

Evaluationsbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung: Eberhard Karls Universität Tübingen

Förderkennzeichen: 01NVF19022

Akronym: ImPuls

Projekttitel: Starke Psyche durch Motivation und Bewegung

Autorinnen und Autoren: Thomas Ehring, Sebastian Himmler, Gorden Sudeck, Leonie

Sundmacher, Sebastian Wolf

Förderzeitraum: 1. September 2020 – 30. Juni 2024

Ansprechperson: Prof. Dr. Thomas Ehring, LMU München, Department

Psychologie, Leopoldstr. 13, 80802 München,

thomas.ehring@lmu.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt ImPuls wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF19022 gefördert.



Zusammenfassung

Hintergrund: Psychische Störungen gehen mit einer hohen Krankheitsbelastung einher. Obwohl evidenzbasierte pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungen bestehen, profitieren nicht alle Patient:innen von diesen Behandlungen und es ist eine Versorgungslücke im Sinne des zeitnahen Zugangs zu den Versorgungsangeboten zu konstatieren. Es liegen überzeugende Befunde zur Wirksamkeit ausdauerorientierter sportlicher Aktivität bei Patient:innen mit psychischen Störungen vor, die jedoch aktuell nicht in der ambulanten Regelversorgung implementiert sind. Ziel des Projektes war die Evaluation der Implementierung von ImPuls, einer evidenzbasierten Sport-/Bewegungstherapie zur ambulanten Versorgung von Patient:innen mit psychischen Störungen.

Methodik: In einer pragmatischen, zweiarmigen, multizentrischen, blockrandomisiert-kontrollierten Studie wurden Patient:innen mit Depression, Insomnie, Panikstörung, Agoraphobie und Posttraumatischer Belastungsstörung eingeschlossen. Gruppen von jeweils 6 Patient:innen wurden randomisiert einer ImPuls+TAU vs. einer reinen TAU-Bedingung zugeteilt. Primärer Endpunkt war die globale Symptombelastung (gemessen mit dem BSI-18) nach 6 Monaten. Sekundäre Endpunkte beinhalteten störungsspezifische Symptome sowie Effekte nach 12 Monaten. Neben der Evaluation der klinischen Wirksamkeit wurde die Kosteneffektivität, Implementierbarkeit und Akzeptanz untersucht.

Ergebnisse: Es zeigte sich eine signifikant stärkere und substanzielle Reduktion globaler Symptombelastung sowie depressiver Symptomatik, generalisierter Angstsymptomatik, Paniksymptomatik und Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung in der ImPuls-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Effekte blieben bis zu 12-Monats-Erhebung stabil. Die gesundheitsökonomische Analyse zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Versorgungskosten zwischen den Gruppen und ebenso nicht-signifikant höhere Gesamtkosten in der ImPuls-Gruppe innerhalb des ersten Jahres. ImPuls zeigte jedoch einen signifikant positiven Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und erwies sich in Bezug auf die gewonnenen QUALYs und unter Einbeziehung gängiger Schwellenwerte als kosteneffektiv. Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen eine hohe Machbarkeit der Intervention im ambulanten Versorgungskontext sowie eine hohe Akzeptanz bei Patient:innen und Therapeut:innen.

Diskussion: Die Evaluationsergebnisse lassen sowohl aus Sicht der klinischen Wirksamkeitsprüfung und Prozessevaluation als auch gesundheitsökonomischer Sicht die Folgerung zu, dass die sport-/bewegungstherapeutische Intervention ImPuls als weitere Therapieoption substanzielle Mehrwerte für das ambulante Versorgungsspektrum für Patient:innen mit psychischen Störungen leisten könnte.

Schlagworte: Sporttherapie; Bewegungstherapie; transdiagnostisch; psychische Störungen



ImPuls (01NVF19022)

Inhaltsverzeichnis

I	Abkü	rzungsve	ngsverzeichnis5					
II	Abbil	dungsver	rzeichnis	5				
Ш	Tabe	llenverze	ichnis	é				
1	Ziele	Ziele der Evaluation						
	1.1	Theore	etischer Hintergrund	7				
	1.2	Verso	rgungsziele	<u>c</u>				
	1.3		stellungen und Hypothesen					
		1.3.1	Fragestellungen zu klinischer Wirksamkeit und gesundheitsökonomisch Evaluation	en				
		1.3.2	Fragestellungen zur Prozessevaluation / Implementierung					
2	Darst	ellung de	es Evaluationsdesigns	11				
	2.1		mentierung und Projektdurchführung					
		2.1.1	Beschreibung der Versorgungsform					
		2.1.2	App					
		2.1.3	Leistungserbringende und Anbieterqualifikation					
		2.1.4	ImPuls-Schulungen und Supervision					
		2.1.5	Strukturqualität und Infrastruktur					
	2.2	Evalua	ation der Klinischen Wirksamkeit					
		2.2.1	Design	15				
		2.2.2	Rekrutierung und Stichprobe	16				
		2.2.3	Randomisierung und Verblindung	16				
		2.2.4	Erhebungsinstrumente	17				
		2.2.5	Ablauf	18				
		2.2.6	Statistische Analysemethoden	18				
	2.3	Gesun	ndheitsökonomische Evaluation	22				
		2.3.1	Berechnung relevanter Kosten	22				
		2.3.2	Statistisches Vorgehen der Analyse der Kosten der GKV- Gesundheitsleistungen	23				
		2.3.3	Statistisches Vorgehen der Kosten-Effektivitätsanalyse					
	2.4	Prozes	ssevaluation	25				
		2.4.1	Design	25				
		2.4.2	Erhebungsinstrumente					
		2.4.3	Ablauf	27				
		2.4.4	Analysemethoden	27				
3	Ergek	onisse de	r Evaluation	28				
	3.1	Stichp	robe	28				

3



ImPuls (01NVF19022)

	3.2	Ergebi	nisse der Evaluation der klinischen Wirksamkeit	30
		3.2.1	Analyse Fragestellung 1: Effekte auf globale Symptomschwere	30
		3.2.2	Analyse Fragestellung 2: Mediation	31
		3.2.3	Analyse Fragestellung 3: Effekte auf störungsspezifische Symptome	32
		3.2.4	Schwerwiegende unerwünschte Nebenwirkungen (SAE)	34
	3.3	Ergebi	nisse der gesundheitsökonomischen Evaluation	35
		3.3.1	Kostenanalyse der GKV-Gesundheitsleistungen	35
		3.3.2	Gesamtkosten-, Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzwert-Analyse	39
		3.3.3	Sensitivitäts- und Subgruppenanalyse	41
	3.4	Ergebi	nisse der Prozessevaluation	44
		3.4.1	Rekrutierungserfolg	44
		3.4.2	Manualtreue (Fidelity) und Therapiecompliance (Faktoren interner Validität)	45
		3.4.3	Die Sichtweise der Patient:innen auf Impuls	47
		3.4.4	Evaluation der Smartphone-Applikation	48
		3.4.5	Die Sichtweise der Sport-/Bewegungstherapeut:innen auf ImPuls	50
4	Diskus	sion dei	r Projektergebnisse	51
	4.1	Zusam	nmenfassung und Bewertung der Evaluation der klinischen Wirksamkeit	51
	4.2		nmenfassung und Bewertung der Ergebnisse der Gesundheitsökonomischer	
	4.3	Zusam	nmenfassung und Bewertung Ergebnisse der Prozessevaluation	54
5	Schlus	sfolgeru	ungen und Empfehlungen des Evaluators	55
IV	Literat	urverze	ichnis	57
\	Anlage			62



I Abkürzungsverzeichnis

AE unerwünschte Nebenwirkung (adverse event)

BSI-18 Behavioral Change Techniques
BSI-18 Brief Symptom Inventory - 18
CEA Kosten-Effektivitätsanalyse

CEAC Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven

CUA Kosten-Nutzwertanalyse

DSGVO Datenschutz-Grundverordnung

DVGS Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie

GSI Global Severity Index
IA Innovationsausschuss
ICUR Kosten-Nutzwertverhältnis
G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss
GAD-7 Generalized Anxiety Disorder Scale - 7
GKV Gesetzliche Krankenversicherung

ICD-10 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und

verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

ICER inkrementelles Kosten-Effektivitätsverhältnis

IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

M Mittelwert

MRC Medical Research Council

MVPA Körperliche Aktivität moderater bis hohe Intensittät (moderate to

vigorous intensity physical activity)

PCL-5 PTSD Checklist for DSM-5
PHQ-9 Patient Health Questionnaire
PSQI Pittsburgh Sleep Quality Index

Q1, Q2, Q3, Q4 Quartal 1, Quartal 2, Quartal 3, Quartal 4

QALY Qualitätsadjustierte Lebensjahre (quality adjusted life years)

REDCap Research Electronic Data Capture

SAE Schwerwiegende unerwünschte Nebenwirkung (serious adverse

event)

SBT Sport-/Bewegungstherapie

SCID-5-CV Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-5 - Clinican version

SD Standardabweichung (standard deviation)

SpA sportliche Akivität
TAU Treatment as Usual

II Abbildungsverzeichnis



ImPuls (01NVF19022)

Abbildun	g 5: Patient:Innen mit GKV-Benandlungskosten je Leistungsbereich im	
	Nachbeobachtungszeitraum	35
Abbildun	g 6: Anteil GKV-Behandlungskosten nach Leistungsbereich im	
	Nachbeobachtungszeitraum	36
Abbildun	g 7: GKV-Behandlungskosten nach Leistungsbereich im Vor- und	
	Nachbeobachtungszeitraum	37
Abbildun	g 8: Verteilung der berechneten GKV-Behandlungskosten im	
	Nachbeobachtungszeitraum.	
Abbildun	g 9: Cost-Effectiveness-plane (dt.: Kosten-Effektivitätsfläche)	41
Abbildun	g 10: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve	41
Abbildun	g 11: Bewertung der App I: Motivation	48
	g 12: Bewertung der App II: Usability	
Abbildun	g 13: Bewertung der App III: Gesamtbewertung	49
III T	abellenverzeichnis	
Tabelle 1	: Demografische und klinische Ausgangsmerkmale der Intent-to-Treat-	
	Stichprobe (N = 400)	28
Tabelle 2	: Effekte von Impuls + TAU vs. TAU auf die globale Symptomschwere (BSI-18)	31
Tabelle 3	: Klinisch bedeutsame Veränderung in Bezug auf globale Symptomschwere nach 6	
Taballa 4	und 12 Monaten	3 I
rabelle 4	: Effekte der Intervention auf störungsspezifische Symptomatik nach 6 und 12	วา
Tabollo E	Monaten: Schwere unerwünschte Nebenwirkungen (serious adverse events, SAE)	
	: Deskriptive und analytische Ergebnisse der Kostenanalyse der GKV-	54
	Gesundheitsleistungen	39
Tabelle 7	: Ergebnisse der LMM (BSI-18, EQ-5D-5L) und GLMM (Kosten) Analysen und	40
Taballa 0	Baseline ICER/ICUR.	40
rabelle 8	: Ergebnisse der CEA und CUA bei unterschiedlicher Definition der Interventionskosten	42
Tahelle 9	: Ergebnisse der CEA und CUA bei Kappung von Hochkostenfällen und Einschluss	'-
. abene 3	von Kontrollvariablen (Alter, Geschlecht, Charlson-Comorbidity-Index)	43
Tabelle 1	0: Qualitätsassessments der Prozessevaluation für interne Validität	
	1: Sicht der Patient:innen auf die Intervention.	
	2: Sichtweisen der Sport-/Bewegungstherapeut:innen bezüglich ImPuls	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	



1 Ziele der Evaluation

1.1 Theoretischer Hintergrund

Epidemiologischen Studien zufolge sind in Deutschland jedes Jahr 28 % der Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi et al., 2016). Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen (15%), unipolare Depressionen (8%) und Schlafstörungen (6%; Jacobi et al., 2016; Schlack et al., 2013). Eine starke Beeinträchtigung durch psychische Erkrankungen zeigt sich in der Kennzahl der disability-adjusted life years (DALY) der WHO: ca. 5% der DALYs lassen sich auf psychische Erkrankungen zurückführen, 43% davon auf unipolare Depressionen und 18% auf Angststörungen (Whiteford et al., 2015). Im Jahr 2020 betrugen die Gesundheitsausgaben in Deutschland aufgrund psychischer Erkrankungen 56,4 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt, 2020). Davon lassen sich 9,5 Milliarden Euro auf Depressionen, 2 Milliarden Euro auf Phobische und andere Angststörungen und 1 Milliarde Euro auf Insomnie zurückführen. Damit stellen psychische Erkrankungen mit 13,1% der Gesamtkosten gemeinsam mit den kardiovaskulären Störungen die höchste Kostengruppe dar. Unipolare Depressionen (RR = 2.63) und Angststörungen (RR = 1.41) erhöhen zudem nachweislich das Risiko einer kardiovaskulären Störung (De Hert et al., 2018). Trotz der hohen Prävalenz und den negativen Auswirkungen psychischer Erkrankungen erhalten lediglich ca. 15-20% der Patient:innen mit Affektiven Störungen bzw. Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen eine evidenzbasierte Behandlung (Gaebel et al., 2013) und nur 6-8% derer mit affektiven Störungen nehmen eine Psychotherapie in Anspruch (Rabe-Menssen et al., 2021). Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland haben sich seit der Psychotherapie-Strukturreform von 15,3 (Rabe-Menssen et al., 2019) Wochen im Jahr 2018 auf durchschnittlich 22 Wochen verlängert (Singer et al., 2023). Zudem werden gemäß Auswertungen der AOK Baden-Württemberg lediglich 3% (Regelversorgung) bis 5,7% (Selektivvertrag) in gruppentherapeutischen Settings durchgeführt, was die langen Wartezeiten mit erklären kann. Längere Wartezeiten gehen mit einer Verschlechterung der Symptomatik, Entstehung komorbider Erkrankungen und einer Chronifizierung der Symptomatik einher (DGPPN, 2018). Die Auswirkungen chronischer psychischer Erkrankungen zeigen sich in Deutschland einerseits in Ausgaben der Sozialversicherung (z.B. Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitstage), mit Kosten von 41 Milliarden Euro im Jahr 2015 (OECD/EU, 2018). Andererseits zeigen sie sich in indirekten Kosten auf dem Arbeitsmarkt (weniger Produktivität, mehr Abwesenheit, höhere Arbeitslosigkeit und frühere Mortalität) mit 62 Milliarden Euro im Jahr 2015 (OECD/EU, 2018). Seit 2008 haben die Krankheitstage aufgrund psychischer Erkrankungen um 67,5% zugenommen, sodass 2017 erstmals mehr Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen als aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen registriert wurden (Meyer et al., 2018). Die durchschnittliche Dauer psychisch bedingter Krankschreibungen war nach Analysen der AOK und DAK 2020 drei- bis viermal so lang (29 bis 39 Tage) wie der Durchschnitt (11,2 Tage) (DAK-Gesundheit, 2021; Statistisches Bundesamt, 2022; WIdO, 2020).

Positive Therapieeffekte ausdauerorientierter sportlicher Aktivität auf psychische Erkrankungen sind bei unipolaren Depressionen, Panikstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Insomnien empirisch gut belegt. Aktuelle Metaanalysen zu



Depression zeigen große Effekte, vergleichbar zu denen von Psychotherapie und psychopharmakologischer Behandlung (Heissel et al., 2023; Noetel et al., 2024). Zusätzlich wurden moderate Effekte als Add-on zu TAU bei Depressionen berichtet (Lee et al., 2021). Im Fall von PTSD und Insomnie haben Meta-Analysen kleine bis moderate Effekte bzw. große Effekte für Bewegungsinterventionen im Vergleich zu passiven Kontrollgruppen bzw. TAU gefunden (Banno et al., 2018; Rosenbaum et al., 2015). Für Angst- und stressbedingte Störungen zeigen Meta-Analysen kleine bis moderate anxiolytische Effekte (Ramos-Sanchez et al., 2021). Laut S3-Leitlinien zu Depression (Empfehlungsgrad A) (Prien et al., 2022) und Panikstörungen (Expertenkonsens) (Bandelow et al., 2021) sollte ausdauerorientierte sportliche Aktivität in die Behandlung integriert werden. Bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (Empfehlungsgrad 0) (Schäfer et al., 2019) kann ausdauerorientierte sportliche Aktivität erwogen werden, bei Insomnie liegt bisher keine Empfehlung vor (Riemann et al., 2017). Die oben zitierte starke Evidenz für den therapeutischen Effekt ausdauerorientierter sportlicher Aktivität aus neuen Metaanalysen und RCTs ist jedoch noch nicht in diesen Leitlinien berücksichtigt. Die Effekte ausdauerorientierter sportlicher Aktivität zur Prävention und Behandlung häufig bei psychischen Erkrankungen komorbid auftretender kardiovaskulärer Erkrankungen ist vergleichbar mit medikamentöser Behandlung oder ist dieser teilweise sogar überlegen (Naci & Ioannidis, 2015). Ausdauerorientierte sportliche Aktivitäten sind dabei kostengünstiger und haben geringere negative Nebenwirkungen im Vergleich zu pharmakologischer Behandlung (Fiuza-Luces et al., 2013).

Insbesondere Menschen mit psychischer Symptomatik fällt es oft schwer, einen sportlich aktiven Lebensstil zu initiieren und aufrechtzuerhalten (Schuch et al., 2017; Sudeck et al. 2021), was mit einem Mangel an Motivation bei dieser Population und fehlenden bewegungsbezogenen selbstregulatorischen Fähigkeiten zusammenhängen kann (Kramer et al., 2014). Werden diese sogenannten motivationalen und volitionalen Aspekte gestärkt, wird die Initiierung und Aufrechterhaltung ausdauerorientierter sportlicher Aktivität gefördert (Fuchs et al., 2012). Auch in der Psychotherapieforschung zeigt sich bei Patient:innen mit Depressionen und Angststörungen, dass motivationale und volitionale Prozesse signifikante Prädiktoren für Therapieerfolg darstellen (Zuroff et al., 2007). In der Konzeption von Sport-/Bewegungstherapie in Deutschland werden gesundheitspsychologische Ansätze allgemein (Huber, 2012), sowie motivationale und volitionale Aspekte im Speziellen (Geidl et al., 2012) bereits länger einbezogen, allerdings erscheint gerade die Nutzung von Interventionen mit volitionalem Fokus in der Versorgungspraxis noch deutlich ausbaufähig. Hierfür erscheinen strukturierte und manualisierte Interventionsbausteine von Vorteil zu sein (Geidl et al., 2019; Pfeifer et al., 2017).

Trotz der überzeugenden Wirksamkeit ausdauerorientierter sportlicher Aktivität bei o.g. Patient:innengruppen, der großen Relevanz sportliche Aktivität mit volitionalen und motivationalen Ansätzen zu verbinden und der Etablierung sport-/bewegungstherapeutischer Konzepte in der stationär-psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitation, gab es bei Antragstellung kein evidenzbasiertes sport-/bewegungstherapeutisches Programm, das die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit ausdauerorientierter sportlicher Aktivität mit den motivationalen und volitionalen Elementen zur langfristigen Integration sportlicher Aktivität in den Lebensalltag sowie spezifischen Anforderungen des ambulanten Versorgungskontextes



in der Primärversorgung verbindet. Aus diesem Grund wurde von den Antragstellern das bewegungstherapeutische Programm ImPuls entwickelt und manualisiert (Wolf et al., 2020). Zur Begründung einiger Modellannahmen des Manuals wurde von 2018 eine Pilotstudie an einem exemplarischen Zentrum (Tübingen) durchgeführt (Zeibig et al., 2021). Das Ergebnis waren große interventionelle und moderate Langzeiteffekte von ImPuls gegenüber der passiven Kontrollgruppe. Die hier vorgestellte Studie richtete sich an Patient:innen mit Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Panikstörungen und primären nicht organischen Insomnien. Ziel des Projektes war die Implementierung und Evaluation von ImPuls als sport-/bewegungstherapeutische Intervention in die ambulante Primärversorgung von Patient:innen mit psychischen Erkrankungen. Als Grundlage des Implementierungsprozesses diente das Rahmenmodell des Medical Research Council (MRC).

1.2 Versorgungsziele

Projektziel war die Evaluation der Implementierung von ImPuls, einer evidenzbasierten Sport-/Bewegungstherapie zur Versorgung von Patient:innen mit gemäß S3-Leitlinie behandlungsrelevanten psychischen Erkrankungen (F32.1, F32.2, F33.1, F33.2; F51.0; F40.0, F40.01; F41.0; F43.1) in die ambulanten Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg. Versorgungsziele waren die (1) Steigerung der Versorgungseffizienz (Etablierung einer weiteren wirksamen Intervention) sowie die (2) Verringerung der Versorgungskosten. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Versorgungssituation und Versorgungsziele:

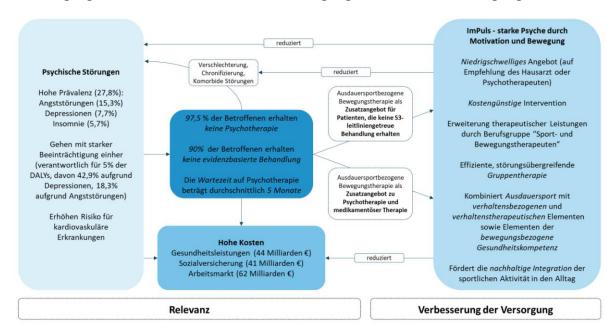


Abbildung 1: Ambulante Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Projektziele zur Verbesserung der Versorgung durch Impuls

9



1.3 Fragestellungen und Hypothesen

1.3.1 Fragestellungen zu klinischer Wirksamkeit und gesundheitsökonomischen Evaluation

- (1) Patient:innen, welche ImPuls als zusätzliche Leistung zur Regelversorgung erhalten, reduzieren ihre globale Symptomschwere direkt nach der Intervention (6 Monate nach Randomisierung) sowie im 12-Monats-Follow-Up (12 Monate nach Randomisierung) signifikant im Vergleich zu Patient:innen der Regelversorgung (treatment as usual; TAU).
- (2a) ImPuls führt im Vergleich zur Kontrollgruppe (TAU) nach 6 und 12 Monaten zu signifikant mehr selbstberichteter sportlicher Aktivität sowie zu mehr akzelerometriebasierter körperlicher Aktivität moderater bis hoher Intensität (Moderate to vigorous intensity physical activity; MVPA).
- (2b) Die Reduktion der globalen Symptomschwere durch die Intervention nach 6 und 12 Monaten wird durch die Steigerung selbstberichteter sportlicher Aktivität sowie MVPA mediiert.
- (3) Patient:innen, welche ImPuls als zusätzliche Leistung zur Regelversorgung erhalten, zeigen eine Reduktion reduzieren ihre störungsspezifischen Symptome direkt nach der Intervention (6 Monate nach Randomisierung) sowie im 12-Monats-Follow-Up (12 Monate nach Randomisierung) signifikant im Vergleich zu Patient:innen der Regelversorgung (TAU).
- (4a) Patienten, welche ImPuls als zusätzliche Leistung zur Regelversorgung erhalten, verursachen signifikant weniger Folgekosten im gesetzlichen Gesundheitssystem im Vergleich zu Patienten der Regelversorgung (TAU).
- (4b) Es ergibt sich die folgende Anschlusshypothese, die insbesondere von Relevanz ist, falls sich keine Kosteneinsparungen ergeben: Die ImPuls-Intervention ist aus Perspektive der GKV kosteneffektiv.

1.3.2 Fragestellungen zur Prozessevaluation / Implementierung

- (1) Inwiefern haben unsere Maßnahmen Sport-/Bewegungstherapeut:innen befähigt (d.h. Kompetenz, Akzeptanz), die Intervention durchzuführen?
- (2) Inwieweit setzen Sport-/Bewegungstherapeut:innen die Interventionskomponenten wie vorgesehen um (Fidelity) und welche Gründe gibt es für mögliche Abweichungen?
- (3) Wie verteilen sich die eingeschlossenen Patient:innen auf die Zuweiser:innen / Rekrutierungsorgane? Wie hoch waren Rekrutierungsaufwand und Rekrutierungserfolg?
- (4) Inwieweit wurden alle ImPuls-Sitzungen wie geplant angeboten und alle Telefonkontakte wie geplant durchgeführt?
- (5) Welche Barrieren und Förderfaktoren erlebten Sport-/Bewegungstherapeut:innen und das Leitungspersonal der Studienzentren bei der Implementierung der ImPuls-Intervention?



2 Darstellung des Evaluationsdesigns

2.1 Implementierung und Projektdurchführung

2.1.1 Beschreibung der Versorgungsform

Die neue Versorgungsform ImPuls richtet sich an Patient:innen mit folgenden ICD-10 Diagnosen: Depressive Störung (F32.1, F32.2, F33.1, F33.2), Nichtorganische Insomnie (F51.0), Agoraphobie (F40.0, F40.01), Panikstörung (F41.0) und Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1). Die Altersspanne umfasst Patient:innen zwischen 18 und 65 Jahren. Ausschlusskriterien sind aktuelle sportliche Aktivität von mindestens zweimal pro Woche für mindestens 30 Minuten, dauerhaft über einen Zeitraum von sechs Wochen innerhalb der letzten drei Monate vor Studiendiagnostik, sportmedizinische Kontraindikation (ärztliches Konsil) und folgende akute psychische Erkrankungen: Schizophrenie (F20), Bipolare Störung (F31), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10.0, F10.2-F10.9; F11.0, F11.2-F11.9; F12. 0, F12.2-F12.9; F13.0, F13.2-F13.9; F14.0, F14.2-F14.9; F15.0, F15.2-F15.9; F16.0, F16.2-F16.9; F17.2-F17.9; F18.0, F18.2-F18.9; F19.0, F19.2-F19.9) oder Essstörungen (F50).

Mit ImPuls liegt ein evidenzbasiertes transdiagnostisches sport-/bewegungstherapeutisches Manual für ambulante Patient:innen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen vor (Wolf et al., 2020; Zeibig et al., 2021; Zeibig, Seiffer, et al., 2023; Zeibig, Takano, et al., 2023). ImPuls wurde als Gruppentherapie für eine Gruppengröße von bis zu sechs Personen konzipiert.

Abbildung 2 stellt eine Übersicht des Ablaufs und der Inhalte von ImPuls dar. Die dunkelgrauen Kästchen in Abbildung 2 zeigen supervidierte Gruppensitzungen. Sie beinhalten 30 Minuten moderate bis intensive ausdauerorientierte sportliche Aktivität (SpA) im Freien (vgl. Anlage 1). Die Intensität dieser sportlichen Aktivität wurde durch einen Herzfrequenzmesser (SIGMA iD.FREE) in Kombination mit einem Brustgurt (SIGMA R1 Bluetooth Duo Comfortex+) und der Borg Skala of Perceived Exertion (RPE) kontrolliert. Moderate bis intensive Intensität wurde definiert als mindestens 64% der maximalen Herzfrequenz, welche mit der Formel 220-Lebensalter berechnet wurde, und mindestens 13 Punkte auf der RPE-Skala.

In allen Gruppensitzungen werden Techniken der Verhaltensänderungen (behavioral change techniques; BCT), wie Zielsetzung oder Barrierenmanagement, integriert, um motivationale und volitionale Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität zu verbessern. Diese werden von den Sport-/Bewegungstherapeut:innen angeleitet und durch die ImPuls-App unterstützend begleitet.

Die mittelgrauen Kästchen zeigen nicht betreute sportliche Aktivität, die es den Patient:innen ermöglichen, ihre Sportart basierend auf ihren eigenen Interessen und Motiven zu wählen. Das hellgraue Kästchen zeigt nicht betreute Gruppensitzungen von Woche 5 bis 24. Zudem findet eine Unterstützer:innensitzung in der fünften Woche statt. Ab Woche 5 werden Telefonanrufe mit der ImPuls-App kombiniert, um die langfristige Integration sportlicher Aktivität in den Lebensalltag der Patient:innen zu verstärken.



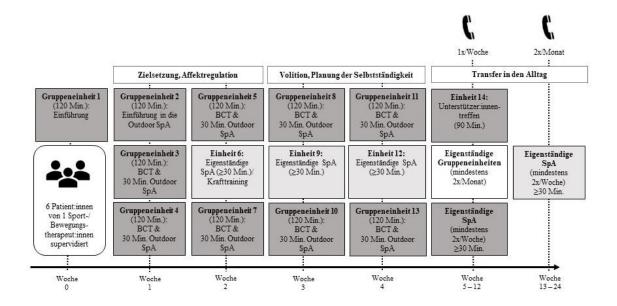


Abbildung 2: Zeitliche Programmstruktur und Inhalte von Impuls.

ImPuls wurde als niedrigschwelliges und kurzes (ein Monat supervidierte Intervention + fünf Monate teilsupervidiert durch Telefonkontakte und App) gruppentherapeutisches Angebot konzipiert, welches autark von DVGS-qualifizierten und in ImPuls geschulten Sport-/Bewegungstherapeut:innen durchgeführt wurde. Begleitet wurde ImPuls durch eine selbst entwickelte Smartphone-App, welche die Sport-/Bewegungstherapeut:innen bei der Vermittlung von Techniken der Verhaltensänderung unterstützt, Trainingspläne erstellen und Ziele, "Wenn…, dann…-Pläne" sowie Dauer und Intensität der sportlichen Aktivität dokumentieren lässt sowie Fortschritte rückmeldet.

Zusammengefasst umfassen die Kernelemente von ImPuls:

- Supervidierte ausdauerorientierte sportliche Aktivität (Joggen, Walking, Nordic Walking) für mindestens 30 Minuten im Freien, mindestens zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von vier Wochen. Die Intensität soll hier mindestens im moderaten Bereich sein (mindestens 64% der maximalen Herzfrequenz).
- Finden, Ausprobieren und Aufrechterhalten einer individualisierten ausdauerorientierten Sport-/Bewegungsart, welche den eigenen Interessen, Wünschen und
 Motiven entspricht (z.B. Schwimmen, Vinyasa Yoga). Hierfür wurde für jedes
 Studienzentrum eine "Top 10-Liste" mit Angeboten in der jeweiligen Umgebung
 erstellt (z.B. Vereine, Zentren, Sport-/Fitnessstudios mit spezifischen Angeboten).
 Ergänzend konnte das ImPuls-Krafttraining durchgeführt werden (Anlage 1), welches
 in der App integriert war.
- Vermittlung und Integration von Techniken der Verhaltensänderung (BCT):
 - Bewusstmachung der eigenen Symptomatik
 - Entwicklung von Annährungszielen auf psychischer Ebene (z.B. "Ich möchte besser schlafen" nach der S.M.A.R.T Methode)
 - Trainingspläne, Monitoring der sportlichen Aktivität, Barrierenmanagement mit "Wenn…, dann…- Plänen"

Gefördert durch:

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

- Bewusstmachung positiver Effekte sportlicher Aktivität: Kurzfristig in Form von positivem Affekt nach einer Bewegungseinheit sowie die edukative Vermittlung langfristiger Gesundheitsvorteile und der Einfluss auf die subjektive Lebensqualität von/durch sportliche Aktivität
- Intentionale Affektregulation durch sportliche Aktivität
- Initiale Steuerung der Bewegungsintensität durch objektive Parameter (Puls) und Abgleich mit der selbst wahrgenommenen Anstrengung/Belastung. Hiermit konnten in der supervidierten Phase störungsspezifische Wahrnehmungsverzerrungen in Form von Unterforderungen (z.B. im Rahmen von Panikattacken) und Überforderungen (z.B. überhöhte Anspruchshaltung bei depressiven Episoden) sport-/bewegungstherapeutisch bearbeitet werden
- Soziale Unterstützung durch die therapieimmanente Gruppe und durch Unterstützer:innen aus dem Lebensalltag

In der Anlage 2 ist das studienspezifische Manual für die Interventionsdurchführung durch die Therapeut:innen einzusehen. Darin werden die einzelnen supervidierten Gruppensitzungen in ihrem Verlauf beschrieben. Die Basis für dieses studienspezifische Manual stellte die detailliertere Buchversion des Manuals dar sowie die dort publizierten Arbeitsmaterialen, welche allen Therapeut:innen zur Verfügung gestellt wurden (Wolf et al., 2020).

2.1.2 App

Zur digitalen Begleitung der Patient:innen und Therapeut:innen bei ImPuls wurde eine kombinierte Lösung aus mobiler App, zentralem Serversystem und interaktiver Website für Therapeut:innen geschaffen. Die App für Patient:innen wurde für die gängigen Smartphone-Betriebssysteme iOS und Android mithilfe des Flutter-Frameworks in Dart entwickelt. Dabei orientierten sich die Inhalte der App eng am ImPuls-Programm selbst mit den Hauptfunktionen: (1) Planung, Begleitung und (Selbst-)Beobachtung von Sporteinheiten (2) SMARTe Zielformulierung und Fortschrittsbeobachtung (3) Barrierenidentifikation und -management sowie (4) "Wenn-Dann"-Planungsfunktion. Zusätzlich wurden Informationen über lokale Sportangebote, Kalender- und Erinnerungsfunktionen und die Möglichkeit des Teilens von Ergebnissen und Inhalten mit zugeordneten Therapeut:innen umgesetzt. Das an der Universität Tübingen gehostete Serversystem wurde erstellt um die Schnittstelle hin zu den Therapeut:innen herzustellen und studienbezogene Daten der Patient:innen bei der Durchführung von ImPuls DSGVO-konform einzusammeln. Auf dem Server wurde das Django Framework verwendet, um einen Endpunkt zur Datenabgabe und eine interaktive Website für die Therapeut:innen zur Verfügung zu stellen. Zugriffskontrolliert nach Gruppenzuteilung konnten die Therapeut:innen über das Webinterface die Daten, welche ihre Patient:innen als "geteilt" markiert hatten, einsehen und im Gruppenkontext bewerten. Zusätzlich wurden hier ebenfalls Kalenderfunktionen und Ablagemöglichkeiten von Telefonprotokollen für die Therapeut:innen zur Verfügung gestellt.

Interoperabilität und offene Schnittstellen wurden auf mehreren Ebenen sichergestellt. Auf der Ebene technischer Schnittstellen wurde das Zusammenspiel zwischen App und Server-Backend über eine RESTful API Schnittstelle umgesetzt. Dabei erfolgt die Abgabe der Daten über eine Standard-HTTP (Hypertext Transfer Protocol) POST-Anfrage, die mittels TLS



(Transport layer security) / HTTPS (Hypertext Transfer Protocol Secure) gesichert wurde. Auf der Ebene der Datenbanken wurde die offene Implementierung MariaDB verwendet. Als Interaktionsprotokoll kommt SQL (Structured Query Language) zum Einsatz. Auf der Ebene der Datenformate wurde der Dokumenten-Standard JSON (JavaScript Object Notation) eingesetzt, um die App-Inhalte zu speichern.

2.1.3 Leistungserbringende und Anbieterqualifikation

Die Leistungserbringenden im Projekt hatten eine der folgenden mindestens dreijährigen akademischen oder nicht-akademischen Ausbildungen im Bewegungsfachberuf vorzuweisen:

- Sportwissenschaftler:in (B.A., M.A., M.Sc., Dipl., Magister)
- Physiotherapeut:in (akademisch, nicht-akademisch)
- Sport- und Gymnastiklehrer:in (Fachschulausbildung)
- Sportlehrer:in (Dipl., freier Beruf)

Zusätzlich wurde eine therapeutische Zusatzqualifikation im Umfang von insgesamt 5 ECTS mit folgenden Inhalten benötigt:

- Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz (2 ECTS)
- Grundlagen Psychiatrie, Psychosomatik, Sucht (1 ECTS)
- Gesundheitspädagogik, gesundheitswissenschaftliche Grundlagen (1 ECTS)
- Modul affektive Störungen (1 ECTS)

Die beiden Letzteren wurden durch die ImPuls-Schulungen vollumfänglich abgedeckt.

2.1.4 ImPuls-Schulungen und Supervision

Die ImPuls-Schulungen umfassten eine zweitägige Präsenzschulung im 4. Quartal (Q4) 2020 (Schulung 1), eine eintägige Präsenzschulung im Q1 2021 (Schulung 2) sowie eine dreistündige Inhouse-Schulung mit Beginn der ersten ImPuls-Gruppen im Zentrum (verteilt über das Jahr 2021). In den Präsenzschulungen in Tübingen wurden folgende Inhalte vermittelt:

- Grundlagen der Sport-/Bewegungstherapie bei ausgewählten psychischen Erkrankungen
- Gesundheitspädagogische Aspekte der Sport-/Bewegungstherapie
- Gesprächsführung/Kommunikation
- Umgang mit spezifischer Symptomatik:
 - Energieverlust/ Motivationsdefizit/ Müdigkeit (Depression/Insomnie)
 - Panikattacken (Panikstörung/Agoraphobie)
 - Intrusionen/Flashbacks/Dissoziationen (PTBS)
- ImPuls-Manual
 - Einführung
 - Praktische Durchführung in Form von Rollenspielen aller Sitzungen mit Kernelementen
 - Einführung, Bedienung und Umgang mit der ImPuls-App
 - Umgang mit klinischen Krisen/Suizidalität



In den Inhouse-Schulungen im jeweiligen Zentrum wurden folgende Inhalte vermittelt:

- Praxisrelevante Fragen zu den aktuell durchgeführten Gruppen
- App-relevante Aspekte
- Durchführung der Unterstützer:innentreffen und Telefonkontakte

Zudem gab es ein monatliches supervisorisches Gruppen- und/oder Einzelangebot, welches von einer DVGS-qualifizierten Sport-/Bewegungstherapeutin und einem psychotherapeutischen Supervisor in Verhaltenstherapie durchgeführt wurde. Zudem gab ein studienimmanentes Team der Universität Tübingen, welches aus Psycholog:innen und Sportwissenschaftler:innen bestand. Jedem Studienzentrum waren Ansprechpartner:innen zugeteilt, welche ebenfalls bei organisatorischen und inhaltlichen Fragen erreichbar waren.

2.1.5 Strukturqualität und Infrastruktur

Mindestens zwei Sport-/Bewegungstherapeut:innen, welche den oben aufgeführten Anbieterqualifikationen entsprechen, mussten in jedem Studienzentrum verfügbar sein, um u.a. bei Krankheit einspringen zu können oder zeitnah eine parallele Gruppe starten zu können. Für die Erstgespräche sollte ein Gesprächsraum zur Verfügung gestellt werden (ein Tisch, zwei Stühle, ca. 22-25 qm, angenehme Atmosphäre für die Patient:innen, schalldicht, Corona-konform). Für die Intervention wurden folgende räumliche Kapazitäten festgelegt: ein Raum für die Gruppensitzungen (>12 m²) sowie ein Raum für das Unterstützer:innentreffen (zwischen 10 und 20 Personen, >30 m²). Ein Freigelände musste zugänglich und verfügbar sein. Dieses diente der sportlichen Aktivität im Rahmen der Gruppensitzungen, welche ausschließlich im Freien stattfand. Es umfasste entweder eine gerade Strecke (nach 15 Minuten drehten alle Patient:innen um) oder eine Rundstrecke (z.B. Tartanbahn). Sanitäranlagen mussten für die Zeit der Durchführung der Programme betriebsfähig sein. Um die Privatsphäre zu gewährleisten, wurde geprüft, ob Gespräche in den Gruppenräumen von außen wahrnehmbar waren. Falls dies der Fall war, wurden entsprechenden Zentren "white noise Geräte" zur Verfügung gestellt. Eine Notfallausrüstung musste einsatzfähig zur Verfügung stehen. Um das Therapeut:innen-Interface der App zu verwenden, musste allen Sport-/Bewegungstherapeut:innen ein Computer mit Internetzugang zur Verfügung gestellt werden. Den Sport-/Bewegungstherapeut:innen musste für die Telefongespräche zudem ein geschlossener Raum zur Verfügung gestellt werden, der ebenfalls so isoliert war, dass Informationen über die Patient:innen nicht an Dritte gelangten. Diverse Materialien zur Interventionsdurchführung mussten im Zentrum vorhanden sein (z.B. Stifte, Flipchart, Tennisball, Wäscheklammern in verschiedenen Farben).

2.2 Evaluation der Klinischen Wirksamkeit

2.2.1 Design

Zur Evaluation wurde eine pragmatische, multizentrische, blockrandomisiert-kontrollierte Studie mit zwei Studienarmen (ImPuls + Standardbehandlung [Treatment-as-Usual, TAU] vs. TAU) durchgeführt. TAU entsprach der typischen ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland, d.h. Patient:innen in beiden Bedingungen hatten Zugang zu allen Standard-



behandlungen. Alle primären und sekundären Endpunkte wurden vor sowie 6 und 12 Monate nach der Randomisierung erhoben. Die Studie wurde an 10 verschiedenen Standorten durchgeführt.

Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Declaration of Helsinki (2010) durchgeführt und von der medizinischen Ethikkommission an der Universität Tübingen geprüft und genehmigt (888/2020B01; 2.11.2020). Die Studie wurde im Deutschen Register Klinischer Studien präregistriert (DRKS00024152). Zudem wurde ein Studienprotokoll veröffentlicht (Wolf et al., 2021).

2.2.2 Rekrutierung und Stichprobe

Einschlusskriterien waren: (1) Alter zwischen 18 und 65 Jahre, (2) krankenversichert bei der AOK BW oder der TK, (3) fließende Deutschkenntnisse, (4) keine sportmedizinische Kontraindikation, (5) mindestens eine der folgenden Diagnosen nach ICD-10: Depressive Störungen mit mindestens moderater Symptomschwere (F32.1, F32.2, F33.1, F33.2), Nichtorganische Schlafstörung (F51.0), Agoraphobie (F40.0, F40.01), Panikstörung (F41.0) und Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1).

Ausschlusskriterien waren: (1) Aktuelle sportliche Aktivität von mindestens zweimal pro Woche für mindestens 30 Minuten, dauerhaft über einen Zeitraum von sechs Wochen innerhalb der letzten drei Monate vor Studiendiagnostik, (2) eine der folgenden akuten psychischen Störungen diagnostiziert nach ICD-10: Schizophrenie (F20), Bipolare Störung (F31), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10.0, F10.2-F10.9; F11.0, F11.2-F11.9; F12. 0, F12.2-F12.9; F13.0, F13.2-F13.9; F14.0, F14.2-F14.9; F15.0, F15.2-F15.9; F16.0, F16.2-F16.9; F17.2-F17.9; F18.0, F18.2-F18.9; F19.0, F19.2-F19.9) oder Essstörungen (F50).

Die Rekrutierung wurde als adaptiver Prozess gestaltet. So wurden Rekrutierungskapazitäten spezifisch nach Bedarf der einzelnen Zentren angepasst, wobei auf vielfältige Strategien zurückgegriffen wurden, darunter Kontakte zu Psychotherapiepraxen, Haus- und Facharztpraxen sowie Physiotherapiepraxen, Social Media Posts, Zeitungsberichte, MEDI-Anschreiben, APS-Kampagne, bei welcher hausärztliche Praxen telefonisch kontaktiert oder persönlich aufgesucht wurde, Telefonate mit Patient:innen durch die beteiligten Krankenkassen, Rekrutierung in Selbsthilfegruppen, Caritas, Studierendenwerken, Universitäten sowie durch Postwurfsendungen.

2.2.3 Randomisierung und Verblindung

Sobald sechs geeignete Patient:innen an einem Standort rekrutiert worden waren, wurde diese Gruppe randomisiert im Verhältnis 1:1 einer der beiden Bedingungen zugeteilt. Die Randomisierungssequenz wurde durch einen externen Datenmanager unter Verwendung eines permutierten größenvariierten Blockdesigns stratifiziert nach Erhebungsstandort erstellt. Das Team, das für die Datenerhebung verantwortlich war und im direkten Kontakt mit den Patient:innen stand, war bezüglich der Randomisierungssequenz verblindet. Der mit der Datenauswertung beauftragte Mitarbeiter war bis zum Abschluss der statistischen Primäranalysen bezüglich der Bedingungen verblindet.



2.2.4 Erhebungsinstrumente

Der primäre Endpunkt war die globale selbstberichtete Symptomschwere nach 6 Monaten, die mit dem Global Severity Index (GSI) des Brief Symptom Inventory (BSI-18) erhoben wurde (Franke, 2017). Der GSI beinhaltet 18 Items, die generelle psychische Symptombelastung messen und Symptomskalen mit je 6 Items für Somatisierung, Depression und Angst enthält. Jedes Item wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala eingeschätzt (Range: 0-4). Ein Summenscore wird für jede Subskala berechnet, der GSI ist dann wiederum die Summe aller drei Subskalenscores. Höhere Werte auf dem GSI repräsentieren eine stärkere Symptombelastung (klinischer Cutoff = 12). Der primäre Endpunkt wurde in der intention-to-treat-Stichprobe erfasst.

Sekundäre Endpunkte waren:

- GSI (BSI-18) nach 12 Monaten
- depressive Symptome, erfasst mit dem Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001) nach 6 und 12 Monaten
- nichtorganische Insomniesymptome, erfasst mit dem Insomnia Severity Index (Dieck et al., 2018) nach 6 und 12 Monaten
- Schlafqualität erfasst mit dem globalen Schlafqualitätsscore des Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse et al., 1989) nach 6 und 12 Monaten
- Angstsymptome, erfasst mit der Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) (Löwe et al. ,2008) nach 6 und 12 Monaten
- Symptome der Panikstörung und Agoraphobia, erfasst mit der 3-Item Paniksubskala des BSI-18 (Franke, 2017) nach 6 und 12 Monaten
- Symptom der Posttraumatischen Belastungsstörung, erfasst mit der PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (Krüger-Gottschalk et al., 2017) nach 6 und 12 Monaten

Weitere Erhebungsinstrumente warn:

- Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM-5 clinician version (SCID-5-CV) (Beesdo-Baum et al. (2019) zur Erfassung der diagnosebezogenen Ein- und Ausschlusskriterien zu Studienbeginn.
- Exercise Activity Index des Physical Activity, Exercise, and Sport Questionnaire (Fuchs et al., 2015)
- Wöchentliche Zeit (in min), die mit moderater bis intensiver sportlicher Aktivität verbracht wurde, erfasst mit accelerometer-basierten Sensoren (Move 4, movisens)
- Mittlere objektiv erfasste Intensität der Sportaktivitäten in der supervidierten Phase (Wochen 1-4), operationalisiert als Prozentsatz der maximalen Herzrate (HRmax; 220 -Lebensalter), die mit einem Herzratenmonitor (SIGMA iD.FREE) erfasst wurde [nur in IMPULS+TAU-Bedingung]
- European Quality of Life 5 Dimensions 5 Level Version (EQ-5D-5L) nach 6 und 12 Monaten (Herdman et al., 2011)

Die Anlage 3 enthält eine Übersicht über die eingesetztem Erhebungsverfahren im Rahmen der Wirksamkeitsprüfungen, auf die im Abschlussbericht Bezug genommen wird.

Unerwünschte Nebenwirkungen (Adverse events; AE) wurden zu Baseline, 6 Monaten und 12 Monaten bei allen Patient:innen erfasst. Schwerwiegende unerwünschte Nebenwirkungen

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

(Serious adverse events; SAE) konnten jederzeit gemeldet werden und wurden durch strukturierte Interviews zu allen Erhebungszeitpunkten erfasst. Alle SAEs wurden an das unabhängige Data Safety and Monitoring Board (DSMB) gemeldet.

2.2.5 Ablauf

Bei der ersten Kontaktaufnahme mit der Studienzentrale wurden die Patient:innen telefonisch befragt, ob die grundlegenden Voraussetzungen (u.a. organisatorische Aspekte, richtige Krankenkasse) erfüllt waren. Daraufhin erfolgte ein Erstgespräch im jeweiligen Studienzentrum, bei dem die Patient:innen über alle relevanten Aspekte der Studie und der Intervention aufgeklärt wurden. Die Patient:innen willigten an diesem Termin schriftlich in die Studie ein. Daraufhin erfolgte eine strukturierte klinische Online-Diagnostik (u.a. mit dem SCID-5-CV), um alle Ein- und Ausschlussdiagnosen zu prüfen. Diese wurden von geschulten Psycholog:innen durchgeführt, die sich alle in der Weiterbildung zum/zur psychologischen Psychotherapeut:in befanden. Sobald sechs Patient:innen an einer Studiensite alle Einschlusskriterien erfüllten, erfolgte die Baseline-Erhebung mit Online-Fragebögen, die über das Erhebungssystem REDCap dargeboten wurden. Außerdem erhielten Patient:innen den akzelerometriebasierten Sensor für körperliche Aktivität (MOVE 4; movisens), den sie für 7 aufeinanderfolgende Tage tragen sollten. Anschließend fand die Randomisierung statt. Innerhalb von 14 Tagen nach der Randomisierung wurde die globale Symptombelastung noch einmal erfasst. Die IMPULS+TAU-Gruppe erhielt das ImPuls-Programm sowie die Standardbehandlung, wohingegen die Kontrollgruppe nur die Standardbehandlung erhielt. Die Standardbehandlung konnte alle verfügbaren Behandlungen beinhalten, üblicherweise im ambulanten Setting in Deutschland angeboten werden. Dazu gehörten psychotherapeutische Interventionen (Kognitive Verhaltenstherapie, Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Therapie) und pharmakologische Behandlungen. Alle Erhebungen zu den Endpunkten wurden 6 Monate und 12 Monate nach der Randomisierung wiederholt. Nach Abschluss aller Erhebungen erhielten die Patient:innen der Kontrollbedingungen eine Aufwandsentschädigung von €450.

In Abbildung 3 ist der Patient:innenfluss dargestellt.

2.2.6 Statistische Analysemethoden

Die minimale Stichprobengröße (n = 375) wurde a priori durch eine Poweranalyse bestimmt. Diese Analyse basierte auf der kleinsten in vorherigen Metaanalysen identifizierten kontrollierten Effektstärke für Sport- und Bewegungstherapien zur Behandlung psychischer Probleme (d = -0.348 für Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung; Rosenbaum et al. 2015). Für einen zweiseitigen T-Test mit einem Alphaniveau von 0.05, einer Teststärke von 80% und einer Dropoutrate von 80% wurde eine minimale Stichprobengröße von N = 375 ermittelt.

Alle statistischen Analysen wurden anhand eines a priori festgelegten Analyseplans durchgeführt. Für Baselinedaten sowie Outcomeerhebungen zu allen Messzeitpunkten wurden deskriptive Werte ermittelt (M, SD). Primäre und sekundäre Endpunkte wurden mit Hilfe linearer gemischter Modelle analysiert. Die Modelle beinhalteten kategoriale fixed factors für Zeit (Baseline, 6 Monate, 12 Monate), Bedingung (ImPuls + TAU; TAU) und deren



ImPuls (01NVF19022)

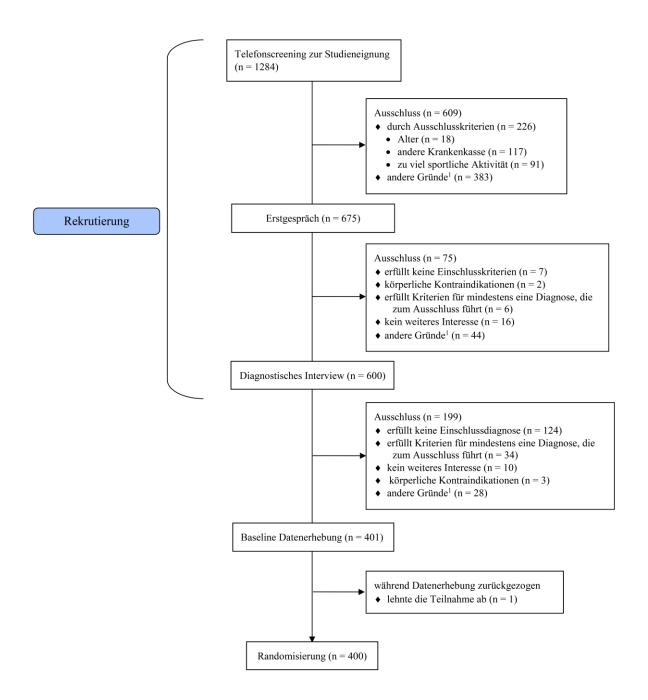
Interaktion sowie Random Intercepts für Unterschiede zwischen Personen sowie zwischen Erhebungsstandorten und Random Slopes für zeitbezogene Unterschiede zwischen Personen. Analysen zu primären und sekundären Endpunkten wurden als Intention-to-Treat-Analysen durchgeführt, in denen alle randomisierten Patient:innen eingeschlossen wurden. Für den Umgang mit fehlenden Werten wurde multiple Imputation (multilevel) verwendet.

Nicht-präregistrierte explorative Analysen beinhalteten die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Motivation und Zufriedenheit mit dem Therapieoutcome sowie Effekte der Intervention auf das primäre Outcome bei Kontrolle der Einschlussdiagnosen.

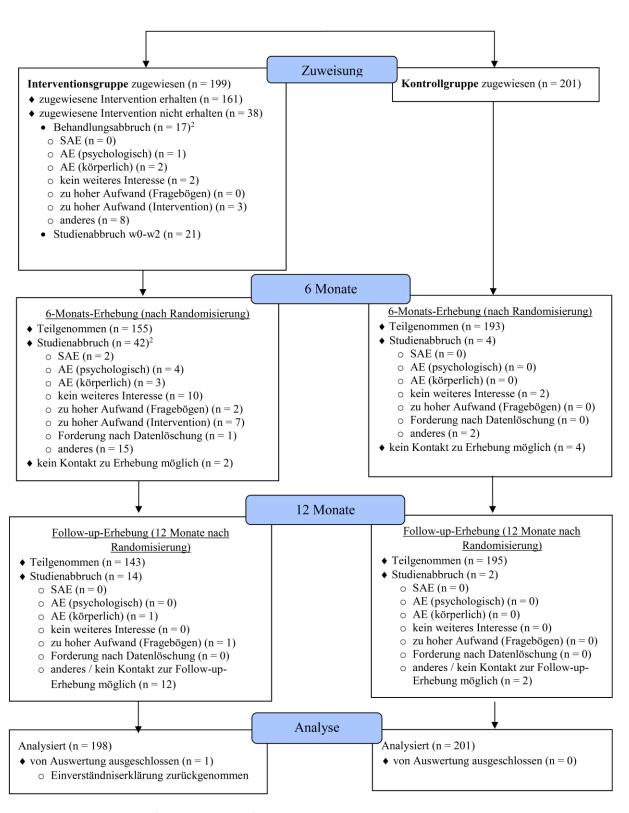
Nicht-normalverteilte Daten wurden log-transformiert. Der Reliable Change Index nach der Jacobsen-Truax-Methode wurde mit dem GSI-Wert zu 6 Monaten und 12 Monaten berechnet. Analysen zu primären und sekundären Endpunkten wurden für die Completer-Stichprobe (mind. 2 Wochen der supervidierten Intervention absolviert) wiederholt.

Zur Beantwortung der Fragestellung 2a wurden Mediationsanalysen (Pfadanalysen) mit fullinformation maximum likelihoood estimation und bootstrapped standard error für direkte, indirekte und Gesamteffekte berechnet.









21

Abbildung 3: Patient:innenfluss basierend auf CONSORT

2.3 Gesundheitsökonomische Evaluation

Um zu ermitteln, ob es Kosteneinsparungen für die GKV durch die Intervention gibt (Fragestellung 4a), bzw. ob die ImPuls-Intervention kosteneffektiv ist (Fragestellung 4b), erfolgte die gesundheitsökonomische Evaluation über eine Analyse der Kosten der GKV-Gesundheitsleistungen, eine Kosten-Effektivitätsanalyse (CEA) und Nutzwertanalyse (CUA). Die Methodik der CEA und CUA orientiert sich an den allgemeinen Methoden (Version 7.0) des IQWiG (IQWiG, 2023) und der CHEERs-Checkliste (Husereau, 2022). Bei den Berechnungen wurde die GKV-Perspektive eingenommen. Das bedeutet, dass sich der Einschluss der relevanten Kosten an den Kosten orientiert, die für die GKV-Versichertengemeinschaft anfallen. Dies schließt breitere gesellschaftliche Kosten wie z.B. Produktivitätskosten aus. Die gesundheitsökonomische Analyse schließt 389 der 400 Studienteilnehmer:innen ein. Für 11 Studienteilnehmer:innen lagen keine Routinedaten vor. Alle Kosten beziehen sich auf das Jahr 2023 und wurden auf Basis des Verbraucherpreisindex inflationsbereinigt.

