

Diplomarbeit

**Nutzen- und Anwendbarkeitsprüfung von EVIzepten in
der Hausarztpraxis**

eingereicht von

Michael Kohlhofer

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

**Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte
Versorgungsforschung**

unter der Anleitung von

Priv.-Doz. Dr. med. univ. Karl Horvath

und

Dr. med. univ. Reingard Glehr

und

Dr. med. univ. Nicole Posch, MPH

Graz, am 21.04.2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 21.04.2022

Michael Kohlhofer eh.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis.....	4
Zusammenfassung	5
Abstract	6
1 Einleitung.....	7
1.1 Handbuch für nicht medikamentöse Interventionen (HANDI).....	9
1.2 Infozepte.....	11
1.3 Green Prescriptions.....	14
1.4 EVIzepte.....	17
2 Material und Methoden	21
2.1 Interviewleitfaden.....	22
2.1.1 Leitfaden Ärztinnen und Ärzte.....	22
2.1.2 Leitfaden Patientinnen und Patienten	24
2.2 Kriterien für die Auswahl der Ärztinnen und der Ärzte	25
2.3 Kriterien für die Auswahl der Patientinnen und der Patienten.....	25
2.4 Datenerhebung und Datenauswertung	26
2.4.1 Kategorien Interview Ärztinnen und Ärzte.....	27
2.4.2 Kategorien Interview Patientinnen und Patienten	29
3 Ergebnisse – Resultate.....	31
3.1 Auswertung Ärztinnen und Ärzte.....	31
3.1.1 Geschlecht	31
3.1.2 Alter der Ärztinnen und der Ärzte.....	32
3.1.3 Praxisstandort	32
3.1.4 Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen	32
3.1.5 Complianceerhöhung durch schriftliches Rezept für nicht medikamentöse Therapien	33
3.1.6 Würden Patientinnen und Patienten EVIzepte verwenden?.....	34
3.1.7 Würden die befragten Ärztinnen und Ärzte EVIzepte verschreiben?	36
3.1.8 Wunsch nach mehr EVIzepten.....	37
3.1.9 Meinung zu den Factsheets	37
3.1.10 Weitere Krankheitsbilder	38
3.1.11 Vorteile durch Verwendung von EVIzepten.....	39

3.1.12	Verbesserungsvorschläge.....	41
3.2	Auswertung Patientinnen und Patienten	44
3.2.1	Geschlecht	44
3.2.2	Alter	45
3.2.3	Wohnhaft.....	45
3.2.4	Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen	45
3.2.5	Complianceerhöhung durch schriftliches Rezept für nicht medikamentöse Therapien	46
3.2.6	Würden Patientinnen und Patienten EVIzepte verwenden?.....	47
3.2.7	Wunsch nach mehr EVIzepten.....	48
3.2.8	Weitere Krankheitsbilder	49
3.2.9	Vorteile durch Verwendung von EVIzepten.....	49
3.2.10	Verbesserungsvorschläge.....	51
4	Diskussion.....	53
4.1	Verschreibung von EVIzepten	53
4.2	Entwicklung neuer EVIzepte.....	54
4.3	Verwendung von EVIzepten	55
4.4	Factsheets	59
4.5	Schlussfolgerung.....	59
	Literaturverzeichnis	61
	Anhang	64
	Interviewleitfaden Ärztinnen und Ärzte.....	64
	Interviewleitfaden Patientinnen und Patienten.....	65
	Datenschutzerklärung.....	66
	EVIzepte.....	70
	EVIzept für körperliches Training bei Depression.....	70
	EVIzept für körperliches Training bei Diabetes	71
	EVIzept für Schlafhygiene.....	72
	Factsheets	74
	Factsheet für körperliches Training bei Depression.....	74
	Factsheet für körperliches Training bei Diabetes.....	78
	Factsheet für Schlafhygiene	83
	Auswertung Interview Ärztinnen und Ärzte	88
	Auswertung Interview Patientinnen und Patienten.....	90

