

Gesundheitsfachleute als Anbieter bewegungsbezogener Interventionen in der gesundheitlichen Versorgung

Der Philosophischen Fakultät und Fachbereich Theologie

der Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

zur

Erlangung des Doktorgrades Dr. phil.

vorgelegt von

Stefan Peters

aus München

Kumulative Dissertation

Als Dissertation genehmigt

von der Philosophischen Fakultät und Fachbereich Theologie

der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Tag der mündlichen Prüfung: 02.06.2020

Vorsitzender des Promotionsorgans: Prof. Dr. Thomas Demmelhuber

Gutachter: Prof. Dr. Klaus Pfeifer

Prof. Dr. Gerhard Huber

PD Dr. Heiner Vogel

DANKSAGUNG

Zunächst danke ich meinem Doktorvater, Herrn **Prof. Dr. Klaus Pfeifer**. Sowohl das Studium bei ihm als auch die Arbeit danach an seinem Lehrstuhl empfand ich als prägend und sehr lehrreich. Er war und ist für mich ein Vorbild und ich habe großen Respekt vor der Arbeit, die er unter anderem für unsere Profession als Sportwissenschaftler leistet. Ich danke ihm für sein immer offenes Ohr, für die Wertschätzung und die fachliche Unterstützung.

Herrn **Prof. Dr. Gerhard Huber** danke ich für die Übernahme des Zweitgutachtens. Ich empfinde es als sehr bereichernd, unter seiner Präsidentschaft beim Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V. arbeiten zu können und danke ihm auch hier für die Unterstützung. Seinen prägenden Einfluss auf die Sport- und Bewegungstherapie empfinde ich als vorbildhaft.

Herrn **PD Dr. Heiner Vogel** danke ich für die Übernahme des Drittgutachtens. Ich danke ihm außerdem für die immer angenehme interprofessionelle Zusammenarbeit, sein stets offenes Ohr, seine Unterstützung, sowie die Perspektiven, die sich mir über ihn erschlossen haben.

Frau **Dr. Karin Meng** danke ich für die langjährige angenehme Zusammenarbeit und die vielen, intensiven Gespräche. Die Erfahrungen aus den Projekten mit ihr empfinde ich als äußerst lehrreich. Ich würde mich freuen mit ihr noch viele weitere Jahre Train-the-Trainer Schulungen durchzuführen. I strongly thank **Dr. Hilda Mulligan** for her support. Hilda was a pleasure to work with in 2014. I thank her for the opportunity to take part in her projects at the University of Otago/New Zealand back then and I admire her view on self-management and physical activity promotion, particularly in persons with disabilities. Weiterhin großer Dank gebührt Frau **Angelika Baldus**. Ich bedanke mich für und freue mich über die Möglichkeit, für sie, respektive den DVGS, arbeiten und von ihr lernen zu können. Ich danke ihr für das viele entgegengebrachte Vertrauen, ihr immer offenes Ohr und die große Unterstützung insgesamt, sowie für die Promotion im Speziellen.

Der Dank, den ich meiner Lebensgefährtin **Miriam** übermitteln möchte, würde den Rahmen sprengen. Neben vielem anderen danke ich ihr für Ihre Liebe und Unterstützung, ihre positive Energie und das Ertragen diverser Stimmungsschwankungen im Zuge dieser Arbeit.

Meinen Eltern **Ulrike und Horst** danke ich für die Eigenschaften, die sie mir mitgegeben haben, um diese Dissertation trotz ihrer langen Dauer schlussendlich zu schultern. Sie haben mich immer gefördert und unterstützt und haben meiner großen Lesebegeisterung den Boden geebnet.

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Publikationen der kumulativen Dissertation	VII
Assoziierte Publikationen und publizierte Abstracts	VIII
1. Theoretischer Hintergrund	1
1.1 Auswirkungen körperlicher Aktivität bzw. körperlicher Inaktivität	1
1.2 Prävalenz von KA und KI	1
1.3 Maßnahmen zur Bewegungsförderung.....	3
1.4 Bewegungsförderung in verschiedenen Lebenswelten.....	5
1.5 Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung.....	6
1.6 Welche bewegungsbezogenen Interventionen kommen in der gesundheitlichen Versorgung zum Tragen.....	8
1.7 Status quo der Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung.....	10
1.8 Barrieren auf der Ebene der Gesundheitsfachleute gegenüber Bewegungsförderung bzw. bewegungsbezogenen Interventionen	13
1.9 Implementierung von Maßnahmen der Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung	15
2. Veröffentlichungen der kumulativen Dissertation	18
2.1 Publikation I	18
2.2 Publikation II.....	27
2.3 Publikation III.....	35
2.4 Publikation IV	45
2.5 Publikation V.....	53
2.6 Publikation VI	62
2.7 Publikation VII.....	68
3. Schlussfolgerungen	75
4. Stärken und Limitationen	77
5. Ausblick	79
5.1 Implikationen für die Forschung	79
5.2 Implikationen für die Praxis	85
6. Fachwissenschaftliche Einordnung	87
7. Literaturverzeichnis	95
Zusammenfassung	123

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1. Theoretisches Framework zur Erforschung von Intention und Verhalten von Gesundheitsfachleuten (wörtlich übersetzt vom Verfasser nach Godin et al., 2008, S. 9); Abdruck gemäß Creative Commons Lizenz: http://creativecommons.org/licenses/by/2.0	80
Abbildung 2. Versorgungsforschung im Kanon mit Grundlagenforschung und klinischer Forschung (Pfaff, 2017); Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. H. Pfaff.....	89
Abbildung 3. „Kreislauf der Versorgungsoptimierung“ (Gräbel et al., 2015, S. 198); Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Georg Thieme Verlag KG	91
Abbildung 4. Translation von Forschung in die Praxis (Abbildung wörtlich übersetzt vom Verfasser gemäß der Erlaubnis von Springer Nature: Springer Nature, Journal of General Internal Medicine, Rubenstein, L.V. & Pugh, J., Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research, 2006, S. S59).....	92

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Prioritätsbereiche der Physical Activity Strategie der WHO Europa (wörtlich übersetzt vom Verfasser nach World Health Organization Regional Office for Europe, 2016, S. 4)	3
Tabelle 2. In den NEBB benannte relevante Lebenswelten für Bewegungsförderung mit jeweiligem Evidenzgrad	5
Tabelle 3. Barrieren und Förderfaktoren für Veränderung auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung (wörtlich übersetzt vom Verfasser nach Grol & Wensing, 2004, S. S59)	16
Tabelle 4. Fragebogen zum Monitoring von Implementierungsmaßnahmen (vom Verfasser übersetzt und adaptiert nach Légaré et al., 2014, S. 8).....	81

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BGK	Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DMP	Disease-Management-Programm
DRV	Deutsche Rentenversicherung
KA	Körperliche Aktivität
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KI	Körperliche Inaktivität
NEBB	Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)

Die vorliegende Disseration umfasst sieben Zeitschriftenartikel. Hierzu werden in dieser Promotionsschrift theoretischer Hintergrund, thematischer Zusammenhang und fachwissenschaftliche Einordnung umfassend dargelegt. Die Publikationen wurden in national wie international anerkannten, begutachteten (Peer-Review Verfahren) Fachzeitschriften publiziert. Die folgende Auflistung ist nicht chronologisch angeordnet sondern erfolgt qua Darstellungsreihenfolge in dieser Promotionsschrift.

- I. **Peters, S.,** Schultze, A., Pfeifer, K., Faller, H. & Meng, K. (2016). Akzeptanz der Einführung standardisierter Patientenschulungen durch das multidisziplinäre Reha-Team am Beispiel einer Rückenschule – eine qualitative Studie. *Gesundheitswesen*, 78, 148-155.
- II. Meng, K., **Peters, S.,** Schultze, A., Pfeifer, K. & Faller, H. (2015). Der Einfluss von 2 Implementierungsinterventionen auf die Implementierungsgüte einer standardisierten Rückenschulung in der orthopädischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 54, 325-331.
- III. **Peters, S.,** Faller, H., Pfeifer, K. & Meng, K. (2016). Experiences of rehabilitation professionals with the implementation of a back school for patients with chronic low back pain: a qualitative study. *Rehabilitation Research and Practice*, doi: 10.1155/2016/6720783
- IV. **Peters, S.,** Wilkinson, A. & Mulligan, H. (2018). Views of healthcare professionals on training for and delivery of a fatigue self-management program for persons with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, doi: 10.1080/ 09638288.2018.1478993. [Epub ahead of print]
- V. **Peters, S.,** Schwab, M., Faller, H. & Meng, K. (2017). Schulung für Ärzte zur Bewegungsförderung bei Älteren. Bedarfsanalyse und Bewertung eines ersten Angebots. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12, 218-226.
- VI. **Peters, S.,** Schwab, M., Faller, H. & Meng, K. (2018). Bewegungsberatung für Ältere in der hausärztlichen Versorgung: zwei Praxishilfen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 34, 233-237.
- VII. **Peters, S.,** Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2013). Trainieren, Lernen, Erleben: Kompetenzförderung in Bewegungstherapie und Gesundheitssport. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 29, 210-215.

In Zusammenhang mit den genannten zentralen Beiträgen dieser Dissertation sind weitere assoziierte Zeitschriftenbeiträge und ein Blog-Beitrag erschienen. Außerdem wurden die Ergebnisse auf wissenschaftlichen Fachkongressen vorgestellt. Hierzu liegen publizierte Abstracts vor. Zeitschriftenbeiträge und Abstracts werden im Folgenden aufgeführt. Zudem werden ein Projektbericht und der Implementierungsleitfaden für die Patientenschulung Curriculum Rückenschule referenziert, welche an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg erstellt wurden¹. Für Publikationen des Promovenden außerhalb des Gegenstandsbereichs der Dissertation sei auf die zur Promotionsschrift eingereichte vollständige Publikationsliste verwiesen.

Zeitschriftenbeiträge:

Meng, K., **Peters, S.** & Faller, H. (2017). Effectiveness of a standardized back school program for patients with chronic low back pain after implementation in routine rehabilitation care. *Patient Education and Counseling*, 100, 1161-1168.

Meng, K., **Peters, S.**, Schultze, A., Pfeifer, K. & Faller, H. (2014). Bedarfsorientierte Entwicklung und Teilnehmerbewertung von zwei Implementierungsinterventionen für eine standardisierte Rückenschulung in der stationären medizinischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 94, 218-231.

Publizierte Abstracts:

Peters, S., Schwab, M., Faller, H. & Meng, K. (2016). Wie sind die Voraussetzungen und Erwartungen von Hausärzten und Therapeuten hinsichtlich eines Schulungsangebots zur Bewegungsförderung. 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) in Essen. *Gesundheitswesen*, 78, A41. Doi: 10.1055/s-0036-1586551

Meng, K., **Peters, S.** & Faller, H. (2015). Effectiveness of a standardized back school program for patients with low back pain after implementation in routine care. 13th Congress of European

¹ Der Projektbericht des zweiten zentralen Projekts, dessen Ergebnisse in diese Dissertation eingeflossen sind (Teilbereich PATEN im Forschungsverbund Capital4Health, Teilprojektleiter Prof. Dr. Dr. Winfried Banzer) stand zum Zeitpunkt der Eröffnung dieses Promotionsverfahrens noch nicht in finaler Fassung zur Verfügung.

Federation for Research in Rehabilitation, Helsinki, Finland, Volume: *EFRR 2015 Proceedings* (Editor: Lindstam, S), p. 76-77.

Peters, S., Faller, H., Pfeifer, K. & Meng, K. (2015). „Dann haben die untereinander teilweise die Probleme gelöst“ – Schulungsleitererfahrungen mit der Implementierung einer Rückenschule. 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Augsburg. *DRV-Schriften, 107*, 184-186.

Meng, K., Opeskin, J., **Peters, S.** & Faller, H. (2015). Die Bedeutung von Schulungsleiterdeterminanten für die Einführung standardisierter Patientenschulungen in die Routineumsetzung. 24. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Augsburg. *DRV-Schriften, 107*, 187-189.

Peters, S., Abotseng, L., Faleatua, R.-J., Harvey, S. & Mulligan, H. (2014). Experiences of health care professionals with the training and delivery of the self-management program “Minimise Fatigue, Maximise Life” for persons with MS. *Multiple Sclerosis Journal, 20*(7), 976-1010.

Meng, K., Schultze, A., **Peters, S., Pfeifer, K. & Faller, H. (2014).** Effekte von zwei Implementierungsinterventionen auf die Umsetzung einer standardisierten Patientenschulung. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Karlsruhe. *DRV-Schriften, 103*, 285-287.

Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K., Faller, H. & Meng, K. (2013). Meinungen und Erwartungen des multidisziplinären Reha-Teams hinsichtlich der Einführung einer standardisierten Rückenschule. 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Mainz. *DRV-Schriften, 101*, 231-232.

Meng, K., Schultze, A., **Peters, S., Pfeifer, K. & Faller, H. (2013).** The impact of two implementation strategies for patient education programs on patient-oriented education practice in orthopedic rehabilitation. 12th Congress of European Federation for Research in Rehabilitation. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 59*, 67.

Meng, K., Schultze, A., **Peters, S., Pfeifer, K. & Faller, H. (2013).** Bewertung von zwei Implementierungsinterventionen für Patientenschulungen durch das interdisziplinäre Schulungsteam. 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Mainz. *DRV-Schriften, 101*, 235-237.

Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K., Faller, H. & Meng, K. (2012). Voraussetzungen und Erwartungen von Bewegungstherapeuten bzgl. der Einführung einer standardisierten

Rückenschule. In K. Eckert & P. Wagner (Hrsg.), *Ressource Bewegung - Herausforderung für Gesundheits- und Sportsystem sowie Wissenschaft*, S. 77. Hamburg: Czawlina. (Beitrag ausgezeichnet mit dem ersten Posterpreis)

Peters, S., Pfeifer, K., Schultze, A., Faller, H. & Meng, K. (2012). Dissemination of a standardized back school: structure and needs in inpatient rehabilitation facilities prior to implementation. In R. Meeusen, J. Duchateau, B. Roelands, M. Klass, B. De Geus, S. Baudry & E. Tsolakidis (Eds.), *17th annual Congress of the European College of Sport Science. 4-7th July ECSS Bruges 2012 – Belgium*, p. 431. Brüssel: Bloso.

Meng, K., Schultze, A., **Peters, S.**, Worringen, U., Pfeifer, K., & Faller, H. (2012). Wie ist die Struktur- und Bedarfssituation von orthopädischen Rehabilitationskliniken zur Einführung eines standardisierten Schulungsprogramms? 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Hamburg. *DRV-Schriften*, 98, 164-166.

Blog Beitrag:

Peters, S. (2016). Rückenschule ist nicht gleich Rückenschule. Zugriff am 15.05.2019 unter <https://www.dvgs.de/de/features/blog/item/65-r%C3%BCckenschule-ist-nicht-gleich-r%C3%BCckenschule.html>

Projektbericht:

Meng, K., **Peters, S.**, Schultze, A. & Faller, H. unter Mitarbeit von Pfeifer, K., Neumann, A., Wasem, J. (2015). *Patientenorientierte Schulungspraxis in der orthopädischen Rehabilitation durch Dissemination eines evaluierten Schulungsprogramms*. Unveröffentlichter Projektbericht.

Implementierungsleitfaden:

Meng, K., Schultze, A., Faller, H., **Peters, S.** & Pfeifer, K. (2011). *Implementierungsleitfaden zum Curriculum Rückenschule*. Zugriff am 27.06.2019 unter http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/rueckenschule/Implementierungsleitfaden_Internet.pdf

1. Theoretischer Hintergrund

1.1 Auswirkungen körperlicher Aktivität bzw. körperlicher Inaktivität

Die positiven Wirkungen körperlicher Aktivität (KA) auf die menschliche Gesundheit sind wissenschaftlich umfassend abgesichert (Powell et al. 2011; Reiner et al. 2013; Warburton & Bredin, 2017). Der Wert dieser Wirkungen wird so hoch eingeschätzt, dass KA von verschiedenen Seiten als möglicher „best buy“ für Public Health bzw. Medizin thematisiert wird (van Mechelen, 1997, S. 264; Loprinzi, 2015, S. 23; MacAuley et al. 2015, S. 1). Diese Bewertung liegt unter anderem daran, dass KA wegen der Vielfältigkeit der Gesundheitswirkungen als „polypill“ gesehen wird (Fiuza-Luces et al., 2013, S. 330; Sanchis-Gomar et al., 2015, S. 360; Pareja-Galeano et al., 2015, S. 497; Löllgen & Bachl, 2016, S. 664; Rebelo-Marques et al., 2018, S. 1; Li et al., 2019, S. 294). Durch die Erhöhung des Levels der KA einer Bevölkerung könnten potenziell starke Kostensenkungen im Gesundheitswesen herbeigeführt werden (zusammenfassend Breuer, 2014).

Auf der anderen Seite existiert die Kenntnis der vielfältigen negativen Auswirkungen von körperlicher Inaktivität (KI) (Booth et al., 2012; González et al., 2012; Lee et al., 2012). Dies ist separat zu nennen, weil sedentäres Verhalten einen von KA unabhängigen gesundheitlichen Risikofaktor darstellt (z. B. Fenton et al., 2017; Furlanetto et al., 2017; Henschel et al., 2017). Eine hohe Stundenanzahl, die sitzend verbracht wird, wird z. B. in Zusammenhang mit der Entstehung von Typ 2 Diabetes mellitus gebracht, sowie mit sonstigen kardiometabolischen Risikofaktoren und einer erhöhten Mortalität (Dunstan et al., 2012; zusammenfassend Huber, 2014). Bei Älteren steht KI mit einer höheren Prävalenz von Gebrechlichkeit („Frailty“) in Verbindung (Kehler et al., 2018). Körperlich inaktive Personen scheinen zudem das Gesundheitswesen öfter in Anspruch zu nehmen als aktive (Sari, 2009).

1.2 Prävalenz von KA und KI

Trotz der genannten Begebenheiten besteht weltweit eine hohe Prävalenz sedentären Verhaltens (Guthold et al., 2018), was teilweise gar als eine „pandemic of physical inactivity“ bezeichnet wird (Kohl et al., 2012, S. P294; Althoff et al., 2017, S. 336). Westliche Industrienationen sind dabei besonders betroffen, was u.a. an den vermehrt sedentären Arbeitsplätzen und dem Verkehrsverhalten (z. B. persönliche Mobilität mittels PKW) liegen dürfte (Huber, 2015; Guthold et al., 2018). In Deutschland erreichen nur 45,3% der Bevölkerung den empfohlenen Wochenumfang aerober KA (Finger et al., 2017). Wenn man

vorliegende Daten detaillierter in Augenschein nimmt und auch die, in gängigen Bewegungsempfehlungen aufgeführten, muskelkräftigenden Aktivitäten einbezieht, so erfüllen sogar nur 22,6% der Bundesbürger das empfohlene Aktivitätsniveau (Finger et al., 2017). Demgegenüber verbringt die Bevölkerung im Durchschnitt ca. 7 Stunden pro Werktag im Sitzen (Froböse & Wallmann-Sperlich, 2016), wobei diese Stundenanzahl häufig bereits im Kindes- und Jugendalter erreicht wird (Huber & Köppel, 2017). Bei chronisch Kranken, welche von Bewegung in hohem Maße profitieren würden (z. B. Pedersen & Saltin, 2015), ist KI häufig besonders ausgeprägt. So stellten Murphy et al. (2017) fest, dass bei Erwachsenen mit Arthritis in den USA nur 13,7% die Bewegungsempfehlungen hinsichtlich aerober und muskelkräftigender Aktivitäten erfüllen. Bei Brustkrebspatientinnen zeigte sich in einer Langzeitstudie über 10 Jahre, dass nur 7,8% der 631 Personen umfassenden Stichprobe zu allen Messzeitpunkten die Bewegungsempfehlungen der USA erfüllten (Mason et al., 2013). Andere publizierte Beispiele eines geringen Ausmaßes an KA bei chronischen Erkrankungen betreffen etwa Personen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) (Saunders et al., 2015), koronaren Indikationen (De Smedt et al., 2016, 2019), chronischer Nierenerkrankung (Bowlby et al., 2016) oder Multipler Sklerose (Kinnett-Hopkins et al., 2017), um lediglich ein paar Beispiele zu nennen. Im Umkehrschluß scheint sedentäres Verhalten scheint bei Personen mit chronischen Erkrankungen oft sehr ausgeprägt zu sein. Beispielsweise zeigen Hunt et al. (2014) dass Personen mit COPD einen beträchtlichen Teil ihres Tages sitzend bzw. fernsehend verbringen. Für Personen mit Multipler Sklerose in den USA schlussfolgern Sasaki et al. (2018) gar, dass diese täglich doppelt so lange sitzen wie die Normalbevölkerung. Auch zur hohen Prävalenz sedentären Verhaltens ließen sich die indikationsbezogenen Beispiele fortschreiben, was allerdings den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Aus der beschriebenen Pandemie körperlicher Inaktivität und dem damit in Verbindung stehenden Anstieg nicht-übertragbarer Krankheiten wie Typ-2-Diabetes mellitus, Krebs und Herz-Kreislauf Erkrankungen leitet sich die Notwendigkeit verstärkter Anstrengungen zur Bewegungsförderung ab (Rütten et al., 2018; Ozemek et al., 2019). Über die Einsatzfelder der Gesundheitsförderung und Prävention hinaus könnte dadurch auch das enorme Potenzial von körperlicher Aktivität in der Rehabilitation bereits bestehender chronischer Erkrankungen (Pedersen & Saltin, 2015) weiter gestärkt werden. Dies gilt auch, obwohl die hohen zeitlichen Umfänge der Bewegungstherapie in deutschen Einrichtungen medizinischer Rehabilitation (Brüggemann et al., 2018) als Indikator betrachtet werden können, dass in diesem Handlungsfeld, rein quantitativ betrachtet, bereits entsprechend gehandelt wird.

1.3 Maßnahmen zur Bewegungsförderung

Auf die genannte, angezeigte Stärkung der Bewegungsförderung hat die Weltgesundheitsorganisation WHO schon länger mit Initiativen reagiert. Als markantes aktuelles Beispiel ist der „globale Aktionsplan zu körperlicher Aktivität 2018-2030“ (WHO, 2018) zu nennen.

Darin verschreibt sich die WHO der folgenden Mission:

„To ensure that all people have access to safe and enabling environments and to diverse opportunities to be physically active in their daily lives, as a means of improving individual and community health and contributing to the social, cultural and economic development of all nations“ (WHO, 2018, S. 20).

Auch auf europäischer Ebene greift die WHO das Thema mit einer „Physical Activity Strategy for the WHO European Union 2016-2025“ auf. Hierbei werden die Prioritätsbereiche auf verschiedenen Ebenen benannt (siehe Tabelle 1) (World Health Organization Regional Office for Europe, 2016).