2.3.1 Berechnung relevanter Kosten

Die Kostendaten für Gesundheitsleistungen der Patient:innen der Interventions- und Kontrollgruppe im Vorbeobachtungszeitraum (Baseline - 1 Jahr) und Beobachtungszeitraum (Baseline + 1 Jahr) wurden auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK BW und der Techniker Krankenkasse patientenindividuell extrahiert. In die Analyse wurden die Kosten aus den folgenden Leistungsbereichen einbezogen:

- Ambulante Behandlungsfälle (exklusive Psychotherapie) im vertragsärztlichen Bereich und an Kliniken
- Verordnungen von Psychopharmaka
- Verordnungen für komorbide kardiovaskuläre Erkrankungen
- Psychotherapeutische Behandlungsfälle (im niedergelassenen Bereich und an stationären Einrichtungen)
- Stationäre und teilstationäre Aufenthalte aufgrund psychischer Symptomatik und kardiovaskulären Erkrankungen
- Krankengeld im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen

Tabelle A1.1 in Anlage 11 beschreibt die Abgrenzung der genannten Leistungsbereiche und die jeweilige Berechnungsbasis je Leistungsbereich. Diese Bereiche wurden analog zum Evaluationskonzept aufgrund deren inhaltlicher Relevanz für eine ausdauerorientierte Sport-/Bewegungstherapie bei Patient:innen mit psychischen Erkrankungen ausgewählt. Die Plausibilität der bereitgestellten Routinedaten wurde eingehend geprüft (Swart et al., 2014).

Implementierungs- und Interventionskosten

Weiterhin wurden für die Gesamtkostenanalyse und die Kosteneffektivitätsanalyse die Kosten der ImPuls-Intervention berücksichtigt. In der Base-Case Analyse wurden diejenigen Kosten einbezogen und bewertet, die in dieser Form auch in der Regelversorgung für die GKV anfallen würden. Dies schließt die Kosten der Sport-/Bewegungstherapie in der supervidierten Interventionsphase, das SBT-Erstgespräch sowie die Kosten der ImPuls-App ein. Es wurden nur Kosten der tatsächlich in Anspruch genommenen Sport-/Bewegungstherapien je Patient:in in

Gefordert durch:

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

die Analyse einbezogen. Zusätzlich wurden die Kosten der Schulung der Sport-/Bewegungstherapeuten (SBT) berücksichtigt, da diese bei einer Skalierung der Intervention erneut anfallen werden. Einmalige Investitionskosten, wie die Kosten der Entwicklung der ImPuls-App, sowie Kosten der Evaluation und Projektadministration wurden nicht mit einbezogen.

Eine detaillierte Berechnung der Interventionskosten ist in Tabelle A1.2 in Anlage 11 dargestellt. Hierbei wird zwischen drei Szenarien mit unterschiedlichen Annahmen unterschieden. Im Base Case Szenario (I) wird angenommen, dass sich die Kosten der Schulung von 20 SBTs auf 1.000 Patient:innen umlegen lassen und nicht auf die Anzahl der Interventionspatient:innen in der Studie umgelegt werden (N=199). Hintergrund dafür ist, dass die meisten SBTs im Rahmen der Studie lediglich eine bis zwei Gruppen betreut haben, aber in der Praxis parallel eine deutlich höhere Anzahl betreuen könnten. Die 1.000 Patient:innen entsprechen der Anzahl, die von 20 SBTs à 10 Gruppen pro Jahr unter Einsatz von ca. 20% der Nettoarbeitszeit betreut werden können. Die Schätzung erfolgte in Absprache mit dem DVGS und stellt eine konservative, tendenziell überschätzende Annahme dazu dar, mit welchen effektiven Folgekosten der Schulungen zu rechnen sind. Im Base Case wird zudem angenommen, dass sich die Kosten der ImPuls-App in der Regelversorgung an den Preisen gleichartiger DIGAs orientieren wird. In Anlehnung an die Mawendo-App (digitales Sporttherapieprogramm) wird von Kosten von 120€ pro Jahr ausgegangen. Im Studienpopulation Szenario (II) werden die im Projekt tatsächlich angefallenen Kosten der Schulung und der App-Maintenance auf die 199 Interventionspatient:innen umgelegt. Im SCID-Szenario (III) werden ausgehend vom Base Case Kosten für ein strukturiertes Klinisches Diagnosegespräch für DSM-5 (SCID) einbezogen, welches Teil des Screening-Prozesses der Studienpopulation war (sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe). Ob das SCID eine verpflichtende Voraussetzung für ein Programm wie ImPuls sein soll, muss bei einer möglichen Überführung in die Regelversorgung diskutiert werden und hängt davon ab, ob dieses für eine zielgenaue Hinführung der richtigen Patient:innen zu einer Intervention wie ImPuls notwendig ist.

2.3.2 Statistisches Vorgehen der Analyse der Kosten der GKV-Gesundheitsleistungen

Zunächst erfolgte eine deskriptive Analyse der Kosten je eingeschlossenem Leistungsbereich differenziert nach Zeitraum (Vorbeachtungs- und Beobachtungszeitraum) und Studiengruppe (Interventions- und Kontrollgruppe). Aufgrund der Rechtsschiefe der Kostenverteilung, der hohen Varianz und der geringen Fallzahlen sind statistische Vergleiche der Versorgungskosten mit geringer statistischer Power behaftet. Daher werden Kosten und Fälle der einzelnen Leistungsbereiche zwischen Interventions- und Kontrollgruppe lediglich auf Basis der Differenz der Differenz von Vor- und Nachbeobachtungszeitraum und Wilcoxon-Rangsummen-Tests verglichen. Der Vergleich der GKV-Gesamtkosten als Summe der Kosten aus den Leistungsbereichen erfolgte auf Basis eines Generalised-Linear-Mixed-Modells (GLMM) mit Tweedie-Verteilung und Log-Link, implementiert durch das R-Package glmmTMB (Brooks et al., 2023). Die Modellauswahl basierte auf Spezifikationstests und insbesondere auf der kleinsten beobachteten Differenz zwischen Sample-Schätzwert und dem Mittelwert der Bootstrapped-Schätzwerte. Eine höhere Diskrepanz zwischen diesen Werten weist auf eine Misspezifikation und mögliches Over-Fitting hin. Entsprechende Ergebnisse sind in Tabelle



A2.1 in Anlage 12 aufgeführt. Die Daten zu den unterschiedlichen Beobachtungszeiträumen wurden longitudinal analysiert. Das Modell schließt kategorische Fixed-Effects für Zeit (Baseline, 6 Monate, 12 Monate), Gruppe (Interventions- und Kontrollgruppe) und deren Interaktion ein, aber verzichtet aufgrund der Rechtsschiefe der Kostenverteilung im Vergleich zur Wirksamkeitsevaluation auf Random Slopes um Overfitting zu vermeiden. Analog zur Wirksamkeitsevaluation wurden keine Kontrollvariablen in die Regression eingeschlossen.

2.3.3 Statistisches Vorgehen der Kosten-Effektivitätsanalyse

Die Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzwertanalyse setzt die Differenz der Gesamtkosten (Interventionskosten plus GKV-Gesundheitsleistungen) ins Verhältnis zur Differenz der Effektivität, bemessen am Global Severity Index des Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) bzw. pro gewonnenem qualitätsadjustiertem Lebensjahr (QALY). Die Berechnung des inkrementellen Kosten-Effektivitätsverhältnisses (ICER) und des inkrementellen Kosten-Nutzwertverhältnisses (ICUR) erfolgt anhand der folgenden Formeln:

$$ICER = rac{\Delta Gesamtkosten^{IG} - \Delta Gesamtkosten^{KG}}{\Delta BSI^{IG} - \Delta BSI^{KG}}$$
 $ICUR = rac{\Delta Gesamtkosten^{IG} - \Delta Gesamtkosten^{KG}}{\Delta QALY^{IG} - \Delta QALY^{KG}}$
 $IG = Interventionsgruppe (ImPuls + TAU)$
 $KG = Kontrollgruppe (TAU)$

Die Berechnung der QALYs erfolgte dabei auf Basis der Area-Under-the-Curve-Methode und der durch den EQ-5D-5L erhobenen Angaben zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Baseline, nach 6 Monaten und nach 12 Monaten (Drummond et al., 2015). Der EQ-5D stellt das meist genutzte und validierte Instrument zur Abschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität dar. Die Werte der fünf EQ-5D-5L Dimensionen wurden anhand des deutschen Value-Sets gewichtet (Ludwig et al., 2018). Fehlende BSI-18 und EQ-5D-5L Werte wurden analog zur Effektanalyse durch Multiple-Imputation-Verfahren imputiert (Zhang, 2016). Die Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in BSI-18 und QALYs wurde durch longitudinale Linear-Mixed-Models mit kategorischen Fixed-Effects für Zeit (Baseline, 6 Monate, 12 Monate), Gruppe (Interventions- und Kontrollgruppe) und deren Interaktion, sowie mit Random Slopes berechnet. Die Berechnung der Differenz in den Gesamtkosten (inklusive Interventionskosten) erfolgte analog zum Vorgehen bei der Analyse der GKV-Gesamtkosten (2.1.2). Um trotz der rechtsschiefe der Kostendaten valide statistische Aussagen zu ICER und ICUR treffen zu können, wurde ein Non-Parameteric-Bootstrapping angewendet. Um dabei für die Korrelation zwischen Kosten und Effekten zu kontrollieren, wurden Kosten und Effekte in Paaren gebootstrapped (Ben et al. 2023). Die Anzahl der Bootstrap-Ziehungen wurde auf 1.000 festgelegt. Die gebootstrappten Werte wurden für die Abschätzung der statistischen Unsicherheit des ICURs anhand von Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven (CEAC) verwendet. Abschließend wurden verschiedene Szenarien in Bezug auf die Definition der Interventionskosten (siehe Abschnitt 2.3.1), dem Einbezug von



Kontrollvariablen, dem Umgang mit Hochkostenfällen und der eingeschlossenen Versorgungskosten durchgeführt. Subgruppenanalysen erfolgten durch den Einschluss von Interaktionen von binären Indikatoren für die relevante Gruppe und den Zeit-Gruppen-Interaktionen in den Modellen für Kosten, BSI-18 und QALYs.

2.4 Prozessevaluation

2.4.1 Design

Der Prozessevaluation lag Mixed-Methods-Ansatz und als theoretischer ein Orientierungsrahmen das MRC Framework für Prozessevaluationen bei komplexen Interventionen (Moore et al., 2015; Skivington et al., 2021) zugrunde. Aufbauend auf diesem MRC Framework lag der Fokus auf den drei Bereichen "Implementation", "Mechanisms of Impact" sowie "Kontext" (vgl. Abbildung 4). Der Bereich "Implementation" beinhaltet Aspekte wie die Erreichung der Zielgruppe die Umsetzung der Sitzungen und die Manualtreue. Der Bereich "Mechanisms of Impact" beinhaltet vor allem die Reaktionen der Teilnehmenden auf ImPuls, aber auch Wechselwirkungen zwischen den einzelnen teilnehmenden Akteuren. "Kontext" befasst sich mit den Charakteristika der umsetzenden Akteure sowie kontextuellen Gelingensfaktoren und Herausforderungen (für eine differenzierte Darstellung des Konzepts und Studienprotokolls für die Prozessevaluation, vgl. Fiedler et al., 2023).

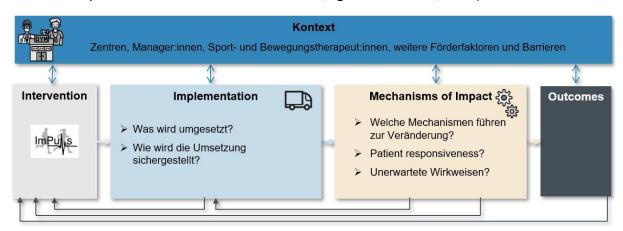


Abbildung 4: Medical Research Council Framework für Prozessevaluation mit Adaption an das ImPuls-Projekt

Die Bewertung der Wirksamkeit und die Prozessevaluation wurden von getrennten Forschungsteams durchgeführt, wobei auch unterschiedliche Zuständigkeiten für das Datenmanagement bestanden. Das Forschungsteam der LMU München realisierte die Datenverwaltung, -speicherung und -analyse der quantitativen Daten, einschließlich Fragebögen, Dokumentationen, Videos und App-daten, während qualitativen Interviewdaten vom Forschungsteam zur Prozessevaluation (Universität Tübingen) verwaltet und verarbeitet wurden.

Quantitative Daten wurden von Patient:innen und SBTs größtenteils mittels validierter Fragebögen vor, während und nach der Intervention über die Online-Befragungsplattform REDCap erfasst. Teilweise war hierfür eine Übersetzung englischsprachiger Fragebögen erforderlich oder die Verwendung von auf die ImPuls-Intervention adaptierten Items, um



möglichst akkurate Informationen zur Intervention zu erhalten. Eine Sammlung aller verwendeten Fragebögen, auf die im Abschlussbericht Bezug genommen wird, findet sich in Anlage 3.

Alle ImPuls-Sitzungen wurden über Videoaufnahme aufgezeichnet, um darauf basierend einen Manualtreuescore berechnen zu können (siehe Kap. 2.4.2). Rekrutierungsdaten der Patienten wurden vor Beginn der Intervention von den wissenschaftlichen Mitarbeitenden dokumentiert. Qualitative Einzel-Interviews mit 20 SBTs sowie ein Fokusgruppeninterview mit fünf Zentrumsverantwortlichen bzw. entsprechenden Vertretungen der Studienzentren ergänzten diese Datenerhebungen.

2.4.2 Erhebungsinstrumente

Der Manualtreuescore wurde mittels eigens entwickelter Bewertungsbögen ermittelt, welche auf die Kernelemente der Intervention ausgerichtet waren. Die Kernelemente der manualisierten ImPuls-Intervention sind a priori festgelegt worden. Für jede Sitzung wurden gesonderte Bewertungsbögen entwickelt. Die Items gliedern sich in allgemeine Fragen zur Adhärenz (z. B. "Therapeut nennt Ziele der Sitzung") und in Fragen zur Adhärenz bezüglich der Kernelemente (vgl. Anlage 4). Die Gruppensitzungen mit den Therapeut:innen an allen Studienstandorten wurden auf Video aufgezeichnet, wobei die Outdoor-Laufeinheiten innerhalb einer Sitzung unaufgezeichnet blieben.

Von den acht aufgezeichneten Kernsitzungen (Sitzungen, die die Kernelemente der Intervention enthalten) wurde für jede ImPuls-Gruppe ein Sitzungsvideo für die Fidelity-Evaluation randomisiert ausgewählt. Dies entspricht 12,5 % aller Kernsitzungen und 10 % aller aufgezeichneten Sitzungen. Die Randomisierung übernahm ein externer Datenmanager mit Microsoft Excel (Version 1808 - Microsoft Office Professional Plus 2019). Zwei geschulte Beurteilerinnen bewerteten die Sitzungen hinsichtlich der Einhaltung des Manuals.

Die Entwickler der Intervention schulten die Beurteilerinnen zunächst in mehreren Schritten. Zuerst erklärten und diskutierten sie die Elemente der Bewertungsbögen für jede Sitzung. Im darauffolgenden Schritt beurteilten die Beurteilerinnen unabhängig voneinander Testvideos aus den verbleibenden sieben Kernsitzungen. Diese Videos wurden zuvor zufällig ausgewählt und gehörten nicht zu jenen, die später zur Feststellung des Manualtreuescores dienten. Abschließend klärten die Beurteilerinnen und die Entwickler der Intervention offene Fragen in einer Nachbesprechung.

Nach der Schulung bewerteten die Beurteilerinnen die zufällig ausgewählten Videos eigenständig anhand des Manualtreuescores. Dabei fand keine Kommunikation zwischen den beiden Beurteilerinnen oder mit der Schulungsleitung bzw. den Entwicklern der Intervention statt. Die Manualtreue wurde anhand einer "ja" (Vorhandensein) oder "nein" (Fehlen)-Bewertung der vordefinierten Elemente der ImPuls-Intervention bestimmt. Ein allgemeiner Punktwert für die Einhaltung sowie ein Punktwert speziell für die Kernelemente wurden berechnet und gemittelt, um den Gesamtpunktwert für die Manualtreue zu ermitteln. Dieser entspricht dem Prozentsatz aller mit "ja" beantworteten Fragen.

Wir berechneten die Interrater-Reliabilität der beiden Beurteiler:innen mittels Cohens Kappa-Statistik und testeten die Nullhypothese, dass das Ausmaß der Übereinstimmung dem Zufall



entspricht (Kappa=0). Mit einem Cohens Kappa von 0,507 (mäßige Übereinstimmung) zeigte unsere Analyse eine signifikante Übereinstimmung zwischen den beiden Beurteilerinnen (Z=6,8527, 95% KI 0,398 bis 0,616; p< 0,001).

Die Sichtweise der Patient:innen wurde zu Beginn, vier Wochen nach Beginn (Ende supervidierte Phase), zwölf Wochen nach Beginn und 24 Wochen nach Beginn (Abschluss) des ImPuls-Programms erfasst. Die Motivation (Fragebogen zur Psychotherapiemotivation; modifiziert in Anlehnung an Schultz et al., 1995) und die Erfolgserwartung (Measurement of Patients' Expectation of Therapy and Evaluation of Therapy; modifiziert in Anlehnung an Schulte, 2005) wurden zu Beginn erhoben. Nach vier, zwölf und 24 Wochen wurden erneut die Erfolgserwartung und zusätzlich die Zufriedenheit mit ImPuls (Satisfaction with Therapy and Therapist Scale - Revised; übersetzt und adaptiert nach Oei & Green, 2008) und die wahrgenommene therapeutische Beziehung (Deutsche Version des Working Alliance Inventory - short revised; Wilmers, 2008, WAI-SR) erhoben.

Sport-/Bewegungstherpeut:innen wurden vor Beginn und nach Abschluss der ImPuls-Intervention schriftlich befragt. Die Abfragen zu Beginn beinhalteten Fragen nach der beruflichen Qualifikation, der bisherigen therapeutischen Erfahrung, der Bewertung der ImPuls-Schulungen (modifiziert nach Göhner et al. 2018), zur programmbezogenen Motivation (Skala zur Erfassung subjektiver schulischer Werte; adaptiert nach Steinmayr & Spinath 2010) und Selbstwirksamkeit (Occupational self-efficacy scale; modifiziert und adaptiert in Anlehnung an Rigotti et al., 2008), sowie zur Akzeptanz von ImPuls (Barriers & Facilitators Assessment; übersetzt und adaptiert nach Harmsen, 2005). Abfragen nach Ende der Intervention beinhalteten erneut Fragen zur programmbezogenen Motivation und Selbstwirksamkeit sowie zur Akzeptanz von ImPuls (vgl. Anlage 3).

Die semistrukturierten Einzel-Interviews mit SBTs wurden nach Abschluss der Intervention von Mai 2022 - Januar 2023 in Präsenz geführt und hatten eine durchschnittliche Dauer von 56 Minuten. Das Fokusgruppeninterview fand mit fünf Zentrumsverantwortlichen am 26. Januar 2023 in Tübingen statt und dauerte ca. 120 Minuten (inklusive Pause). Die jeweiligen Leitfäden für die Interviews bzw. das Fokusgruppeninterview sind in den Anlagen 5 und 6 finden.

2.4.3 Ablauf

Patient:innen und SBTs erhielten für alle Befragungen per E-Mail einen individuellen Weblink für den Zugang zur Online-Befragung und hatten zwei Wochen Zeit, diese auszufüllen. Nach fünf Tagen wurden automatisch Erinnerungen vom System verschickt. Die Daten der ImPuls-App wurden kontinuierlich über die Dauer der ImPuls-Intervention erfasst. Nachdem die jeweils letzte ImPuls-Gruppe durchgeführt wurde, haben wissenschaftliche Mitarbeitende ein Einzel-Interview mit den entsprechenden SBTs vor Ort in den jeweiligen Zentren geführt. Lediglich in einem Fall konnte das Interview nur telefonisch durchgeführt werden. Das Fokusgruppeninterview mit fünf Zentrumsverantwortlichen fand am 26. Januar 2023 in Tübingen statt.

2.4.4 Analysemethoden

Die quantitativen Daten aus den schriftlichen Befragungen wurden deskriptiv analysiert.



Das gesamte Interview- und Fokusgruppenmaterial wurde transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022) ausgewertet. Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse wurde theoriegeleitet ein Kategoriensystem zur Codierung der Transkripte entwickelt. Drei Transkripte wurden exemplarisch von zwei Mitarbeitenden unabhängig voneinander codiert. Anschließend wurden eine Inter-Rater-Reliabilität berechnet und die Codierungen in den jeweiligen Transkripten verglichen, Diskrepanzen diskutiert und das Kategoriensystem ausdifferenziert. Dieser Prozess wurde unter Hinzunahme zweier weiterer Transkripte noch zwei weitere Male wiederholt, um schließlich eine finale Version des Kategoriensystems zu erstellen (vgl. Anlagen 7 und 8). Anschließend wurde das gesamte Datenmaterial von beiden Mitarbeitenden codiert und bedarfsgerecht bilateral Rücksprache zu einzelnen Codierungen gehalten. In einem nächsten Schritt wurden die Kernaussagen der einzelnen Codes extrahiert und in einem Ergebnisprotokoll dokumentiert.

3 Ergebnisse der Evaluation

3.1 Stichprobe

Von 400 Teilnehmer:innen identifizierten sich 284 (71%) als weiblich und das Durchschnittsalter betrug 42,2 Jahre (SD 13,2; Range 19–65 Jahre). 287 (72%) erfüllten nach ICD-10 die Kriterien für Depression, 46 (12%) für Panikstörung, 37 (9%) für Agoraphobie, 72 (18%) für Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und 81 (20%) für primäre Insomnie. 199 wurden der Interventionsgruppe zugeteilt, 201 der Kontrollgruppe. 77% der Stichprobe gaben bei der Baseline Erhebung an, bereits eine pharmakologische oder psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Darüber hinaus gaben 78% eine frühere Behandlung an und 54% hatten eine Vorgeschichte von stationären oder tagesklinischen Aufenthalten. Tabelle 1 gibt Aufschluss für weitere Charakteristika der klinischen Stichprobe.

Tabelle 1: Demografische und klinische Ausgangsmerkmale der Intent-to-Treat-Stichprobe (N = 400)

		ImPuls+TAU (n = 199)	TAU (n = 201)
Alter (in Jahren)	M (SD)	41.73 (12.80)	42.65 (13.65)
	fehlende Daten	3 (2%)	2 (1%)
Geschlecht	weiblich	141 (71%)	143 (71%)
	männlich	56 (28%	50 (25%)
	andere	1 (<1%)	8 (4%)
	fehlende Daten	1 (<1%)	0 (0%)
Höchster Bildungsabschluss	keiner	1 (<1%)	0 (0%)
	Grundschule	0 (0%)	0 (0%)
	Haupt- oder Realschule	48 (24%)	49 (24%)

Evaluationsbericht 28 Geför



		ImPuls+TAU (n = 199)	TAU (n = 201)
	Berufsschule	9 (5%)	16 (8%)
	Abitur	59 (30%)	71 (35%)
	Hochschulabschluss	72 (36%)	64 (32%)
	andere	9 (5%)	1 (<1%)
	fehlende Daten	1 (< 1%)	0 (0%)
Beschäftigungs- status	Erwerbstätig (Vollzeit/Teilzeit)	73 (37%)	90 (45%)
	In Ausbildung (mit/ohne Nebenjob)	29 (15%)	23 (11%)
	Voll/teilweise arbeitsunfähig	36 (18%)	32 (16%)
	Voll/teilweise erwerbsunfähig		17 (8%)
	arbeitslos	9 (5%)	5 (2%)
	Hausmann/Hausfrau (mit/ohne Nebenjob)	13 (7%)	6 (3%)
	im Ruhestand	1 (<1%)	0 (0%)
	Andere	18 (9%)	26 (13%)
	Fehlende Daten	3 (2%)	2 (1%)
Familienstand	Single, geschieden oder verwitwet	83 (42%)	78 (39%)
	Verheiratet oder in Partnerschaft	115 (58%)	123 (61%)
	Fehlende Daten	1 (<1%)	0 (0%)
Anzahl Kinder	0	107 (54%)	107 (53%)
	1	28 (14%)	28 (14%)
	2	41 (21%)	40 (20%)
	3	19 (10%)	18 (9%)
	4	3 (2%)	2 (1%)
	5	0 (0%)	3 (1%)
	Fehlende Daten	1 (<1%)	2 (1%)
Wohnsituation	Zusammenlebend (Familie, Partner:in, Wohngemeinschaft) ohne Kinder	84 (42%)	95 (47%)
	Zusammenlebend mit Kindern	36 (18%)	32 (16%)
	Betreutes Wohnen ohne Kinder	2 (1%)	3 (1%)
	Betreutes Wohnen mit Kindern	0 (0%)	0 (0%)
	Allein ohne Kinder	48 (24%)	51 (25%)



		ImPuls+TAU (n = 199)	TAU (n = 201)
	Allein mit Kindern	24 (12%)	16 (8%)
	Andere	4 (2%)	3 (1%)
	Fehlende Daten	1 (<1%)	1 (<1%)
Aktuelle Diagnosen	Mittelgradige oder schwere Depression (ICD-10 F32.1, F32.2, F33.1, F33.2)	146 (73%)	141 (70%)
	Panikstörung (ICD-10: F41.0)	25 (13%)	21 (10%)
	Agoraphobie (ICD-10 F40.0, F40.01)	19 (10%)	18 (9%)
	Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)	31 (16%)	41 (20%)
	Primäre Insomnie (ICD-10 F51.0)	44 (22%)	37 (18%)
	Komorbidität: mit weiterer Einschlussdiagnose	53 (27%)	45 (22%)
	Komorbidität: mit weiterer psychiatrischer Diagnose (ohne Einschlussdiagnosen)	92 (46%)	104 (52%)
	Komorbidität: weitere Einschlussdiagnose oder weitere psychiatrische Diagnose)	125 (63%)	121 (60%)
Krankenkasse	AOK Baden-Württemberg	90 (45%)	90 (45%)
	Techniker Krankenkasse	108 (54%)	111 (55%)
	Fehlende Daten	1 (< 1%)	0 (0%)

3.2 Ergebnisse der Evaluation der klinischen Wirksamkeit

Evaluationsbericht

3.2.1 Analyse Fragestellung 1: Effekte auf globale Symptomschwere

ImPuls plus TAU war TAU hinsichtlich der Reduzierung der globalen Symptomschwere überlegen. Es zeigte sich eine adjustierte Differenz im BSI-18 von 4,11 (95%-KI 1,74 bis 6,48; d=0,35 [0,14 bis 0,56]; p=0,001) 6 Monate und von 3,29 (95%-KI 0,86 bis 5,72; d=0,28 [0,07 bis 0,50]; p=0,008) 12 Monaten nach Randomisierung, für deskriptive Angaben, s. Tabelle 2).

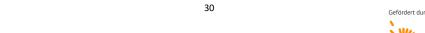




Tabelle 2: Effekte von Impuls + TAU vs. TAU auf die globale Symptomschwere (BSI-18)

	M (SD) N		Bereinigte Differenz (95% CI)	p	Standardisierte Zwischengruppen- effektstärke (95% CI)
	ImPuls+TAU (n = 199)	TAU (n = 201)			
Baseline	22,08 (11,75); 197	22,01 (10,55); 201	-		
6 Monate	14,03 (11,28); 148	19,61 (12,36); 190	4,11 (1,74 – 6,48)	0,0007	0,35 (0,14 – 0,56)
12 Monate	2 12,65 (11,20); 135	18,40 (12,45); 194	3,29 (0,86 – 5,72)	0,0080	0,28 (0,07 – 0,50)

Zudem zeigte sich zu beiden Messzeitpunkten, dass die Verbesserungen für eine höhere Anzahl von Patient:innen der ImPuls+TAU-Bedingung klinisch bedeutsam war als für Patient:innen in der Kontrollbedingung-Bedingung (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Klinisch bedeutsame Veränderung in Bezug auf globale Symptomschwere nach 6 und 12 Monaten

Gruppe/ Zeit	Genesen N (%)	Verbessert N (%)	Unverändert N (%)	Verschlechtert N (%)	Mann-Whitney U Test
TAU / 6 Monate	28 (15%)	28 (13)	118 (62%)	20 (11%)	W = 11551, p = .002
ImPuls + TAU / 6 Monate	42 (28%)	22 (15%)	73 (49%)	11 (7%)	
TAU / 12 Monate	38 (20%)	26 (13%)	107 (55%)	23 (12%)	W = 11084, p = .009
ImPuls + TAU / 12 Monate	45 (33%)	14 (10%)	67 (50%)	9 (7%)	

Eine Wiederholung der Analysen in der Completer-Stichprobe zeigte dieselben Ergebnisse wie die ITT-Hauptanalysen, mit leicht erhöhten Effektstärken (siehe Wolf et al., 2024 und Anlage 9). So ergab sich nach 6 Monaten eine adjustierte Differenz im BSI-18 von 4,69 Punkten (95%-KI 2,20 bis 7,18; d=0,40 [0,18 bis 0,63]; p< 0,001) und von 3,84 Punkten nach 12 Monaten (95%-KI 1,13 bis 6,55; d=0,33 [0,09 bis 0,57]; p=0,006).

3.2.2 Analyse Fragestellung 2: Mediation

ImPuls+TAU führte im Vergleich zu der Kontrollgruppe zu einer signifikant stärkeren Steigerung selbstberichteter sportlicher Aktivität zu 6 Monaten, jedoch nicht zu 12 Monaten. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen den Bedingungen bezüglich der akzelerometriebasierten körperlichen Aktivität mit moderater bis hoher Intensität (MVPA) (s. Tabelle 4).



Die Mediationsanalysen zeigten lediglich marginal signifikante Mediationseffekte in der ITT-Stichprobe (vgl. Anlage 10). Zwar zeigten sich direkte Effekte der Intervention auf die Veränderungen selbstberichteter sportlicher Aktivität sowohl im Mediationsmodell für den Zeitraum nach 6 Monaten (β = 0.30, p < 0.001) als auch für das Mediationsmodell für den Zeitraum nach 12 Monaten (β = 0.12, p = 0.035). Die Veränderungen der selbstberichteten sportlichen Aktivitäten waren jedoch nur nach 12 Monaten mit der Veränderung der globalen Symptomschwere assoziiert (β = -0.19, p < 0.001), nicht jedoch bereits nach 6 Monaten (β = -0.11, p = 0.067). Für beide Zeiträume (6 Monate und 12 Monate post) ergaben sich in den Mediationsmodellen darauf aufbauend lediglich marginal signifikante indirekte Effekte für den interessierenden Wirkpfad von der Interventionsbedingung über die Veränderung selbstberichteter sportlicher Aktivität auf die Veränderung der globalen Symptomschwere (6 Monate: β = -0.03, p = 0.077; 12 Monate: β = -0.02, p = 0.059).

In der Completer-Stichprobe trat jedoch ein signifikanter indirekter Effekt auf, nach dem Effekte der Bedingung auf globale Symptomschwere von Baseline zu 6 Monaten durch eine Steigerung der selbstberichteten sportlichen Aktivität mediiert wurde (β = -0.04, p = 0.033). Der direkte Effekt der Intervention blieb ebenfalls signifikant (β = -0.14, p = 0.006), was auf partielle Mediation hinweist. Detaillierte Ergebnisse der Mediationsanalysen finden sich in Anlage 10 sowie in Wolf et al. (2024).

3.2.3 Analyse Fragestellung 3: Effekte auf störungsspezifische Symptome

Hinsichtlich sekundärer Endpunkte führte ImPuls plus TAU im Vergleich zu TAU zu einer signifikanten Verbesserung von Symptomen der Depression, Panikstörung, generalisierter Angst und PTBS 6 Monate nach Randomisierung (s. Tabelle 4). Nach 12 Monaten hielt die Überlegenheit von ImPuls plus TAU hinsichtlich der Symptome von Depression, generalisierter Angst und Panik an.

Tabelle 4: Effekte der Intervention auf störungsspezifische Symptomatik nach 6 und 12 Monaten

M (SD) N		Bereinigte Differenz (95% CI)	р	Standardisierte Zwischengruppen- effektstärke (95% CI)
lmPuls+TAU (n = 199)	TAU (n = 201)			
Q-9				
13,76 (5,04) 197	13,79 (4,99) 200			
10,33 (5,61) 147	12,15 (5,92) 190	1,26 (0,11– 2,41)	0,032	0,23 (0,01– 0,44)
9,07 (5,67) 134	11,72 (6,26) 192	1,47 (0,24– 2,70)	0,020	0,27 (0,04– 0,49)
15,14 (5,68) 197	14,50 (6,37) 201			
	N ImPuls+TAU (n = 199) Q-9 13,76 (5,04) 197 10,33 (5,61) 147 9,07 (5,67) 134 15,14 (5,68)	ImPuls+TAU (n = 199) (n = 201) Q-9 13,76 (5,04) 13,79 (4,99) 197 200 10,33 (5,61) 12,15 (5,92) 147 190 9,07 (5,67) 11,72 (6,26) 134 192 15,14 (5,68) 14,50 (6,37)	N Differenz (95% CI) ImPuls+TAU (n = 199) (n = 201) Q-9 13,76 (5,04) 13,79 (4,99) 197 200 10,33 (5,61) 12,15 (5,92) 1,26 147 190 (0,11-2,41) 9,07 (5,67) 11,72 (6,26) 1,47 134 192 (0,24-2,70) 15,14 (5,68) 14,50 (6,37)	N Differenz (95% CI) ImPuls+TAU (n = 199) TAU (n = 201) Q-9 13,76 (5,04) 13,79 (4,99) 197 200 10,33 (5,61) 12,15 (5,92) 1,26 0,032 147 190 (0,11-2,41) 9,07 (5,67) 11,72 (6,26) 1,47 0,020 134 192 (0,24-2,70) 15,14 (5,68) 14,50 (6,37)



	N		Bereinigte Differenz (95% CI)	•	Standardisierte Zwischengruppen- effektstärke (95% CI)
6 Monate	11,51 (5,50) 148	13,19 (6,55) 190	1,25 (-0,02– 2,52)	0,054	0,20 (-0,02– 0,42)
12 Monate	10,51 (6,09) 135	12,46 (6,26) 194	0,96 (-0,33– 2,24)	0,15	0,16 (-0,07– 0,38)
Schlafqualität (PSQI)				
Baseline	10,10 (3,74) 182	9,93 (3,87) 196			
6 Monate	8,67 (3,81) 125	9,02 (3,59) 167	0,42 (-0,44– 1,27)	0,34	0,11 (-0,12- 0,34)
12 Monate	8,27 (3,87) 115	9,10 (4,02) 166	0,44 (-0,39– 1,27)	0,30	0,11 (-0,11– 0,34)
Angst (GAD-7)					
Baseline	10,54 (4,87) 196	10,67 (4,78) 201			
6 Monate	7,49 (4,58) 148	9,40 (4,92) 190	1,28 (0,27– 2,30)	0,013	0,26 (0,05– 0,47)
12 Monate	6,56 (4,64) 133	8,93 (5,12) 192	1,22 (0,14– 2,30)	0,027	0,25 (0,02–0,47)
Panik (BSI-18)					
Baseline	2,81 (2,79) 197	2,59 (2,47) 201			
6 Monate	1,38 (2,16) 148	2,18 (2,42) 190	0,60 (0,10- 1,09)	0,020	0,25 (0,04– 0,46)
12 Monate	1,16 (2,03) 135	2,13 (2,33) 194	0,57 (0,08– 1,07)	0,024	0,24 (0,03– 0,45)
Posttraumatisc	the Belastungsst	örung (PCL-5)			
Baseline	29,10 (16,59) 196	30,08 (14,94) 200			
6 Monate	20,20 (16,37) 148	26,27 (17,09) 187	3,94 (0,63– 7,24)	0,020	0,24 (0,03– 0,45)
12 Monate	18,37 (16,22) 133	24,15 (16,40) 192	3,09 (-0,38– 6,56)	0,081	0,19 (-0,03– 0,41)
Selbstberichtet	e sportliche Akti	ivität (BSA)			
Baseline	17,90 (55,54) 196	19,67 (84,3) 200			
6 Monate	92,06 (109,58) 145	37,77 (79,92) 189	-1,11 (-1,58– -0,64)	<0,00 1	-0,65 (-0,94– -0,37)



	M (SD) N		Bereinigte Differenz (95% CI)	р	Standardisierte Zwischengruppen- effektstärke (95% CI)
12 Monate	68,51 (107,73) 131	54,35 (125,8) 192	-0,44 (-1,00-0,12)	0,12	-0,26 (-0,59– 0,07)
Moderate-bis-i	ntensive körperl	iche Aktivität (a	ıkzelerometrisch	ne Daten)	
Baseline	325,78 (204,41) 172	336,93 (233,84) 184			
6 Monate	341,40 (239,38) 114	336,75 (234,98) 146	-0,02 (-0,20– 0,16)	0,80	-0,03 (-0,27– 0,21)
12 Monate	342,33 (226,19) 111	357,40 (240,70) 172	0,03 (-0,15– 0,20)	0,76	0,04 (-0,20– 0,27)

3.2.4 Schwerwiegende unerwünschte Nebenwirkungen (SAE)

Schwerwiegende unerwünschte Nebenwirkungen (SAE) sind in Tabelle 5 abgebildet. Es zeigten sich statistisch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich schwerer unerwünschter Nebenwirkungen.

Tabelle 5: Schwere unerwünschte Nebenwirkungen (serious adverse events, SAE)

	ImPuls+TAU (n = 199)		TAU (n = 201)	
	Events	Teilnehmer:innen	Events	Teilnehmer:innen
Art des <i>adverse events</i>				
In Zusammenhang mit Intervention	1	1 (1 männlich)	NA	NA
In Zusammenhang mit psychiatrischem Vorfall	10	9 (5 männlich)	15	14 (2 männlich)
In Zusammenhang mit physischem Vorfall	5	5 (2 männlich)	9	9 (3 männlich)
Gesamt	15	14 (7 männlich)	24	22 (4 männlich)
Stärkegrad				
Niedrig	0	0	0	0
Moderat	3	3 (3 männlich)	4	4 (2 männlich)
Hoch	12	11 (4 männlich)	20	19 (3 männlich)



3.3 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

3.3.1 Kostenanalyse der GKV-Gesundheitsleistungen

Es konnten GKV-Routinedaten von 389 der 400 randomisierten Patient:innen analysiert werden. Ursächlich dafür waren z.B. kasseninterne Datenschutzbestimmungen (z.B. Mitarbeiter:innen) oder ein Wohnort außerhalb Deutschlands. Bei den verbliebenen 389 Versicherten konnte in neun Fällen nicht der komplette Beobachtungszeitraum (Baseline -1 Jahr und Baseline + 1 Jahr) geliefert werden. Fehlende Quartale wurden auf Basis des Mittelwerts vorheriger Quartale des jeweiligen Individuums imputiert. In der Plausibilitätsprüfung der Routinedaten wurden keine bedenklichen Werte und Muster in den Daten identifiziert.

Um einen ersten Eindruck der Kosten der Gesundheitsleistungen der GKV im einjährigen Nachbeobachtungszeitraum zu bekommen, sind in Abbildung 5 die Anteile der Patient:innen mit abgerechneten Kosten je relevantem Leistungsbereich differenziert nach Interventionsgruppe (ImPuls plus TAU) und Kontrollgruppe (TAU) dargestellt. Analog zu den Einschlusskriterien der Studie ist ein hoher Anteil mit Kosten für Psychotherapie (52%) und Verordnungen (57% bzw. 58%), die sich auf Basis der ATC-Codes psychiatrischen Erkrankungen zuordnen lassen, zu beobachten. Der Anteil an Personen mit stationären Kosten mit einer F-Diagnose (ICD-10: Psychische und Verhaltensstörungen) als Hauptdiagnose lag bei 10% bzw. 11%. Bei vorstationären Behandlungen wurde die Aufnahmediagnose für die Zuordnung verwendet. Für 17% bzw. 16% der Patient:innen wurde Krankengeld abgerechnet. Generell sind die Anteile von Patient:innen mit Kosten je Leistungsbereich im Nachbeobachtungszeitraum in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe vergleichbar.

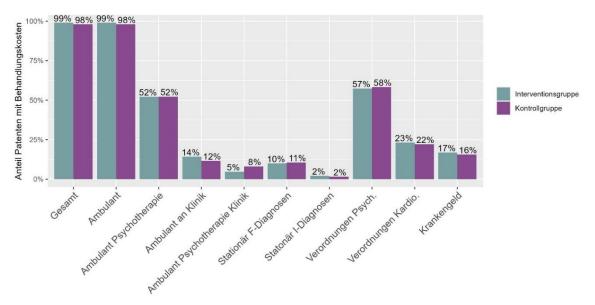


Abbildung 5: Patient:innen mit GKV-Behandlungskosten je Leistungsbereich im Nachbeobachtungszeitraum

Die prozentualen Anteile der Leistungsbereiche an den einbezogenen GKV-Gesamtkosten der Patient:innen im Nachbeobachtungszeitraum sind in Abbildung 6 dargestellt. Krankengeld und der ambulante ärztliche Bereich (ohne Psychotherapie) machen über 50% der Versorgungskosten aus. Kombiniert entfallen weitere 36% bzw. 39% auf ambulante

Gefordert durch:

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

ImPuls (01NVF19022)

Psychotherapie und stationäre Aufenthalte aufgrund einer F-Diagnose. Krankengeld weist einen leicht höheren Anteil in der Interventionsgruppe (30% vs. 26%) aus, während dort stationäre Aufenthalte eine kleinere Rolle spielen (15% vs. 20%).

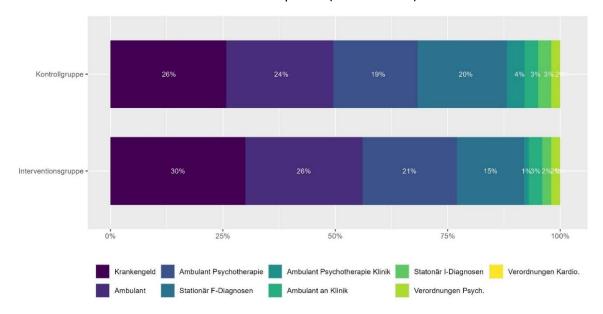


Abbildung 6: Anteil GKV-Behandlungskosten nach Leistungsbereich im Nachbeobachtungszeitraum

In Abbildung 7 sind die entsprechenden Durchschnittskosten je Patient:in für den 12-monatigen Vorbeobachtungszeitraum und den 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum abgebildet.





Abbildung 7: GKV-Behandlungskosten nach Leistungsbereich im Vor- und Nachbeobachtungszeitraum

Insgesamt ist zu beobachten, dass die Kosten im 12-monatigen Vorbeobachtungszeitraum in beiden Gruppen deutlich höher waren als im 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum. So lagen die eingeschlossenen GKV-Kosten in der Interventionsgruppe in den 12 Monaten vor Baseline bei 8.932€ und in den 12 Monaten nach Baseline bei 5.556€. In der Kontrollgruppe war die Differenz mit 7.168€ und 5.683€ weniger ausgeprägt. In der Interventionsgruppe haben sich insbesondere Kosten für Krankengeld (von €3.856 auf €1.666) und stationäre Aufenthalte aufgrund einer F-Diagnose reduziert (von 1.963€ auf 839€). Die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum selbst unterscheiden sich nur leicht zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Der Rückgang in Krankengeldkosten im Vergleich zum Vorbeobachtungszeitraum in beiden Gruppen könnte teilweise dadurch erklärt werden, dass über die Zeit mehr Personen das gesetzliche Limit von 78 Wochen Krankengeld innerhalb von drei Jahren erreichen oder (früh)verrentet werden. Dies ist mit den vorhandenen Daten aber nicht gut abbildbar. Eine weitere Erklärung könnte der (zeitliche) Zusammenhang zwischen Auftreten psychologischer Probleme und der Studienteilnahme sein. Ein Anlass sich dafür entschieden zu haben an der Studie teilzunehmen, könnte eine erste psychische Krise in Zeitnähe zum Studienstart gewesen sein, die in stationären Aufenthalten und Arbeitsunfähigkeit mündeten. Die Wahrscheinlichkeit einer weiteren vergleichbar schwerwiegenden psychischen Krise direkt im Folgejahr ist wahrscheinlich geringer, auch weil über die Zeit mehr Patient:innen einer regelhaften psychologisch/psychotherapeutischen Betreuung zugeführt werden können.



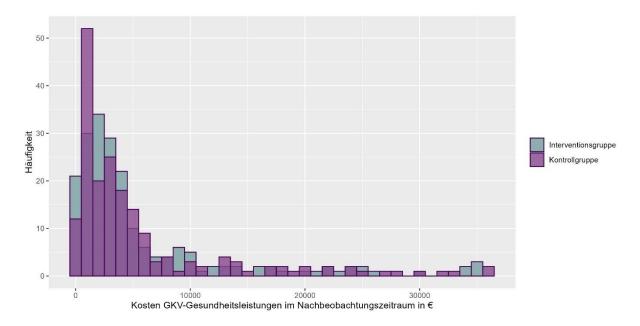


Abbildung 8: Verteilung der berechneten GKV-Behandlungskosten im Nachbeobachtungszeitraum.

Die Häufigkeitsverteilung der auf Individualebene aggregierten GKV-Behandlungskosten in der Patient:innenpopulation ist in Abbildung 8 dargestellt. Es ist eine stark rechtsschiefe Verteilung, mit einem hohen Anteil an Werten unter 5.000€ (70,4%), sowie Individuen mit Kosten bis zu 36.000€ im einjährigen Nachbeobachtungszeitraum zu beobachten.

In Tabelle 6 sind zum einen die durchschnittlichen GKV-Gesamtkosten und die durchschnittlichen Kosten je Leistungsbereich dargestellt. In Spalte 6 ist die jeweilige Differenz der Mittelwerte der Kosten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe der Differenz zwischen den Mittelwerten von Vor- und Nachbeobachtungszeitraum aufgeführt (Differenz der Differenz). Die hohen Standardfehler sind eine Folge der rechtsschiefen Verteilung der GKV-Gesamtkosten. Obwohl die berechneten Differenzen der Differenz je Leistungsbereich teilweise erheblich sind, z.B. -1.324€ für stationäre Aufenthalte und -799€ für Krankengeld, ist der P-Wert in keinem der entsprechenden Wilcoxon-Rangsummentests unter 0,10. In Tabelle A2.2 in Anlage 12 sind zusätzlich zu den Kosten je Leistungsbereich auch die Anzahl der Fälle, bzw. Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitstage enthalten. Auch hier sind für keinen Leistungsbereich statistisch signifikante Differenzen der Mittelwerte zwischen Interventions-Kontrollgruppe der Differenz zwischen den Mittelwerten von Nachbeobachtungszeitraum zu beobachten. Der größte relative Effekt ist der Rückgang der stationären Aufenthalte um 29,3% (Reduktion um 0,068 Fälle bei einer Anzahl von 0,232 Fällen pro Patient:in im Vorbeobachtungszeitraum).

Auf Basis des oben beschriebenen GLMM-Verfahrens wurde eine adjustierte Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in den einbezogenen GKV-Gesamtkosten von - 312€ (95% CI: -919;296) berechnet (ohne Interventionskosten). Dieser Schätzwert stellt eine Kosteneinsparung in den einbezogenen Leistungsbereichen durch die ImPuls-Intervention im einjährigen Nachbeobachtungszeitraum dar. Diese Differenz ist mit einem P-Wert von 0,31 allerdings statistisch nicht signifikant.



Tabelle 6: Deskriptive und analytische Ergebnisse der Kostenanalyse der GKV-Gesundheitsleistungen.

Leistungsbereich		Mittel	wert (SI	O) in €		Diff. der Diff.	P-Wert WRS	Adj. Diff. (95% CI)*	P-Wert
		ImPul	s + TAU	TAU		_			
GKV-	Baseline	8932	(13688)7168	(9489)				
Gesamtkosten	12 M	5556	(7370)	5683	(7487)	-1891	0,445	-312 (-919;296)	0,31
	Baseline	1465	(2713)	1541	(1503)				
Ambulant	12 M	1428	(2501)	1360	(1234)	143	0,490		
Ambulant	Baseline	1268	(1663)	1264	(1706)				
Psychotherapie	12 M	1173	(1731)	1096	(1754)	73.3	0,725		
Ambulant an	Baseline	135	(447)	145	(601)				
Klinik	12 M	153	(646)	146	(793)	16.5	0,300		
Ambulant	Baseline	94,0	(586)	156	(788)				
Psychotherapie Klinik	12 M	80,2	(466)	199	(807)	-57.2	0,042		
Stationär F-	Baseline	1963	(6500)	953	(3695)				
Diagnosen	12 M	839	(3259)	1153	(4312)	-1324	0,360		
Stationär I-	Baseline	45,3	(539)	184	(1985)				
Diagnosen	12 M	99,6	(824)	144	(1579)	95.0	0,745		
Verordnungen	Baseline	74,5	(182)	63,9	(148)				
Psych.	12 M	96,2	(216)	101	(169)	-15.3	0,131		
Verordnungen Kardio.	Baseline	14,4	(48,6)	11,0	(42,9)				
	12 M	21,3	(63,7)	28,1	(157)	-10.2	0,516		
Warata III	Baseline	3856	(9966)	2847	(7611)				
Krankengeld	12 M	1666	(5083)	1456	(5044)	-799	0,982		

Anmerkungen. SD: Standardabweichung; Diff.: Differenz; WRS: Wilcoxon-Rangsummentest; CI: Konfidenzintervall; 12 M: 12 Monate Nachbeobachtung; TAU: Treatment as Usual; Baseline entspricht 12 Monate Vorbeobachtungszeitraum. * Adjustierte Differenz berechnet auf Basis eines GLMMs. Auf eine Darstellung der 6-Monatswerte wurde zur Besserung Lesbarkeit verzichtet.

3.3.2 Gesamtkosten-, Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzwert-Analyse

Die Kosteneffektivitätsanalyse basiert auf den gebootstrappten Schätzwerten zur inkrementellen Differenz der Gesamtkosten (GKV-Gesamtkosten + Interventionskosten) und der inkrementellen Effektivität gemessen auf Basis des 12-Monatswerts des BSI-18 in der Population von 389 der 400 Patient:innen, für die Kostendaten vorlagen (Tabelle 7).



Die berechnete inkrementelle adjustierte Differenz der Gesamtkosten nach 12 Monaten ist zentral für die Beantwortung von Fragestellung 4a (Nachweis von Kosteneinsparungen). Die geschätzte inkrementelle Kostendifferenz nach 12 Monaten entspricht zusätzlichen Ausgaben in der Interventionsgruppe von 553€ (95%-CI: -148;1255). Diese Zusatzkosten fielen überwiegend in den ersten 6 Monaten an, da dort ein Großteil der gesamten Interventionskosten von durchschnittlich 653€ zuzuordnen sind (die supervidierte Phase endete nach vier Wochen).

Die geschätzte inkrementelle Effektivität nach 12 Monaten liegt bei einer Reduzierung des BSI-18 um -3,78 (95%-CI: -5,91;-1,65) Punkte. Der Unterschied zum Schätzwert der BSI-18 Änderung nach 12 Monaten aus der Wirksamkeitsanalyse von -3,29 (95%-CI: -5,72; -0,86) Punkten (Tabelle 2) erklärt sich aus der unterschiedlichen Analysepopulation (n=389). Mit inkrementellen zusätzlichen Gesamtkosten von 553€ und einer inkrementellen Verbesserung des BSI-18 um 3,78 Punkte ergibt sich ein Baseline ICER von 146€ für einen Verbesserung des BSI-18 um einen Punkt nach 12 Monaten.

Für die Kostennutzwertanalyse werden neben den zusätzlichen inkrementellen Gesamtkosten die inkrementellen QALYs herangezogen. Der dafür zugrundeliegende geschätzte Effekt der ImPuls-Intervention auf den EQ-5D-5L ist ein Anstieg von 0,042 (95% CI: -0,001;0,085) Punkten nach 6 Monaten und 0,043 (95%-CI: 0,000;0,085) Punkten nach 12 Monaten. Die geschätzte Anzahl an inkrementellen QALYs nach 12 Monaten beläuft sich auf 0,032 (95% CI: 0,005;0,058). Es ergibt sich somit ein Baseline ICUR von 17.543€ pro QALY (553€ für 0,04 QALYs).

Tabelle 7: Ergebnisse der LMM (BSI-18, EQ-5D-5L) und GLMM (Kosten) Analysen und Baseline ICER/ICUR.

		Schätz	wert (95% CI)	Adj. Differenz (95% CI)			
	Zeit	ImPuls	+ TAU		TAU		
BSI-GSI	6 M	15,3	(13,9;16,6)	19,6	(18,4;20,9)	-4,38	(-6,44;-2,32)
BSI-GSI	12 M	14,6	(13,2;16,1)	18,4	(17,1;19,8)	-3,78	(-5,91;-1,65)
EQ-5D-5L	6 M	0,758	(0,727;0,789)	0,716	(0,691;0,742)	0,042	(-0,001;0,085)
EQ-5D-5L	12 M	0,771	(0,743;0,799)	0,729	(0,700;0,758)	0,043	(0,000;0,085)
QALYs	12 M	0,754	(0,735;0,774)	0,723	(0,707;0,739)	0,032	(0,005;0,058)
Kosten	6 M	2588	(2238;2938)	1990	(1724;2255)	598	(116;1080)
Kosten	7-12 M	1587	(1353;1821)	1632	(1399;1866)	-45	(-405;315)
Kosten	12 M	4175	(3702;4648)	3622	(3231;4012)	553	(-148;1255)
ICUR				•		17543	
ICER						146	

Anmerkungen: Schätzwert und Adj. Differenz entsprechen Estimated Marginal Means; CI: Konfidenzintervall; M: Monate Nachbeobachtung;

Die auf Basis der Non-Parametric-Bootstrapping berechneten Paare inkrementeller Kosten und QALYs (1.000 Bootstrap-Ziehungen) sind in Abbildung 9 in Form der Cost-Effectiveness-Plane (dt.: Kosten-Effektivitäts-Fläche) abgebildet. Die entsprechende Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve (CEAC) basierend auf einer Zahlungsbereitschaft pro QALY von 0€ bis 80.000€ ist in Abbildung 10 dargestellt. Da bei einem kleinen Teil der simulierten ICURs negative inkrementellen Kosten und damit Kosteneinsparungen durch ImPuls ermittelt wurden, ist die

Gefordert durch:

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Wahrscheinlichkeit der Kosten-Effektivität der Intervention bei einer Zahlungsbereitschaft von 0€ bei 7%. Bei international oft herangezogenen QALY-Threshold-Werten von 20.000€, 30.000€ und 40.000€ ist die Wahrscheinlichkeit, dass die ImPuls Intervention auf Basis der einjährigen Beobachtungszeit kosteneffektiv ist bei 57%, 77% und 86%.

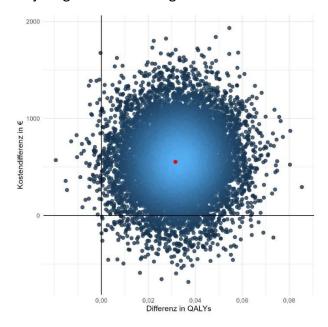


Abbildung 9: Cost-Effectiveness-plane (dt.: Kosten-Effektivitätsfläche).

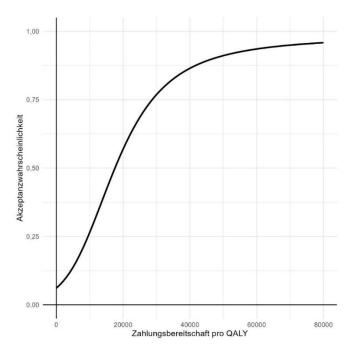


Abbildung 10: Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurve.