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - RESIST-Infozeptblock Seite 1	14
Abbildung 2 – RESIST-Infozeptblock Seite 2	14
Abbildung 3 - EVIzept für körperliches Training bei Diabetes Mellitus Typ II.....	19
Abbildung 4: Geschlecht der Ärztinnen und der Ärzte.....	31
Abbildung 5: Alter der Ärztinnen und der Ärzte.....	32
Abbildung 6: Praxisstandort.....	32
Abbildung 7: Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen	33
Abbildung 8: Complianceerhöhung bei Patientinnen und Patienten.....	34
Abbildung 9: Würden Patientinnen und Patienten EVIzepte verwenden?	35
Abbildung 10: Würden Sie EVIzepte verschreiben?	36
Abbildung 11: Wunsch nach mehr EVIzepten.....	37
Abbildung 12: Meinung zu Factsheets.....	38
Abbildung 13: Geschlecht der Patientinnen und der Patienten.....	44
Abbildung 14: Alter der Patientinnen und der Patienten	45
Abbildung 15: Wohnhaft der Patientinnen und der Patienten.....	45
Abbildung 16: Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen	46
Abbildung 17: Complianceerhöhung durch „Rezept" für nicht medikamentöse Therapie .	47
Abbildung 18: Würden Sie EVIzepte verwenden?.....	48
Abbildung 19: Wunsch nach mehr EVIzepten.....	48

Zusammenfassung

Einleitung - In Österreich gestaltet es sich für praktizierende Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner schwierig ihren Patientinnen und Patienten nicht medikamentöse Maßnahmen effizient anzubieten. Um dies zu erleichtern, wurden vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung Graz sogenannte „EVIzepte“ entwickelt. Diese ähneln Medikamentenrezepten und beinhalten kompakte Beschreibungen für evidenzbasierte, nicht medikamentöse Maßnahmen. Zunächst wurden EVIzepte zu drei Krankheitsbildern (Depression, Diabetes, Insomnie) entwickelt.

Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, ob Ärztinnen und Ärzte EVIzepte nutzen würden, um nicht medikamentöse Maßnahmen zu verschreiben und ob Patientinnen und Patienten gewillt sind diese anzuwenden. Des Weiteren sollte herausgefunden werden, ob von ärztlicher Seite als auch von Seite der Patientinnen und der Patienten der Wunsch besteht, weitere EVIzepte zu entwickeln.

Methodik - Mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews wurden zehn praktizierende Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner und 30 Patientinnen und Patienten befragt.

Ergebnisse - Der Großteil der befragten Ärztinnen und Ärzte würde EVIzept verwenden. Zudem gab auch die Mehrheit der Patientinnen und Patienten an, dass sie EVIzepte anwenden würden. Des Weiteren besteht, sowohl von ärztlicher Seite als auch von Seite der Patientinnen und Patienten, der Wunsch zur Entwicklung von EVIzepten für weitere Krankheitsbilder.

Diskussion – Durch die Verwendung von EVIzepten gestaltet sich die Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen nicht nur einfacher, sondern auch effektiver. Um evident beantworten zu können, ob Patientinnen und Patienten EVIzepte anwenden würden, wäre eine längerfristige Studie notwendig. Jedoch zeigen ähnliche Programme aus anderen Ländern, dass der Anklang bei Patientinnen und Patienten groß ist.

Abstract

Introduction – In Austria, it is difficult for general practitioners to offer their patients non-medical treatments efficiently. To make it easier, the Institute for General Practice and Evidence-Based Health Service Research Graz developed so called „EVIzepte“. These are similar to prescriptions for drugs and contain compact descriptions for evidence-based, non-drug treatments. Now EVIzepts for three diseases (depression, diabetes, insomnia) are developed.

The goal was to find out whether general practitioners would use EVIzepts to prescribe non-medical treatments and whether patients will use them. Furthermore, it should be found out, if there is a request to develop more EVIzepts for other diseases.

Methods – With guideline-based interviews, we questioned 10 general practitioners and 30 patients.

Results – The majority of the general practitioners would use EVIzepts and most of the patients would use EVIzepts too. In addition, there was the request for more EVIzepts for other disease.