Tabelle 1: Prioritätsbereiche der Physical Activity Strategie der WHO Europa (wörtlich übersetzt vom Verfasser nach World Health Organization Regional Office for Europe, 2016, S. 4)

Prioritätsbereich 1	Bereitstellung von Führung und Koordination für die Bewegungsförderung
Prioritätsbereich 2	Unterstützung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
Prioritätsbereich 3	Bewegungsförderung für alle Erwachsenen als Teil des täglichen Lebens, auch während des Transports, der Freizeit, am Arbeitsplatz und durch das Gesundheitssystem
Prioritätsbereich 4	Bewegungsförderung bei Älteren
Prioritätsbereich 5	Unterstützung von Handlungen durch das Monitoring, die Überwachung, die Bereitstellung von Tools, das Ermöglichen von Plattformen, sowie durch Evaluation und Forschung

Was Deutschland angeht, so führen Siefke und Titze (2016, S. 66) in einer länderspezifischen Bewegungskarte als „politisch-strategische Richtlinie“ die so genannte „InForm – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ als nationalen Aktionsplan an. Außerdem wurden im Jahr 2016 Nationale Empfehlungen für Bewegung und

Bewegungsförderung (NEBB) veröffentlicht (Rütten & Pfeifer, 2016), was von deren Herausgebern im Abgleich mit der internationalen Situation als „überfällig“ bezeichnet wurde (Pfeifer & Rütten, 2017, S. S3). Die NEBB erscheinen auch insofern von Bedeutung, da dort Bewegungsempfehlungen, die direkt auf das Ausmaß der KA in der Bevölkerung abzielen, systematisch mit Empfehlungen für Bewegungsförderung verknüpft werden. Hierin besteht national wie international eine Innovation (Rütten & Pfeifer, 2016).

Was verbirgt sich explizit hinter den Empfehlungen für Bewegungsförderung? Diese Frage ist zunächst eng verknüpft mit einer Begriffsklärung. Gemäß Rütten und Pfeifer (2016, S. 67) fallen unter den Terminus Bewegungsförderung „(...) gezielte Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, das Bewegungsverhalten von Menschen zu verbessern“. Auch wird darunter ein „Prozess [verstanden], der darauf abzielt, möglichst allen Menschen ein hohes Maß an körperlicher Aktivität zur Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen und als Bestandteil eines gesunden Lebensstils zu ermöglichen“ (Geuter & Holleederer, 2012, S. 14). Für den Begriff „körperliche Aktivität“, welcher hier genannt wird, wird in Deutschland zumeist synonym der Ausdruck „Bewegung“ verwendet (Abu-Omar & Rütten, 2012) und damit eine Bezeichnung mit einer großen Vielzahl an Sinndimensionen (Rütten, 2006; 2017). Auch der Sport ist hier einzusortieren, für den allerdings Brehm und Kollegen (2013, S. 1385) postulieren, dass er „(...) nicht per se – d.h. in allen seinen Ausprägungen – gesundheitswirksam ist“. Bei der Betrachtung der gesundheitlichen Versorgung, welche in dieser Dissertation erfolgt, erscheint vor diesem Hintergrund besonders die gesundheitsförderliche körperlichen Aktivität entscheidend, welche international als „health enhancing physical activity“ begrifflich geprägt wurde (Foster, 2000, S. 1; Bennie et al., 2017, S. 1842).

Bei Interventionen zur Bewegungsförderung kann eine Aufteilung vorgenommen werden in so genannte individuumsbezogene und populationsbezogene Maßnahmen (Abu-Omar & Rütten, 2012). Als individuumsbezogene Maßnahmen sind „(...) zielgruppengerechte Ansprache und die Bereitstellung gruppenbasierter Trainings- oder Gesundheitssportprogramme sowie die begleitende Vermittlung kognitiver Strategien zur Motivation und Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität“ (Abu-Omar & Rütten, 2012, S. 68) zu begreifen. Populationsbezogene Maßnahmen umfassen Ansätze wie gemeindebezogene bzw. politik- und umweltbasierte Interventionen sowie massenmediale Kampagnen (Abu-Omar & Rütten, 2012).

1.4 Bewegungsförderung in verschiedenen Lebenswelten

Eine weitere Aufteilung bei Ansätzen der Bewegungsförderung kann dahingehend vorgenommen werden, auf welche Lebenswelt sie sich beziehen (Rütten et al., 2017a). Diese Aufteilung wurde in den NEBB größtenteils vorgenommen, wobei bei der Bewegungsförderung für die Gesamtbevölkerung lediglich nach Interventionstypen unterschieden wurde (z. B. massenmediale Kampagnen, umweltbezogene Ansätze) (Rütten & Pfeifer, 2016). Was in den NEBB offen bleibt, ist die Frage, welche Definition von Lebenswelt hier zugrunde liegt. Wie Dadaczynski et al. (2016) zum Settingbegriff konstatieren, den sie oft als synonym zur „Lebenswelt“ verwendet sehen, existieren mannigfaltige Bedeutungen². Die vorliegende Dissertation erhebt nicht den Anspruch, sich mit dem Begriff „Lebenswelt“ definitorisch auseinanderzusetzen. Vielmehr wird pragmatisch vorgegangen und ohne begriffliche Reflexion auf die Lebenswelten eingegangen, welche in den NEBB aufgeführt sind. Diese sind in Tabelle 2 dargestellt, geordnet nach Zielgruppen und versehen mit dem jeweiligen Evidenzgrad³.

Tabelle 2: In den NEBB benannte relevante Lebenswelten für Bewegungsförderung mit jeweiligem Evidenzgrad

Zielgruppe	Genannte Lebenswelten	Evidenzgrad
Kinder und Jugendliche	Schule	Gute Evidenzlage
	Familie und häusliches Umfeld	Mittlere Evidenzlage
	Kindergärten und Kindertagesstätten	
	Freizeit und Bewegung	Geringe Evidenzlage/nicht erforscht
Erwachsene	Betrieb	Mittlere Evidenzlage
	Gesundheitliche Versorgung	
	Häusliches Umfeld	
	Freizeit und Bewegung	Geringe Evidenzlage/nicht erforscht

² Für eine ausführliche Sammlung verschiedener definitorischer Zugänge zu den Begriffen Lebenswelt und Setting, siehe Engelmann und Halkow (2008).

³ Eine ausführliche Darstellung, welche Kriterien dem jeweiligen Evidenzgrad zugrund liegen, findet sich bei Rütten und Pfeifer (2016).

Ältere Menschen	Häusliches Umfeld	Mittlere Evidenzlage
	Kommunale Lebenswelt	
	Gesundheitliche Versorgung	
	Freizeit und Bewegung	Geringe Evidenzlage/nicht erforscht
Menschen mit Vorerkrankungen	Gesundheitliche Versorgung	Mittlere Evidenzlage

1.5 Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung

Für alle Zielgruppen ab dem Erwachsenenalter taucht dabei die Lebenswelt gesundheitliche Versorgung auf (Rütten & Pfeifer, 2016). International bezeichnet auch das Global Advocacy Council der internationalen Gesellschaft für körperliche Aktivität und Gesundheit (ISPAH) (2012, S. 711) die gesundheitliche Versorgung als eines der 7 besten Investments für körperliche Aktivität: „Health care systems should include physical activity as an explicit element of regular behavioural risk factor screening for NCD prevention, patient education and referral.“ Für alle drei in Tabelle 2 genannten Zielgruppen, bei denen die gesundheitliche Versorgung genannt wird, besteht wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von Bewegungsförderung in dieser Lebenswelt, auch wenn diese nur einem mittleren Evidenzgrad entspricht (Rütten & Pfeifer, 2016). Um hier nur ein schlaglichtartiges Beispiel anzuführen: Tarasenko und Kollegen (2017) konnten mit einer Stichprobe von 3.320 Personen nach Krebs und 38.955 Erwachsenen ohne Krebs zeigen, dass Bewegungsempfehlungen durch Gesundheitsfachleute bei beiden Zielgruppen mit einem höheren Ausmaß aerober körperlicher Aktivität assoziiert sind. Grundsätzlich gilt, dass auch dem Grundsatz der Patientensicherheit „Primum nil nocere“ (Schrappe, 2018, S. 3) (Deutsch: Erstens nicht schaden) mit Bewegung bzw. Bewegungstherapie in hohem Maße Rechnung getragen wird, da diese über viele Indikationen hinweg als sicher bzw. nebenwirkungsarm eingestuft werden, gerade wenn Kontraindikationen und indikationsspezifische Besonderheiten beachtet werden (Geidl et al., 2009; Luan et al., 2019). Um letztere Aspekte in Interventionen zu berücksichtigen, könnte sich die gesundheitliche Versorgung auch besser eignen als andere Lebenswelten, da Erhebungsinstrumente zur Verfügung stehen, um entsprechende Eingangsassessments durchzuführen (z. B. Huber, 2012b; Cowan, 2016). Interventionen zur Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung erweisen sich zumeist außerdem als kosteneffektiv (Garrett

et al., 2011; Lion et al., 2018). Dies sei illustriert am Beispiel einer kürzlich durchgeführten systematischen Übersichtsarbeit, welche die Kosteneffektivität von Bewegungsinterventionen bei Personen mit Demenz und leichten kognitiven Einschränkungen sowie deren pflegenden Angehörigen positiv beschied (Nickel et al., 2018)⁴. Weiterhin gibt es eine Argumentationsrichtung, Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung voranzutreiben, die maßgeblich auf Gegebenheiten der Praxis aufbaut.

Hierbei steht sowohl die vermeintlich gute Eignung von Akteuren aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung bzw. ihres Zugangs zu Patienten im Vordergrund als auch die aktuelle Situation, wenn Personen sich in der Versorgung befinden, als vermeintlich günstige Gelegenheit für Verhaltensänderung. Was die Akteure angeht, so seien hier „Exercise Physiologists“ (Soan et al., 2014), Hausärzte (Hinrichs & Brach, 2012), Sportmediziner (Joy et al., 2013), bzw. Physiotherapeuten (Verhagen & Engbers, 2009; Shirley et al., 2010) lediglich beispielhaft genannt. Beispielsweise ist die Rede davon, dass Ärzte der primären Gesundheitsversorgung bei Bewegungsberatung eine bedeutende Rolle spielen können, weil Patienten in sie „inhärentes Vertrauen“ haben (AuYoung et al., 2016, S. 1023, *Übers. durch den Verf.*). Bei den „Exercise Physiologists“, die international in gewissem Maße vergleichbar erscheinen mit den Sport-/Bewegungstherapeuten hierzulande, wird konstatiert, dass sie „(...) Erfahrung und Expertise besitzen in Assessment, Design und Durchführung von Bewegungs- und Verhaltensänderungsinterventionen, mit speziellem Fokus auf diejenigen mit einer chronischen Erkrankung (...) oder einem entsprechendem Risiko“ (Lederman et al., 2016, S. 348, *Übers. durch den Verf.*). Für Physiotherapeuten schreiben Lowe und Kollegen (2017, S. 2, *Übers. durch den Verf.*): „Physiotherapeuten sind gut platziert um Bewegung zu fördern. (...). In den Jahren 2015-2016 gab es über 5 Millionen ambulante Physiotherapie Kontakte; ein großer Anteil der Personen, die auf ambulante Physiotherapie Angebote zugreifen sind entweder übergewichtig oder adipös, haben viele Komorbiditäten und sind körperlich inaktiv.“

Was die günstige Gelegenheit für Verhaltensänderung angeht, so wird oft von einem „teachable moment“ oder „window of opportunity“ gesprochen, wenn Personen sich in Kontakt mit der gesundheitlichen Versorgung befinden, z. B. bei der Diagnose einer Erkrankung (Xiang, 2016) oder bei Schwangerschaft (Atkinson et al., 2016). Hinsichtlich der Erkrankungsdiagnose

⁴ Bei der Verwendung dieses Arguments soll allerdings nicht verschwiegen werden, dass individuumsbezogene Maßnahmen, wie sie in der gesundheitlichen Versorgung zumeist durchgeführt werden, im Vergleich zu populationsbezogenen Maßnahmen vermeintlich eher weniger Kosteneffektivität aufweisen, aufgrund des starken Ressourceneinsatzes und einer vergleichsweise geringeren Reichweite („reach“) (Rütten et al., 2017b, S. S51); für einen Überblick zur Kosteneffektivität von Bewegungsförderung bei den jeweiligen Zielgruppen der NEBB, siehe Rütten & Pfeifer (2016).

stammt viel Literatur aus dem Bereich der Onkologie (z. B. Demark-Wahnefried et al., 2005; Møller et al., 2013; Bluethmann et al., 2015), aber auch bei anderen Indikationen wird das Konzept berücksichtigt (z. B. Li et al., 2013; An & Yang, 2016).

1.6 Welche bewegungsbezogenen Interventionen kommen in der gesundheitlichen Versorgung zum Tragen

Die in der gesundheitlichen Versorgung eingesetzten Maßnahmen zur Bewegungsförderung können unterschiedlichste Formen annehmen. Dies zeigt sich bereits darin, dass sie potenziell von unterschiedlichen Berufsgruppen eingesetzt werden, wie in Kap. 1.5 bereits angedeutet wurde. Ihnen gemeinsam ist, dass sie meist den individuumsbezogenen Interventionen (vgl. Kap. 1.3) zuzurechnen sind (vgl. Rütten & Pfeifer, 2016; Rütten et al., 2017b).

Für die vorliegende Arbeit wird eine offene Definition von bewegungsbezogenen Interventionen verwendet, die lediglich voraussetzt, dass körperliche Aktivität ein zentraler Inhaltspunkt ist bzw. die Bindung an körperliche Aktivität (vgl. Bös & Brehm, 1999; Brehm & Rütten, 2004; Pfeifer et al., 2010) einen zentralen Zielbereich im Interventionskonzept darstellt⁵. Auch Patientenschulungen bzw. Selbstmanagement Programme, die Bewegung als zentrales Element enthalten, sind somit hier einsortierbar. Dies trifft sowohl auf das Curriculum Rückenschule (CR) (Meng et al., 2009, 2011) als auch das Selbstmanagement Programm „Minimise Fatigue, Maximise Life“ (MFML) (Mulligan et al., 2016a, 2016b) zu, deren Implementierungen zu den Themenbereichen dieser Dissertation gehören. Die Abgrenzung von modernen Bewegungsinterventionen und Selbstmanagement Programmen kann grundsätzlich als fließend gesehen werden. In der einschlägigen Literatur wird z. B. davon gesprochen, dass zur Förderung der körperlichen Aktivität Selbstmanagement Strategien eingesetzt werden (vgl. Dobkin, 2018) oder körperliche Aktivität ein gewünschtes Kernelement von Selbstmanagement Interventionen darstellt (vgl. May, 2010). Die verhaltensbezogene Bewegungstherapie, die Geidl et al. (2012b, S. 260) konzipierten, verbindet „(...) geeignete Elemente des körperlichen Trainierens systematisch mit pädagogischen Elementen der Patientenschulung und verhaltensbezogenen Techniken (...)“. Steinau (2005, S. 180) beschreibt für die Aktualisierung

⁵ Es sei hier allerdings eingeräumt, dass der Begriff der bewegungsbezogenen Interventionen in der Literatur vermeintlich sehr unterschiedlich gehandhabt wird. So deutet sich beim Beitrag von Stoll (1999, S. 18) mit der Verwendung des Ausdrucks von „körper- und bewegungsbezogene[n] Interventionen“ bzw. „körper- und bewegungszentrierte[n] Therapieformen“ an, dass der Bewegungsbegriff hier eher auf die körperliche Ausrichtung abhebt und somit ein Abgrenzungsmerkmal zu anderen, beispielsweise psychologischen Therapieverfahren, darstellen kann. An anderer Stelle wurde der Begriff bewegungsbezogene Interventionen synonym mit „physical activity interventions“ verwendet (Schüller & Demetriou, 2017, 2018, S. 39).

von Rückenschulungsprogrammen den Bedarf, „(...) über die funktionell-medizinisch orientierte Bewegungskomponente (exercises) hinaus auch mittels kognitiv-affektiver Inhalte die langfristige Verhaltensänderung (...) zu schulen.“

Im Sinne der genannten offenen Definition steuern bewegungsbezogene Interventionen explizit auch Zielbereiche an, die über das Bewegungsverhalten hinausgehen. Für die Konzeption von Interventionen zur Prävention von Rückenschmerzen schreibt beispielsweise Pfeifer (2004, S. 5): „(...) für die Konzeption eines Interventionskonzepts (...) [müssen] weiterhin Einflussbereiche Berücksichtigung finden, die über die körperliche Aktivität hinausgehen. Zu nennen sind hier z.B. psychosoziale Einflüsse oder Bedingungen des Arbeitsplatzes etc.“ Bei den psychosozialen Einflüssen geht es hier u.a. um den Umgang mit Schmerz (Coping) (Pfeifer, 2007). Allerdings besteht auch bei solchen Aspekten, die über das Bewegungsverhalten hinausgehen, meist eine enge Beziehung zur Bewegung. Für den Coping Prozess bei chronischen Erkrankungen, wie er eben für Rückenschmerzen aufgeführt wurde, postulieren Geidl et al. (2014) etwa, dass dieser Prozess potenziell durch Bewegung positiv beeinflusst werden kann. Als weiteres Beispiel sei hier die Ansteuerung des Ernährungsverhaltens im modularen Bewegungskonzept Deltaprinzip zur Gewichtsreduktion bei Übergewicht und Adipositas genannt. Zwar handelt es sich bei Ernährung nominell um ein separates Thema, welches aber wg. der angestrebten Balance aus Energieaufnahme und Energieverbrauch direkt mit dem Bewegungsverhalten in Verbindung steht (Huber, 2009).

Was die Verortung von Interventionen in der gesundheitlichen Versorgung angeht, so wird, angelehnt an Geuter und Holleder (2012), hierfür die Position bezogen, dass im Kontext der Bewegungsförderung die gesundheitliche Versorgung ihrerseits noch in verschiedene Settings unterteilt werden kann. Im Folgenden werden die primärärztliche Versorgung und die medizinische Rehabilitation in den Fokus gerückt, gemäß der inhaltlichen Ausrichtung der Publikationen dieser Dissertation. Eine Behandlung anderer Settings im Gesundheitswesen, wie der Bewegungsförderung im Akutkrankenhaus (Börjesson, 2013) oder in der stationären Langzeitversorgung (Horn et al., 2012) würde hier den Rahmen sprengen.

In der Rehabilitation ist gemäß Geidl und Kollegen (2012a, S. 323) die Bewegungstherapie „[d]ie zentrale therapeutische Intervention zur Bewegungsförderung (...)“. Hierfür gilt folgende Definition: „Bewegungstherapie ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die von Fachtherapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird“ (Schüle & Huber, 2012, S. 30; Schüle & Deimel, 1990). Bewegungsförderung ist allerdings neben der Bewegungstherapie auch

potenzieller Teil von Patientenschulung (Faller et al., 2011). Dies verwundert nicht, aufgrund der in diesem Kapitel bereits angesprochenen engen Verbindung von Bewegungsinterventionen und Selbstmanagement und der wissenschaftlichen Evidenz von körperlicher Aktivität bei einer Vielzahl chronischer Erkrankungen (Pedersen & Saltin, 2015).

In der primärärztlichen Versorgung wird Bewegungsförderung meist in Form von Beratung angeboten (Orrow et al., 2012; Rütten & Pfeifer, 2016). Dies können zum Beispiel kurze Empfehlungen sein, die als „Brief advice“ (NICE, 2013, S. 1) oder „Minimal contact“ (Senore et al., 2012, S. 6) bezeichnet werden, oder „Bewegung auf Rezept“ Programme, die mit externen Bewegungsprogrammen verknüpft sind (Löllgen et al., 2013; Rütten & Pfeifer, 2016; Lion et al., 2018; Loss et al., 2018).

1.7 Status quo der Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung

Trotz der beschriebenen Argumentation in Kap. 1.5, die sich sowohl aus wissenschaftlicher Evidenz als auch praxisbasierten Überlegungen speist, scheinen weniger als die Hälfte der Staaten in der Europäischen Union Programme anzubieten, die die Bewegungsberatung durch Gesundheitsfachleute umfassen (Breda et al., 2018). Für die primäre Gesundheitsversorgung fragen Lion und Kollegen (2018, S. 878) gar, ob Bewegungsförderung hier etwa ein „utopian quest“ bleibt. Wenn man das Praxisverhalten von Ärzten der primären Gesundheitsversorgung in Deutschland betrachtet, so zeigt sich bisher ein differenziertes Bild. Im internationalen Vergleich scheint hierzulande gerade das Bewegungsverhalten eher selten angesprochen zu werden (Bock et al., 2012). Im bundesweiten Survey von Ärzten der primären Gesundheitsversorgung von Schneider et al. (2014) geben 19,2% der Befragten an, dass sie alle ihrer Patienten zu Bewegung beraten, während 25,6% bzw. 27% angeben in etwa zwei Drittel bzw. in etwa die Hälfte ihrer Patienten zu beraten. Nur 48% aller befragten Ärzte geben an, dabei erfolgreich gewesen zu sein, ihre Patienten zu körperlicher Aktivität zu motivieren (Schneider et al., 2014). Bei einer Umfrage in Bayern zum Präventionsprogramm „Rezept für Bewegung“, an der 923 Ärzte aus Privatpraxen teilgenommen haben, geben 73,6% an, nie von dem Programm gehört zu haben. Von den 26,4%, die schon davon gehört haben, geben wiederum 70,1% an, es nie zu verwenden (Curbach et al., 2018).

In der medizinischen Rehabilitation hingegen besteht in Deutschland ein hoher Stellenwert der Bewegungstherapie, der unter anderem an deren zeitlichem Anteil von 60,8% an allen Leistungen festgemacht werden kann (Daten von 2014: Brüggemann et al., 2018). Dieser hohe

Anteil besteht schon länger, hat zuletzt allerdings sogar noch zugenommen (Anteil von 59,8% im Jahr 2007 (Brüggemann & Sewöster, 2010))⁶.

In Bezug auf Patientenschulungsprogramme identifizierten Reusch et al. (2013) im Rahmen einer Bestandsaufnahme in Deutschland aus dem Jahr 2010 112 indikationsübergreifende Maßnahmen zur Gesundheitsbildung, die sich spezifisch dem Thema Bewegung widmen. Diese Zahl wirkt zunächst gering in Bezug auf die gesamte Zahl von 4950 Maßnahmen, die von den Einrichtungen berichtet wurden (Reusch et al., 2013). Allerdings ist Bewegung als Themenkomplex, wie bereits in Kap. 1.6 berichtet, auch in vielen indikationsspezifischen Programmen zentral vorhanden, welche in der Bestandsaufnahme getrennt berichtet wurden. Ein praktischer Bewegungsanteil in indikationsspezifischen Maßnahmen der Gesundheitsbildung deutet sich auch dadurch an, dass hier im Kanon mit anderen Methoden wie Diskussionen, Vorträgen etc. ein hoher Übungsanteil angegeben wird (Reusch et al., 2013). Für mehrere Indikationen wurden in den letzten Jahren Patientenschulungsprogramme mit körperlicher Aktivität als einem zentralen Inhalt entwickelt und evaluiert. Darunter fallen z. B. Programme für Personen mit Fibromyalgie (Musekamp et al., 2019), Herzinsuffizienz, (Meng et al., 2016), chronischen, nicht-spezifischen Rückenschmerzen (Meng et al., 2011, 2017) und koronarer Herzerkrankung (Meng et al., 2014). Das Programm für letztere Zielgruppe hat sich beispielweise mit kleiner Effektstärke langfristig (12-monatiger Follow-up Zeitraum) als wirksam erwiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich des Outcome Parameters der körperlichen Aktivität (Meng et al., 2014), was die Bedeutsamkeit der Bewegungsförderung im Rahmen des Programms zu bestätigen scheint. Mit der integrativen Patientenschulung PASTOR wurde beispielsweise von Semrau und Kollegen (2015) für Personen mit chronischen, nicht-spezifischen Rückenschmerzen ein ganzes Rehabilitationsprogramm entwickelt und evaluiert, welches als ein zentrales Kernziel die nachhaltige Bindung an körperliche Aktivität anstrebt.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Bewegungsförderung durch Bewegungstherapie und Patientenschulung eine hohe Bedeutung hat, wenn man die in den letzten Absätzen genannten Gegebenheiten zugrunde legt. Offen blieb hierzu in der Vergangenheit oft die Kenntnis über viele Merkmale der konzeptuell-inhaltlichen Ausgestaltung. Bei den Schulungsprogrammen sind nur knapp 50% in Gänze manualisiert (Reusch et al., 2013) und hinsichtlich der Bewegungstherapie liefert erst eine jüngst abgeschlossene Bestandsaufnahme den Einblick in

⁶ Bei beiden genannten Erhebungen wurden Daten der Deutschen Rentenversicherung verwendet.