3.3.3 Sensitivitäts- und Subgruppenanalyse

Ergebnisse der Sensitivitätsanalysen in Bezug auf die Definition der Interventionskosten sind in Tabelle 8 aufgeführt. Die Szenarien basieren auf den Kalkulationen der Interventionskosten in Tabelle A1.2 in Anlage 11. In Szenario II werden die Kosten der Schulung auf die 199

Gefordert durch:

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Interventionspatient:innen anstatt der potenziell durch die SBTs pro Jahr behandelbaren Zahl an Patient:innen umgelegt (N = 1.000). Dazu werden die tatsächlich angefallen Kosten der App-Maintenance an Stelle der geschätzten Preise der App in der Regelversorgung herangezogen. Dies führt zu einem Anstieg der inkrementellen Kosten auf 695€ (95%-CI: -18;1407) und entsprechenden ICER- und ICUR-Werten von 184€ pro Punktverbesserung des BSI-18 und 22.032€ pro QALY. Der Einschluss der Kosten des SCIDs als eines der Screening-Instrumente der ImPuls-Intervention (Szenario III) erhöht die inkrementellen Kosten von 553€ auf 759€ (95%-CI: 41;1477). ICER und ICUR steigen auf 201€ pro Punktverbesserung des BSI-18 und 24.068€ pro QALY.

Tabelle 8: Ergebnisse der CEA und CUA bei unterschiedlicher Definition der Interventionskosten.

Szenario		Schätz	wert (95% CI)	Adj. Differenz (95% CI)			
		ImPuls	s + TAU	TAU			
(I) Base case	QALYs	0,75	(0,73;0,77)	0,72	(0,71;0,74)	0,03	(0,00;0,06)
	Kosten	4175	(3702;4648)	3622	(3231;4012)	553	(-148;1255)
	ICUR					17543	
	ICER					146	
(II) Studien-	QALYs	0,75	(0,73;0,77)	0,72	(0,71;0,74)	0,03	(0,00;0,06)
population und	Kosten	4321	(3837;4805)	3627	(3236;4017)	695	(-18;1407)
Studienkosten	ICUR					22032	
	ICER					184	
(III) SCID	QALYs	0,75	(0,73;0,77)	0,72	(0,71;0,74)	0,03	(0,00;0,06)
	Kosten	4388	(3898;4877)	3629	(3238;4020)	759	(41;1477)
	ICUR					24068	
	ICER					201	

Anmerkungen. Schätzwert und Adj. Differenz entsprechen Estimated Marginal Means; CI: Konfidenzintervall; SCID: Structured Clinical Interview for DSM Disorders.

Tabelle 9 zeigt die Sensitivität der Analyse in Bezug auf den Einbezug von Kontrollvariablen sowie dem Umgang mit Hochkostenfällen und einem spezifischeren Einschluss von Versorgungskosten. Wie in Abbildung 8 dargestellt, gibt es eine kleine Zahl an Patient:innen mit sehr hohen Kosten im einjährigen Nachbeobachtungszeitraum. Die Plausibilität der entsprechenden Fälle wurde bestätigt. Um die Sensitivität der Ergebnisse durch diese Ausreißer abzuschätzen, wurden in Szenario IV je Leistungsbereich die Kosten pro Patient:in, die über dem jeweiligen 95. Perzentil der Kosten je Patient:in (ohne Nullkosten) lagen auf den Wert des 95. Perzentils gekappt. Die geschätzten inkrementellen Kosten stiegen im Vergleich zum Baseline-Szenario (I) auf 567€ (95%-CI: -107;1241), was leicht höhere ICER- (150€ pro Punktverbesserung des BSI-18) und ICUR-Werte (17.994€ pro QALY) zur Folge hat. In Szenario V wurden in allen GLMM- und Linear-Mixed-Modellen Alter, Geschlecht und der Charlson-Comorbidity-Index als Kontrollvariablen hinzugefügt, um für mögliche Dysbalancen in für die Outcomes und Kosten relevanten Baseline-Charakteristika zu kontrollieren. Es ergaben sich ein ICER von 141€ pro Punktverbesserung des BSI-18 und ein ICUR von 16.995€ pro QALY. In Szenario VI wurde sich bei den eingeschlossenen GKV-Versorgungskosten auf Psychotherapie (im niedergelassenen und stationären Bereich), psychiatrische Verordnungen, stationäre Aufenthalte mit F-Diagnose als Hauptdiagnose oder alternativ Aufnahmediagnose und



Krankengeld mit codierter F-Diagnose beschränkt. Dies schließt im Gegensatz zum Base Case kardiologische Kosten und sonstige ambulante Kosten aus und führt zu höheren inkrementellen Kosten von 627€ (95%-CI: 177;1078) im Vergleich zu Szenario I (€553) und ICER und ICUR-Werten von 166€ pro Punktverbesserung des BSI-18 und 19.895€ pro QALY.

Tabelle 9: Ergebnisse der CEA und CUA bei Kappung von Hochkostenfällen und Einschluss von Kontrollvariablen (Alter, Geschlecht, Charlson-Comorbidity-Index).

Szenario		Schätzwert (95% CI)				Adj, Differenz (95% CI)	
		ImPuls	s + TAU	TAU			
(I) Base case	BSI-GSI QALYs Kosten ICUR	14,6 0,75 4175	(13,2;16,1) (0,73;0,77) (3702;4648)	18,4 (17,1;1 0,72 (0,71;0 3622 (3231;	0,74)	-3,78 0,03 553 17543	(-5,91;-1,65) (0,00;0,06) (-148;1255)
	ICER					146	
(IV) Gekappte Kosten	BSI-GSI QALYs Kosten ICUR ICER	14,6 0,75 4070	(13,2;16,1) (0,73;0,77) (3614;4525)	18,4 (17,1;1 0,72 (0,71;0 3503 (3128;	0,74)	-3,78 0,03 567 17994 150	(-5,91;-1,65) (0,00;0,06) (-107;1241)
(V) Kontroll- variablen	BSI-GSI QALYs Kosten ICUR ICER	14,7 0,76 3982	(13,2;16,1) (0,74;0,78) (3513;4451)	18,5 (17,1;1 0,73 (0,71;0 3444 (3061;	0,74)	-3,81 0,03 538 16995 141	(-5,95;-1,68) (0,00;0,06) (-125;1201)
(VI) Krankheits- spezifische Versorgungs- kosten	BSI-GSI QALYs Kosten ICUR	14,6 0,75 2130	(13,2;16,1) (0,73;0,77) (1793;2466)	18,4 (17,1;1 0,72 (0,71;0 1502 (1262;	0,74)	-3,78 0,032 627 19895	(-5,91;-1,65) (0,01;0,06) (177;1078)
	ICER					166	

Anmerkungen. Schätzwert und Adj. Differenz entsprechen Estimated Marginal Means; CI: Konfidenzintervall.

Die Berechnungen und Ergebnisse aller Szenarien beziehen sich auf den 12-Monatszeitraum der Studie. Da ImPuls-Teilnehmer:innen im Rahmen des Programms dazu befähigt und motiviert werden sollten, ausdauerorientierte sportliche Aktivität *langfristig* in ihren Alltag zu integrieren und dies nach Ende der supervidierten Phase durch die ImPuls-App gefördert wird, ist anzunehmen, dass sich die Effekte auf Symptomschwere und gesundheitsbezogene Lebensqualität zumindest in Teilen nach Monat 12 fortschreiben. Diese Annahme wird auch dadurch unterstützt, dass sich die geschätzten positiven Effekte von ImPuls auf BSI-18 und EQ-5D-5L nach 12 Monaten, also 11 Monate nach Ende der supervidierten Phase, auf einem ähnlichen Niveau befinden wie nach 6 Monaten (Tabelle 7). Da sich die Interventionskosten nach der supervidierten Phase lediglich auf die App-Kosten beschränken, ist von einer

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Unterschätzung der Kosteneffektivität von ImPuls beim Fokus auf den 12 Monatszeitraum auszugehen.

Im Folgenden wird anhand von Annahmen beispielhaft skizziert, wie stark die Kosteneffektivität davon beeinflusst wird. Geht man davon aus, dass der Effekt der Intervention auf den EQ-5D-5L zum 12-Monatszeitpunkt (0,043 Punkte) bis zum Ende des zweiten Jahres linear auf 0,00 zurückgeht, impliziert dies zusätzlich 0,0215 inkrementelle QALYs. Dies führt zu einer Gesamtzahl von 0,0535 gewonnenen QALYs nach zwei Jahren (0,032 QALYs nach 12 Monaten im Base Case). Unterstützt wird die Annahme längerfristiger Effekte in Teilen der Population dadurch, dass 25% der Interventionspatient:innen, von denen Daten zur App-Nutzung verfügbar waren, die ImPuls-App auch nach Ende der Studie genutzt haben (der stärkste App-Drop-Out wurde in den ersten Wochen der Studie beobachtet). Setzt man inkrementelle Kosten im zweiten Jahr von 120€ für die kontinuierliche Begleitung durch die ImPuls-App an - mit Unterschieden in den Versorgungskosten ist analog zu den 12-Monatsergebnissen nicht zu rechnen - ergeben sich nach zwei Jahren inkrementelle Kosten von 673€ (553€ nach 12 Monaten im Base Case). Zusammengenommen entsprechen 673€ für 0,0535 QALYs einem Kosten-Nutzwert von 12.579€ pro QALY nach zwei Jahren (17.543€ pro QALY auf Basis der 12 Monatsdaten).

Zusätzlich zu den Sensitivitätsanalysen wurden verschiedene Subgruppenanalysen durchgeführt. Diese bezogen sich auf Charakteristika der Patientenpopulation, die Relevanz für die Versorgung, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Effektivität der ImPuls-Intervention haben können. Es wurden die folgenden Subgruppen betrachtet: Männer vs. Frauen, Alter >=45 vs. <45, CCI = 0 vs. CCI >0, Psychotherapie oder pharmakologische Behandlung im Jahr vor Studienbeginn vs. keine derartige Behandlung, Teilnahme an supervidierter Phase der Intervention >= 2 Wochen vs. <2 Wochen, Depression als Einschlussdiagnose vs. keine Depression, und App-Nutzung nach supervidierter Phase vs. keine App-Nutzung in diesem Zeitraum. Da die Studie nicht auf die Subgruppenanalyse gepowert ist, hat diese Analyse einen deskriptiven, explorativen Charakter.

Die Ergebnisse der explorativen Subgruppenanalyse und die Anzahl der Patient:innen in den jeweiligen Subgruppen sind in Tabelle A2.3 und A2.4 in Anlage 12 aufgeführt. Zunächst ist festzustellen, dass sich die Konfidenzintervalle der berechneten adjustierten Effekte der Intervention auf BSI-18, QALYs **und** Gesamtkosten in **allen** der Subgruppenvergleiche überschneiden. Es wird daher von einer detaillierten Diskussion und Interpretation der entsprechenden Ergebnisse abgesehen. Die Punkt-Schätzer der adjustierten Effekte auf den BSI-18, den QALYs und den Kosten liegen bei -1,35 bis -4,75 Punkten, 0,006 bis 0,054 QALYs und 62€ bis 941€. Ohne die jeweils höchsten und niedrigsten Werte liegen diese Spannen bei -1,98 bis -4,51 Punkten, 0,016 bis 0,040 QALYs und 189€ bis 914€.

3.4 Ergebnisse der Prozessevaluation

3.4.1 Rekrutierungserfolg

Während der Rekrutierungsphase wurden differenzierte Informationen über die Zuweisung zum Studienprojekt und den Einschluss in das Projekt gesammelt (vgl. Anlage 13). Ein Großteil der Patient:innen wurde über Psychotherapiepraxen und die Telefonakquise der Techniker

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

Krankenkasse gewonnen. Besonders erfolgreich waren Zuweisungswege mit regelmäßigem Patientenkontakt sowie Medienformate, über die sich Betroffene selbstständig beim Studienteam melden konnten.

Ausgangslage und Schulung der Sport-/Bewegungstherapeut:innen

Mit Blick auf den beruflichen Hintergrund der Sport-/Bewegungstherapeut:innen (SBTs) waren mehrheitlich SBTs mit einem akademischen sportwissenschaftlichen Berufshintergrund in der Interventionsdurchführung aktiv (N = 13). Ein Viertel (N=5) besaß einen physiotherapeutischen Berufshintergrund und ein kleiner Teil (N = 2) hatte einen Fachschulabschluss, z.B. als Sport- und Gymnastiklehrkraft. Die SBTs verfügten durchschnittlich über 8,8 Jahre therapeutische Berufserfahrung und über Erfahrungen mit der Durchführung von (Ausdauer-)Angeboten in Gruppen, jedoch weniger dagegen in den Bereichen (manualisierter) Interventionen oder in der Arbeit mit Patient:innen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Anlage 14).

Die Schulung wurde insgesamt positiv bewertet – besonders die Arbeitsatmosphäre und das Erarbeiten von Inhalten in Kleingruppen. Sie stärkte das Vertrauen in einen kompetenten Umgang mit der Zielgruppe (vgl. Anlage 15). Die Schulung könnte allerdings an einigen Stellen von Weiterentwicklungen profitieren: Ein stärkerer Praxisbezug sowie Erfahrungsberichte und mehr Zeit zur Einführung in die ImPuls-App könnten aus Sicht der SBT sinnvolle Ergänzungen darstellen.

3.4.2 Manualtreue (Fidelity) und Therapiecompliance (Faktoren interner Validität)

Ergebnisse zur Manualtreue (Fidelity), Teilnahme- und Dropoutquoten sowie Informationen bezüglich der durchgeführten sportlichen Aktivität in der supervidierten Phase sind in Tabelle 10 dargestellt.

Insgesamt konnten weitgehend alle Sessions in der supervidierten Programmphase wie geplant angeboten werden (99,2%; 371 von 374 Sitzungen). Mit Blick auf die Telefonkontakte in der teilsupervidierten Phase konnten 97,4% der geplanten Telefonkontakte therapeutenseitig angegangen werden, so dass ein geringfügiger Anteil aufgrund von Krankheit und fehlender Vertretung nicht angeboten werden konnte. Hiervon wurden etwa 88% von den Patient:innen wahrgenommen.

Der finale Manualtreue-Wert (Adhärenz) ist mit 87% als hoch zu bewerten (ursprünglich waren 90% avisiert worden).

Teilnahmequoten sowie Treatment-Dropoutquoten (d.h. die minimale Interventionsdosis wurde nicht erreicht, was im Studienprotokoll durch ein Fehlen bei vier aufeinanderfolgenden Sessions in der supervidierten Phase in den Wochen 1 bis 4 definiert wurde) in der Interventionsgruppe während der supervidierten Phase sind als zufriedenstellend zu bewerten und waren wie ursprünglich angestrebt (angestrebte Teilnahmequote war 90%). Insgesamt brachen 62 Patient:innen (16%) die gesamte Studie ab (ImPuls plus TAU: n=56 [28%]; TAU: n=6 [3%]). Die Dropoutquoten sind vergleichbar mit anderen Studien zur Wirksamkeit von Sport-/Bewegungstherapie bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Geplant war mit einer maximalen Studien-Dropoutquote von 30%. Der differentielle Studien-Dropout zwischen Interventions- und Kontrollgruppe wurde in den statistischen Analysen



berücksichtigt (ITT-Analysen; Prädiktoren für Dropout wurden als Prädiktoren im Rahmen der multiplen Imputationsprozeduren aufgenommen).

Tabelle 10: Qualitätsassessments der Prozessevaluation für interne Validität

		ImPuls p (N = 199				
	n		%			
Manualtreue						
Finaler Adhärenzscore (%)	N/A		86.97			
Adhärenz zu Kernelementen (%)	N/A		86.03			
Generelle Adhärenz zum Manual (%)	N/A		87.92			
Drop-Outs						
Behandlungsabbruch (Dosis nicht erhalten)						
innerhalb der 4-wöchigen supervidierten	17		8.54			
Phase						
Hat zugewiesene Intervention in der 4- wöchigen supervidierten Phase nicht						
erhalten (Studienabbruch in Wochen 0-2 und	38	19.10				
Behandlungsabbruch kombiniert)						
Anwesenheitsquote						
Anwesenheitsquote in 4-wöchigen						
supervidierten Phase	183		79.21			
Anwesenheitsquote in 5-monatiger teilweise						
supervidierten Phase (Telefonkontakte)	167		88.08			
Insgesamte Anwesenheitsquote in 6-						
monatiger Interventionsphase	183		84.16			
	n	М	SD	Mdn	IQR	
Trainings Manipulationscheck*						
Mittlere objektive Intensität (%HRmax) von					61.00-	
allen Trainingseinheiten in der 4-wöchigen	38	71.00	14.00	75.00	80.00	
supervidierten Phase					80.00	
Mittlere subjektive Intensität (RPE Skala) von					13.00-	
allen Trainingseinheiten in der 4-wöchigen	79	13.96	1.44	14.00	14.83	
supervidierten Phase					14.05	
Mittlere Dauer (Minuten) von allen					29.88-	
Trainingseinheiten in der 4-wöchigen	82	32.88	9.19	30.22	32.21	
supervidierten Phase					J2.21	

^{*} Fehlende Daten: Aufgrund eines Kommunikationsfehlers wurden in den ersten 3 Monaten der Interventionsphase die Herzraten-Daten durch die Patient:innen falsch in die App übertragen wurden (diese Daten wurden daher gelöscht). Zudem war die Appnutzung nicht verpflichtend und einige Patient:innen entschlossen sich dazu, die App nicht zu verwenden.



3.4.3 Die Sichtweise der Patient:innen auf Impuls

Die Sichtweise der Patient:innen auf ImPuls sind in Tabelle 11 dargestellt. Die Motivation der Patient:innen zur Baseline-Messung war hoch (Mittelwert im oberen Viertel der Skala), die Erfolgserwartungen durch die Intervention und die Qualität der wahrgenommenen Beziehung mit den Therapeut:innen waren moderat-positiv. Die Mittelwerte lagen jeweils im dritten Viertel der spezifischen Skalen und stabil über die gesamte Interventionszeit. Die Zufriedenheit mit ImPuls war ebenfalls moderat-positiv: Der Mittelwert war zu allen Messzeitpunkten im oberen Bereich des dritten Viertels der Skala und stieg kontinuierlich über die Interventionszeit an. Motivation zu Baseline ist als hoch, die Zufriedenheit, Erfolgserwartungen und Beziehungsqualität sind als zufriedenstellend und stabil über die Interventionszeit einzuschätzen, was die Gesamtakzeptanz der Intervention und der Betreuung durch die SBTs unterstreicht.

Tabelle 11: Sicht der Patient:innen auf die Intervention.

	N	М	SD	Mdn	IQR			
Motivation, FPTM-40								
Skala 1 (Trifft überhaupt nicht zu) – 4 (trifft vollkommen zu), gesamter Bereich 4 – 16								
W0 (Baseline)	167	13.89	2.65	15.00	13.00 – 16.00			
Erfolgserwartungen (PATHEV, Subskala "Hoffnung auf Besserung",								
Skalenbereich 1 (Trifft überhau	ot nicht zu)) – 5 (trifft v	ollkomm	en zu)				
W0 (Baseline)	166	3.32	0.81	3.50	2.75 – 3.75			
W4	154	3.37	0.89	3.50	3.00 - 4.00			
W12	141	3.41	0.89	3.50	3.00 - 4.00			
W24 (6-Monate)	136	3.47	0.91	3.50	2.75 – 4.25			
Zufriedenheit mit ImPuls, SSTS-	R							
Skala 1 (Stimme überhaupt nich		timme voll	kommen	zu),				
gesamter Bereich 6 – 30)	, ,							
W4	156	21.96	3.88	22.00	20.00 - 24.00			
W12	143	21.41	4.04	22.00	19.00 - 24.00			
W24 (6-Monate)	135	22.28	5.11	23.00	20.00 – 26.00			
Therapeutische Beziehung (WAI-SR, Skalenbereich 1 (selten) – 5 (immer)								
W4	146	3.54	0.87	3.75	3.10 – 4.12			
W12	135	3.60	0.90	3.75	3.13 - 4.30			
W24 (6-Monate)	132	3.68	0.92	3.92	3.08 - 4.33			

Höhere Werte repräsentieren höhere Ausprägung (z.B. Motivation, Zufriedenheit, Erwartungen). W0 = Baseline-Befragung; W4 = Befragung nach vierwöchiger supervidierter Phase; W12 = Befragung nach 3 Monaten Intervention; W24 = Befragung nach 6 Monaten



3.4.4 Evaluation der Smartphone-Applikation

3.4.4.1 App-Nutzung

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde die Nutzung der ImPuls-App über die gesammelten Daten eingehend analysiert. Es zeigte sich, dass knapp 29% der Nutzer mindestens fünf Sporteinheiten in der App angelegt haben. Besonders bemerkenswert ist, dass 8 % der Nutzer sogar mehr als 50 Sporteinheiten dokumentiert haben. Dies deutet darauf hin, dass eine signifikante Anzahl von Nutzern aktiv und dauerhaft an ihrer sportlichen Betätigung gearbeitet hat. Darüber hinaus haben knapp 29% der Nutzer ihren Fortschritt bei den festgelegten SMART-Zielen mehrmals angepasst, was auf ein hohes Maß an Engagement und die Bereitschaft zur kontinuierlichen Verbesserung hinweist. Zudem haben 21% der Nutzer mehr als ein Ziel angelegt und verfolgt; auch dieser Teil der App wurde also rege genutzt.

3.4.4.2 Bewertung der App

Die Evaluation der Funktionalität der ImPuls-App zum Zeitpunkt Post 2 zeigt eine positive Tendenz (s. Abbildung 11). Die App scheint die Absicht und Motivation der Nutzer zu fördern, ihr Gesundheitsverhalten, insbesondere die sportliche Aktivität, zu verbessern. Dies ist ein ermutigendes Ergebnis, das die Wirksamkeit der App in der Unterstützung eines substanziellen Teils der Nutzer bei der Erreichung ihrer Gesundheitsziele aufzeigt.

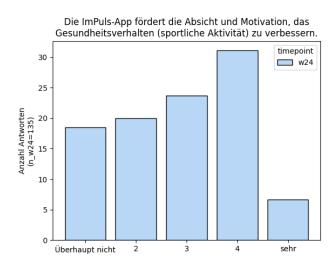


Abbildung 11: Bewertung der App I: Motivation

Die Usability der App wurde zu drei Zeitpunkten der Studie untersucht. Die Mehrheit der Nutzer empfindet die Anwendung als einfach zu bedienen, was auf eine benutzerfreundliche Gestaltung und intuitive Navigation hinweist (s. Abbildung 12). Diese positive Rückmeldung ist entscheidend, um die Nutzerbindung und die langfristige Nutzung der App zu fördern.

Gefördert durch:

Gemeinsamer
Bundesausschuss

Innovationsausschuss

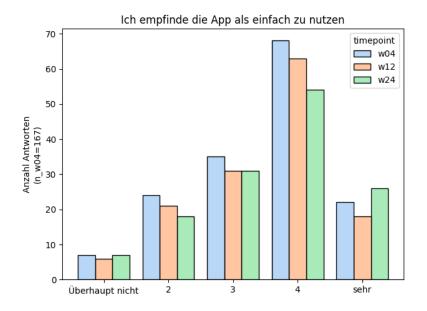


Abbildung 12: Bewertung der App II: Usability

In Bezug auf die Qualität der App zeigen die Bewertungen der Patienten nach der Einführung in den ersten vier Wochen eine durchschnittliche Sternebewertung von drei Sternen (s. Abbildung 13). Diese Bewertung bleibt über die gesamte Studiendauer konstant, was darauf hindeutet, dass die Nutzer mit der App zufrieden sind und sie als nützlich erachten. Die Stabilität dieser Bewertung über die Zeit ist ein weiteres Indiz für die Akzeptanz und den Wert der ImPuls-App im Kontext der Förderung von Motivation und Bewegung.

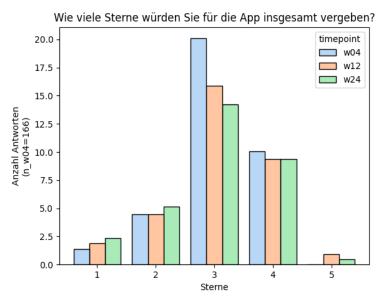


Abbildung 13: Bewertung der App III: Gesamtbewertung

Gefordert durch:

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

3.4.5 Die Sichtweise der Sport-/Bewegungstherapeut:innen auf ImPuls

Sport-/Bewegungstherapeut:innen geben vor Interventionsstart (Baseline) an, eine eher positive Einstellung gegenüber dem ImPuls-Programm zu haben. Darüber hinaus waren sie mit Blick auf die Umsetzung des Programms sehr motiviert und zuversichtlich (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12: Sichtweisen der Sport-/Bewegungstherapeut:innen bezüglich ImPuls

	Basel	Baseline						
	n	М	SD	Mdn	IQR			
Motivation (SESSW, Skalenbereich 1 – 5)	19	4.25	0.57	4.22	4.00 – 4.78			
Selbstwirksamkeit (OSES, Skalenbereich 1 – 6)	19	4.63	0.55	4.67	4.33 – 5.11			
Einstellung gegenüber ImPuls (B&F-A, Skalenbereich 1 – 5)	15	3.39	0.91	3.67	3.17 – 4.00			

Anmerkung: Höhere Werte repräsentieren positiver zu bewertende Ausprägung (Motivation, Selbstwirksamkeit, Einstellung gegenüber ImPuls).

Für die erfolgreiche Umsetzung des ImPuls-Programms hielten die SBTs geeignete Räumlichkeiten, eine gute Laufstrecke (siehe Anlage 16, Zitat 1) und ausreichend Personal für essenziell. Manual und Materialien wurden als hilfreich bewertet, jedoch bestand der Wunsch nach mehr Flexibilität. Die S.M.A.R.T.-Zielsetzung galt als zentrales Element (siehe Anlage 16, Zitat 2).

Herausforderungen zeigten sich in der Arbeit mit Patient:innen mit psychischen Erkrankungen, wodurch Empathie und Vorerfahrung auf Seiten der SBTs wichtig seien (siehe Anlage 16, Zitat 3).

Kleine, möglichst homogene Gruppen und ein körperlicher Fitnesscheck vorab wurden als sinnvoll erachtet. Die Gruppendynamik war zumeist positiv und die Gruppengröße passend. Telefonkontakte in der teilsupervidierten Phase wurden als hilfreich, aber schwer in den Alltag integrierbar beschrieben. Förderlich für die Umsetzung waren Routine, Ansprechpartner:innen für umsetzungsbezogene Fragen und eine digitale Affinität der Patient:innen. Das Fehlen dieser Affinität stellte im Umgang mit der App eine Hürde dar.

Gefördert durch:

Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

4 Diskussion der Projektergebnisse

4.1 Zusammenfassung und Bewertung der Evaluation der klinischen Wirksamkeit

In der pragmatischen randomisiert-kontrollierten Studie konnte die klinische Wirksamkeit von ImPuls als zusätzliche Therapieoption zur Standardbehandlung bestätigt werden. Es zeigte sich eine signifikant stärkere und substanzielle Reduktion globaler Symptombelastung sowie depressiver Symptomatik, generalisierter Angstsymptomatik, Paniksymptomatik und PTBS nach 6 Monaten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Effekte blieben bis 12 Monate nach der Randomisierung stabil für die globale Symptombelastung, depressive Symptomatik, Generalisierte Angstsymptomatik und Paniksymptomatik. In Sensitivitätsanalysen in der Completer-Stichprobe wurden die Ergebnisse vollumfänglich bestätigt und führten zu höheren Effektstärken.

Die Intervention führte wie intendiert zu einem deutlichen Anstieg selbstberichteter sportlicher Aktivität bis zum 6-Monats-Zeitraum; es zeigte sich jedoch kein Anstieg der akzelerometriebasierten körperlichen Aktivität. In der Completer-Stichprobe zeigte sich eine Mediation der Interventionseffekte auf globale Symptombelastung durch Anstieg der selbstberichteten sportlichen Aktivität, was den angenommenen Wirkmechanismus der Intervention unterstützt.

Die Dropoutrate von 19% ist vergleichbar mit früheren Studien zu Sport- und Bewegungstherapie (Morres et al., 2019) sowie für ambulante psychotherapeutische Behandlungen (Swift & Greenberg, 2012).

Die Effektstärke der Wirksamkeit von ImPuls liegt niedriger als in früheren Studien zu Sportund Bewegungstherapie bei psychischen Störungen. Dies könnte zum einen darauf zurückzuführen sein, dass in der aktuellen Studie eine aktive Kontrollbedingung verwendet wurde, frühere Befunde jedoch häufig auch passiven Kontrollbedingungen basieren. Zudem sind bei einem transdiagnostischen klinischen Endpunkt geringere Effektstärken zu erwarten als bei störungsspezifischen Maßen. Auf der anderen Seite ist der Nachweis der transdiagnostischen Wirksamkeit des gruppenbasierten ImPuls-Programms als zusätzliche Therapie zur Standardbehandlung ein wichtiger und klinisch besonders relevanter Befund der vorliegenden Studie.

Die Mediation der klinischen Effekte über eine Erhöhung der sportlichen Aktivität konnte nur teilweise bestätigt werden. So zeigte sich lediglich in der Completer-Stichprobe zum 6-Monatszeitpunkt eine partielle Mediation der Effekte durch einen Anstieg selbstberichteter sportlicher Aktivität, nicht jedoch für akzelerometriebasierte körperliche Aktivität. Die Schlussfolgerungen bezüglich des Wirkmechanismus bleiben daher vorläufig und von Unsicherheit behaftet. Bei der Interpretation dieser nicht vollständig hypothesenkonformen Befunde ist jedoch zu berücksichtigen, dass entgegen der Erwartungen auch in der Nur-TAU-Gruppe eine Steigerung der sportlichen Aktivität zu beobachten war, die unter Umständen durch Studienteilnahme alleine sowie die motivierende Funktion der Verwendung eines Akzelerometers erklärt werden könnte. In Übereinstimmung mit den Interventionszielen zeigten Patient:innen in der Impuls-Bedingung jedoch eine Steigerung der sportlichen



Aktivität auf mehr als 90 min pro Woche zur 6-Monatserhebung sowie immer noch 69 min zur 12-Monatserhebung.

Bei der Diskussion der klinischen Wirksamkeitsbefunde sind einige Limitationen zu berücksichtigen. Zum einen gab es höhere Dropoutraten in der ImPuls + TAU-Bedingung als der Kontrollbedingung. Allerdings ist dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die finanzielle Aufwandsentschädigung in der Kontrollgruppe zurückzuführen, die dort - im Gegensatz zur ImPuls-Gruppe - Anreize bot, in der Studie zu bleiben. Darüber hinaus sprachen nicht alle Patient:innen auf die sport-/bewegungstherapeutische Intervention an, was die Weiterentwicklung des Programms im Sinne einer stärkeren Personalisierung nahelegt. Drittens konnte nicht systematisch erfasst werden, welche zusätzlichen Behandlungen die Patient:innen als TAU erhielten, so dass diese nicht in den Analysen kontrolliert werden konnten.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse der klinischen Wirksamkeitsprüfung jedoch auf eine klinische Wirksamkeit der sport- und bewegungstherapeutischen Intervention ImPuls für Patient:innen mit Depression, Agoraphobie, Panikstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Insomnie hin.

4.2 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse der Gesundheitsökonomischen Evaluation

Kostenanalyse

In Bezug auf die Gesamtkosten (GKV-Gesundheitsleistungen inklusive Interventionskosten) ist festzustellen, dass in der Interventionsgruppe über alle Szenarien und Subgruppenanalysen hinweg höhere inkrementelle Kosten in der ImPuls-Gruppe ermittelt wurden. Diese belaufen sich je nach Szenario zwischen 538€ und 759 € und je nach Subgruppe zwischen 62€ und 941€. Die geschätzten Kostendifferenzen zwischen ImPuls plus TAU und TAU sind mit Ausnahme von Szenario VI und einer Subgruppe statistisch nicht signifikant. In Szenario VI wurden im Vergleich zum Base Case krankheitsspezifischere Versorgungskosten einbezogen. Mit durchschnittlichen Interventionskosten von 653€ pro Patient:in pro Jahr (siehe Tabelle A1.1 in Anlage 11) sind die inkrementellen Gesamtkostendifferenzen überwiegend durch die Kosten der ImPuls-Intervention erklärbar. In der Analyse der GKV-Gesundheitsleistungen konnten für die einbezogenen GKV-Gesamtkosten und die Kosten und Fälle in allen Leistungsbereichen keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ermittelt werden (Tabelle 7 und Tabelle A2.2 in Anlage 12). Fragestellung 4a, eine Reduktion der Gesamtkosten für die GKV durch ImPuls, kann insgesamt nicht bestätigt werden. In der Tendenz ist aufgrund der Interventionskosten mit höheren Kosten für die GKV zu rechnen. Daher ist die Anschlusshypothese 4b in Bezug auf die Kosteneffektivität der Intervention von besonderer Relevanz.

Die ausgeprägte Rechtsschiefe der Versorgungskosten und damit der Gesamtkosten und die damit einhergehende geringe statistische Power, erschwert in der Kostenanalyse die Detektion möglicherweise vorhandener Kostenunterschiede zwischen den Gruppen. Eine weitere Limitation der Analyse der Versorgungskosten ist, dass die verwendeten Routinedaten primär zu Abrechnungszwecken erhoben werden. Dies schafft zwar eine gute



und relevante Datenbasis für die Analyse aus GKV-Perspektive, ist jedoch auch von der Qualität und Korrektheit der kodierten Fälle, Diagnosen, etc. abhängig und folgt der Logik der Abrechnung. Dies ist für eine wissenschaftliche Analyse nicht immer optimal. Die Daten- und Kostenstruktur der ambulanten Abrechnungsdaten z.B. verhindert eine klare zeitliche Zuordnung von Behandlungsanlässen und Einzelleistungen.

Eine Limitation in Bezug auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse der Kostenanalyse auf die derzeitige Regelversorgung ist, dass der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Leistungserbringern im Zeitraum der Studie durch die Covid-19 Pandemie beeinflusst wurde. Diese hat sich zudem insbesondere auf psychisch Erkrankte ausgewirkt. Ob sich in einer nichtpandemischen Zeit andere Effekte auf die Versorgungskosten eingestellt hätten, ist unklar. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse der Kostenanalyse auf die Gesamtheit der GKV-Patienten ist dadurch eingeschränkt, dass die Evaluation ausschließlich auf Versicherten der AOK BW und TK mit Wohnort in Baden-Württemberg bezieht. Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie Versorgungsstrukturen variieren regional stark. Im Vergleich zu vielen strukturschwachen Regionen ist Baden-Württemberg dazu in Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung gut aufgestellt. Eine Hypothese, die zu prüfen wäre, ist, ob sich in Regionen und Populationen mit deutlich erschwertem Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung stärkere Interventionseffekte auf die Kosten ergeben.

Lebensqualität und Kosteneffektivität

Im Base Case und in Szenario V (Kontrollvariablen) ist ein stabiler, signifikanter positiver Effekt der ImPuls-Intervention auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und damit der Anzahl an inkrementellen QALYs zu beobachten (0,032 QALYs) - in den anderen Szenarien wird jeweils nur die Kostenseite geändert. Auch über die meisten Subgruppen hinweg bewegt sich die Anzahl inkrementeller QALYs in einem ähnlichen Rahmen von 0,024-0,041 QALYs. Geringere Effekte wurden für Personen mit einem Baseline Charlson-Comorbidity-Index größer Null (0,006 QALYs) sowie Patient:innen ohne Depressionsdiagnose zu Baseline (0,016 QALYs) ermittelt. Im Base Case liegen 95,0% der gebootstrappten inkrementellen QALYs über 0,1 und 82% über 0,2. Daher liegt belastbare Evidenz für einen positiven Effekt der Intervention auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität vor. Wie das Konfidenzintervall der inkrementellen QALYs im Base Case zeigt (0,005-0,058) ist die Stärke des Effekts jedoch mit hoher Unsicherheit behaftet.

Die statistischen Unsicherheiten in den Effekten für Kosten, BSI-18 und QALYs schlägt sich auch in den entsprechenden ICER- und ICUR-Werten nieder. Base Case ICER und ICUR sind 146€ pro Punktverbesserung des BSI-18, sowie 17534€ pro QALY. Insgesamt schwanken diese Werte aber nur unwesentlich zwischen den berechneten Szenarien. Zieht man für die Beantwortung der Hypothese, dass die ImPuls-Intervention kosteneffektiv ist, gängige monetären QALY-Schwellenwerten von 20.000€ oder 30.000€ heran, ist zu schlussfolgern, dass die ImPuls-Invervention mit hoher Wahrscheinlichkeit kosteneffektiv in Bezug auf die gewonnenen QUALYs ist (Fragestellung 4b).

Eine generelle Limitation der gesundheitsökonomischen Evaluation ist der kurze Nachbeobachtungszeitraum von 12 Monaten. Dies führt zu generellen Unsicherheiten über mittelfristige Wirkungen der ImPuls-Intervention und möglichen Verzerrungen der Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation: ImPuls-Teilnehmer:innen sollten im Rahmen des



Programms dazu befähigt und motiviert werden, ausdauerorientierte sportliche Aktivität langfristig in ihren Alltag zu integrieren. Dies wurde auch nach Ende der supervidierten Phase und des Beobachtungszeitraums durch die ImPuls-App gefördert. Daher ist anzunehmen, dass sich die Effekte auf Symptomschwere und gesundheitsbezogene Lebensqualität zumindest in Teilen fortschreiben und dass die Kosteneffektivität der ImPuls-Intervention durch den Fokus auf den 12-Monatszeitraum mit hoher Wahrscheinlichkeit unterschätzt wird. Es sind weitere Studien erforderlich, um die Kosteneffektivität von ImPuls und ähnlichen Programmen mittelund langfristig zu untersuchen.

Relevant wären in diesem Kontext auch Studien, die die Effekte von Interventionen wie ImPuls auf relevante Subgruppen ermitteln können, um die Intervention zielgenauer einsetzbar zu machen. Die Subgruppenanalyse in dieser Analyse hat durch die geringe statistische Power nur explorativen, deskriptiven Charakter und konnte keine signifikanten Differenzen in BSI-18, QALYs und Gesamtkosten im Subgruppenvergleich ermitteln. Die hier für Subgruppen berechneten ICER- und ICUR-Werte haben nur eine sehr geringe Aussagekraft und dienen nicht dazu, klare Empfehlungen zu formulieren.

4.3 Zusammenfassung und Bewertung Ergebnisse der Prozessevaluation

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen insgesamt eine hohe Machbarkeit der sport-/bewegungstherapeutischen Intervention ImPuls im ambulanten Versorgungskontext auf. Im Kern der Interventionsdurchführung zeigten sich sehr gute Werte für die Manualtreue (Treatment Fidelity), die den anvisierten Erwartungen für den Grad der geplanten Umsetzung erreichten. Die Bereitstellung der therapeutischen Gruppen gelang in den Einrichtungen wie geplant. Die Abbruchraten waren im erwarteten Maß als zufriedenstellend und die Anwesenheitsquoten zwischen 80-90% für diese Patientengruppe als gut zu bewerten.

Zur Sicherstellung dieser Qualität in der Interventionsdurchführung trugen auf therapeutischer Seite die geforderten formalen Mindestqualifikationen bei, auf die die Schulungen für die Interventionsdurchführungen erfolgreich aufbauen konnten. Eine insgesamt positive Bewertung der Schulungen zeigte sich sowohl in den quantitativen Befunden zur Schulungsbewertung als auch in den qualitativen Interviewdaten der Therapeut*innen. Dabei kann auch die Kombination aus Präsenzschulungen, die Möglichkeit Schulungselementen sowie digital vermittelter die Inhouse-Schulungen hervorgehoben werden. Die weitergehenden Rückmeldungen zu den Schulungen erbringen zum einen didaktisch-methodische Hinweise mit Blick auf eine bestmögliche "Prägnanz" und Thematisierung des Interventionsmanuals für die Therapeut*innen sowie für den Einsatz von Rollenspielen, die je nach Präferenzen der Therapeut*innen unterschiedlich bewertet wurden. Darüber hinaus ergaben sich nur studienbedingte, logistische Problematiken (z. B. aufgrund der erforderlichen Randomisierung auf Gruppenebene) mit Blick auf den Abstand zwischen Schulung und erstmaliger Interventionsdurchführung bei einem Teil der Therapeut:innen.

Mit Blick auf die Leistungserbringer:innen (Therapeut:innen, Zentrumsverantwortliche) und der Leistungsempfänger:innen (Patient:innen) kann insgesamt auf eine zufriedenstellend hohe Akzeptanz der sport-/bewegungstherapeutischen Intervention gefolgert werden.



Bezogen auf die Patient:innen betrifft dies die Zufriedenheit mit dem Programm, die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehungen, die Therapiemotivation sowie die App-Bewertung. Auf Seiten der Therapeut:innen konnte eine positive Einstellung zum Impuls-Programm, eine hohe Motivation sowie eine hohe Selbstwirksamkeit für die Programmdurchführung festgestellt werden, wobei auch die Gruppengröße prinzipiell als sinnvoll erachtet wurde. Als ein wichtiger Förderfaktor für eine gelingende Programmumsetzung ist die Verfügbarkeit eines differenzierten Manuals mit klar erkennbaren Kernelementen der Intervention zu nennen. Gleichwohl wird therapeutenseitig verschiedentlich auch der Bedarf und der Wunsch für eine flexible Anpassung von Interventionselementen auf spezifische Voraussetzungen einer teils heterogenen Gruppe von Patient*innen angemerkt. Als Barrieren nahmen die Leistungserbringer Koordinationsbedarf für Telefonkontakte in der teilsupervidierten Interventionsphase wahr, der größer ausfiel als erwartet und für eine gelingenden Interventionsdurchführung zeitlich nicht unterschätzt werden darf. Zudem kann bei Patient:innen mit geringer digitaler Affinität die App-Nutzung hinderlich für die Interventionsdurchführung sein, wobei sich dies auch auf Seiten der Patient:innen mit teils geringerer Bewertung der motivationsförderlichen Wirkung der App spiegelt.

Mit Blick auf den Rekrutierungserfolg kann grundsätzlich positiv festgehalten werden, dass die anvisierte Stichprobengröße trotz erheblich erschwerter Bedingungen durch die Pandemiebeschränkungen erreicht werden konnte. Dafür war sicherlich ein großer Aufwand in der Rekrutierung erforderlich, der durch Initiativen des Projektkonsortiums erfolgreich bewältigt wurde. Hervorzuheben ist hierbei, dass etwas mehr als die Hälfte der rekrutierten Patient*innen über Organisationen und Akteure gewonnen wurden, die im "realen" Versorgungskontext verortet sind (z. B. Psychotherapie-Praxen, Akquise über Kanäle der GKVen, Hausarztpraxen) und ein weiterer substanzieller Teil der Patient:innen durch weitere Instrumente gewonnen werden konnten, die potenziell auch weitergehend (ohne Studienkontext) zur Information der Zielgruppe der Intervention genutzt werden können (z. B. Social Media, traditionelle Medien sowie Mund-zu-Mund-Propaganda). Letztlich hat eine jeweils an den Zentrumsstandort angepasste Informations- und Rekrutierungsstrategie dabei geholfen, die Rekrutierung erfolgreich zu gestalten (wobei lokale/regionale Unterschiede für den Erfolg von Rekrutierungsstrategien wahrscheinlich sind).

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Die Ergebnisse zeigen, dass die sport-/bewegungstherapeutische Intervention ImPuls zusätzlich zur regulären Versorgungssituation von Patient:innen mit Depression, Agoraphobie, Panikstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung und primärer nicht organischer Insomnie wirksam, durchführbar und bei Patient:innen und Leistungserbringer:innen akzeptiert ist. Die Überlegenheit der ImPuls+TAU Intervention zeigte sich dabei nicht nur hinsichtlich der allgemeinen transdiagnostischen Symptombelastung, sondern bezüglich der meisten störungsspezifischen Indikatoren. Die Ergebnisse von Sensitivitätsanalysen sowie der 12-Monats-Erhebungen unterstützen die Stabilität der gefunden Effekte. Für den angenommenen Wirkmechanismus der Mediation durch Erhöhung sportlicher Aktivität hat



die Studie erste unterstützende Befunde geliefert, die jedoch eine intensivere Untersuchung erfordern.

Aus der gesundheitsökonomischen Analyse ergeben sich nicht signifikante inkrementelle Kostensteigerungen durch ImPuls von 553€ (95% Cl: -148;1255), die überwiegend durch die Interventionskosten von im Durchschnitt 653€ getrieben werden. Die Analyse der Versorgungsdaten ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Inanspruchnahme und den Kosten zwischen ImPuls und der Kontrollgruppe innerhalb des ersten Jahres. Es wurde ein stabiler, wenn auch mit Unsicherheit behafteter signifikant positiver Effekt der ImPuls-Intervention auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ermittelt. Die zentrale Schätzung ergibt eine Anzahl von gewonnenen QALYs von 0,032 (95% CI: 0,005;0,058) nach 12 Monaten. Das zentrale Kosteneffektivitätsverhältnis in Bezug auf den primären Endpunkt der Studie ist 146€ pro Punktverbesserung im BSI-18 nach 12 Monaten. Das zentrale Kostennutzwertverhältnis ist 17.543€ pro gewonnenem QALY nach 12 Monaten. Bei einer Zahlungsbereitschaft von 20.000€, 30.000€ und 40.000€ per QALY ist die Wahrscheinlichkeit, dass die ImPuls Intervention nach 12 Monaten kosteneffektiv ist bei 57%, 77% und 86%. Somit ist die ImPuls-Intervention nach 12 Monaten zwar nicht kostensparend, jedoch unter gängigen internationalen monetären Schwellenwerten pro QALY, die generell unabhängig von Erkrankung und Leistungsbereich Anwendung finden, mit hoher Wahrscheinlichkeit kosteneffektiv (Brouwer et al. 2019). In den Niederlanden wird z.B. ein adaptiver Schwellenwert verwendet, der sich je nach Schwere der Erkrankung, bemessen am Proportional-Shortfall-Prinzip, zwischen 20.000€ und 80.000€ pro QALY bewegt. Bei der Art und Schwere der Erkrankungen in der ImPuls-Population würde vermutlich ein Schwellenwert am unteren Ende dieses Spektrums herangezogen werden. Für Deutschland sind zwar keine expliziten Schwellenwerte formuliert, jedoch legen empirische gesundheitsökonomische Forschungsarbeiten für Deutschland auf Basis von Opportunitätskosten, sowie direkten und indirekten Zahlungsbereitschaften nahe, dass ein Kosten-Nutzwert Verhältnis von 20.000€ pro QALY akzeptabel ist (Ahlert et al. 2016; Himmler et al. 2021; Ochalek & Lomas 2020; Woods et al. 2016).

Die Evaluationsergebnisse lassen damit sowohl aus Sicht der klinischen Wirksamkeitsprüfung und Prozessevaluation als auch gesundheitsökonomischer Sicht die Folgerung zu, dass die sport-/bewegungstherapeutische Intervention ImPuls als weitere Therapieoption substanzielle Mehrwerte für das ambulante Versorgungsspektrum für Patient:innen mit psychischen Störungen leisten kann. Als transdiagnostische Gruppenintervention kann ImPuls die Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen wirksam und, aus gesundheitsökonomischer Sicht, mit einem akzeptablen Kosten-Nutzen-Verhältnis erweitern, und damit einen sinnvollen Beitrag zur Schließung von Versorgungslücken - insbesondere angesichts steigender Prävalenz psychischer Störungen - leisten. Für diese sport-/bewegungstherapeutische Innovation konnten also wichtige Erkenntnisse für Ihre klinische Wirksamkeit, Kosteneffektivität in Bezug auf QALYs, Machbarkeit und Akzeptanz gesammelt werden, denen angesichts der benannten Limitationen zukünftig mit Blick auf eine optimale Passung zwischen der therapeutischen Erfolgswahrscheinlichkeit und den Voraussetzungen und Präferenzen von Patienten sowie dem Zusammenwirken mit anderen Leistungen der Regelversorgung weiter nachzugehen ist. Durch längere Beobachtungszeiträume ließen sich möglicherweise in weiterführenden gesundheitsökonomischen Analysen zudem auch Kosteneinsparungen im



GKV-System durch diese therapeutische Innovation besser untersuchen, die mit nachhaltig gesundheitswirksamen Verhaltensänderungen in Folge der therapeutischen Innovation assoziiert sein könnten.

IV Literaturverzeichnis

Ahlert, M., Breyer, F., & Schwettmann, L. (2016). How you ask is what you get: Framing effects in willingness-to-pay for a QALY. Social Science & Medicine, 150, 40–48. https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2015.11.055

Banno, M., Harada, Y., Taniguchi, M., Tobita, R., Tsujimoto, H., Tsujimoto, Y., Kataoka, Y., & Noda, A. (2018). Exercise can improve sleep quality: a systematic review and meta-analysis. PeerJ, 6, e5172. https://doi.org/10.7717/peerj.5172

Beesdo-Baum K, Zaudig M and Wittchen H-U. SCID-5-CV. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders – Clinician Version von Michael B. First, Janet B.W. Williams, Rhonda S. Karg, Robert L. Spitzer. Göttingen: Hogrefe, 2019.

Ben, Â. J., Van Dongen, J. M., El Alili, M., Esser, J. L., Broulíková, H. M., & Bosmans, J. E. (2023). Conducting trial-based economic evaluations using R: A tutorial. PharmacoEconomics, 41, 1403–1413. https://doi.org/10.1007/s40273-023-01301-7

Brooks, M., Kristensen, K., van Benthem, K. J., Magnusson, A., Berg, C. W., Nielsen, A., Skaug, H. J., Maechler, M., & Bolker, B. M. (2017). glmmTMB Balances Speed and Flexibility Among Packages for Zero-inflated Generalized Linear Mixed Modeling. The R Journal, 9(2), 378-400. https://doi.org/10.32614/RJ-2017-066

Brouwer, W., van Baal, P., van Exel, J. et al. (2019). When is it too expensive? Costeffectiveness thresholds and health care decision-making. European Journal of Health Economics, 20, 175–180. https://doi.org/10.1007/s10198-018-1000-4

Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R. & Kupfer, D.J. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Research 1989; 28: 193-213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4.

DAK-Gesundheit. (2021). Psychreport 2021 (Entwicklung der psychischen Erkrankungen im Job: 2010-2020, Issue. DAK. https://www.dak.de/dak/bundesthemen/psychreport-2429400.html#/

De Hert, M., Detraux, J., & Vancampfort, D. (2018). The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. Dialogues in Clinical Neuroscience, 20, 31-40. https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/mdehert

Dieck A, Morin CM and Backhaus J. (2018). A German version of the Insomnia Severity Index. Somnologie, 22: 27-35. https://doi.org/10.1007/s11818-017-0147-z.

DGPPN. (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Retrieved 24.02.2019 from https://bit.ly/2CnUjWC



Drummond, M. F., Sculpher, M., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). Methods for the economic evaluation of health care programmes (4th ed.). Oxford University Press.

Fiedler, D. V., Rosenstiel, S., Zeibig, J. M., Seiffer, B., Welkerling, J., Frei, A. K., Studnitz, T., Baur, J., Helmhold, F., Ray, A., Herzog, E., Takano, K., Nakagawa, T., Kropp, S., Franke, S., Peters, S., Flagmeier, A. L., Zwanzleitner, L., Sundmacher, L., Ramos-Murguialday, A., Hautzinger, M., Ehring, T., Sudeck, G., & Wolf, S. (2023). Concept and study protocol of the process evaluation of a pragmatic randomized controlled trial to promote physical activity in outpatients with heterogeneous mental disorders-the ImPuls study. Trials, 24, 330. https://doi.org/10.1186/s13063-023-07331-y

Franke, G. H. Mini-symptom-checklist. Göttingen: Hogrefe, 2017.

Fiuza-Luces, C., Garatachea, N., Berger, N., & Lucia, A. (2013). Exercise is the real polypill. Physiology, 28, 330-358. https://doi.org/10.1152/physiol.00019.2013

Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M., & Seelig, H. (2015). Messung der Bewegungs-und sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen: Eine Methodische Zwischenbilanz. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23, 60-76. https://doi.org/10.1026/0943-8149/a000137.

Fuchs, R., Seelig, H., Göhner, W., Burton, N. W., & Brown, W. J. (2012). Cognitive mediation of intervention effects on physical exercise: Causal models for the adoption and maintenance stage. Psychology & Health, 27(12), 1480-1499. https://doi.org/10.1080/08870446.2012.695020

Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Deutsches Ärzteblatt International, 110, 799-808. https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=149560

Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G., & Pfeifer, K. (2012). Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. Rehabilitation, 51, 259-268. https://doi.org/10.1055/s-0031-1280803

Geidl, W., Wais, J., Fangmann, C., Demisse, E., Pfeifer, K., & Sudeck, G. (2019). Physical activity promotion in daily exercise therapy: the perspectives of exercise therapists in German rehabilitation settings. BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation, 11(1), 28. https://doi.org/10.1186/s13102-019-0143-7

Göhner, W., Schagg, D., Küffner, R., & Reusch, A. (2018). Psychologische Strategien zur Bewegungsförderung: Entwicklung von Fortbildungen für die Bewegungstherapie (BeFo). B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 34(04), 168-177.

Harmsen, M., Peters, M., & Wensing, M. (2005). Barriers and Facilitators Assessment Instrument Introduction, Instructions and Instrument. IQ healthcare Scientific Institute for Quality of Healthcare. Radboud University Medical Center Nijmegen.

Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G., & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Quality of Life Research, 20(10), 1727-1736. https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x



ImPuls (01NVF19022)

Heissel, A., Heinen, D., Brokmeier, L. L., Skarabis, N., Kangas, M., Vancampfort, D., Stubbs, B., Firth, J., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Hallgren, M., & Schuch, F. (2023). Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. British Journal of Sports Medicine, bjsports-2022-106282. https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106282

Himmler S, Stöckel J, van Exel J, Brouwer WBF. (2021) The value of health-Empirical issues when estimating the monetary value of a quality-adjusted life year based on well-being data. Health Econ. 30(8):1849-1870. https://doi.org/10.1002/hec.4279

Huber, G. (2012). Gesundheitspsychologische Ansätze. In K. Schüle & G. Huber (Eds.), Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie: Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation (pp. 110-122). Deutscher Ärzte-Verlag.

Husereau, D., Drummond, M., Augustovski, F., de Bekker-Grob, E., Briggs, A. H., Carswell, C., Caulley, L., Chaiyakunapruk, N., Greenberg, D., Loder, E., Mauskopf, J., Mullins, C. D., Petrou, S., Pwu, R. F., & Staniszewska, S. (2022). Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) statement: Updated reporting guidance for health economic evaluations. BMJ, 376, e067975.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (2023). Allgemeine Methoden Version 7.0. IQWiG.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2016). [Erratum to: Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. Nervenarzt, 87(1), 88-90. https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7

Kramer, L. V., Helmes, A. W., Seelig, H., Fuchs, R., & Bengel, J. (2014). Correlates of reduced exercise behaviour in depression: the role of motivational and volitional deficits. Psychol Health, 29(10), 1206-1225. https://doi.org/10.1080/08870446.2014.918978

Kroenke K, Spitzer RL and Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16: 606-613. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Krüger-Gottschalk A, Knaevelsrud C, Rau H, et al. The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. BMC Psychiatry 2017; 17: 379. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6.

Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung (Vol. 5). Beltz Juventa.

Lee, J., Gierc, M., Vila-Rodriguez, F., Puterman, E., & Faulkner, G. (2021). Efficacy of exercise combined with standard treatment for depression compared to standard treatment alone: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Affect Disord, 295, 1494-1511. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.043



Löwe B, Decker O, Müller S, et al. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Medical Care, 46, 266-274. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093.

Ludwig, K., Graf von der Schulenburg, J-M. & Greiner, W. (2018). German Value Set for the EQ-5D-5L. Pharmacoeconomics, 36, 663-674. https://doi.org/10.1007/s40273-018-0615-8.

