zeigten sich dankbar für die Anregungen. In der Diabetologie liegt die Akzeptanz bei geschätzten 50-70 %, was vor allem durch die Angst vor einer Therapieeskalation auf Injektionen begründet wird. |
| <b>Gr. B</b>  | Es werden grundsätzlich positive Reaktionen der Patient:innen geschildert. Eine Einschätzung der erwarteten Akzeptanz wird nicht vorgenommen.   |
| <b>Interview Physiotherapeut</b>                      | Grundsätzlich nimmt der Therapeut eine hohe Motivation von Patient:innenseite wahr, einhergehend mit einer großen Nachfrage nach Möglichkeiten zur Mitwirkung an der Therapie.  |
| <b>Interview Hausarzt</b>                             | Sowohl die Reaktionen als auch die erwartete Akzeptanz seitens der Patient:innen werden als gut eingeschätzt.   |
| <b>Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin</b> | In der Rehaeinrichtung bekommt der Urologe schnell positive Rückmeldungen seitens der Patient:innen, wobei sich insgesamt ein gemischtes Bild darstellt. Grundsätzlich wurde das Angebot der Intervention und der Anbindung an das „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programm mit Interesse aufgenommen. Besonders positiv nahmen es Patient:innen auf, die bereits körperlich aktiv waren und sich vorab schon mit dem Thema KA beschäftigt hatten. Einige Patient:innen lehnten KA jedoch auch generell ab.  |
| <b>Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut</b>          | Patient:innen sind gelegentlich durch die Zahl „10.000“ im Titel des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms abgeschreckt. Insgesamt nimmt der Physiotherapeut aber eine gute Akzeptanz der Intervention anhand des Leitfadens wahr.   |
| <b>Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut</b>           | Die Thematisierung von KA mithilfe des Leitfadens wird meist als überflüssig empfunden, da die Patient:innen bereits ein hohes Aktivitätsniveau aufweisen. Zudem werden Schwierigkeiten von Patient:innen hinsichtlich der Registrierung sowie des Umgangs mit der Homepage geschildert.  |
|   | <b>Mögliche Adaptationen für die zukünftige Anwendung</b>   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Gr. A</b>  | Es wird die Einführung einer App zur Erfassung von Schrittzahlen und zur Umrechnung anderer Aktivitäten vorgeschlagen, um den Nutzen solcher Aktivitäten über eine bessere Vergleichbarkeit stärker zu verdeutlichen. Die Möglichkeit, andere körperliche Aktivitäten in Schritte umzurechnen, wird als besonders wichtig hervorgehoben und sollte in künftigen Gesprächen expliziter thematisiert werden. Auch würde ein Instrument, wie eine App, eine Homepage, ein One-Pager oder ein Fragebogen, das die Umrechnung bzw. bessere Quantifizierung des Aktivitätsniveaus ermöglicht, dazu beitragen den Ist-Zustand von KA bei Patient:innen besser einzuschätzen. Zudem wird die Ausweitung des „10.000 Schritte Düsseldorf“-Programms auf andere Standorte als Verbesserungsidee genannt. |
| <b>Gr. B</b>  | Es wird vorgeschlagen, eine App zu entwickeln, die individuell anpassbare Schritte-Zielsetzungen bietet und es ermöglicht, andere Aktivitäten in Schritte umzuwandeln. Die Empfehlungen der App sollten sich progressiv und adaptiv an die individuellen Gegebenheiten der Nutzer:innen anpassen können. Auch ein Belohnungssystem innerhalb der App wird als Motivationselement vorgeschlagen. Zudem wird die Notwendigkeit betont, bei der Beratung stärker auf realistische, schrittweise Zielsetzungen einzugehen, um Patient:innen nicht zu überfordern. Eine detaillierte Anleitung zur schrittweisen Steigerung der täglichen Schrittzahl wird als hilfreich angesehen.   |
| <b>Interview Physiotherapeut</b>                      | Der Therapeut gibt keine Vorschläge für Verbesserungen bzw. Adaptationen an.   |
| <b>Interview Hausarzt</b>                             | Weder bezüglich des Gesprächsleitfadens noch der Hilfsmaterialien sind aus Sicht des Arztes Verbesserungen oder Adaptationen notwendig.  |
| <b>Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin</b> | Vorschläge für Adaptationen gibt es seitens des Urologen und Rehaarztes nicht.   |
| <b>Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut</b>          | Im Hinblick auf mögliche Adaptationen des Gesprächsleitfadens wird vorgeschlagen, Therapeut:innen explizit darauf hinzuweisen, dass die Reihenfolge der 5As sowie die empfohlene Schrittzahl und die Art der körperlichen Aktivität (z.B. Gehen, Fahrradfahren) individuell und flexibel gestaltet werden können. Eine konkrete Formulierung wie „3 mal 30 Minuten Gehen pro Tag“ wird empfohlen. Zudem wird angeregt, den Äquivalenzwert verschiedener Arten von körperlicher Aktivität durch Diagramme darzustellen, um Patient:innen zu veranschaulichen, wie viel von einer anderen Aktivität erforderlich ist, um eine bestimmte Schrittzahl zu erreichen. Außerdem wird  |