Konzepte und Prozesse der Praxis (Deprins et al., 2019). Aus dieser Bestandsaufnahme zogen die Autoren allerdings u.a. das folgende positive Zwischenfazit:

„Wissensvermittlung und Schulungselemente sowie deren Verknüpfung mit Bewegungspraxis sind innerhalb der Bewegungstherapie in Deutschland inzwischen weit verbreitet. Gemeinsam mit der hohen Bedeutsamkeit von Verhaltensänderungstechniken spricht dies für eine zunehmende Verbreitung von biopsychosozialen Therapiekonzepten innerhalb der Praxis der Bewegungstherapie“ (Deprins et al., 2016, S. 316-317)

An anderer Stelle, mit anderem Fokus, fällt das Fazit aus der Bestandsaufnahme nüchterner aus. Geidl und Kollegen (2019) stellten beispielsweise fest, dass in der Bewegungstherapie in Deutschland die Erhebung von personbezogenen Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartung, wahrgenommene Barrieren, Erwartungen etc. nur sehr eingeschränkt erfolgt. Die Autoren erwarten daraus negative Konsequenzen für die inhaltliche Praxis, da Verhaltensänderungstechniken oder Selbstmanagement Strategien nicht basierend auf adäquaten Informationen angewandt werden, sondern vermeintlich auf der Intuition der Therapeuten (Geidl et al., 2019).

Durch solche Forschungsergebnisse kann der Anreiz geschaffen werden, eine zukünftige Stärkung der Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation voranzutreiben. Hierzu dürften auch die Ziele und Aktivitäten der Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften beitragen, welche sich bereits 2009 die Optimierung von Bewegungstherapie und die Aufarbeitung offener Forschungsfragen vorgenommen hat (Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“, 2009).

Bzgl. der Bewegungsförderung in der primärärztlichen Versorgung hatten wiederum die NEBB bereits politischen Impact (Rütten et al., 2018), welcher vermutlich auch daraus resultierte, dass Ärzte und medizinische Fachgesellschaften in der Disseminationsstrategie für die NEBB als Multiplikatoren adressiert worden waren (Rütten & Pfeifer, o.D.). Im Beschlussprotokoll des 120. Deutschen Ärztetages heißt es: „Die Empfehlungen [NEBB] sollen für die Ärzte zum Anlass genommen werden, die Bewegungsberatung für die Patientinnen und Patienten in der ärztlichen Tätigkeit in Praxis, Klinik und Behörden umzusetzen“ (Bundesärztekammer, 2017, S. 190). International gibt es ähnliche Statements für bzw. von gesundheits- und berufspolitische(n) Akteure(n). Die einflussreiche American Heart Association veröffentlichte im zweiten Quartal 2018 ein „Scientific Statement“ zu „Routine Assessment and Promotion of

Physical Activity in Healthcare Settings“ (Lobelo et al., 2018, S. e495). Die „Preventive Services Task Force“ der USA gibt Empfehlungen für die Förderung von körperlicher Aktivität und einer gesunden Ernährungsweise in der primären Gesundheitsversorgung heraus, die Klinikern als Entscheidungsgrundlage dienen sollen (z. B. Lin et al., 2010; Patnode et al., 2017).

1.8 Barrieren auf der Ebene der Gesundheitsfachleute gegenüber Bewegungsförderung bzw. bewegungsbezogenen Interventionen

Solche Forderungen und Empfehlungen sind aber nicht neu. 20 Jahre vor dem besagten Beschluss des Deutschen Ärztetages schrieb Willem van Mechelen in einem Editorial für das British Journal of Sports Medicine: „Health care personnel should play an important part in getting more people more active (...)“ (van Mechelen, 1997, S. 264)⁷. Gegenüber systematischer Bewegungsförderung durch Gesundheitsfachleute gibt es allerdings eine Vielzahl an Barrieren auf individueller Ebene der Professionellen und der Patienten, aber auch auf systembasierter Ebene. AuYoung et al. (2016) zeigen dies am Beispiel der Primärversorgung auf, wo sie, verkürzt dargestellt, z. B. fehlende Fähigkeiten und fehlendes Training von Ärzten ebenso anführen wie fehlende Vergütung.

Barrieren können im Speziellen auftreten, sobald die Bewegungsförderung auf spezielle Zielgruppen ausgerichtet werden soll, wie chronisch Erkrankte oder Ältere. Beispielsweise benennen Hausärzte bezüglich einer Bewegungsförderung bei Personen mit chronischen Knieschmerzen als häufigste internale Barrieren unzureichende Expertise und die Unsicherheit über die angemessene Form des Trainings (Cottrell et al., 2017). Bezüglich der Bewegungsförderung bei Multipler Sklerose schürte eine Expertenbefragung jüngst Zweifel an dem adäquaten Verhalten von Gesundheitsfachleuten. Die Studienautoren illustrierten dies an der Erinnerung eines Experten zu einer Neurologenaussage: „(...) and for god’s sake don’t do too much, don’t overexert yourself“ (Riemann-Lorenz et al., 2019, S. 6). Donaghy und Taylor (2010) diskutieren, ob Ärzte bei Personen mit Depressionen Bewegung fördern sollten. Dabei besteht zum Beispiel Uneinigkeit bezüglich Evidenz bzw. Kosteneffektivität bei dieser Zielgruppe und es werden Barrieren auf Seiten der Patienten angesprochen und Unsicherheiten bzgl. der optimalen Dosis genannt (Donaghy & Taylor (2010). Im Kontext der Onkologie verwies Schüle im Jahr 2006 zum 25jährigen Bestehen von Krebsportgruppen in Deutschland

⁷ Allerdings sei hier eingeräumt, dass Ende der 1990er Jahre und Anfang der 2000er Jahre auch aufgrund der wissenschaftlichen Erforschung noch weniger Einigkeit in dieser Sache bestand. Beispielsweise sah die genannte „Preventive Services Task Force“ der USA noch in den Jahren 2002 bzw. 2003 die Evidenz als unzureichend um Bewegungsberatung in der Primärversorgung zu empfehlen (Lin et al., 2010).

darauf, dass das Vorhandensein der Gruppen bei Ärzten noch immer einen geringen Bekanntheitsgrad hat (Schüle, 2006). Was die Zielgruppe der Älteren angeht, so schrieben Phillips und Kollegen (2004, S. S56) in einer Übersichtsarbeit: „Clinicians historically have not actively promoted physical activity and sometimes have even actively discouraged activity.“

Neben den Herausforderungen, die die Bewegungsförderung für unterschiedliche Zielgruppen in sich birgt, sind es auch Attribute moderner bewegungsbezogener Interventionen, die eine entsprechende Einstellung sowie Expertise und Kompetenzen der Gesundheitsfachleute voraussetzen. „Moderne Konzepte der Bewegungstherapie“ (Geidl et al., 2012a, S. 326) bzw. „modern[e] biopsychosozial[e] Konzept[e] der Bewegungstherapie“ (Huber et al., 2014, S. 4) zeichnen sich zum Beispiel durch den Einbezug psychologischer bzw. psychosozialer Theorien und Interventionstechniken aus. Dies dient zum Beispiel der langfristigen Bindung an körperliche Aktivität (Geidl et al., 2014; Geidl, 2015) bzw. verfolgt das Ziel der Krankheitsbewältigung (vgl. Umgang mit Rückenschmerz bei Pfeifer, 2007). Der Einbezug psychosozialer Faktoren bei Rückenschmerzpatienten kann sich aber beispielsweise für Physiotherapeuten als herausfordernd darstellen (Foster & Delitto, 2011; Synnott et al., 2015). Dies erscheint verständlich, da in deren Ausbildung Psychologie bzw. psychologische Interventionen offenbar nur inkonsistent abgedeckt werden (Alexanders et al., 2015). Was die Bindung bzgl. körperlicher Aktivität angeht, so scheinen vergleichsweise wenige Konzepte, die von Physiotherapeuten verwendet werden, auf Theorien der Verhaltensänderung aufgebaut zu sein. Zudem werden Techniken wie Motivational Interviewing offenbar eher selten genutzt (Alexander et al., 2012).

Weiterhin sind moderne Konzepte der Bewegungsförderung häufig nach Prinzipien der Patienten-/Personorientierung und Ressourcenorientierung ausgerichtet (z. B. Deck et al., 2012; Huber et al., 2014). Die Integration dieser Prinzipien könnte sich für Gesundheitsfachleute als herausfordernd gestalten. Grundsätzlich sind bzgl. der regelhaften Integration von patientenorientierten Prinzipien in die gesundheitliche Versorgung in Deutschland weiterhin vermehrte Anstrengungen nötig (Härter et al., 2017). Für die physiotherapeutische Ausbildung im Speziellen heißt es bei Bollert et al. (2009), dass z. B. Ressourcenorientierung keine oder nur randständige Erwähnung findet, ohne dass die Autoren allerdings Untersuchungsergebnisse dazu anführen. Die vermeintlich starke biomechanische Prägung der Physiotherapie und die Einnahme einer Expertenrolle könnten sich für Therapeuten als hinderlich bzgl. eines patientenorientierten Vorgehens erweisen (Mudge et al., 2014; Nicholls, 2018). Bei akademisierten Physiotherapeuten in Deutschland erkennen Darmann-Finck und

Reuschenbach (2019, S. 329) zwar „(...) eher eine patientenorientierte Perspektive“ gegenüber beruflich Ausgebildeten. Erstere machten allerdings noch im Jahr 2017 weniger als 1% der vollzeitäquivalent beschäftigten Physiotherapeuten hierzulande aus (Physio Deutschland, 2019). Eine jüngst durchgeführte Umfrage unter Physiotherapeuten in Deutschland zur partizipativen Entscheidungsfindung (PEF), einem explizit patientenorientierten Konzept, ergab, dass von 357 Studienteilnehmern 60,5% keine Kenntnis vom Konzept der PEF besaßen (Topp et al., 2018).

In der Sport-/Bewegungstherapie haben die Ressourcenorientierung in Form der Salutogenese sowie die Patientenorientierung konzeptionell eine feste Verankerung (Schüle, 1987; Huber, 2011, 2012a). Diese Tatsache steht allerdings der Erkenntnis gegenüber, dass gesundheitsbezogene Studiengänge der Sportwissenschaft in der Vergangenheit als sehr heterogen beurteilt wurden (Pfeifer, 1999; Pfeifer et al., 2004). Diese Heterogenität dürfte fortbestehen, verstärkt durch die Setzung von Studienschwerpunkten im Zuge des Bologna Prozesses (vgl. Huber, 2008, 2016). Sport-/Bewegungstherapeuten können über Wege der Fort- und Weiterbildung vermeintliche Lücken in der Basisqualifikation ausgleichen um den hohen Anforderungen an ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten (vgl. Baldus & Steinau, 2016) gerecht zu werden. In der Breite der gesundheitlichen Versorgung erscheint dennoch nicht abschließend systematisch geklärt, inwieweit das in der Praxis eingesetzte sport-/bewegungstherapeutische Personal durch die Ausbildung auf die heutzutage verstärkte Patienten- und Ressourcenorientierung vorbereitet ist bzw. durch Fort- und Weiterbildung diesbezügliche Defizite nachgeholt hat.

1.9 Implementierung von Maßnahmen der Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung

Einflussfaktoren, wie die genannten Barrieren, müssen in Betracht gezogen werden, wenn eine verstärkte Integration von Maßnahmen der Bewegungsförderung in die gesundheitliche Versorgung stattfinden soll. Dies gilt umso mehr, da hohe qualitative Anforderungen an diese Maßnahmen zu stellen sind (Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“, 2009; Huber & Baldus, 2012). Es sei hier die These formuliert, dass die Implementierung moderner Konzepte der Bewegungsförderung einen hohen Komplexitätsgrad im Hinblick auf die Versorgungspraxis mit sich bringt aufgrund der bisher in dieser Promotionsschrift beschriebenen Attribute. Diese Komplexität dürfte die Implementierung erschweren (Grol & Grimshaw, 2003).

Die Implementierung von Innovationen in der gesundheitlichen Versorgung hat im Allgemeinen eine ganze Reihe von Einflussfaktoren, die sich auf mehreren Ebenen anordnen lassen (Grimshaw et al., 2012). Tabelle 3 liefert einen Überblick von Barrieren und Förderfaktoren für Veränderung („What drives change?“) auf verschiedenen Ebenen in der Gesundheitsversorgung (Grol & Wensing, 2004).

Tabelle 3: Barrieren und Förderfaktoren für Veränderung auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung (wörtlich übersetzt vom Verfasser nach Grol & Wensing, 2004, S. S59)

Level	Barrieren/Förderfaktoren (Incentives)
Innovation	Vorteile in der Praxis, Machbarkeit, Glaubwürdigkeit, Zugänglichkeit, Attraktivität
Individuelle Fachkraft	Wahrnehmung, Wissen, Einstellung, Änderungsmotivation, Verhaltensroutinen
Patient	Wissen, Fähigkeiten, Einstellung, Compliance
Sozialer Kontext	Meinung von Kollegen, Kultur des Netzwerks, Zusammenarbeit, Führung
Organisationskontext	Organisation der Versorgungsprozesse, Angestellte, Kapazitäten, Ressourcen, Strukturen
Ökonomischer und politischer Kontext	Finanzielle Arrangements, Regulationen, Richtlinien/Strategien („policies“)

Die Beiträge der vorliegenden Dissertation richten ihren Fokus auf das Level der individuellen Fachkraft. Dabei wurden unterschiedliche Berufsgruppen an verschiedenen Stellen der gesundheitlichen Versorgung adressiert. Die Publikationen 1, 2 und 3 haben die Einführung einer interdisziplinären Rückenschule zum Thema, welche die langfristige Bindung an körperliche Aktivität zum Ziel hat. Das Schulungsprogramm wurde in 10 Rehabilitationseinrichtungen eingeführt, wobei als Gesundheitsfachleute neben Bewegungstherapeuten (Sport-/Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten und Sport- und Gymnastiklehrer) sowohl Ärzte als auch Psychologen und Ergotherapeuten beteiligt waren. Publikation 4 setzt sich mit den Sichtweisen von Physiotherapeuten und Ergotherapeuten auseinander, die an einem Trainerseminar teilgenommen hatten und anschließend Durchführende eines Selbstmanagement Programms für Personen mit Multipler Sklerose waren. Die Publikationen 5 und 6 behandeln die Schulung von Ärzten der Primärversorgung bzgl. der Bewegungsförderung bei Älteren. Dabei wird eine vorausgehende Bedarfsanalyse ebenso

dargestellt, wie Praxismaterialien, welche als „Umsetzungshilfen“ (Donner-Banzhoff & Bösner, 2012, S. 19) den Transfer in die Praxis für die Ärzte erleichtern sollen. In Publikation 7 wird das Konzept der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (BGK) (Pfeifer et al., 2013) für Praktiker der Gesundheitsberufe, mit dem Fokus auf Sport-/Bewegungstherapeuten, dargestellt, was einer Translation in die gesundheitliche Versorgung Vorschub leisten soll. Strukturell ist die BGK bereits in der medizinischen Rehabilitation integriert durch die Aufnahme in die Therapieziele im Rahmen der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) (Peters, 2015b).

2. Veröffentlichungen der kumulativen Dissertation

2.1 Publikation I

Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K., Faller, H. & Meng, K. (2016).
Akzeptanz der Einführung standardisierter Patientenschulungen durch das
multidisziplinäre Reha-Team am Beispiel einer Rückenschule – eine
qualitative Studie. *Gesundheitswesen*, 78, 148-155.
DOI: 10.1055/s-0034-1390445

2.2 Publikation II

Meng, K., **Peters, S.**, Schultze, A., Pfeifer, K. & Faller, H. (2015). Der Einfluss von 2 Implementierungsinterventionen auf die Implementierungsgüte einer standardisierten Rückenschulung in der orthopädischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 54, 325-331.

DOI: 10.1055/s-0035-1555911

2.3 Publikation III

Peters, S., Faller, H., Pfeifer, K. & Meng, K. (2016). Experiences of rehabilitation professionals with the implementation of a back school for patients with chronic low back pain: a qualitative study. *Rehabilitation Research and Practice*, DOI: 10.1155/2016/6720783

2.4 Publikation IV

Peters, S., Wilkinson, A. & Mulligan, H. (2018). Views of healthcare professionals on training for and delivery of a fatigue self-management program for persons with multiple sclerosis. *Disability and rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2018.1478993 [Epub ahead of print]

2.5 Publikation V

Peters, S., Schwab, M., Faller, H. & Meng, K. (2017). Schulung für Ärzte zur Bewegungsförderung bei Älteren. Bedarfsanalyse und Bewertung eines ersten Angebots. *Prävention und Gesundheitsförderung, 12*, 218-226.

DOI: 10.1007/s11553-017-0590-5

2.6 Publikation VI

Peters, S., Schwab, M., Faller, H. & Meng, K. (2018). Bewegungsberatung für Ältere in der hausärztlichen Versorgung: zwei Praxishilfen.

Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 34, 233-237.

DOI: 10.1055/a-0670-3401

2.7 Publikation VII

Peters, S., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2013). Trainieren, Lernen, Erleben:
Kompetenzförderung in Bewegungstherapie und Gesundheitssport.
Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 29, 210-215.
DOI: 10.1055/s-0033-1345513

3. Schlussfolgerungen

In dieser Dissertation wurden sieben Arbeiten vorgestellt, die sich mit dem Kontext der Gesundheitsfachleute als Anbieter bewegungsbezogener Interventionen in der gesundheitlichen Versorgung auseinander setzen. Aus den Ergebnissen der Studien bzw. der theoretischen Arbeiten lassen sich eine Reihe von Schlussfolgerungen ziehen. Zentrale Schlussfolgerungen werden im Folgenden aufgeführt, getrennt nach Kontext der Beiträge.

Bei der Einführung der Patientenschulung „Curriculum Rückenschule“, welche die langfristige Bindung an körperliche Aktivität zum Ziel hat, zeigen sich verschiedene Sichtweisen und Bewertungen des multidisziplinären Rehabilitationsteams, wie z. B.:

1. Den Inhalten des Curriculums wird fachlich zugestimmt, wobei sich eine Diskrepanz andeutet zwischen dessen tatsächlichen inhaltlichen Schwerpunkten und den von den Befragten wahrgenommenen. Als zentrale Inhalte einer Rückenschule werden oft Themen benannt, die in eher biomedizinisch orientierten Konzepten im Fokus stehen, wobei die gezielte Förderung der Bindung an körperliche Aktivität eher zurücksteht.
2. Die Vorgabe einer Struktur durch eine manualisierte Schulung bzw. die Struktur des Curriculums wird vom multidisziplinären Reha-Team positiv bewertet. Demgegenüber deutet sich an, dass die in dem Rahmen der Schulung mögliche Flexibilität bei der Durchführung unterschiedlich ausgelegt wurde. Eine vermeintlich sehr genaue Orientierung an den Vorgaben des Schulungsmanuals führte eher zu negativen Erfahrungen.
3. Die Stärkung der Patientenorientierung wird vor der Implementierung von den Befragten als positiv herausgestellt, wobei sich in der Durchführung zwar eine oft hohe, aber auch heterogene Beteiligung der Rehabilitanden zeigte. Im Umgang mit dieser Beteiligung scheinen die Kompetenzen der Gesundheitsfachleute unterschiedlich ausgeprägt zu sein.
4. Aus beiden Befragungen, vor und nach der Implementierung des Curriculums lässt sich ein Schulungsbedarf ableiten. Hierbei sollten zum Beispiel die Patientenorientierung und korrespondierende Schulungsmethoden berücksichtigt werden. Weiterhin erscheint der Umgang mit einem manualisierten Programm im Spannungsfeld zwischen Flexibilität und Wahrung der „Fidelity“ als Schulungsinhalt geeignet. Die Erwartung der Befragten, sich durch die Implementierung des Curriculums persönlich weiterzuentwickeln, kann als günstige motivationale Voraussetzung für Trainerschulungen gesehen werden.

5. Es sind auch die Gesundheitsfachleute der Rehabilitationskliniken mit Train-the-Trainer Seminaren, welche sowohl die Lernzielerreichung als auch die Schulungsumsetzung signifikant besser bewerten im Vergleich mit den Professionellen, welche bei der Implementierung des Curriculums Rückenschule lediglich mit Leitfäden unterstützt wurden.

In den Interviews, die mit Physiotherapeuten und Ergotherapeuten zu deren Erfahrungen mit dem Training für das Selbstmanagement Programm „Minimise fatigue, maximise life“ und dessen Durchführung mit Personen mit Multipler Sklerose geführt wurden, zeigen sich verschiedene Sichtweisen, wie z. B.:

1. Im Rahmen des Programms nahmen die Gesundheitsfachleute eine Wechselseitigkeit dahingehend wahr, dass sie als aktive Gruppenteilnehmer auch Informationen erhielten und nicht lediglich die eher traditionelle Rolle als Experten einnahmen, welche Informationen liefern. Durch eine vorbereitende Trainerschulung empfanden Sie sich darauf methodisch vorbereitet.
2. In der dieser Schulung empfanden die Gesundheitsfachleute außerdem den Austausch zweier unterschiedlicher Professionen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten) als wertvoll, ebenso wie den Verzicht auf vermeintlich beherrschende Schulungsmethodik. Die interaktive Atmosphäre wurde positiv konnotiert.
3. Für zukünftige Trainerschulungen scheinen Inhalte und Methoden geeignet, die sich mit interaktiver Gruppengestaltung befassen und dabei auf Aspekte wie Gruppendynamik, Diskussionsmoderation und Umgang mit verschiedenen Gruppenteilnehmern eingehen.

Aus der Bedarfsanalyse und Bewertung eines ersten Schulungsangebots, welche mit Ärzten in einem regional begrenzten Einzugsgebiet zum Themenbereich Bewegungsförderung bei Älteren durchgeführt wurden, lassen sich folgende Schlussfolgerungen ableiten:

1. Die Mehrheit der Befragten sieht eine hohe Relevanz darin, dass Ältere zu körperlicher Aktivität beraten werden und urteilt über knapp 70% ihrer älteren Patienten, dass diese körperlich aktiver sein sollten. Dennoch geben die Ärzte an, nur etwas mehr als der Hälfte ihrer älteren Patienten Bewegungsempfehlungen zu vermitteln. Mögliche Erklärungsfaktoren zeigen sich in den Barrieren, wobei hier von ärztlicher Seite häufig Zeitmangel und patientenbezogene Faktoren (z. B. Widerstände) genannt werden.
2. Fortbildung im Bereich der Bewegungsförderung bietet sich an, weil der Bedarf von den Ärzten gesehen wird, das Interesse hoch ist und die Bewertung einer initialen Schulung

zumindest kurzfristigen Wissens- und Kompetenzzuwachs andeutet. Eine zeitliche Ausweitung des Schulungsangebots unter Einsatz von interaktiver Methodik erscheint geboten.