Discussion – The prescription of non-medical treatments by using EVIzepts is not only easier, it is also more effective. In order to be able to provide an evident answer as to whether patients would really use EVIzepts, a long-term study would be necessary. However, similar programs in other countries show great success.

1 Einleitung

„Was kann ich tun, wenn ich keine Medikamente nehmen möchte?“ Dies ist eine alltägliche Frage von Patientinnen und Patienten, auf die eine Allgemeinmedizinerin oder ein Allgemeinmediziner fast jeden Tag treffen. Viele Patientinnen und Patienten wollen es bewusst vermeiden Medikamente einzunehmen. Die unterschiedlichsten Ursachen können dafür verantwortlich sein. Zum Beispiel vertrauen sie der Wirkung der Medikamente nicht, halten Medikamente für Gift oder haben zu große Angst vor den Nebenwirkungen (vgl. Habich 2014).

Das Interesse von Patientinnen und Patienten, die es vorziehen ihre Erkrankungen, an Stelle von Medikamenten, mit nicht medikamentösen Maßnahmen zu behandeln, steigt von Jahr zu Jahr (vgl. A truly „Handi“ resource for non-drug interventions o. J.).

Unter dem Begriff „nicht medikamentöse Maßnahmen“ fallen im weiteren Sinne alle Verfahren, die normalerweise nicht in einem Arzneibuch vorkommen würden. Zum Beispiel zählen dazu: gezielte Bewegung und Bewegungstherapien, Akupunktur, Wärmetherapien, Diäten, Nahrungsergänzungsmittel oder auch Kräuterbehandlungen (vgl. RACGP - What is the HANDI project? o. J.; Bundesärztekammer et al. 2017: 36-50).

Die Auswahlmöglichkeiten für nicht medikamentöse Therapie sind riesig, jedoch stellt sich hier die Frage für Ärztinnen und Ärzte: „Welche Empfehlungen kann ich meinen Patientinnen und Patienten mit nach Hause geben und welche nicht medikamentösen Therapieverfahren haben wirklich einen positiven Effekt?“

Wirksame nicht medikamentöse Maßnahmen sind weniger bekannt und werden seltener angewendet als medikamentöse Therapien. Obwohl sich zwar knapp die Hälfte der jährlich durchgeführten klinischen Studien auf nicht medikamentöse Behandlungen beziehen, werden diese weniger gut beworben und im Praxisalltag seltener eingesetzt als die Verschreibung von medikamentösen Therapien. Laut Glasziou resultiert daraus, dass die Anwendung nicht medikamentöser Maßnahmen häufig vernachlässigt wird. Die Fortschritte bei nicht medikamentösen Behandlungen waren jedoch in den letzten Jahrzehnten erheblich und vielfältig. Bewegung bei COPD, Knie-Taping bei Osteoarthritis, das Epley-Manöver gegen gutartigen paroxysmalen Lagerungsschwindel oder kognitives

Training bei Depression sind nur einige nicht medikamentöse Maßnahmen, die hier zu nennen wären (vgl. Glasziou 2013: 35).

Ein weiteres Beispiel für angewandte nicht medikamentöse Therapie ist Bewegungstraining bei Herzinsuffizienz. Viele Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz haben aufgrund ihrer Erkrankung Angst vor jeglicher Anstrengung, da sie die Atemnot hervorruft, die ihre Krankheit kennzeichnet. Bewegung scheint jedoch genauso gut zu sein wie die Medikamente, die eingenommen werden und mindert möglicherweise sogar die Symptome und verbessert die Lebensqualität. Eine zehn Jahre dauernde randomisierte Studie aus Italien, durchgeführt von Belardinelli et al., hat gezeigt, dass moderates Ausdauertraining bei 60 Prozent des maximalen Sauerstoffverbrauchs¹, das zweimal wöchentlich durchgeführt wurde, die funktionelle Kapazität des Herzens wesentlich verbessert. Dies führte auch zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich mit der Kontrollgruppe, die kein explizites Ausdauertraining durchführte. Diese anhaltenden Verbesserungen sind auch mit einer Verringerung der wichtigsten kardiovaskulären Ereignisse verbunden, einschließlich Krankenhauseinweisungen aufgrund von chronischer Herzinsuffizienz und Sterblichkeit aus kardialer Ursache (vgl. Belardinelli et al. 2012: 1521-1528).