|   |   |
|---|---|
|   | empfohlen, die evidenzbasierten gesundheitlichen Vorteile im Gesprächsleitfaden stärker in den Vordergrund zu stellen.  |
| <b>Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut</b>           | ./.. Nicht codiert  |
|   | <b>Ausblick und Weiterempfehlung der Anwendung</b>  |
| <b>Gr. A</b>  | Alle Studienteilnehmenden der Gruppe A geben an, den Leitfaden in Zukunft weiter anwenden zu wollen und an Kolleg:innen weiterzuempfehlen oder dies schon getan zu haben.   |
| <b>Gr. B</b>  | Insbesondere junge Therapeut:innen werden als Zielgruppe und für eine potentielle Weiterempfehlung der Anwendung des Leitfadens genannt.  |
| <b>Interview Physiotherapeut</b>                      | Sowohl die persönliche weitere Anwendung als auch die Weiterempfehlung an Kolleg:innen werden, insbesondere aufgrund der, nach Einschätzung des Therapeuten, großen Wichtigkeit der Thematik KA und Bewegung im Alltag klar befürwortet.  |
| <b>Interview Hausarzt</b>                             | Es wird beabsichtigt, sich auch künftig an den Bewegungsempfehlungen des Gesprächsleitfadens zu orientieren, zumal keine Einwände gegen die Anwendung festgestellt werden. Zudem wird vermutet, dass viele Kolleg:innen bereits ähnliche Vorgehensweisen anwenden, da diese durch Fachliteratur und Presse verbreitet sind. Dennoch wird betont, den Gesprächsleitfaden insbesondere jüngeren Kolleg:innen empfehlen zu wollen. |
| <b>Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin</b> | Der Facharzt sieht die zukünftige Anwendung des Gesprächsleitfadens in der Praxis überwiegend als reaktive Möglichkeit, das Thema KA zu besprechen, insbesondere wenn Patient:innen aufgrund der Hilfsmaterialien im Wartezimmer darauf aufmerksam werden. Zudem werden junge Therapeut:innen mit wenig Erfahrung in der Kommunikation mit Patient:innen als Zielgruppe für Weiterempfehlungen genannt.                         |
| <b>Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut</b>          | Eine Weiterverwendung sowie Weiterempfehlung des Gesprächsleitfadens werden eindeutig befürwortet.  |
| <b>Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut</b>           | Eine weitere Nutzung des Gesprächsleitfadens beschreibt der Sporttherapeut als unwahrscheinlich, da es bei ihm sowieso bereits fast ausschließlich um KA und Bewegung gehe.   |
|   | <b>Weitere Ideen zur Förderung von Bewegungsempfehlungen durch HCPs</b>   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Gr. A</b>  | Das Projekt regt zusätzliche Ideen zur Förderung von Bewegungsempfehlungen und KA durch Therapeut:innen an, darunter die praktische Integration von Bewegung in die Praxisroutine, beispielsweise durch „bewegte Lüftungspausen“ in Diabetesschulungen. Zukünftig sollte insbesondere ärztliches Personal für die Bedeutung und Empfehlung von körperlicher Aktivität sensibilisiert werden. Zudem besteht der Wunsch nach erweiterten Fortbildungsangeboten zu Gesprächstechniken, um die erfolgreiche Übermittlung dieser Empfehlungen zu unterstützen.  |
| <b>Gr. B</b>  | Ein passendes Anwendungsgebiet für den Gesprächsleitfaden wird auf internistischen Stationen und in elektiv-orthopädischen Einrichtungen gesehen. Zudem wird empfohlen, den Gesprächsleitfaden in anderen Kontexten, wie dem betrieblichen Gesundheitsmanagement, einzusetzen, wo Betriebsärzt:innen, HR-Mitarbeitende und BGM-Beauftragte ihn verwenden können. Vorteile sind die breite Streuung und die gute Nachverfolgbarkeit der Maßnahmen sowie der Zusatznutzen für nicht-ärztliche bzw. nicht-therapeutische Anwender:innen, die oft unerfahren in der Übermittlung von Empfehlungen zu einer Verhaltensänderung sind. Für eine erfolgreiche Integration sollte grundsätzlich sichergestellt sein, dass Anwender:innen die Anwendung ohne Zeitdruck durchführen können. Schulen und Altenheime werden als weitere potentiell geeignete Einrichtungen genannt. |
| <b>Interview Physiotherapeut</b>                      | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Interview Hausarzt</b>                             | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Interview FA Urologie, Reha- und Sozialmedizin</b> | Fortbildungen zum Thema Gesprächsführung werden aus eigener Erfahrung als sehr gute und sinnvolle Maßnahme zur Weiterbildung für Ärzt:innen bzw. Therapeut:innen angeführt.  |
| <b>Schriftlicher Beitrag Physiotherapeut</b>          | ./.. Nicht codiert   |
| <b>Schriftlicher Beitrag Sporttherapeut</b>           | Ein Infoblatt zum Thema Bewegung im Alltag (als Auslage) wird für die Zukunft als sinnvolle Maßnahme gesehen, um für dieses Thema zusätzlich zu sensibilisieren.   |

## **Anhang 6.10: Kategoriensystem und -handbuch zur Qualitativen Inhaltsanalyse**

### **Kategoriensystem:**

#### **Fokusgruppensitzung I**

- 1. Haltung zur Empfehlung bzw. Verordnung von körperlicher Aktivität**
- 2. Derzeitige Situation hinsichtlich der Empfehlung und Verordnung von körperlicher Aktivität in den Einrichtungen**
  - 2.1. Hürden und Schwierigkeiten bei der bisherigen Verordnung und Empfehlung von körperlicher Aktivität
    - 2.1.1. Berufsgruppen- / fachspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität (unabhängig vom Leitfaden)
  - 2.2. Gründe, die bisher für oder gegen die Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität gesprochen haben
- 3. Einschätzungen zur Nutzung und Praktikabilität des Leitfadens**
- 4. Patient: innen**
  - 4.1. Versorgungssituation der Patient:innen im Hinblick auf KA derzeit (Bestehende Angebote für körperliche Aktivität (jenseits des Leitfadens), strukturelle Rahmenbedingungen und evtl. Versorgungslücken)

#### **Fokusgruppensitzung II**

- 1. Retrospektive Beurteilung der Erfahrung hinsichtlich der Nutzung des Leitfadens**
  - 1.1. Limitationen des Leitfadens und seiner Anwendung
  - 1.2. Schwierigkeiten oder Hürden bei der Anwendung des Leitfadens
    - 1.2.1. Berufsgruppen- / fachspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität (unabhängig vom Leitfaden)
- 2. Patient:innen**
  - 2.1. Reaktionen und erwartete Akzeptanz
- 3. Mögliche Adaptationen für die zukünftige Anwendung**
- 4. Ausblick und Weiterempfehlung der Anwendung**
  - 4.1. Weitere Ideen zur Förderung von Bewegungsempfehlungen durch HCPs

#### **Weitere (sitzungsübergreifend)**

##### **Nebenpfade und Abzweigungen**

- a. Rückmeldungen zum Ablauf des Forschungsvorhabens
- b. Erhebung des Aktivitätsniveaus bei Patient:innen
- c. Einstiegsszenarien für die Thematisierung von KA
- d. Auswirkungen der Sars-CoV-2-Pandemie auf Arbeitsbedingungen und deren Folgen