3. In Wissens- und Kompetenzbereichen zu Gesundheits- und Bewegungsförderung bei Älteren bewerten sich die Befragten im Durchschnitt auf einem mittleren Niveau, was ebenfalls mögliche Ansatzpunkte für Schulungsmaßnahmen liefert.

Die theoretischen Arbeiten dieser Dissertation, in denen Praxismaterialien zur Bewegungsförderung erstellt wurden und das Konzept der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz zum Zwecke der Translation in die Praxis vorgestellt wurde, lassen folgende Schlussfolgerungen für die Praxis zu:

1. Die 5A-Methode erscheint für die Bewegungsberatung in der primären Gesundheitsversorgung einen adäquaten Ansatz darzustellen und Praxismaterialien können ein Element sein, um strukturierte Beratung zu erleichtern.
2. Bewegungsberatung sollte im Rahmen eines interdisziplinären Ansatzes gesehen werden, wobei z. B. Ärzte an Bewegungsfachleute verweisen.
3. Letztere haben mit dem Konzept der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz und einem korrespondierenden Handlungsmodell zum Kompetenzaufbau Ansatzpunkte zur Verfügung, wie Interventionen zu gestalten sind um Nachhaltigkeit zu sichern.

4. Stärken und Limitationen

Die Arbeiten dieser Dissertation haben eine Reihe von Stärken, die in den einzelnen Publikationen beschrieben sind. Auf einen übergeordneten Aspekt soll hier noch im Speziellen eingegangen werden.

Die Arbeiten beziehen sich auf die individuellen Faktoren der Gesundheitsfachleute bei der Implementierung und Durchführung bewegungsbezogener Interventionen. Solche Interventionen sollten sich im Idealfall dadurch auszeichnen, dass sie gut evaluiert werden können, u.a. um eine klare Kenntnis darüber zu erreichen, für welche Zielgruppe sie sich als wirksam erweisen (vgl. Araújo-Soares et al., 2019). Entsprechende Reporting Leitlinien geben dafür eine detaillierte Beschreibung von Stichproben in Evaluationsstudien vor (vgl. Boutron et al., 2017). In der Implementierungsforschung verschiebt sich teilweise der Fokus von den Zielgruppen einer Intervention auf die Durchführenden, wie Araújo-Soares und Kollegen (2019, S. 16) sehr treffend beschreiben:

“The “actors“ whose behavior is targeted thus shifts [sic!] from patients and citizens, to those who deliver the intervention in routine settings (e.g., doctors, nurses, teachers), and the same rigorous process of intervention design, advocated (...) for patient/citizen-focused interventions should form the basis of an implementation intervention, including development, piloting and evaluation.”

Es ist eine Stärke dieser Dissertation, auf der Akteursebene der Gesundheitsfachleute Kenntnisse über Einstellungen, subjektiv wahrgenommene Wissens- und Kompetenzbereiche sowie das Verhalten im Kontext bewegungsbezogener Interventionen in der gesundheitlichen Versorgung zu erlangen. Zu den Erhebungszeitpunkten lagen hierzu wenig Befunde vor für den Bereich der Patientenschulungen. Auch im Bereich der Bewegungstherapie besteht hier noch Forschungsbedarf. So konstatieren z. B. Deprins et al. (2019) bei ihrer Bestandsaufnahme zu konzeptionellen Grundlagen der Bewegungstherapie, dass hierbei Leitungspersonen befragt wurden und man sich nicht sicher sei, inwieweit deren Einschätzungen mit dem bewegungstherapeutischen Team übereinstimmen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollten neben den Stärken eine Reihe von Limitationen in Betracht gezogen werden. Auch diese sind in den einzelnen Publikationen aufgeführt. Darüber hinaus soll hier ein spezieller Aspekt herausgestellt werden.

Bzgl. der Schulungsprogramme Curriculum Rückenschule und „Minimise Fatigue, Maximise Life“, zu welchen die individuellen Schulungsleiterfaktoren für diese Dissertation untersucht wurden, spielt das Prinzip der Patientenorientierung eine zentrale Rolle. Das Konzept wird allerdings in der Literatur sehr unterschiedlich beschrieben (zusammenfassend Scholl et al., 2014)⁸. Bei der positiven Bewertung der Patientenorientierung durch die Befragten in der vorliegenden Dissertation bleibt dabei z. B. unreflektiert, ob diese ein unterschiedliches Verständnis von Patientenorientierung haben bzw. auf welche Elemente des Konzeptes (vgl. z. B. Scholl et al., 2014) sich ihre positive Bewertung bezieht. Dies war für die vorliegende Arbeit nicht Teil der Fragestellung.

⁸ Für eine spezielle Betrachtung der Thematik der Patientenorientierung für das Handlungsfeld der Rehabilitation, siehe einleitende Ausführungen bei Huber et al. (2014).

5. Ausblick

5.1 Implikationen für die Forschung

Die konkreten Interventionen, in deren Kontext in dieser Dissertation Faktoren der Gesundheitsfachleute verschiedener Professionen ermittelt wurden, haben sich als effektiv hinsichtlich verschiedener Outcome Parametern bei Personen mit chronischen nicht-spezifischen Rückenschmerzen (Curriculum Rückenschule) (Meng et al., 2011, 2017) bzw. Personen mit Multipler Sklerose erwiesen (Mulligan et al., 2016a, 2016b). Beim Curriculum liegt sogar der Vergleich der Effektivität hinsichtlich der initialen, strikt kontrollierten Studie und einer zweiten, in der Routine durchgeführten Untersuchung vor (Meng et al., 2011, 2017). Für die Untersuchung in der Routine standen hierbei vier stationäre Rehabilitationskliniken zur Verfügung mit Belegung durch verschiedene Rentenversicherungsträger. Auf dieses Merkmal wurde speziell Wert gelegt um eine möglichst hohe externe Validität sicherzustellen (Meng, Peters et al., 2015a). Forschungsbedarf besteht nun darin, wie die nachhaltige Weiterführung der implementierten Interventionen gelingen kann (vgl. Stirman et al., 2012; Semrau & Pfeifer, 2015; Shelton et al., 2018) und im Sinne eines Scaling-Up Ansatzes die Interventionen einer breiteren Zielgruppe zugänglich gemacht werden können (WHO, 2009; Reis et al., 2016). Zwischen Forschungsansätzen, die auf Nachhaltigkeit und auf Scaling-Up ausgerichtet sind, können Synergien erwartet werden, da diesbezügliche Ansätze eng zusammenhängen (Willis et al., 2016). Dies lässt auch die folgende Definition von Scaling-Up erkennen: „(...) ways to increase the impact of health service innovations that have been tested in pilot or experimental projects so as to benefit more people and to foster policy and programme development on a lasting, sustainable basis“ (Simmons et al., 2007, S. i). Bzgl. des Curriculums Rückenschule sei gesagt, dass mit der Dissemination (siehe Publikation II dieser Dissertation) bereits ein gewisser Scaling-Up Prozess stattgefunden hat. Es wäre aber z. B. denkbar, die Einsatzfelder der Schulung auf die ambulante Rehabilitation auszuweiten oder das Curriculum im Rahmen eines Disease Management Programms (DMP) Chronischer Rückenschmerz einzusetzen. Der Anteil ambulanter Leistungen in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland liegt zwar nur bei ca. 14%, hat allerdings im letzten Jahrzehnt stark zugenommen. Der Anteil der Diagnosegruppe Muskeln/Skelett/Bindegewebe ist in der ambulanten Rehabilitation mit 75% (Frauen) bzw. 68% (Männer) (DRV Bund, 2018) als sehr hoch anzusehen. Was ein DMP angeht, so ist dessen

Einführung vor kurzem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen worden. Die Aufnahme ambulanter, multimodaler Schulungen ist explizit vorgesehen (KBV, 2019)⁹.

Wenn im Rahmen eines Scaling-Up Prozesses erneut die individuellen Faktoren der Gesundheitsfachleute erhoben werden, wie sich durch die in dieser Dissertation dargelegten Befunde empfiehlt, so wäre der Einbezug quantitativer Verfahren erstrebenswert. Hiermit könnten genauere Vergleiche über eine Vielzahl an Bereichen gezogen werden, in denen ein Schulungsprogramm implementiert wird. Außerdem wäre es hierdurch möglich, eine große Anzahl von Gesundheitsfachleuten abzudecken, was automatisch nötig wäre, wenn mehr Personen durch die Schulungsprogramme erreicht würden. Letzteres ist ein Kernziel des Scaling-Up Prozesses (vgl. Reis et al., 2016). Zur Entwicklung eines Fragebogens, um individuelle Faktoren der Gesundheitsfachleute bei einem Scaling-Up Prozess im Sinne eines Monitorings (vgl. WHO & ExpandNet, 2010) zu erheben, erscheint ein Theoriebezug erstrebenswert. Godin und Kollegen (2008) haben in einer systematischen Übersichtsarbeit Theorien überprüft hinsichtlich deren Eignung für die Erforschung von Verhalten und Intention von Gesundheitsfachleuten. Daraus entstand ein hypothetisches Rahmenkonzept, welches die vermeintlich wichtigsten Komponenten zusammenfasst (siehe Abbildung 1).

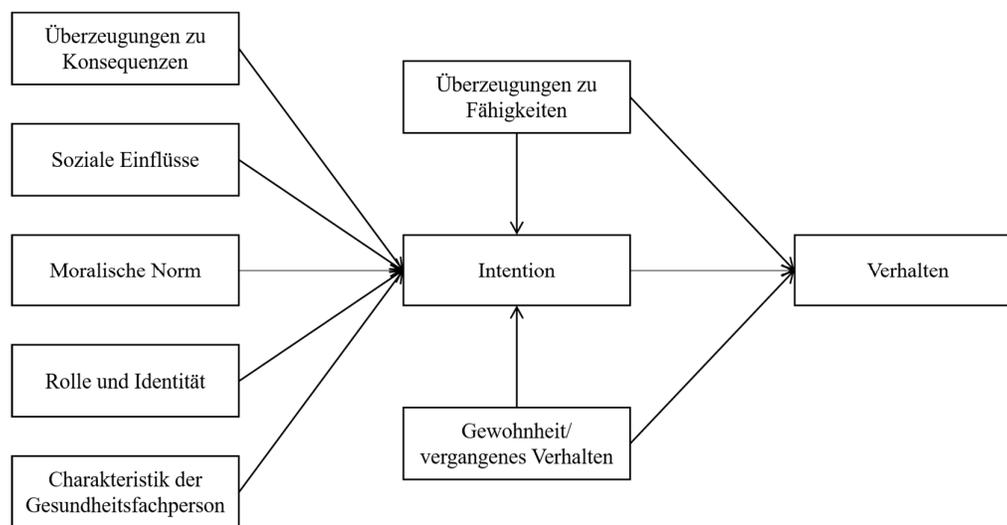


Abbildung 1: Theoretisches Framework zur Erforschung von Intention und Verhalten von Gesundheitsfachleuten (wörtlich übersetzt vom Verfasser nach Godin et al., 2008, S. 9); Reproduktion gemäß Creative Commons Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>

⁹ Weil Bewegungsprogramme trotz vorliegender Evidenz (vgl. Peters, 2015a) im Versorgungskatalog der DMP nicht vorgesehen sind, sollte, über ein Scaling-Up des Curriculums Rückenschule hinaus, die Konzeption eines Bewegungsprogramms als Zusatz eingeplant werden. Hierfür gibt es Präzedenzbeispiele bei anderen DMP Indikationen (vgl. Huber et al., 2012).

In der Disseminationsstudie zum Curriculum Rückenschule wurde auf dieses Modell Bezug genommen (Meng et al., 2015a). Légaré und Kollegen (2014) haben daraus einen Fragebogen mit 12 Items erstellt um den Einfluss zu erforschen, den berufliche Fort- und Weiterbildung auf die Intention von Gesundheitsfachleuten hat. Dieser Fragebogen wurde für diesen Ausblick der Dissertation explorativ auf Deutsch übersetzt und wird exemplarisch für den Einsatz motivational-/volitionaler Techniken in der Bewegungsförderung dargestellt (hier könnten z. B. die Techniken gemeint sein, wie sie im Curriculum Rückenschule in den Modulen 6/7 vorgesehen sind). Der Fragebogen wurde ergänzt um zwei Items zum positiven Affekt, begründet vor dem Hintergrund der Mediatoranalysen von Meng, Peters et al. (2015a). Beide Items wurden in Anlehnung an entsprechende Items der Positive Negative Affect Schedule (PANAS) gebildet (Krohne et al., 1996; Breyer & Bluemke, 2016)¹⁰. Ein Item zur ethischen Angemessenheit wurde aus dem Musterfragebogen von Légaré und Kollegen (2014) entfernt, weil es für den Kontext des Einsatzes motivational-/volitionaler Methoden als nicht adäquat erscheint. Tabelle 4 enthält die resultierenden 13 Items.

Tabelle 4: Fragebogen zum Monitoring von Implementierungsmaßnahmen (vom Verfasser übersetzt und adaptiert nach Légaré et al., 2014, S. 8)

Die folgenden Aspekte beziehen sich auf Ihre Umsetzung motivational-/volitionaler Techniken zur Bewegungsförderung.

	Stimme überhaupt nicht zu					Stimme völlig zu	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Ich beabsichtige, die Techniken einzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin zuversichtlich, dass ich die Techniken einsetzen könnte, wenn ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich plane, die Techniken einzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die meisten Personen, welche für mich in meiner Profession wichtig sind, setzen diese Techniken ein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Es ist annehmbar, die Techniken einzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe die Fähigkeit, die Techniken einzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹⁰ Für einen Überblick zur PANAS hinsichtlich theoretischem Hintergrund, Aufbau und Gütekriterien, siehe Ziemainz und Peters (2010).

7.	Wenn ich daran denke, die Techniken einzusetzen, dann fühle ich mich begeistert.	<input type="checkbox"/>						
8.	Wenn ich daran denke, die Techniken einzusetzen, dann fühle ich mich entschlossen.	<input type="checkbox"/>						
		Extrem schwer						Extrem einfach
		1	2	3	4	5	6	7
9.	Für mich wäre der Einsatz der Techniken:	<input type="checkbox"/>						
		Nie						Immer
		1	2	3	4	5	6	7
10.	Denken Sie jetzt an eine Kollegin oder einen Kollegen, der/dem Sie fachlich hohe Achtung entgegenbringen. Ihrer Meinung nach, wendet sie/er diese Techniken an?	<input type="checkbox"/>						
		Nutzlos						Nützlich
		1	2	3	4	5	6	7
11.	Insgesamt denke ich, für mich wäre der Einsatz der Techniken:	<input type="checkbox"/>						
		Nachteilig						Vorteilhaft
		1	2	3	4	5	6	7
12.	Insgesamt denke ich, für mich wäre der Einsatz der Techniken:	<input type="checkbox"/>						
			0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%	
13.	Meines Wissens nach beträgt der Prozentsatz meiner Kollegen, die die Techniken einsetzen:		<input type="checkbox"/>					

Der Fragebogen erscheint mit 13 Items ökonomisch, sollte aber nicht als abgeschlossen gelten. Weitere Schulungsleiterfaktoren wie Akzeptanz, Motivation etc. könnten bei der Implementierung von bewegungsbezogenen Interventionen quantitativ erfasst werden (siehe z. B. Hofmann, Peters et al., 2013). Außerdem gilt es, vor einem Einsatz verschiedene Limitationen zu beachten. Zunächst wurde der Fragebogen bisher nicht mittels adäquatem mehrstufigem Verfahren übersetzt (vgl. WHO, 2019) und auch nicht in der hier vorgelegten deutschen Version auf seine Qualität hin überprüft (vgl. Kallus, 2016). Außerdem sollten die

zunächst arbiträr ausgewählten Items der PANAS für den positiven Affekt kritisch geprüft werden.

Eine weitere Implikation für zukünftige Forschung ergibt sich für das Reporting von Untersuchungen zu bewegungsbezogenen Interventionen. Die Qualität des Reportings von Studien generell und von nicht-pharmakologischen Untersuchungen im Speziellen wird häufiger kritisch diskutiert (z. B. Hoffmann et al., 2013). Diese Kritik ist trotz bereits länger bestehender diesbezüglicher Anstrengungen weiterhin aktuell (Jin et al., 2018). Für komplexe Interventionen, wie sie in Form des Curriculums Rückenschule und des Selbstmanagement Programms MFML auch im Fokus dieser Dissertation standen, gibt es seit 2014 die „TIDieR“ Checkliste (Hoffmann et al., 2014). Mit diesem aus 12 Items bestehenden Instrument wird angestrebt, die Interventionsbeschreibung detaillierter zu gestalten um unter anderem die Replikation von Studien zu vereinfachen (Hoffmann et al., 2014). Für die bewegungstherapeutische Forschung und Praxis erscheint die Checkliste wertvoll, zum Beispiel vor dem Hintergrund, dass in bereits durchgeführten Studien die Interventionen nicht ausreichend beschrieben wurden (Yamato et al., 2016). In der Checkliste heißt es beispielsweise in dem Feld „Who provided“: „Beschreiben Sie für jede Kategorie des Interventionsanbieters (wie beispielsweise Psychologe, Pflegeassistent) deren Expertise, Hintergrund und jegliches spezifisches Training, welches für diesen angeboten wurde“ (Hoffmann et al., 2014, S. 10, *Übers. durch den Verf.*). Die Menge der Zitationen der „TIDieR“ Checkliste (750 Beiträge gem. PubMed Suche am 15.06.2019) können als ein Indikator für eine häufige Anwendung gelten. Darunter findet sich auch eine Vielzahl von Interventionen zur körperlichen Aktivität. Bei Betrachtung einzelner, neuerer Beiträge fällt allerdings auf, dass unterschiedliche Zugangsweisen vorliegen. In einer Studie zu verhaltensbezogener Bewegungstherapie bei Schleudertrauma werden z. B. bei den Interventionsanbietern (Physiotherapeuten) die Berufserfahrung in Jahren bzw. der Abschluss (z. B. Bachelor, Master) und gängige soziodemographische Merkmale wie Alter und Geschlecht aufgeführt. Außerdem wird auf das durchgeführte Training für die Professionellen Bezug genommen (Wiangkham et al. 2019). Bei einer Machbarkeitsstudie zu einem Bewegungsprogramm bei patellofemorale Schmerzen wurden hingegen keine Angaben zu Berufserfahrung und Abschlüssen gemacht, dafür allerdings begleitende qualitative Interviews geführt, wodurch u.a. potenzielle Barrieren aufgedeckt werden sollten (Smith et al., 2019). In der systematischen Übersichtsarbeit von Grimmer et al. (2019) zu Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität bei Personen nach Krebs wurde ebenfalls die TIDieR Checkliste verwendet. Bei den Durchführenden der

Interventionen werden allerdings lediglich Oberbegriffe verwendet. Interventionen wurden z. B. durchführt von „Specifically trained exercise specialists“, „Exercise physiologist and clinical psychologist“, „A multidisciplinary Team“, „Physiotherapists and professor of physiotherapy and rehabilitation“ oder es wurden in den referenzierten Studien zu wenige oder keine Details hierzu geliefert (Grimmett et al., 2019, S. 10-12). Weitergehende Beschreibungen zu den Attributen der Anbieter werden nicht geliefert (Grimmett et al., 2019). Im Spiegel der vorliegenden Dissertation wäre dies allerdings erstrebenswert. Für die Forschung erscheint es vorteilhaft über die reine Benennung von Aus-, Fort- und Weiterbildung der Durchführenden bzw. Berufserfahrung und soziodemographischer Faktoren hinaus, die Einstellungen und Meinungen zu erfassen. Für die Rehabilitationsforschung schreiben Masterson-Algar und Kollegen (2018, S. 9, *Übers. durch den Verf.*), Bezug nehmend zu Hart und Bagiella (2012): „Die Fähigkeiten, vorausgehende Erfahrung und das Wissen derjenigen, die eine Intervention ausführen, kann die Wirkungen der Intervention beeinflussen“. Für zukünftige Forschungsvorhaben leitet sich aus der vorliegenden Dissertation die These ab, dass auch Einstellungen, Akzeptanz, Motivation etc. und potenziell unbekannte, zu explorierende individuumsbezogene Faktoren hier eine Rolle spielen können und möglichst erhoben werden sollten.

Die Implikation, diese Faktoren zu erheben, dürfte auch gelten, wenn Interventionen aus der Praxis entfernt werden sollen. Ein solcher Vorgang kann als Deimplementierung/Deimplementation (Prasad & Ioannidis, 2014; DNVF, 2017; McKay et al., 2018) oder De-Adoption (Niven et al., 2015; McKay et al., 2017) bezeichnet werden und erscheint als Prozess weniger erforscht zu sein, als Vorgänge der Implementierung (Upvall & Bourgault, 2018). Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung liefert allerdings in einem Positionspapier von 2017 den Vorschlag, sowohl die Forschung zur Implementierung von Neuerungen, als auch zur „(...) Deimplementierung ungeeigneter Maßnahmen“ systematisch zu fördern (DNVF, 2017, S. 3). In der Behandlung des chronischen, nicht-spezifischen Rückenschmerzes in Deutschland könnten solche Deimplementierungsanstrengungen explizit nötig sein. Kopkow und Kollegen präsentierten 2018 auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung Umfrageergebnisse mit Physiotherapeuten zu deren Versorgung von Rückenschmerzpatienten. Dabei zeigte sich im Versorgungsprozess ein Mangel an Konformität mit der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz (Kopkow et al., 2018). Obwohl sich in anderen Ländern, wie z. B. Schweden, ein evidenzbasierteres Vorgehen andeutet, so wird trotzdem auch dort von Behandlungen berichtet, die ungeachtet einer nicht hinreichenden Evidenzbasis durchgeführt werden (vgl.