Meyer, M., Wenzel, J., & Schenkel, A. (2018). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Eds.), Fehlzeiten-Report 2018: Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit (pp. 331-536). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57388-4_29

Moore, G., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process Evaluation of Complex Interventions: Medical Research Council Guidance. BMJ, 350, h1258. https://doi.org/10.1136/bmj.h1258

Morres, I.D., Hatzigeorgiadis, A., Stathi, A. et al. (2019). Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: a systematic review and meta-analysis. Depression & Anxiety, 36, 39–53. https://doi.org/10.1002/da.22842

Naci, H., & Ioannidis, J. P. A. (2015). Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: metaepidemiological study. British Journal of Sports Medicine, 49(21), 1414-1422. https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-f5577rep

Noetel, M., Sanders, T., Gallardo-Gomez, D., Taylor, P., Del Pozo Cruz, B., van den Hoek, D., Smith, J. J., Mahoney, J., Spathis, J., Moresi, M., Pagano, R., Pagano, L., Vasconcellos, R., Arnott, H., Varley, B., Parker, P., Biddle, S., & Lonsdale, C. (2024). Effect of exercise for depression: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, 384, e075847. https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075847

Ochalek, J., & Lomas, J. (2020). Reflecting the health opportunity costs of funding decisions within value frameworks: Initial estimates and the need for further research. Clinical Therapeutics, 42(1), 44–59.e2. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.12.002

OECD/EU. (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. https://bit.ly/2HaWeCS

Oei, T. P. & Green, A. L. (2008). The Satisfaction with Therapy and Therapist Scale--Revised (STTS-R) for group psychotherapy: Psychometric properties and confirmatory factor analysis. Professional Psychology: Research and Practice, 39(4), 435.

Pfeifer, K., Sudeck, G., Deprins, J., Geidl, W., Rohrbach, N., & Streber, R. (2017). Abschlussbericht zum Forschungsprojekt "Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene". https://www.sport.fau.de/files/2021/05/bewegthereha_abschlussbericht_langversion.pdf

Prien, P., Schaefer, C., Nothacker, M., & Härter, M. (2022). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression.

Rabe-Menssen, C., Dazer, A., & Maaß, E. (2021). Report Psychotherapie 2021. D. P. V. (DPtV). https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeff entlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf



Rabe-Menssen, C., Ruh, M., & Dazer, A. (2019). Die psychotherapeutische Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Pychotherapie Aktuell, 1.

Ramos-Sanchez, C. P., Schuch, F. B., Seedat, S., Louw, Q. A., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Firth, J., van Winkel, R., & Vancampfort, D. (2021). The anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and related disorders: An update of the available meta-analytic evidence. Psychiatry Research, 302, 114046. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114046

Riemann, D., Baum, E., Cohrs, S., Crönlein, T., Hajak, G., Hertenstein, E., Klose, P., Langhorst, J., Mayer, G., & Nissen, C. (2017). S3-Leitlinie nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Somnologie, 21(1), 2-44.

Rigotti, T., Schyns, B., & Mohr, G. (2008). A short version of the occupational self-efficacy scale: Structural and construct validity across five countries. Journal of Career Assessment, 16(2), 238-255. https://doi.org/10.1177/1069072707305763

Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P.B., & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research, 230: 130-136. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.017

Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer Verlag. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf

Schlack, R., Hapke, U., Maske, U., Busch, M., & Cohrs, S. (2013). Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, 56(5-6), 740-748. https://doi.org/10.1007/s00103-013-1689-2.

Schuch, F., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P., Reichert, T., Bagatini, N. C., Bgeginski, R., & Stubbs, B. (2017). Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 210, 139-150. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.050

Schulte, D. (2005) Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34 (3), 176 – 187.

Schultz, H., Nübling, R. & Rüddel, H. (1995) Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. Verhaltenstherapie, 5 (2), 89-95.

Singer, S., Maier, L., Engesser, D., & Büttner, M. (2023). Evaluation der Psychotherapie-Strukturreform Ergebnisbericht. Statistisches Bundesamt. (2020). Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10). https://bit.ly/2JmFytg

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., & Moore, L. (2021). A New Framework for Developing and Evaluating Complex Interventions: Update of Medical Research Council Guidance. BMJ, 374, n2061. https://doi.org/10.1136/bmj.n2061



Statistisches Bundesamt. (2020). Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10) [Cost of Illness: Germany, Years, Disease Diagnoses (ICD-10)]. https://bit.ly/2JmFytg

Statistisches Bundesamt. (2022). Krankenstand. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html

Steinmayr, R., & Spinath, B. (2010). Konstruktion und erste Validierung einer Skala zur Erfassung subjektiver schulischer Werte (SESSW). Diagnostica, 56(4), 195-211. https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000023

Sudeck, G., Geidl, W., Abu-Omar, K., Finger, J. D., Krauß, I. & Pfeifer, K. (2021). Do adults with noncommunicable diseases meet the German physical activity recommendations? A cross-sectional analysis of the GEDA 2014/2015 Survey. German Journal of Exercise and Sport Research, 51, 183-193. https://doi.org/10.1007/s12662-021-00711-z

Swart, E., Ihle, P., Gothe, H., & Matusiewicz, D. (Eds.). (2014). Routinedaten im Gesundheitswesen: Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Huber.

Swift, J.K. & Greenberg, R.P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80: 547–59. https://doi.org/10.1037/a0028226

Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. Plos One, 10(2), e0116820. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820

WIdO. (2020, 15.10.2020). Fehlzeiten in der Pandemie. Weniger Krankmeldungen, aber längere Krankheitsdauer wegen psychischer Erkrankungen. https://www.wido.de/news-presse/pressemitteilungen/2020/fehlzeiten-in-der-pandemie/

Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., & Linster, H. W. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory – short revised (WAI-SR) – Ein schulenübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. Klinische Diagnostik und Evaluation, 343-358.

Wolf, S., Seiffer, B., Zeibig, J.-M., Frei, A.K., Studnitz, T., Welkerling, J., Meinzinger, E., Bauer, L.L., Baur, J., Rosenstiel, S., Fiedler, D.V., Helmhold, F., Ray, A., Herzog, E., Takano, K., Nakagawa, T., Günak, M.M., Kropp, S., Peters, S., Flagmaier, A.L., Zwanzleitner, L., Sundmacher, L., Ramos-Murguialday, A., Hautzinger, M., Sudeck, G., & Ehring, T. (2024). A transdiagnostic group exercise intervention for mental health outpatients in Germany (ImPuls): Results of a pragmatic, multi-site, block-randomized, phase 3 controlled trial. *Lancet Psychiatry*, *11*, 417-430. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00069-5

Wolf, S., Seiffer, B., Zeibig, J. M., Welkerling, J., Bauer, L. L., Frei, A. K., Studnitz, T., Rosenstiel, S., Fiedler, D. V., Helmhold, F., Ray, A., Herzog, E., Takano, K., Nakagawa, T., Kropp, S., Franke, S., Peters, S., El-Kurd, N., Zwanzleitner, L., Sundmacher, L., Ramos-Murguialday, A., Hautzinger, M., Sudeck, G., & Ehring, T. (2021). Efficacy and cost-effectiveness of a Transdiagnostic group-based exercise intervention: study protocol for a pragmatic multi-site



ImPuls (01NVF19022)

randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 21(1), 540. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03541-3

Wolf, S., Zeibig, J.-M., Hautzinger, M., & Sudeck, G. (2020). Psychische Gesundheit durch Bewegung. ImPuls: Ein sport- und bewegungstherapeutisches Programm für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Julius Beltz GmbH & Co. KG.

Woods, B., Revill, P., Sculpher, M., & Claxton, K. (2016). Country-level cost-effectiveness thresholds: Initial estimates and the need for further research. Value in Health, 19(8), 929–935. https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.017

Zeibig, J.-M., Seiffer, B.-A., Sudeck, G., Rösel, I., Hautzinger, M., & Wolf, S. (2021). Transdiagnostic Efficacy of a Group Exercise Intervention for Outpatients with Heterogenous Psychiatric Disorders: A Randomized Controlled Trial. BMC Psychiatry, 21: 313. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03307-x

Zeibig, J.-M., Seiffer, B., Frei, A. K., Takano, K., Sudeck, G., Rösel, I., Hautzinger, M., & Wolf, S. (2023). Long-term efficacy of exercise across diagnostically heterogenous mental disorders and the mediating role of affect regulation skills. Psychology of Sport and Exercise, 64. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2022.102340

Zeibig, J.-M., Takano, K., Seiffer, B., Sudeck, G., Rösel, I., Hautzinger, M., & Wolf, S. (2023). The increase in vagally-mediated heart rate variability mediates treatment effects of exercise on global symptom severity across diagnostically heterogenous mental disorders: A secondary analysis of the ImPuls trial. Mental Health and Physical Activity, 25. https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2023.100537

Zhang, Z. (2016). Multiple imputation with multivariate imputation by chained equation (MICE) package. Annals of Translational Medicine, 4(2).

Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. Psychotherapy Resesearch, 17(2), 137-147. https://doi.org/10.1080/10503300600919380

V Anlagen

Anlage 1: Kurzbeschreibung Sportliche Aktivität - Laufeinheit

Anlage 2: Studienspezifisches Manual für die Interventionsdurchführung

Anlage 3: Erhebungsverfahren Online-Befragungen

Anlage 4: Treatment Fidelity / Manualtreue Rating

Anlage 5: Prozessevaluation, Leitfaden Interview Therapeut:innen

Anlage 6: Prozessevaluation, Leitfaden Fokusgruppeninterview

Anlage 7: Prozessevaluation, Kategoriensystem Interviewmaterial

Anlage 8: Prozessevaluation, Kategoriensystem Fokusgruppenmaterial

Anlage 9: Ergebnisse Wirksamkeit Completer-Stichprobe



Anlage 10: Ergebnisse der Mediationsanalysen Anlage 11: Definition und Berechnung von Versorgungs- und Interventionskosten Anlage 12: Detailergebnisse gesundheitsökonomische Evaluation Anlage 13: Rekrutierungserfolg (gesperrt bis 31.12.2025) Anlage 14: Erfahrungen Sport-/Bewegungstherapeut:innen (gesperrt bis 31.12.2025) Anlage 15: Zufriedenheit mit und Bewertung der Präsenzschulungen in Tübingen (gesperrt bis 31.12.2025) Anlage 16: Sichtweise Sport-/Bewegungstherapeut:innen, Detailergebnisse, Zitate (gesperrt bis 31.12.2025)





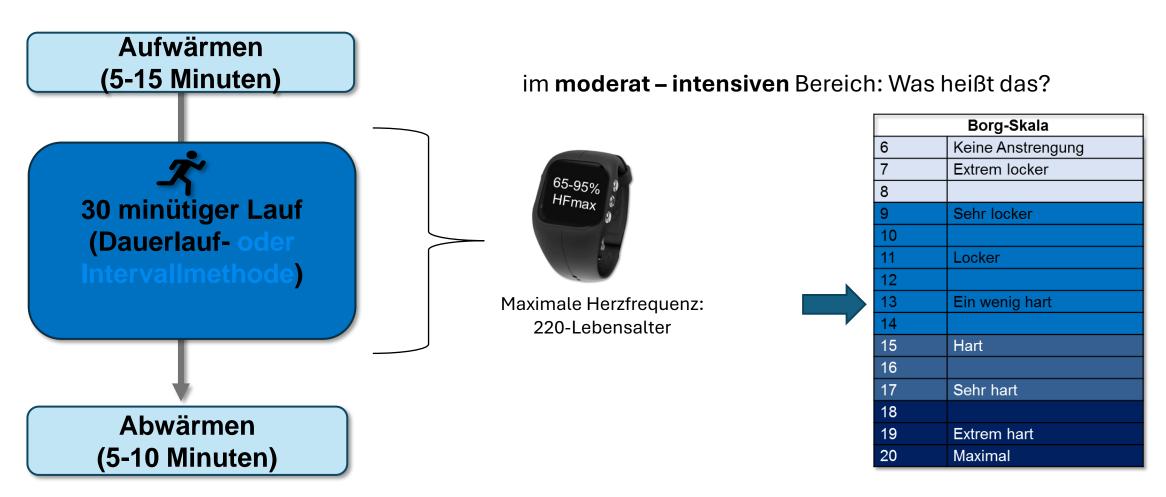
Kurzbeschreibung Sportliche Aktivität - Lauftraining

Weitergehende Beschreibungen finden sich in

Wolf, S., Zeibig, J., Hautzinger, M. & Sudeck, G. (2020). Psychische Gesundheit durch Bewegung. ImPuls – ein sport- und bewegungstherapeutisches Programm für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Weinheim: Juventa.

Gemeinsame Sporteinheit - Laufeinheit





siehe auch: Wolf, Zeibig, Hautzinger & Sudeck (2020)

Gemeinsame Sporteinheit – Auf- und Abwärmen



Aufwärmen	Abwärmen
 1. Allgemeine Grundbewegung Laufvariationen: Vorwärtslaufen Rückwärtslaufen kleine Kniehebeläufe 	 1. Auslaufen Lockerung/Kreisen Schulter & Arme Atemübungen (Einatmen: Schultern hochziehen – Ausatmen: Schultern fallenlassen)
2. Aktivierung Hüft-/Gesäßmuskulatur3. Dynamisches Dehnen	2. Dehnen
4. Neuronale Aktivierung	

siehe auch: Wolf, Zeibig, Hautzinger & Sudeck (2020)

Selbständiges Training: Muskelkräftigung



Kniebeuge



6

Schwimmer

Unterarmstütz



Krafttraining

6 Übungen = 1 Durchgang Dauer/Übung: 30 s Pause zw. Übung: 15 s

Insgesamt 6 Durchgänge 2 Durchgänge am Stück Pause zw. 2 Durchg.: 2 min



Crunches

Beckenheber



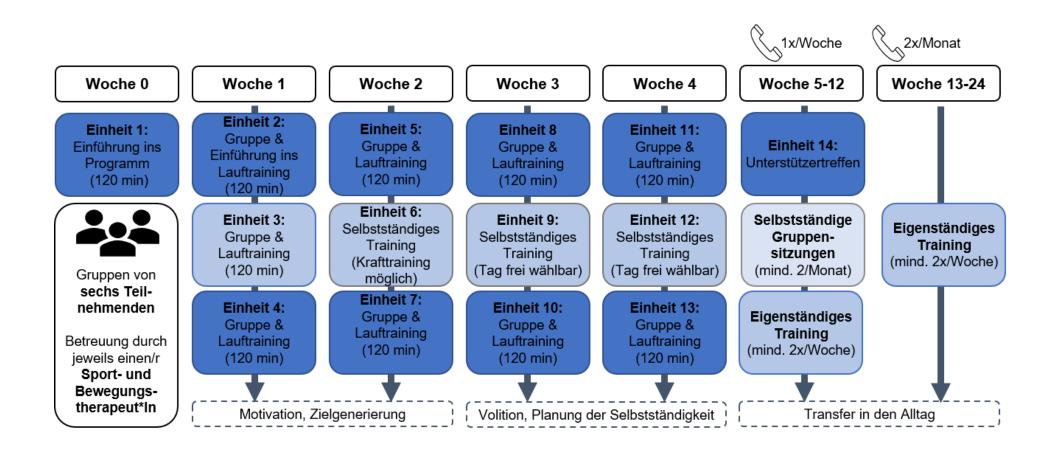


Superman

siehe auch: Wolf, Zeibig, Hautzinger & Sudeck (2020)

Leitfaden für Therapeut*innen

Inhaltliche & Zeitliche Gesamtübersicht



Benutzung des Leitfadens

Lieber Therapeut, liebe Therapeutin,

dieser Leitfaden wird Sie während der Durchführung von ImPuls begleiten. Er bietet eine inhaltliche & zeitliche Übersicht über die einzelnen Sitzungen. Zunächst sind die Materialien & zu treffenden Vorbereitungen für die jeweilige Sitzung aufgelistet (Checkliste). Darunter werden die Themen & die dazugehörigen Inhalte beschrieben. Diese sind überblicksartig beschrieben. Für eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Inhalte kann im Manual nachgeschlagen werden. Dafür wurden die jeweiligen Seiten im Manual spezifiziert. Für jeden Inhalt ist das benötigte Material mit der genauen Materialbezeichnung aufgelistet, damit Sie mit einem Blick wissen, welches Material Sie für welchen Inhalt benötigen & durch den QR-Code direkt Zugriff darauf haben.

Die ungefähre Dauer einer Übung ist in der rechten Spalte durch ein Uhren-Piktogramm dargestellt. Die genaue Bedeutung der Uhren wird im Manual beschrieben.

Sie sollten vor jeder Sitzung die wichtigsten Punkte zur Rückbesprechung bereithalten sowie die wichtigsten Kerninformationen der einzelnen Teilnehmer (z.B. Symptome, Fitnesslevel, S.M.A.R.T.-Ziele, Barrieren, Wenn-Dann-Pläne, selbstständige Sportaktivität) bereithalten, damit sie jederzeit darauf zurückgreifen & den Teilnehmern Kompetenz, Interesse & Sicherheit vermitteln können. Zusätzlich ist es wichtig, im Anschluss an jede Sitzung, den Sitzungsverlauf umfangreich zu dokumentieren, um der Komplexität des Programms gerecht zu werden & in den folgenden Sitzungen daran anknüpfen zu können.

In grün wurde markiert, was die ImPuls-App nun übernimmt und was nun nicht mehr gemacht/vorbereitet/mitgebracht werden muss.

In gelb wurde markiert, was zusätzlich bzgl. der App gesagt/gemacht werden sollte (nicht im Leitfaden markiert: jedes Mal Patient*innen auf Therapeut*innen-App abhaken, wenn sie zur Sitzung erscheinen).

Viel Freude bei der Durchführung!

Beschreibung der einzelnen Sitzungen

Woche 0

Sitzung 1: Einführung & Symptomsammlung



- ✓ Spiralordner mit Arbeitsblatt-1 für jeden Teilnehmer
- ✓ Ball (z.B. Tennisball)
- ✓ Packpapier (0,5 x 1 Meter) zurechtschneiden & aufhängen
- √ 2 Eddings (unterschiedlicher Farbe)
- ✓ Klebeband
- ✓ 4 Kartekarten beschriften mit "Gefühle", "Gedanken", "Verhalten", "Körper"
- √ 4 laminierte ImPuls-Kärtchen
- ✓ Plakat-1, Plakat-2 & Plakat-3 aufhängen
- ✓ Flipchart
- ✓ Arbeitsblatt-2 & Arbeitsblatt-3
- ✓ Mit Therapeut*innen-App beschäftigen & mit Pseudonym anmelden

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Einführung 9	Vorstellung des Therapeuten	ImPuls-Ordner, Arbeitsblatt-1, Ball	
Einführung & Kennenlernen	Ziele der Sitzung	Arbeitsbiatt-1, bail	

	Ziele des Programms		
	Schweigepflicht		
	Kennenlernen		
	Verteilen von Ordner & Deckblatt Patient*innen-App vorstellen & sie motivieren, diese zu installieren		
Teufelskreislauf	Symptomsammlung auf den Ebenen Gefühle, Gedanken, Verhalten & Körper	Packpapier, Edding, Klebeband, Karteikarten	
	Bewegungsspiel		
Zielkreislauf	Erstellung des Zielkreislaufs	Laminierte ImPuls- Kärtchen, Edding (andere Farbe), Klebeband	
ImPuls-Vorstellung	Vorstellung des Ablaufs & der Inhalte von ImPuls	Plakat-1,Plakat-2, Plakat-3	
Regeln & Grenzen	Erarbeitung & Vorstellung der Gruppenregeln & Grenzen von ImPuls	Flipchart, Edding	
	Erstellung eines persönlichen Teufels- & Zielkreislauf	Arbeitsblatt-2, Arbeitsblatt-3	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Verabschiedung der Teilnehmer		

Woche 1

Sitzung 2: Einführung in das Lauftraining



- ✓ Teufelskreislauf der ersten Sitzung aufhängen
- ✓ Flipchart
- ✓ Edding
- ✓ Spezifisches Beispiel für Zielerreichung überlegen
- ✓ Handout-1, Handout-2, Handout-3, Handout-4
- ✓ Liste vorbereiten mit möglichen störungsspezifischen Schwierigkeiten der Patienten
- ✓ Plakat-2
- ✓ Pulsuhr (inkl. Brustgurt) & BORG-Skala für jeden Teilnehmer
- ✓ Aufwärmtraining vorbereiten
- ✓ Arbeitsblatt-4
- ✓ Handout-5 vorbereiten
- ✓ Mit Timer-App beschäftigen & ggf. eine Anleitung für Teilnehmer erstellen

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Rückbesprechung	Rückbesprechung der letzten Sitzung in Bezug auf Motivation für ImPuls, Unsicherheiten, offene Fragen		

Zielentwicklung	Jeder Teilnehmer entwickelt ein symptombezogenes spezifisches Ziel	Teufelskreislauf, Arbeitsblatt-3- (von Teilnehmern selbst mitzubringen), spezifisches Beispiel für Zielerreichung	
	Schwierigkeiten während des Lauftrainings	Flipchart, Edding, Handout-1-, Handout-2, Handout-3-, Liste mit störungsspezifischen Schwierigkeiten	
Vorbereitung auf das Lauftraining	Theoretische Einführung	Plakat-2, Handout-4, ggf. Timer-App	
	Praktische Einführung	BORG-Skalen & Pulsuhren, Aufwärmtraining	
	Ziel konkretisieren mit Arbeitsblatt-4 <mark>und "S"-Komponente in App eintragen</mark> , Selbstständige sportliche Aktivität überlegen	Arbeitsblatt-4, Handout-5, App	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Verabschiedung der Teilnehmer		

Sitzung 3: Ausdauer, Ziele & Planung des selbstständigen Trainings



- ✓ Plakat-4
- ✓ Stimmungsbarometer basteln & aufhängen
 ✓ 2 Wäscheklammern für jeden Teilnehmer (unterschiedliche Farben)
 ✓ Pulsuhren (inkl. Brustgurt) & BORG-Skala für jeden Teilnehmer
 ✓ Arbeitsblatt-5

- ✓ Positive-Effekte-Briefumschlag✓ "S"-Komponente der Teilnehmer*innen in App anschauen

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Rückbesprechung	Rückbesprechung der letzten Sitzung in Bezug auf Fragen & Anmerkungen zum Lauftraining		
S.M.A.R.TZiele	Theoretische Einführung & Formulierung spezifischer Ziele (Besprechung Hausaufgaben)	Plakat-4, Arbeitsblatt-4 (von Teilnehmern selbst mitzubringen), App	

	Stimmung sbarometer vor dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen) Durchführung (Aufwärmen, Laufen, Abwärmen) Stimmungsbarometer nach dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen) Dokumentation der Anstrengungsintensitäten Rückbesprechung des Lauftrainings Positive Effekte sportlicher Aktivität	Stimmungsbarometer, Wäscheklammern, Pulsuhren (inkl. Brustgurte), BORG-Skalen, Arbeitsblatt-5, Positive- Effekte-Briefumschlag	
Selbstständige SpA	Auswahl einer oder mehrere Sportaktivtäten, die man sich vorstellen könnte auszuführen (in App auswählen)	Handout-5 (von Teilnehmern selbst mitzubringen)	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Abschied		

Sitzung 4: Ausdauer & Wirkung von SpA

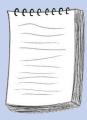


- Bewegungsdaten der vorherigen Sitzung (Achtung: Datenschutz beachten)
- Handout-6
- Handout-7
- Handout-8
- einzelne Fakten positive Effekte (einlaminiert) Broschüre "Menschen in Bewegung bringen"
- Stimmungsbarometer & 2 Wäscheklammern für jeden Teilnehmer (unterschiedliche Farben)
- Pulsuhr (inkl. Brustgurt) & BORG-Skala für jeden Teilnehmer
- Positive-Effekte-Briefumschlag
- Arbeitsblatt-6

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Rückbesprechung	Rückbesprechung der letzten Sitzung in Bezug auf Wohlbefinden, Stimmung, körperliche Auswirkungen & das Ziel	Arbeitsblatt-4 (von Teilnehmern selbst mitzubringen) & App	
Analyse der objektiven Anstrengungsintensitä t	Analyse der objektiven Anstrengungsintensität des vorherigen Lauftrainings	Bewegungsdaten der vorherigen Sitzung	
Konsequenzen sportlicher (In)Aktivität	Risikofaktor: sportliche Inaktivität	Handout-6	

	Positive Effekte sportlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit	Handout-7, Handout-8, einzelne Fakten positive Effekte, Broschüre "Menschen in Bewegung bringen"	
	Stimmungsbarometer vor dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen)		
= 3	Durchführung (Aufwärmen, Laufen, Abwärmen)	Stimmungsbarometer,	
	Stimmungsbarometer nach dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen)	Wäscheklammern, Pulsuhren, BORG- Skalen, Arbeitsblatt-5 (von Teilnehmern selbst mitzubringen), Positive-	
	Dokumentation der Anstrengungsintensitäten		
, 6	Rückbesprechung des Lauftrainings	Effekte-Briefumschlag	
	Positive Effekte sportlicher Aktivität aufschreiben		
Selbstständige SpA	Festlegung wann, wo & wie die selbstständige SpA ausgeführt werden wird und in App eintragen	Arbeitsblatt-6	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Abschied		
Woche 2			

Sitzung 5: Ausdauer & Vorbereitung auf das selbstständige Training



- ✓ Imaginationsübung vorbereiten (durchlesen, Audiodatei anhören)
- ✓ Stimmungsbarometer & 2 Wäscheklammern für jeden Teilnehmer (unterschiedliche Farben)
- Pulsuhr (inkl. Brustgurt) & BORG-Skala für jeden Teilnehmer
- ✓ Positive-Effekte-Briefumschlag
- ✓ Liste vorbereiten mit möglichen Schwierigkeiten beim selbstständigen Training (angepasst an Teilnehmer)
- ✓ Audiodatei der Imaginationsübung

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Rückbesprechung	Rückbesprechung der letzten Sitzung in Bezug auf Fragen & Anmerkungen zum Lauftraining		
Weiterentwicklung der S.M.A.R.TZiele	Formulierung der Attraktivität	Imaginationsübung	
	Imaginationsübung		
-	Stimmungsbarometer vor dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen)	Stimmungsbarometer, Wäscheklammern,	
	Durchführung (Aufwärmen, Laufen, Abwärmen)	Pulsuhren, BORG- Skalen, Arbeitsblatt-5 (von Teilnehmern selbst	

	Stimmungsbarometer nach dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen) Dokumentation der Anstrengungsintensitäten Rückbesprechung des Lauftrainings Positive Effekte sportlicher Aktivität aufschreiben	mitzubringen), Positive- Effekte-Briefumschlag	
Selbständige SpA	Schwierigkeiten & Möglichkeiten der selbstständigen SpA	Liste mit möglichen Schwierigkeiten beim selbstständigen Training	
	Das Ziel vor Augen halten & Imaginationsübung wiederholen	Audiodatei der Imaginationsübung	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Abschied		

Sitzung 6: Erstes eigenständiges Training (Krafttraining möglich)

Sitzung 7: Ausdauer & Zielüberprüfung



- ✓ Arbeitsblatt-7, Arbeitsblatt-8
- ✓ Stimmungsbarometer & 2 Wäscheklammern für jeden Teilnehmer (unterschiedliche Farben)
 ✓ Pulsuhr (inkl. Brustgurt) & BORG-Skala für jeden Teilnehmer
 ✓ Positive-Effekte-Briefumschlag

- ✓ Packpapier zuschneiden
- ✓ Edding
- ✓ Laminierter Wanderer
- ✓ Klebeband

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Rückbesprechung	Rückbesprechung der letzten Sitzung in Bezug auf die erste selbstständige sportliche Aktivität		
Stand der Zielerreichung	Abstufungen der Zielerreichung der Teilnehmer	Arbeitsblatt-7	
	Stimmungsbarometer vor dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen)		

	Durchführung (Aufwärmen, Laufen, Abwärmen) Stimmungsbarometer nach dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen) Dokumentation der Anstrengungsintensitäten Rückbesprechung des Lauftrainings	Stimmungsbarometer, Wäscheklammern, Pulsuhren, BORG- Skalen, Arbeitsblatt-5 (von Teilnehmern selbst mitzubringen), Positive- Effekte-Briefumschlag	
Zielmetapher	Positive Effekte sportlicher Aktivität aufschreiben Darstellung des Weges zum Ziel in Form eines Berges	Packpapier, Edding, laminierter Wanderer, Klebeband	
	Zielerreichungsskala zu Ende ausfüllen, in App eintragen, wo man sich gerade auf der Zielerreichungsskala befindet & persönliches Bergbild erstellen	Arbeitsblatt-7, App & Arbeitsblatt-8	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Abschied		

Woche 3

Sitzung 8: Ausdauer & S.M.A.R.T.-Ziele



- Stimmungsbarometer & 2 Wäscheklammern für jeden Teilnehmer (unterschiedliche Farben)
- Pulsuhr (inkl. Brustgurt) & BORG-Skala für jeden Teilnehmer
 Positive-Effekte-Briefumschlag für jeden Teilnehmer
 Arbeitsblatt-9

- ✓ SMART-Ziel der Teilnehmer*innen kann sich vorher in App angeschaut werden

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Rückbesprechung	Rückbesprechung der letzten Sitzung in Bezug auf Zielerreichungsskala, Effekte des Lauftrainings		
	Stimmungsbarometer vor dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen)	Stimmungsbarometer, Wäscheklammern,	
	Durchführung (Aufwärmen, Laufen, Abwärmen)	Pulsuhren, BORG- Skalen, Arbeitsblatt-5	
	Stimmungsbarometer nach dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen)	(von Teilnehmern selbst mitzubringen), Positive- Effekte-Briefumschlag	

=	Dokumentation der Anstrengungsintensitäten		
	Rückbesprechung des Lauftrainings	_	
	Positive Effekte sportlicher Aktivität aufschreiben		
Zielabgleich	Persönliche Ziele auf S.M.A.R.TPrinzip überprüfen	Arbeitsblatt-9	
Planung der nächsten selbstständigen SpA	Festlegung wann, wo & wie die selbstständige SpA ausgeführt werden wird (in App)	Arbeitsblatt-6 (von Teilnehmern selbst mitzubringen)	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Abschied		

Sitzung 9: Eigenständiges Training

Sitzung 10: Stolpersteine & Ausdauer



- ✓ Bergbild aus Sitzung 7 aufhängen
- ✓ Edding
- ✓ Laminierte Stolpersteine (verschiedene Größen)
 ✓ Stimmungsbarometer & 2 Wäscheklammern für jeden Teilnehmer (unterschiedliche Farben)
 ✓ Pulsuhr (inkl. Brustgurt) & BORG-Skala für jeden Teilnehmer
 ✓ Positive-Effekte-Briefumschlag für jeden Teilnehmer
 ✓ Arbeitsblatt-10

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Rückbesprechung	Rückbesprechung der letzten Sitzung in Bezug auf selbstständige sportliche Aktivität		
Stolpersteine	Sammeln von Hürden & Hindernissen, die von der SpA abhalten könnten	Bergbild, Edding, laminierte Stolpersteine	
Bewältigungspläne	Wenn-Dann-Pläne entwickeln für die Überwindung der Schwierigkeiten		

III III III III III III III III III II	Stimmungsbarometer vor dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen) Durchführung (Aufwärmen, Laufen, Abwärmen) Stimmungsbarometer nach dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen) Dokumentation der Anstrengungsintensitäten Rückbesprechung des Lauftrainings Positive Effekte sportlicher Aktivität aufschreiben	Stimmungsbarometer, Wäscheklammern, Pulsuhren, BORG-Skalen, Arbeitsblatt-5 (von Teilnehmern selbst mitzubringen), Positive- Effekte-Briefumschlag	
	Persönliche Stolpersteine einzeichnen & Wenn-Dann-Pläne überlegen und in App eintragen	Arbeitsblatt-8 (bereits ausgehändigt in Sitzung 8), Arbeitsblatt-10	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Abschied		

Woche 4

Sitzung 11: Ausdauer & Zusammenfassung Volition



- ✓ Handout-9
- ✓ Stimmungsbarometer & 2 Wäscheklammern für jeden Teilnehmer (unterschiedliche Farben)
 ✓ Pulsuhr (inkl. Brustgurt) & BORG-Skala für jeden Teilnehmer
 ✓ Positive-Effekte-Briefumschlag für jeden Teilnehmer

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Rückbesprechung	Rückbesprechung der letzten Sitzung in Bezug auf Stolpersteine & Wenn-Dann-Pläne	Arbeitsblatt-8, Arbeitsblatt-10 (beides von den Teilnehmern selbst mitzubringen)	
Zusammenfassung Volition	Zusammenfassung aller erlernten & noch zu erlernenden volitionalen Techniken	Handout-9	
	Stimmungsbarometer vor dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen)	Stimmungsbarometer, Wäscheklammern,	

	Durchführung (Aufwärmen, Laufen, Abwärmen) Stimmungsbarometer nach dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen) Dokumentation der Anstrengungsintensitäten Rückbesprechung des Lauftrainings Positive Effekte sportlicher Aktivität aufschreiben		
Planung der nächsten selbstständigen SpA	Festlegung wann, wo & wie die selbstständige SpA ausgeführt werden wird <mark>(in App)</mark>	Arbeitsblatt-6 (von Teilnehmern selbst mitzubringen)	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Abschied		

Sitzung 12: Eigenständiges Training

Sitzung 13: Vorbereitung auf die selbstständige Zeit



- Mit Arbeitsblatt-11 beschäftigen & für jeden Teilnehmer mitbringen
 Stimmungsbarometer & 2 Wäscheklammern für jeden Teilnehmer (unterschiedliche Farben)
 Pulsuhr (inkl. Brustgurt) & BORG-Skala für jeden Teilnehmer
 Positive-Effekte-Briefumschlag für jeden Teilnehmer

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Rückbesprechung	Rückbesprechung der letzten Sitzung in Bezug auf das selbstständige Training (langfristige Weiterführung?)		
Aktivitäts- & Zieltagebuch, App	Erklärung der Inhalte & des Ziels des Aktivitäts- & Zieltagebuchs Erklären, dass App weiterhin genutzt werden kann und sollte (für Planung, Durchführung der sportlichen Aktivität, Monitoring der Ziele und Wenn- Dann-Pläne)	Arbeitsblatt-11	
= 3	Stimmungsbarometer vor dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen)	Stimmungsbarometer,	
	Durchführung (Aufwärmen, Laufen, Abwärmen)	Wäscheklammern, Pulsuhren, BORG-	
	Stimmungsbarometer nach dem Lauftraining (darauf hinweisen, dass die Stimmung in der App auch eingetragen werden sollen)	Skalen, Arbeitsblatt-5 (von Teilnehmern selbst mitzubringen), Positive-	
	Dokumentation der Anstrengungsintensitäten	Effekte-Briefumschlag	

	Rückbesprechung des Lauftrainings	
	Positive Effekte sportlicher Aktivität aufschreiben	
Zukunftsplanung	Besprechung des Ablaufs der nächsten Wochen	
Rückblick	Blitzlicht über die letzten vier Wochen	
Abschied	Beantwortung von Fragen & Abschied	

Woche 5

Sitzung 14: Unterstützertreffen



- ✓ Stuhlkreis mit Anzahl die Stühle für alle Teilnehmer zusätzliches ihres Bekanntenkreises aufstellen
- ✓ Plakat-1, Plakat-2- & Plakat-3, Plakat-4 aufhängen
 ✓ Arbeitsblatt-12
- ✓ Kugelschreiber (für die Anzahl der Teilnehmer)
 ✓ Handout-10

Thema	Inhalt	Material	Dauer
Begrüßung & Vorbesprechung	Begrüßung der Teilnehmer & Nennung der Ziele der Sitzung		
Gemeinsamer Austausch	Austausch der Unterstützer über die Zeit während Teilnehmer an ImPuls teilgenommen haben		
Positive Effekte von SpA	Darstellung der positiven Effekte von SpA auf die psychische Gesundheit		
Vorstellung von ImPuls	Darstellung des Inhalts & zeitlichen Ablaufs von ImPuls, Funktionen der App erklären	Plakat-1, Plakat-2 & Plakat-3, Plakat-4	

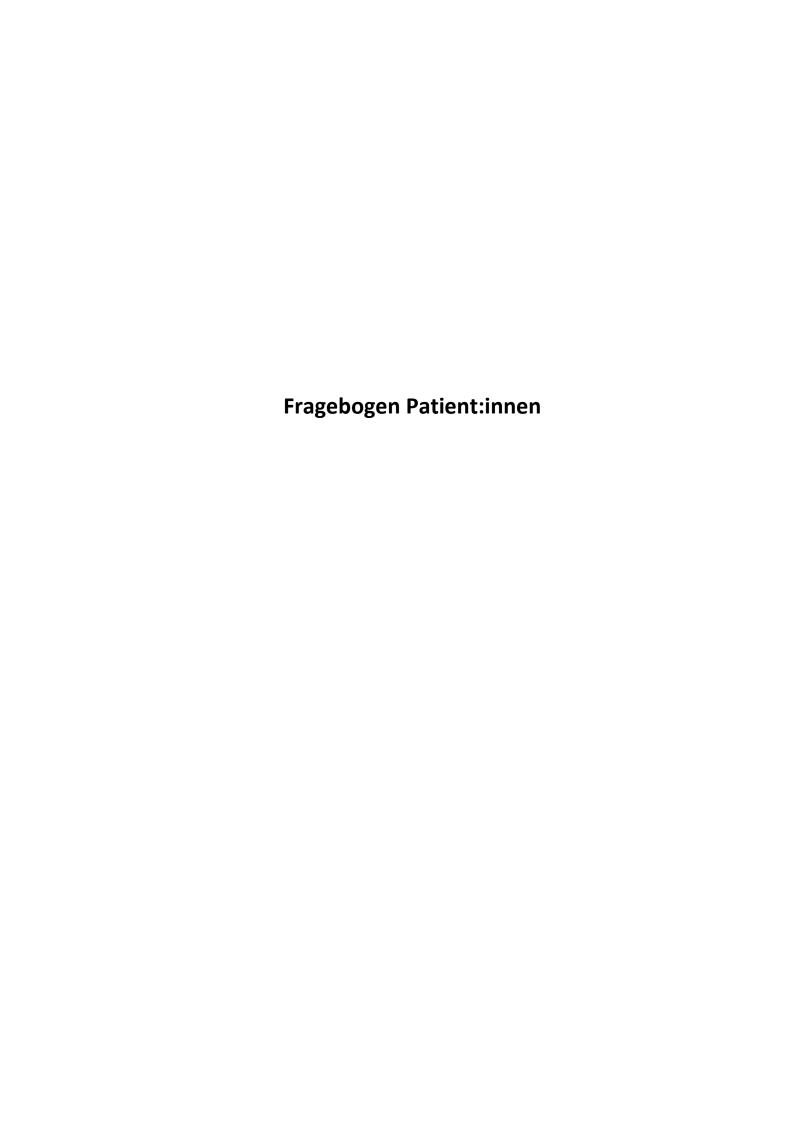
Relevanz des sozialen Netzwerkes	Betonung der Wichtigkeit des sozialen Netzwerkes bei der Aufrechterhaltung der regelmäßigen SpA bei den Teilnehmern		
Bewältigungspläne	Aufzeigen von Möglichkeiten der Unterstützung durch das soziale Umfeld	Arbeitsblatt-12, leeres Papier (DIN A4), Kugelschreiber	
Abschied	Beantwortung von Fragen, Handout austeilen & Abschied	Handout-10	

Anlage 3: Erhebungsverfahren Online-Befragungen

 $\label{lem:continuous} Erhebungsverfahren, Befragungsinstrumente$

(BSI-18 aus Lizenzgründen nicht abgebildet)

Inhalte Erhebungsverfahren	Seiten
Fragebogen Patient:innen	
Einstieg, Demogragie, Behandlungsgeschichte	3-8
Insomnia Severity Index (ISI)	9-10
Schlafqualität (PSQI)	11-13
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	14
Angstsymptome (GAD-7)	15
Symptome PTSB (PCL5)	16-18
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-5L)	19-20
Bewegungs- und Sportaktivität (BSA-F)	21-23
Therapiemotivation (Auswahl FPTM-40)	24
Therapieerwartungen (PATHEV)	24-25
App-Bewertungen	26
Zufriedenheit mit ImPuls (SSTS-R)	26-27
Therapeutische Beziehung (WAI-SR)	27-29
Befragungen Therapeut:innen	
Beruflicher Hintergrund und therapeutische Vorerfahrungen	31-32
Bewertung Schulung I	33-34
Kompetenzerleben nach Schulung / Wünsche	35-36
Bewertung Schulung II	37-40
Berufliche Selbstwirksamkeit (OSES)	41-42
Programmbezogene Motivation (SESSW)	43-44
Erfolgserwartungen Therapie (PATHEV)	45-46
Einstellungen gegenüber ImPuls (B&F-A)	47-48



ImPuls-Befragung

Liebe Teilnehmer*innen.

Willkommen zur Befragung im Rahmen der ImPuls-Studie. Hier finden Sie entsprechend Ihrer E-Mail-Einladung die aktuellen Fragebögen.

Wir möchten Sie bitten möglichst ehrlich auf alle Fragen zu antworten. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt. Sobald Sie die Seite verlassen haben, können Sie Ihre Antworten nicht mehr korrigieren. Wir versichern Ihnen die Vertraulichkeit Ihrer Daten, welche pseudonymisiert gespeichert und analysiert (datenschutzrechtliche Aufklärung und Einwilligung inkl. Information gem. Art.13 EU-DSGVO) werden.

Wenn Sie eine Fragebogenseite vollständig beantwortet haben, klicken Sie auf "Absenden/Speichern", um zur nächsten Seite zu gelangen. Sobald Sie eine Fragebogenseite verlassen haben, können Sie Ihre Antworten nicht mehr korrigieren. Jedoch haben Sie die Möglichkeit, am Ende der Befragung Ihr Feedback zu hinterlassen und damit Anmerkungen zu Ihren Antworten zu ergänzen.

۱ ۸ <i>۱</i> :	£		la a	11	:	l .a
vvir	rreuen	uns	uner	inre	101	Inahme,

Ihr ImPuls-Team

Um mit der Befragung zu beginnen, klicken Sie nun bitte auf 'Absenden / Speichern'.

0% ausgefüllt		
•		



Fragebogen zur Demographie und Behandlungsgeschichte

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.	
Vielen Dank!	
0% ausgefüllt	
Reconstructed pt_amb_pre from post information Rule of thumb: If waiting list time overlaps with pre or current psychotherapy since later than pre -> pt_amb_pre = 0	 PT since (before) pre PT start between pre and post1 PT start between Post and Followup PT started, but unsure when PT started & ended before pre (should be filtered out, not relevant here) No info at pre, Nein at post & Followup
Pre aktuelle Therapie: [pre_arm_1][pt_amb_pre] Pre-date: [einschluss_arm_1][pre_date]; survey date: [pre_arm_1][survey-date-completed:Demographie]	Nein at all timepointsNo valid info
Post1: [post_01_arm_1][survey-date-completed:feedback] aktuelle Therapie: [post_01_arm_1][psych_post01] seit: [post_01_arm_1][psych_post02] Warteliste aktuell: [post_01_arm_1][psych_post05] seit: [post_01_arm_1][psych_post06]	
Post2/Followup: [post_02_arm_1][survey-date-completed:feedback] aktuelle Therapie: [post_02_arm_1][psych_post01] seit: [post_02_arm_1][psych_post02] Warteliste aktuell: [post_02_arm_1][psych_post05] seit: [post_02_arm_1][psych_post06]	
Notes /unclear cases for outpatient psychotherapy categorization	
Allgemeines	
1. Geschlecht	
○ Männlich ○ Weiblich ○ Divers	
2. Alter	
	(in Jahren)
3. Familienstand	
 ledig, ohne Partnerschaft ledig, mit Partnerschaft verheiratet, zusammenlebend verheiratet, getrennt lebend geschieden verwitwet wiederverheiratet 	
Wie oft?	
	(in Zahlen)



Wie oft?		
	(in Zahlen)	
4. Wohnsituation		
 Mit Partner/in Mit Kind(ern) Bei den Eltern Wohngemeinschaft Betreutes Wohnen Alleine Andere, nämlich 		
5. Haben Sie Kinder		
○ Ja · ○ Nein		
Anzahl Kinder		
Geburtsjahr(e) Kind(er)		
6. Staatsangehörigkeit(en)		
☐ Deutsch ☐ Andere		
7. Muttersprache		
☐ Deutsch ☐ Andere		
8. Höchste abgeschlossene Ausbildung		
 ◯ Keine ◯ Grundschule ◯ Sonderschule ◯ Hauptschule (auch auf Gesamtschule) ◯ Fachoberschule/ Berufsschule ◯ Realschule (auch auf Gesamtschule) ◯ Fachabitur ◯ Gymnasium/ Abitur (auch auf Gesamtschule) ◯ Fachhochschulabschluss (Bachelor, Master, Diplom) ◯ Universitätsabschluss (Bachelor, Master, Diplom, Doktor) ◯ Andere, nämlich 		



9. Heutige Arbeitssituation	
 ◯ Hausmann/Hausfrau ohne Nebenjob ◯ Hausmann/Hausfrau mit Nebenjob ◯ Studierend ohne Nebenjob ◯ Studierend mit Nebenjob ◯ Voll arbeitsunfähig (z.B. Krankschreibung) ◯ Teilweise arbeitsunfähig (z.B. stufenweise Wiedereingliederu ◯ Voll erwerbsunfähig (Erwerbunfähigkeitsrente) ◯ Teilweise erwerbsunfähig (Erwerbsminderungsrente) ◯ Arbeitend und zu keiner der oben stehenden Kategorien gehe ◯ Arbeitslos (ohne Arbeitsunfähigkeit) ◯ Arbeitsrente in Abgrenzung von EU-Rente ◯ Kein legales Einkommen oder Arbeitslosengeld ◯ Andere, nämlich 	
10. Falls arbeitend, wie viele Stunden pro Woche?	
	(in Zahlen)
11. Falls nicht arbeitend aufgrund von Krankheit, seit	
wie vielen Wochen?	(Wochen in Zahlen)
12. Dauer der aktuellen psychischen Beschwerde/n	
	(Anzahl der Monaten in Zahlen)
13. Nutzen Sie Online-Therapieprogramme oder Therapie-Apps?	
○ Ja ○ Nein	
Welche?	
14. Nutzen Sie alternative Programme zur Steigerung sportliche	r Aktivität?
○ Ja ○ Nein	
Welche	
Medikamentengebrauch	
15. Sind Sie aktuell begleitend in psychiatrischer Behandlung?	
○ Ja○ Nein, jedoch in der Vergangenheit○ Nein, noch nie	

₹EDCap°

16. Nehmen Sie aktuell psychopharmakologische Medikamente ein? (z.B. Beruhigungsmittel, Schlafmedikation, Antidepressiva, Antipsychotika, Neuroleptika)
○ Ja · ○ Nein
Welche psychopharmakologischen Medikamente nehmen Sie aktuell ein? (Name, Dosierung, Art der Beschwerden)
17. Haben Sie früher jemals psychopharmakologische Medikamente eingenommen? (z.B. Beruhigungsmittel, Schlafmedikation, Antidepressiva, Antipsychotika, Neuroleptika)
○ Ja · Nein
Welche psychopharmakologischen Medikamente haben Sie eingenommen? (Name, Dosierung, Art der Beschwerden, Einnahmezeitraum)
Vorerkrankungen
18. Körperliche Erkrankungen
Bitte geben Sie hier Ihre körperlichen Vorerkrankungen an. (Wenn möglich mit Jahreszahl. Sollten Sie keine Vorerkrankungen haben, lassen Sie dieses Feld leer.)
19. Psychische Erkrankungen
Bitte geben Sie hier frührere psychische Erkankungen an. (Wenn möglich mit Jahreszahl. Sollten Sie keine Vorerkrankungen haben, lassen Sie dieses Feld leer.)
Frühere ambulante psychotherapeutische Behandlung
20. Haben Sie jemals eine ambulante Psychotherapie gemacht?
○ Ja · ○ Nein
Wie viele ambulante Psychotherapien haben Sie bisher gemacht? (in Zahen)
Von wann bis wann hat/haben diese Therapie(n) stattgefunden? Und wie viele Sitzungen umfasste(n) sie? (jeweils von bis, x-Sitzunngen)



Sind Sie aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlu	ung?
○ Ja ○ Nein	
21. Waren Sie jemals in stationärer Behandlung wegen psychis	cher Probleme?
○ Ja ○ Nein	
Wie viele stationäre Vorbehandlungen haben Sie wegen psychischer Probleme?	
psychischer Probleme:	(in Zahlen)
Von wann bis wann hat/haben diese stationäre(n) Behandlung(en) stattgefunden?	
	(jeweils von bis)
22. Waren Sie jemals in tagesklinischer Behandlung aufgrund p	sychischer Probleme?
○ Ja ○ Nein	
Wie viele tagesklinische Vorbehandlungen haben Sie wegen psychischer Probleme?	
wegen psychischer Probleme:	(in Zahlen)
Von wann bis wann hat/haben diese tagesklinischen Behandlungen stattgefunden?	
	(jeweils von bis)
Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen.	○ Bestätigen



Fragebogen zu Schlafproblemen

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.					
Vielen Dank!					
12% ausgefüllt					
1. Bitte beurteile Sie den S Wochen.	Schweregrad Ih	rer SCHLAFI	PROBLEME währe	end der letz	ten 2
a) Schwierigkeiten einzuschlafen: b) Schwierigkeiten durchzuschlafen:	0 Keine	1 Leicht	2 Mäßig schwer	3 Schwer	4 Sehr schwer
c) Das Problem, zu früh aufzuwachen:	0	0	0	0	0
2. Wie ZUFRIEDEN/UNZUFF	RIEDEN sind Sie	e mit Ihrem o	gegenwärtigen S	chlafmuste	r?
 0 Sehr zufrieden 1 Zufrieden 2 Neutral 3 Unzufrieden 4 Sehr unzufrieden 3. Wie sehr BEEINTRÄCHTI	•	-		_	
Tagesmüdigkeit, Leistungs Stimmung, etc.)?	sfähigkeit im Bo	eruf/bei der	Hausarbeit, Kon	zentration,	Gedächtnis,
 0 Gar nicht beeinträchtigend 1 Ein wenig 2 Etwas 3 Stark 4 Sehr stark beeinträchtigend 					
4. Wie sehr sind Ihre Schla ANDERE ERKENNBAR?	fprobleme und	die Verschl	echterung Ihrer	Lebensqual	ität FÜR
 0 Gar nicht bemerkbar 1 Ein wenig 2 Etwas 3 Stark 4 Sehr stark bemerkbar 					

₹EDCap°

sollen.

5. Wie BELASTET sind Sie durch Ihre gegenwärti	gen Schlafprobleme?
○ 0 Gar nicht belastet	
1 Ein wenig2 Etwas3 Stark4 Sehr stark belastet	
Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben	○ Bestätigen



19.06.2024 13:16

Fragebogen zum Schlafverhalten

Bitte füllen Sie den folgenden Fra	gebogen aus.			
Vielen Dank!				
15% ausgefüllt				
Die folgenden Fragen bezie während der letzten vier W die Mehrzahl der Tage und Sie bitte alle Fragen.	ochen. Ihre Antwo	orten sollten mög	glichst genau sein	und sich auf
1. Wann sind Sie während der letz gewöhnlich abends zu Bett gegan		(Übliche U	hrzeit:)	
2. Wie lange hat es während der l gewöhnlich gedauert, bis Sie nach sind?		(In Minute	n:)	
3. Wann sind Sie während der letz gewöhnlich morgens aufgestande		(Übliche U	hrzeit:)	
4. Wie viele Stunden haben Sie wo vier Wochen pro Nacht tatsächlich muss nicht mit der Anzahl der Stu verbracht haben, übereinstimmer	n geschlafen? (das nden, die Sie im Bett	(Effektive	Schlafzeit (Stunden) լ	oro Nacht:)
Kreuzen Sie bitte für jede d Beantworten Sie bitte alle I		jen die für Sie zu	treffende Antwor	t an.
5. Wie oft haben Sie während der	letzten vier Wochen s	chlecht geschlafen,		
	Während der letzten vier Wochen gar nicht	Weniger als einmal pro Woche	Einmal oder zweimal pro Woche	Dreimal oder häufiger pro Woche
a) weil Sie nicht innerhalb von 30 Minuten einschlafen konnten?	0	0	0	0
b) weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?	0	0	0	0



c) weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?	0	0	0	0
d) weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?	0	0	0	0
e) weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?	0	0	0	0
f) weil Ihnen zu kalt war?	\circ	\bigcirc	\circ	\circ
g) weil Ihnen zu warm war?	\circ	\bigcirc	\circ	\circ
h) weil Sie schlecht geträumt hatten?	0	\circ	0	0
i) weil Sie Schmerzen hatten	0	0	0	0
j) Haben Sie aus anderen Gründen so	chlecht geschlafen?	○ Ja ○ Nein		
Bitte beschreiben:				
Und wie oft während der letzten vier	Wochen konnten Sie a	us diesem Grund	schlecht schlafen?	
 ○ Während der letzten vier Wochen ○ Weniger als einmal pro Woche ○ Einmal oder zweimal pro Woche ○ Dreimal oder häufiger pro Woche 	gar nicht			
 6. Wie würden Sie insgesamt die Qua Sehr gut Ziemlich gut Ziemlich schlecht Sehr schlecht 	alität Ihres Schlafes wäl	nrend der letzten	vier Wochen beurtei	len?
7. Wie oft haben Sie während der letz verkäufliche)?	zten vier Wochen Schla	fmittel eingenom	nmen (vom Arzt versc	hriebene oder frei
 Während der letzten vier Wochen Weniger als einmal pro Woche Einmal oder zweimal pro Woche Dreimal oder häufiger pro Woche 	gar nicht			
8. Wie oft hatten Sie während der let Essen oder gesellschaftlichen Anläss		rierigkeiten wach	zubleiben, etwa beim	Autofahren, beim
 Während der letzten vier Wochen Weniger als einmal pro Woche Einmal oder zweimal pro Woche Dreimal oder häufiger pro Woche 	gar nicht			

₹EDCap°

9. Hatten Sie während der letzter erledigen?	vier Wochen Problem	e, mit genügend Sch	nwung die üblichen Al	ltagsaufgaben zu
○ Keine Probleme○ Kaum Probleme○ Etwas Probleme○ Große Probleme				
10. Schlafen Sie allein in Ihrem Z	mmer?			
○ Ja○ Ja, aber ein Partner*in/ Mitbew○ Nein, der*die Partner*in schläf○ Nein, der*die Partner*in schläf	t im selben Zimmer, a			
11. Haben Sie eine*n Mitbewohne Partner*in?	er*in oder eine*n	◯ Ja ◯ Nein		
Fragen Sie sie*ihn bitte, ok	und wie oft sie*e	r bei Ihnen folge	ndes bemerkt hat	t.
	Während der letzten vier Wochen gar nicht	Weniger als einmal pro Woche	Einmal oder zweimal pro Woche	Dreimal oder häufiger pro Woche
a) Lautes Schnarchen	\circ	\circ	\circ	\circ
b) Lange Atempausen während des Schlafes	0	0	0	0
c) Zucken oder ruckartige Bewegungen der Beine während des Schlafes	0	0	0	0
d) Nächtliche Phasen der Verwirrung oder Desorientierung während des Schlafes	0	0	0	0
e) Andere Formen von Unruhe wä	hrend des Schlafes			
		(Bitte beso	chreiben:)	_
Sie haben nicht alle Fragen beant Beantwortung aller Fragen ist für der Studie besonders wichtig - bit fehlenden Fragen ausfüllen oder dass eine oder mehrere Fragen u sollen.	die Aussagekraft te oben die rechts bestätigen,	○ Bestätiç	gen	

₹EDCap°

Gesundheitsfragebogen

	Bitte fülle	en Sie den	folgenden	Fragebogen	aus.
--	-------------	------------	-----------	------------	------

Vielen Dank!

20% ausgefüllt

٠	

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	0	0	0
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	0	0	0
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	0	0	0	0
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	0	0	0
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	0	0	0	0
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	0	0	0	0
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	0	0	0	0
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil "zappelig" oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?			0	0
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	0	0	0
Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen.		○ Bestätige	en	



Fragebogen zu Ängsten

Vielen Dank!

25% ausgefüllt

.