e. Eigene Erfahrungswerte der Therapeut:innen

**Organisation und Moderation**

## Fokusgruppensitzung I

### 1. Haltung zur Empfehlung bzw. Verordnung von körperlicher Aktivität

| Name der Kategorie                          | Haltung zur Empfehlung bzw. Verordnung von körperlicher Aktivität  |
|---|--|
| Inhaltliche Beschreibung                    | Wie ist die Meinung der / des HCPs zur Verordnung oder Empfehlung von Körperlicher Aktivität? Wie können HCPs seiner / ihrer Meinung nach zur Verordnung von körperlicher Aktivität beitragen?   |
| Anwendung der Kategorie                     | <p>Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...</p> <p>... Ihre Haltung und Einstellung zur professionellen Verordnung und Empfehlung von körperlicher Aktivität.</p> <p>... Ihre Meinung zu den Möglichkeiten der professionellen Verordnung von körperlicher Aktivität.</p>   |
| Beispiele für Anwendungen                   | <p>„Man kann natürlich die speziellen Zielgruppen, Diabetiker, KHK, etc., Adipöse, Patienten mit arterieller Hypertonie, ich will jetzt nicht alle aufzählen, zum Beispiel im Rahmen der DMPs gezielt ansprechen. [...] Ansonsten ist es natürlich zeitlich schwierig unterzubringen, ne?!“</p> <p>„[...] Also bei uns ist das ein bisschen auch fester Bestandteil der Behandlung, [...]“</p> |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) | Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn die Aussagen der HCPs den aktuellen Ist-Zustand der Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität in den Praxen beschreiben und keine Meinung oder grundlegende Einstellung darstellen.   |

### 2. Derzeitige Situation hinsichtlich der Empfehlung und Verordnung von körperlicher Aktivität in den Einrichtungen

|   |  |
|---|--|
| <b>Name der Kategorie</b>                   | <b>Derzeitige Situation hinsichtlich der Empfehlung und Verordnung von körperlicher Aktivität in den Einrichtungen</b>   |
| Inhaltliche Beschreibung                    | Wie häufig und auf welche Art und Weise wurde in der Vergangenheit bereits regelmäßige körperliche (Alltags-)Aktivität mit Patient:innen thematisiert und wie häufig resultierten aus der Thematisierung konkrete Empfehlungen (bezogen auf persönliches Verhalten der Therapeut:innen)?   |
| Anwendung der Kategorie                     | <p>Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Auskunft geben über...</p> <p>... den Ist-Zustand zur eigenen Thematisierung von körperlicher Aktivität.</p> <p>... Ihr bisheriges Empfehlungsverhalten von körperlicher Aktivität.</p> <p>... Menge und Umfang der Verordnungen / Empfehlungen von körperlicher Aktivität.</p> <p>... die Art und Weise der Verordnung oder Empfehlung von körperlicher Aktivität (bestimmter Plan oder bestimmtes System? Hilfsmaterialien?).</p> |
| Beispiele für Anwendungen                   | <p>„[...] und ich auch wirklich immer ermutige, diese Alltagsaktivität und insbesondere zu Fuß gehen, Schritte machen, etc. sehr in den Fokus stelle und das nicht so sehr auf der quantitativen Ebene abfrage, so im Sinne von: „Wie viele Schritte machen Sie denn?“, aber schon qualitativ da immer frage und zu ermutige, [...]“</p> <p>„Einfach gesagt: „Sie müssen mal mehr Sport machen!“ Oder: „Betätigen sie sich sportlich.“</p>                                       |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) | Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn Aussagen der HCPs sich auf Ihre persönlichen Standpunkte / Haltung zur Empfehlung von körperlicher Aktivität beziehen oder lediglich die derzeitige, strukturelle Versorgungssituation hinsichtlich körperlicher Aktivität beschrieben wird und nicht das jeweilige Empfehlungs- oder   |

|  |  |
|--|--|
|  | Verordnungsverhalten (dann Hauptkategorie Patient:innen, Subkategorie Versorgungssituation). |
|--|--|

## 2.1. Hürden und Schwierigkeiten bei der bisherigen Verordnung und Empfehlung von körperlicher Aktivität

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs schildern, welche Faktoren bisher die Verordnung oder Empfehlung von körperlicher Aktivität erschwert haben oder wo Probleme im Rahmen der Übermittlung von Bewegungsempfehlungen aufgetreten sind.
- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...
  - ... Aspekte, die die Verordnung oder Empfehlung von körperlicher Aktivität bisher erschwert haben.
  - ... Probleme bei der bisherigen Verordnung von körperlicher Aktivität.
- Beispiele für Anwendungen:
  - „Ich weiß es nicht, wie ich sie dauerhaft motivieren kann.“
  - „Also man hat nicht immer die Zeit dafür, den Patienten ganz genau die Schritte zu erklären und sagen, ja machen sie das, machen sie das.“
  - „Ich habe bisher leider noch nie so ein Hilfsmittel oder so Broschüren, Webseiten, wie, was ihr Projekt jetzt anbietet, benutzen können, weil ich hab leider da nix gefunden.“
- Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn Aussagen der HCPs eher den Ist-Zustand des Empfehlungs- oder Verordnungsverhalten abbilden, Schwierigkeiten dargestellt werden, die mutmaßlich dem jeweiligen Berufsstand geschuldet sind oder Aspekte beinhalten, die die Empfehlung und Verordnung von Bewegungsempfehlungen vollständig verhindert haben, bzw. nicht mit dem unmittelbaren Prozess der Übermittlung zusammenhängen.

### 2.1.1. Berufsgruppen- / fachspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität (unabhängig vom Leitfadens)

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs berichten über berufs- oder fachspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung oder

Verordnung von körperlicher Aktivität, die in ihrem für den Beruf oder das Fach charakteristischen Umgang mit den Patient:innen begründet sind.

- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

...Aspekte, die typisch für den jeweiligen Berufsstand oder die jeweilige Fachrichtung sind und die Übermittlung von Bewegungsempfehlungen erschwert haben.

- Beispiele für Anwendungen:

„Eher die z.B. mit Tibiakopffraktur kommen oder mit irgendwelchen, ja, Humerus-, Oberarm- Unterarmbrüchen oder Verletzungen, ja, die wollen erstmal sich erholen und „heile werden“, ja?“

- Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn Aussagen der HCPs sich auf allgemeine Schwierigkeiten bei der Übermittlung von Bewegungsempfehlungen beziehen, die fach- und berufsübergreifend gelten.

## 2.2. Gründe, die bisher für oder gegen die Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität gesprochen haben

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs schildern, welche externen (oder auch internen) Faktoren bisher für oder gegen die Verordnung oder Empfehlung von körperlicher Aktivität sprachen

- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

...Aspekte, die bisher grundsätzlich für bzw. gegen die Verordnung oder Empfehlung von körperlicher Aktivität gesprochen haben.