Bernhardsson et al., 2015). In der vorliegenden Dissertation deutete sich ebenfalls an, gestützt auch von teilnehmenden Beobachtungen, die im Forschungsprojekt durchgeführt wurden, dass Rückenschulinhalt in der rehabilitativen Praxis durchgeführt werden, die nicht dem aktuellen, evidenzbasierten Vorgehen bei chronischen Rückenschmerzen entsprechen (Meng, Peters et al., 2015a). Die Annahme, dass entsprechende Inhalte automatisch erstetzt werden, wenn eine Implementierung von Innovationen stattfindet, erscheint spekulativ. Dies gilt vor allem, zumal die Implementierungsgüte nicht immer gleich ausgeprägt ist und z. B. Patientenschulungen auch nur zum Teil implementiert oder modifiziert werden (Meng et al., 2015b). Zur zukünftigen Erforschung von Deimplementierung gilt es zu beachten, dass andere individuelle Faktoren der Gesundheitsfachleute von hoher Relevanz sein könnten, als bei Implementierungsvorgängen. Van Bodegom-Vos et al. (2017, S. 497) beschreiben in diesem Zuge zum Beispiel das "Confirmation Bias" als Tendenz von Fachleuten, solche Informationen zu bevorzugen, die bestehende Annahmen bestätigen. Die Autoren bestätigen in ihrer Studie, dass Implementierung und Deimplementierung auf der Ebene der Gesundheitsfachleute mit teils unterschiedlichen Faktoren in Verbindung stehen. Während Ergebniserwartungen in vergleichbarem Maße mit beiden Prozessen assoziiert waren, spielten motivationale Prozesse besonders bei der Deimplementierung eine Rolle (Van Bodegom-Vos et al., 2017). Im Zuge von Überlegungen zu Implementierung und Scaling-Up von bewegungsbezogenen Intervention stellen Koorts et al. (2018) die These auf, dass ein partizipativer Ansatz von Vorteil ist, um Deimplementierung adäquat zu adressieren. Das Konzept des interaktiven Wissenstransfers, wie Rütten et al. (2016a) es für die Gesundheitsförderung vorstellten, könnte sich hier besonders eignen und sollte im Rahmen potenzieller Forschungsprojekte zur Deimplementierung auch in der gesundheitlichen Versorgung zum Einsatz kommen. Hierbei würde auch sichergestellt, dass die Gesundheitsfachleute (vgl. Bereich „Praxis“ beim interaktiven Wissenstransfer: Rütten et al., 2016b) angemessen im Prozess berücksichtigt würden.

5.2 Implikationen für die Praxis

Aus den Beiträgen der vorliegenden Dissertation ergeben sich eine Reihe von Implikationen für die Praxis. Viele sind in den einzelnen Beiträgen bereits niedergeschrieben. Dem Themenkomplex der Fort- und Weiterbildung soll hier allerdings nochmal Raum gegeben werden. Die Publikationen dieser Dissertation befassen sich mit einer Vielzahl von Professionen. Ein multidisziplinärer Ansatz erscheint in der Bewegungsförderung auch zielführend (VanWormer et al., 2009). Im Kanon mit anderen Gesundheitsverhaltensweisen

sollte Bewegungsförderung als eine Kernkompetenz über Disziplinergrenzen hinweg betrachtet werden (Dean et al., 2014), mit Bewegungsfachkräften in einer Führungsrolle (vgl. Dean et al., 2019). Um mit diesem Ansatz stringent auf die Praxis der gesundheitlichen Versorgung einzuwirken, erscheint die Entwicklung interprofessioneller Fort- und Weiterbildung als adäquates Mittel. Diese sollte dabei weder bedeuten, dass das Aufgabengebiet einer bestimmten Berufsgruppe vollumfänglich von anderen übernommen wird, noch dass Berufsgruppen ihre professionelle Identität verlieren (Drynan & Murphy, 2013). In der Bewegungsförderung besteht eine solche Gefahr durchaus, wie es die Ausführungen von Huber (2016, 2017) zeigen, der für Bewegungsfachkräfte einen Prozess der Professionalisierung fordert.

Um das Thema Bewegungsförderung als Querschnittsthema in interprofessioneller Fort- und Weiterbildung zu verankern, könnte das Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz als Orientierung dienen. Hierdurch ließen sich mögliche Handlungsspielräume von Gesundheitsfachleuten festlegen und professionelle Rollen abgrenzen. Für die unmittelbare Beeinflussung von bestimmten Grundfähigkeiten- und fertigkeiten, die vornehmlich der Bewegungskompetenz zugrunde liegen, sollten in der gesundheitlichen Versorgung beispielsweise qualifizierte Bewegungsfachkräfte (vornehmlich Sport-/Bewegungstherapeuten und Physiotherapeuten, sowie in Teilbereichen auch Ergotherapeuten) zuständig sein. Im Bereich der Selbstregulationskompetenz könnten durchaus auch Psychologen Input liefern, wie z. B. bei Verhaltensänderungsstrategien wie Zielsetzung, Planung und Selbstbeobachtung¹¹. Geht es um die Vermittlung grundständiger Wissens Elemente vor dem Hintergrund der Steuerungskompetenz, so wären auch Ärzte geeignet, entsprechendes Effektwissen zu vermitteln und für Weiteres an andere Berufsgruppen zu verweisen. Diese Zuschreibungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollen lediglich exemplarisch und schlaglichtartig einen Einblick liefern, wie unterschiedliche Professionen eine Rolle in der Bewegungsförderung einnehmen könnten. Bewegungsfachkräfte sind idealerweise so qualifiziert, dass sie das komplette Spektrum der Bewegungsförderung abdecken können. Dies zeigt sich auch im Beitrag von Reese et al. (2016). Diese beschreiben für die eben noch als potenzielles Handlungsfeld der Psychologen dargelegten Planungsinterventionen (Reese et al., 2016, S. 302): „Im Bereich der Bewegungsförderung können Rehabilitanden z. B. gemeinsam mit den Physio- oder Sporttherapeuten eine

¹¹ Die genannten Inhalte/Methoden gehören auch zum Handlungsrepertoire von Sport-/Bewegungstherapeuten. Es sind jedoch verschiedene Szenarien vorstellbar, in denen es sinnvoll sein kann, wenn Psychologen sich des Themas annehmen. Hierunter fällt die Wiederholung „einheitliche[r] Botschaften“ (vgl. Semrau & Pfeifer, 2015, S. 308) oder die individuelle Aufteilung in Teams (z. B. Bewegungstherapeut vermittelt Zielsetzung und Handlungsplanung, Psychologe vermittelt Barrieremanagement).

Handlungs- und Bewältigungsplanung durchführen (...).“ In ihren weiteren Ausführungen beziehen sie allerdings auch Ärzte ein (Reese et al., S. 302): „Auch nach Abschluss des Rehabilitationsaufenthaltes ist ein Monitoring des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens sinnvoll (z. B. durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt).“ Für eine interprofessionelle Fort- bzw. Weiterbildung könnte sich also Folgendes ergeben: eine Handlungs- und Bewältigungsplanung sowie ein überdauerndes Monitoring des Bewegungsverhaltens profitiert von bewegungstherapeutischem und psychologischem Knowhow. Welche Berufsgruppe am Ende bestimmte Inhalte durchführt, richtet sich evtl. nach den Gegenbenheiten einer Einrichtung oder nach der konkreten Intervention. Evtl. werden auch andere Berufsgruppen einbezogen, wie in dem Beispiel von Reese et al. (2016) die Ärzte. Die Patienten dürften in jedem Fall dann profitieren, wenn die Berufsgruppen einheitliche Botschaften verwenden (vgl. z. B. Semrau & Pfeifer, 2015) bzw. auf die Interventionen der anderen Berufsgruppen Bezug nehmen. Beispielhaft wäre hier ein Aufgreifen vom Umgang mit Hindernissen durch die Psychologen, nachdem die Patienten in einem bewegungstherapeutischen Modul motivational-/volitionale Techniken behandelt hatten. Ein weiteres Aufgreifen der Thematik (wie in dem Beispiel von Reese et al., 2016) durch den Arzt könnte dann weiterhin dienlich sein um zu erinnern bzw. in der Folge auch wieder an Bewegungstherapeuten zu verweisen.

6. Fachwissenschaftliche Einordnung

Die Untersuchungen im Rahmen dieser Dissertation werden in der Versorgungsforschung verortet und somit im weiteren Sinne in den Humanwissenschaften (Baumann et al., 2016). Diese Zuordnung wird im Folgenden begründet und diskutiert.

In der Stellungnahme zur Versorgungsforschung in Deutschland von Raspe et al. (2010, S. 4) wird konstatiert, dass sich diese Forschungsrichtung „(...) wissenschaftlich mit den Akteuren, Strukturen und Auswirkungen der Gesundheitsversorgung auseinandersetzt.“ Weiterhin wird der Gegenstand genauer beschrieben (Raspe et al., 2010, S. 25):

„(...) die tatsächliche gesundheitliche, enger noch die medizinische Versorgung einer gegebenen Bevölkerung mitsamt ihrer wesentlichen Determinanten und Effekte. Unter medizinischer Versorgung verstehen wir die Anwendung medizinischer Technologien bei Kranken und Gesundheitsgefährdeten durch hierfür Ausgebildete (neben Ärzten auch Pflegende, Psychologen, Sozio-, Physio-, Ergo-, Sport-, Ernährungstherapeuten, Logopäden und andere).“

Akteure aus den verschiedenen Gesundheitsberufen, wie sie hier genannt werden, stehen im Fokus der vorliegenden Dissertation. Dabei richten sich die Fragestellungen auch auf „Erfahrungen und Haltungen von Professionellen“, was Meyer (2014, S. 448) thematisch der qualitativen Versorgungsforschung zuordnet. Eine Recherche in der Zeitschrift BMC Health Services Research (Übersetzt: Versorgungsforschung) nach „Exercise“ und „Physical Activity“ (durchgeführt am 25.06.2019) führt zu Ergebnissen wie beispielsweise „Bewegungsüberweisungen in der schwedischen Primärversorgung – Charakteristiken von Verschreibern und Patienten, Gründe für Verschreibungen und verschriebene Aktivitäten“ (Leijon et al., 2008, *Übers. durch den Verf.*), „Entwicklung und Implementierung eines regionalen Netzwerks von Physiotherapeuten für die Bewegungstherapie bei Patienten mit peripherer Arterienerkrankung (...)“ (Willigendael et al., 2005, *Übers. durch den Verf.*), „Wie beeinflussen die Charakteristiken von Anbietern und Heimtrainingsprogramm die Adhärenz von Patienten mit chronischen Nacken- und Rückenschmerzen: eine qualitative Studie“ (Escolar-Reina et al., 2010, *Übers. durch den Verf.*) und „Ein Schulungsprogramm für Gesundheitsfachleute um körperliches Training ihren Typ 2 Diabetes Patienten zu empfehlen – Verstehen des Prozesses (...)“ (Matthews et al., 2017, *Übers. durch den Verf.*). Diese und andere Themen des auf die Versorgungsforschung ausgerichteten Journals deuten erstens an, dass hier das Thema Bewegungsförderung präsent ist und zweitens, dass deutliche Anknüpfungspunkte und in Teilen Ähnlichkeiten zu den Fragestellungen der vorliegenden Dissertation vorliegen, wie beispielsweise speziell bei der Charakteristik und der Schulung von Gesundheitsfachleuten.

Das Verbundprojekt Capital4Health, welchem die Publikationen dieser Dissertation zur Bewegungsberatung in der ärztlichen Primärversorgung entstammen, nimmt deutlichen Bezug zu Public Health (Rütten et al., 2017c), weshalb hierzu eine Verbindung hergestellt werden soll. Phillips (2006) schreibt der Versorgungsforschung einen Fokus vornehmlich in den Bereichen Sekundär- und Tertiärprävention zu mit spezieller Betonung der Tertiärprävention. Primärprävention sieht er hingegen als Kernaufgabe von Public Health. Demgegenüber postulieren Franke et al. (2011, S. 107) zur Versorgungsforschung, dass „(...) neben medizinischer und psychosozialer Versorgung auch Prävention und Gesundheitsförderung von Individuen und ganzen Populationen [in den Blick genommen werden].“ Die vorliegende Dissertation folgt diesem Verständnis und verortet auch die Beiträge, welche sich dezidiert mit präventiv-/gesundheitsförderlicher Thematik befassen, in der Versorgungsforschung. Diese Zuordnung kann auch vor dem Hintergrund einer über die letzten Jahrzehnte stattfindenden

Entwicklung gesehen werden. So schrieben Badura und Kollegen 2003 (S. 2) im Memorandum Versorgungsforschung:

„In der Gesundheits- und Krankenversorgung vollzieht sich derzeit ein Paradigmenwechsel, der auch für die zukünftige Gestaltung der Versorgungsforschung von größter Bedeutung ist. Neben Diagnose, Behandlung und Nachbetreuung von Erkrankungen treten Prävention und Gesundheitsförderung stärker in den Vordergrund.“

Dennoch sei eingeräumt, dass für die Beiträge zur ärztlichen Bewegungsberatung auch eine Ansiedlung in der Public Health Forschung möglich wäre. Die Abgrenzung ist somit in gewissem Maße artifiziell.

Abbildung 2 zeigt die Stellung von Versorgungsforschung in Bezug zu Grundlagenforschung und klinischer Forschung (Pfaff, 2017).

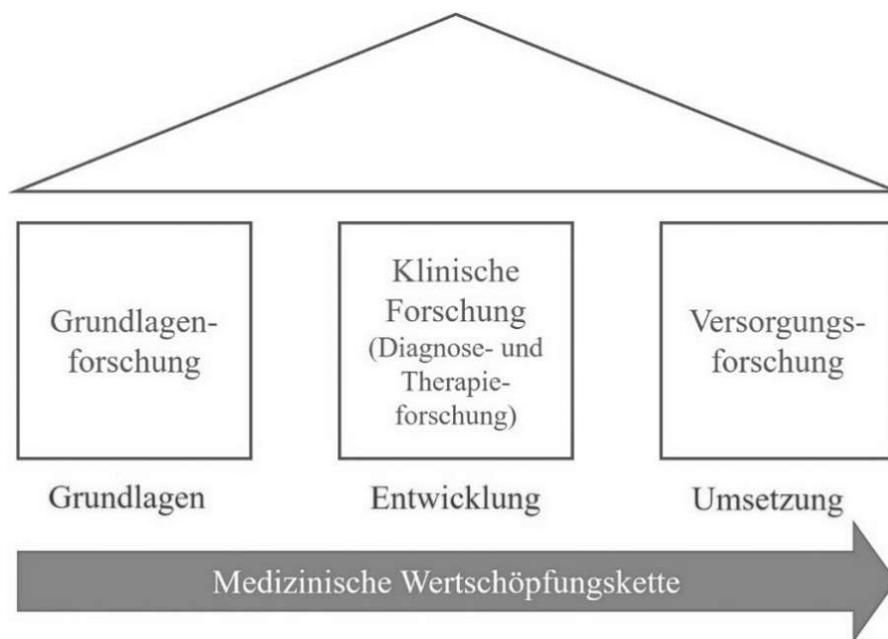


Abbildung 2: Versorgungsforschung im Kanon mit Grundlagenforschung und klinischer Forschung (Pfaff, 2017); Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. H. Pfaff

Die Beiträge zur Dissemination des Curriculums Rückenschule bzw. zur Schulung von Gesundheitsprofessionellen zur Vorbereitung auf das Fatigue Management Programm „Minimise Fatigue, Maximise Life“ können hingegen der rehabilitativen Versorgungsforschung zugeteilt werden (vgl. Pfaff, 2016). Stucki und Kollegen (2007a) teilen versorgungsorientierte rehabilitationsbezogene Fragestellungen („Rehabilitation services

research“, S. 667) den integrativen Rehabilitationswissenschaften zu und lokalisieren hier auch die Identifikation von Barrieren und Förderfaktoren bei der Interventionsimplementierung (Stucki et al., 2007b). In den fach-/berufsbezogenen Rehabilitationswissenschaften hingegen sind Fragestellungen zu Edukation und Training des Reha-Teams und der einzelnen Fachkräfte untergebracht (Stucki & Grimby, 2007). Wegen der individuumszentrierten Perspektive der vorliegenden Dissertation erscheint letztere Kategorie als eher adäquat. Die Arbeiten zum Curriculum Rückenschule in dieser Dissertation nehmen explizit Bezug zur Implementierungsforschung. Deren Bedeutung zeigt sich auch in den Forderungen von Ewers und Kollegen (2012, S. S67-S68):

„Die Forschung im Bereich der Gesundheitsfachberufe wird sich aber letztlich im Versorgungsalltag bewähren und einen Beitrag zur Lösung relevanter Gesundheits- und Versorgungsprobleme in der Praxis leisten müssen, um ihrem gesellschaftlichen Auftrag gerecht werden zu können.“

Wie die Abgrenzung oder Einordnung von Implementierungsforschung bezüglich der Versorgungsforschung zu handhaben ist, kann unterschiedlich beantwortet werden. Ewers et al. (2012, S. S46) beschreiben, dass aktuell der „(...) Aufbau von Strukturen der Translations-, Implementations-, Evaluations- und Versorgungsforschung (...)“ erstrebenswert ist, was eher als eine Abgrenzung anmutet. Hingegen stellen Gräbel und Kollegen (2015) sowohl Implementierung als auch die Evaluation von Implementierungsfolgen als Teile von Versorgungsforschung dar, wie es auch ihr „Kreislauf der Versorgungsoptimierung“ illustriert (siehe Abbildung 3). Implementierungsforschung kann wie folgt definiert werden:

„(...) die wissenschaftliche Erforschung von Methoden um die systematische Aufnahme von klinischen Forschungsergebnissen und anderen evidenzbasierten Praktiken in die Routinepraxis zu fördern, und infolgedessen die Qualität (...) von gesundheitlicher Versorgung. Eingeschlossen ist die Erforschung von Einflüssen auf das Verhalten von Gesundheitsfachleuten und Organisationen“ (Eccles et al., 2009, S. 2, nach <http://www.implementationscience.com/info/about>, Zugriff am 10.02.2009, Übers. durch den Verf.).

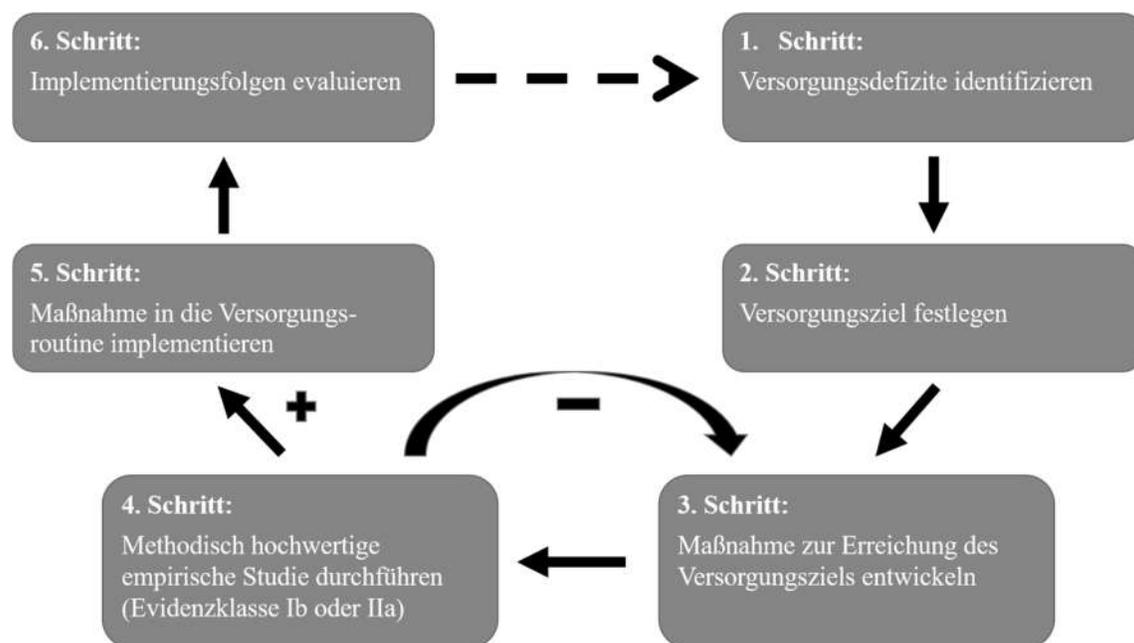


Abbildung 3: „Kreislauf der Versorgungsoptimierung“ (Gräbel et al., 2015, S. 198); Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Georg Thieme Verlag KG

Für die vorliegende Dissertation wird der Auffassung Folge geleistet, dass Implementierungsforschung sowohl im Rahmen von klinischer Forschung als auch im Rahmen von Versorgungsforschung stattfindet (Wensing, 2015). Hiervon ausgehend ließen sich evtl. auch noch weitere Ansatzpunkte von Implementierungsforschung finden, als sie Rubenstein und Pugh (2006) im Translationsprozess von Forschung vorsehen (siehe Abbildung 4). Dennoch illustriert deren Prozessdarstellung die Verknüpfung von Implementationsforschung und Versorgungsforschung. Die Autoren verdeutlichen diese Verknüpfung wie folgt (Rubenstein & Pugh, 2006, S. S59, *Übers. durch den Verf.*):

„Wir empfehlen, dass die Community der Versorgungsforschung die kritische Rolle von Implementierungsforschung herausstellt (...). Jegliche Anstrengungen die Translation zu verbessern werden schlussendlich scheitern, wenn der finale Schritt der tatsächlichen Implementierung von Forschung über breitere Populationen hinweg nicht vollendet wird“.

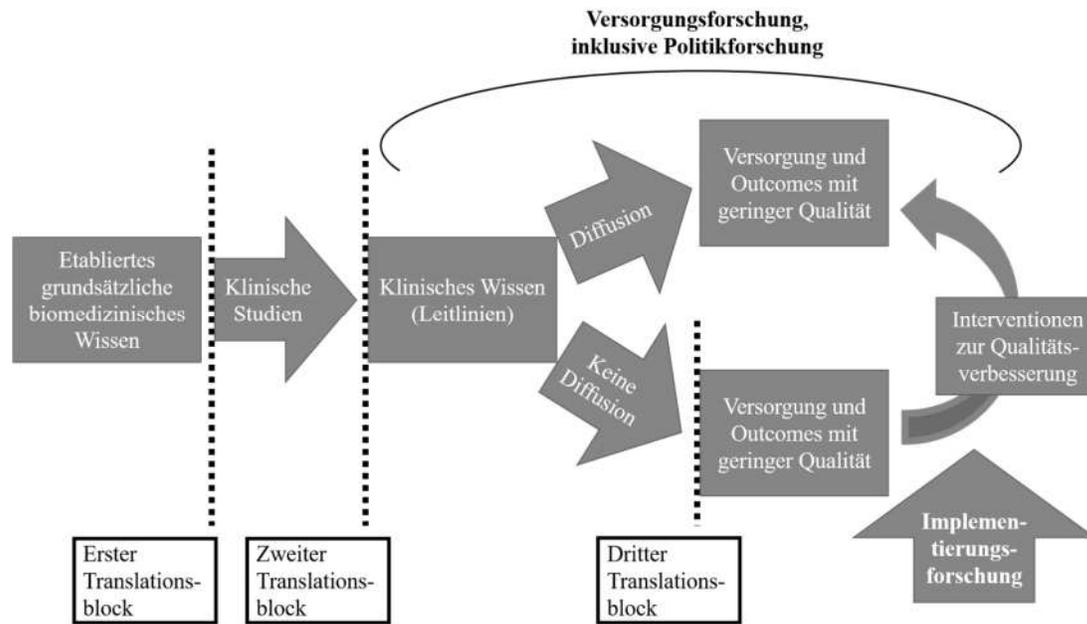


Abbildung 4: Translation von Forschung in die Praxis (Abbildung wörtlich übersetzt vom Verfasser gemäß der Erlaubnis von Springer Nature: Springer Nature, Journal of General Internal Medicine, Rubenstein, L.V. & Pugh, J., Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research, 2006, S. S59)

Für die Implementierung der Interventionen, welche in diese Dissertation eingegangen sind, erscheinen einige Anmerkungen zur Abbildung 4 nötig. Zunächst handelt es sich in diesen Studien nicht um Leitlinien, sondern um Interventionen, welche Eingang in die Versorgungspraxis finden sollten. Zweitens setzte hierfür die Implementationsforschung bereits vor dem bei Rubenstein und Pugh (2006) beschriebenen dritten Translationsblock an. Beispielsweise wurde bezüglich des Curriculums Rückenschule bereits die Diffusion wissenschaftlich begleitet.