		0 Nie	1 An manchen Tagen	2 An mehr als der Hälfte der Tage	3 Beinahe jeden Tag
	Gefühle der Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	0	0	0	0
	Unfähigkeit, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	0	0	0	0
3.	Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	0	0	0	0
١.	Schwierigkeiten, sich zu entspannen	0	0	0	0
j.	So rastlos sein, dass das Stillsitzen schwer fällt	0	0	0	0
5 .	Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	0	0	0	0
	Angstgefühle, so als könnte etwas Schreckliches passieren	0	0	0	0
	ie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine eantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft er Studie besonders wichtig - bitte oben die ehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, ass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleibe		○ Bestätige	en	

REDCap°

sollen.

Fragebogen zu belastenden Erlebnissen

rragebogen zu belästenden Erlebnissen							
Bitte füllen Sie den folgenden Frag	ebogen aus.						
Vielen Dank!							
30% ausgefüllt							
Nachfolgend sind Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal als Reaktion auf ein sehr belastendes Erlebnis haben. Bitte lesen Sie jedes Problem sorgfältig und kreuzen Sie die zutreffende Antwortoption an, um anzugeben, wie stark Sie im letzten Monat durch dieses Problem belastet waren.							
Im letzten Monat, wie sehr waren S	Sie belastet durc	:h:					
	0 Überhaupt nicht	1 Ein wenig	2 Ziemlich	3 Stark	4 Sehr stark		
Wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	0	0	0	0	0		
Wiederholte, beunruhigende Träume von dem belastenden Erlebnis?	0	0	0	0	0		
Sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob das belastende Erlebnis tatsächlich wieder stattfinden würde (als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wiedererleben würden)?	0	0	0	0	0		
Sich emotional sehr belastet fühlen, wenn Sie etwas an das Erlebnis erinnert hat?	0	0	0	0	0		

5.	Starke körperliche Reaktionen, wenn Sie etwas an das belastende Erlebnis erinnert hat (z.B. Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, schwitzen)?	0	0	0	0	0
6.	Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende	0	0	0	0	0

7.

Erlebnis?

1.

2.

3.

4.

	Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an das belastende Erlebnis (z.B. Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen)?	0	0	0	0	0
8.	Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des belastenden Erlebnisses zu erinnern?	0	0	0	0	0
9.	Starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt haben (z.B. Gedanken wie: Ich bin schlecht, mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht, man kann niemandem vertrauen, die Welt ist absolut gefährlich)?	0	0	0	0	0
10.	Sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf das belastende Erlebnis oder was danach passiert ist?	0	0	0	0	0
11.	Starke negative Gefühle, wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham?	0	0	0	0	0
12.	Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	0	0	0	0	0
13.	Sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen?	0	0	0	0	0
14.	Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben (z.B. keine Freude empfinden können oder keine liebevollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen)?	0	0	0	0	0
15.	Reizbares Verhalten, Wutausbrüche oder aggressives Verhalten?	0	0	0	0	0
16.	Zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten?	0	0	0	0	0
17.						

						. age s
	In erhöhter Alarmbereitschaft, wachsam oder auf der Hut sein?	0	0	0	0	0
18.	Sich nervös oder schreckhaft fühlen?	0	\circ	0	0	\circ
19.	Konzentrationsschwierigkeiten?	\circ	\bigcirc	\circ	\circ	\circ
20.	Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	0	0	0	0	0
	Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen.) Bestätigen		

1)

2)

3)

4)

EQ-5D-5L

Dieser Fragebogen					. .	•	
einer Seite stehen. Seite >>".	Um nach	dem Beantworte	n einer Frage zur	nächsten zu ge	elangen klicken :	Sie bitte auf	"Nächste
Seite // .							

35% ausgefüllt
Bitte klicken Sie DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT
 ○ Ich habe keine Probleme herumzugehen ○ Ich habe leichte Probleme herumzugehen ○ Ich habe mäßige Probleme herumzugehen ○ Ich habe große Probleme herumzugehen ○ Ich bin nicht in der Lage herumzugehen
© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation
Bitte klicken Sie DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
FÜR SICH SELBST SORGEN
 ○ Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ○ Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ○ Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ○ Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ○ Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation
Bitte klicken Sie DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)
 ○ Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ○ Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ○ Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ○ Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ○ Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation
Bitte klicken Sie DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN
 ○ Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden ○ Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden ○ Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden ○ Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden ○ Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden
© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation
Bitte klicken Sie DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

₹EDCap°

19.06.2024 13:17

5)	ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT			
	 ○ Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert ○ Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert ○ Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert ○ Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert ○ Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert 			
	© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of	of the EuroQol Research F	oundation	
6)	Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.			
	Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.			
	100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. Bitte klicken Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre	0 - Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen		100 - Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen
	Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.	können	50	können
	(Place a mark on the scale above)			

Fragebogen zur Bewegungs- und Sportaktivität

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebog	gen aus.					
Vielen Dank!						
40% ausgefüllt						
1. Sind Sie berufstätig oder in A	Ausbildung?					
○ Ja ○ Nein						
2. Ihre Berufstätigkeit bzw. Aus				VC 1		
sitzende Tätigkeiten mäßige Bewegung intensive Bewegung	Keine O O	Eher wenig	Eher mehr O O	Viel O		
3. An wie vielen Tagen und wie lange haben Sie folgende Aktivitäten in den letzten 4 Wochen ausgeübt?						
Zu Fuß zur Arbeit gehen (auch längere Teilstrecken)	Gei	macht	Nicht ger	nacht		
An Tagen während der 4 Woche	n					
Ca Minuten pro Tag						
Zu Fuß zum Einkaufen gehen	Ger	macht O	Nicht ger	nacht		
An Tagen während der 4 Woche	n					
Ca Minuten pro Tag						
Radfahren zur Arbeit	Gei	macht O	Nicht ger	nacht		
An Tagen während der 4 Woche	n					
Ca Minuten pro Tag						
Radfahren zu sonstigen Fortbewegungszwecken	Ger	macht	Nicht ger	nacht		
An Tagen während der 4 Woche	n					

Ca Minuten pro Tag		
	Gemacht	Nicht gemacht
Spazierengehen	O	
An Tagen während der 4 Wochen		
Ca Minuten pro Tag		
	Gemacht	Nicht gemacht
Gartenarbeit (z.B. Rasen mähen, Hecke schneiden)	0	
An Tagen während der 4 Wochen		
Ca Minuten pro Tag		
	Gemacht	Nicht gemacht
Körperlich anstrengende Hausarbeit (z.B. Putzen, Aufräumen)		
An Tagen während der 4 Wochen		
Ca Minuten pro Tag		
	Gemacht	Nicht gemacht
Körperlich anstrengende Pflegearbeit (z.B. Kinder betreuen, Kranke pflegen)	0	
An Tagen während der 4 Wochen		
Ca Minuten pro Tag		
4. An wie vielen Tagen und wie lang Wochen ausgeübt?	e haben Sie die folgende	en Aktivitäten in den letzten 4
Trochen ausgeubti	Gemacht	Nicht gemacht
Treppensteigen	Gemacht	Nicht gemacht
An Tagen während der 4 Wochen		
Ca Stockwerk(e) pro Tag		

5. Haben Sie in den letzten 4 Wochen regelmä	5. Haben Sie in den letzten 4 Wochen regelmäßig sportliche Aktivität betrieben?				
◯ Ja ◯ Nein					
6. Um welche sportliche(n) Aktivität(en) handelt es sich o	dabei?				
Bitte berücksichtigen Sie hier das Radfahren nur dann, v zu sonstigen Fortbewegungszwecken bitte oben unter Fr	wenn es sich um Radsport handelt (Radfahren zur Arbeit und rage 3 eintragen).				
A					
В					
C					
Aktivität B habe ich in den letzten 4 Wochen caM	Mal ausgeübt und zwar bei jedem Mal für ca Minuten. Ial ausgeübt und zwar bei jedem Mal für ca Minuten. Ial ausgeübt und zwar bei jedem Mal für ca Minuten.				
Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen.	○ Bestätigen				

a)

b)

c)

d)

a)

b)

c)

d)

Teilnahmefragebogen

Bitte füllen Sie den folgenden Fra	gebogen aus.						
Vielen Dank!							
85%							
•							
1 In Falmandan haban win	-: F	Ub NA-	ationalism basic	uliala da a			
1. Im Folgenden haben wir ImPuls-Programms:	ein paar Frage	n zu inrer Mo	otivation bezug	giich des			
iiii uis-i rograiiiiisi	stimmt nicht	stimmt eh	er nicht stim	nmt eher	stimmt		
Ich habe mich selbst darum bemüht, am ImPuls-Programm teilzunehmen.	0	0		0	0		
Es war nicht meine eigene Entscheidung, am ImPuls-Programm teilzunehmen: Andere (z.B. Ärzte, Bekannte) haben mir dazu geraten.	0	0		0	0		
Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um am ImPuls-Programm teilnehmen zu können.	0	0		0	0		
Dass ich am ImPuls-Programm teilnehme, ist auf mein eigenes Bemühen zurückzuführen.	0	0		0	0		
2. Im Folgenden finden Sie kann, was man hoffen oder einzelnen Aussagen Ihren a	auch befürcht	en könnte. g	eben Sie bitte	an, inwiewe	it die		
hier keine richtigen und fal	_						
gegenwärtig denken.		_		•			
	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen		
Ich befürchte, dass mir auch durch das ImPuls-Programm nicht geholfen werden kann.	0	0	0	0	0		
Ich habe die passende Therapie gefunden.	0	0	0	0	0		
lch habe Angst davor, mich zu verändern.	0	0	0	0	0		

	Ich glaube, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden können.	0	0	0	0	0
e)	Auch durch das ImPuls-Programm wird sich wohl an meinen Problemen nicht viel ändern.	0	0	0	0	0
f)	Das ImPuls-Programm scheint für meine Probleme angemessen zu sein.	0	0	0	0	0
g)	Manchmal befürchte ich, dass ich mich durch eine Therapie mehr verändere als ich will.	0	0	0	0	0
h)	Im Vergleich zu dem, was ich früher versucht habe, habe ich das Gefühl, jetzt das Richtige zu tun.	0	0	0	0	0
i)	Genaugenommen bin ich eher skeptisch, ob das ImPuls-Programm mir helfen kann.	0	0	\circ	0	0
j)	Vielleicht wäre mir durch eine andere Behandlung besser geholfen.	0	0	0	0	0
k)	Gelegentlich mache ich mir auch etwas Sorgen, was sich alles ändern wird, wenn meine Probleme einmal verschwunden sind.	0	0			0
	Sie haben nicht alle Fragen beantworte Beantwortung aller Fragen ist für die A der Studie besonders wichtig - bitte ob fehlenden Fragen ausfüllen oder recht dass eine oder mehrere Fragen unbea sollen.	lussagekraft Den die s bestätigen,	○ Best	ätigen		

a)

Im Folgenden möchten wir Ihre Meinung zur Qualität der App wissen. Alle Fragen werden von 1 "Mangelhaft" bis 5 "Exzellent" bewertet. Bitte markieren Sie die Nummer, die Sie am zutreffendsten empfinden. Bitte benutzen Sie die Beschreibungen, welche in jeder Kategorie zur Verfügung gestellt werden.

Würden Sie die App Personen empfehlen, die davon profitieren könnten?
 Überhaupt nicht: Ich würde die App niemandem empfehlen Ich würde die App nur wenigen Personen empfehlen Vielleicht: Ich würde die App schon einigen Personen empfehlen Ich würde die App vielen Personen empfehlen Auf jeden Fall: Ich würde die App jedem empfehlen
Wie viele Male würden Sie die App in den nächsten zwölf Monaten nutzen, falls diese relevant für Sie wäre?
 ○ 1. Nie ○ 2. 1-2 ○ 3. 3-10 ○ 4. 10-50 ○ 5. >50
Würden Sie diese App erwerben, wenn sie kostenpflichtig wäre?
○ 1. Nein○ 2. Vielleicht○ 3. Ja
Wie viele Sterne würden Sie für die App insgesamt vergeben?
: Eine der schlechtesten Apps, die ich je genutzt habe : Durchschnittlich
Eine der besten Apps, die ich je genutzt habe
2. Wählen Sie die Antwortmöglichkeit aus, die am besten Ihre Meinung über Ihre Zufriedenheit

2. Wählen Sie die Antwortmöglichkeit aus, die am besten Ihre Meinung über Ihre Zufriedenheit mit der Therapie und Therapeut*innen im ImPuls-Programm widerspiegelt. Beziehen Sie sich dabei auf die Sitzungen, die Sie kürzlich besucht/abgeschlossen haben.

stimme stimme nicht zu stimme weder zu stimme zu stimme überhaupt nicht noch nicht zu vollkommen zu zu

19.06.2024 13:45



Ich bin mit der Qualität des ImPuls-Programms zufrieden.	0	0	0	0	0
Meine Bedürfnisse wurden durch das ImPuls-Programm erfüllt.	0	0	\circ	0	0
Ich würde das ImPuls-Programm einem/einer Freund*In	0	0	0	0	0
empfehlen. Ich würde wieder auf das Zentrum zurückkommen, wenn ich Unterstützung bräuchte.	0	0	0	0	0
lch bin jetzt in der Lage, besser mit meinen Problemen umzugehen.	0	0	0	0	0
Ich konnte mich auf das konzentrieren, was mir wirklich wichtig war.	0	0	0	0	0
Wie sehr half diese Behandlung bei d	dem spezifisch	en Problem, das S	Sie zum ImPuls-P	rogramm geführ	t hat?
 Sie machte die Dinge viel besser Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech 	echter				
Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech Im Folgenden finden Sie eine Menschen in ihrer Therapie of	echter iter Reihe von A der mit ihre	r/ihrem Thera	peut*In mach	en können.	
Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech	echter oter Reihe von A der mit ihre er Aussage,	r/ihrem Thera inwieweit sie	peut*In mach auf ihre Thera	en können. apie zur Zeit z	
Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech Im Folgenden finden Sie eine Menschen in ihrer Therapie of Bitte entscheiden Sie bei jede	echter oter Reihe von A der mit ihre er Aussage,	r/ihrem Thera inwieweit sie	peut*In mach auf ihre Thera	en können. apie zur Zeit z	
Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech Im Folgenden finden Sie eine Menschen in ihrer Therapie of Bitte entscheiden Sie bei jede	echter hter Reihe von A der mit ihre er Aussage, tufen von 1	r/ihrem Thera inwieweit sie = "selten" bis	peut*In mach auf ihre Thera 5 = "immer".	en können. apie zur Zeit z	zutrifft.
Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech Sie machte die Dinge viel schlech Im Folgenden finden Sie eine Menschen in ihrer Therapie of Bitte entscheiden Sie bei jede Beurteilen Sie dies auf fünf Stenich Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich	Reihe von Ader mit ihre er Aussage, tufen von 1	r/ihrem Thera inwieweit sie = "selten" bis 2. Manchmal	peut*In mach auf ihre Thera 5 = "immer". 3. Öfters	en können. apie zur Zeit z	zutrifft. 5. Immer
Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech Im Folgenden finden Sie eine Menschen in ihrer Therapie of Bitte entscheiden Sie bei jede Beurteilen Sie dies auf fünf Stellen Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann. Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen	Reihe von Ader mit ihre er Aussage, tufen von 1	r/ihrem Thera inwieweit sie = "selten" bis 2. Manchmal	peut*In mach auf ihre Thera 5 = "immer". 3. Öfters	en können. apie zur Zeit z 4. Sehr oft	5. Immer
Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech Sie machte die Dinge viel schlech Im Folgenden finden Sie eine Menschen in ihrer Therapie of Bitte entscheiden Sie bei jede Beurteilen Sie dies auf fünf Stenich werändern kann. Durch die Therapiestunden ist mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann. Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem. Ich glaube, mein/e Therapeut*In	Reihe von Ader mit ihre er Aussage, tufen von 1	r/ihrem Thera inwieweit sie = "selten" bis 2. Manchmal	peut*In mach auf ihre Thera 5 = "immer". 3. Öfters	en können. apie zur Zeit z 4. Sehr oft	5. Immer
Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech Sie machte die Dinge viel schlech Sie machte die Dinge viel schlech Menschen in ihrer Therapie of Bitte entscheiden Sie bei jede Beurteilen Sie dies auf fünf Stellen Sie dies auf fünf Stellen Sie dies auf fünf Stellen Sie dies auf heiten geworden, wie ich mich verändern kann. Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem. Ich glaube, mein/e Therapeut*In mag mich. Mein/e Therapeut*In und ich arbeiten gemeinsam daran,	Reihe von Ader mit ihre er Aussage, tufen von 1 1. Selten	r/ihrem Thera inwieweit sie = "selten" bis 2. Manchmal	peut*In mach auf ihre Thera 5 = "immer". 3. Öfters	4. Sehr oft	5. Immer
Sie machte die Dinge etwas besse Sie machte keinen Unterschied Sie machte die Dinge etwas schle Sie machte die Dinge viel schlech Im Folgenden finden Sie eine Menschen in ihrer Therapie of Bitte entscheiden Sie bei jede Beurteilen Sie dies auf fünf Stellen Sie dies auf fünf Stellen Sie hei jede Beurteilen Sie dies auf fünf Stellen Sie dies auf heine Sie dies auf heine Sie dies auf heine Sie dies auf heine Sie dies auf mir klarer geworden, wie ich mich verändern kann. Was ich in der Therapie mache, eröffnet mir neue Sichtweisen auf mein Problem. Ich glaube, mein/e Therapeut*In und ich arbeiten gemeinsam daran, Therapieziele zu setzen. Mein/e Therapeut*In und ich	Reihe von Ader mit ihre er Aussage, tufen von 1 1. Selten	r/ihrem Thera inwieweit sie = "selten" bis 2. Manchmal	peut*In mach auf ihre Thera 5 = "immer". 3. Öfters	4. Sehr oft	5. Immer

	lch spüre, dass mein/e Therapeut*In mich schätzt.	0	0	0	0	0
h)	Mein/e Therapeut*In und ich stimmen überein, woran es für mich wichtig ist zu arbeiten.	0	0	0	0	0
i)	Ich spüre, dass mein/e Therapeut*In auch dann zu mir steht, wenn ich etwas tue, was er/sie nicht gutheißt.	0	0	0	0	0
j)	Ich spüre, dass das, was ich in der Therapie tue, mir helfen wird, die von mir gewünschten Veränderungen zu erreichen.	0	0	0	0	0
k)	Mein/e Therapeut*In und ich sind uns im Klaren darüber, welche Veränderungen gut für mich wären.	0	0	0	0	0
l)	Ich glaube, dass es richtig ist,	0	0	0	0	0
	wie wir an meinem Problem arbeiten. 3. Im Folgenden finden Sie kann, was man hoffen oder einzelnen Aussagen Ihren a	auch befürcht	en könnte. (Geben Sie bitte	an, inwiewei	t die
	3. Im Folgenden finden Sie	auch befürcht ugenblickliche schen Antwort	en könnte. (en Eindruck v en gibt. Uns	Geben Sie bitte wiedergeben. Be interessiert nu	an, inwiewei edenken Sie r, was Sie pe	t die bitte, dass es ersönlich
	3. Im Folgenden finden Sie kann, was man hoffen oder einzelnen Aussagen Ihren a hier keine richtigen und fals	auch befürcht ugenblickliche	en könnte. (en Eindruck	Geben Sie bitte wiedergeben. Be	an, inwiewei edenken Sie	t die bitte, dass es
a)	3. Im Folgenden finden Sie kann, was man hoffen oder einzelnen Aussagen Ihren a hier keine richtigen und fals	auch befürcht ugenblickliche schen Antwort	en könnte. (en Eindruck ven gibt. Uns	Geben Sie bitte wiedergeben. Be interessiert nu	an, inwiewei edenken Sie r, was Sie pe	t die bitte, dass es ersönlich
a) b)	3. Im Folgenden finden Sie kann, was man hoffen oder einzelnen Aussagen Ihren a hier keine richtigen und fals gegenwärtig denken. Ich befürchte, dass mir auch durch das ImPuls-Programm	auch befürcht ugenblickliche schen Antwort stimmt überhaupt nicht	en könnte. (en Eindruck ven gibt. Uns	Geben Sie bitte wiedergeben. Be s interessiert nu stimmt zur Hälfte	an, inwiewei edenken Sie r, was Sie pe stimmt weitgehend	t die bitte, dass es ersönlich stimmt vollkommen
	3. Im Folgenden finden Sie kann, was man hoffen oder einzelnen Aussagen Ihren a hier keine richtigen und fals gegenwärtig denken. Ich befürchte, dass mir auch durch das ImPuls-Programm nicht geholfen werden kann. Ich habe die passende Therapie	auch befürcht ugenblickliche schen Antwort stimmt überhaupt nicht	sen könnte. (en Eindruck ven gibt. Uns stimmt eher nicht	Geben Sie bitte wiedergeben. Be s interessiert nu stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
b)	3. Im Folgenden finden Sie kann, was man hoffen oder einzelnen Aussagen Ihren a hier keine richtigen und fals gegenwärtig denken. Ich befürchte, dass mir auch durch das ImPuls-Programm nicht geholfen werden kann. Ich habe die passende Therapie gefunden. Ich habe Angst davor, mich zu	auch befürcht ugenblickliche schen Antwort stimmt überhaupt nicht	sen könnte. (en Eindruck ven gibt. Uns stimmt eher nicht	Geben Sie bitte wiedergeben. Be s interessiert nu stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
b) c)	3. Im Folgenden finden Sie kann, was man hoffen oder einzelnen Aussagen Ihren a hier keine richtigen und fals gegenwärtig denken. Ich befürchte, dass mir auch durch das ImPuls-Programm nicht geholfen werden kann. Ich habe die passende Therapie gefunden. Ich habe Angst davor, mich zu verändern. Ich glaube, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden können. Auch durch das ImPuls-Programm wird sich wohl an meinen Problemen nicht viel	auch befürcht ugenblickliche schen Antwort stimmt überhaupt nicht	sen könnte. (en Eindruck ven gibt. Uns stimmt eher nicht	Geben Sie bitte wiedergeben. Be interessiert nu stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
b) c) d)	3. Im Folgenden finden Sie kann, was man hoffen oder einzelnen Aussagen Ihren a hier keine richtigen und fals gegenwärtig denken. Ich befürchte, dass mir auch durch das ImPuls-Programm nicht geholfen werden kann. Ich habe die passende Therapie gefunden. Ich habe Angst davor, mich zu verändern. Ich glaube, dass meine Probleme jetzt endlich gelöst werden können. Auch durch das ImPuls-Programm wird sich wohl	auch befürcht ugenblickliche schen Antwort stimmt überhaupt nicht	sen könnte. (en Eindruck ven gibt. Uns stimmt eher nicht	Geben Sie bitte wiedergeben. Be interessiert nu stimmt zur Hälfte	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen

	Manchmal befürchte ich, dass ich mich durch eine Therapie mehr verändere als ich will.	0	0	0	0	0
h)	Im Vergleich zu dem, was ich früher versucht habe, habe ich das Gefühl, jetzt das Richtige zu tun.	0	0	0	0	0
i)	Genaugenommen bin ich eher skeptisch, ob das ImPuls-Programm mir helfen kann.	0	0	0	0	0
j)	Vielleicht wäre mir durch eine andere Behandlung besser geholfen.	0	0	0	0	0
k)	Gelegentlich mache ich mir auch etwas Sorgen, was sich alles ändern wird, wenn meine Probleme einmal verschwunden sind.	0	0	0	0	0
	Sie haben nicht alle Fragen beantwort Beantwortung aller Fragen ist für die A der Studie besonders wichtig - bitte ob fehlenden Fragen ausfüllen oder recht dass eine oder mehrere Fragen unbea sollen.	○ Bes	tätigen			



Beruflicher Hintergrund

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.

Vielen Dank!

Zu Beginn haben wir ein paar ganz allgemeine Fragen zu Ihr	nen und Ihrem beruflichen Hintergrund.
Alter	
	((Alter in Jahren eintragen))
Geschlecht	○ Männlich○ Weiblich○ Divers
Welchen beruflichen Hintergrund haben Sie?	 □ Sport-/bewegungswissenschaftliches Studium (Lehramt, Magister, Bachelor, Master, Diplom Sportlehrer, Diplom Sportwissenschaftler etc.) □ Fachschulabschluss Sport- und Gymnastiklehre Pflegerische/Therapeutische Gymnastik etc. □ Physiotherapie (nichtakademisch und/oder akademisch) □ Fachschulabschluss "Sportlehrer im freien Beru □ Sonstiges, und zwar
Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem Beruf (ausgenommen Ihrer Ausbildungszeit)?	(in Jahren)
Auf einer Skala von 0 bis 10, wie viel Erfahrung haben sie m	it
Gruppenangeboten in der Therapie?	0 1 (Place a mark on the scale above)
genau festgelegten (manualisierten) Interventionen?	0 10 (Place a mark on the scale above)
Sport-/Bewegungstherapie bei Personen mit psychischen Erkrankungen?	0 10 (Place a mark on the scale above)
ausdauerorientierter Sportaktivität im Gruppensetting?	0 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10



9	An welchem Zentrum sind Sie tätig?	 ○ Crailsheim ○ Bietigheim-Bissingen ○ obsolet (FB) ○ Heidelberg ○ obsolet (HB) ○ Karlsruhe ○ Göppingen ○ Tübingen ○ Ulm ○ Weingarten ○ Freiburg (Glottertal) ○ Stuttgart
	Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen.	○ Bestätigen



8

9

7ufriedenheit

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.			
Vielen Dank!			
Seite 2 von 4			
•			
Bitte bewerten Sie, wie zufrie der Inhalte und Methoden sir Schulung achten sollten.		_	
Wie bewerten Sie			
den Zeitumfang der	zu gering	genau richtig	zu hoch
Schulung? die Strukturierung der Schulung?	0	0	0
den Anteil an Theorie?	\circ	\circ	\circ
den Anteil an praktischen	\circ	0	\circ
Übungen?			
Übungen?	 frieden waren Sie mit		
		0	10

... den Inhalten zur Gesprächsführung allgemein? 10 (Place a mark on the scale above) ... den Inhalten zum Umgang mit möglicher Symptomatik 7 während der Gruppentherapie? 0 10 (Place a mark on the scale above) ... den praktischen Übungen / dem Rollenspiel zur Durchführung der Gruppengespräche? 0 10 (Place a mark on the scale above) ... den praktischen Übungen / dem Rollenspiel zur Durchführung der Laufeinheit? 0 10 (Place a mark on the scale above)



10

... den Möglichkeiten zum Austausch mit anderen

Sport- und Bewegungstherapeut*Innen?

(Place a mark on the scale above)

11	den Möglichkeiten zum Austausch mit Projektmitarbeiter*Innen bzw. Dozierenden?	0 (Place a	10 a mark on the scale above)
12	der Kompetenz der Dozierenden?		10 mark on the scale above)
13	der Motivation der Dozierenden?	0	10 mark on the scale above)
14	mit dem Arbeitsklima während der Schulung?	0 (Place a	n mark on the scale above)
15	der Schulung insgesamt?		n mark on the scale above)
	Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen.	○ Bestätigen	

5

10

10

10

Kompetenzerleben

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.

Insomnie) umzugehen?

... mit Patient*Innen das Lauftraining im ImPuls-Programm durchzuführen?

... die Patient*Innen darin zu unterstützen, ihre individuelle Belastungsintensität zu steuern?

Vielen Dank!		
Seite 3 von 4		
•		
Dei den felgenden Franco neht es demme zu ber		h duwah dia Cabuluwa
Bei den folgenden Fragen geht es darum zu bew unterstützt fühlen, spezifische ImPuls-Inhalte in		_
Auf einer Skala von 0 bis 10, inwieweit fühlen Sie sich durch	h die Schulung mehr in der La	ge,
mit Patient*Innen eine Symptomsammlung im Rahmen		10
des ImPuls-Programms durchzuführen?	0	10
	(Place a mai	rk on the scale above)
die gelernten Techniken der Gesprächsführung		
während des ImPuls-Programms umzusetzen?	0	10
	(Place a mai	rk on the scale above)
mit spezifischen psychischen Symptomatiken der ImPuls-Diagnosen (Depression, Angststörung, PTBS,		

Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen.

○ Bestätigen

0



(Place a mark on the scale above)

(Place a mark on the scale above)

(Place a mark on the scale above)

2

Wünsche&Anregungen

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.
Vielen Dank!
Seite 4 von 4
Bitte teilen Sie uns mit, welche Wünsche und Anregungen Sie uns für die Themen der 2. Schulung noch mitgeben möchten.
Welche Wünsche haben Sie noch zu Inhalten des
ImPuls-Programms (z. B. sportliche Aktivität im Gruppenkontext, allgemeiner Umgang mit Patienten mit psychischen Erkrankungen, psychologischen Interventionen, ImPuls-Manual allgemein, App)?



3

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.			
Vielen Dank!			
Seite 1 von 2			
Bitte bewerten Sie, wie zufried der Inhalte und Methoden sind Schulung achten sollten.			
Wie bewerten Sie			
den Zeitumfang der Schulung? die Strukturierung der Schulung?	zu gering	genau richtig	zu hoch
den Anteil an Theorie? den Anteil an praktischen Übungen?	0	0	0
Auf einer Skala von 0 bis 10, wie zufri	eden waren Sie mit		
den Inhalten zum Umgang mit der	mPuls App?	0 (Place a mark	10 on the scale above)
den praktischen Übungen / dem Ro Durchführung der Gruppengespräche		0 (Place a mark	10 on the scale above)
den Möglichkeiten zum Austausch r Sport- und Bewegungstherapeut*Inne		0 (Place a mark	10 on the scale above)
den Möglichkeiten zum Austausch r Projektmitarbeiter*Innen bzw. Dozent		0 (Place a mark	10 on the scale above)
der Kompetenz der Dozent*Innen?		O (Diago a mark)	10
der Motivation der Dozent*Innen?		0	10
mit dem Arbeitsklima während der	Schulung?	0	10 on the scale above)



der Schulung insgesamt?	0	10
		
	(Place a mark on th	e scale above)

Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen. \bigcirc Bestätigen



2

3

5

6

7

8

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.			
Vielen Dank!			
Vielen Dank:			
Seite 2 von 2			
Bei den folgenden Fragen geht es darum zu bewe unterstützt fühlen, spezifische ImPuls-Inhalte im			ung
Auf einer Skala von 0 bis 10, inwieweit fühlen Sie sich durch	die Schulung	mehr in der Lage,	
mit Patient*Innen eine Symptomsammlung im Rahmen des ImPuls-Programms durchzuführen?	0		10
		(Place a mark on the scale above)	
die gelernten Techniken der Gesprächsführung während des ImPuls-Programms umzusetzen?	0		10
		(Place a mark on the scale above)	
mit spezifischen psychischen Symptomatiken der ImPuls-Diagnosen (Depression, Angststörung, PTBS, Insomnie) umzugehen?	0		10
insomme) unizugenen!		(Place a mark on the scale above)	
mit Patient*Innen das Lauftraining im ImPuls-Programm durchzuführen?	0		10
		(Place a mark on the scale above)	
die Patient*Innen darin zu unterstützen, ihre individuelle Belastungsintensität zu steuern?	0		10
		(Place a mark on the scale above)	
mit Patient*Innen im Rahmen des ImPuls-Programms SMART-Ziele und deren Erreichung zu erarbeiten?	0		10
		(Place a mark on the scale above)	
mit Patient*Innen im Rahmen des ImPuls-Programms über mögliche Hürden & Hindernisse und deren Überwindung (Wenn-Dann-Pläne) zu besprechen?	0		10
		(Place a mark on the scale above)	
die Patient*Innen darin zu unterstützen zukünftig regelmäßig selbstständig sportlich aktiv zu werden.			



(Place a mark on the scale above)

Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen.

Bestätigen



19.06.2024 14:33

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.		
Vielen Dank!		
Seite 1 von 6		

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie sehr Sie den einzelnen Aussagen zustimmen. Sie können Ihre Antworten auf einer Skala von 1 "Stimmt überhaupt nicht" bis 6 "Stimmt genau" abstufen.

Inwiefern stimmen Sie folgenden Aussagen zu:

	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt	stimmt genau
Schwierigkeiten im Rahmen des ImPuls-Programms sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	0	0	0	0	0	0
Wenn ich im Rahmen des ImPuls-Programms mit einem Problem konfrontiert werde, habe ich meist mehrere Ideen, wie ich damit fertigwerde.	0	0	0	0	0	0
Was auch immer im Rahmen des ImPuls-Programms passiert, ich werde schon klarkommen.	0	0	0	0	0	0
Ich bin gut auf die Umsetzung des ImPuls-Programms vorbereitet.	0	0	0	0	0	0
Im Rahmen des ImPuls-Programms erreiche ich die Ziele, die ich mir setze.	0	0	0	0	0	0
Ich fühle mich den meisten Anforderungen des ImPuls-Programms gewachsen.	0	0	0	0	0	0
Ich bin zuversichtlich, die Inhalte des ImPuls-Programms wie geplant umsetzen zu können.	0	0	0	0	0	0
Ich traue mir zur, die ImPuls-Gruppen für Patient*Innen mit psychischen Erkrankungen adäquat leiten zu können.	0	0	0	0	0	0



Page	2
------	---

Ich schätze meine Fähigkeiten zur Umsetzung der ImPuls-Gruppensitzungen als hoch ein.	0	0	0	0	0	0
Sie haben nicht alle Fragen beantwor Beantwortung aller Fragen ist für die der Studie besonders wichtig - bitte o fehlenden Fragen ausfüllen oder rech dass eine oder mehrere Fragen unber sollen.	Aussagekr ben die ts bestätig	jen,	○ Bestätige	en		

19.06.2024 14:33

Bitte füllen Sie die Umfrag	ge aus.		
Vielen Dank!			
Seite 2 von 6			

Hier geht es nun um Ihre Teilnahme am ImPuls-Projekt. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch.

Schätzen Sie ein, wie gut je	Schätzen Sie ein, wie gut jede Aussage auf Sie zutrifft.						
	Trifft gar nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft weder nicht zu noch zu	Trifft eher zu	Trifft genau zu		
Ich mache die Arbeit im ImPuls-Programm gerne.	0	0	0	0	0		
Dinge, die ich im ImPuls-Programm lerne, finde ich für mein Leben im Allgemeinen nützlich.	0	0	0	0	0		
Es ist wichtig für mich, im ImPuls-Programm gute Arbeit zu leisten.	0	0	0	0	0		
Die Teilnahme am ImPuls-Programm macht mir Spaß.	0	0	0	0	0		
Die Teilnahme am ImPuls-Programm ist nützlich für meine Zukunft.	0	0	0	0	0		
Gute Arbeit im ImPuls-Programm zu leisten, bedeutet mir sehr	0	0	0	0	0		
viel. Was ich im ImPuls-Programm lerne, finde ich interessant.	0	0	0	0	0		
Die Inhalte des ImPuls-Programms werden mir in meinem Leben noch weiterhelfen.	0	0	0	0	0		
Gute Leistungen im ImPuls-Programm sind mir wichtig.	0	0	0	0	0		
Die therapeutische Arbeit mit Patient*Innen mit psychischen Erkrankungen fasziniert mich.	0	0	0	0	0		



Ich möchte mehr über die Behandlung von Patient*Innen mit psychischen Erkrankungen erfahren.	0	0	0	0	0
Auch nach Ende des ImPuls-Projektes möchte ich langfristig mit Patient*Innen mit psychischen Erkrankungen arbeiten.	0	0	0	0	0
lch würde gerne mehr Fortbildungen im Bereich psychischer Erkrankungen absolvieren.	0	0	0	0	0
Es war schon immer mein Wunsch, mit Patient*Innen mit psychischen Erkrankungen zu arbeiten.	0	0	0	0	0
Es war allein meine Entscheidung am ImPuls-Projekt teilzunehmen.	0	0	0	0	0
Wenn ich an den Start des ImPuls-Projektes denke, bin ich sehr motiviert.	0	0	0	0	0
Beantwortung aller Fragen ist für di der Studie besonders wichtig - bitte fehlenden Fragen ausfüllen oder red	haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine ntwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft Studie besonders wichtig - bitte oben die enden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, s eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben				

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.	
Vielen Dank!	

Seite 3 von 6

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen darüber, was man vom ImPuls-Programm erwarten kann und was man hoffen könnte. Geben Sie bitte an, inwieweit die einzelnen Aussagen Ihren augenblicklichen Eindruck wiedergeben. Bedenken Sie bitte, dass es hier keine richtigen und falschen Antworten gibt. Uns interessiert nur, was Sie persönlich gegenwärtig denken.

	überhaupt nicht	nicht	Stillillit Zul Halite	weitgehend	vollkommer
Ich befürchte, dass den Patient*Innen durch das ImPuls-Programm nicht geholfen werden kann.	0	0	0	0	0
Ich glaube, dass die Patient*Innen mit dem ImPuls-Programm die passende Therapie gefunden haben.	0	0	0	0	0
Ich glaube, dass die Probleme der Patient*Innen durch das ImPuls-Programm gelöst werden können.	0	0	0	0	0
Auch durch das ImPuls-Programm wird sich wohl an den Problemen der Patient*Innen nicht viel ändern.	0	0	0	0	0
Das ImPuls-Programm scheint mir für die Probleme der Patient*Innen angemessen zu sein.	0	0	0	0	0
Im Vergleich zu dem, was die Patient*Innen früher versucht haben, habe ich das Gefühl, dass sie jetzt das Richtige tun.	0	0	0	0	0
Genaugenommen bin ich eher skeptisch, ob das ImPuls-Programm den Patient*Innen helfen kann.	0	0	0	0	0



Page 2

Vielleicht wäre den Patient*Innen durch eine andere Behandlung besser geholfen.	0	0	0	0	0
Sie haben nicht alle Fragen beantwortet Beantwortung aller Fragen ist für die Au der Studie besonders wichtig - bitte obe fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts dass eine oder mehrere Fragen unbeant sollen.	ssagekraft n die bestätigen,	○ Bes	tätigen		



Seite 4 von 6

Bitte füllen Sie die Umfrage aus.	
Vielen Dank!	

Nachfolgend finden Sie einige Aussagen über das Arbeiten nach dem ImPuls-Programm. Wir würden gerne wissen, ob Sie der Aussage zustimmen oder nicht und in welchem Ausmaß. Wenn Sie keine eindeutige Meinung haben, versuchen Sie bitte herauszufinden, ob es sich eher um 'stimme zu' oder eher um 'stimme nicht zu' handelt. Wenn Sie es wirklich nicht wissen, können Sie die Option "stimme weder zu noch widerspreche ich" auswählen. Sollten Sie eine Aussage nicht bewerten können, geben Sie bitte "nicht anwendbar" an.

	stimmt überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	stimme weder zu noch widerspreche ich	stimmt zu	stimme vollkommen zu	nicht anwendbar
Das ImPuls-Programm lässt genügend Spielraum in Bezug auf mein therapeutisches Handeln.	0	0	0	0	0	0
Das ImPuls-Programm bietet mir genügend Raum, die individuellen Wünsche der Patient*Innen zu berücksichtigen.	0	0	0	0	0	0
ImPuls ist ein guter Ausgangspunkt, um mir Gedanken über meine eigenen Fähigkeiten zu machen.	0	0	0	0	0	0
Ich habe mir weder das Manual zum ImPuls-Programm komplett durchgelesen, noch erinnere ich mich an dessen Inhalt.	0	0	0	0	0	0
Ich möchte mehr über das ImPuls-Programm wissen, bevor ich mich dazu entscheide, es anzuwenden.	0	0	0	0	0	0
Es fällt mir schwer, alte Gewohnheiten zu ändern.	0	0	0	0	0	0
Ich denke, Teile des ImPuls-Programms sind für die Teilnehmenden ungeeignet.	0	0	0	0	0	0



Sie haben nicht alle Fragen beantwortet - Eine Beantwortung aller Fragen ist für die Aussagekraft der Studie besonders wichtig - bitte oben die fehlenden Fragen ausfüllen oder rechts bestätigen, dass eine oder mehrere Fragen unbeantwortet bleiben sollen.

○ Bestätigen



Stand: 21.03.22

Anleitung Rating und Auswertung Ratingbögen Video ImPuls

Sammlung Inhalte für die Schulung

- Schulung erfolgt anhand von Videos (acht pro Rater), die nicht für die Auswertung randomisiert wurden. Ggf. sollten die Ratingbögen auf Basis der Erfahrungen in diesem Proberatings noch einmal angepasst/konkretisiert werden.
- Grober Aufbau der Intervention (Kernsitzungen, Gesprächsrunden und Laufeinheiten); Worum geht es bei der Intervention?
- Rater*innen lesen/kennen das Manual
- Weitere Inhalte sind Hintergrundwissen zur Gesprächsführung/active listening etc. (s. Inhalte/Begrifflichkeiten der Quality of Delivery Items klären)

2 Spezifische Auswertungsteile

2.1 Adherence (Manualtreue)

Der Manualtreuescore ist das zentrale Element der Videoratings

Ziel:

 Erstellung des Manualtreuescores, der abbilden soll, ob die Sport- und Bewegungstherapeut*innen die zentralen Elemente der ImPuls-Sitzungen so durchgeführt haben, wie sie im Manual vorgesehen sind (Umsetzung der Intervention, wie im Manual definiert).

Vorgehen:

- Element/Inhalt vorhanden nicht vorhanden wird bewertet mit einer Checkliste (Ja/Nein)
- Als Elemente wurden Kernelemente und allgemeine Elemente definiert
 - Kernelemente: Items, die vorab auf Basis des Manuals als Kernelemente identifiziert wurden.
 - Allgemeine Elemente: Items, die nicht als Kernelemente definiert sind (z. B. Begrüßung, Ziele, Stimmungsbarometer, Materialnutzung etc. ...)

Auswertung:

- Angabe des Manualtreuescores in % (alles Ja = 100%)
- einbezogen in den Score werden allgemeine Elemente und Kernelemente
- Hinweise auf Gütekritierien Reliabilität/Objektivität/Validität geben

Sonstige Hinweise:

Wann wird ein Ja bzw. ein Nein vergeben?

- Es geht nicht darum, jeden einzelne Aussage der Sport- und Bewegungstherapeut*innen mit dem Manual abzugleichen, sondern zu bewerten, ob sie sich prinzipiell an das Manual halten und die zentralen Funktionen/das zentrale Ziele (von uns vorab definiert und in Items abgebildet) der Sitzung umgesetzt haben. Bsp. Sitzung 1 (Manual, S. 111); Item: SBT stellt die Ziele des Programms vor:
 - Im Manual sind 7 Ziele aufgelistet (z. B. Aufbau von Wissen, Steigerung von Motivation langfristige Integration von SpA in den Alltag). Item wird mit JA bewertet, sobald der/die Sport- und Bewegungstherapeut*in eines der Ziele des Programms nennt. Item wird mit NEIN bewertet, wenn Sport- und Bewegungstherapeut*in keine Ziele des ImPuls-Programms anspricht.
- Der/die Sport- und Bewegungstherapeut*in soll alle Teilnehmenden mit in die Sitzungen einbeziehen. So steht es auch häufig im Manual. Bei den Items steht daher teilweise "SBT bespricht mit jedem/jeder TN die Herzfrequenzverläufe (Sitzung 4)"

Stand: 21.03.22

oder "SBT bietet jedem/r TN an mit ihr/ihm durchzugehen, ob die genannten Veränderungen in einer konkreten Situation (z. B. morgens beim Aufwachen, in der Vorlesung) bemerkbar wären (Sitzung 3)". → Darum soll es auch gehen: Die Teilnehmenden sollen nicht gezwungen werden sich immer und überall zu beteiligen, aber der/die SBT soll ihnen das ermöglichen/anbieten. Dann werden die entsprechenden Items mit JA bewertet.

2.2 Quality of Delivery

Definition: Kompetentes Verhalten der Therapeut*innen bezogen auf interventionsspezifische Kernkomponenten und/oder kompetentes therapeutisches Verhalten der Therapeut*innen, welches (wahrscheinlich) förderlich für Interventionseffekte ist (interventionsunspezifisch).

Ziel:

 Erfassung, inwiefern die Sport- und Bewegungstherapeut*innen in der Lage sind, (für sie teilweise neue) zentrale Merkmale der psychologischen Gesprächsführung in den Sitzungen umzusetzen. Dies ist jedoch nicht ganz einfach zu operationalisieren und sollte daher vorsichtig interpretiert werden.

Vorgehen:

- Auswahl von wiederkehrenden, standardisierten 4 Items zur Gesprächsführung bzw. therapeutischen Verhalten, welche im Manual (Sitzungen oder psychologische Techniken) hinterlegt und Inhalt der Therapeut*innenschulung waren.
- Die Items werden einmal pro Sitzung im Zusammenhang mit den zentralen Kernelementen der Sitzung abgefragt.
- Bewertung erfolgt auf einer 4-stufigen Skala: trifft zu (1), trifft eher zu (2), trifft eher nicht zu (3), trifft nicht zu (4)

Auswertung:

- Score f
 ür Quality of Delivery (Mean)
- Hinweise auf Gütekritierien Reliabilität/Objektivität/Validität geben

2.3 Zeit

Ziel:

- Diese Angaben dienen vor allem dem Prozessevaluationsteam als Hinweis, ob die Sitzungen in der vorgegebenen Zeit umsetzbar waren. Da wir aktuell noch keinen Einblick in die Videoaufnahmen haben (z. B. wann wurde Aufnahme und Stopp gedrückt), können wir aber aktuell noch keine Aussage treffen, wie belastbar diese Auswertung sein wird.
- Ziel ist es dadurch ein Gefühl für die zeitliche Machbarkeit der ImPuls-Sitzungen zu entwickeln.

Vorgehen:

- Die Zeit wird von der Begrüßung der TN durch den/die SBT bis zur Verabschiedung der TN durch den/die SBT erfasst.
- Die Zeit für die Laufeinheit wird von dem Zeitpunkt des Verlassens des Raums bis zum Betreten des Raums erfasst.

Auswertung:

- Die Items zu den Zeitangaben fließen nicht in die Auswertungen zu Adherence und Quality of Delivery ein.
- Die Zeitangabe zum Verlassen des Raums dient der groben Einschätzung, wie viel Zeit für die Laufeinheit gebraucht wurde. Einschränkend muss hier beachtet werden, dass Unterschiede hinsichtlich des Umziehens (im Raum, in Umkleide), der Vor-/Nachbesprechung (drinnen/draußen), der Dauer bis die Laufstrecke erreicht wird

Stand: 21.03.22

nicht erfasst werden und auf diese Zeit Einfluss nehmen können. Daher ist diese Angabe wirklich nur als grobe Einschätzung/Hinweis zu verstehen, was im Rahmen der Zeitangaben möglich ist.

3 Sonstiges

3.1 Verwendete Abkürzungen in den Ratingbögen

TN	Teilnehmende
SBT	Sport- und Bewegungstherapeut
Gruppennr.	Gruppennummer
S.M.A.R.T	Spezifisch- messbar- attraktiv- realistisch- terminiert

Fidelity Rating	Scale für Sitz	ung 1	: Einführung und	d Symptomsammlung
Gruppennr.			Datum (Sitzung)	
Rater*in			Datum (Rating)	
Manualtreuescore ((% Adherence &	Adher	ence Kernelemente)	
Wie viele Teilnehn	nende waren bei	der Sitz	zung anwesend?	
(Abgleich mit Anw	vesenheitslisten e	rforder	rlich)	
Wie lange dauert d	ie ImPuls-Sitzun	g (Beg	rüßung bis	min
Verabschiedung)?				
Wurde die Aufnahr	me während	Ja		Nein
der Laufeinheit pau	usiert?			
Wenn nein: Für wi	e lange wurde de	r Raun	n verlassen?	min
Kommentar/				
Notizen				
T d -				
Legende				
Adherence Adherence V	am alam anta			
Adherence K				
Quality of De	envery			
Begrüßung und V	orbesprechung			
SBT begrüßt TN.		Ja		Nein
SBT stellt sich vor	•	Ja		Nein
SBT nennt Ziele de	er Sitzung.	Ja		Nein
		•		
Programmvorstel	lung			
SBT stellt die Ziele		Ja		Nein
Programms vor.				

SBT erklärt seine	Ja	Nein
Schweigepflicht.		
SBT betont, dass TN alles sagen	Ja	Nein
dürfen, aber nicht müssen.		
Kennenlernspiel (Ball werfen, Na	men, Erwartungen an Prog	ramm und Erfahrungen
mit sportlicher Aktivität nennen)		Ç
SBT führt mit den TN das	Ja	Nein
Kennenlernspiel durch.		
Vorstellung App		
SBT stellt die TN-App vor.	Ja	Nein
SBT motiviert TN die App zu	Ja	Nein
installieren.		
Symptomsammlung (Kernelemer	nt 1)	
Der Symptom- bzw.	Ja	Nein
Teufelskreislauf wird eingeführt.		
Emotionale Symptome werden	Ja	Nein
erfragt.		
Kognitive Symptome	Ja	Nein
(Gedankenebene) werden erfragt.		
Behaviorale Symptome	Ja	Nein
(Verhaltensebene) werden erfragt.		
Somatische/körperliche Symptome	Ja	Nein
(Körperebene) werden erfragt.		
SBT schreibt die erfragten	Ja	Nein
SBT schreibt die erfragten Symptome auf ein	Ja □	Nein

SBT benennt die jeweiligen	Ja		Nein	
Ebenen.				
SBT erklärt, dass die	Ja		Nein	
symptombezogenen Ebenen				
zusammenhängen.				
Bewegungsspiel				
SBT führt das Bewegungsspiel	Ja		Nein	
durch.				
Zielkreislauf (Kernelement 2)				
SBT fragt nach Veränderung der	Ja		Nein	
Symptome der TN.				
	_		27.1	
SBT erklärt, dass sportliche	Ja		Nein	
Aktivität alle vier Symptomebenen			Ш	
verbessern und somit Teufelskreis				
durchbrechen kann.				
SBT hört aktiv zu (z. B.	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Wiederholen/Paraphrasieren,			J	J
Zusammenfassen, Nachfragen,				
Interesse zeigen, Verwendung von				
W-Fragen wie Was? Wer? Wie?				
Wann? Woran? Seit wann?				
Wodurch?).				
SBT lässt Ruhepausen und Zeit	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu □
zum Überlegen zu (hält auch				
einmal Stille aus).				
SBT bezieht alle TN mit ein	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
SBT bezieht alle TN mit ein (motiviert ggf. TN sich	Trifft zu □	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
(motiviert ggf. TN sich				
(motiviert ggf. TN sich einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv				
(motiviert ggf. TN sich einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv an, begrenzt ggf. TN, mit zu viel	□ Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
(motiviert ggf. TN sich einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv an, begrenzt ggf. TN, mit zu viel Redeanteil).				

TN, akzeptiert Grenzen, nach dem				
Motto ,,the patient is always				
right").				
Vorstellung von ImPuls (Ablauf u	ınd Inhalte)			
Plakat 1 "Programmübersicht"	Ja		Nein	
wird vorgestellt.				
Plakat 2 "Gemeinsames	Ja		Nein	
Lauftraining" wird vorgestellt.				
SBT betont, dass die TN bei der	Ja		Nein	
sportlichen Aktivität weder unter-				
noch überfordert werden.				
Plakat 3 "Wichtige Elemente der	Ja		Nein	
sportlichen Aktivität" wird				
vorgestellt.				
SBT betont, dass sich die	Ja		Nein	
Elemente von ImPuls an aktuellen				
wissenschaftlichen Befunden				
orientieren.				
Regeln und Grenzen				
Die Gruppe erarbeitet Regeln für	Ja		Nein	
den gegenseitigen Umgang.				
SBT notiert diese Regeln (für die	Ja		Nein	
TN ersichtlich).				
Es wird über die Schweigepflicht	Ja		Nein	
gesprochen.				
SBT erklärt die Grenzen von	Ja		Nein	
ImPuls.				

Hausaufgaben					
SBT gibt Hausaufgabe zu	Ja	Nein			
Arbeitsblatt 2.					
SBT gibt Hausaufgabe zu	Ja	Nein			
Arbeitsblatt 3.					
Abschied					
SBT fragt TN, ob es noch offene	Ja	Nein			
Fragen gibt.					
SBT verabschiedet sich.	Ja	Nein			

Fidelity Rating Scale für Sitzung 2: Einführung in das Lauftraining					
Gruppennr.			Datum (Sitzung)		
Rater*in			Datum (Rating)		
Manualtreuescore (% Adherence &	Adhere	ence Kernelemente)		
Wie viele Teilnehm	nende waren bei	der Sitz	zung anwesend?		
(Abgleich mit Anw	esenheitslisten e	rforder	lich)		
Wie lange dauert di	ie ImPuls-Sitzun	g (Begi	rüßung bis	min	
Verabschiedung)?					
Wurde die Aufnahr	me während	Ja		Nein	
der Laufeinheit pau	ısiert?				
Wenn nein: Für wie	e lange wurde de	r Raun	n verlassen?	min	
Kommentar/					
Notizen					
Legende					
Adherence					
Adherence K	ernelemente				
Quality of De	elivery				
Begrüßung und V	orbesprechung				
SBT begrüßt TN.		Ja		Nein	
SBT nennt Ziele de	er Sitzung.	Ja		Nein	
	-				
SBT bespricht die l	letzte Sitzung	Ja		Nein	
nach.					

Theoretische Einführung und Formulierung spezifischer Ziele (Kernelement 3)					
SBT achtet darauf, dass das Ziel	Ja		Nein		
symptombezogen (z. B.					
Steigerung der Schlafqualität;					
nicht: Fitnesssteigerung) ist.					
SBT achtet darauf, dass das Ziel	Ja		Nein		
durch Sport erreichbar ist.					
Vorbereitung Lauftraining: Selbs	stbeobachtung	g und Selbstst	euerung		
wahrgenommener und objektiver	Intensität (K	ernelement 8)		
SBT erarbeitet mit TN mögliche	Ja		Nein		
Schwierigkeiten (z. B. physisch:					
Seitenstechen, Schmerzen oder					
psychisch: plötzlicher					
Motivationsverlust, Über-					
/Unterforderung) bei dem					
gemeinsamen Lauftraining für					
eine realistische Erwartung.					
SBT hört aktiv zu (z. B.	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
Wiederholen/Paraphrasieren,					
Zusammenfassen, Nachfragen,					
Interesse zeigen, Verwendung von					
W-Fragen wie Was? Wer? Wie?					
Wann? Woran? Seit wann?					
Wodurch?).					
SBT lässt Ruhepausen und Zeit	Trifft zu □	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
zum Überlegen zu (hält auch					
einmal Stille aus).					
SBT bezieht alle TN mit ein	Trifft zu □	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
(motiviert ggf. TN sich				_	
einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv					
an, begrenzt ggf. TN, mit zu viel					
Redeanteil).					

SBT nimmt Aussagen der TN	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
ernst/zeigt Verständnis				
(nonverbal/verbal; z. B. validiert				
TN, akzeptiert Grenzen, nach dem				
Motto ,,the patient is always				
right").				

Vorbereitung Laufeinheit – Theoretische Einführung (Kernelement 8)				
SBT nutzt Plakat 2	Ja	Nein		
"Gemeinsames Lauftraining".				
SBT erklärt die Funktion und	Ja	Nein		
Benutzung der BORG-Skala.				
SBT erläutert die Verwendung der	Ja	Nein		
Pulsuhr.				
SBT erklärt den Ablauf der	Ja	Nein		
Lauftrainings.				
SBT stellt Trainingsmethoden	Ja	Nein		
(Intervallmethode, Dauerlauf) vor.				
SBT fragt nach Präferenzen der	Ja	Nein		
TN bezüglich der Methode				
(Intervall- oder Dauerlauf).				
SBT erläutert den Umgang mit der	Ja	Nein		
App beim Lauftraining (z. B.				
Timer, BORG Skala).				
SBT weist darauf hin, dass die TN	Ja	Nein		
Informationen zur Lauftechnik in				
der App finden.				
SBT erklärt, dass die	Ja	Nein		
Informationen in der App als				
Informationsquelle und				
Unterstützung für zu Hause dienen				
sollen, wenn TN allein laufen				
gehen sollten.				