- Beispiele für Anwendungen:

„Ja, es wäre mal super, wenn sie mal abnehmen, so mit 30 kg Übergewicht, weil dann hätten sie auch weniger Rückenschmerzen, weniger Knie, wären besser vorbereitet auf die Op, die ansteht oder sowas. Da macht man natürlich ein großes Fass auf.“

„Und man weiß ja, gerade so bei sportlicher oder körperlicher Aktivität, dass das so ´nen eigenständigen anti-depressiven Effekt hat, der vergleichbar ist mit ´nem Anti-Depressivum“

- Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn Aussagen der HCPs sich auf ihr eigenes Empfehlungs- oder Ordnungsverhalten beziehen oder lediglich

Schwierigkeiten im Rahmen des Anwendungsprozesses beinhalten und nicht Gründe, die für oder gegen die Anwendung gesprochen haben.

### 3. Einschätzungen zur Nutzung und Praktikabilität des Leitfadens

| Name der Kategorie                          | Einschätzungen zur Nutzung und Praktikabilität des Leitfadens  |
|---|--|
| Inhaltliche Beschreibung                    | Wie praktikabel bzw. anwendbar schätzen die HCPs den Leitfaden für Ihren Arbeitsalltag ein?  |
| Anwendung der Kategorie                     | <p>Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...</p> <p>... die mögliche Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens im Praxis- / Arbeitsalltag.</p> <p>... Aspekte, die den HCPs am Gesprächsleitfaden – Stand Fokusgruppe 1 – besonders gefallen oder nicht gefallen.</p> <p>... (fehlende) Aspekte des Gesprächsleitfadens oder der Hilfsmaterialien, die sie für die bevorstehende Pilotierung gerne geändert bzw. angepasst oder ergänzt hätten.</p>  |
| Beispiele für Anwendungen                   | <p>„Generell sehe ich das genauso. Dass wir das ziemlich gut anwenden können, bzw. größtenteils auch schon angewandt haben, dem Ganzen halt nur keinen Namen gegeben haben. Diese Hilfe anbieten, haben wir auch ein Stück weit schon probiert zu machen, aber halt noch nicht sehr intensiv. Da ist halt dieses 10.0000 Schritte Programm ein Mittel, wie ich finde.“</p> <p>„Das finde ich tatsächlich auch noch einen wichtigen Punkt, oder gut, wenn man so ein bisschen was hat, was man im wahrsten Sinne an die Hand geben kann. Das finde ich immer, das bringt unheimlich viel. Also wenn man [...] sowas hat, wo es auch, sag ich mal, zumindest die Möglichkeit gibt, das auch in einen sozialen Kontext zu packen“</p> |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) | Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn Aussagen der HCPs sich auf Ihre persönlichen Standpunkte / Haltungen  |

|  |   |
|--|---|
|  | zur Empfehlung von körperlicher Aktivität beziehen. |
|--|---|

#### 4. Patient:innen

| <b>Name der Kategorie</b>                   | <b>Patient:innen</b>  |
|---|---|
| Inhaltliche Beschreibung                    | Die HCPs schreiben den Patient:innen Attributionen zu, die mutmaßlich Auswirkungen auf die Umsetzung körperlicher Aktivität haben und somit für eine variierende Akzeptanz bisheriger Ansätze verantwortlich sein können.   |
| Anwendung der Kategorie                     | Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...<br><br>...Eigenschaften, Verhalten oder Einstellungen von Patient:innen, die Einfluss oder Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten bzw. körperliche Aktivität bei Patient:innen haben.<br><br>... Gründe auf Seiten der Patient:innen, die zu unterschiedlicher Akzeptanz und Annahme bisheriger Ansätze zur Förderung von körperlicher Aktivität geführt haben (könnten).  |
| Beispiele für Anwendungen                   | „Der Patient kommt zum Therapeuten oder zum Arzt nach dem Motto: ‚Ja, heilen Sie mich mal bitte!‘“<br><br>„weil die meisten haben ja eigentlich immer Angst, auch was falsch zu machen und wenn es nicht klar definiert ist, was ich tun soll, bin ich bei der Vielzahl der Sachen, die es heutzutage gibt... ich meine früher gab´s das nicht! Heute kann ich googlen, ne!? Low-Back-Pain, dann google ich, dann krieg ich 8,5 Mio. Übungen, die da helfen in Form von Anleitungen. Oder ich will abnehmen oder sowas, ne!? Also uns mangelt es nicht an Informationen, aber es mangelt uns natürlich absolut an der Filterung dieser Informationen und solange ich glaube, ich kann was falsch machen, kommen die meisten nicht wirklich aus dem Quark, ne!?“ |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) | Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn Aussagen der HCPs sich auf Versorgungsstrukturen oder bestehende Versorgungsangebote für Patient:innen sowie Rahmenbedingungen der Patient:innenversorgung beziehen.   |

#### 4.1. Versorgungssituation der Patient:innen im Hinblick auf KA derzeit (Bestehende Angebote für körperliche Aktivität (jenseits des Leitfadens), strukturelle Rahmenbedingungen und evtl. Versorgungslücken)

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs berichten über bereits existente Angebote zur Bewegungsförderung, auf die sie evtl. im Rahmen von Empfehlungen zu körperlicher Aktivität schon zurückgegriffen haben, über politische oder strukturelle Rahmenbedingungen, die Einfluss auf das Gesundheitsverhalten bzw. körperliche Aktivität von Patient:innen haben und eventuelle, damit einhergehende Versorgungslücken.
- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... bestehende Programme zur Bewegungsförderung, auf die sie zurückgegriffen haben.

... Tools und Aktivitäten, die von Patient:innen bereits genutzt werden.

... strukturelle, organisatorische oder politische Rahmenbedingungen, die Einfluss auf das Gesundheitsverhalten bzw. körperliche Aktivität von Patient:innen oder die Übermittlung / Verordnung von Bewegungsempfehlungen haben.

... etwaige Versorgungslücken (im Sinne eines unzureichenden Maßnahmen-Angebots), deren Besetzung die Übermittlung von Bewegungsempfehlungen oder das Umsetzen der Empfehlungen auf Patient:innenseite erleichtern würde und so zu mehr gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität beitragen könnte.

- Beispiele für Anwendungen:

„[...] das, was schade ist, finde ich, ist eben auch dass es keine, keinerlei Möglichkeit gibt, so eine Art von Gespräch oder, oder generell eben präventive Themen auch irgendwie abzurechnen. Das ist ja alles, wird nicht abgebildet in dem System.“

„Gerade nach irgendwelchen Reha-Maßnahmen werden sie allein gelassen. Viele Kollegen in der Niederlassung kennen verschiedene Programme, sei es von der Rentenversicherung, gar nicht, Präventionsprogramme von der Rentenversicherung sind nicht bekannt. Da ist auch noch erheblicher Aufklärungsbedarf. Es wird ja relativ viel angeboten an Maßnahmen, aber es wird eben halt, es ist halt bei den Akteuren, also bei den Niedergelassenen und so weiter, ist da vieles nicht bekannt. Das höre ich immer wieder.“

- Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn es sich um bisherige Schwierigkeiten bei der Verordnung von körperlicher Aktivität handelt, die nicht in einem Mangel an Angeboten oder in politischen oder strukturellen Rahmenbedingungen begründet sind.