In einer 2018 veröffentlichten Umfrage unter Universitäten, sowie universitätsnahen und sonstigen Organisationen, die in den Feldern Rehabilitation und/oder physikalische Medizin forschend aktiv waren, wurde die „Therapiemittelforschung Bewegungstherapie, Sporttherapie“ als bearbeitetes Thema häufiger genannt als alle anderen erhobenen Bereiche (z. B. „Berufliche Orientierung in der Rehabilitation“). Diese vermeintlich hohe Bedeutung, so wird weiterhin von den Befragten angegeben, wird auch in Zukunft erwartet, dann nur übertroffen von multimodalen Therapieprogrammen (Ritter et al., 2018). Im Rahmen Letzterer spielt die Bewegungstherapie allerdings meist ebenfalls eine zentrale Rolle, besonders bei bestimmten Zielgruppen (vgl. Kamper et al., 2014; Semrau et al., 2015). Diese

Umfrageergebnisse verdeutlichen die Bedeutung von bewegungsbezogener Forschung innerhalb der Rehabilitationswissenschaften. In der Versorgungsforschung in Deutschland erscheint eine größere Rolle der Bewegungsförderung zukünftig allerdings erstrebenswert. Dies sollte auch vor dem Hintergrund gelten, dass das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. in Deutschland aktuell sowohl eine weitere Stärkung von interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Versorgungsforschung und Gesundheitsprofessionen, als auch eine Verankerung dieser Forschungsrichtung in den Studiengängen, anstrebt (Pfaff et al., 2017).

Vor dem Hintergrund einer potenziell größeren Rolle von Bewegungsförderung und der Tatsache, dass Rütten (2017, S. 72) die Frage einer Weiterentwicklung der Sportwissenschaft aufwirft und empfiehlt, „(...) die Möglichkeiten der Sportwissenschaft außerhalb der klassischen Anwendungsfelder zu sondieren“, soll im Folgenden auch der Bezug der Versorgungsforschung zur Sportwissenschaft hergestellt werden. Dies erscheint auch insofern ratsam, weil Sportwissenschaftler, federführend oder zentral beteiligt, in vielen Fällen Empfehlungen für die Praxis der Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung liefern bzw. beeinflussen und entsprechende Schulungen durchführen. Beispielhaft seien hier international diverse Initiativen in Kanada genannt (u.a. Cameron et al., 2007; Frémont et al., 2014; Gray et al., 2017; Fowles et al., 2018; Santa Mina et al., 2019). Was Deutschland betrifft, so sei einerseits auf die NEBB verwiesen, welche federführend von Sportwissenschaftlern erarbeitet wurden (Rütten & Pfeifer, 2016) und, wie bereits beschrieben, die Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung thematisieren. Auch in der bereits in dieser Dissertation genannten interdisziplinären Arbeitsgruppe Bewegungstherapie der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften sind Sportwissenschaftler zentral vertreten (DGRW, 2017). Diese Arbeitsgruppe beschreibt die Sportwissenschaft als eine „angrenzend[e] Diszipl[in]“ zur Rehabilitationswissenschaft (Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“, 2009, S. 253) und beschreibt für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation Forschungsfelder, die teilweise der Versorgungsforschung zugeordnet werden können. Beispielhaft sei hier die „Benennung von Schnittstellen zu Prävention und Nachsorge (...)“ genannt (Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“, 2009, S. 254). Alle genannten Aktivitäten können als Parallele betrachtet werden zur Public Health. In diesem Bereich, dessen enge Anknüpfung an die Versorgungsforschung oben bereits dargelegt wurde, kommt Rütten (2017, S. 75) zu dem Schluss, dass es „[i]n Deutschland (...) in den letzten beiden Jahrzehnten gelungen [ist], die Sportwissenschaft zumindest partiell (...) zu verankern“. Diese Verankerung begründet er z. B. anhand der Vorbereitung von Qualitätskriterien für bewegungsbezogene

Präventionsmaßnahmen durch die Sportwissenschaft (Rütten, 2017). In der rehabilitativen Versorgung hat ein ähnliches Wirken stattgefunden, z. B. durch Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ in der DGRW zur Weiterentwicklung der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ (Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“, 2016). Ein anderes Beispiel kann darin gesehen werden, dass mit der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Pfeifer et al., 2013) ein Konzept Eingang in die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund, 2014) gefunden hat, welches von Sudeck und Pfeifer (2016) explizit beschrieben wird als ein Vorschlag, welcher die aus Sicht der sportwissenschaftlichen Forschung fehlende konzeptuelle Basis des Konstrukts Bewegung im Rahmen von Gesundheitskompetenz aufgreift. Über das Feld der medizinischen Rehabilitation hinaus steht im Raum, dass es für Bewegung eine „Versorgungskette“ insgesamt braucht (Pfeifer, 2011, S. 244, bezugnehmend auf die „Reha-Kette“, Vanden-Abeelee & Schüle, 2000). Vergleichbar mit einer psychosozialen (Kordy, 2008) bzw. psychotherapeutischen Versorgungsforschung (Nübling, 2015) könnte es folglich eine bewegungsbezogene oder bewegungstherapeutische Versorgungsforschung geben. Der erste Begriff könnte vor dem Hintergrund dessen bevorzugt werden, dass in der vorliegenden Dissertation neben bewegungstherapeutischen auch präventive Maßnahmen dem Handlungsfeld der Versorgungsforschung zugeordnet sind. Das zentrale Sachproblem-Forschungsprogramm für eine Anknüpfung der Sportwissenschaft (vgl. Willimczik, 2001) an die Versorgungsforschung könnte z. B. heißen: „Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung“.

Wie für die psychosoziale (Kordy, 2008, S. 251) würde „Innovation und Transfer“ wohl auch für die bewegungsbezogene Versorgungsforschung einen zentralen Themenbereich darstellen, auch vor dem Hintergrund des Ziels, dass die genannte „Versorgungskette Bewegung“ (Pfeifer, 2011, S. 249) flächendeckend Eingang in die Versorgungspraxis findet. Unter „Innovation und Transfer“ wäre auch die Erforschung von Rahmenbedingungen anzusiedeln, z. B. für die Anpassung von bewegungsbezogenen Interventionen (vgl. Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“, 2009). Neben Aspekten auf den Ebenen von Organisationen, Patienten etc., würde es hier ebenfalls um Forschung auf der Ebene der Praktiker bzw. Gesundheitsfachleute gehen (Jahed et al., 2012), wie sie im Zuge der vorliegenden Dissertation stattgefunden hat.

7. Literaturverzeichnis

Abu-Omar, K. & Rütten, A. (2012). Körperliche Aktivität und Public Health. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55(1), 66-72.

Alexander, J., Bambury, E., Mendoza, A., Reynolds, J., Veronneau, R. & Dean, E. (2012). Health education strategies used by physical therapists to promote behavior change in people with lifestyle-related conditions: a systematic review. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 30, 57-75.

Alexanders, J., Anderson, A. & Henderson, S. (2015). Musculoskeletal physiotherapists' use of psychological interventions: a systematic review of therapists' perceptions and practice. *Physiotherapy*, 101, 95-102.

Althoff, T., Sosič, R., Hicks, J.L., King, A.C., Delp, S.L. & Leskovec, J. (2017). Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature*, 547(7663), 336-339.

An, R. & Yang, Y. (2016). Diabetes Diagnosis and Screen-Based Sedentary Behavior Among US Adults. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(3), 252-262.

Araújo-Soares, V., Hankonen, N., Penseau, J., Rodrigues, A. & Snihotta, F. (2019). Developing behavior change interventions for self-management in chronic illness. *European Psychologist*, 24(1), 7-25.

Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ (2009). Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Rehabilitation*, 48, 252-255.

Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ (2016). Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) zur Weiterentwicklung der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vom 1.1.2011. *Rehabilitation*, 55, 130-132.

Atkinson, L., Shaw, R.L. & French, D.P. (2016). Is pregnancy a teachable moment for diet and physical activity behaviour change? An interpretative phenomenological analysis of the experiences of women during their first pregnancy. *British Journal of Health Psychology*, 21(4), 842-858.

- AuYoung, M., Linke, S.E., Pagoto, S., Buman, M.P., Craft, L.L., Richardson, C.R., Hutber, A., Marcus, B.H., Estabrooks, P. & Sheinfeld Gorin, S. (2016). Integrating physical activity in primary care practice. *The American Journal of Medicine*, 129(10), 1022-1029.
- Badura, B., Busse, R., Gostomzyk, J., Pfaff, H., Rauch, B. & Schulz, K.-D. (2003). *Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland. Situation – Handlungsbedarf – Strategien*. Zugriff am 22.06.2019 unter <https://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/1.%20Memorandum%202003.pdf>
- Baldus, A. & Steinau, M. (2016). Welche Anbieterqualifikationen brauchen Sport- und Bewegungstherapeuten. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 32, 133-137.
- Baumann, W., Farin, E., Menzel-Begemann, A. & Meyer, T. (2016). Memorandum IV: Theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 78, 337-352.
- Bennie, J.A., Pedisic, Z., Suni, J.H., Tokola, K., Husu, P., Biddle, S.J.H. & Vasankari, T. (2017). Self-reported health-enhancing physical activity recommendation adherence among 64,380 finnish adults. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 27(12), 1842-1853.
- Bernhardsson, S., Öberg, B., Johansson, K., Nilsen, P. & Larsson, M.E.H. (2015). Clinical practice in line with evidence? A survey among primary care physiotherapists in western Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21, 1169-1177.
- Bluethmann, S.M., Basen-Engquist, K., Vernon, S.W., Cox, M., Pettee Gabriel, K., Stansberry, S.A., Carmack, C.L., Blalock, J.A. & Demark-Wahnefried, W. (2015). Grasping the ‘teachable moment’: time since diagnosis, symptom burden and health behaviors in breast, colorectal and prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 24(10), 1250-1257.
- Bock, C., Diehl, K., Schneider, S. & Litaker, D. (2012). Systematischer Überblick und konzeptionelles Modell zu Praxis und Determinanten der Lebensstilberatung in der primärärztlichen Versorgung. *57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (GMDS). Braunschweig, 16.-20.09.2012. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House*. Doi: 10.3205/12gmds173
- Börjesson, M. (2013). Promotion of Physical Activity in the Hospital Setting. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 64(6), 162-165.

- Bös, K. & Brehm, W. (1999). Gesundheitssport – Abgrenzungen und Ziele. *dvs-Informationen*, 14, 9-18.
- Bollert, G., Borgetto, B., Geuter, G., Höppner, H., Hurrelmann, K. & Probst, A. (2009). Bezugswissenschaften der Physiotherapie: Soziologie und Gesundheitswissenschaften/Public Health. *Physioscience*, 5, 174-183.
- Booth, F.W., Roberts, C.K. & Laye, M.J. (2012). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143-1211.
- Boutron, I., Altman, D.G., Moher, D., Schulz, K.F., Ravaud, P. for the CONSORT NPT Group (2017). CONSORT Statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Annals of Internal Medicine*, 167(1), 40-47.
- Bowlby, W., Zelnick, L.R., Henry, C., Himmelfarb, J., Kahn, S.E., Kestenbaum, B., Robinson-Cohen, C., Utzschneider, K.M. & de Boer, I.H. (2016). Physical activity and metabolic health in chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 17(1), 187. Doi: 10.1186/s12882-016-0400-x
- Breda, J., Jakovljevic, J., Rathmes, G., Mendes, R., Fontaine, O., Hollmann, S., Rütten, A., Gelius, P., Kahlmeier, S. & Galea, G. (2018). Promoting health-enhancing physical activity in Europe: Current state of surveillance, policy development and implementation. *Health Policy*, 122(5), 519-527.
- Brehm, W. & Rütten, A. (2004). Chancen, Wirksamkeit und Qualität im Gesundheitssport – Wo steht die Wissenschaft? *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 20, 90-96.
- Brehm, W., Bös, K., Graf, C.H., Hartmann, H., Pahmeier, I., Pfeifer, K., Rütten, A., Sygusch, R., Tiemann, M., Tittlbach, S., Vogt, L. & Wagner, P. (2013). Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung. Eine Expertise. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56, 1385-1389.
- Breuer, C. (2014). The economic benefits of physical activity. In European Health and Fitness Association (Hrsg.), *The future of health and fitness. A plan for getting Europe active by 2025* (S. 42-52). KB's-Hertogenbosch: BlackBoxPublishers.

- Breyer, B. & Bluemke, M. (2016). Deutsche Version der Positive and Negative Affect Schedule PANAS (GESIS Panel). *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. Doi: 10.6102/zis242
- Brüggemann, S. & Sewöster, D. (2010). Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 26, 266-269.
- Brüggemann, S., Sewöster, D. & Kranzmann, A. (2018). Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. *Rehabilitation*, 57(01), 24-30.
- Bundesärztekammer (2017). 120. Deutscher Ärztetag. *Beschlussprotokoll*. Freiburg, 23. bis 26. Mai 2017. Zugriff am 28.03.2019 unter https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf
- Cameron, C., Craig, C.L., Bull, F.C. & Bauman, A. (2007). Canada's physical activity guides: has their release an impact? *Canadian Journal of Public Health*, 98(Suppl 2), S161-S169.
- Cottrell, E., Foster, N.E., Porcheret, M., Rathod, T. & Roddy, E. (2017). GPs' attitudes, beliefs and behaviours regarding exercise for chronic knee pain: a questionnaire survey. *BMJ Open*, 7, e014999.
- Cowan, R.E. (2016). Exercise is medicine initiative: Physical activity as a vital sign and prescription in adult rehabilitation practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(9 Suppl 3), S232-S237.
- Curbach, J., Apfelbacher, C., Knoll, A., Herrmann, S., Szagun, B. & Loss, J. (2018). Physician's perspectives on implementing the prevention scheme „Physical Activity on Prescription“: Results of a survey in Bavaria. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 131-132, 66-72.
- Dadaczynski, K., Baumgarten, K. & Hartmann, T. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, 214-221.

Darmann-Finck, I. & Reuschenbach, B. (2019). Ergebnisse der Evaluation der hochschulischen Erstausbildung in den therapeutischen Berufen. *Gesundheitswesen*, 81, 325-331.

Dean, E., Moffat, M., Skinner, M., de Andrade, A.D., Myezwa, H. & Söderlund, A. (2014). Toward core inter-professional health promotion competencies to address the non-communicable diseases and their risk factors through knowledge translation: curriculum content assessment. *BMC Public Health*, 14, 717. Doi: 10.1186/1471-2458-14-717.

Dean, E., Skinner, M., Myezwa, H., Mkumbuzi, V., Mostert, K., Parra, D.C., Shirley, D., Söderlund, A., de Andrade, A.D., Abaraogu, U.O., Bruno, S., Clark, D., Gylfadóttir, S., Jones, A., Veluswamy, S.K., Lomi, C., Moffat, M., Morris, D., Stensdotter, A.K., Wong, W.P.; Global Health Working Group (2019). Health Competency Standards in Physical Therapist Practice. *Physical Therapy*, doi: 10.1093/ptj/pzz087. [Epub ahead of print]

Deck, R., Schramm, A. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) – ein Erfolgsmodell? *Rehabilitation*, 51, 316-325.

De Smedt, D., Clays, E., Prugger, C., De Sutter, J., Fras, Z., De Backer, G., Lovic, D., Baert, A., Kotseva, K. & De Bacquer, D. (2016). Physical activity status in patients with coronary heart disease: results from the cross-sectional EUROASPIRE surveys. *Journal of Physical Activity and Health*, 13(12), 1378-1384.

De Smedt, D., De Sutter, J., De Pauw, M., Vandekerckhove, H., Trouerbach, J., De Backer, G., Willems, A.M., Pardaens, S., Vervaet, P., Deweerdt, N. & De Bacquer, D. (2019). Lifestyle behaviour and risk factor control in coronary patients: Belgian results from the cross-sectional EUROASPIRE surveys. *Acta Cardiologica*, 74(1), 21-27.

Demark-Wahnefried, W., Aziz, N.M., Rowland, J.H. & Pinto, B.M. (2005). Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *Journal of clinical oncology*, 23(24), 5814-5830.

Deprins, J., Geidl, W., Streber, R., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2016). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: inhaltliche Ausrichtung und Standardisierungsgrad. Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme. *DRV-Schriften 109*, 316-317.

Deprins, J., Geidl, W., Streber, R., Pfeifer, K. & Sudeck, G. (2019). Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme. *Rehabilitation*, Doi: 10.1055/a-0808-0814

DGRW (Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften) e. V. (2017). *Mitglieder der AG Bewegungstherapie (Stand 09/2017)*. Zugriff am 25.06.2019 unter www.dgrw-online.de/kommissionen-und-arbeitsgruppeniii-achtung-mit-archiv-nicht-loeschen/arbeitsgruppe-bewegungstherapie/mitgliederii.html

DNVF (Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung) e. V. (2017). *Positionspapier zur Situation der Versorgungsforschung an Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen in Deutschland (Stand 28.9.2017)*. Zugriff am 28.06.2019 unter https://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/Positionspapier%20Hochschullehrer%202017_fin_171004.pdf

Dobkin, B.H. (2018). Behavioral self-management strategies for practice and exercise should be included in neurologic rehabilitation trials and care. *Current Opinion in Neurology*, 29(6), 693-699.

Donaghy, M. & Taylor, A.H. (2010). Should practitioners promote physical activity as a treatment for depression? *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 40(2), 132-135.

Donner-Banzhoff, N. & Bösner, S. (2013). *Innovationen verbreiten, optimieren und evaluieren. Ein Leitfaden zur interventionellen Versorgungsforschung*. Berlin: Springer.

DRV Bund (2014). KTL. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Ausgabe 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung. Zugriff am 28.07.2019 unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ctl_2015_pdf?__blob=publicationFile&v=1

DRV Bund (2018). *Reha-Bericht 2018*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Drynan, D. & Murphy, S. (2013). *Understanding and facilitating interprofessional education. A guide to incorporating interprofessional experiences into the practice education setting*. University of Toronto, Centre for Interprofessional Education. Zugriff am 17.06.2019 unter <https://physicaltherapy.med.ubc.ca/files/2012/09/IPE-Guide-2nd-ed.-May-2012.pdf>

Dunstan, D.W., Howard, B., Healy, G.N. & Owen, N. (2012). Too much sitting- a health hazard. *Diabetes research and clinical practice*, 97(3), 368-376.

Eccles, M.P., Armstrong, D., Baker, R., Cleary, K., Davies, H., Davies, S., Glasziou, P., Iltott, I., Kinmonth, A.-L., Leng, G., Logan, S., Marteau, T., Michie, S., Rogers, H., Rycroft-Malone, J. & Sibbald, B. (2009). An implementation research agenda. *Implementation Science*, 4, 18. Doi: 10.1186/1748-5908-4-18.

Engelmann, F. & Halkow, A. (2008). *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung*. (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 2008-302). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH. Zugriff am 28.06.2019 unter <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/29406>

Escobar-Reina, P., Medina-Mirapeix, F., Gascón-Cánovas, J.J., Montilla-Herrador, J., Jimeno-Serrano, F.J., de Oliveira Sousa, S.L., del Baño-Aledo, M.E. & Lomas-Vega, R. (2010). How do care-provider and home exercise program characteristics affect patient adherence in chronic neck and back pain: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 10, 60. doi: 10.1186/1472-6963-10-60.

Ewers, M., Grewe, T., Höppner, H., Huber, W., Sayn-Wittgenstein, F., Stemmer, R., Voigt-Radloff, S. & Walkenhorst, U. (2012). Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137, S37-S73.

Faller, H., Reusch, A. & Meng, K. (2011). Innovative Schulungskonzepte in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54, 444-450.

Fenton, S.A.M., Veldhuijzen van Zanten, J.J.C.S., Kita, G.D., Duda, J.L., Rouse, P.C., Yu, C.A. & Metsios, G.S. (2017). Sedentary behaviour is associated with increased long-term cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis independently of moderate-to-vigorous physical activity. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 18(1): 131.

Finger, J.D., Mensink, G.B.M., Lange, C. & Manz, K. (2017). Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 37-44.

Fiuza-Luces, C., Garatachea, N., Berger, N.A. & Lucia, A. (2013). Exercise is the real polypill. *Physiology*, 28(5), 330-358.

Foster, C. (2000). *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes*. British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford. Zugriff am 28.06.2019 unter:

<https://pdfs.semanticscholar.org/3f76/cb8001e9bdf6ea387b20ffd8784cd1cb730.pdf>

Foster, N.E. & Delitto, A. (2011). Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice – challenges and opportunities. *Physical Therapy*, 91, 790-803.

Fowles, J.R., O'Brien, M.W., Solmundson, K., Oh, P.I., Shields, C.A. (2018). Exercise is Medicine Canada physical activity counselling and exercise prescription training improves counselling, prescription, and referral practices among physicians across Canada. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 43(5), 535-539.

Franke, A., Wendel, C. & Morfeld, M. (2011). Versorgungsforschung in der Neurorehabilitation – ein Überblick. *Neuroreha*, 3, 107-113.

Frémont, P., Fortier, M. & Frankovich, R.J. (2014). Exercise prescription and referral tool to facilitate brief advice to adults in primary care. *Canadian Family Physician*, 60, 1120-1122.

Froböse, I. & Wallmann-Sperlich, B. (2016). *Der DKV Report „Wie gesund lebt Deutschland?“ 2016*. Düsseldorf: DKV Deutsche Krankenversicherung.

Furlanetto, K.C., Donária, L., Schneider, L.P., Lopes, J.R., Ribeiro, M., Fernandes, K.B., Hernandes, N.A. & Pitta, F. (2017). Sedentary behavior is an independent predictor of mortality in subjects with COPD. *Respiratory care*, 62(5), 579-587.

Garrett, S., Elley, C.R., Rose, S.B., O'Dea, D., Lawton, B.A. & Dowell, A.C. (2011). Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. *British Journal of General Practice*, 61(584), e125-33.

Geidl, W. (2015). *Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils in der Rehabilitation chronischer Erkrankungen – Verhaltensbezogene Bewegungstherapie und die Bedeutung der affektiven Einstellungskomponente gegenüber Sporttreiben*. Dissertation, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

Geidl, W., Hendrich, S., Hofmann, J., Schöne, D., Zopf, E., Baumann, F. & Pfeifer, K. (2009). *Entwicklung evidenzgesicherter Konzepte für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation*.

Zugriff am unter 18.05.2019 unter http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Projekt_Bewegungstherapie.pdf

Geidl, W., Hofmann, J. & Pfeifer, K. (2012a). Bewegungsförderung in der Rehabilitation. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 319-334). Bern: Verlag Hans Huber.

Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2012b). Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. *Rehabilitation*, 51, 259-268.

Geidl, W., Semrau, J. & Pfeifer, K. (2014). Health behaviour change theories: contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. *Disability and Rehabilitation*, 36(24), 2091-2100.

Geidl, W., Deprins, J., Cassar, S., Streber, R., Portenlänger, F., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2019). Exercise therapy and physical activity promotion: do exercise therapists assess or receive information on clients' relevant personal factors? A national survey from Germany. *European Journal of Physiotherapy*, <https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1617776>.