SBT erklärt die Funktionen der	Ja	Nein
Pulsuhr (z. B. Startknopf).		
SBT hilft jedem/r TN die Pulsuhr	Ja	Nein
zu programmieren (Eingeben von		
Geburtsdatum etc.).		
Im Anschluss an praktische Einfü	ihrung: Selbstbeobachtung	und Selbststeuerung
wahrgenommener und objektiver	· Intensität (Kernelement 8)	
SBT stellt im Anschluss an das	Ja	Nein
Kennenlernen der Laufstrecke den		
TN Fragen zur subjektiven		
(BORG) und objektiven (Pulsuhr)		
Anstrengungsintensität (z. B.		
haben sich die zwei Intensitäten		
angenähert?).		
SBT stellt im Anschluss an das	Ja	Nein
Kennenlernen der Laufstrecke den		
TN Fragen zu aufgekommenen		
Schwierigkeiten.		
Hausaufgaben		
SBT teilt Arbeitsblatt 4 aus.	Ja	Nein
SBT nennt Beispiele (z. B.	Ja	Nein
allgemeines Ziel: bessere		
Konzentration → spezifisches		
Ziel: ich möchte 5 Seiten meines		
Buchs lesen ohne abzuschweifen)		
zur Veranschaulichung der		
Aufgabe.		
SBT fordert TN dazu auf ihre	Ja	Nein
Ziele auch in die App einzutragen.		

SBT erklärt TN, dass sie das Ziel	Ja	Nein
in der App mit dem SBT teilen		
müssen, damit dieser/diese es		
sehen kann.		
SBT weist darauf hin, dass sie	Ja	Nein
eine Liste mit regionalen		
Sportangeboten in der App		
finden.		
SBT erklärt TN, dass sie sich zu	Ja	Nein
Hause überlegen sollen, welche		
Sportarten sie sich für sich		
vorstellen können.		
Abschied		
SBT fragt TN, ob es noch offene	Ja	Nein
Fragen gibt.		
SBT verabschiedet sich.	Ja	Nein

Fidelity Rating Scale für Sitzung 3: Ausdauer, Ziele und Planung des					
selbstständigen	Trainings				
Gruppennr.			Datum (Sitzung)		
Rater*in			Datum (Rating)		
Manualtreuescore (% Adherence &	Adhere	ence Kernelemente)		
Wie viele Teilnehm	nende waren bei	der Sitz	zung anwesend?		
(Abgleich mit Anw	esenheitslisten e	rforder	lich)		
Wie lange dauert di	ie ImPuls-Sitzun	g (Begi	rüßung bis	min	
Verabschiedung)?					
Wurde die Aufnahr	ne während	Ja		Nein	
der Laufeinheit pau	isiert?				
Wenn nein: Für wie	e lange wurde de	r Raum	verlassen?	min	
Kommentar/					
Notizen					
Legende					
Adherence					
Adherence K	ernelemente				
Quality of De	elivery				
<u> </u>					
Begrüßung und V	orbesprechung				
SBT begrüßt TN.	1 11 11 19	Ja		Nein	
SBT nennt Ziele der Sitzung. Ja				Nein	
SBT bespricht die l	etzte Sitzung	Ja		Nein	
nach.	Ç				
		l			

Theoretische Einführung und Formulierung spezifischer Ziele (Kernelement 3)				
SBT nutzt Plakat 4 (S.M.A.R.T	Ja	Nein		
Methode).				
SBT benennt und erklärt alle	Ja	Nein		
einzelnen Kriterien (spezifisch,				
messbar, attraktiv, realistisch,				
terminiert) der S.M.A.R.T				
Methode.				
SBT erklärt Zweck und Ziel der	Ja	Nein		
S.M.A.R.TZiele (z. B.				
Durchhaltevermögen,				
Vermeidung Überforderung &				
Frustration, Unterstützung				
Aufbau/ Aufrechterhaltung				
Motivation).				
SBT bespricht mit TN	Ja	Nein		
Hausaufgabe (spezifische				
Zielformulierung) der letzten				
Sitzung.				
SBT erklärt, dass die	Ja	Nein		
Hausaufgabe auf die erste				
Komponente der S.M.A.R.T				
Methode (Spezifizität) abgezielt				
hat.				
SBT lässt sich Ziel jedes/r TN	Ja	Nein		
vorlesen.				
SBT bietet jedem/r TN an mit	Ja	Nein		
ihr/ihm durchzugehen, ob die				
genannten Veränderungen in einer				
konkreten Situation (z. B.				
morgens beim Aufwachen, in der				
Vorlesung) bemerkbar wären.				
SBT achtet im	Ja	Nein		
Entwicklungsprozess darauf, dass				

sich die Ziele ausschließlich auf				
die Symptomatik der TN beziehen				
(keine Sportziele, z. B. abnehmen,				
5km Laufen können etc.). [Falls				
die TN automatisch				
Symptombezogene Ziele wählen,				
hier auch "Ja" ankreuzen]				
SBT hört aktiv zu (z. B.	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Wiederholen/Paraphrasieren,				
Zusammenfassen, Nachfragen,				
Interesse zeigen, Verwendung von				
W-Fragen wie Was? Wer? Wie?				
Wann? Woran? Seit wann?				
Wodurch?).				
SBT lässt Ruhepausen und Zeit	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
zum Überlegen zu (hält auch				
einmal Stille aus).				
SBT bezieht alle TN mit ein	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
(motiviert ggf. TN sich				
einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv				
an, begrenzt ggf. TN, mit zu viel				
Redeanteil).				
SBT nimmt Aussagen der TN	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
ernst/zeigt Verständnis				
(nonverbal/verbal; z. B. validiert				
TN, akzeptiert Grenzen, nach dem				
Motto ,,the patient is always				
right").				

Laufeinheit: Stimmungsbarometer un	nd Rückbesprechung (Ke	rnelement 12)		
Vor der Laufeinheit	Vor der Laufeinheit			
SBT bittet TN, ihre aktuelle Stimmung	Ja	Nein		
am Stimmungsbarometer zu				
veranschaulichen.				
SBT weist TN darauf hin, dass die	Ja	Nein		
Stimmung auch in die App				
eingetragen werden soll.				
Nach der Laufeinheit				
SBT bittet TN, ihre aktuelle Stimmung	Ja	Nein		
am Stimmungsbarometer zu				
veranschaulichen.				
SBT macht eine Rückbesprechung des	Ja	Nein		
Lauftrainings (z. B. über				
Schwierigkeiten, positive Erlebnisse).				
SBT bezieht bei der Rückbesprechung	Ja	Nein		
das Stimmungsbarometer mit ein.				
SBT hebt bei der Rückbesprechung	Ja	Nein		
der Laufeinheit positive Erfahrungen				
der TN hervor oder erfragt konkret				
positive Erfahrungen, falls TN keine				
nennen.				
Unterstützung im Findungs- und Plan	ungsprozess "eigenständ	ige Sportaktivität"		
(Kernelement 9)				
SBT fordert TN dazu auf aus der	Ja	Nein		
Auswahl (App) 1-2 Sportaktivitäten				
auszusuchen.				

Abschied					
SBT fragt TN, ob es noch offene	Ja	Nein			
Fragen gibt.					
SBT verabschiedet sich.	Ja	Nein			

Fidelity Rating Scale für Sitzung 4: Ausdauer und Wirkungen von					
sportlicher Aktivität					
Gruppennr.	Datum (Sitzung)				
Rater*in	Datum (Rating)				
Manualtreuescore (% Adherence &	Adherence Kernelemente)				
Wie viele Teilnehmende waren bei	der Sitzung anwesend?				
(Abgleich mit Anwesenheitslisten e	erforderlich)				
Wie lange dauert die ImPuls-Sitzun	g (Begrüßung bis	min			
Verabschiedung)?					
Wurde die Aufnahme während	Ja	Nein			
der Laufeinheit pausiert?					
Wenn nein: Für wie lange wurde de	r Raum verlassen?	min			
Kommentar/					
Notizen					
Legende					
Adherence					
Adherence Kernelemente					
Quality of Delivery					
Begrüßung und Vorbesprechung					
SBT begrüßt TN.	Ja	Nein			
DD 1 00gram 111.					
SBT nennt Ziele der Sitzung.	Ja	Nein			
221 Hount Ziolo dei Bitzung.					
SBT bespricht die letzte Sitzung	□ Ja	Nein			
nach.					
114011.	_	_			

Selbstbeobachtung und Selbststeuerung wahrgenommener und objektiver Intensität					
(Kernelement 8)					
SBT geht mit jedem/r TN die	Ja	Nein			
Anstrengungsintensität (ggf.					
anhand des ausgedruckten					
Herzfrequenzverlaufs) während					
des 30min-Laufs durch.					
SBT verdeutlicht die Wichtigkeit	Ja	Nein			
des Intensitätsbereichs					
(mindestens moderat) für die					
Reduktion der					
psychopathologischen					
Symptomatik.					
Bei der Rückbesprechung der	Ja	Nein			
letzten Sitzung hebt der/die SBT					
positive Erfahrungen mit					
sportlicher Aktivität hervor.					
Konsequenzen sportlicher (In)Ak	tivität (Kernelement 12)				
SBT weist darauf hin, dass die TN	Ja	Nein			
Informationen zu den negativen					
Konsequenzen in der App finden.					
SBT nennt Konsequenzen	Ja	Nein			
sportlicher Inaktivität.					
SBT liest Fakten über positive	Ja	Nein			
Konsequenzen sportlicher					
Aktivität vor.					
SBT bittet TN, sich zu der Aussage	To.	Nein			
der wissenschaftlichen Befunde im	∏	_			
Doum zu pocitionionen die em					
Raum zu positionieren, die am stärksten auf sie zutrifft.					

SBT fragt nach Gründen für die	Ja		Nein	
Positionierung der TN.				
CDT resist deposit his deep die TN	I.o.		Nain	
SBT weist darauf hin, dass die TN	Ja		Nein	
Informationen zu den positiven				
Konsequenzen in der App finden.				
SBT stellt die nationalen	Ja		Nein	
Bewegungsempfehlungen vor (z.				
B. Grundlage, Ziele und Inhalte).				
SBT hört aktiv zu (z. B.	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Wiederholen/Paraphrasieren,				
Zusammenfassen, Nachfragen,				
Interesse zeigen, Verwendung von				
W-Fragen wie Was? Wer? Wie?				
Wann? Woran? Seit wann?				
Wodurch?).				
SBT lässt Ruhepausen und Zeit	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
zum Überlegen zu (hält auch				
einmal Stille aus).				
SBT bezieht alle TN mit ein	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
(motiviert ggf. TN sich				
einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv				
an, begrenzt ggf. TN, mit zu viel				
Redeanteil).				
SBT nimmt Aussagen der TN	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
ernst/zeigt Verständnis				
(nonverbal/verbal; z. B. validiert				
TN, akzeptiert Grenzen, nach dem				
Motto "the patient is always				
right").				

Laufeinheit: Stimmungsbarometer und Rückbesprechung (Kernelement 12)					
Vor der Laufeinheit					
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein			
Stimmung am					
Stimmungsbarometer zu					
veranschaulichen.					
Nach der Laufeinheit					
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein			
Stimmung am					
Stimmungsbarometer zu					
veranschaulichen.					
SBT macht eine	Ja	Nein			
Rückbesprechung des					
Lauftrainings (z. B. über					
Schwierigkeiten, positive					
Erlebnisse).					
SBT bezieht bei der	Ja	Nein			
Rückbesprechung das					
Stimmungsbarometer mit ein.					
SBT hebt bei der	Ja	Nein			
Rückbesprechung der Laufeinheit					
positive Erfahrungen der TN					
hervor oder erfragt konkret					
positive Erfahrungen, falls TN					
keine nennen.					
Unterstützung im Findungs- und	Planungsprozesseigenstä	ndige Sportaktivität"			
(Kernelement 9)	- mangapi ozoss mergenstu.				
SBT unterstützt TN darin/leitet	Ja	Nein			
TN darin an, dass sie eine					
selbstständige Sportaktivität					
festlegen.					

SBT erläutert, dass es nicht die	Ja	Nein
Sportart sein muss, die nun für		
immer ausgeführt wird, sondern		
helfen soll eine Sportart zu finden,		
die Spaß macht und die		
weitergeführt wird.		
SBT weist darauf hin, dass TN	Ja	Nein
auch das in der App integrierte		
Krafttraining als eigenständige		
Sportaktivität durchführen		
können.		
SBT fordert TN dazu auf in die	Ja	Nein
App einzutragen, wann, wo und		
wie sie selbstständig sportlich		
aktiv werden.		
SBT betont, wie wichtig die	Ja	Nein
Konkretisierung eines Sportplans		
für die Durchführung ist.		
Abschied		
SBT fragt TN, ob es noch offene	Ja	Nein
Fragen gibt.		
SBT verabschiedet sich.	Ja	Nein

Fidelity Rating Scale für Sitzung 7: Ausdauer und Zielüberprüfung					
Gruppennr.			Datum (Sitzung)		
Rater*in			Datum (Rating)		
Manualtreuescore (% Adherence &	Adher	ence Kernelemente)		
Wie viele Teilnehn	nende waren bei	der Sitz	zung anwesend?		
(Abgleich mit Anw	esenheitslisten e	rforder	·lich)		
Wie lange dauert d	ie ImPuls-Sitzun	g (Beg	rüßung bis	min	
Verabschiedung)?					
Wurde die Aufnahi	me während	Ja		Nein	
der Laufeinheit pau	ısiert?				
Wenn nein: Für wie	e lange wurde de	r Raun	ı verlassen?	min	
Kommentar/					
Notizen					
Legende					
Adherence					
Adherence Kernelemente					
Quality of De					
Quanty of De					
Begrüßung und V	orbesprechung				
SBT begrüßt TN. Ja		Nein			
SBT nennt Ziele de	SBT nennt Ziele der Sitzung. Ja			Nein	
SBT bespricht die l	letzte Sitzung	Ja		Nein	
nach.					

Rückbesprechung selbstständige sportliche Aktivität (Kernelement 9)				
SBT bespricht mit TN	Ja		Nein	
selbständiges Training (z. B.				
Schwierigkeiten,				
Möglichkeiten, Veränderung,				
Beitritt Sportverein).				
Abstufungen der Zielerreichung	der Teilnehm	er (Kerneleme	ent 4)	
SBT teilt Arbeitsblatt 7 aus oder	Ja		Nein	
zeigt den TN die				
Zielerreichungsskala in der App.				
SBT erklärt TN die	Ja		Nein	
Zielerreichungsskala				
(Spezifikation und Messbarkeit				
des Ziels).				
SBT fragt TN, woran sie merken,	Ja		Nein	
dass sie ihrem Ziel näherkommen.				
SBT weist TN an, zuerst 100%,	Ja		Nein	
dann 0% und 50% der				
Zielerreichung auf dem AB 7 oder				
in der App zu notieren.				
SBT hört aktiv zu (z. B.	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Wiederholen/Paraphrasieren,				
Zusammenfassen, Nachfragen,				
Interesse zeigen, Verwendung von				
W-Fragen wie Was? Wer? Wie?				
Wann? Woran? Seit wann?				
Wodurch?).				
SBT lässt Ruhepausen und Zeit	Trifft zu □	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
zum Überlegen zu (hält auch				
einmal Stille aus).				
SBT bezieht alle TN mit ein	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
(motiviert ggf. TN sich				

einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv				
an, begrenzt ggf. TN, mit zu viel				
Redeanteil).				
SBT nimmt Aussagen der TN	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
ernst/zeigt Verständnis				
(nonverbal/verbal; z. B. validiert				
TN, akzeptiert Grenzen, nach dem				
Motto ,,the patient is always				
right").				

Laufeinheit: Stimmungsbarometer und Rückbesprechung (Kernelement 12)				
Vor der Laufeinheit				
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein		
Stimmung am				
Stimmungsbarometer zu				
veranschaulichen.				
Nach der Laufeinheit				
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein		
Stimmung am				
Stimmungsbarometer zu				
veranschaulichen.				
SBT macht eine	Ja	Nein		
Rückbesprechung des				
Lauftrainings (z. B. über				
Schwierigkeiten, positive				
Erlebnisse).				
SBT bezieht bei der	Ja	Nein		
Rückbesprechung das				
Stimmungsbarometer mit ein.				
SBT hebt bei der	Ja	Nein		
Rückbesprechung der Laufeinheit				
positive Erfahrungen der TN				
hervor oder erfragt konkret				

positive Erfahrungen, falls TN		
keine nennen.		
Zielmetapher in Form eines Berg	es	
SBT nutzt ein Plakat mit	Ja	Nein
Bergbild.		
SBT erläutert das Bergbild als	Ja	Nein
Zielmetapher (Spitze des Berges =		
persönliches Ziel,		
Zwischenstationen = Teilziele,		
Wanderer = die TN auf dem Weg		
zur Zielerreichung).		
SBT lässt TN entscheiden, an	Ja	Nein
welche Stelle der Wanderer		
geklebt wird.		
SBT lässt TN erklären, wieso	Ja	Nein
genau an diese Stelle der		
Wanderer geklebt wurde.		
SBT verdeutlicht TN, dass	Ja	Nein
Zielerreichung Zeit braucht und es		
auch zu Rückschlägen (Umwege)		
kommen kann.		
SBT fordert TN dazu auf, in App	Ja	Nein
einzutragen, wo sie sich gerade		
auf der Skala befinden.		
Hausaufgaben		
SBT fordert TN dazu auf, zu	Ja	Nein
Hause die noch nicht bearbeiteten		
Teilziele auf Zielerreichungsskala		
einzutragen.		

Zielerreichungsskala in der App	_	
u benutzen.		
BT teilt Arbeitsblatt 8 aus.	Ja	Nein
BT fordert TN dazu auf, zu	Ja	Nein
Hause ein persönliches Bergbild		
nit Zwischenzielen zu gestalten.		
BT betont die Wichtigkeit der	Ja	Nein
Feilziele (z. B. wichtige		
Erfolgserlebnisse, man merkt,		
ass man schon etwas erreicht		
at).		
Abschied		
BT fragt TN, ob es noch offene	Ja	Nein
Fragen gibt.		
BT verabschiedet sich.	Ja	Nein
Hause ein persönliches Bergbild nit Zwischenzielen zu gestalten. BT betont die Wichtigkeit der Teilziele (z. B. wichtige Erfolgserlebnisse, man merkt, lass man schon etwas erreicht nat). Abschied BT fragt TN, ob es noch offene Fragen gibt.	Ja	Nein Nein Nein

Fidelity Rating	Scale für Sitz	ung 8	3: Ausdauer und S	S.M.A.R.TZiele
Gruppennr.			Datum (Sitzung)	
Rater*in	Datum (Rating)			
Manualtreuescore ((% Adherence &	Adhere	ence Kernelemente)	
Wie viele Teilnehn	nende waren bei	der Sitz	zung anwesend?	
(Abgleich mit Anw	vesenheitslisten e	rforder	rlich)	
Wie lange dauert d	ie ImPuls-Sitzun	g (Beg	rüßung bis	min
Verabschiedung)?				
Wurde die Aufnahi	me während	Ja		Nein
der Laufeinheit pau	ısiert?			
Wenn nein: Für wi	e lange wurde de	r Raun	n verlassen?	min
Kommentar/				
Notizen				
Legende				
Adherence				
Adherence K	ernelemente			
Quality of De	elivery			
Begrüßung und V	orhesprechung			
SBT begrüßt TN.		Ja		Nein
SB1 Segrant 11				
SBT nennt Ziele de	er Sitzung	Ja		Nein
	2.0206.			
SBT bespricht die	letzte Sitzung	Ja		Nein
nach.	<i></i>			

Laufeinheit: Stimmungsbarometer und Rückbesprechung (Kernelement 12)			
Vor der Laufeinheit			
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein	
Stimmung am			
Stimmungsbarometer zu			
veranschaulichen.			
Nach der Laufeinheit			
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein	
Stimmung am			
Stimmungsbarometer zu			
veranschaulichen.			
SBT macht eine	Ja	Nein	
Rückbesprechung des			
Lauftrainings (z. B. über			
Schwierigkeiten, positive			
Erlebnisse).			
SBT bezieht bei der	Ja	Nein	
Rückbesprechung das			
Stimmungsbarometer mit ein.			
SBT hebt bei der	Ja	Nein	
Rückbesprechung der Laufeinheit			
positive Erfahrungen der TN			
hervor oder erfragt konkret			
positive Erfahrungen, falls TN			
keine nennen.			
	,		
Persönliche Ziele auf S.M.A.R.T.	-Prinzip überprüfen (Kerne	element 5)	
SBT wiederholt das S.M.A.R.T	Ja	Nein	
Prinzip.			
SBT nutzt Plakat 4 zur	Ja	Nein	
Wiederholung des S.M.A.R.T			
Prinzips.			

SBT hebt Wichtigkeit der	Ja		Nein		
einzelnen Komponenten für					
Anstrengungsbereitschaft und					
Durchhaltevermögen für					
sportliche Aktivität hervor.					
SBT fordert TN auf, ihre Ziele (in	Ja		Nein		
der App) auf S.M.A.R.T. zu					
überprüfen.					
SBT hört aktiv zu (z. B.	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
Wiederholen/Paraphrasieren,					
Zusammenfassen, Nachfragen,					
Interesse zeigen, Verwendung von					
W-Fragen wie Was? Wer? Wie?					
Wann? Woran? Seit wann?					
Wodurch?).					
SBT lässt Ruhepausen und Zeit	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
zum Überlegen zu (hält auch					
einmal Stille aus).					
SBT bezieht alle TN mit ein	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
(motiviert ggf. TN sich					
einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv					
an, begrenzt ggf. TN, mit zu viel					
Redeanteil).					
SBT nimmt Aussagen der TN	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
ernst/zeigt Verständnis					
(nonverbal/verbal; z. B. validiert					
TN, akzeptiert Grenzen, nach dem					
Motto "the patient is always					
right").					

Unterstützungsfindungs- und Planungsprozess (Kernelement 9)				
SBT fragt nach, ob TN das	Ja	Nein		
nächste selbstständige Training				
(mit der App) geplant haben.				
Abschied	Abschied			
SBT fragt TN, ob es noch offene	Ja	Nein		
Fragen gibt.				
SBT verabschiedet sich.	Ja	Nein		

Fidelity Rating Scale für Si	tzung 1	l0: Stolpersteine ι	ınd Ausdauer
Gruppennr.		Datum (Sitzung)	
Rater*in			
Manualtreuescore (% Adherence	& Adher	ence Kernelemente)	
Wie viele Teilnehmende waren be	ei der Sit	zung anwesend?	
(Abgleich mit Anwesenheitslisten	erforder	rlich)	
Wie lange dauert die ImPuls-Sitzu	ing (Beg	rüßung bis	min
Verabschiedung)?			
Wurde die Aufnahme während	Ja		Nein
der Laufeinheit pausiert?			
Wenn nein: Für wie lange wurde	der Raun	n verlassen?	min
Kommentar/ Notizen Legende Adherence Adherence Kernelemente Quality of Delivery			
Begrüßung und Vorbesprechun			
SBT begrüßt TN.	Ja		Nein
SBT nennt Ziele der Sitzung.	Ja		Nein
SBT bespricht die letzte Sitzung	Ja		Nein
nach.			

Rückbesprechung selbstständige sportliche Aktivität (Kernelement 9)			
SBT bespricht mit TN	Ja	Nein	
selbständiges Training (z. B.			
Schwierigkeiten,			
Möglichkeiten, Veränderung,			
Beitritt Sportverein).			
Sammeln von Hürden & Hindern	issen, die von der SpA abh	alten könnten, Wenn-	
Dann-Pläne entwickeln für die Ü	•	,	
SBT fragt alle TN persönlich, ob	Ja	Nein	
er/sie sich gut auf die			
selbstständige Zeit ohne			
supervidierte Sitzungen			
vorbereitet fühlt.			
SBT erläutert, dass	Ja	Nein	
Schwierigkeiten/			
Unsicherheiten/Ängste normal			
sind und immer auftreten können.			
SBT nutzt Plakat mit Bergbild.	Ja	Nein	
SBT notiert antizipierte	Ja	Nein	
Schwierigkeiten der TN auf			
Stolpersteine und klebt sie auf das			
Bergbild.			
SBT lässt TN entscheiden bei	Ja	Nein	
welcher Etappe die Stolpersteine			
auftreten können (z. B. nur am			
Anfang oder am Ende).			
SBT erwähnt, dass es	Ja	Nein	
Möglichkeiten gibt			
Schwierigkeiten zu überwinden.			
SBT fragt, was TN bisher bei	Ja	Nein	
Überwindung von Barrieren			

geholfen hat bzw. was ihnen					
dabei helfen könnte.					
SBT führt Wenn-Dann-Pläne ein	Ja		Nein		
(Wenn = Barriere, Dann = Plan					
zur Überwindung).					
SBT nennt Funktion von Wenn-	Ja		Nein	Nein	
Dann-Plänen (durch Antizipation,					
schnellere Reaktion,					
automatischer Handlungsplan).					
SBT nennt (ein) Beispiel(e) für	Ja		Nein		
Wenn-Dann-Pläne.					
SBT betont, dass ein guter Plan	Ja		Nein		
spezifisch (auf eine konkrete					
Situation bezogen) ist und dass					
TN selbst davon überzeugt sein					
müssen, dass sie es umsetzen					
können.					
CDE C 1 EDIT C CH 1 1	Τ.,		Nein		
SBT fordert TN auf, für jede	Ja		TACIII		
Barriere nun einen eigenen	Ja □				
			_		
Barriere nun einen eigenen	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen.		trifft eher zu		trifft nicht zu	
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B.	Trifft zu		trifft eher nicht zu		
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B. Wiederholen/Paraphrasieren,	Trifft zu		trifft eher nicht zu		
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B. Wiederholen/Paraphrasieren, Zusammenfassen, Nachfragen,	Trifft zu		trifft eher nicht zu		
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B. Wiederholen/Paraphrasieren, Zusammenfassen, Nachfragen, Interesse zeigen, Verwendung von	Trifft zu		trifft eher nicht zu		
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B. Wiederholen/Paraphrasieren, Zusammenfassen, Nachfragen, Interesse zeigen, Verwendung von W-Fragen wie Was? Wer? Wie?	Trifft zu		trifft eher nicht zu		
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B. Wiederholen/Paraphrasieren, Zusammenfassen, Nachfragen, Interesse zeigen, Verwendung von W-Fragen wie Was? Wer? Wie? Wann? Woran? Seit wann?	□ Trifft zu □ Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B. Wiederholen/Paraphrasieren, Zusammenfassen, Nachfragen, Interesse zeigen, Verwendung von W-Fragen wie Was? Wer? Wie? Wann? Woran? Seit wann? Wodurch?).	Trifft zu		trifft eher nicht zu		
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B. Wiederholen/Paraphrasieren, Zusammenfassen, Nachfragen, Interesse zeigen, Verwendung von W-Fragen wie Was? Wer? Wie? Wann? Woran? Seit wann? Wodurch?). SBT lässt Ruhepausen und Zeit	□ Trifft zu □ Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B. Wiederholen/Paraphrasieren, Zusammenfassen, Nachfragen, Interesse zeigen, Verwendung von W-Fragen wie Was? Wer? Wie? Wann? Woran? Seit wann? Wodurch?). SBT lässt Ruhepausen und Zeit zum Überlegen zu (hält auch	Trifft zu □ Trifft zu □ Trifft zu □	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	
Barriere nun einen eigenen Wenn-Dann-Plan zu verfassen. SBT hört aktiv zu (z. B. Wiederholen/Paraphrasieren, Zusammenfassen, Nachfragen, Interesse zeigen, Verwendung von W-Fragen wie Was? Wer? Wie? Wann? Woran? Seit wann? Wodurch?). SBT lässt Ruhepausen und Zeit zum Überlegen zu (hält auch einmal Stille aus).	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	

an, begrenzt ggf. TN, mit zu viel				
Redeanteil).				
SBT nimmt Aussagen der TN	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
ernst/zeigt Verständnis				
(nonverbal/verbal; z. B. validiert				
TN, akzeptiert Grenzen, nach dem				
Motto ,,the patient is always				
right").				

Laufeinheit: Stimmungsbarometer und Rückbesprechung (Kernelement 12)				
Vor der Laufeinheit				
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein		
Stimmung am				
Stimmungsbarometer zu				
veranschaulichen.				
Nach der Laufeinheit				
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein		
Stimmung am				
Stimmungsbarometer zu				
veranschaulichen.				
SBT macht eine	Ja	Nein		
Rückbesprechung des				
Lauftrainings (z. B. über				
Schwierigkeiten, positive				
Erlebnisse).				
SBT bezieht bei der	Ja	Nein		
Rückbesprechung das				
Stimmungsbarometer mit ein.				
SBT hebt bei der	Ja	Nein		
Rückbesprechung der Laufeinheit				
positive Erfahrungen der TN				
hervor oder erfragt konkret				
positive Erfahrungen, falls TN				
keine nennen.				

Hausaufgaben					
SBT fordert TN dazu auf, zu	Ja	Nein			
Hause persönlich relevante					
Barrieren/Stolpersteine in ihr					
persönliches Bergbild					
(Arbeitsblatt 8) einzuzeichnen.					
SBT fordert TN dazu auf,	Ja	Nein			
mindestens drei Wenn-Dann					
Pläne zu formulieren und in der					
App zu hinterlegen.					
Abschied					
SBT fragt TN, ob es noch offene	Ja	Nein			
Fragen gibt.					
SBT verabschiedet sich.	Ja	Nein			

Fidelity Rating Scale für Sitzung 11: Ausdauer und Zusammenfassung						
Gruppennr.			Datum (Sitzung)			
Rater*in			Datum (Rating)			
Manualtreuescore (% Adherence &	Adher	ence Kernelemente)			
Wie viele Teilnehm	nende waren bei	der Sitz	zung anwesend?			
(Abgleich mit Anw	(Abgleich mit Anwesenheitslisten erforderlich)					
Wie lange dauert die ImPuls-Sitzung (Begrüßung bis				min		
Verabschiedung)?						
Wurde die Aufnahi	Wurde die Aufnahme während			Nein		
der Laufeinheit pau	isiert?					
Wenn nein: Für wie lange wurde der Raum verlassen?			n verlassen?	min		
Kommentar/						
Notizen						
Legende						
Adherence						
Adherence Kernelemente						
Quality of Delivery						
D "0 1 X7						
Begrüßung und V	orbesprecnung	T		N		
SBT begrüßt TN.		Ja		Nein		
		_				
SBT nennt Ziele de	er Sitzung.	Ja 		Nein		
SBT bespricht die l	letzte Sitzung	Ja		Nein		
nach.						

Rückbesprechung (Kernelement 6)					
SBT überprüft die Wenn-Dann-	Ja	Nein			
Pläne jedes/jeder TNs auf					
Spezifität (in einer konkreten					
Situation anwendbar) und					
individuelle Relevanz (schon					
einmal in der Vergangenheit					
geholfen, Barriere, die häufig					
auftritt).					
SBT erklärt, dass Wenn-Dann-	Ja	Nein			
Pläne immer wieder angepasst					
werden können.					
Sammeln von Hürden & Hindern	issen, die von der SpA abha	alten könnten, Wenn-			
Dann-Pläne entwickeln für die Überwindung der Schwierigkeiten (Kernelement 6) &					
(Kernelement 10)					
SBT führt den Begriff der	Ja	Nein			
Volition ein.					
SBT weist darauf hin, dass die TN	Ja	Nein			
Informationen zu diesen					
volitionalen Strategien in der App					
finden.					
SBT geht mit TN die effektivsten	Ja	Nein			
Umsetzungsstrategien für die					
Durchführung von sportlicher					
Aktivität durch.					
SBT betont Relevanz von	Ja	Nein			
Volition für langfristige					
Aufrechterhaltung.					
SBT fasst die volitionalen	Ja	Nein			
Strategien zusammen, die TN					
bereits in den letzten Sitzungen					

SBT betont, dass diese Strategien	Ja		Nein			
geübt werden müssen, damit diese						
automatisch umgesetzt werden.						
SBT erläutert TN, dass die teil-	Ja		Nein			
supervidierte Phase der stetigen						
Anwendung dieser Strategien						
dient und dazu die App weiterhin						
genutzt werden soll (Ziel-						
/Aktivitätstagebuch).						
SBT erklärt das Stattfinden des	Ja		Nein			
Unterstützertreffens und dessen						
Funktion.						
SBT ermittelt die Spezifität und	Ja		Nein			
persönliche Relevanz von Wenn-						
Dann-Plänen durch Fragen (z. B.						
hat Ihnen dieser Plan schon in der						
Vergangenheit geholfen?)						
SBT hört aktiv zu (z. B.	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu		
Wiederholen/Paraphrasieren,						
Zusammenfassen, Nachfragen,						
Interesse zeigen, Verwendung von						
W-Fragen wie Was? Wer? Wie?						
Wann? Woran? Seit wann?						
Wodurch?).						
SBT lässt Ruhepausen und Zeit	Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu		
SBT lässt Ruhepausen und Zeit zum Überlegen zu (hält auch	Trifft zu □	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu		
zum Überlegen zu (hält auch	□ Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu		
zum Überlegen zu (hält auch einmal Stille aus).						
zum Überlegen zu (hält auch einmal Stille aus). SBT bezieht alle TN mit ein	□ Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu		
zum Überlegen zu (hält auch einmal Stille aus). SBT bezieht alle TN mit ein (motiviert ggf. TN sich	□ Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu		
zum Überlegen zu (hält auch einmal Stille aus). SBT bezieht alle TN mit ein (motiviert ggf. TN sich einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv	□ Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu		
zum Überlegen zu (hält auch einmal Stille aus). SBT bezieht alle TN mit ein (motiviert ggf. TN sich einzubringen/ spricht ggf. TN aktiv an, begrenzt ggf. TN, mit zu viel	□ Trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu		

(nonverbal/verbal; z. B. validiert		
TN, akzeptiert Grenzen, nach dem		
Motto "the patient is always		
right").		

Laufeinheit: Stimmungsbaromete	er und Rückbesprechung (K	ernelement 12)
Vor der Laufeinheit		
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein
Stimmung am		
Stimmungsbarometer zu		
veranschaulichen.		
Nach der Laufeinheit		
SBT bittet TN, ihre aktuelle	Ja	Nein
Stimmung am		
Stimmungsbarometer zu		
veranschaulichen.		
SBT macht eine	Ja	Nein
Rückbesprechung des		
Lauftrainings (z. B. über		
Schwierigkeiten, positive		
Erlebnisse).		
SBT bezieht bei der	Ja	Nein
Rückbesprechung das		
Stimmungsbarometer mit ein.		
SBT hebt bei der	Ja	Nein
Rückbesprechung der Laufeinheit		
positive Erfahrungen der TN		
hervor oder erfragt konkret		
positive Erfahrungen, falls TN		
keine nennen.		

SBT fragt nach, ob TN das	Ja	Nein	
nächste selbstständige Training			
(mit der App) geplant haben.			
		•	
Abschied			
TN werden gefragt, welche und	Ja	Nein	
wie viele Personen sie aus ihrem			
Bekanntenkreis zum Unterstützer-			
treffen mitbringen werden.			
SBT fragt TN, ob es noch offene	Ja	Nein	
Fragen gibt.			
SBT verabschiedet sich.	Ja	Nein	



Interviewleitfaden Sport- und Bewegungstherapeut*Innen

ImPuls - Starke Psyche durch Motivation und Bewegung

Forschungsfrage

Welche Förderfaktoren und Barrieren nehmen Sporttherapeuten bei der Implementierung des ImPuls-Programms wahr?

Methode

Halbstandardisiertes / Semi-strukturiertes Interview

Einleitung zur Information der/s Befragten (vor Beginn der Aufzeichnung)

Danke, dass Du dir Zeit nimmst, um deine Erfahrungen bei der Durchführung des ImPuls-Programms mit mir zu teilen.

Ich würden das Interview gerne aufnehmen, daher erkläre ich dir nochmal kurz, was mit deinen Daten passiert: Alle Audiodateien werden pseudonymisiert gekennzeichnet (d.h. mit einem Code versehen). Die Aufnahmen werden nach dem Interview verschlüsselt auf einer Festplatte gespeichert, auf die nur die sportwissenschaftlichen Mitarbeiter des ImPuls-Projekts Zugriff haben. Danach wird die Aufnahme vom Aufnahmegerät gelöscht. In dieser Befragung möchten wir keine personenbezogenen Daten erfassen. Wenn Du während des Interviews Namen oder Orte nennst, werden diese bei der Transkription (Verschriftlichung) unkenntlich gemacht. Du kannst das Interview natürlich zu jeder Zeit und ohne Begründung beenden.

Gibt es an dieser Stelle von dir dazu noch Fragen?

Falls nicht, möchte ich dich noch bitten, die Fragen offen und ehrlich zu beantworten. Es geht im Wesentlichen darum, dass wir deine Erfahrungen in die vollständige Bewertung des Programms mit einbeziehen möchten. Du darfst gerne frei und ausführlich sprechen und dir für deine Antworten Zeit nehmen. Ich starte jetzt die Aufnahme.

[AUFNAHME STARTEN]



Einstieg

"Ice breaker"

Dann fangen wir doch erst einmal ganz allgemein an:

- Wenn Du an alle deine ImPuls-Gruppen zurückdenkst, was beschäftigt dich da am meisten?
 - o Welche besonderen Situationen gibt es, an die du dich zurückerinnerst?

Fragen zum Programm

Bei den folgenden Fragen soll es nun um das ImPuls-Programm gehen.

- Wenn Du aus heutiger Sicht das Programm als Ganzes nochmal vor Augen hast:
 - o Wo siehst du eine besondere Stärke des Programms?
 - o Wo siehst du eine besondere Herausforderung des Programms?

>>Themenbereiche zum Nachhaken<<

Umsetzung/Durchführung

Sprechen wir mal über die Umsetzung des ImPuls-Programms

- Was war für dich bei der Durchführung des ImPuls-Programms wichtig, um das Programm möglichst gut umsetzen zu können?
 - Aufrechterhaltungsfrage: Welche Erfahrungen hast du mit der ImPuls-App gemacht?
 - Nachfrage: Welche Erfahrungen hast du damit gemacht, wie die Teilnehmer die App nutzen.
 - Nachfrage: Welche Erfahrungen hast du mit dem Therapeuten-Interface gemacht?
- Was waren die besonderen Erfahrungen bei der Umsetzung des Programms speziell mit Blick auf "Menschen mit psychischen Erkrankungen"?
 - Nachfrage: Was hast du für Erfahrungen in Bezug auf unterschiedliche
 Symptomatiken / Ziele+Barrierenmanagement / Gruppendynamiken gemacht?
- Welche Erfahrungen hast du während den Telefonkontakten sammeln können?

Organisation (Vor-/Nachbereitung, Unterstützung und Austausch)

Denken wir mal an das "Drumherum" des ImPuls-Programms:

- Inwiefern hast du dich durch die Schulung auf das ImPuls-Programm vorbereitet gefühlt?
 - o Nachfrage: Welche Maßnahmen waren gut?
 - Nachfrage: Inwiefern siehst du Verbesserungspotential?
- Wie gestaltete sich die 20 minütige Vor
 – und 10 minütige Nachbereitung bei den einzelnen ImPuls-Sitzungen?
- Inwiefern hattest du die Möglichkeit, deine Erfahrungen im ImPuls-Programm mit jemandem zu teilen?
 - Nachfrage: Wie haben die Angebote unsererseits funktioniert? (Supervision, Intervision)
 - Nachfrage: Gibt es Wünsche und Anregungen hierzu?
 - Nachfrage: Gab es über den Kontakt zum Forschungsteam und die Supervision hinaus noch andere Kontakte (Arbeitsumfeld)?



Abschluss

Ausblick

Wagen wir mal noch einen kleinen Blick in die Zukunft:

 Was würdest du uns mitgeben wollen für die erfolgreiche Etablierung eines solchen Programms?

Jetzt haben wir viel über das Programm geredet, aber...

• Inwiefern hast du aus dem ImPuls-Programm was mitgenommen, das dir auch in deiner alltäglichen Arbeit nutzt?

Damit kommen wir auch schon zum Abschluss unseres Gesprächs – zunächst einmal vielen Dank, dass Du deine Erfahrungen mit mir geteilt hast!

• Sind für dich jetzt im Interview noch wichtige Themen offengeblieben, die noch nicht zur Sprache kamen?

Wenn du keine weiteren Anliegen hast, dann sage ich "Vielen Dank für deine Zeit!", stoppe die Aufnahme und beende damit das Interview.

[AUFNAHME STOPPEN]

Leitfaden Fokusgruppeninterview ImPuls

Einleitung: Zunächst herzlichen Dank, dass Sie heute hier sind und sich die Zeit im Rahmen des ImPuls Projekts nehmen, an dieser Gruppendiskussion teilzunehmen. Sie haben uns ja, auch dafür sind wir sehr dankbar, schon an der ein oder anderen Stelle Ihre Erfahrungen im Rahmen des Projektes mitgeteilt. Zum Beispiel waren einige Zentrumsverantwortliche 2021 schon hier in Tübingen.

Um solche Erfahrungen wissenschaftlich auswerten zu können und vor allem jetzt nochmal nachzuhorchen, nachdem alle ImPuls Gruppen bei Ihnen in den Zentren gelaufen sind, führen wir heute diese Gruppendiskussion durch. Wir müssen das dafür aufzeichnen. Namen und persönliche Informationen werden bei der Verschriftlichung des Materials geschwärzt. Ihre Namen und die Zentren tauchen bei der Weiterverarbeitung der Daten nicht mehr auf.

Zum Ablauf: Ich hab einen ganzen Packen Fragen mitgebracht. Mal weniger detailliert, mal etwas detaillierter. Dabei gibt es keine richtigen und falschen Antworten. Wir sind an Ihren Erfahrungen und Meinungen interessiert. Diese gerne unverblümt äußern. Das hilft uns dabei, dass sich der Weg von ImPuls fortsetzt. Auch wenn Themen bereits in der Vergangenheit diskutiert wurden sollten diese heute zum Tragen kommen. Jetzt ist die Gelegenheit, alles systematisch aufzunehmen. Wenn Sie das Gefühl haben, etwas einbringen zu wollen, dann tun sie das jederzeit! Auch wenn wir schon ein Thema weiter sind. Oft fällt einem ja etwas erst später ein. Wenn Sie das Gefühl haben, es passt nicht zum Thema – ganz egal. Sofern Sie etwas reinbringen möchten – jederzeit! Zu dem Gespräch ist für uns wichtig, dass Sie einander ausreden lassen und nicht gleichzeitig reden, das können wir auf dem Recorder schwer verstehen.

Ich werde das Gespräch moderieren. Wenn Sie im Laufe der Punkte, die so kommen, auch Rückfragen an uns haben – auch an die sonstigen Zuhörenden – dann ist das wichtig. Wir werden auf diese Fragen im Nachgang der Gruppendiskussion gerne zurückkommen. Im Laufe des jetzigen Gesprächs würde das allerdings den Rahmen sprengen.

Lassen Sie uns starten.

Sie sehen hier ein abgedrucktes Koordinatensystem mit zwei Achsen. Zum einen "Umsetzbarkeit" (feasibility) für sie als Zentrum. Und zum anderen die "Angemessenheit" (appropriateness) des ImPuls Programms für die Zielgruppe "Patienten mit psychischen Erkrankungen". Jede(r) von Ihnen nimmt sich bitte einen Klebepunkt und ich würde Sie bitten diesen so aufzukleben, dass es Ihre Ansicht wiedergibt: wie umsetzbar und angemessen erachten Sie das ImPuls Programm nach den Erfahrungen, die Sie nun gesammelt haben.

Einstieg:

Ihre Einschätzungen auf dem Koordinatensystem zeigen (z. B. unterschiedliche								
Bewertungen oder "sehr ähnliche Tendenzen" oder "gehen weitgehend in eine								
ähnliche Richtung, aber mit Abweichungen", oder "sind s	ehr unterschiedlich zu							
betrachten, was Umsetzbarkeit und Angemessenheit angeh	t"). Können Sie erzählen,							
wie Sie zu Ihren Einschätzungen gekomme	en sind?							
Konkrete Nachfragen (bei wenigen Rückmeldungen) Aufrechterhaltungsfragen								
- Im Speziellen: wie sind Sie zu Ihrer Einschätzung	- Wie meinen Sie das?							
hinsichtlich Umsetzbarkeit gekommen?	- Können Sie das noch							
- Wie sind Sie zu Ihrer Einschätzung bzgl. Angemessenheit	genauer							
gekommen?	beschreiben?							

- Was geht Ihnen denn durch den Kopf, wenn Sie über die Umsetzbarkeit von ImPuls denken?
- Was geht Ihnen denn durch den Kopf, wenn Sie über die Angemessenheit von ImPuls nachdenken?
- Können Sie zu diesem Aspekt noch mehr erzählen?
- Wie sehen das die anderen?
- Was ist aus Ihrer Sicht sonst noch erwähnenswert?
- Woran könnte dies aus Ihrer Sicht liegen?

Erfahrungen mit der Implementierung (Schwerpunkt: Barrieren und Förderfaktoren):

Welche Erfahrungen haben Sie bei der Einbettung der Intervention in Ihrer								
Einrichtung gemacht?								
Konkrete Nachfragen (bei wenigen Rückmeldungen bzw.	Aufrechterhaltungsfragen							
"fehlenden" Aspekten)								
- Welche Aspekte gab es, die es Ihnen erleichtert haben, das	- Wie meinen Sie das?							
ImPuls Programm zu integrieren?	- Können Sie das noch							
- Welche Aspekte waren eine Herausforderung, wenn es	genauer							
darum ging, das ImPuls Programm zu integrieren?	beschreiben?							
- Wie sind Sie mit diesen Herausforderungen umgegangen?	- Können Sie zu							
- Welche Erfahrungen haben Sie speziell mit der	diesem Aspekt noch							
Patientengruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen	mehr erzählen?							
gemacht?	- Wie sehen das die							
- Welche Erfahrungen haben Sie mit der Therapieplanung	anderen?							
gemacht (z. B. der zeitliche Einpassung, Terminierung der	- Was ist aus Ihrer							
Gruppenstarts, bzw. die Vor-/Nachbereitungszeit)?	Sicht sonst noch							
- Welche Erfahrungen haben Sie mit der Impuls-App	erwähnenswert?							
gemacht?	- Woran könnte das							
- Welchen Stellenwert hatte aus Ihrer Sicht die Supervision?	aus Ihrer Sicht							
- Welchen Stellenwert hatte aus Ihrer Sicht interdisziplinärer	liegen?							
Austausch?								

Ausblick auf die Gesundheits- und Krankenversorgung:

Was können Sie uns mitgeben für die erfolgreiche Etal	olierung des ImPuls
Programms in der Versorgung?	
Konkrete Nachfragen (bei wenigen Rückmeldungen, bzw.	Aufrechterhaltungsfragen
"fehlenden" Aspekten)	
- Wenn das ImPuls Programm nach Projektende Eingang in	- Wie meinen Sie das?
die Versorgung fände, welche Vertragsform, welche	- Können Sie das noch
Versorgungsform wäre hier aus Ihrer Sicht sinnvoll?	genauer
- Wie kann aus Ihrer Sicht zukünftig die Rekrutierung von	beschreiben?
Patientinnen und Patienten gelingen?	- Können Sie zu
- Welche vorbereitenden Maßnahmen braucht es dafür für	diesem Aspekt noch
neue Zentren?	mehr erzählen?

- Welche räumlichen Voraussetzungen müssen Zentren aus Ihrer Sicht erfüllen?
- Welche personellen Voraussetzungen müssen Zentren aus Ihrer Sicht erfüllen?
- Welche Voraussetzungen sollten Therapeutinnen und Therapeuten aus Ihrer Sicht erfüllen?
- Wie sollten Schulungen bzw. Vorbereitungen für Zentren aussehen?
- Wie sollten Schulungen bzw. Vorbereitungen für Therapeuten aussehen?

- Wie sehen das die anderen?
- Was ist aus Ihrer Sicht sonst noch erwähnenswert?
- Woran könnte das aus Ihrer Sicht liegen?

Gibt es Fragen seitens der Zuhörenden?

Abschluss:

	Aufrechterhaltungsfragen
- Sind aus Ihrer Sicht noch Themen offen geblieben?	- Wie meinen Sie das?
- Haben Sie Fragen an das Projektteam?	- Können Sie das noch
- Zum Abschluss würde uns noch Ihre Einschätzung	genauer
interessieren: Was haben Sie persönlich aus dem ImPuls	beschreiben?
Projekt mitgenommen?	- Können Sie zu
	diesem Aspekt noch
	mehr erzählen?
	- Wie sehen das die
	anderen?
	- Was ist aus Ihrer
	Sicht sonst noch
	erwähnenswert?
	- Woran könnte das
	aus Ihrer Sicht
	liegen?