## Fokusgruppensitzung II

### 1. Retrospektive Beurteilung der Erfahrung hinsichtlich der Nutzung des Leitfadens

| Name der Kategorie        | Retrospektive Beurteilung der Erfahrungen mit der Nutzung des Leitfadens  |
|---------------------------|---|
| Inhaltliche Beschreibung  | Die HCPs geben rückblickend eine Rückmeldung und ggf. Beurteilung ihrer persönlichen Erfahrungen bezüglich der Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens im Arbeitsalltag ab.   |
| Anwendung der Kategorie   | <p>Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...</p> <p>... ihre Erfahrungen bezüglich der Anwendbarkeit des Gesprächsleitfadens im Arbeitsalltag.</p> <p>... die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Gesprächsleitfadens (für die HCPs als Anwendende und die Patient:innen).</p> <p>...besonders hervorzuhebende, positive oder negative Aspekte / Erfahrungen im Rahmen der Anwendung des Leitfadens.</p>   |
| Beispiele für Anwendungen | <p>„[...] für mich in der Anwendbarkeit simpel umsetzbar und natürlich auch dann in dem Zusammenhang den Patienten Flyer mit in die Hand zu geben [...], das ist dann sehr leicht! Also von daher, von also therapeutisch, sag ich mal, in der Physio- oder Heilpraxis oder sowas, ist es, glaube ich, sehr einfach umsetzbar.“</p> <p>„[...] Und dafür fand ich das jetzt sehr gut anwendbar. Und zeitlich in Kürze auf den Punkt gebracht und deswegen bei uns sehr gut einbringbar.“</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | „[...] Würde ich sagen, war für alle gut nachvollziehbar und daher auch jetzt ohne großen, sag ich mal, Erklärungsbedarf im eigentlichen Sinne [...]“ |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) |   |

### 1.1. Limitationen des Leitfadens und seiner Anwendung

- Inhaltliche Beschreibung: Allgemeine Beschreibung von Rahmenbedingungen und Settings, die sich für den Einsatz des / eines Gesprächsleitfadens zur Förderung von KA in Form von Schritten nicht oder weniger eignen.

- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... Settings, die sich für den Einsatz eines solchen Leitfadens eher weniger eignen.

... Rahmenbedingungen, die erfüllt sein sollten, um einen solchen Leitfaden erfolgreich anwenden zu können oder einer Anwendung im Wege gestanden haben.

- Beispiele für Anwendungen:

„Ansonsten finde ich das ganze Projekt, ich hab´ das schon mal erwähnt, dass es interessant ist, dass vielleicht auch im Krankenhaus anwendbar, aber in einer internistischen Station, wo Leute mit Diabetes betroffen sind, wo die sind, ist das schon empfehlenswert, aber Intensivstation oder Unfall- / orthopädische Station eher weniger.“

„Ich glaube, die Menschen dürfen eben einfach nicht zu krank sein. Im Krankenhaus Notaufnahme oder sowas ist, glaube ich, sehr schwer dann zu machen von der Qualität in Führungszeichen desjenigen Gegenübers, mit dem man spricht, weil es dann einfach nicht reinpasst.“

„Ja, also ich hatte leider tatsächlich die Situation, dass ich wenig das überhaupt anwenden konnte, weil ich eben sehr, sehr viel Hausbesuche mache, was oft halt Leute sind, die zuhause sind, zuhause auch wirklich nicht mehr rauskommen, das heißt, es war da leider schwierig anzuwenden.“

- Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn Aussagen der HCPs sich nicht auf Rahmenbedingungen oder das Setting beziehen, sondern beispielsweise Schwierigkeiten im Rahmen des

Anwendungsprozesses darstellen (s. Subkategorie „Schwierigkeiten oder Hürden bei der Anwendung des Leitfadens“).

## 1.2. Schwierigkeiten oder Hürden bei der Anwendung des Leitfadens

- Inhaltliche Beschreibung: Es werden Aussagen über Schwierigkeiten oder Hürden im Rahmen des Anwendungsprozesses des Gesprächsleitfadens während der Pilotierungsphase getätigt.
- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... Schwierigkeiten, die bei der Anwendung des Gesprächsleitfadens aufgetreten sind.

... Hürden, die den Einstieg in oder die Anwendung des Gesprächsleitfadens selbst erschwert haben.

- Beispiele für Anwendungen:

„[...] und ja letztlich, also macht man meistens, macht man sein Schema. Man versucht sich so ein bisschen dran zu orientieren und letztlich, wie gesagt, denke ich, ist es schwer, wenn man schon in einer Routine ist. Und, ja, und auch im Zweifel, ja, passt es zu dem, was man macht, aber es ist für mich dann schwer gewesen, wirklich diese Punkte dann so abzarbeiten.“

„Und klar, man weist darauf hin, aber man hat in der Praxis halt eher so den Eindruck, da kommst du nicht so richtig ran an die Leute.“

- Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn die Aussagen Aspekte enthalten, die beschreiben, warum die Anwendung in bestimmten Settings oder unter bestimmten Voraussetzungen nicht möglich ist, über allgemeine Barrieren gesprochen wird (Subkategorie: „Limitationen des Leitfadens und seiner Anwendung“) oder berufs- und fachgruppenspezifische Schwierigkeiten geschildert werden (Subkategorie: „Berufs- oder Fachgruppenspezifische Schwierigkeiten oder Hürden bei der Anwendung des Leitfadens“).

### 1.2.1. Berufsgruppen- / fachgruppenspezifische Schwierigkeiten bei der Empfehlung von körperlicher Aktivität (unabhängig vom Leitfaden)

- Inhaltliche Beschreibung: Es werden Aussagen über Schwierigkeiten oder Hürden bei der Anwendung des Gesprächsleitfadens im Rahmen der Pilotierungsphase berichtet, welche sich als charakteristisch für bestimmte Berufs- oder Fachgruppen erwiesen haben.

- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... berufs- oder fachgruppenspezifische Schwierigkeiten, die bei der Anwendung des Gesprächsleitfadens aufgetreten und am ehesten auf den Berufsstand oder die Fachgruppenzugehörigkeit zurückzuführen sind.