Geuter, G. & Holleder, A. (2012). Bewegungsförderung und Gesundheit – eine Einführung. In G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.) *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 9-19). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Global Advocacy Council der internationalen Gesellschaft für körperliche Aktivität und Gesundheit (ISPAH) (2012). NCD Prevention: Investments that work for physical activity. *British Journal of Sports Medicine*, 46(8), 709-712.

Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Eccles, M. & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*, 3, 36. Doi: 10.1186/1748-5908-3-36.

González, K., Fuentes, J. & Márquez, J.L. (2017). Physical Inactivity, Sedentary Behavior and Chronic Diseases. *Korean Journal of Family Medicine*, 38(3), 111-115.

Gräßel, E., Donath, C., Holleder, A., Drexler, H., Kornhuber, J., Zobel, A. & Kolominsky-Rabas, P. (2015). Versorgungsforschung – evidenzbasiert. Ein Kurzüberblick und Implikationen. *Gesundheitswesen*, 77, 193-199.

- Gray, E., Shields, C. & Fowles, J.R. (2017). Building competency and capacity for promotion of effective physical activity in diabetes care in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 41, 491-498.
- Grimmett, C., Corbett, T., Brunet, J., Shepherd, J., Pinto, B.M., May, C.R. & Foster, C. (2019). Systematic review and meta-analysis of maintenance of physical activity behaviour change in cancer survivors. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 37. Doi: 10.1186/s12966-019-0787-4.
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Lavis, J.N., Hill, S.J. & Squires, J.E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7:50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362, 1225-1230.
- Grol, R. & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical Journal of Australia*, 180(6 Suppl), S57-S60.
- Guthold, R., Stevens, G.A., Riley, L.M. & Bull, F.C. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1,9 million participants. *Lancet Global Health*, 6, e1077-e1086.
- Härter, M., Dirmaier, J., Scholl, I., Donner-Banzhoff, N., Dierks, M.L., Eich, W., Müller, H., Klemperer, D., Koch, K. & Bieber, C. (2017). The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 123-124, 46-51.
- Hart, T. & Bagiella, E. (2012). Design and implementation of clinical trials in rehabilitation research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(8 Suppl), S117-26.
- Henschel, B., Gorczyca, A.M., Chomistek, A.K. (2017). Time spent sitting as an independent risk factor for cardiovascular disease. *American Journal of Lifestyle Medicine*, <https://doi.org/10.1177/1559827617728482>
- Hinrichs, T. & Brach, M. (2012). The General Practitioner's Role in Promoting Physical Activity to Older Adults: A Review Based on Program Theory. *Current Aging Science*, 5, 41-50.

- Hoffmann, T.C., Eructi, C. & Glasziou, P.P. (2013). Poor description of non-pharmacological interventions: analysis of consecutive sample of randomized trials. *BMJ*, 347, f3755. Doi: 10.1136/bmj.f3755.
- Hoffmann, T.C., Glasziou, P.P., Boutron, I., Mile, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D.G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S.E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J.C., Chan, A.W. & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. Doi: 10.1136/bmj.g1687.
- Hofmann, J., Peters, S., Geidl, W., Hentschke, C. & Pfeifer, K. (2013). Effects of behavioural exercise therapy on the effectiveness of a multidisciplinary rehabilitation for chronic non-specific low back pain: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 89. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-89>
- Horn, A., Brause, M. & Schaeffer, D. (2012). Bewegungsförderung in der (stationären) Langzeitversorgung. In G. Geuter & A. Holleederer (Hrsg.), *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit* (S. 305-318). Bern: Verlag Hans Huber.
- Huber, G. (2008). Positionspapier Sport- und Bewegungstherapie 2008 – Qualitätssicherung und Professionalisierung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 24(Suppl 1), S37-S40.
- Huber, G. (2009). *Normalgewicht – das Deltaprinzip. Grundlagen und Module zur Planung von Kursen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Huber, G. (2011). *Passung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation*. Projektbericht, Institut für Sport und Sportwissenschaft, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Huber, G. (2012a). Sozialwissenschaftliche Aspekte. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (S. 205-215) . Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Huber, G. (2012b). Sporttherapeutisches Assessment. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (S. 134-139) . Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Huber, G. (2014). Ist Sitzen eine tödliche Aktivität? *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 30, 13-16.

- Huber, G. (2015). Warum "30 Minuten täglich" das bessere Konzept ist. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31, 194-198.
- Huber, G. (2016). Zur Professionalisierung der Bewegungsförderung. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 32, 128-132.
- Huber, G. (2017). Erwartungen an die Sportwissenschaft 2030 hinsichtlich der Professionalisierung der Bewegungsförderung. *Ze-phir*, 24, 16-17.
- Huber, G. & Baldus, A. (2012). Qualitätsmanagement in der Rehabilitation und Sporttherapie. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (S. 314-325). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Huber, G., Baumann, F. & Schüle, K. (2012). Körperliche Aktivität, Sport und Brustkrebs im DMP – ein Bewegungsprogramm für betroffene Frauen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 28, 62-68.
- Huber, G., Sudeck, G., Bosch, R. & Belizer, W. (2014). *Entwicklung einer person-orientierten Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation*. Abschlussbericht, September, 2014. Zugriff am 04.04.2019 unter http://forschung.deutscherentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Final2014_Abschlussbericht_PersonOrientierteBewegungstherapie.pdf
- Huber, G. & Köppel, M. (2017). Analyse der Sitzzeiten von Kindern und Jugendlichen zwischen 4 und 20 Jahren. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 68, 101-106.
- Hunt, T., Madigan, S., Williams, M.T. & Olds, T.S. (2014). Use of time in people with chronic obstructive pulmonary disease – a systematic review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 1377-1388.
- Jahed, J., Bengel, J. & Baumeister, H. (2012). Transfer von Forschungsergebnissen in die medizinische Praxis. *Gesundheitswesen*, 74(11), 754-761.
- Jin, Y., Sanger, N., Shams, I., Luo, C., Shahid, H., Li, G., Bhatt, M., Zielinski, L., Bantoto, B., Wang, M., Abbade, L.P., Nwosu, I., Leenus, A., Mbuagbaw, L., Maaz, M., Chang, Y., Sun, G., Levine, M.A., Adachi, J.D., Thabane, L. & Samaan, Z. (2018). Does the medical literature remain inadequately described despite having reporting guidelines for 21 years? – A systematic review of reviews: an update. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 495-510.

Joy, E.L., Blair, S.N., McBride, P. & Sallis, R. (2013). Physical activity counselling in sports medicine: a call to action. *British Journal of Sports Medicine*, 47(1), 49-53.

Kallus, K. W. (2016). *Erstellung von Fragebogen*. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas.

Kamper, S.J., Apeldoorn, A.T., Chiarotto, A., Smeets, R.J., Ostelo, R.W., Guzman, J. & van Tulder, M.W. (2014). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Chochrane Database of Systematic Reviews*, CD000963. doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2019). Neues DMP chronischer Rückenschmerz auf den Weg gebracht. Zugriff am 30.07.2019 unter https://www.kbv.de/html/1150_40650.php

Kehler, D.S., Hay, J.L., Stammers, A.N., Hamm, N.C., Kimber, D.E., Schultz, A.S.H., Szwajcer, A., Arora, R.C., Tangri, N. & Duhamel, T.A. (2018). A systematic review of the association between sedentary behaviors with frailty. *Experimental gerontology*, 114, 1-12.

Kinnett-Hopkins, D., Adamson, B., Rougeau, K. & Motl, R.W. (2017). People with MS are less physically active than healthy controls but as active as those with other chronic diseases: an updated meta-analysis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 13, 38-43.

Kohl, H.W., Craig, C.L., Lambert, E.V., Inoue, S., Alkandari, J.R., Leetongin, G., Kahlmeier, S. for the Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*, 380, 219-229.

Koorts, H., Eakin, E., Estabrooks, P., Timperio, A., Salmon, J. & Bauman, A. (2018). Implementation and scale up of population physical activity interventions for clinical and community settings: the PRACTIS guide. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15, 51. Doi: 10.1186/s12966-018-0678-0.

Kopkow, C., Bahns, C., Happe, L. & Thiel, C. (2018). *Physiotherapeutische Versorgungssituation von Patienten*innen mit Kreuzschmerzen in Deutschland*. Meeting Abstract. 17. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, 10.-12.10.2018. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House.

Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.

- Krohne, H.W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.
- Lederman, O., Grainger, K., Stanton, R., Douglas, A., Gould, K., Perram, A., Baldeo, R., Fokas, T., Nauman, F., Semaan, Hewavasam, J., Pontin, L., Rosenbaum, S. (2016). Consensus statement of the role of Accredited Exercise Physiologists within the treatment of mental disorders: a guide for mental health professionals. *Australasian Psychiatry* 24(4), 347-351.
- Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., Katzmarzyk, P.T., Lancet Physical Activity Series Working Group. *Lancet*, 380(9838), 219-229.
- Légaré, F., Borduas, F., Freitas, A., Jacques, A., Godin, G., Luconi, F., Grimshaw, J. & CPD-KT Team (2014). Development of a simple 12-item theory-based instrument to assess the impact of continuing professional development on clinical behavioral intentions. *PLoS One*, 9(3), e91013. Doi: 10.1371/journal.pone.0091013.
- Leijon, M.E., Bendtsen, P., Nilsen, P., Ekberg, K. & Ståhle, A. (2008). Physical activity referrals in Swedish primary health care – prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions, and prescribed activities. *BMC Health Services Research*, 8, 201. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-201>
- Li, A., Yau, S.Y., Machado, S., Wang, P., Yuan, T.F. & So, K.F. (2019). Enhancement of hippocampal plasticity by physical exercise as a polypill for stress and depression: a review. *CNS & neurological disorders drug targets*, Epub ahead of print. Doi: 10.2174/1871527318666190308102804
- Li, L.C., Lineker, S., Cibere, J., Crooks, V.A., Jones, C.A., Kopec, J.A., Lear, S.A., Pencharz, J., Rhodes, R.E. & Esdaile, J.M. (2013). Capitalizing on the teachable moment: osteoarthritis physical activity and exercise net for improving physical activity in early knee osteoarthritis. *JMIR Research Protocols*, 2(1), e17.
- Lin, J.S., O'Connor, E., Whitlock, E.P. & Beil, T.L. (2010). Behavioral Counseling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease in Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 153(11), 736-750.

Lion, A., Vuillemin, A., Thornton, J.S., Theisen, D., Stranges, S. & Ward, M. (2018). Physical activity promotion in primary care: a Utopian quest? *Health Promotion International*, doi: 10.1093/heapro/day038 [Epub ahead of print].

Lobelo, F., Rohm Young, D., Sallis, R., Garber, M.D., Billinger, S.A., Duperly, J., Hutber, A., Pate, R.R., Thomas, R.J., Widlansky, M.E., McConnell, M.V., Joy, E.A., on behalf of the American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Epidemiology and Prevention, Council on Clinical Cardiology, Council on Genomic and Precision Medicine, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia and Stroke Council (2018). Routine Assessment and Promotion of Physical Activity in Healthcare Settings. A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 137, e495-e522.

Löllgen, H. & Bachl, N. (2016). Kardiovaskuläre Prävention und regelmäßige körperliche Aktivität. *Herz*, 41(8), 664-670.

Löllgen, H., Wismach, J. & Kunstmann, W. (2013). Das Rezept für Bewegung – Einsatzmöglichkeiten für Arzt und Patient. *Der Klinikarzt*, 42(9), 416-420.

Loprinzi, P.D. (2015). Physical activity is the best buy in medicine, but perhaps for less obvious reasons. *Preventive medicine*, 75, 23-24.

Loss, J., Sauter, A. & Curbach, J. (2018). Das Rezept für Bewegung als Maßnahme ärztlicher Prävention. *Public Health Forum*, 26(2), 120-122.

Lowe, A., Littlewood, C., McLean, S. & Kilner, K. (2017). Physiotherapy and physical activity: a cross-sectional survey exploring physical activity promotion, knowledge of physical activity guidelines and the physical activity habits of UK physiotherapists. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 3, e000290.

Luan, X., Tian, X., Zhang, H., Huang, R., Li, N., Chen, P. & Wang, R. (2019). Exercise as a prescription for patients with various diseases. *Journal of Sport and Health Science*, <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2019.04.002>

MacAuley, D., Bauman, A. & Frémont, P. (2015). Exercise: not a miracle cure, just good medicine. *BMJ*, 350, h1416.

Mason, C., Alfano, C.M., Smith, A.W., Wang, C.Y., Neuhausser, M.L., Duggan, C., Bernstein, L., Baumgartner, K.B., Baumgartner, R.N., Ballard-Barbash, R. & McTiernan, A. (2013).

- Long-term physical activity trends in breast cancer survivors. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 22(6), 1153-1161.
- Masterson-Algar, P., Burton, C.R. & Rycroft-Malone, J. (2018). The generation of consensus guidelines for carrying out process evaluations in rehabilitation research. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 180. Doi: 10.1186/s12874-018-0647-y
- Matthews, A., Jones, N., Thomas, A., van den Berg, P. & Foster, C. (2017). An education programme influencing health professionals to recommend exercise to their type 2 diabetes patients – understanding the processes: a case study from Oxfordshire, UK. *BMC Health Services Research*, 17, 130. doi: 10.1186/s12913-017-2040-7.
- May, S. (2010). Self-management of chronic low back pain and osteoarthritis. *Nature Reviews Rheumatology*, 6, 199-209.
- McKay, V.R., Dolcini, M.M. & Hoffer, L.D. (2017). The dynamics of de-adoption: a case study of policy change, de-adoption, and replacement of an evidence-based HIV intervention. *Translational Behavioral Medicine*, 7(4), 821-831.
- McKay, V.R., Morshed, A.B., Brownson, R.C., Proctor, E.K. & Prusaczyk, B. (2018). Letting go: conceptualizing intervention de-implementation in public health and social service settings. *American Journal of Community Psychology*, 62, 189-202.
- Meng, K., Seekatz, B., Rossband, H., Worringer, U., Faller, H. & Vogel, H. (2009). Entwicklung eines standardisierten Rückenschulungsprogramms für die orthopädische Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48(6), 335-344.
- Meng, K., Seekatz, B., Rossband, H., Worringer, U., Vogel, H. & Faller, H. (2011). Intermediate and long-term effects of a standardized back school for inpatient orthopedic rehabilitation on illness knowledge and self-management behaviors: a randomized controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 27, 248-257.
- Meng, K., Seekatz, B., Haug, G., Mosler, G., Schwaab, B., Worringer, U. & Faller, H. (2014). Evaluation of a standardized patient education program for inpatient cardiac rehabilitation: impact on illness knowledge and self-management behaviors up to 1 year. *Health Education Research*, 29(2), 235-246.
- Meng, K., Peters, S., Schultze, A. & Faller, H. unter Mitarbeit von Pfeifer, K., Neumann, A., Wasem, J. (2015a). „Patientenorientierte Schulungspraxis in der orthopädischen Rehabilitation

durch Dissemination eines evaluierten Schulungsprogramms“. Unveröffentlichter Projektbericht.

Meng, K., Peters, S., Schultze, A., Pfeifer, K. & Faller, H. (2015b). Der Einfluss von 2 Implementierungsinterventionen auf die Implementierungsgüte einer standardisierten Rückenschulung in der orthopädischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 54(05), 325-331.

Meng, K., Musekamp, G., Schuler, M., Seekatz, B., Glatz, J., Karger, G., Kiwus, U., Knoglinger, E., Schubmann, R., Westphal, R. & Faller, H. (2016). The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Patient Education and Counseling*, 99(7), 1190-1197.

Meng, K., Peters, S. & Faller, H. (2017). Effectiveness of a standardized back school program for patients with chronic low back pain after implementation in routine rehabilitation care. *Patient Education and Counseling*, 100(6), 1161-1168.

Meyer, T. (2014). Qualitative Versorgungsforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64, 448.

Møller, T., Lillelund, C., Andersen, C., Ejlersen, B., Nørgaard, L., Christensen, K.B., Vadstrup, E., Diderichsen, F., Hendriksen, C., Bloomquist, K. & Adamsen, L. (2013). At cancer diagnosis: a window of opportunity for behavioural change towards physical activity. A randomized feasibility study in patients with colon and breast cancer. *BMJ Open*, 3(11), e003556.

Mudge, S., Stretton, C. & Kayes, N. (2014). Are physiotherapists comfortable with person-centred practice? An autoethnographic insight. *Disability and Rehabilitation*, 36(6), 457-463.

Mulligan, H., Wilkinson, A. & Snowdon, J. (2016a). Perceived impact of a self-management program for fatigue in multiple sclerosis: a qualitative study. *International Journal of MS Care*, 18(2), 27-32.

Mulligan, H., Wilkinson, A., Barclay, A., Whiting, H., Heynike, C. & Snowdon, J. (2016b). Evaluation of a Fatigue Self-Management Program for People with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 18(3), 116-121.

Murphy, L.B., Hootman, J.M., Boring, M.A., Carlson, S.A., Qin, J., Barbour, K.E., Brady, T.J. & Helmick, C.G. (2017). Leisure time physical activity among U.S. adults with arthritis, 2008-2015. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 345-354.

Musekamp, G., Gerlich, C., Ehlebracht-König, I., Dorn, M., Höfter, A., Tomiak, C., Schlittenhardt, D., Faller, H. & Reusch, A. (2019). Evaluation of a self-management patient education programme for fibromyalgia – results of a cluster-RCT in inpatient rehabilitation. *Health Education Research*, 34(2), 209-222.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2013). *Physical activity: brief advice for adults in primary care*. NICE Public Health Guidance. Manchester: NICE.

Nicholls, D.A. (2018). *The End of Physiotherapy*. New York: Routledge.

Nickel, F., Barth, J. & Kolominsky-Rabas, P.L. (2018). Health economic evaluations of non-pharmacological interventions for persons with dementia and their informal caregivers: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 18, 69. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0751-1>

Niven, D.J., Mrklas, K.J., Holodinsky, J.K., Straus, S.E., Hemmelgarn, B.R., Jeffs, L.P. & Stelfox, H.T. (2015). Towards understanding the de-adoption of low-value clinical practices: a scoping review. *BMC Medicine*, 13, 255. Doi: 10.1186/s12916-015-0488-z

Nübling, R. (2015). Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Status Quo und Perspektiven. Vortrag auf dem Psychotherapieforum Heidelberg. Zentrum für Psychosoziale Medizin der Universität Heidelberg, am 22.01.2015. Zugriff am 27.06.2019 unter <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/vortrage/20150122-nuebling-pt-versorgungsforschung-heidelberg.pdf>

Orron, G., Kinmonth, A.L., Sanderson, S. & Sutton, S. (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*, 344, e1389.

Ozemek, C., Lavie, C.J. & Rognmo, Ø (2019). Global physical activity levels – Need for intervention. *Progress in cardiovascular diseases*, 62(2), 102-107.

Pareja-Galeano, H., Garatachea, N. & Lucia, A. (2015). Exercise as a polypill for chronic diseases. *Progress in molecular biology and translational science*, 135, 497-526.

Patnode, C.D., Evans, C.V., Senger, C.A., Redmond, N. & Lin, J.S.(2017). *Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Evidence Synthesis No. 152.

AHRQ Publication No. 15-05222- EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Pedersen, B.K. & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 25(Suppl 3), 1-72.

Peters, S. (2015a). Indikationen der Disease-Management-Programme und körperliche Aktivität: ein selektives Update. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31, 76-78.

Peters, S. (2015b). Aktualisierung und grundlegende Überarbeitung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 31, 79-80.

Pfaff, H. (2016). *Versorgungsforschung in der Rehabilitation*. Präsentation auf dem 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, 4.11.2016, Berlin. Zugriff am 28.07.2019 unter https://bbs.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/ohne_AZ/m_cc01/bbs/Veranstaltungen_und_Meldungen/Symposium_Vorträge/02_Versorgungsforschung_in_der_Reha_161104.pdf

Pfaff, H. (2017). *Positionspapier zur Situation der Versorgungsforschung an deutschen Hochschulen*. Präsentation auf dem 16. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, 5.10.2017, Berlin. Zugriff am 11.5.2019 unter http://www.imvr.de/uploads/Vortr%C3%A4ge/2017/Positionspapier%20zur%20Situation%20der%20Versorgungsforschung_Berlin.pdf

Pfaff, H., Ernstmann, N., Ansmann, L., Busse, R., Dreinhöfer, K., Farin-Glattacker, E. et al. für das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (2017). *Positionspapier zur Situation der Versorgungsforschung an Universitäten, Hochschulen und Fachhochschulen in Deutschland (Stand 28.9.2017)*. Zugriff am 22.06.2019 unter https://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/Positionspapier%20Hochschullehrer%202017_fin_171004.pdf

Pfeifer, K. (1999). Sportwissenschaftliche Studiengänge im Bereich Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland – Eine orientierende Erhebung und Bewertung. *dvs-Informationen*, 14, 23-27.

Pfeifer, K. (2004). *Expertise zur Prävention von Rückenschmerzen durch bewegungsbezogene Interventionen*. Im Auftrag der Bertelsmannstiftung und der Akademie für Manuelle Medizin an der Universität Münster im Juni 2004. Zugriff am 31.03.2019 unter

- https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_15359__2.pdf
- Pfeifer, K. (2007). *Rückengesundheit. Grundlagen und Module zur Planung von Kursen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Pfeifer, K. (2011). Sportmedizin. In K. Willimczik, *Sportwissenschaft interdisziplinär. Band 4: Die sportwissenschaftlichen Teildisziplinen in ihrer Stellung zur Sportwissenschaft* (S. 224-250). Hamburg: Czwalina.
- Pfeifer, K., Brehm, W., Rütten, A., Ungerer-Röhrich, U. & Wegner, M. (2004). Ausbildung für das sportwissenschaftliche Handlungsfeld Gesundheit – Perspektiven für eine zukünftige Entwicklung. In A. Woll, W. Brehm & K. Pfeifer (Hrsg.), *Intervention und Evaluation im Gesundheitssport und in der Sporttherapie* (S. 27-43). Hamburg: Czwalina.
- Pfeifer, K. & Rütten, A. (2017). Editorial. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. *Gesundheitswesen*, 79(Suppl. 1), S2-S3.
- Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S. & Huber, G. (2010). DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. *Rehabilitation*, 49, 224-236.
- Pfeifer, K., Sudeck, G., Geidl, W. & Tallner, A. (2013). Bewegungsförderung und Sport in der Neurologie – Kompetenzorientierung und Nachhaltigkeit. *Neurologie & Rehabilitation*, 19(1), 7-19.
- Phillips, C.D. (2006). What do you do for a living? Toward a more succinct definition of health services research. *BMC Health Services Research*, 6, 117. Doi: 10.1186/1472-6963-6-117.
- Phillips, E.M., Schneider, J.C., Mercer, G.R. (2004). Motivating Elders to Initiate and Maintain Exercise. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(Suppl 3), S52-57.
- Physio Deutschland (2019). *Zahlen, Daten, Fakten zur Physiotherapie (Stand: 1.2.2019)*. Online abgerufen am 14.05.2019 unter https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen_Daten_Fakten/Zahlen_Daten_Fakten.pdf
- Powell, K.E., Paluch, A.E. & Blair, S.N. (2011). Physical activity for health: what kind? How much? How intense? On top of what? *Annual Review of Public Health*, 32, 349-365.