Anlage 7: Prozessevaluation, Kategoriensystem Interviewmaterial

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
Umsetzung der Intervention (mit Patienten)	Арр		Alles bezüglich der ImPuls-App	ImPuls-App, Wertung App, Intervall-Timer, handhabbarkeit der App, technische Probleme	Schwierig, <u>aber</u> : ich will sie nicht verteufeln, weil ich finde für die Zeit nach der Intervention ist die App eine gute Sache. (I: mhm) Weil ähm einmal weil ich es sehen kann, weil ich überprüfen kann: "Hey was macht er denn?" (I: mhm) Ja wie geht es ihm denn und so weiter, für die, die sie nutzen. (I: mhm) Und weil ich auch immer noch glaube, dass- ich bin auch einer der einen Fitnessuhr trägt. Wenn ich sehe, was ich mache, das ist einfach gut. (I: mhm) Das hilft mir dranzubleiben, das motiviert, es ist weniger Frustration ja. Und deswegen finde ich die App während dem Programm schwierig, also während der Intervention, also während der Präsenz. Aber danach eigentlich eine gute Sache! #00:38.47# I: Also für die Teil-Supervidierte Phase? #00:38:48# SBT: Genau richtig! #00:38:49# (Transkript 3, in06we28, Pos 62) SBT: Ähm ich fand die App bedingt gut, weil sie zum einen (_) so wie ich des ähm gesehen hab diese Intervalle nicht immer äh nicht richtig abgespeichert waren, hatte ich den Eindruck. Also ich habe das Mal für mich privat durchgemacht, da hat das einfach nicht so übereingestimmt mit dem, was im Buch steht. Ähm dann war des ähm also die Zwischenbewertung, man hätte ja zwischen, während des Laufens, auch noch mal eine Bewertung abgeben müssen, wie anstrengend und sowas. Das haben die gar nicht gemacht, weil die mit Laufen und anderen Sachen, Puls und so, beschäftigt waren und das war dann eben- lief nur darauf hinaus, dass die vorher und am Ende quasi diese Eingaben gemacht haben, also es war f- auch da hab ich ein Gerät in der Hand und da was und ähm (_) wenn die eh schon überfordert sind allein in die Bewegung zu gehen und dann kommen noch solche Sachen dazu, das fand ich ein bisschen (I: mhm) too much. (I: ja ja. U-) Und so hilfreich fand ich die App ehrlich gesagt auch nicht (BEIDE SCHMUNZELN), die wurde auch nicht äh privat von denen genutzt. #00:07:13#	
	Therapeute ninterface + Telefon- kontakte		Alles bezüglich des Therapeuteninterfa ces, Erfahrungen bezüglich der Telefonkontakte	Therapeuten- Interface, Terminierung von Telefonkontakten Telefonkontakte, Patient wird (nicht) erreicht, Telefon als Medium, Telefonat,	I: Und jetzt hast du das Therapeuten-Interface angesprochen, für die teilsupervidierte Phase (SBT: ja). Was waren da deine Erfahrungen? #00:42:10# SBT: Ähm auch gemischt. Ähm weil es eben auch viele gab, die die App nicht genutzt haben. Ähm war dann für mich auch klar: "Okey, brauch ich gar nicht reingucken, weil da hat sich gar nichts getan." Ähm was ich natürlich gut fand, ähm wenn ich mich dann eben auch oft- das war dann eher bei dem Telefonkontakt, wo ich mich dann ein bisschen vorbereiten konnte. Aber auch bei der aktiven Phase ähm, dass ich halt gesehen habe: "Okey da läuft es noch gar nicht!" Bei der Def- oder bei der Formulierung. Wenn ich dann (_) also das klassische, das ist irgendwie oft vorgekommen: Da steht dann spezifisch Doppelpunkt und einfach nur ein: JA! (I LACHT). Ja, es ist spezifisch (I LACHT): Nein! (LACHT) Ähm sowas kam dann oft vor. Dann wusste ich: "Okey jetzt muss ich vielleicht ein bisschen Zeit von dem Abkapseln und nochmal über das zu reden ja." (I: mhm) Und so Sachen. Da weiß man dann	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
				teilsupervidierte Phase	schon: "Okey bei dem hat das geklappt mit der Formulierung!" "Da hat es nicht so geklappt!" Von dem her eigentlich eine gute Sache. Auch Bedienung einfach gewesen. (I: mhm) Ähm muss natürlich immer gucken: "Okey welches Pseudonym ist jetzt wer?" Damit ich das auch zuordnen kann, aber das hat man relativ schnell gehabt. (Transkript 3, in06we28, Pos 67-68) Ähm aber wenn man da mal jemand nicht erreicht hat, war es immer schwierig, weil wenn ich dann jemand nicht erreicht habe und die anderen abgearbeitet habe, da bin ich ja dem Tagesgeschäft nicht nachgegangen, sag ich mal (LACHEND) und hab weiter normal gearbeitet beim Patient. Und wenn dann jemand wieder zurückgerufen hat, dann musst wieder hin und das war dann immer schwieri (3. Transkription-in06we28, Pos. 74) Äh für mich war es dann in der Anwendung tatsächlich hilfreich ein Blatt mit Notizen für jede, also nummeriert für jedes Telefonat zu haben. So habe ich alles im Blick! Wenn ich für jedes Gespräch drei Seiten hätte (_) ist nicht praktisch! (I: mhm) Ähm von dem her habe ich sehr genaue Aufzeichnungen, wo ich anknüpfen konnte und die Ziele die man so zwischendurch, Zwischenziele, Etappenziele und so, die sind alle drin. Oft das SMART Ziel noch, passt ist drin! Dann am Datum, dann schon die Zukunft gesehen. Also da und da bis zum Telefontermin sieben. Äh dann konnte ich das Ziel auch nachfragen, Zwischenziel. Also da hatte ich das Gefühl gehabt, man ist schon eng dabei. Und das ist halt übersichtlich, wenn man das schafft, das so aufzuschreiben. Das habe ich einfach so angefangen (I: mhm) und das hat mir geholfen. Also von dem her finde ich die Telefonphase sehr wichtig.	
	Umgang mit dem Manual		Vom Manual abweichendes oder mit Manual übereinstimmende s Handeln Einstellung zum Arbeit mit Manual	z.B. Abweichung aufgrund notwendiger individueller Behandlung v. Patienten, Standardisierung (arbeiten nach manual) vs Individualisierung (eingehen auf Patienten)	"Wir haben eine Theorie gehabt und dann sind wir in die Praxis raus und haben gejoggt (I: mhm) Und oftmals war das aber dann das Problem. Die wollten dann sogar, aber ging dann halt nicht wegen Schmerzen oder so weiter. (I: mhm) Und da habe ich dann halt klar, auch ein bisschen- bin ich ein bisschen vom Manual abgewichen sage ich mal und habe gesagt: "Okey, wir machen dann ein paar gymnastische Übungen." (I: mhm) Allerdings begrenzt draußen halt. Da konnte man ja nicht hinlegen oder so. (I: mhm) Und die anderen sind dann im Kreis gelaufen (LACHEND) halt, das war dann auch okey, aber war schwieriger. ###	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
	Gruppe	Gruppenpr ozesse	Besonderheiten im Umgang mit PMD, Herausforderungen Kontakt mit PMD "Ansprache" von SBT an Patient/Kommunikati on zwischen SBT und Patient -Bewertung von Interaktionen -Explizite Interaktionen Gruppendynamiken (Interaktion zwischen den patienten)	Beispielhafte Situationen mit Patienten während den Sessions, Explizite Kommunikation zwischen SBT und Patienten Interaktionen zwischen Patienten	Das war (RAUSCHT) das muss die zweite Stunde gewesen sein. Also erstmal eine Laufeinheit. (I: mhm) Erst ist ja ohne - nur Theorie - gewesen, ähm und dann saß eine Teilnehmerin da perfekt ausgerüstet. Also Laufschuhe ähm Laufleggins, Funktionsjacke und die ist letztlich unvermittelt in Tränen ausgebrochen: Sie weiß gar nicht, ob sie überhaupt das richtige dabei hat! Und ist dann auch aus dem Bild raus, hat sich so im Raum noch aufgehalten. Ähm alle anderen waren still. Lich war nur kurz still und habe es dann moderiert und habe ihr dann angeboten, es ist alles okey und sie kann wieder reinkommen, wenn sie möchte! Und das war dann okey, weil weil wir das dann beim Laufen nochmal thematisiert hatten und zwar sie zuerst. Ähm hat sich entschuldigt und dann sind wir so ins Gespräch gekommen und die Gruppe konnte sehr gut mit umgehen, weil die Vorgespräche eben auch stattgefunden haben. (6. Transkription-el07er25, Pos. 18) Das passt aus meiner Sicht, sage ich mal, egal welche- also da war die Heterogenität für mich nicht so problematisch (I: mhm), was ich eigentlicheigentlich komisch ja, weil das ist ja eigentlich, das wo ich nicht zu Hause bin, sage ich mal (I: mhm) als jetzt die orthopädische Seite (I: mhm) und die physische Seite. <a "hey="" #00:04:51#="" (3.="" (i:="" 18)="" 30,="" 40="" aber="" absoluter="" also="" angemeldet="" angemeldet.="" bereit="" besser="" bewegungsarm="" bin="" bock="" da.="" dafür="" danach="" darauf="" das="" dass="" der="" derjenige,="" die="" die-="" dieses:="" du="" eher="" einerseits,="" einfach="" es="" ganz="" gar="" gehen="" gehofft,="" geht,="" geht.="" gibt="" gruppe,="" haben="" halt="" hat="" heil="" href="####################################</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Gruppenstr
ukturen</td><td>Charakteristika (Besonderheiten) der Patienten mit Bezug zu Krankheitsbildern, sportlicher Leistungsfähigkeit, Dropouts Untersch. Leistungsniveaus, orthopädische Einschränkungen</td><td>Homogene/ Heterogene Gruppenzusammenset zung, Krankheitsbilder, Leistungsfähigkeit</td><td>Ähm und ja was- was ich auch mit Abstand am schwersten fand, wo ich mich auch teilweise so ein bisschen geärgert hab muss ich sagen, war auch so ein bisschen der Aufbau der Gruppen. Also diese extreme Heterogenität, die Zuweisung. Also da war dann ähm (_) ein 27-Jähriger, der halt in Corona-Zeit jetzt ein bisschen weniger Sport gemacht hat (I: mhm) aber sonst 3 mal in der Woche ins Fitnessstudio geht und 2 mal joggen geht. (I: mhm, (LACHT)) Der war da dabei, wo ich so gedacht habe: " hätten="" i:="" ich="" ihnen="" ins="" irgendwie="" ist="" ja="" jetzt="" joggen="" kein="" kilo="" klar="" macht="" mal="" mal.="" maximal="" mhm)="" mich!"="" mit="" nicht="" nicht,="" niemals="" ob="" okey!"="" pos.="" programm="" sage="" sagen,="" sbt:="" schaffen.="" selbst="" sich="" sie="" so="" sondern="" sonst="" sportneuling="" td="" transkription-in06we28,="" trotzdem="" tun,="" und="" viele="" vielleicht="" wahrscheinlich="" walkt="" waren="" was="" weiter.="" weiß="" wird,="" wo="" würde="" würdest="" ziel="" zu="" ähm="" übergewicht="" —<=""><td></td>	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
					mäßige. (3. Transkription-in06we28, Pos. 18 – strittiges Bsp. Weil auch Erwartungshaltung v Patienten mit drin steckt)	
	Anbieterqu alifikation (SBT) Ggf umbenenn en in "persönlich e Voraussetz ungen der Umsetzend en SBTs"		Qualifikation/ Vorerfahrungen seitens der SBT, Ausbildung, Einstellungen ggnüber Arbeit mit PMD	Grad der Un- /Sicherheiten gegenüber Umsetzung, Persönliche Voraussetzung (Qualifikation, Vorerfahrung, Unsicherheiten etc.)		
	Umsetzung allgemein (infrastrukt ur(elle), Rahmenbe dingungen)		Rahmenbedingung en, die übergeordnet für die Umsetzung von Theorie und Praxis eine Rolle spielen.	Räumliche Gegebenheiten, Material, Laufstrecke, Strukturmerkmale Zentrum, Personelle Voraussetzungen	SBT: Also zumindest müssen die Teilnehmenden vorbereitet werden auf gewisse Situationen. (I: mhm) Und was uns geholfen hat, also wir haben hier dann ähm eine Strecke, die war 400 Meter hoch und runter laufen können. Dann sehen sich die immer wieder. (I: mhm, mhm) Und man kann die Wendepunkte dann verkürzen für die Langsameren. Das geht dann schon. Aber das hat vielleicht nicht jeder, jede ImPuls Gruppe. Ja also am Sportplatz habe ich es ähnlich. (I: mhm) Ähm allerdings muss ich dann schon kleinere Runden laufen lassen. Also diese Pendelstrecke fand ich an sich ganz gut! Die könnte man auch vielleicht in das Konzept aufnehmen, weil dadurch die Gruppe bisschen kohärenter bleibt. Rein visuell. (I: mhm) Und das ist ein Endeffekt, der doch dazu beiträgt so ein Zusammengehörigkeit, äh dass man es kann. Nachher weiß jeder er hat 1 Kilometer weniger	Nicht: Organisati onsaufwa nd, der aktiv betrieben werden muss, das

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
					gelaufen, aber man sieht es nicht. (I: mhm) Ähm das vermeidet Stigmatisierung. #00:47:15# (6. Transkript, el07er25, Pos 85) I: Oke, das heißt, für die erfolgreiche Etablierung wär eben- ist eben dieses Manual ähm eine Gute (SBT: ja) eine Gute Richtung- #00:38:16# SBT: Und ich finde schon aber auch, (I: mhm)- also äh eben (_) ich bin froh, dass ich diesen sportwissenschalftichen Hintergrund hab, weil es einfach leichter ist und für mich vieles (_) einfach implementiert ist schon (I: mhm) und ich mir nicht noch mehr anlesen muss, ja (I: mhm) #00:38:32# (Transkript 9, ch04st30, Pos 131-132) Ähm gab es denn darüber hinaus noch was, was für die Durchführung des ImPuls Programms wichtig war, um das Programm aus deiner Sicht möglichst gut umsetzen zu können? #00:09:48# SBT: (_) Was glaube ich sehr wichtig war, dass wir ähm also bei uns im Raum- du hast es auch gesehen- aber ich muss es eh erklären, weil man es dann erst versteht. Also wir haben ähm praktisch im Treppenhaus äh findet Reha und Prävention rechts statt und ImPuls war dann links. Das war ein eigenes Stockwerk, ein kleiner Raum mit 35m² mit zwei eigenen Toiletten mit einer kleinen Umkleidebank. Das heißt äh reinkommen war praktisch wie jeder andere Patient, aber dann ging es in einen eigenen Trakt. Und ich glaube das war schon wichtig damit die Gruppe sich so geschützt fühlt. Also ein geschützter Rahmen. Das hätte sie auch in anderen Räumen gehabt, aber sie hätte unterwegs viel zu viele andere Menschen gesehen. Gefühlt, ja ich kann das nicht nachweisen. Das war glaube ich wichtig! Ähm also gerade wenn man eine orthopädische Einrichtung ist und eben Menschen die Hauptdiagnose eben im Psychosomatischen haben. (Transkript 6, el07er25, Pos 25-26)	ist "Vorberei tung"! (z.B. "Wir mussten alle Sitzungen mit dem Zentrumspers onal vereinbaren")
	Umsetzung Theorie		Theoretische Inhalte der Sessions des Manuals (SMART- Ziele – Barrierenmanagem ent / Wenn-Dann- Pläne)	Zielsetzung (Formulierung des Ziels), Symptomsammlung, Barrieren	SBT: Die Ziele zu formulieren war die größte Herausforderung (BEIDE LACHEN) (I: mhm) ähm und für manche bis zum Schluss ähm, einer hat des überhaupt nicht als unterstützend empfunden und hat auch, obwohl also das war die Person, die eben am Ende ähm am meisten sportlich aktiv war, und (_) konnte des trotzdem also nicht, also die - die Erfolge waren nicht in seinem Ziel ersichtlich, also er konnte das nicht damit in Verbindung bringen, da ist auch die Frage ob das Ziel richtig formuliert war, aber die haben sich alle sehr schwer getan (I: mhm) das Zeil überhaupt zu formulieren (I: ja). ## (9. Transkription-ch04st30, Pos. 58)	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
	Umsetzung Praxis		Nur supervidierte Phase Umsetzung der Praxis innerhalb einer Praxiseinheit	Laufeinheit, Puls, Pulsuhren, Stimmungsbarometer,	was ich immer gut fand das Stimmungsbarometer. Damit konnte er halt nichts anfangen, weil er halt nie gelaufen ist oder einmal nur und der konnte ja seinen Puls nicht hochtreiben, weil er durch die Schmerzen da gebremst wurde in der Intensität. Dann hat er das nicht so zu fassen bekommen sage ich mal. (I: mhm) Das war schade und da habe ich dann auch irgendwann nicht mehr gewusst, was ich machen soll. Ich habe natürlich dann auch auf dieses- Stunde sechs glaube ich- Kräftigung. Wo sie es selber machen mussten ähm wo in der App drin ist. Dieses, wie heißt es, eigenständiges Training (LACHT) (I: mhm) ähm und so weiter und hab dann gesagt: "Ja so beim Physio oder eben versuchen, dass an den Geräten umzusetzen. Weil das war halt, was irgendwie orthopädisch geht. Aber in der Stunde- also im Setting bei uns ging es halt nicht. Weil er halt nicht rennen konnte oder nicht joggen konnte, auch nicht wirklich walken konnte. (I: mhm, mhm), weil er einfach direkt Schmerzen hatte. ## (3. Transkription-in06we28, Pos. 32) So somatisiert, in der ersten Stunde ist es die gewesen, die losgesprintet ist, mit null Sporterfahrung! (I: mhm) Es war ausgemacht, ersten zweihundert Meter gehen, dann schneller werden und gucken wie es geht! (I: mhm) Die ist sofort losgerannt (I: mhm mhm) (LACHT) Symptomatisch und konnte sie natürlich dann einfangen, also im Sinne des Wortes tatsächlich! (6. Transkription-el07er25, Pos. 22)	
Vor- und Nachbereitun g (ohne "Patienteninv olviertheit")	Schulung		Alle Aussagen bezüglich der Schulungen (sowohl die in Tübingen als auch Inhouse- Schulungen vor Ort)	Schulung, Wertung Schulung, Rollenspiele,	Ähm inwiefern hast du dich denn durch die Schulung tatsächlich auf das ImPuls Programm vorbereitet gefühlt? #00:17:03# SBT: Ähm also du hast ja gesagt ich soll ehrlich sein (I: Absolut!). Schulung fand ich nicht gut. (I: mhm) Also wenn ich wirklich ehrlich bin- das die Rollenspiele, die wir gemacht habennicht einmal kam so eine Situation vor- nicht einmal! Also das war (ZÖGERT)- ich denk vom Hintergedanken und vom Aufbau her war das schon okey, aber ähm für mich wäre es viel viel besser gewesen, wenn wir einfach die Stunden zusammen durchgegangen wären. Theoretisch und vielleicht auch irgendwie praktisch, also das war vom Aufbau her okey, aber diese Rollenspiele haben mir nichts gebracht. (I: mhm) Das war für mich- erstmal war es ewig hin also bis es losgegangen ist, habe ich schon kaum mehr was gewusst eigentlich (LACHT), äh musste das alles nochmal einlesen, aber ähm. Ja und dann war die Schulung ja komplett auf das Manual ausgelegt. Dann kam erst bei der letzten Schulung kurz: "Hä es gibt jetzt eine App?". Hä was? (LACHT KURZ) Das war alles ein bisschen so holprig und ähm also die Schulung an sich fand ich nicht gut, weil es mich nicht richtig vorbereitet hat und weil ich es auch so auch nicht (_) nicht richtig greifen konnte. Also ich ähm habe danach nicht gewusst, was jetzt auf mich zukommt, wenn ich ehrlich bin. Ähm wir haben da ja ein paar Aufgaben bekommen und ich hab mich auch tatsächlich auf die Schulung vorbereitet und hab da diesen Part gelesen, den ich lesen sollte. Also ich glaub ich hatte Symptome bei	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel Depressionen und was man machen muss. Und dann Stunde zwei oder so (I: mhm) Aber ich da immer noch nicht ähm dieses Ganze Ding immer noch nicht begriffen gehabt, bis ich mich dann halt- bis es dann wirklich Ernst wurde und ich dann: "Hey ich brauch jetzt kurz mal so drei Stunden Zeit daheim oder irgendwo Zeit, um mich da wirklich komplett einzulesen." (I: mhm) (3. Transkription – in06we28, Pos 34)	Besonder heiten
	Session	Pre	Vorbereitungszeit für die Durchführung des ImPuls-Programms (nicht nur 20-minütige Vorbereitungszeit sondern alles, was man zur Umsetzung der einzelnen Sessions vorbereiten muss).	Vorbereitungszeit, Organisatorischer Aufwand im Vorfeld Terminierung von Sitzungen (entweder durch SBT oder Rezeptionisten)	"Hey ich brauch jetzt kurz mal so drei Stunden Zeit daheim oder irgendwo Zeit, um mich da wirklich komplett einzulesen." (I: mhm) Ähm weil man halt wenn man Manual getreu arbeiten soll, muss ich das halt schon auch verinnerlichen sage ich mal (3. Transkription-in06we28, Pos. 34) SBT: Ich hatte das Gefühl das wir (_) auch noch sehr viel vorbereiten mussten, also ähm (_) ich hatte zumindest sehr viel E-mailkontakt mit der Klinik hier, weil ich auch nicht hier arbeite (LACHT) (I: mhm) und ähm (_) daran mach ich das gerade fest, dass mir einfach auffällt, ich hab so viele Mails geschrieben ja, also das- das da vielleicht (_) war ja auch wieder ein Zeitaufwand ähm (_) und vielleicht auch ein Aufgabenbereich, den ich mir jetzt in meiner Rolle nicht zugeordnet hätte (I: mhm) ja (LACHEN) ja #00:33:46# I: Also es wär für dich angenehmer gewesen, wenn das schon organisiert wäre (SBT: mhm) ja #00:33:50# SBT: Ja wobei ich auch also es- (_) von Tübingen aus das zu koordinieren ist auch nicht leicht, aber das sollte nicht unser Problem sein (LACHT)denke ich (I: mhm) ja #00:33:59# (9. Transkript, Pos 110 – 112)	
		Post	Nachbereitungszeit nach den einzelnen ImPuls-Sessions.	Nachbereitung,	I: Mhm. Äh Nachbereitung? Hat das stattgefunden? #00:17:02# SBT: Hat stattgefunden. Ähm in dem Sinne, dass ähm also in Notizen. Randnotizen. Ähm auffällige Vorkommnisse. Wobei durch die Dichte der Einheiten, also drei oder zweimal in der Woche, war das dann nicht so viel. Das wäre anders gewesen, wenn man eine ganze Woche dazwischen hätte. Und vielleicht auch zwei Parallel-Gruppen. Ja also das ist dann Sondereffekt sage ich mal. Das ist die einzige ImPuls Gruppe für mich gewesen. Für mich war klar ImPuls: "Okey da bin ich bei denen fünfen!" (I: mhm) Ähm da waren es jetzt keine seitenlangen Nachbereitungen. (I: mhm) Sondern man greift ja als Gruppenleiter sowieso immer die letzte Stunde auf und da habe ich mir so zwei, drei Randnotizen gemacht. Ähm um den Faden (zugang auf), um dort anzusetzen. (I: mhm) Was ja zum Teil auch im Konzept drin ist. Ja dass man den Faden aufnimmt von der letzten Stunde (I: mhm mhm). #00:18:00# (6. Transkription Pos. 37-38)	Abgrenzung zum Austausch → Gespräche bspw. mit Kollegen im Nachgang einer ImPuls- Session werden hier nicht codiert!

Austausch mit allen Akteuren, die ohnehin schon in ImPuls involviert sind. SST. Ähm () eigentlich hatte ich da veile Erfah. äh Möglichkeit darüber. Ähm das ich habe ihm im Kollegen der dann einfach auch gesagt hat, er will die nächste Gruppe dann maschen Die mit Kollegen der dann einfach auch gesagt hat, er will die nächste Gruppe dann maschen Die mit Kollegen der dann einfach auch gesagt hat, er will die nächste Gruppe dann maschen Die mit Kollegen der dann einfach auch gesagt hat, er will die nächste Gruppe dann maschen Die mit Mitarbeitern des Forschungsprojekts. Mitarbeitern des Forschungs	Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
Akteuren, die nicht in ImPuls involviert sind Akteuren die nicht in ImPuls involviert sind Akteuren, die nicht in ImPuls involviert sind		Austausch	intern	Akteuren, die ohnehin schon in ImPuls involviert	Kollegen des ImPuls- Projekts, mit Supervisoren, mit Mitarbeitern des	ähm mit Kollege der dann einfach auch gesagt hat, er will die nächste Gruppe dann machen. Da haben wir halt viel gesprochen. (I: mhm) Weil für ihn war es ja ähnlich. Er ist jetzt seit 25 Jahre hier und ich erst seit 5. Ähm aber er- bei ihm habe ich auch gemerkt, er hat es auch zugegeben danach so: "Jaa er war jetzt ein bisschen angespannter als sonst." (I: mhm) Und er ist eigentlich jemand, der- ich glaub der kennt gar keine Nerven also (I LACHT) ich weiß gar nicht, ob der welche hat. (I LACHT). Ähm und dann hat er auch gesagt: Jaa jetzt musst mir schonmal ein bisschen, wie war denn das und das. Und als er dann so gemerkt hat, eine Woche vorher, da hat er dann schon auch ein bisschen mehr gefragt (LACHT) (I: mhm mhm) und ähm also da- wir haben uns schon oft ausgetauscht und das war dann okey. (I: mhm) Und was ich auch gut fand, muss man auch mal an der Stelle sagen, also wenn wir dann ein wirkliches Problem hatten, dann habe ich- die L. war mal bei mir, B. habe ich halt auch geschrieben. (I: mhm) Dann hat man da auch relativ zügig auch eine Antwort bekommen. (I: mhm) Und das war dann auch ordentlich. Also das war gut. Also ich habe mich da schon auch gut betreut gefühlt (I: mhm) von Tübinger Seite aus (LACHEND) sage ich jetzt mal (I: mhm). Das war von denen zwei gut. Jetzt ist das gerade ein relativ häufiger Wechsel gewesen in den letzten Monaten. Ähm da war dann immer- ich weiß nicht, wie das dann- ob die dann abgezogen wurden oder ob das für die dann fertig war einfach. Ähm ist ja auch egal. (I: SCHNAUBT ③) Ähm da war dann häufiger Wechsel. (I: mhm) Aber ähm ich habe jetzt auch gar keine Gruppen mehr gehabt (I: mhm) in der letzten Zeit, letzten dreiviertel Jahr. Nächste Woche muss ich den C. einmal vertreten. (I: mhm) Und sonst (_) ja bei mir war dann die Unterstützung war schon ganz gut und ich denke- Supervision habe ich keine gemacht. (I: mhm) Ähm auch einfach aus Zeitgründen. B weil ich die Supervisorin, also da habe ich schon bei der Schulung nicht viel mitnehmen können. Deswegen habe ich das nicht gemac	
			extern	Akteuren, die nicht in ImPuls involviert	Umfeld, Interdisziplinärer	da haben wir zwei Psychologen im Haus auch. (I: mhm) Also man hat schnell mal nachfragen können ähm wie gehst du damit um, oder wie gehe ich damit um. Also die Möglichkeit hätte man durchaus gehabt. #00:37:20#	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
Dissemination	Vermeintlic he Barrieren		Alles was hinderlich für die Etablierung / Implementation von ImPuls in die Regelversorgung sein kann	Einstellung zum Manual, Heterogenittät innerhalb der Gruppe, technische Überforderung durch die App/Pulsuhr, Laufstrecke	Aber das war halt dann schwierig da zu händeln, weil du hast da einen Menschen, der dann wirklich ein orthopädisches Problem hat in dem Sinne und die anderen sollen aber laufen. (I: mhm) und dann war es schwieriger fand ich. Also da war die – also die Zuweisung habe ich manchmal nicht nachvollziehen können. (I: mhm) Ich weiß nicht, ob man es hätte anders machen können. Ich denke mal, ähm man ist da ja darauf angewiesen, dass Leute kommen. Dann kann man nicht sagen: "Okey die 50-Jährigen in eine Gruppe, die 30-Jährigen in eine Gruppe." Das geht wahrscheinlich nicht. Das ist mir klar. (I RÄUSPERT SICH) Aber teilweise fand ich es schwierig, bei der- bei der Aufteilung der Gruppe, weil es einfach ja – oder auch, wenn man jetzt als Beispiel der Background. Wir kommen ja alle aus der Orthopädie. Also wir sind ja da eigentlich die Experten. (I: mhm) In dem was wir jetzt gemacht haben waren wir so ein bisschen neu. (I: mhm) Ähm und dann ist klar, dass der-der Patient, der wenig sportliche Erfahrung hat, aber eben Übergewicht oder sonstiges hat, muss ja gar nicht Übergewicht sein. Aber wenn der drei Mal in der Woche dann joggt oder was macht, dass der natürlich Probleme, Schmerzen bekommt, ist auch eigentlich relativ äh logisch sage ich mal, weil die Gelenke einfach ein bisschen überlastet sind.	
	Vermeintlic he Förderfakto ren		Alles was förderlich für die Etablierung / Implementation von ImPuls in die Regelversorgung sein kann	Einstellung zum Manual , ausreichend Vorbereitungszeit, Kontinuität bzgl. Durchführung / Routine (dauerhaft mehrere Gruppen) Gruppendynamik	(3. Transkription, in06we28, Pos 18) Was glaube ich sehr wichtig war, dass wir ähm also bei uns im Raum- du hast es auch gesehen- aber ich muss es eh erklären, weil man es dann erst versteht. Also wir haben ähm praktisch im Treppenhaus äh findet Reha und Prävention rechts statt und ImPuls war dann links. Das war ein eigenes Stockwerk, ein kleiner Raum mit 35m² mit zwei eigenen Toiletten mit einer kleinen Umkleidebank. Das heißt äh reinkommen war praktisch wie jeder andere Patient, aber dann ging es in einen eigenen Trakt. Und ich glaube das war schon wichtig damit die Gruppe sich so geschützt fühlt. Also ein geschützter Rahmen. Das hätte sie auch in anderen Räumen gehabt, aber sie hätte unterwegs viel zu viele andere Menschen gesehen. Gefühlt, ja ich kann das nicht nachweisen. Das war glaube ich wichtig! (6. Transkription-el07er25, Pos. 26)	
	Rollout		Dinge, die beachtet werden müssen, wenn man das Progrmamm "flächendeckend" in vielen verschiedenen	Flächendeckung, Vorschläge für spätere Ausbreitung des Programms bzw. konkreter Bezug zu späterer Implementation im	ZV1: Jetzt ist das- es wäre zu überlegen, mit nochmal Rekrutierung der Patientinnen und Patienten oder der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ähm, dassirgendeinen Score rauszukriegen, der auch online auf der Website der Krankenkassen gemacht werden kann (_) ähm gibt es in anderen Bereichen, Projekten von anderen gesetzllichen Kassen, (_) ähm kenn ich das- ich kenn das bei der beruflichen Reha, bei uns im- im Bereich Rentenversicherung, da gibt es so ein Score an dem man sich orientieren kann ähm, wo man zumendest mal eine große Gruppe einschließen können- äh könnte, also diese 1200, sag ich mal, am Anfang mal. (Transkription Fokusgruppe ZV, Pos. 146)	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
			Zentren anbietbar machen möchte	Text explizit hergestellt wird, Rekrutierung SBT/Patienten Zuweisung(sprozesse)		
	Optimierun gspotential		Optimierungsvorsc hläge speziell bezogen auf das ImPuls-Programm	"So könnte man es besser machen"; Vorschläge welche die Durchführung an sich verbessern/vereinfach en könnten	SBT: Ähm also du hast ja gesagt ich soll ehrlich sein (I: Absolut!). Schulung fand ich nicht gut. (I: mhm) Also wenn ich wirklich ehrlich bin- das die Rollenspiele, die wir gemacht habennicht einmal kam so eine Situation vor- nicht einmal! Also das war (ZÖGERT)- ich denk vom Hintergedanken und vom Aufbau her war das schon okey, aber ähm für mich wäre es viel viel besser gewesen, wenn wir einfach die Stunden zusammen durchgegangen wären (Transktription 3, in Pos 34) I: Also du plädierst eben für einen zusätzlich zur psychologischen Diagnostik auch eine sportwissenschaftliche Diagnostik. Also eine Leistungsdiagnostik. #00:43:50# SBT: Genau, eine ganz kleine. Das ist auch keine Barriere. Das ist ein Ist-Zustand. Man muss ja nicht nachweisen, dass man gut genug für eine Gruppe ist (I: mhm), aber wenn ich jetzt zwei hab, die bei 30 Watt Leistungsfähigkeit sein, also nicht Maximum aber so um die 70% oder 64 Untergrenze. Ähm der andere bei 100 dann muss es als Gruppensetting () dann auf der Strecke nicht so gut. Das sorgt eher für Frust! Und zwar nicht bei den Schnellen! (LACHEND) (I: mhm) #00:44:23# (Transkription 6, Pos 80-81)	
Sonstiges	Subjektiv eingeschätz ter Nutzen für Patienten		Einschätzung der SBTs, wie sinnvoll, relevant, nützlich das Programm für die Patienten, die am Programm teilgenommen haben, ist.	Entwicklung der Patienten, Longterm follow up(Interesse, Wie geht's den Patienten nach der Intervention. Bewertung des Programms in Hinblick	SBT: Was beschäftigt mich am meisten? Ähm also im Endeffekt glaub ich, hinterfrage ich dann, wie viel es den Leuten wirklich gebracht hat. (I: mhm) Ähm und ähm hab das so schon in meinem Kopf so eine Vorstellung, dass ich weiß, okey für die Person hat es viel gebracht. Für die anderen hat es vielleicht während dem Programm viel gebracht, jetzt aber wahrscheinlich gar nicht mehr so viel. Aber das würde mich interessieren auf jeden Fall. (LACHT) (I: mhm) Ähm und für ein paar sicherlich ähm gar nix oder bis-bis wenig (3. Transkription-in06we28, Pos. 10) SBT: Ja also das war einfach so- einfach für mich selber auch, dass ich wusste: "Okey es bringt was (I: mhm), was ich mach!" Weil du wusstet ja nicht wie es ankommt. (I: mhm) Das ist halt einfach schwierig gewesen für dich zu reflektieren. Bringt es jetzt denen was? War alles gut? Komm ich bei denen an? (I: mhm) 3. Transkription 86	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
				auf den Nutzen für die Patienten		
	Nutzen SBT		Persönlicher Nutzen für den SBT, den er/sie aus dem ImPuls- Programm zieht.	Aspekte des ImPuls- Programms, die SBT nach Beendigung des ImPuls-Programms für die therapeutische Arbeit/den Alltag beibehält.	Mir hat es tatsächlich geholfen, wenn ich orthopädische Gruppen habe, vielleicht so eine Problematik zu erkennen, dass da irgendwas hinterlegt ist. Äh aus dem psychosomatischen Bereich. Also dass vielleicht eine Depression auch da ist. Eine Angststörung da ist. Dass man dann schon das vielleicht im Hintergrund hat. (_) Ja dass es nicht nur Charakter ist, sondern dass sich da eigentlich auch ein Grund vielleicht verbergen kann, der nicht genannt wird aber in orthopädischen Einrichtungen(I: mhm) Also ich muss sagen, ich habe schon- hat mir so den Rücken ein bisschen gestärkt. (6. Transkription-el07er25, Pos. 95)	
	Persönliche Involvierth eit		Distanzierungsfähig keit von Problemen der Patienten, Wertung der Beziehung zuM Patienten, Wie gehe ich mit den Schicksalen der Patienten für mich um.	Patientenschicksale, die SBT mitnehmen	Oder auch eine andere Patientin, die (_) so wie sie äußerte, (SCHNELLER:) des lässt sich ja immer schwer subjektiv -, ähm sich mir anvertrauen konnte, so wie sie es noch keinem sagen konnte und des war natürlich auch irgendwo schön und andererseits aber auch, hab ich gemerkt, dass ich aufpassen muss, dass ich es nicht zu nah an mich ranlasse und da dann auch wieder klare Grenzen setze und das auch für das ImPuls-Projekt beschränke und nicht darüber hinaus. (I: mhm genau) ja. #00:02:56# (Transkription 9, ch04st30, Pos 15)	
	Optimierun gsvorschläg e		Optimierungsvorsc hläge über alle Bereiche hinweg	"So könnte man es besser machen"	SBT: Ähm also du hast ja gesagt ich soll ehrlich sein (I: Absolut!). Schulung fand ich nicht gut. (I: mhm) Also wenn ich wirklich ehrlich bin- das die Rollenspiele, die wir gemacht habennicht einmal kam so eine Situation vor- nicht einmal! Also das war (ZÖGERT)- ich denk vom Hintergedanken und vom Aufbau her war das schon okey, aber ähm für mich wäre es viel viel besser gewesen, wenn wir einfach die Stunden zusammen durchgegangen wären (Transktription 3, in Pos 34) I: Also du plädierst eben für einen zusätzlich zur psychologischen Diagnostik auch eine sportwissenschaftliche Diagnostik. Also eine Leistungsdiagnostik. #00:43:50#	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
					SBT: Genau, eine ganz kleine. Das ist auch keine Barriere. Das ist ein Ist-Zustand. Man muss ja nicht nachweisen, dass man <u>gut qenuq</u> für eine Gruppe ist (I: mhm), aber wenn ich jetzt zwei hab, die bei 30 Watt Leistungsfähigkeit sein, also nicht Maximum aber so um die 70% oder 64 Untergrenze. Ähm der andere bei 100 dann muss es als Gruppensetting () dann auf der Strecke nicht so gut. Das sorgt eher für Frust! Und zwar nicht bei den Schnellen! (LACHEND) (I: mhm) #00:44:23#	
	Rein Forschungs projekt Bezogenes		Alle Dinge, die ausschließlich forschungsprojektbedin gt sind. Bewegungssensoren, Kamera, Fragebögen (Alles was für Mehraufwand gesorgt hat , sodass man im Endeffekt ein Sammelsurium an "Barriers" hat, die wegfalen würden)	Bewegungssensoren, Kamera, Fragebögen	Ja im Endeffekt, bei der zweiten Gruppe war es schon wieder weniger. Also wenn ich jetztwenn das jetzt läuft wie ein Gesundheitskurs, dann wird da wahrscheinlich irgendwann halt mal eine halbe Stunde oder so vorher Zeit eingeplant sein. Die Kamera war ja denke ich mal auch nur für die Studie, die wird ja nicht (I: ja) immer laufen und so weiter, dann würde schon ein bisschen was wegfallen (I: mhm), sage ich mal. (I: mhm) Das heißt, dann wird das schon auch ökologischer. (I: mhm) Ähm aber jetzt für die Studie oder für die erste Gruppe, die ich gemacht habe, war es-war es ein hoher Zeitaufwand. (I: mhm) #00:28:03# (Transkription 3, Pos 42)	
	Globale Bewertung des Programms		Wertung des ImPuls-Programms als Ganzes.	Wenn das Programm als Ganzes bewertet wird.	Ähm und ich denk, wenn da die Hälfte der Gruppe einfach was mitnimmt. Und nur bei einem kleinen Teil so läuft wie bei dem J. jetzt, den ich hatte (I: mhm) ähm dann ist das ein- echt ein Erfolg gewesen! (I: mhm) Auf jeden Fall! Ja. Definitiv. ## (3. Transkription-in06we28, Pos. 84) SBT: (_) was ich mitgeben will (_) also ich- ich- ich würde es einfach sowohl euch, als auch den Patienten wünschen, dass das umgesetzt werden kann (LACHT) (I: mhm) ähm weil ich es einfach schon (_) schon gut finde und wichtig finde diese Unterstützung den Patienten mitzugeben (_) ich wüsste jetzt nicht was ähm ja was- was ihr da verändern oder (_) oder machen könntet, damit das funktioniert das halt ihr eher im geschehen drin (LACHT)(_) ich fand es gut aufgebaut, ich hab auch das Gefühl- ich fand auch das Manual ganz cool, da- ich bin gut damit klar gekommen ähm (_) ja (_) das es einfach umgesetzt wird, ja (I: mhm) das wünsch ich dem Team, dass die ganze Arbeit sich auch gelohnt hat ja (I: mhm) ## (9. Transkription-ch04st30, Pos. 124)	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
	Abrechnun g(sfähigkeit)		Alles, was mit der Arbechnungsfähigk eit von ImPuls zu tun hat.	Abrechnungsfähigkeit, Ökonomie, Kosten- Nutzen, finanzielle Kompensation	Ich denk aus finanzieller oder aus ökonomischer Sicht vom Chef jetzt her, würde ich sagen: "Schwierig!" Weil du natürlich schon viel Zeit investierst, um am Ende dann halt auch 6 Gruppen- also man wird ja nach einzelnen Teilen/Zeitaufwand bezahlt und wenn dann zwei nicht kommen, fällt das dann weg. (I: mhm) Deswegen denk ich ähm da wird bestimmt irgendwie was kommen vom Chef, der dann sagt so: "Hey da muss eine volle Pauschale hin." Oder irgendwie sowas (I: mhm). Weil man im Endeffekt ja ähm dann schon große Einbußen hatte. (Transkript 3, Pos 68) SBT: Wir überlegen uns, ob wir in das Präventionsprogramm des deutschen Rentenversicherers, wenn wir da eine App-Begleitung machen tatsächlich (I: mhm). Wir wissen noch nicht welche (I: mhm) oder eben ein Telefonkontakt irgendwie. Das ist immer eine Frage des Abrechnens. (I: mhm, mhm) Ähm vielleicht kommt die Frage nachher auch noch. Okey weil da haben wir natürlich gemerkt, dass da ein Rechenfehler drin ist bei	
					Telefonkontakten. Ja weil die habe ich ja einzeln in den Stunden (I: mhm) und krieg praktisch in der Summe einen Teilnehmer gezahlt (I: mhm). In der Gruppe habe ich aber 6 gleichzeitig oder 5. (I: okey) Ähm das muss nachgebessert werden. Aber das machen wir auf Verbands-Ebene(I: mhm, mhm). Ist einfach ein Rechenfehler gewesen. #00:59:12#	
					I: Okey also Rechenfehler in der Abrechnung der Telefonkontakte halten wir an der Stelle fest (SBT: Das sind jede Stunde 16€ - hol mal einen Handwerker) Ja (LACHT) Ähm okey das halten wir so fest. (SBT: ja)	
					(Transkript 6, Pos 97-98)	
					I: Okey, falls <u>du</u> jetzt keine weiteren Anliegen hast (_) (I: Nö ich habe alles gesagt: Telefon, Preise (LACHT) Ja werden wir auf anderer Ebene natürlich nochmal nachhaken) Mhm. Mhm. #01:11:25#	
					SBT: Aber das ist jetzt kein Grund das - also <u>insgesamt</u> . Ich kann ja jetzt nicht alles sagen, ob es jetzt für das Interview wichtig ist. Insgesamt sind wir so bei ungefähr etwa, wenn wir alles rechnen, also wirklich großzügig auch die Vorbereitung und Nachbereitung sind wir bei knapp unter 50€ pro Stunde. (I: pro Stunde) Sollte das später ähm Prävention sein, müssen wir die Umsatzsteuer abrechnen. Dann sind wir bei 35€. (I: mhm) 38. Das ist schwierig, wenn ich die Miete noch bezahlen muss (LACHEND) davon (I: mhm, mhm) äh da muss man eigentlich also bei 75€ liegen pro Stunde. (I: mhm) Alles in allem. (I: 75?) Absolut, das ist so ein Wert, wo man sagt, da fangen wir an zu arbeiten. (I: mhm) Ähm um kostendeckend zu	

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
					sein (I: mhm), aber ich muss Vertretungen haben, aber ich muss, ja, ich muss das sein, das muss ein feststehendes Angebot sein (I: mhm) Und das hat nichts mit äh Jura zu tun, sondern ich muss einfach kalkulieren. Sprechen wir jetzt nicht über die Energiekosten. (I: mhm, mhm) (I: Die durch die Decke gehen, ja) #01:12:28# I: Okey das heißt also 75€, das wäre wirtschaftlich (I: Ja, wenn man nicht die Umsatzsteuer mit reinrechnet) Ja. (_) Okey dann sage ich an der Stelle: Vielen Dank für deine Zeit und stoppe die Aufnahme. (I: Ich hoffe ich bin nicht zu sehr abgewichen?) Alles wunderbar im Rahmen (LACHT) Und beende damit das Interview. (SBT: Dankeschön) #01:12:54# (Transkript 6, Pos 116-118)	

Für die Auswertung:

Haupt-	Subkategorie	SubSubkategori	Theoretischer Bezugspunkt	Fragestellungen
kategorie		е		
Durchführung	Арр		MOI [Interactions, mechanisms of change]	Wie bewerten SBTs die App im Hinblick auf
der			(MRC)	Feasibility, Usability, Viability, Functionality
Intervention			Feasibility (Peters)	
(mit	Therapeutenin		MOI [Interactions, mechanisms of change]	Wie bewerten SBTs das Interface im Hinblick
Patienten)	terface +		(MRC)	auf Feasibility, Usability, Viability,
	Telefonkontak		Feasibility (Peters)	Functionality
	te			Wie bewerten die SBTs die Telefonkontakte
				im Hinblick auf feasibility, ggf. appropriateness
				(sinnhaftigkeit)
	Umgang mit		Implementation [Fidelity] (MRC) Feasibility,	Wie kamen die SBTs mit "Arbeiten nach
	dem Manual		Fidelity (Peters)	Manual" zurecht?

	Gruppe	Gruppenstruktu r	Zusammensetzung: Implementation [Reach] (MRC), Coverage (Peters); Dynamiken: MOI [Interactions] (MRC), Feasibility (Peters)	Wie hat sich die Gruppenzusammensetzung auf die Umsetzung ausgewirkt?
		Gruppenprozess e	MOI [interactions] (MRC) Feasibility (Peters)	Wie haben sich die Interaktionen auf die Umsetzung ausgewirkt?
	Anbieterqualifi kationen		Context (MRC)	Welche Anbieterqualifikationen braucht es für die Umsetzung?
	Umsetzung allgemein		Context (MRC) Feasibility (Peters)	Welche Rahmenbedingungen müssen aus Sicht der SBT für die Umsetzung gegeben sein?
	Umsetzung Theorie		Feasibility (Peters) MOI (MRC)	Wie kamen SBTs mit der Umsetzung der Theorie zurecht?
	Umsetzung Praxis		Feasibility (Peters)	Wie kamen SBTs mit der Umsetzung der Praxis zurecht?
Organisation der	Schulung		Implementation [implementation process - training] (MRC) Adoption (Peters)	Wie bewerten SBTs die Schulung? Was würden sie ändern?
Intervention (ohne "Patienteninv	Session	Vorbereitungsze it	Implementation [implementation process - ressources] / Context (MRC); Feasibility, Adoption (Peters)	Wie gestaltete sich die Vorbereitungszeit?
olviertheit")		Nachbereitungs zeit	Implementation [implementation process - ressources] / Context (MRC); Feasibility, Adoption (Peters)	Wie gestaltete sich die Nachbereitungszeit?
	Austausch	intern	Implementation [implementation process – training i.e., supervision], Context (MRC)	Inwiefern haben sich die SBT intern ausgetauscht?
		extern	Context (MRC)	Inwiefern haben sich die SBT extern ausgetauscht?

Implementati on	Vermeintliche Barrieren	Implementation, MOI, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	Welche Herausforderungen sehen SBTs für zukünftige Implementation?
	Vermeintliche Förderfaktore n	Implementation, MOI, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	Welche Förderfaktoren sehen SBTs für zukünftige Implementation?
	Optimierungsp otential	Implementation, MOI, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	Wo sehen SBTs Optimierungspotential und ggf. was wären konkrete Optimierungsvorschläge?
	Rollout	Implementation, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	Was sollte bei einem späteren Rollout beachtet werden?
Sonstiges	Nutzen Patienten	Appropriateness Sustainability (Peters)	Wie angemessen schätzen SBT ImPuls für Patienten ein?
	Nutzen SBT	Acceptability (Peters)	Wie viel bringt den SBT ImPuls für sich selbst? #Akzeptanz (implizit)
	Persönliche Involviertheit	Context (MRC)	Wie sehr vereinnahmt SBTs das Schicksal der PMD?
	Optimierungsv orschläge	Implementation, MOI, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	Welche Optimierungsvorschläge für künftige implementation sehen SBT?
	Globale Bewertung des Programms	Acceptability (Peters)	Wie bewerten SBTs ImPuls als Ganzes ? (#Akzeptanz)
	Rein Forschungspro jekt Bezogenes	Implementation [Delivery of the intervention, implementation (recruitement) strategy] (MRC)	Welche forschungsprojektbedingten Aspekte nennen SBTs die für die Umsetzung eine Rolle gespielt haben.
	Ökonomische Aspekte	Context (MRC); Evtl. Implementation cost(?), feasibility (Peters)	Wie sollte ImPuls aus Sicht der SBT abrechenbar sein?

Anlage 8: Prozessevaluation, Kategoriensystem Fokusgruppenmaterial

Haupt- kategorie	Subkategor ie Ebene 1	Subkategor ie Ebene 2	Definition	Anwendung (Wird voraussichtlich codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden)	Ankerbeispiel	Besonder heiten
Durchführung der Intervention (mit Patienten)	Арр		Alles bezüglich der ImPuls-App	ImPuls-App, Wertung App, Intervall-Timer, handhabbarkeit der App, technische Probleme	Schwierig, <u>aber</u> : ich will sie nicht verteufeln, weil ich finde für die Zeit nach der Intervention ist die App eine gute Sache. (I: mhm) Weil ähm einmal weil ich es sehen kann, weil ich überprüfen kann: "Hey was macht er denn?" (I: mhm) Ja wie geht es ihm denn und so weiter, für die, die sie nutzen. (I: mhm) Und weil ich auch immer noch glaube, dass- ich bin auch einer der einen Fitnessuhr trägt. Wenn ich sehe, was ich mache, das ist einfach gut. (I: mhm) Das hilft mir dranzubleiben, das motiviert, es ist weniger Frustration ja. Und deswegen finde ich die App während dem Programm schwierig, also während der Intervention, also während der Präsenz. Aber danach eigentlich eine gute Sache! #00:38.47# I: Also für die Teil-Supervidierte Phase? #00:38:48# SBT: Genau richtig! #00:38:49# (Transkript 3, in06we28, Pos 62) SBT: Ähm ich fand die App bedingt gut, weil sie zum einen (_) so wie ich des ähm gesehen hab diese Intervalle nicht immer äh nicht richtig abgespeichert waren, hatte ich den Eindruck. Also ich habe das Mal für mich privat durchgemacht, da hat das einfach nicht so übereingestimmt mit dem, was im Buch steht. Ähm dann war des ähm also die Zwischenbewertung, man hätte ja zwischen, während des Laufens, auch noch mal eine Bewertung abgeben müssen, wie anstrengend und sowas. Das haben die gar nicht gemacht, weil die mit Laufen und anderen Sachen, Puls und so, beschäftigt waren und das war dann eben- lief nur darauf hinaus, dass die vorher und am Ende quasi diese Eingaben gemacht haben, also es war f- auch da hab ich ein Gerät in der Hand und da was und ähm (_) wenn die eh schon überfordert sind allein in die Bewegung zu gehen und dann kommen noch solche Sachen dazu, das fand ich ein bisschen (I: mhm) too much. (I: ja ja. U-) Und so hilfreich fand ich die App ehrlich gesagt auch nicht (BEIDE SCHMUNZELN), die wurde auch nicht äh privat von denen genutzt. #00:07:13#	
	Therapeute ninterface & Telefonkon takte		Alles bezüglich des Therapeuteninterfa ces, Erfahrungen bezüglich der Telefonkontakte	Therapeuten- Interface, Terminierung von Telefonkontakten Telefonkontakte, Patient wird (nicht) erreicht, Telefon als Medium, Telefonat,	I: Und jetzt hast du das Therapeuten-Interface angesprochen, für die teilsupervidierte Phase (SBT: ja). Was waren da deine Erfahrungen? #00:42:10# SBT: Ähm auch gemischt. Ähm weil es eben auch viele gab, die die App nicht genutzt haben. Ähm war dann für mich auch klar: "Okey, brauch ich gar nicht reingucken, weil da hat sich gar nichts getan." Ähm was ich natürlich gut fand, ähm wenn ich mich dann eben auch oft- das war dann eher bei dem Telefonkontakt, wo ich mich dann ein bisschen vorbereiten konnte. Aber auch bei der aktiven Phase ähm, dass ich halt gesehen habe: "Okey da läuft es noch gar nicht!" Bei der Def- oder bei der Formulierung. Wenn ich dann (_) also das klassische, das ist irgendwie oft vorgekommen: Da steht dann spezifisch Doppelpunkt und einfach nur ein: JA! (I LACHT). Ja, es ist spezifisch (I LACHT): Nein! (LACHT) Ähm sowas kam dann oft vor. Dann wusste ich: "Okey jetzt muss ich vielleicht ein bisschen Zeit von dem Abkapseln und nochmal über das zu reden ja." (I: mhm) Und so Sachen. Da weiß man dann	

		teilsupervidierte Phase	schon: "Okey bei dem hat das geklappt mit der Formulierung!" "Da hat es nicht so geklappt!" Von dem her eigentlich eine gute Sache. Auch Bedienung einfach gewesen. (I: mhm) Ähm muss natürlich immer gucken: "Okey welches Pseudonym ist jetzt wer?" Damit ich das auch zuordnen kann, aber das hat man relativ schnell gehabt. (Transkript 3, in06we28, Pos 67-68)	
Umgang mit dem Manual	Vom Manual abweichendes o mit Manual übereinstimme s Handeln	Behandlung v.	"Wir haben eine Theorie gehabt und dann sind wir in die Praxis raus und haben gejoggt (I: mhm) Und oftmals war das aber dann das Problem. Die wollten dann sogar, aber ging dann halt nicht wegen Schmerzen oder so weiter. (I: mhm) Und da habe ich dann halt klar, auch ein bisschen- bin ich ein bisschen vom Manual abgewichen sage ich mal und habe gesagt: "Okey, wir machen dann ein paar gymnastische Übungen." (I: mhm) Allerdings begrenzt draußen halt. Da konnte man ja nicht hinlegen oder so. (I: mhm) Und die anderen sind dann im Kreis gelaufen (LACHEND) halt, das war dann auch okey, aber war schwieriger. ##"	
	Besonderheiter mit PMD zu arbeiten, Herausforderur Kontakt mit PM "Ansprache" vo SBT an Patient/Kommu ation zwischen und Patient -Bewertung vor Interaktionen -Explizite Interaktionen Gruppendynam n (Interaktion zwischen den patienten)	Situationen mit Patienten während den Sessions, Explizite Kommunikation zwischen SBT und Patienten nik Interaktionen zwischen Patienten	Das war (RAUSCHT) das muss die zweite Stunde gewesen sein. Also erstmal eine Laufeinheit. (I: mhm) Erst ist ja ohne - nur Theorie - gewesen, ähm und dann saß eine Teilnehmerin da perfekt ausgerüstet. Also Laufschuhe ähm Laufleggins, Funktionsjacke und die ist letztlich unvermittelt in Tränen ausgebrochen: Sie weiß gar nicht, ob sie überhaupt das richtige dabei hat! Und ist dann auch aus dem Bild raus, hat sich so im Raum noch aufgehalten. Ähm alle anderen waren still. Ich war nur kurz still und habe es dann moderiert und habe ihr dann angeboten, es ist alles okey und sie kann wieder reinkommen, wenn sie möchte! Und das war dann okey, weil wir das dann beim Laufen nochmal thematisiert hatten und zwar sie zuerst. Ähm hat sich entschuldigt und dann sind wir so ins Gespräch gekommen und die Gruppe konnte sehr gut mit umgehen, weil die Vorgespräche eben auch stattgefunden haben. (6. Transkription-el07er25, Pos. 18) Das passt aus meiner Sicht, sage ich mal, egal welche- also da war die Heterogenität für mich nicht so problematisch (I: mhm), was ich eigentlicheigentlich komisch ja, weil das ist ja eigentlich, das wo ich nicht zu Hause bin, sage ich mal (I: mhm) als jetzt die orthopädische Seite (I: mhm) und die physische Seite. ##00:11:37##	

	Gruppenstr ukturen	Charakteristika der Patienten mit Bezug zu Krankheitsbildern, sportlicher Leistungsfähigkeit, Dropouts Untersch. Leistungsniveaus, orthopädische Einschränkungen	Homogene/ Heterogene Gruppenzusammenset zung, Krankheitsbilder, Leistungsfähigkeit	Ähm und ja was- was ich auch mit Abstand am schwersten fand, wo ich mich auch teilweise so ein bisschen geärgert hab muss ich sagen, war auch so ein bisschen der Aufbau der Gruppen. Also diese extreme Heterogenität, die Zuweisung. Also da war dann ähm (_) ein 27-Jähriger, der halt in Corona-Zeit jetzt ein bisschen weniger Sport gemacht hat (I: mhm) aber sonst 3 mal in der Woche ins Fitnessstudio geht und 2 mal joggen geht. (I: mhm, (LACHT)) Der war da dabei, wo ich so gedacht habe: "Okey!" Und derjenige, der halt absoluter Sportneuling mit vielleicht 30, 40 Kilo Übergewicht (I: mhm) wo halt niemals ins Joggen gehen wird, sondern maximal walkt und so weiter. (3. Transkription-in06we28, Pos. 18) I: Also du würdest einerseits, es gibt ganz klar die Gruppe, die kein Bock darauf hat und das halt trotzdem macht und das Ziel ist irgendwie das Programm zu schaffen. #00:04:51# SBT: Ja also die- also klar ähm viele waren ja einfach bewegungsarm sage ich mal. (I: mhm) Und ähm kein Bock würde ich gar nicht mal sagen, sonst hätten sie sich wahrscheinlich ja nicht angemeldet. Also die haben sich angemeldet und haben gehofft, dass es ihnen danach besser geht. Aber ich weiß nicht, ob sie es so ähm dafür bereit waren selbst was dafür zu tun, dass es ihnen besser geht, sondern eher so dieses: "Hey ich bin jetzt da. Heil mich!" – mäßige. (3. Transkription-in06we28, Pos. 18 – strittiges Bsp. Weil auch Erwartungshaltung v Patienten mit drin steckt)	Nicht Gruppeng röße – das ist Umsetzun g Allgemein (weil Rahmenb edingung)
Anbieterqu alifikation (SBT) Ggf umbenenn en in "persönlich e Voraussetz ungen der Umsetzend en SBTs"		Qualifikation/ Vorerfahrungen seitens der SBT, Ausbildung, Einstellungen ggnüber Arbeit mit PMD	Grad der Un- /Sicherheiten gegenüber Umsetzung, Persönliche Voraussetzung (Qualifikation, Vorerfahrung, Unsicherheiten etc.)		
Umsetzung allgemein (infrastrukt ur(elle), Rahmenbe dingungen)		Rahmenbedingung en, die übergeordnet für die Umsetzung von Theorie und Praxis eine Rolle spielen.	Räumliche Gegebenheiten, Material, Laufstrecke Personelle Voraussetzungen Gruppengröße	SBT: Also zumindest müssen die Teilnehmenden vorbereitet werden auf gewisse Situationen. (I: mhm) Und was uns geholfen hat, also wir haben hier dann ähm eine Strecke, die war 400 Meter hoch und runter laufen können. Dann sehen sich die immer wieder. (I: mhm, mhm) Und man kann die Wendepunkte dann verkürzen für die Langsameren. Das geht dann schon. Aber das hat vielleicht nicht jeder, jede ImPuls Gruppe. Ja also am Sportplatz habe ich es ähnlich. (I: mhm) Ähm allerdings muss ich dann schon kleinere Runden laufen lassen. Also diese Pendelstrecke fand ich an sich ganz gut! Die könnte man auch vielleicht in das Konzept aufnehmen, weil dadurch die Gruppe bisschen kohärenter bleibt. Rein visuell. (I: mhm) Und das ist ein Endeffekt, der doch dazu beiträgt so ein Zusammengehörigkeit, äh dass man es kann. Nachher weiß jeder er hat 1 Kilometer weniger	Nicht: Organisati onsaufwa nd, der aktiv betrieben werden

		Strukturmerkmale Zentrum	gelaufen, aber man sieht es nicht. (I: mhm) Ähm das vermeidet Stigmatisierung. #00:47:15# (6. Transkript, el07er25, Pos 85) I: Oke, das heißt, für die erfolgreiche Etablierung wär eben- ist eben dieses Manual ähm eine Gute (SBT: ja) eine Gute Richtung- #00:38:16# SBT: Und ich finde schon aber auch, (I: mhm)- also äh eben (_) ich bin froh, dass ich diesen sportwissenschalftichen Hintergrund hab, weil es einfach leichter ist und für mich vieles (_) einfach implementiert ist schon (I: mhm) und ich mir nicht noch mehr anlesen muss, ja (I: mhm) #00:38:32# (Transkript 9, ch04st30, Pos 131-132) Ähm gab es denn darüber hinaus noch was, was für die Durchführung des ImPuls Programms wichtig war, um das Programm aus deiner Sicht möglichst gut umsetzen zu können? #00:09:48# SBT: (_) Was glaube ich sehr wichtig war, dass wir ähm also bei uns im Raum- du hast es auch gesehen- aber ich muss es eh erklären, weil man es dann erst versteht. Also wir haben ähm praktisch im Treppenhaus äh findet Reha und Prävention rechts statt und ImPuls war dann links. Das war ein eigenes Stockwerk, ein kleiner Raum mit 35m² mit zwei eigenen Toiletten mit einer kleinen Umkleidebank. Das heißt äh reinkommen war praktisch wie jeder andere Patient, aber dann ging es in einen eigenen Trakt. Und ich glaube das war schon wichtig damit die Gruppe sich so geschützt fühlt. Also ein geschützter Rahmen. Das hätte sie auch in anderen Räumen gehabt, aber sie hätte unterwegs viel zu viele andere Menschen gesehen. Gefühlt, ja ich kann das nicht nachweisen. Das war glaube ich wichtig! Ähm also gerade wenn man eine orthopädische Einrichtung ist und eben Menschen die Hauptdiagnose eben im Psychosomatischen haben. (Transkript 6, el07er25, Pos 25-26)	muss, das ist "Vorberei tung"! (z.B. "Wir mussten alle Sitzungen mit dem Zentrumspers onal vereinbaren")
Umsetzung Theorie	Theoretische Inhalted der Sessions des Manuals (SMART- Ziele – Barrierenmanagem ent / Wenn-Dann- Pläne)	Zielsetzung (Formulierung des Ziels), Symptomsammlung	SBT: Die Ziele zu formulieren war die größte Herausforderung (BEIDE LACHEN) (I: mhm) ähm und für manche bis zum Schluss ähm, einer hat des überhaupt nicht als unterstützend empfunden und hat auch, obwohl also das war die Person, die eben am Ende ähm am meisten sportlich aktiv war, und (_) konnte des trotzdem also nicht, also die - die Erfolge waren nicht in seinem Ziel ersichtlich, also er konnte das nicht damit in Verbindung bringen, da ist auch die Frage ob das Ziel richtig formuliert war, aber die haben sich alle sehr schwer getan (I: mhm) das Zeil überhaupt zu formulieren (I: ja). ## (9. Transkription-ch04st30, Pos. 58)	
Umsetzung Praxis	Nur supervidierte Phase	Laufeinheit, Puls, Pulsuhren, Stimmungsbarometer,	was ich immer gut fand das Stimmungsbarometer. Damit konnte er halt nichts anfangen, weil er halt nie gelaufen ist oder einmal nur und der konnte ja seinen Puls nicht hochtreiben, weil er durch die Schmerzen da gebremst wurde in der Intensität. Dann hat er das nicht so zu fassen bekommen sage ich mal. (I: mhm) Das war schade und da habe ich dann auch irgendwann nicht mehr gewusst, was ich machen soll. Ich habe natürlich dann auch auf dieses- Stunde sechs glaube ich- Kräftigung. Wo sie es selber machen mussten ähm wo in	