- Beispiele für Anwendungen:

„[...] dadurch, dass quasi noch das große Grundproblem bei uns existiert, dass wir eben diesen Wohlfühlcharakter haben, ist es manchmal schwierig, da den nötigen Druck aufzubauen, dass sie wirklich was tun müssen“

„Also bei uns ist es so tatsächlich, ich weiß nicht, ob es daran liegt, dass wir einfach, in Anführungszeichen, den falschen Titel haben, dass wir, ja, nur ausführende Kraft sind. Weiß ich nicht, ob es daran liegt, dass wir einfach nicht dieses Druckmittel haben, aber es wurde tatsächlich relativ schlecht angenommen.“

- Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn die Schwierigkeiten direkt mit dem Konzept des Gesprächsleitfadens zusammenhängen und damit berufs- und fachgruppenübergreifend zu Schwierigkeiten im Rahmen der Anwendung des Gesprächsleitfadens geführt haben.

## 2. Patient:innen

| Name der Kategorie       | Patient:innen  |
|--------------------------|--|
| Inhaltliche Beschreibung | Was schildern die HCPs über die Patient:innen, mit denen sie den Leitfaden angewendet haben? Welche (weiteren) Kriterien waren neben den Vorgaben im Leitfaden entscheidend für die Einbeziehung in das Projekt? (Selektion) |
| Anwendung der Kategorie  | Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...<br><br>... die für die Pilotierung ausgewählten Patient:innen.<br><br>...Kriterien, nach denen sie diese ausgewählt haben.                               |

|   |  |
|---|--|
|   | ...Eigenschaften, Verhalten oder Einstellungen von Patient:innen, die Einfluss oder Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten bzw. die Motivation zu körperlicher Aktivität bei Patient:innen haben (Attributionen).   |
| Beispiele für Anwendungen                   | <p>„Ich habe auch vorselektiert, die, die schon mehr als zwei Stunden Bewegung am Tag haben, die habe ich nicht genommen, ich habe Leute versucht anzusprechen, die sich durchaus bewegen können, machen aber zu wenig, weil sie keine Ideen haben, was sie machen können.“</p> <p>„Also ich hatte mir so vorgenommen, das Schema insbesondere bei meinen chronisch kranken Patienten anzuwenden, die im Rahmen des DMP-Programms kommen. Das sind halt bei uns KHK-Patienten, also herzkranken Patienten und Diabetiker.“</p> |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) | Die Kategorie wird NICHT codiert, wenn die Aussagen der HCPs sich auf reaktives Verhalten von Patient:innen im Rahmen des Anwendungsprozesses des Leitfadens beziehen.   |

## 2.1 Reaktionen und erwartete Akzeptanz der Patient:innen

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs schildern, wie die Patient:innen auf die Thematisierung von körperlicher Aktivität mithilfe des Leitfadens und dem Bewegungsprogramm „10.000 Schritte Düsseldorf“ reagiert haben und welche Akzeptanz die HCPs bei den Patient:innen erwarten oder erfahren haben.
- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... Reaktionen der Patient:innen auf die Thematisierung von körperlicher Aktivität mithilfe des Gesprächsleitfadens und dem Bewegungsprogramm „10.000 Schritte Düsseldorf“.

... ihre Einschätzungen hinsichtlich der erwarteten Akzeptanz der Empfehlungen und des Vorgehens auf Seiten der Patient:innen.

- Beispiele für Anwendungen:

„[...] dass die dann, bei denen ich das dann angewendet habe, da auf jeden Fall gut dann drauf reagiert haben. Und dann immer mal, so dankbar für die Anregung waren, und eben für dieses niederschwellige Alltagsangebot, quasi.“

„Wie schon vorhin gesagt, bei uns wurde es tatsächlich eher relativ zügig abgeblockt. Was ich generell hier aber auch merke, nicht nur auf den Leitfaden jetzt bezogen und auf die 10.000 Schritte, sondern auch so Selbsthausaufgaben, Übungen, um was zu verbessern... ist die Motivation sehr gering. Also, wenn wir fragen: „Habt ihr´s gemacht?“, kommt immer: „Nee, ich hatte keine Zeit.“ Und wenn man dann sagt, man kann es doch integrieren, so und so und so: „Ja, aber das fällt mir trotzdem so schwer.“

- Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn nicht-reaktives Verhalten oder nicht-reaktive Äußerungen der Patient:innen geschildert werden, wie generelle Eigenschaften, allgemeines Verhalten oder grundlegende Einstellungen von Patient:innen (Hauptkategorie „Patient:innen“).

### 3. Mögliche Adaptationen für die zukünftige Anwendung

| Name der Kategorie        | Mögliche Adaptationen für die zukünftige Anwendung  |
|---------------------------|---|
| Inhaltliche Beschreibung  | Die HCPs schildern basierend auf ihren gemachten Erfahrungen, welche Anpassungen für eine erfolgreiche(re) Anwendung des Leitfadens in der Zukunft nötig wären.   |
| Anwendung der Kategorie   | <p>Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...</p> <p>... Aspekte des Gesprächsleitfadens, die ihrer Meinung nach besser hätten sein können (und geändert werden sollten).</p> <p>... die Vorstellungen eines idealen Gesprächsleitfadens für die Empfehlung oder Verordnung von körperlicher Aktivität.</p> <p>... (weitere) Hilfsmaterialien, die sie sich zur Übermittlung der Empfehlungen bei einer erneuten Anwendung des Leitfadens wünschen würden.</p> |
| Beispiele für Anwendungen | <p>„Ich würde den Leitfaden an sich gar nicht so ändern. Ggf. nur mit Hilfe eines Diagramms verschiedene Umrechnungen von 10.000 Schritten erkennbar darstellen.“</p> <p>„Es hat gescheitert an der Umsetzung im Internet. Also Schrittzählen ist alles gut, da haben sie... Also bei uns ist ein Teil der Therapie, also Bewegung ist ein Teil der Therapie, und wenn das eine App</p>   |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>gäbe, wo sie diese Schritte automatisch übertragen können, dann würden sie das ganz ganz viel nutzen, ja? [...] Nur, sobald das daran ging, sie müssen übertragen, da haben sie keine Lust mehr.“</p> <p>„Ich würde nichts ändern. Ich würde es so lassen, wie es ist.“</p>  |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) | Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn Aussagen der HCPs retrospektiv gemachte Erfahrungen darstellen, die nicht dazu dienen, zukünftige Änderungen anzubahnen oder zu illustrieren. (z.B. Hauptkategorie „Retrospektive Beurteilung der Erfahrungen mit der Nutzung des Leitfadens“ oder Subkategorie „Schwierigkeiten oder Hürden bei der Anwendung des Leitfadens“). |