- Prasad, V. & Ioannidis, J.P. (2014). Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices. *Implementation Science*, 9, 1. Doi: 10.1186/1748-5908-9-1.
- Raspe, H., Pfaff, H., Härter, M., Hart, D., Koch-Gromus, U. Schwarz, Friedrich-Wilhelm, Siegrist, Johannes & Wittchen, Hans Ulrich (2010). *Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Stellungnahme. Standpunkt*. Bonn: Deutsche Forschungsgemeinschaft.
- Rebelo-Marques, A., De Sousa Lages, A., Andrade, R., Ribeiro, C.F., Mota-Pinto, A., Carrilho, F. & Espregueira-Mendes, J. (2018). *Frontiers in Endocrinology*, 9, 258.
- Reese, C., Petrak, F. & Mittag, O. (2016). Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit Typ-2-Diabetes: Methoden und Ergebnisse. *Rehabilitation*, 55, 299-304.
- Reiner, M., Niermann, C., Jekauc, D. & Woll, A. (2013). Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 13, 813.
- Reis, R.S., Salvo, D., Ogilvie, D., Lambert, E.V., Goenka, S., Brownson, R.C. & Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee (2016). Scaling up physical activity interventions across the globe: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet*, 388(10051), 1337-1348.
- Reusch, A., Schug, M., Küffner, R., Vogel, H. & Faller, H. (2013). Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 – Eine Bestandsaufnahme. *Rehabilitation*, 52, 226-233.
- Riemann-Lorenz, K., Wienert, J., Streber, R., Motl, R.W., Coote, S. & Heesen, C. (2019). Long-term physical activity in people with multiple sclerosis: exploring expert views on facilitators and barriers. *Disability and Rehabilitation*, 1-13. Doi: 10.1080/09638288.2019.1584253
- Ritter, S., Storrer, D., Weigl, M. & Krischak, G. (2018). Status Quo der Wissenschaft und Forschung in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation in Deutschland. *Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin*, 28, 219-223.
- Rütten, A. (2006). Beyond sport and physical activity: the concept of movement in health promotion. *Sozial- und Präventivmedizin*, 51(5), 252-253.

Rütten, A. (2017). Sportwissenschaft, Bewegungsförderung und Public Health. Eine Bilanz mit Zukunftsperspektiven. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 47, 72-81.

Rütten, A. & Pfeifer, K. (o.D.). *Abschlussbericht. Deutsche Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Disseminierung der Empfehlungen*. Zugriff am 18.05.2019 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Disseminierung_Bewegungsempfehlungen_Abschlussbericht.pdf

Rütten, A. & Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. FAU: Erlangen-Nürnberg. Zugriff am 28.06.2019 unter: www.bewegungsempfehlungen.de

Rütten, A., Wolff, A. & Streber, A. (2016a). Nachhaltige Implementierung evidenzbasierter Programme in der Gesundheitsförderung: Theoretischer Bezugsrahmen und ein Konzept zum interaktiven Wissenstransfer. *Gesundheitswesen*, 78, 139-145.

Rütten, A., Wolff, A. & Streber, A. (2016b). Interaktiver Wissenstransfer in der Gesundheitsförderung: das GESTALT-Projekt. Erste Ergebnisse der Erprobung eines Ansatzes zur nachhaltigen Implementierung evidenzbasierter Bewegungsprogramme. *Gesundheitswesen*, 78, 359-366.

Rütten, A., Abu-Omar, K. & Messing, S. (2017a). Empfehlungen für Bewegungsförderung: Theorie und Evidenzbasierung. *Gesundheitswesen*, 79(Suppl. 1), S40-S44.

Rütten, A., Abu-Omar, K., Burlacu, I., Schätzlein, V. & Suhrcke, M. (2017b). Sind Präventionsmaßnahmen zur Bewegungsförderung kosteneffektiv? Ein systematischer Review von Überblicksarbeiten. *Gesundheitswesen*, 79(S 01), S51-S59.

Rütten, A., Frahsa, A., Abel, T., Bergmann, M., de Leeuw, E., Hunter, D., Jansen, M., King, A. & Potvin, L. (2017c). Co-producing active lifestyles as whole-system-approach: theory, intervention and knowledge-to-action implications. *Health Promotion International*, 34(1), 47-59.

Rütten, A., Abu-Omar, K., Messing, S., Weege, M., Pfeifer, K., Geidl, W. & Hartung, V. (2018). How can the impact of national recommendations for physical activity be increased? Experiences from Germany. *Health Research Policy and Systems*, 16, 121.

- Rubenstein, L.V. & Pugh, J. (2006). Strategies for promoting organizational and practice change by advancing implementation research. *Journal of General Internal Medicine*, 21(Suppl 2), S58-S64.
- Sanchis-Gomar, F., Fiuza-Luces, D. & Lucia, A. (2015). Exercise as the master polypill of the 21st century for the prevention of cardiovascular diseases. *International journal of cardiology*, 181, 360-361.
- Santa Mina, D., Au, D., Auger, L.E., Alibhai, S.M.H., Matthew, A.G., Sabiston, C.M., Oh, P., Ritvo, P.G., Chang, E.B. & Jones, J.M. (2019). Development, implementation, and effects of a cancer center's exercise-oncology program. *Cancer*, doi: 10.1002/cncr.32297.
- Sari, N. (2008). Physical inactivity and its impact on healthcare utilization. *Health Economics*, 18(8), 885-901.
- Sasaki, J.E., Motl, R.W., Cutter, G., Marrie, R.A., Tyry, T. & Salter, A. (2018). National estimates of self-reported sitting time in adults with multiple sclerosis. *Multiple sclerosis journal – experimental, translational and clinical.*, 4(1), doi: 10.1177/2055217318754368
- Saunders, T.J., Dechman, G., Hernandez, P., Spence, J.C., Rhodes, R.E., McGannon, K., Mundle, S., Ferguson, C., Bourbeau, J., Maltais, F., Marciniuk, D.D., Camp, P.G. & Blanchard, C. (2015). *COPD*, 12(5), 539-545.
- Schneider, S., Diehl, K., Bock, C., Herr, R.M., Mayer, M. & Görig, T. (2014). Modifying health behavior to prevent cardiovascular diseases: a nationwide survey among German primary care physicians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(4), 4218-4232.
- Scholl, I., Zill, J.M., Härter, M. & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis. *PLoS One*, 9(9), e107828.
- Schrapppe, M. (2018). *APS-Weißbuch Patientensicherheit*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schüle, K. (1987). *Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation. Zum Stellenwert von Bewegungstherapie und Sport*. St. Augustin: Richarz.
- Schüle, K. (2006). Zum aktuellen Stand von Bewegungstherapie und Krebs. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 22, 170-175.

- Schüle, K. & Deimel, H. (1990). Gesundheitssport und Sporttherapie – eine begriffliche Klärung. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 1(6), 3.
- Schüle, K. & Huber, G. (Hrsg.) (2012). *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Schüller, I. & Demetriou, Y. (2017). Förderung der sozialen Kompetenz durch bewegungsbezogene Interventionen in der Schule: ein systematischer Review. 23. Sportwissenschaftlicher Hochschultag der dvs. Innovation & Technologie im Sport, München.
- Schüller, I. & Demetriou, Y. (2018). Physical activity interventions promoting social competence at school: a systematic review. *Educational Research Review*, 25, 39-55.
- Semrau, J. & Pfeifer, K. (2015). Patientenschulung als Element einer interprofessionellen Rehabilitation in der Behandlung von chronischen nichtspezifischen Rückenschmerzen: konzeptionelle Merkmale des PASTOR-Programms. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25, 302-309.
- Semrau, J., Hentschke, C., Buchmann, J., Meng, K., Vogel, H., Faller, H., Bork, H. & Pfeifer, K. (2015). Long-term effects of interprofessional biopsychosocial rehabilitation for adults with chronic non-specific low back pain: a multicentre, quasi-experimental study. *PLoS One*, 10(3), e0118609.
- Senore, C., Giordano, L., Bellisario, C., Di Stefano, F. & Segnan, N. (2012). Population based cancer screening programmes as a teachable moment for primary prevention interventions. A review of the literature. *Frontiers in Oncology*, <https://doi.org/10.3389/fonc.2012.00045>
- Shelton, R.C., Cooper, B.R. & Stirman, S.W. (2018). The sustainability of evidence-based interventions and practices in public health and health care. *Annual Review of Public Health*, 39, 55-76.
- Shirley, D., van der Ploeg, H.P. & Bauman, A.E. (2010). Physical activity promotion in the physical therapy setting: perspectives from practitioners and students. *Physical Therapy*, 90(9), 1311-1322.
- Siefken, K. & Titze, S. (2016). Das Globale Observatorium für Körperliche Aktivität (GoPA!) präsentiert länderspezifische Bewegungskarten. Ein Überblick über die globale Initiative. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 67, 64-67.

Simmons, R., Fajans, P. & Ghiron, L. (Hrsg.) (2007). *Scaling up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes*. Genf: WHO. Zugriff am 22.05.2019 unter https://www.who.int/immunization/hpv/deliver/scalingup_health_service_delivery_who_2007.pdf

Smith, B.E., Hendrick, P., Bateman, M., Moffatt, F., Rathleff M.S., Selfe, J., Smith, T.O. & Logan, P. (2019). A loaded self-managed exercise programme for patellofemoral pain: a mixed methods feasibility study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 129. Doi: 10.1186/s12891-019-2516-1.

Soan, E.J., Street, S.J., Brownie, S.M. & Hills, A.P. (2014). Exercise physiologists: essential players in interdisciplinary teams for noncommunicable chronic disease management. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 65-68.

Steinau, M. (2005). Expertenkommission der Bewegungsfachberufe aktualisiert bestehende Rückenschul-Konzeptionen. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 21, 180.

Stirman, S.W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F. & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7, 17. Doi: 10.1186/1748-5908-7-17.

Stoll, O. (1999). Wirken körper- und bewegungsbezogene Interventionen ressourcenprotektiv? Eine Studie aus dem Bereich des Rehabilitations- und Behindertensports. *Psychologie und Sport*, 6, 18-22.

Stucki, G. & Grimby, G. (2007). Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part I: Developing a comprehensive structure from the cell to society. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 293-298.

Stucki, G., Reinhardt, J.D., Grimby, G. & Melvin, J. (2007a). Developing “Human functioning and rehabilitation research” from the comprehensive perspective. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 665-671.

Stucki, G., Reinhardt, J.D. & Grimby, G. (2007b). Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part II: Conceptual descriptions and domains for research. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 299-307.

- Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2016). Physical activity-related health competence as an integrative objective in exercise therapy and health sports – conception and validation of a short questionnaire. *Sportwissenschaft*, 46, 74-87.
- Synnott, A., O’Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O’Sullivan, P., O’Sullivan, K. (2015). Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 61(2), 68-76.
- Tarasenko, Y.N., Miller, E.A., Chen, C. & Schoenberg, N.E. (2017). Physical activity levels and counseling by health care providers in cancer survivors. *Preventive Medicine*, 99, 211-217.
- Topp, J., Westenhöfer, J., Scholl, I. & Hahlweg, P. (2018). Shared decision-making in physical therapy: A cross-sectional study on physiotherapists’ knowledge, attitudes and self-reported use. *Patient education and counseling*, 101(2), 346-351.
- Upvall, M.J. & Bourgault, A.M. (2018). De-implementation: a concept-analysis. *Nursing Forum*, doi: 10.1111/nuf.12256 [Epub ahead of print]
- van Bodegom-Vos, L., Davidoff, F. & Marang-van de Mheen, P.J. (2017). Implementation and de-implementation: two sides of the same coin? *BMJ Quality & Safety*, 26, 495-501.
- Vanden-Abee, J. & Schüle, K. (2000). Wissenschaftliche Begründung der Sporttherapie. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), *Grundlagen der Sporttherapie* (S. 9-31). München: Urban & Fischer.
- van Mechelen, W. (1997). A physically active lifestyle – public health’s best buy? *British Journal of Sports Medicine*, 31, 264-265.
- vanWormer, J.J., Pronk, N.P. & Kroeninger, G.J. (2009). Clinical Counseling for Physical Activity: Translation of a Systematic Review Into Care Recommendations. *Diabetes Spectrum*, 22(1), 48-55.
- Verhagen, E. & Engbers, L. (2009). The physical therapist’s role in physical activity promotion. *British Journal of Sports Medicine*, 43(2), 99-101.
- Warburton, D.E.R. & Bredin, S.S.D. (2017). Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*, 32(5), 541-556.

- Wensing, M. (2015). Implementation Science in healthcare: introduction and perspective. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109, 97-102.
- WHO (2009). *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Genf: WHO.
- WHO (2018). *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030. More Active People for a Healthier World*. Genf: WHO. Zugriff am 28.06.2019 unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
- WHO (2019). *Process of translation and adaptation of instruments*. Zugriff am 28.06.2019 unter https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- WHO & ExpandNet (2010). Nine steps for developing a scaling-up strategy. Zugriff am 28.07.2019 unter https://www.who.int/immunization/hpv/deliver/nine_steps_for_developing_a_scalingup_strategy_who_2010.pdf
- Wiangkham, T., Duda, J., Sayeed Haque, M., Price, J. & Rushton, A. (2019). A cluster randomised, double-blind pilot and feasibility trial of an active behavioural physiotherapy intervention for acute whiplash-associated disorder (WAD)II. *PLoS ONE*, 14(5): e0215803. Doi: 10.1371/journal.pone.0215803
- Willigendael, E.M., Bendermacher, B.L., van der Berg, C., Welten, R.J., Prins, M.H., Bie de, R.A. & Tejjink, J.A. (2005). The development and implementation of a regional network of physiotherapists for exercise therapy in patients with peripheral arterial disease, a preliminary report. *BMC Health Services Research*, 12, 49.
- Willimczik, K. (2001). Sportwissenschaft zwischen Interdisziplinarität und Chimärenisziplinarität. In: K. Willimczik *Ein wissenschaftstheoretischer Dialog. Band 1: Geschichte, Struktur und Gegenstand der Sportwissenschaft* (S. 172-177). Hamburg: Feldhaus.
- Willis, C.D., Riley, B.L., Stockton, L., Abramowicz, A., Zummach, D., Wong, G., Robinson, K.L. & Best, A. (2016). Scaling up complex interventions: insights from a realist synthesis. *Health Research Policy and Systems*, 14, 88. Doi: 10.1186/s12961-016-0158-4.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2016). *Physical activity strategy for the WHO European Union 2016-2025*. Kopenhagen: WHO.
- Xiang, X. (2016). Chronic disease diagnosis as a teachable moment for health behavior changes among middle-aged and older adults. *Journal of aging and health*, 28(6), 995-1015.

Yamato, T., Maher, C., Saragiotto, B., Moseley, A., Hoffmann, T., Elkins, M. & Camargo, P.R. (2016). The TIDieR checklist will benefit the physical therapy profession. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 20, 191-193.

Ziemanz, H. & Peters, S. (2010). Die Messung aktuellen Wohlbefindens im Gesundheitssport. Ein kritisches Review. *Sportwissenschaft*, 40, 174-181.

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Dissertation mit dem Titel „Gesundheitsfachleute als Anbieter bewegungsbezogener Interventionen in der gesundheitlichen Versorgung“ setzt sich zusammen aus drei qualitativen und zwei quantitativen Studien, sowie zwei theoretischen Arbeiten. Den Hintergrund für die Behandlung des Themas bilden zum einen die positiven bzw. negativen Auswirkungen von körperlicher Aktivität bzw. Inaktivität auf die menschliche Gesundheit und auf die Kostensituation im Gesundheitswesen. Diese Begebenheiten stehen einer hohen Prävalenz von körperlicher Inaktivität, weltweit und in Deutschland, gegenüber. Maßnahmen zur Bewegungsförderung erscheinen geboten.

Diese werden von der Weltgesundheitsorganisation WHO global, wie auch auf europäischer Ebene, angestrebt. In Deutschland wird Bewegungsförderung unter anderem von den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (NEBB) auf den Plan gerufen. Für die verschiedenen Zielgruppen, welche in den NEBB als Adressaten von Bewegungsförderung vorgesehen sind, werden dabei Lebenswelten assoziiert und diesbezüglich die Evidenzlage berichtet. Die gesundheitliche Versorgung wird hierbei für alle Zielgruppen, außer für Kinder und Jugendliche, aufgeführt. Neben der in der NEBB aufgeführten mittleren Evidenzlage gibt es weitere Gründe, um Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung zu stärken. Bewegungsförderung ist nebenwirkungsarm und kosteneffektiv und aufgrund des Zugangs von Gesundheitsfachleuten zu Patienten kann die Versorgung als günstige Gelegenheit betrachtet werden. Wie stark die Bewegungsförderung allerdings bereits vertreten ist, muss sehr differenziert betrachtet werden. Im Setting der medizinischen Rehabilitation hat die Bewegungsförderung durch Bewegungstherapie und Patientenschulung quantitativ eine hohe Bedeutung, allerdings blieben in der Vergangenheit offene Fragen zur konzeptuell-inhaltlichen Ausgestaltung. In der primären Gesundheitsversorgung wird Bewegungsförderung zwar von Ärzten als sehr bedeutsam bewertet, allerdings wird das Bewegungsverhalten nicht immer angesprochen.

Einer Stärkung der Bewegungsförderung in der gesundheitlichen Versorgung insgesamt stehen gewisse Barrieren gegenüber wie beispielsweise fehlende Vergütung oder fehlendes Training. Außerdem können moderne Konzepte der Bewegungstherapie als herausfordernd betrachtet werden, z. B. wenn psychosoziale Faktoren vermehrt eine Rolle spielen, aber in der Ausbildung der Gesundheitsberufe nur zu einem gewissen Grad behandelt werden. Wenn bewegungsbezogene Interventionen in der Versorgung implementiert werden, müssen solche

individuellen Faktoren von Gesundheitsfachleuten berücksichtigt werden. Hierauf richtet die vorliegende Dissertation ihren Fokus.

Die Publikationen 1, 2 und 3 haben die Einführung einer interdisziplinären Rückenschule zum Thema, welche die langfristige Bindung an körperliche Aktivität zum Ziel hat. Das Schulungsprogramm wurde in 10 Rehabilitationseinrichtungen eingeführt, wobei als Gesundheitsfachleute neben Bewegungstherapeuten (Sport-/Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten und Sport und Gymnastiklehrer) sowohl Ärzte als auch Psychologen und Ergotherapeuten beteiligt waren. Publikation 4 setzt sich mit der Vorbereitung auf und der Durchführung von einem Selbstmanagement Programm für Personen mit Multipler Sklerose („MFML“) auseinander. Die beteiligten Gesundheitsfachleute waren Physiotherapeuten und Ergotherapeuten. Die Publikationen 5 und 6 behandeln die Schulung von Ärzten der Primärversorgung bezüglich der Bewegungsförderung bei Älteren in einem regionalen Kontext. Dabei wird eine vorausgehende Bedarfsanalyse ebenso dargestellt, wie Praxismaterialien, welche den Transfer in die Praxis für die Ärzte erleichtern sollen. In Publikation 7 wird das Konzept der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (BGK) für Gesundheitsfachleute (mit dem Fokus auf Sport-/Bewegungstherapeuten) dargestellt, was einer Translation in die gesundheitliche Versorgung Vorschub leisten soll.

Bei der Einführung der Rückenschule in der medizinischen Rehabilitation zeigen sich verschiedene Sichtweisen des multidisziplinären Teams. Unter anderem wird den Inhalten des Schulungsprogramms zugestimmt, wobei sich aber eine Diskrepanz andeutet zwischen tatsächlichen inhaltlichen Schwerpunkten und den von den Befragten wahrgenommenen. Aus den Untersuchungen lässt sich ein Schulungsbedarf ableiten, wofür auch die motivationale Voraussetzung gegeben scheint.

In den Erfahrungen von Physiotherapeuten und Ergotherapeuten mit dem Training für MFML und der Durchführung des Programms zeigt sich beispielsweise, dass die Fachleute wahrnehmen, wie sie aufgrund der Ausrichtung des Programms nicht nur die traditionelle Rolle als Expertinnen einnehmen. Vielmehr nehmen sie sich im Rahmen des Selbstmanagements als aktive Gruppenteilnehmer wahr.

Bei den Beiträgen zur Schulung von Ärzten in der primären Gesundheitsversorgung zeigt sich u.a., dass diese eine hohe Relevanz in der Bewegungsförderung Älterer generell sehen und bei knapp 70% ihrer Patienten einen diesbezüglichen Bedarf wahrnehmen. Dennoch geben sie nur etwas mehr als der Hälfte ihrer Patienten Bewegungsempfehlungen. Der Bedarf für Fortbildung

im Bereich Bewegungsförderung besteht und eine initiale Schulung erbrachte zumindest einen kurzfristigen Wissens- und Kompetenzzuwachs. Als adäquater Beratungsansatz für die primäre Gesundheitsversorgung kann die 5A-Methode gelten, für welche in dieser Dissertation eine Tischkarte für Ärzte entwickelt wurde, die potenziell auch von anderen Berufsgruppen eingesetzt werden kann.

Das Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz und ein korrespondierendes Handlungsmodell, welches Trainieren/Üben mit Lernen und Erleben/Erfahren verknüpft, bietet potenziell professionsübergreifend einen weiteren Ansatzpunkt zur Interventionsgestaltung.

Aus der vorliegenden Dissertation lassen sich Implikationen für Forschung und Praxis ableiten. Im Zuge eines Scaling-Up Ansatzes, bei dem eine weitere Verbreitung der Interventionen angestrebt würde, würde sich die Zahl der beteiligten Gesundheitsfachleute vervielfachen. Hierfür erscheint ein stärkerer Fokus auf quantitative Verfahren nötig zur Erfassung bestimmter Sichtweisen, Haltungen etc. der Individuen. Hierfür wurde in der vorliegenden Dissertation ein potenzielles Fragebogeninstrument übersetzt und leicht modifiziert, welches sich ableitet aus einem theoretischen Framework zur Erforschung von Intention und Verhalten von Gesundheitsfachleuten. Eine psychometrische Prüfung des Fragebogens scheint erstrebenswert. In der verstärkten Aufnahme von individuellen Faktoren der Gesundheitsfachleute in das Reporting von Studien wird eine weitere Implikation für zukünftige Forschung gesehen. Außerdem sollte der Blick ausgeweitet werden auf Vorgänge so genannter Deimplementierung. Beispielsweise kann es in der rückenschmerzbezogenen Versorgung nötig sein, ungeeignete Maßnahmen aus der Praxis zu entfernen. Hierbei kann es im Vergleich zu einer Implementierung der Fall sein, dass andere Merkmale der Gesundheitsfachleute Relevanz erkennen lassen für einen Erfolg bzw. Misserfolg von Deimplementierung. Für die Praxis lässt sich konstatieren, dass ein multidisziplinärer Ansatz in der Bewegungsförderung zielführend erscheint. Interprofessionelle Fort- und Weiterbildung ist hierfür ein adäquates Mittel, sollte allerdings nicht zu einem Prozess führen, der einzelnen Berufsgruppen ihre professionelle Identität nimmt. Das Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz könnte dienlich sein, um Handlungsspielräume von Fachleuten festzulegen und Rollen abzugrenzen. Die vorliegende Dissertation wird im Rahmen der Versorgungsforschung verortet.