			Umsetzung der Praxis innerhalb einer Praxiseinheit		der App drin ist. Dieses, wie heißt es, eigenständiges Training (LACHT) (I: mhm) ähm und so weiter und hab dann gesagt: "Ja so beim Physio oder eben versuchen, dass an den Geräten umzusetzen. Weil das war halt, was irgendwie orthopädisch geht. Aber in der Stunde- also im Setting bei uns ging es halt nicht. Weil er halt nicht rennen konnte oder nicht joggen konnte, auch nicht wirklich walken konnte. (I: mhm, mhm), weil er einfach direkt Schmerzen hatte. ## (3. Transkription-in06we28, Pos. 32) So somatisiert, in der ersten Stunde ist es die gewesen, die losgesprintet ist, mit null Sporterfahrung! (I: mhm) Es war ausgemacht, ersten zweihundert Meter gehen, dann schneller werden und gucken wie es geht! (I: mhm) Die ist sofort losgerannt (I: mhm mhm) (LACHT) Symptomatisch und konnte sie natürlich dann einfangen, also im Sinne des Wortes tatsächlich! (6. Transkription-el07er25, Pos. 22)	
Organisation der Intervention (ohne "Patienteninv olviertheit")	Schulung		Alle Aussagen bezüglich der Schulungen (sowohl die in Tübingen als auch Inhouse- Schulungen vor Ort)	Schulung, Wertung Schulung, Rollenspiele,	Ähm inwiefern hast du dich denn durch die Schulung tatsächlich auf das ImPuls Programm vorbereitet gefühlt? #00:17:03# SBT: Ähm also du hast ja gesagt ich soll ehrlich sein (I: Absolut!). Schulung fand ich nicht gut. (I: mhm) Also wenn ich wirklich ehrlich bin- das die Rollenspiele, die wir gemacht habennicht einmal kam so eine Situation vor- nicht einmal! Also das war (ZÖGERT)- ich denk vom Hintergedanken und vom Aufbau her war das schon okey, aber ähm für mich wäre es viel viel besser gewesen, wenn wir einfach die Stunden zusammen durchgegangen wären. Theoretisch und vielleicht auch irgendwie praktisch, also das war vom Aufbau her okey, aber diese Rollenspiele haben mir nichts gebracht. (I: mhm) Das war für mich- erstmal war es ewig hin also bis es losgegangen ist, habe ich schon kaum mehr was gewusst eigentlich (LACHT), äh musste das alles nochmal einlesen, aber ähm. Ja und dann war die Schulung ja komplett auf das Manual ausgelegt. Dann kam erst bei der letzten Schulung kurz: "Hä es gibt jetzt eine App?". Hä was? (LACHT KURZ) Das war alles ein bisschen so holprig und ähm also die Schulung an sich fand ich nicht gut, weil es mich nicht richtig vorbereitet hat und weil ich es auch so auch nicht (_) nicht richtig greifen konnte. Also ich ähm habe danach nicht gewusst, was jetzt auf mich zukommt, wenn ich ehrlich bin. Ähm wir haben da ja ein paar Aufgaben bekommen und ich hab mich auch tatsächlich auf die Schulung vorbereitet und hab da diesen Part gelesen, den ich lesen sollte. Also ich glaub ich hatte Symptome bei Depressionen und was man machen muss. Und dann Stunde zwei oder so (I: mhm) Aber ich da immer noch nicht ähm dieses Ganze Ding immer noch nicht begriffen gehabt, bis ich mich dann halt- bis es dann wirklich Ernst wurde und ich dann: "Hey ich brauch jetzt kurz mal so drei Stunden Zeit daheim oder irgendwo Zeit, um mich da wirklich komplett einzulesen." (I: mhm) (3. Transkription – in06we28, Pos 34)	
	Session	Vorbereitu ng	Vorbereitungszeit für die Durchführung des ImPuls-Programms (nicht nur 20- minütige	Vorbereitungszeit, Organisatorischer Aufwand im Vorfeld, terminierung von Sitzungen (entweder	"Hey ich brauch jetzt kurz mal so drei Stunden Zeit daheim oder irgendwo Zeit, um mich da wirklich komplett einzulesen." (I: mhm) Ähm weil man halt wenn man Manual getreu arbeiten soll, muss ich das halt schon auch verinnerlichen sage ich mal (3. Transkription-in06we28, Pos. 34) SBT: Ich hatte das Gefühl das wir (_) auch noch sehr viel vorbereiten mussten, also ähm (_) ich hatte zumindest sehr viel E-mailkontakt mit der Klinik hier, weil ich auch nicht hier arbeite (LACHT) (I: mhm) und ähm (_) daran mach ich das gerade fest, dass mir einfach auffällt, ich hab so viele Mails	

		Vorbereitungszeit sondern alles, was man zur Umsetzung der einzelnen Sessions vorbereiten muss).	durch SBT oder Rezeptionisten)	geschrieben ja, also das- das da vielleicht (_) war ja auch wieder ein Zeitaufwand ähm (_) und vielleicht auch ein Aufgabenbereich, den ich mir jetzt in meiner Rolle nicht zugeordnet hätte (I: mhm) ja (LACHEN) ja #00:33:46# I: Also es wär für dich angenehmer gewesen, wenn das schon organisiert wäre (SBT: mhm) ja #00:33:50# SBT: Ja wobei ich auch also es- (_) von Tübingen aus das zu koordinieren ist auch nicht leicht, aber das sollte nicht unser Problem sein (LACHT)denke ich (I: mhm) ja #00:33:59# (9. Transkript, Pos 110 – 112)	
	Nachbereit ung	Nachbereitungszeit nach den einzelnen ImPuls-Sessions.	Nachbereitung,	I: Mhm. Äh Nachbereitung? Hat das stattgefunden? #00:17:02# SBT: Hat stattgefunden. Ähm in dem Sinne, dass ähm also in Notizen. Randnotizen. Ähm auffällige Vorkommnisse. Wobei durch die Dichte der Einheiten, also drei oder zweimal in der Woche, war das dann nicht so viel. Das wäre anders gewesen, wenn man eine ganze Woche dazwischen hätte. Und vielleicht auch zwei Parallel-Gruppen. Ja also das ist dann Sondereffekt sage ich mal. Das ist die einzige ImPuls Gruppe für mich gewesen. Für mich war klar ImPuls: "Okey da bin ich bei denen fünfen!" (I: mhm) Ähm da waren es jetzt keine seitenlangen Nachbereitungen. (I: mhm) Sondern man greift ja als Gruppenleiter sowieso immer die letzte Stunde auf und da habe ich mir so zwei, drei Randnotizen gemacht. Ähm um den Faden (zugang auf), um dort anzusetzen. (I: mhm) Was ja zum Teil auch im Konzept drin ist. Ja dass man den Faden aufnimmt von der letzten Stunde (I: mhm mhm). #00:18:00# (6. Transkription Pos. 37-38)	Abgrenzung zum Austausch → Gespräche bspw. mit Kollegen im Nachgang einer ImPuls- Session werden hier nicht codiert!
Austausch	intern	Austausch mit allen Akteuren, die ohnehin schon in ImPuls involviert sind.	Austausch mit Kollegen des ImPuls- Projekts, mit Supervisoren, mit Mitarbeitern des Forschungsprojekts.	SBT: Ähm (_) eigentlich hatte ich da viel Erfah- äh Möglichkeit darüber. Ähm also ich habeähm mit Kollege der dann einfach auch gesagt hat, er will die nächste Gruppe dann machen. Da haben wir halt viel gesprochen. (I: mhm) Weil für ihn war es ja ähnlich. Er ist jetzt seit 25 Jahre hier und ich erst seit 5. Ähm aber er- bei ihm habe ich auch gemerkt, er hat es auch zugegeben danach so: "Jaa er war jetzt ein bisschen angespannter als sonst." (I: mhm) Und er ist eigentlich jemand, der- ich glaub der kennt gar keine Nerven also (I LACHT) ich weiß gar nicht, ob der welche hat. (I LACHT). Ähm und dann hat er auch gesagt: Jaa jetzt musst mir schonmal ein bisschen, wie war denn das und das. Und als er dann so gemerkt hat, eine Woche vorher, da hat er dann schon auch ein bisschen mehr gefragt (LACHT) (I: mhm mhm) und ähm also da- wir haben uns schon oft ausgetauscht und das war dann okey. (I: mhm) Und was ich auch gut fand, muss man auch mal an der Stelle sagen, also wenn wir dann ein wirkliches Problem hatten, dann habe ich- die L. war mal bei mir, B. habe ich halt auch geschrieben. (I: mhm) Dann hat man da auch relativ zügig auch eine Antwort bekommen. (I: mhm) Und das war dann auch ordentlich. Also das war gut. Also ich habe mich da schon auch gut betreut gefühlt (I: mhm) von Tübinger Seite aus (LACHEND) sage ich jetzt mal (I: mhm). Das war von denen zwei gut. Jetzt ist das gerade ein relativ häufiger Wechsel gewesen in den letzten Monaten. Ähm da war dann immer- ich weiß nicht, wie das dann- ob die dann abgezogen wurden oder ob das für die dann fertig war einfach. Ähm ist ja auch egal. (I: SCHNAUBT ⓒ) Ähm da war dann häufiger Wechsel. (I: mhm) Aber ähm ich habe jetzt auch gar keine Gruppen mehr gehabt (I: mhm) in der letzten Zeit, letzten dreiviertel Jahr. Nächste Woche muss ich den C. einmal vertreten. (I: mhm) Und sonst (_) ja bei mir war dann die Unterstützung war schon ganz gut und ich denke- Supervision habe ich keine gemacht. (I: mhm) Ähm auch einfach aus Zeitgründen. B weil ich die Supervisiorin, also da	

		extern	Austausch mit Akteuren, die nicht in ImPuls involviert sind.	Austausch im privaten Umfeld, Interdisziplinärer Austausch im Zentrum	habe ich schon bei der Schulung nicht viel mitnehmen können. Deswegen habe ich das nicht gemacht. (I: mhm) Und ähm genau. Ja ich habe mich dann mit dem Kollegen ausgetauscht und wir haben darüber gesprochen. Das war okey! ## (3. Transkription-in06we28, Pos. 46) Vor der ersten Gruppe, weil dann halt- weil ich der allererste war im Zentrum, der es überhaupt gemacht hat. (I: mhm) Das heißt ich konnte da auch jetzt nicht jemand fragen: "Du hey wie wars?" (3. Transkription-in06we28, Pos. 40) SBT: Man muss auch sagen, dass wir für eine Krise, also wenn es jetzt eine gegeben hätte, da haben wir zwei Psychologen im Haus auch. (I: mhm) Also man hat schnell mal nachfragen können ähm wie gehst du damit um, oder wie gehe ich damit um. Also die Möglichkeit hätte man durchaus gehabt. #00:37:20# (Transkript 6, el07er25, Pos 69)	
Dissemination	Vermeintlic he Barrieren		Alles was hinderlich für die Etablierung / Implementation von ImPuls in die Regelversorgung sein kann	Einstellung zum Manual, Heterogenittät innerhalb der Gruppe, technische Überforderung durch die App/Pulsuhr, Laufstrecke	Aber das war halt dann schwierig da zu händeln, weil du hast da einen Menschen, der dann wirklich ein orthopädisches Problem hat in dem Sinne und die anderen sollen aber laufen. (I: mhm) und dann war es schwieriger fand ich. Also da war die – also die Zuweisung habe ich manchmal nicht nachvollziehen können. (I: mhm) Ich weiß nicht, ob man es hätte anders machen können. Ich denke mal, ähm man ist da ja darauf angewiesen, dass Leute kommen. Dann kann man nicht sagen: "Okey die 50-Jährigen in eine Gruppe, die 30-Jährigen in eine Gruppe." Das geht wahrscheinlich nicht. Das ist mir klar. (I RÄUSPERT SICH) Aber teilweise fand ich es schwierig, bei der- bei der Aufteilung der Gruppe, weil es einfach ja – oder auch, wenn man jetzt als Beispiel der Background. Wir kommen ja alle aus der Orthopädie. Also wir sind ja da eigentlich die Experten. (I: mhm) In dem was wir jetzt gemacht haben waren wir so ein bisschen neu. (I: mhm) Ähm und dann ist klar, dass der-der Patient, der wenig sportliche Erfahrung hat, aber eben Übergewicht oder sonstiges hat, muss ja gar nicht Übergewicht sein. Aber wenn der drei Mal in der Woche dann joggt oder was macht, dass der natürlich Probleme, Schmerzen bekommt, ist auch eigentlich relativ äh logisch sage ich mal, weil die Gelenke einfach ein bisschen überlastet sind.	
	Vermeintlic he Förderfakto ren		Alles was förderlich für die Etablierung / Implementation von ImPuls in die Regelversorgung sein kann	Einstellung zum Manual , ausreichend Vorbereitungszeit, Kontinuität bzgl. Durchführung / Routine (dauerhaft mehrere Gruppen) Gruppendynamik	Was glaube ich sehr wichtig war, dass wir ähm also bei uns im Raum- du hast es auch gesehen- aber ich muss es eh erklären, weil man es dann erst versteht. Also wir haben ähm praktisch im Treppenhaus äh findet Reha und Prävention rechts statt und ImPuls war dann links. Das war ein eigenes Stockwerk, ein kleiner Raum mit 35m² mit zwei eigenen Toiletten mit einer kleinen Umkleidebank. Das heißt äh reinkommen war praktisch wie jeder andere Patient, aber dann ging es in einen eigenen Trakt. Und ich glaube das war schon wichtig damit die Gruppe sich so geschützt fühlt. Also ein geschützter Rahmen. Das hätte sie auch in anderen Räumen gehabt, aber sie hätte unterwegs viel zu viele andere Menschen gesehen. Gefühlt, ja ich kann das nicht nachweisen. Das war glaube ich wichtig! (6. Transkription-el07er25, Pos. 26)	

	Optimierun gsvorschläg e	Dinge, die beachtet werden müssen, wenn man das Progrmamm "flächendeckend" in vielen verschiedenen Zentren anbietbar machen möchte	"So könnte man es besser machen"; Vorschläge wel he die Durchführung an sich verbessern/vereinfach en könnten Flächendeckung, Vorschläge für spätere Ausbreitung des Programms bzw. konkreter Bezug zu späterer Implementation im Text explizit hergestellt wird, Rekrutierung SBT/Patienten Zuweisung(sprozesse)	SBT: Ähm also du hast ja gesagt ich soll ehrlich sein (I: Absolut!). Schulung fand ich nicht gut. (I: mhm) Also wenn ich wirklich ehrlich bin- das die Rollenspiele, die wir gemacht habennicht einmal kam so eine Situation vor- nicht einmal! Also das war (ZÖGERT)- ich denk vom Hintergedanken und vom Aufbau her war das schon okey, aber ähm für mich wäre es viel viel besser gewesen, wenn wir einfach die Stunden zusammen durchgegangen wären (Transktription 3, in Pos 34) I: Also du plädierst eben für einen zusätzlich zur psychologischen Diagnostik auch eine sportwissenschaftliche Diagnostik. Also eine Leistungsdiagnostik. #00:43:50# SBT: Genau, eine ganz kleine. Das ist auch keine Barriere. Das ist ein Ist-Zustand. Man muss ja nicht nachweisen, dass man gut genug für eine Gruppe ist (I: mhm), aber wenn ich jetzt zwei hab, die bei 30 Watt Leistungsfähigkeit sein, also nicht Maximum aber so um die 70% oder 64 Untergrenze. Ähm der andere bei 100 dann muss es als Gruppensetting () dann auf der Strecke nicht so gut. Das sorgt eher für Frust! Und zwar nicht bei den Schnellen! (LACHEND) (I: mhm) #00:44:23# (Transkription 6, Pos 80-81) ZV1: Jetzt ist das- es wäre zu überlegen, mit nochmal Rekrutierung der Patientinnen und Patienten oder der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ähm, dassirgendeinen Score rauszukriegen, der auch online auf der Website der Krankenkassen gemacht werden kann (_) ähm gibt es in anderen Bereichen, Projekten von anderen gesetzllichen Kassen, (_) ähm kenn ich das- ich kenn das bei der beruflichen Reha, bei uns im- im Bereich Rentenversicherung, da gibt es so ein Score an dem man sich orientieren kann ähm, wo man zumendest mal eine große Gruppe einschließen können- äh könnte, also diese 1200, sag ich mal, am Anfang mal. (Transkription Fokusgruppe ZV, Pos. 146)	
Sonstiges	Subjektiv eingeschätz ter Nutzen für Patienten	Einschätzung der SBTs, wie sinnvoll, relevant, nützlich das Programm für die Patienten, die am Programm	Entwicklung der Patienten, Longterm follow up. Bewertung des Programms in Hinblick auf den Nutzen für die Patienten	SBT: Was beschäftigt mich am meisten? Ähm also im Endeffekt glaub ich, hinterfrage ich dann, wie viel es den Leuten wirklich gebracht hat. (I: mhm) Ähm und ähm hab das so schon in meinem Kopf so eine Vorstellung, dass ich weiß, okey für die Person hat es viel gebracht. Für die anderen hat es vielleicht während dem Programm viel gebracht, jetzt aber wahrscheinlich gar nicht mehr so viel. Aber das würde mich interessieren auf jeden Fall. (LACHT) (I: mhm) Ähm und für ein paar sicherlich ähm gar nix oder bis-bis wenig (3. Transkription-in06we28, Pos. 10) SBT: Ja also das war einfach so- einfach für mich selber auch, dass ich wusste: "Okey es bringt was (I: mhm), was ich mach!" Weil du wusstet ja nicht wie es ankommt. (I: mhm) Das	

	Nutzen SBT	teilgenommen haben, ist. Persönlicher Nutzen für den SBT, den er/sie aus dem ImPuls- Programm zieht.	Aspekte des ImPuls- Programms, die SBT nach Beendigung des ImPuls-Programms für die therapeutische Arbeit/den Alltag beibehält.	ist halt einfach schwierig gewesen für dich zu reflektieren. Bringt es jetzt denen was? War alles gut? Komm ich bei denen an? (I: mhm) 3. Transkription 86 Mir hat es tatsächlich geholfen, wenn ich orthopädische Gruppen habe, vielleicht so eine Problematik zu erkennen, dass da irgendwas hinterlegt ist. Äh aus dem psychosomatischen Bereich. Also dass vielleicht eine Depression auch da ist. Eine Angststörung da ist. Dass man dann schon das vielleicht im Hintergrund hat. (_) Ja dass es nicht nur Charakter ist, sondern dass sich da eigentlich auch ein Grund vielleicht verbergen kann, der nicht genannt wird aber in orthopädischen Einrichtungen(I: mhm) Also ich muss sagen, ich habe schon- hat mir so den Rücken ein bisschen gestärkt. (6. Transkription-el07er25, Pos. 95)	
I	Persönliche Involvierth eit	Distanzierungsfähig keit von Problemen der Patienten, Wertung der Beziehung zuM Patienten, Wie gehe ich mit den Schicksalen der Patienten für mich um.	Patientenschicksale, die SBT mitnehmen	Oder auch eine andere Patientin, die (_) so wie sie äußerte, (SCHNELLER:) des lässt sich ja immer schwer subjektiv -, ähm sich mir anvertrauen konnte, so wie sie es noch keinem sagen konnte und des war natürlich auch irgendwo schön und andererseits aber auch, hab ich gemerkt, dass ich aufpassen muss, dass ich es nicht zu nah an mich ranlasse und da dann auch wieder klare Grenzen setze und das auch für das ImPuls-Projekt beschränke und nicht darüber hinaus. (I: mhm genau) ja. #00:02:56# (Transkription 9, ch04st30, Pos 15)	Evtl. Aspekte zur Schulungs optimieru ng
	Optimierun gsvorschläg e	Optimierungsvorsc hläge über alle Bereiche hinweg	"So könnte man es besser machen"	SBT: Ähm also du hast ja gesagt ich soll ehrlich sein (I: Absolut!). Schulung fand ich nicht gut. (I: mhm) Also wenn ich wirklich ehrlich bin- das die Rollenspiele, die wir gemacht haben- nicht einmal kam so eine Situation vor- nicht einmal! Also das war (ZÖGERT)- ich denk vom Hintergedanken und vom Aufbau her war das schon okey, aber ähm für mich wäre es viel viel besser gewesen, wenn wir einfach die Stunden zusammen durchgegangen wären (Transktription 3, in Pos 34) I: Also du plädierst eben für einen zusätzlich zur psychologischen Diagnostik auch eine sportwissenschaftliche Diagnostik. Also eine Leistungsdiagnostik. #00:43:50# SBT: Genau, eine ganz kleine. Das ist auch keine Barriere. Das ist ein Ist-Zustand. Man muss ja nicht nachweisen, dass man gut genug für eine Gruppe ist (I: mhm), aber wenn ich jetzt zwei hab, die bei 30 Watt Leistungsfähigkeit sein, also nicht Maximum aber so um die 70% oder 64 Untergrenze. Ähm der andere bei 100 dann muss es als Gruppensetting () dann auf der Strecke nicht so gut. Das sorgt eher für Frust! Und zwar nicht bei den Schnellen! (LACHEND) (I: mhm) #00:44:23# (Transkription 6, Pos 80-81)	

Rein Forschungs projekt Bezogenes	Alle Dinge, die im Zusammenhang mit dem Forschungsprojekt stehen. Bewegungssensoren, Kamera, Fragebögen Alles was für Mehraufwand gesorgt hat, sodass man im Endeffekt ein Sammelsurium an "Barriers" hat, die wegfalen würden	Bewegungssensoren, Kamera, Fragebögen	Ja im Endeffekt, bei der zweiten Gruppe war es schon wieder weniger. Also wenn ich jetztwenn das jetzt läuft wie ein Gesundheitskurs, dann wird da wahrscheinlich irgendwann halt mal eine halbe Stunde oder so vorher Zeit eingeplant sein. Die Kamera war ja denke ich mal auch nur für die Studie, die wird ja nicht (I: ja) immer laufen und so weiter, dann würde schon ein bisschen was wegfallen (I: mhm), sage ich mal. (I: mhm) Das heißt, dann wird das schon auch ökologischer. (I: mhm) Ähm aber jetzt für die Studie oder für die erste Gruppe, die ich gemacht habe, war es-war es ein hoher Zeitaufwand. (I: mhm) #00:28:03# (Transkription 3, Pos 42)	
Globale Bewertung des Programms	Wertung des ImPuls-Programms als Ganzes.	Wenn das Programm als Ganzes bewertet wird.	Ähm und ich denk, wenn da die Hälfte der Gruppe einfach was mitnimmt. Und nur bei einem kleinen Teil so läuft wie bei dem J. jetzt, den ich hatte (l: mhm) ähm dann ist das ein- echt ein Erfolg gewesen! (l: mhm) Auf jeden Fall! Ja. Definitiv. ## (3. Transkription-in06we28, Pos. 84) SBT: (_) was ich mitgeben will (_) also ich- ich- ich würde es einfach sowohl euch, als auch den Patienten wünschen, dass das umgesetzt werden kann (LACHT) (I: mhm) ähm weil ich es einfach schon (_) schon gut finde und wichtig finde diese Unterstützung den Patienten mitzugeben (_) ich wüsste jetzt nicht was ähm ja was- was ihr da verändern oder (_) oder machen könntet, damit das funktioniert das halt ihr eher im geschehen drin (LACHT)(_) ich fand es gut aufgebaut, ich hab auch das Gefühl- ich fand auch das Manual ganz cool, da- ich bin gut damit klar gekommen ähm (_) ja (_) das es einfach umgesetzt wird, ja (I: mhm) das wünsch ich dem Team, dass die ganze Arbeit sich auch gelohnt hat ja (I: mhm) ## (9. Transkription-ch04st30, Pos. 124)	
Ökonomisc he Aspekte	Alles, was mit der Arbechnungsfähigk eit von ImPuls zu tun hat.	Abrechnungsfähigkeit, Ökonomie, Kosten- Nutzen, finanzielle Kompensation, gesetzliche Verankerung,	Ich denk aus finanzieller oder aus ökonomischer Sicht vom Chef jetzt her, würde ich sagen: "Schwierig!" Weil du natürlich schon viel Zeit investierst, um am Ende dann halt auch 6 Gruppen- also man wird ja nach einzelnen Teilen/Zeitaufwand bezahlt und wenn dann zwei nicht kommen, fällt das dann weg. (I: mhm) Deswegen denk ich ähm da wird bestimmt irgendwie was kommen vom Chef, der dann sagt so: "Hey da muss eine volle Pauschale hin." Oder irgendwie sowas (I: mhm). Weil man im Endeffekt ja ähm dann schon große Einbußen hatte. (Transkript 3, Pos 68)	

Corona	Alle Faktoren, die in Zusammenhang	Telefonkontakten. Ja weil die habe ich ja einzeln in den Stunden (I: mhm) und krieg praktisch in der Summe einen Teilnehmer gezahlt (I: mhm). In der Gruppe habe ich aber 6 gleichzeitig oder 5. (I: okey) Ahm das muss nachgebessert werden. Aber das machen wir auf Verbands-Ebene(I: mhm, mhm). Ist einfach ein Rechenfehler gewesen. #00:59:12# I: Okey also Rechenfehler in der Abrechnung der Telefonkontakte halten wir an der Stelle fest (SBT: Das sind jede Stunde 16€ - hol mal einen Handwerker). Ja (LACHT) Ähm okey das halten wir so fest. (SBT: ja) (Transkript 6, Pos 97-98) I: Okey, falls du jetzt keine weiteren Anliegen hast (_) (I: Nō ich habe alles gesagt: Telefon, Preise (LACHT). Ja werden wir auf anderer Ebene natürlich nochmal nachhaken). Mhm. Mhm. #01:11:25# SBT: Aber das ist jetzt kein Grund das - also insgesamt. Ich kann ja jetzt nicht alles sagen, ob es jetzt für das Interview wichtig ist. Insgesamt sind wir so bei ungefähr etwa, wenn wir alles rechnen, also wirklich großzügig auch die Vorbereitung und Nachbereitung sind wir bei knapp unter 50€ pro Stunde. (I: pro Stunde). Sollte das später ähm Prävention sein, müssen wir die Umsatzsteuer abrechnen. Dann sind wir bei 35€. (I: mhm) 38. Das ist schwierig, wenn ich die Miete noch bezahlen muss (LACHEND) and (I: mhm) mhm) äh da muss man eigentlich also bei 75€ liegen pro Stunde. (I: mhm) Alles in allem. (I: 75?) Absolut, das ist so ein Wert, wo man sagt, da fangen wir an zu arbeiten. (I: mhm) Ahm um kostendeckend zu sein (I: mhm), aber ich muss Vertretungen haben, aber ich muss, ja, ich muss das sein, das muss ein feetstehendes Angebot sein (I: mhm) und das hat nichts mit äh Jura zu tun, sondern ich muss einfach kalkulieren. Sprechen wir jetzt nicht über die Energiekosten. (I: mhm, mhm) (I: Die durch die Decke gehen, ja) #01:12:28# I: Okey das heißt also 75€, das wäre wirtschaftlich (I: Ja, wenn man nicht die Umsatzsteuer mit reinrechnet) Ja. (_) Okey dann sage ich an der Stelle: Vielen Dank für deine Zeit und stoppe die Aufhahme. (I: Ich hofe ich bin in i	
	mit der Corona-		
	· ·		
	damit		
	verbundenen		
	damit		
	· ·		
	pandemie bzw. den		
	mit der Corona-		
Corona	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Corona	Alle Faktoren, die		
		(Transkript 6, Pos 116-118)	
		mit reinrechnet) Ja. (_) Okey dann sage ich an der Stelle: Vielen Dank für deine Zeit und stoppe die Aufnahme. (I: Ich hoffe ich bin nicht zu sehr abgewichen?) Alles wunderbar im	
		mhm, mhm) (I: Die durch die Decke gehen, ja) #01:12:28#	
		muss ein feststehendes Angebot sein (I: mhm) Und das hat nichts mit äh Jura zu tun,	
		wenn ich die Miete noch bezahlen muss (LACHEND) davon (I: mhm, mhm) äh da muss man	
		wir die Umsatzsteuer abrechnen. Dann sind wir bei 35€. (l: mhm) 38. Das ist schwierig,	
		ob es jetzt für das Interview wichtig ist. Insgesamt sind wir so bei ungefähr etwa, wenn wir	
		Preise (LACHT) Ja werden wir auf anderer Ebene natürlich nochmal nachhaken) Mhm.	
		fest (SBT: Das sind jede Stunde 16€ - hol mal einen Handwerker) Ja (LACHT) Ähm okey	
		oder 5. (I: okey) Ähm das muss nachgebessert werden. Aber das machen wir auf Verbands-	
		noch. Okey weil da haben wir natürlich gemerkt, dass da ein Rechenfehler drin ist bei	
		wissen noch nicht welche (I: mhm) oder eben ein <u>Telefonkontakt irgendwie.</u> Das ist immer eine Frage des Abrechnens. (I: mhm, mhm) Ähm vielleicht kommt die Frage nachher auch	
		Rentenversicherers, wenn wir da eine App-Begleitung machen tatsächlich (I: mhm). Wir	
		Rentenversicherers, wenn wir da eine App-Begleitung machen tatsächlich (I: mbm). Wir	l

Einschränkungen	
stehen.	

Für die Auswertung:

Haupt- kategorie	Subkategorie	SubSubkategori e	Theoretischer Bezugspunkt	Fragestellungen
Durchführung der Intervention	Арр		MOI [Interactions, mechanisms of change] (MRC) Feasibility (Peters)	Wie bewerten SBTs die App im Hinblick auf Feasibility, Usability, Viability, Functionality
(mit Patienten)	Therapeutenin terface + Telefonkontak te		MOI [Interactions, mechanisms of change] (MRC) Feasibility (Peters)	Wie bewerten SBTs das Interface im Hinblick auf Feasibility, Usability, Viability, Functionality Wie bewerten die SBTs die Telefonkontakte im Hinblick auf feasibility, ggf. appropriateness (sinnhaftigkeit)
	Umgang mit dem Manual		Implementation [Fidelity] (MRC) Feasibility, Fidelity (Peters)	Wie kamen die SBTs mit "Arbeiten nach Manual" zurecht?
	Gruppe	Gruppenprozess e	Zusammensetzung: Implementation [Reach] (MRC), Coverage (Peters); Dynamiken: MOI [Interactions] (MRC), Feasibility (Peters)	Wie haben sich die Gruppenzusammensetzung und evtl. Dynamiken auf die Umsetzung ausgewirkt?
		Gruppenprozess e	MOI [interactions] (MRC) Feasibility (Peters)	Wie haben sich die Interaktionen auf die Umsetzung ausgewirkt?

	Anbieterqualifi kationen		Context (MRC)	
	Umsetzung allgemein		Context (MRC) Feasibility (Peters)	Welche Rahmenbedingungen müssen aus Sicht der SBT für die Umsetzung gegeben sein?
	Umsetzung Theorie		Feasibility (Peters) MOI (MRC)	Wie kamen SBTs mit der Umsetzung der Theorie zurecht?
	Umsetzung Praxis		Feasibility (Peters)	Wie kamen SBTs mit der Umsetzung der Praxis zurecht?
Organisation der	Schulung		Implementation [implementation process - training] (MRC) Adoption (Peters)	Wie bewerten SBTs die Schulung? Was würden sie ändern?
Intervention (ohne "Patienteninv	Session	Vorbereitungsze it	Implementation [implementation process - ressources] / Context (MRC); Feasibility, Adoption (Peters)	Wie gestaltete sich die Vorbereitungszeit?
olviertheit")		Nachbereitungs zeit	Implementation [implementation process - ressources] / Context (MRC); Feasibility, Adoption (Peters)	Wie gestaltete sich die Nachbereitungszeit?
	Austausch	intern	Implementation [implementation process – training i.e., supervision], Context (MRC)	Inwiefern haben sich die SBT intern ausgetauscht?
		extern	Context (MRC)	Inwiefern haben sich die SBT extern ausgetauscht?
Dissemination	Vermeintliche Barrieren		Implementation, MOI, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	Welche Herausforderungen sehen SBTs für zukünftige Implementation?
	Vermeintliche Förderfaktore n		Implementation, MOI, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	Welche Förderfaktoren sehen SBTs für zukünftige Implementation?
	Optimierungsp otential		Implementation, MOI, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	

	Rollout	Implementation, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	
Sonstiges	Nutzen Patienten	Appropriateness Sustainability (Peters)	Wie angemessen schätzen SBT ImPuls für Patienten ein?
	Nutzen SBT	Acceptability (Peters)	Wie viel bringt den SBT ImPuls für sich selbst? #Akzeptanz (implizit)
	Persönliche Involviertheit	Context (MRC)	Wie sehr vereinnahmt SBTs das Schicksal der PMD?
	Optimierungsv orschläge	Implementation, MOI, Context (MRC); Feasibility, Appropriateness, Implementation cost, Adoption, Acceptability (Peters)	Welche Optimierungsvorschläge für künftige implementation sehen SBT?
	Globale Bewertung des Programms	Acceptability (Peters)	Wie bewerten SBTs ImPuls als Ganzes ? (#Akzeptanz)
	Rein Forschungspro jekt Bezogenes	Implementation [Delivery of the intervention, implementation (recruitement) strategy] (MRC)	Welche Aspekte nennen SBTs, die aber rein forschungsprojekt bezogen sind und für spätere Imp keine Rolle spielen?
	Ökonomische Aspekte	Context (MRC); Evtl. Implementation cost(?), feasibility (Peters)	Wie sollte ImPuls aus Sicht der SBT abrechenbar sein?

Anlage 9: Ergebnisse Wirksamkeit Completer-Stichprobe

Ergebnisse Effektivität globale Symptomschwere (Completer-Stichprobe)

Tabelle 1: Effekte von Impuls + TAU vs. TAU auf die globale Symptomschwere (BSI-18) auf Basis der Completer-Stichprobe (aus Wolf et al., 2024, Supplementary Material, Table S25)

	M (SD) N		Bereinigte Differenz (95% CI)	p	Standardisierte Zwischengruppeneffekt stärke (95% CI)
	ImPuls+TAU	TAU			
Baseline	21,29 (11,35); 161	22,01 (10,55); 201	-		
6 Monate	13,91 (11,10); 134	19,61 (12,36); 190	4,69 (2,20 – 7,17)	<0,001	0,40 (0,18 – 0,63)
12 Monate	e 12,67 (11,25); 123	18,40 (12,45); 194	3,84 (1,13 – 6,55)	0,006	0,33 (0,09 – 0,57)

Anlage 10: Ergebnisse der Mediationsanalysen

Ergebnisse der Mediationsanalysen

Tabelle 1. Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle mit Bootstrapping (5000 Iterationen) an der ITT-Stichprobe für das Modell zur Veränderung des globalen Symptomschweregrads von der Baseline bis zur Erhebung nach 6 Monaten. Fehlende Werte wurden mit einer Full Information Maximum-Likelihood-Methode behandelt. Es handelte sich um ein gesättigtes Modell, sodass keine absoluten Fit-Indizes verfügbar waren.

Kausalzusamme	nhän	ge ^a	Est	SE	z	p
direkte Wirkung						
Δ GSI	\leftarrow	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	-0.18	0.05	-3.56	<0.001*
Δ GSI	\leftarrow	Δ MVPA	-0.02	0.07	-0.27	0.788
Δ GSI	\leftarrow	Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	-0.11	0.06	-1.84	0.067
Δ MVPA	\leftarrow	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	0.02	0.06	0.36	0.718
Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	0.30	0.05	5.66	<0.001*
Δ MVPA	~~	Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	0.14	0.07	1.94	0.053
indirekte Wirkung	,					
ΔGSI	\leftarrow	Bedingung x Δ MVPA	0	0	-0.21	0.836
Δ GSI	←	Bedingung x Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	-0.03	0.02	-1.77	0.077
Gesamtwirkung			-0.21	0.05	-4.07	<0.001*

Anmerkung: a = MVPA (Körperliche Aktivität moderater bis hoher Intensität [moderate to vigorous intensity physical activity]) und selbstberichtete sportliche Aktivität wurden log-transformiert, Est = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler des Mittelwerts, Δ GSI = Veränderung der globalen Symptomschwere vom Ausgangswert bis zum 6-Monats-Zeitraum, Δ MVPA = Veränderung der körperlichen Aktivität basierend auf Akzelerometerdaten, TAU = Treatment as usual, *Signifikantes Ergebnis: p < 0,05

Tabelle 2. Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle mit Bootstrapping (5000 Iterationen) an der ITT-Stichprobe für das Modell zur Veränderung des globalen Symptomschweregrads von der Baseline bis zur Erhebung nach 12 Monaten. Fehlende Werte wurden mit einer Full Information Maximum-Likelihood-Methode behandelt. Es handelte sich um ein gesättigtes Modell, sodass keine absoluten Fit-Indizes verfügbar waren.

Kausalzusammer	ausalzusammenhänge ^a			SE	z	p
direkte Wirkung						
Δ GSI	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	-0.16	0.05	-2.91	0.004*
Δ GSI	\leftarrow	ΔMVPA	0.04	0.06	0.70	0.482
Δ GSI	←	Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	-0.19	0.05	-4.02	<0.001*
Δ MVPA	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	0.02	0.07	0.37	0.709
Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	0.12	0.06	2.11	0.035*
Δ MVPA	~~	Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	0.08	0.07	1.15	0.252
indirekte Wirkung						
ΔGSI	\leftarrow	Bedingung $x \Delta MVPA$	0.00	0.00	0.34	0.735
ΔGSI	←	Bedingung x Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	-0.02	0.01	-1.89	0.059
Gesamtwirkung			-0.18	0.05	-3.28	0.001*

Anmerkung: a=MVPA (körperliche Aktivität moderater bis hoher Intensität [moderate to vigorous intensity physical activity]) und selbstberichtete sportliche Aktivität wurden log-transformiert, Est = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler des Mittelwerts, Δ GSI = Veränderung der globalen Symptomschwere vom Ausgangswert bis zum Zeitraum von 12 Monaten, Δ MVPA = Veränderung der körperlichen Aktivität basierend auf Akzelerometerdaten, TAU = Treatment as usual, *Signifikantes Ergebnis: p < 0.05

Tabelle 3. Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle mit Bootstrapping (5000 Iterationen) an der Completer-Stichprobe für das Modell zur Veränderung des globalen Symptomschweregrads von der Baseline bis zur Erhebung nach 6 Monaten. Fehlende Werte wurden mit einer Full Information Maximum-Likelihood-Methode behandelt. Es handelte sich um ein gesättigtes Modell, sodass keine absoluten Fit-Indizes verfügbar waren.

Kausalzusammo	Kausalzusammenhänge ^a			SE	z	p
direkte Wirkung						
Δ GSI	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	-0.14	0.05	-2.77	0.006*
Δ GSI	\leftarrow	ΔMVPA	-0.03	0.07	-0.49	0.623
Δ GSI	←	Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	-0.13	0.06	-2.24	0.025*
Δ MVPA	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	0.02	0.06	0.25	0.802
Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	0.31	0.05	5.95	<0.001*
Δ MVPA	~~	Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	0.12	0.07	1.69	0.092
indirekte Wirkun	g					
Δ GSI	\leftarrow	Bedingung x Δ MVPA	0.00	0.00	-0.22	0.828
Δ GSI	←	Bedingung x Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	-0.04	0.02	-2.13	0.033*
Gesamtwirkung			-0.18	0.05	-3.41	<0.001*

Anmerkung: a = MVPA (Körperliche Aktivität moderater bis hoher Intensität [moderate to vigorous intensity physical activity]) und selbstberichtete sportliche Aktivität wurden log-transformiert, Est = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler des Mittelwerts, Δ GSI = Veränderung der globalen Symptomschwere vom Ausgangswert bis zum 6-Monats-Zeitraum, Δ MVPA = Veränderung der körperlichen Aktivität basierend auf Akzelerometerdaten, TAU = Treatment as usual, *Signifikantes Ergebnis: p < 0,05

Tabelle 4. Ergebnisse der Strukturgleichungsmodelle mit Bootstrapping (5000 Iterationen) an der Completer-Stichprobe für das Modell zur Veränderung des globalen Symptomschweregrads von der Baseline bis zur Erhebung nach 12 Monaten. Fehlende Werte wurden mit einer Full Information Maximum-Likelihood-Methode behandelt. Es handelte sich um ein gesättigtes Modell, sodass keine absoluten Fit-Indizes verfügbar waren.

Kausalzusammen	hän	ge ^a	Est	SE	z	p
direkte Wirkung						
Δ GSI	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	-0.13	0.05	-2.34	0.019*
Δ GSI	\leftarrow	ΔMVPA	0.04	0.06	0.69	0.492
Δ GSI	←	Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	-0.20	0.05	-4.19	<0.001*
Δ MVPA	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	0.02	0.06	0.29	0.776
Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	←	Bedingung (ImPuls plus TAU vs. TAU)	0.11	0.06	1.85	0.065
Δ MVPA	~~	Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	0.07	0.06	1.03	0.303
indirekte Wirkung						
Δ GSI	\leftarrow	Bedingung $x \Delta MVPA$	0.00	0.00	0.27	0.790
Δ GSI	←	Bedingung x Δ sportliche Aktivität im Selbstbericht	-0.02	0.01	-1.74	0.081
Gesamtwirkung			-0.15	0.06	-2.68	0.007*

Anmerkung: a=MVPA (körperliche Aktivität moderater bis hoher Intensität [moderate to vigorous intensity physical activity]) und selbstberichtete sportliche Aktivität wurden log-transformiert, Est = standardisierter Regressionskoeffizient, SE = Standardfehler des Mittelwerts, Δ GSI = Veränderung der globalen Symptomschwere vom Ausgangswert bis zum Zeitraum von 12 Monaten, Δ MVPA = Veränderung der körperlichen Aktivität basierend auf Akzelerometerdaten, TAU = Treatment as usual, *Signifikantes Ergebnis: p < 0.05

Anlage 11: Definition und Berechnung von Versorgungs- und Interventionskosten

Definition und Berechnung von Versorgungs- und Interventionskosten

Tabelle A1.1: Definition und Operationalisierung von Kosten in den Routinedaten

Leistungsbereiche	Abkürzung für Abbildungen	Definition und Operationalisierung	Zuordnung zu Beobachtungs- zeiträumenden
Ambulante Behandlungsfälle (exklusive Psychotherapie)	Ambulant	Kosten aller im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich erbrachten Behandlungsfälle exklusive Psychotherapie (Definition siehe unten)	Leistungsbeginn
Ambulante Behandlungsfälle (exklusive Psychotherapie)	Ambulant an Klinik	Kosten aller an stationären Einrichtungen ambulant erbrachter Behandlungsfälle exklusive Psychotherapie (Definition siehe unten)	Aufnahmedatum
Verordnungen Psychopharmaka	Verordnungen Psych.	Nettokosten aller abgerechnete Verordnungen mit den folgenden ATC-Codes: N05B, N05C, N06A	Abgabedatum
Verordnungen kardiovaskuläre Erkrankungen	Verordnungen Kardio.	Nettokosten aller abgerechnete Verordnungen mit ATC-Codes, die mit "C" beginnen	Abgabedatum
Psychotherapie (niedergelassener Bereich)	Ambulant Psychotherapie	Kosten der im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungsfälle, kodiert anhand der folgenden Ziffern: 35152, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435, 35173-35179, 35503-35509, 35513-35519, 35523-35529, 35533-35539, 35543-35549, 35553-35559, 35703-35709, 35713-35719, 21221, 22222	Leistungsbeginn
Psychotherapie (ambulant an stationärer Einrichtung)	Ambulant Psychotherapie Klinik	Kosten der ambulant an stationären Einrichtungen durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungsfälle, kodiert analog zu Psychotherapie im vertragsärztlichen Bereich	Leistungsbeginn
Stationäre und teilstationäre Aufenthalte aufgrund psychischer Symptomatik	Stationär F-Diagnosen	Abgerechnete Nettokosten von stationären und vorstationären Aufenthalten bei der eine F-Diagnose als Hauptdiagnose, oder alternativ, Aufnahmediagnose codiert ist	Aufnahmedatum
Stationäre und teilstationäre Aufenthalte aufgrund kardiovaskulären Erkrankungen	Stationär I-Diagnosen	Abgerechnete Nettokosten von stationären und vorstationären Aufenthalten bei der eine I-Diagnose als Hauptdiagnose, oder alternativ, Aufnahmediagnose codiert ist	Aufnahmedatum
Krankengeld in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen	Krankengeld	Abgerechnete Krankengeldfälle bei der F-Diagnose codiert ist	Proportionale Zuordnung der Kosten aus Krankengeldepisoden zu Beobachtungszeiträumen

Tabelle A1.2: Berechnung und Darstellung der Interventionskosten pro Patient:in

Kostenkomponente	Base Case (I)	Studienpopulation und Studienkosten (II)	Einbezug SCID (III)
Durchschnittliche Versorgungskosten der SBT in der supervidierten Interventionsphase basierend auf dokumentierter tatsächlicher Inanspruchnahme der SBT in Minuten und Minutensätze von 0,46€ für Gruppentherapie und 0,90€ für Einzelgespräche [Minutensätze in Anlehnung an Psy-RENA-Pauschalen aus 2023].	485 €	485 €	485 €
Zusatzaufwand Erstgespräch SBT (25 Minuten à 0,90€)	22 €	22€	22 €
Kosten ImPuls-App Maintenance	120 €	132 €	120€
Diagnosegespräch (SCID) zur Ermittlung gesicherter Diagnose durch Psychotherapeuten, angesetzt mit 3x EBM 35151 [Die Gespräche im Projekt hatten eine Dauer zwischen 45 und 90 Minuten].			169 €
Kosten Interventionsphase gesamt	627 €	640 €	796 €
Personalkosten Planung und Durchführung Schulung	5€	23 €	5€
Overhead Kosten für Schulung (20%)	1€	5€	1€
Opportunitätskosten Vorbereitung und Präsenz Schulungen von 20 SBTs (2 Tage Vorbereitung und 3,5 Tage Präsenz bewertet anhand Bruttoarbeitslohn von 23,0 € pro Stunde)	20 €	102 €	20 €
Kosten Implementierungsphase gesamt	26 €	129 €	26 €
Gesamtkosten	653 €	769 €	822 €

Anlage 12: Detailergebnisse gesundheitsökonomische Evaluation

Detailergebnisse gesundheitsökonomische Evaluation

Tabelle A2.1: Ergebnisse der Spezifikationstests für die Kostenanalyse

	Gamma Hurdle GLMM				Tweedie GLMM			LMM
Gekappte Kosten	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Random Slopes	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein
Sample- Schätzwert	424	426	460	461	374	391	436	451
Mittelwert Bootstrap	483	465	519	476	337	324	441	456
RMSE	5419	5122	5510	5209	5061	4788	5194	4910
AIC	21149	21066	21147	21065	21262	21180	21262	21180
BIC	21205	21121	21193	21110	21318	21236	21307	21225

GLMM: Generalised linear mixed model; RMSE: Root Mean Squared Error; AIC: Akaike Information Criterion; BIC: Bayes Information Criterion.

Tabelle A2.2: Deskriptive Ergebnisse der Kostenanalyse der GKV-Gesundheitsleistungen inklusive Anzahl der Behandlungsfälle

			Mittelwert (SD)			Diff. der Diff.	P-Wert
		ImPu	ls plus TAU	TAU			
GKV-Gesamtkosten	Baseline	8932	(13688)	7168	(9489)		
	12 M	5556	(7370)	5683	(7487)	-1891	0.445
Ambulant Fälle	Baseline	13.6	(7.07)	14.2	(8.13)		
	12 M	13.9	(7.64)	14.3	(8.64)	0.189	0.409
Ambulant Kosten	Baseline	1465	(2713)	1541	(1503)		
	12 M	1428	(2501)	1360	(1234)	143	0.490
Ambulant Psychotherapie Fälle	Baseline	1.86	(2.05)	1.84	(1.97)		
	12 M	1.61	(1.80)	1.61	(1.81)	-0.011	0.816
Ambulant Psychotherapie Kosten	Baseline	1268	(1663)	1264	(1706)		
	12 M	1173	(1731)	1096	(1754)	73.3	0.725
Ambulant an Klinik Fälle	Baseline	0.374	(1.00)	0.317	(0.902)		
	12 M	0.347	(0.979)	0.281	(1.05)	0.009	0.650
Ambulant an Klinik Kosten	Baseline	135	(447)	145	(601)		
	12 M	153	(646)	146	(793)	16.5	0.300
Ambulant Psychotherapie Klinik	Baseline	0.116	(0.597)	0.156	(0.711)		
älle	12 M	0.126	(0.630)	0.231	(0.845)	-0.065	0.316
Ambulant Psychotherapie Klinik	Baseline	94.0	(586)	156	(788)		0.000
Kosten	12 M	80.2	(466)	199	(807)	-57.2	0.042
	Baseline	0.232	(0.719)	0.191	(0.554)	-	
stationär F-Diagnosen Fälle	12 M	0.137	(0.463)	0.116	(0.351)	-0.019	0.866
Stationär F-Diagnosen Kosten	Baseline	1963	(6500)	953	(3695)	0.020	0.000
	12 M	839	(3259)	1153	(4312)	-1324	0.360
Statonär I-Diagnosen Fälle Statonär I-Diagnosen Kosten	Baseline	0.016	(0.162)	0.020	(0.200)		0.000
	12 M	0.021	(0.144)	0.015	(0.122)	0.010	0.745
	Baseline	45.3	(539)	184	(1985)	0.010	0.7 .5
	12 M	99.6	(824)	144	(1579)	95.0	0.745
Verordnungen Psych. Fälle	Baseline	1.91	(2.79)	1.94	(3.46)	55.5	J., 15
	12 M	2.64	(3.54)	3.10	(4.08)	-0.429	0.283
Verordnungen Psych. Kosten	Baseline	74.5	(182)	63.9	(148)	0.723	3.203
	12 M	96.2	(216)	101	(169)	-15.3	0.131
Verordnungen Kardio. Fälle	Baseline	0.837	(2.44)	0.724	(2.79)	13.3	0.101
	12 M	1.19	(3.07)	1.15	(2.73)	-0.064	0.696
Verordnungen Kardio. Kosten	Baseline	14.4	(48.6)	11.0	(42.9)	0.004	0.050
	12 M	21.3	(63.7)	28.1	(157)	-10.2	0.516
Krankengeld Tage	Baseline	48.9	(106)	42.8	(101)	10.2	0.510
	12 M	46.9 29.1	(79.0)	42.6 24.5	(70.0)	-1.55	0.977
	TZ IVI	23.1				-1.33	0.577
	Baseline	3856	(9966)	2847	(7611)		

SD: Standardabweichung; Diff.: Differenz; WRS: Wilcoxon-Rangsummentest; CI: Konfidenzintervall; 12 M: 12 Monate Nachbeobachtung; TAU: Treatment as Usual. Auf eine Darstellung der 6-Monatswerte wurde zur Besserung Lesbarkeit verzichtet. Definition und Operationalisierung der Kosten sind in Tabelle AX.1 in Anlage 1 enthalten. "Ambulant" und "Ambulant an Klinik" exklusive Psychotherapie.

Tabelle A2.3: Anzahl an Patient:innen in den jeweiligen Subgruppen

Subgruppe	ImPuls plus TAU (N)	TAU (N)
Männer	55	58
Frauen	135	141
Alter >= 45	91	99
Alter < 45	99	100
CCI > 0	45	55
CCI = 0	145	144
Keine psychologische oder psychopharmakologische	52	58
Behandlung (Baseline)		
Psychologische oder psychopharmakologische Behandlung	138	141
(Baseline)		
Programmteilnahme < 2 Wochen	36	199
Programmteilnahme >= 2 Wochen	154	0
Patient:innen ohne Depression (Baseline)	49	60
Patient:innen mit Depression (Baseline)	141	139
Keine App-Nutzung in nicht-supervidierter Phase	71	199
App-Nutzung in nicht-supervidierter Phase	49	0

TAU: Treatment as Usual; N: Anzahl Beobachtungen; CCI: Charlson Comorbidity Index.

Tabelle A2.4: Ergebnisse der CEA und CUA für unterschiedliche Subgruppen

Subgruppe	Outcome	Adj. Diff	erenz (95% CI)	ICER	ICUR
	BSI-18	-1,98	(-4,89; 0,924)	475	
Männer	QALYs	0,030	(-0,007; 0,067)		31393
	Kosten	941	(-209; 2091)		
	BSI-18	-4,51	(-7,00; -2,02)	46,4	
Frauen	QALYs	0,032	(0,002; 0,062)		6487
	Kosten	209	(-592; 1010)		
	BSI-18	-3,59	(-6,40; -0,770)	122	
Alter >= 45	QALYs	0,038	(0,004; 0,072)		11453
	Kosten	438	(-571; 1446)		
Alter < 45	BSI-18	-3,97	(-6,57; -1,36)	110	
	QALYs	0,025	(-0,009; 0,059)		17658
	Kosten	438	(-370; 1245)		
	BSI-18	-3,39	(-6,61; -0,166)	55,8	
CCI > 0	QALYs	0,006	(-0,046; 0,059)		29551
	Kosten	189	(-1145; 1523)		
	BSI-18	-3,90	(-6,24; -1,56)	134	
CCI = 0	QALYs	0,039	(0,012; 0,066)		13444
	Kosten	524	(-233; 1281)		
Keine psychologische oder	BSI-18	-3,24	(-6,68; 0,193)	282	
psychopharmakologische	QALYs	0,032	(-0,009; 0,072)		28881
Behandlung (Baseline)	Kosten	914	(203; 1625)		
Psychologische oder	BSI-18	-4,00	(-6,41; -1,60)	15,5	
psychopharmakologische	QALYs	0,032	(0,002; 0,061)		1961
Behandlung (Baseline)	Kosten	61,9	(-887; 1011)		
Donama and illumbana 12	BSI-18	-4,08	(-8,74; 0,582)	187	
Programmteilnahme < 2	QALYs	0,039	(-0,012; 0,090)		19609
Wochen*	Kosten	764	(-957; 2486)		
D	BSI-18	-3,73	(-5,95; -1,51)	126	
Programmteilnahme >= 2	QALYs	0,030	(0,001; 0,058)		15926
Wochen*	Kosten	472	(-258; 1201)		
	BSI-18	-1,35	(-4,86; 2,16)	232	
Patient:innen ohne	QALYs	0,016	(-0,026; 0,058)		19519
Depression (Baseline)	Kosten	313	(-607; 1233)		
5	BSI-18	-4,75	(-7,01; -2,48)	100	
Patient:innen mit Depression	QALYs	0,039	(0,009; 0,068)		12289
(Baseline)	Kosten	477	(-364; 1318)		
	BSI-18	-3,44	(-6,07; -0,803)	147	
Keine App-Nutzung in nicht-	QALYs	0,026	(-0,01; 0,063)		19145
supervidierter Phase*	Kosten	505	(-470, 1480)		
Durchschn. App-Nutzung von	BSI-18	-4,61	(-7,80; -1,42)	145	
einmal pro Monat in nicht-	QALYs	0,056	(0,019; 0.094)		11871
supervidierter Phase *	Kosten	669	(-680,2019)		

CI: Konfidenzintervall; CCI: Charlson-Comorbidity-Index.* Separate Analyse der Sub-Samples anstatt Interaktion von Subgruppenindikator und Treatment, da Nullbeobachtungen in Kontrollgruppe (siehe Tabelle A2.3).