#### 4. Ausblick / Weiterempfehlung der Anwendung

| <b>Name der Kategorie</b> | <b>Ausblick / Weiterempfehlung der Anwendung</b>  |
|---------------------------|---|
| Inhaltliche Beschreibung  | Die HCPs schildern, für wie wahrscheinlich sie es halten, dass sie die Anwendung eines solchen Gesprächsleitfadens so oder in ähnlicher Art und Weise fortführen oder anderen Kolleg:innen empfehlen würden, um körperliche Aktivität zu empfehlen bzw. zu verordnen.   |
| Anwendung der Kategorie   | <p>Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...</p> <p>... die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Anwendung eines (solchen) Gesprächsleitfadens zur Empfehlung von körperlicher Aktivität.</p> <p>... die Wahrscheinlichkeit einer Weiterempfehlung der Nutzung eines (solchen) Gesprächsleitfadens zur Empfehlung von körperlicher Aktivität.</p> <p>... Aspekte, die für oder gegen eine Weiterempfehlung der Nutzung eines (solchen) Gesprächsleitfadens zur</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | Empfehlung von körperlicher Aktivität sprechen.   |
| Beispiele für Anwendungen                   | <p>„Sehr wahrscheinlich. Ja. Also wie gesagt, weil das einfach ein wichtiges Thema ist, ein wichtiger Punkt ist und da so ein bisschen was, sag ich mal, standardisierteres noch zu haben... Wie gesagt, vorher ist das immer mal so mit eingeflossen, aber das im Hinterkopf wird sicherlich weiterhin regelmäßige Anwendung finden bei uns, bei mir.“</p> <p>„Also ich habe das schon längst getan, meine Kollegin macht das auch. [...]“</p> <p>„Ja, absolut! Eben gerade, weil es ja dann eben so ein bisschen systematisiert an das Thema heranbringen kann. Man so ein bisschen einen Anhaltspunkt hat. Aus der therapeutischen Sicht würde ich das empfehlen.“</p> |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) | Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn sich der Ausblick für die Zukunft nicht auf die Anwendung des Gesprächsleitfadens im Setting therapeutischer Konsultationen bezieht, sondern andere Übermittlungswege und Möglichkeiten zur Förderung von Bewegungsempfehlungen durch HCPs thematisiert werden. (Subkategorie „Weitere Ideen zur Förderung von Bewegungsempfehlungen oder dem Einsatz eines solchen Gesprächsleitfadens zur Bewegungsförderung“)   |

#### 4.1. Weitere Ideen zur Förderung von Bewegungsempfehlungen durch HCPs

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs schildern weitere Ideen dazu, wie die Übermittlung von Bewegungsempfehlungen durch HCPs weiter gefördert werden kann.
- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... Settings, in denen die Förderung und Empfehlung von Bewegung bzw. körperlicher Aktivität besonders sinnvoll wäre.

... andere Ansätze als einen Gesprächsleitfaden, um Bewegungsempfehlungen zu übermitteln.

... weitere Möglichkeiten von Therapeut:innen, um zur Empfehlung / Verordnung von körperlicher Aktivität beizutragen.

... andere Settings, die sich für die Anwendung eines (solchen) Gesprächsleitfadens zur Steigerung von KA eignen würden.

- Beispiele für Anwendungen:

„[...] Ich glaube das wäre im betrieblichen Gesundheitskontext eine interessante Maßnahme, weil da braucht es einen Leitfaden eben auch wirklich, weil die Leute arbeiten nicht, also gerade ´ne HR-Mitarbeiterin oder Mitarbeiter oder BGM-Beauftragte sind keine Therapeuten oder keine Ärzte.[...]“

„[...] Also klar, es ist natürlich gleichermaßen das schwierigste Feld, also ich meine, das ist allseits bekannt, Prävention liegt dem Homo sapiens nicht unbedingt direkt. Also es muss eigentlich immer erst weh tun, vorher macht man so relativ wenig oder es braucht eben wirklich relativ viel Sensibilisierung, deswegen fände ich das echt interessant so im schulischen Kontext mehr zu sensibilisieren, weil ich sag mal, wenn die Generationen anders herangezogen werden, sag ich mal, kommen wir vielleicht gar nicht erst zu der Problematik, dass man irgendwann einem 60-Jährigen erklären muss, dass doch 10.000 Schritte am Tag noch ´ne feine Sache wären.“

- Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): Die Kategorie wird NICHT kodiert, wenn HCPs Auskunft über die eigene zukünftige Anwendungs- oder Weiterempfehlungswahrscheinlichkeit eines solchen Gesprächsleitfadens geben (Hauptkategorie „Ausblick und Weiterempfehlung der Anwendung“) geben.

#### Nebenpfade und Abzweigungen

| Name der Kategorie       | Nebenpfade und Abzweigungen   |
|--------------------------|---|
| Inhaltliche Beschreibung | Übergreifend für alle Fokusgruppensitzungen werden unter dieser Kategorie bzw. den einzelnen Subkategorien relevante Aspekte zusammengefasst, die im Rahmen der einzelnen Beiträge aufgetaucht sind, jedoch nicht unbedingt mit den Hauptthemen zusammenhängen und nach Ansicht des Untersuchenden keiner anderen Haupt- oder Subkategorie im Zusammenhang mit den Fokusgruppen oder der Anwendung des Leitfadens zuzuordnen waren. |

|   |   |
|---|---|
|   | Diese Hauptkategorie beinhaltet selbst keine Abschnitte, sondern dient als übergeordnetes Gliederungselement für die nachfolgenden Subkategorien. |
| Anwendung der Kategorie                     | Die Hauptkategorie selbst wird entsprechend nicht kodiert, sondern lediglich die untergeordneten Subkategorien.                                   |
| Beispiele für Anwendungen                   | entfällt  |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional) | Die Kategorie wird NICHT kodiert.   |

#### a. Rückmeldungen zum Ablauf des Forschungsvorhabens

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs schildern Aspekte und Erfahrungen, den Ablauf des Forschungsvorhabens betreffend.
- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... ihre Erfahrungen hinsichtlich des Ablaufs und der Organisation des Forschungsvorhabens.

... mögliche Verbesserungsvorschläge im Hinblick auf die Organisation des Forschungsvorhabens.

- Beispiele für Anwendungen:

„Also, also ich habe vermisst dieser ganze Monat so, dass jemand hinterher fragt: „Wie war's und wie viel Leute hat man erreicht?“, oder: „Wie viele Patienten hast du heute angesprochen?“, oder so, dass man noch zwischendurch eine Zwischenkontrolle gibt. Ja, das vielleicht Ideen, was ich mir gedacht habe.“

„Ein Projekt, welches sich über einen längeren Zeitraum erstreckt (6-12 Monate). Hierbei wäre auch die Sinnhaftigkeit für die Kunden / Patienten bei der Datenerhebung in der App positiv angenommen worden.“

#### b. Erhebung des Aktivitätsniveaus bei Patient:innen

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs schildern, wie sie das derzeitige Aktivitätsniveau bei Patient:innen erfassen.
- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... ihr Vorgehen bezüglich der Erhebung des aktuellen Aktivitätsniveau der Patient:innen.

- Beispiele für Anwendungen:

„Was machen sie? Also, was machen sie ganz konkret? Was machen sie außerhalb der Arbeit? Also, ich habe immer Arbeit abgefragt: Was für eine Stelle haben sie? Wieviel sitzen sie? Ob sie laufen, weiß ich nicht, Lagerist, wieviel Prozent, wieviel ist Laufen? Oder so ältere Patienten, ob Haushalt, ja, die machen Haushalt, die bewegen sich. Da habe ich nachgefragt: Wie groß ist die Wohnung oder wie groß ist das Haus? Oder sie gehen mit dem Hund, dann ist die Frage: Wie alt ist der Hund? Und... Das sind die ergänzenden Fragen.“

#### c. Einstiegszenarien für die Thematisierung von KA

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs schildern, welche speziellen Situationen sie für die Übermittlung von Bewegungsempfehlungen nutzen.
- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... Situationen oder Szenarien, die sie als Einstieg in die Übermittlung von Bewegungsempfehlungen nutzen.

... mögliche Rahmenbedingungen oder Voraussetzungen, welche sich anbieten, um darüber mit der Übermittlung von Bewegungsempfehlungen zu beginnen.

- Beispiele für Anwendungen:

„Also tatsächlich passiert das meiste, wenn überhaupt, eher gegen Ende der Einheit, weil man zunächst mit dem Patienten ins Gespräch kommen will. Ich sage mal, das Feinfühlige. Und dann fragen die Patienten sowieso: ‚Was kann ich noch tun, damit es mir besser geht?‘“

#### d. Auswirkungen der Sars-CoV-2-Pandemie auf die Arbeitsbedingungen und deren Folgen

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs schildern, Auswirkungen der Sars-CoV-2-Pandemie auf die Arbeitsbedingungen ihrer Patient:innen und wie sie in Folge der dadurch ausgelösten muskuloskelettalen Beschwerden Bewegungsempfehlungen übermittelt haben.

- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... durch veränderte Arbeitsbedingungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie ausgelöste muskuloskelettale Beschwerden denen sie mit Bewegungsempfehlungen begegnet sind.

- Beispiele für Anwendungen:

„Wir hatten es ja gerade während der Coronazeit, dass gerade viele Arbeitende, die dann im Homeoffice waren, die kommen dann auch zu mir in die Urologie, weil sie meinen, sie haben es an den Nieren und die Arbeitgeber haben sich auch häufig rausgezogen. Wenn man jetzt sagt, wir machen Homeoffice, dann hat der Arbeitgeber sich da eigentlich drum zu kümmern, dass ein ergonomisches Arbeiten zu Hause möglich ist. Die haben sich dann rausgezogen. Dann hieß es nicht mehr Homeoffice, dann hieß es mobiles, mobiles Arbeiten und die Folge war dann am Küchentisch vorm Laptop gebückt, ne!? Und dann standen die irgendwann bei mir: „Ich glaube, ich hab’s an den Nieren, Herr Doktor“, ne!? Ich habe dann auch nur gesagt: „Das ist Rücken, mach´ Rückentraining!“, ne!?“

#### e. Eigene Erfahrungswerte der Therapeut:innen

- Inhaltliche Beschreibung: Die HCPs schildern, eigene Erfahrungen, die sie im Zusammenhang mit den Themen KA und dem Schrittesammeln gemacht haben.

- Anwendung der Kategorie: Die Kategorie wird kodiert, wenn die HCPs Aussagen treffen, über...

... ihr eigenes Erleben des Schrittesammelns und Versuchen der Aktivitätssteigerung, unabhängig von der Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben.

- Beispiele für Anwendungen:

„Also ich sehe das bei mir. Ich sitze den Großteil des Tages am Schreibtisch in der Praxis und ich hab´ mir auch extra einen Schrittzähler zugelegt und schaue, dass ich viele Schritte mache, aber es gibt auch viele Tage, da komme ich halt nicht mal auf 5000 Schritte, leider.“

| Name der Kategorie       | Nebenpfade und Abzweigungen  |
|--------------------------|--|
| Inhaltliche Beschreibung | <p>Dieser Kategorie sind der Vollständigkeit halber Elemente der Fokusgruppentranskripte zugeordnet worden, die nur organisatorischer Natur sind oder moderativen Charakter haben und keine inhaltliche Relevanz aufweisen.</p> <p>Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Klarheit werden diese sowohl im Kategorienhandbuch als auch in der Dissertationsschrift nicht näher beleuchtet.</p> |

## **Danksagung**

Die vorliegende Dissertation wäre ohne die Unterstützung und Begleitung vieler Menschen nicht möglich gewesen, denen ich an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank aussprechen möchte.

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. Claudia Pischke, für die wertvolle wissenschaftliche Betreuung und die stetige Unterstützung während der gesamten Promotionszeit.

Ebenso danke ich Frau Prof. Dr. Hannelore Riesner und Verena Leve, die mich mit wertvollen Anregungen und motivierenden Gesprächen unterstützt haben.

Mein herzlicher Dank gilt selbstverständlich auch den Studienteilnehmenden, die durch ihre Mitarbeit im Rahmen der Pilotierung des Gesprächsleitfadens, ihre Impulse und den Austausch im Zuge der Datenerhebung dieses Forschungsprojekt erst ermöglicht haben.

Nicht zuletzt möchte ich meiner Familie und meinen Freunden danken, die mir in herausfordernden Phasen immer zur Seite standen, mich ermutigt und unterstützt haben. Besonders danke ich meiner Frau Anna Lia für ihr geduldiges Zuhören, ihre Motivation, und die emotionale Unterstützung sowie Maike Thiemann für ihre geschätzte Arbeit als Lektorin dieser Dissertation.

*Monheim, 14.09.2025*

*Julius Vogel*