Bei Empfehlungen von pharmakologischen Interventionen sowie auch bei nicht medikamentösen Therapiemaßnahmen ist es wichtig darauf zu achten, ob diese evidenzbasiert sind. Nur eine jahrelange Anwendung ohne wissenschaftlichen Nachweis einer Wirkung rechtfertigt keine Empfehlung. Oftmals sind solche über Jahre hinweg empfohlenen Maßnahmen schlichtweg nicht wirksam. Therapien können nicht nur unwirksam sein, sondern können sogar eine schädliche Wirkung für die Patientinnen und Patienten haben (vgl. Köbberling 2010).

Es gibt gut etablierte Formeln für Therapien mit Medikamenten, wie beispielsweise das British National Formulary², in denen Hinweise zu Indikationen, Kontraindikationen,

¹ Unter maximaler Sauerstoffaufnahme versteht man die maximale Sauerstoffmenge, die ein Mensch während einer Belastung aufnehmen, zu den Zellen transportieren und schlussendlich verwerten kann. Dieser Wert gibt Auskunft über die Leistungsfähigkeit einer Person. Je höher dieser Wert ist, desto leistungsfähiger ist die Person (vgl. Gekle et al. 2010: 596f).

² Das British National Formulary ist ein pharmazeutisches Nachschlagewerk, das für in Gesundheitsberufen tätige Personen Informationen über die korrekte Anwendung von Arzneimitteln bietet (vgl. BNF Publications 2021).

Nebenwirkungen und Dosierung genauestens beschrieben werden. Bei nicht medikamentösen Maßnahmen gibt es diese hingegen nur wenig bis gar nicht. Um dieses Problem zu beseitigen, gibt es in einigen Ländern Projekte, die das Ziel verfolgen, das Wissen zu evidenzbasierten nicht medikamentösen Maßnahmen zu verbessern und somit eine Versorgung auch ohne Medikamente zu gewährleisten. Einige dieser Projekte werden in den folgenden Abschnitten näher erklärt (vgl. A truly „Handi“ resource for non-drug interventions o. J.; BNF Publications o. J.).

1.1 Handbuch für nicht medikamentöse Interventionen (HANDI)

Um das Verschreiben von nicht medikamentösen Behandlungen für Ärztinnen und Ärzte zu vereinfachen, hat ein Team des Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) ein Handbuch für nicht medikamentöse Interventionen (HANDI) entwickelt. Dieses online verfügbare Handbuch wurde 2013 mit dem Ziel entwickelt, das Verschreiben einer nicht medikamentösen Therapie so einfach zu gestalten, wie das Schreiben eines Rezeptes. HANDI bietet eine webbasierte Formulierung nicht medikamentöser Interventionen für ein breites Spektrum von Beschwerden und Leiden, mit denen sich Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner täglich konfrontiert sehen. Zum jetzigen Zeitpunkt (Februar 2022) sind 83 nicht medikamentöse Maßnahmen abrufbar, die in folgende sechs Kategorien unterteilt werden: Herz-Kreislauf, Kinder, kognitive Gesundheit, Bewegungsapparat, Ernährung und andere. Jeder HANDI-Eintrag ist ähnlich aufgebaut. Zunächst werden die Indikationen, Vorsichtsmaßnahmen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen in einigen Sätzen erklärt. Danach folgen die Beschreibung der Verfügbarkeit einer Maßnahme, die Erklärung der Maßnahme an sich, Tipps und Herausforderungen und die Bewertung des Evidenzgrades. Zusätzlich enthält ein HANDI-Eintrag auch Ressourcen und Videos, die die angemessene Anwendung nicht medikamentöser Interventionen darstellen. Am Ende eines jeden Eintrages stehen die Verweise auf Studien, mit denen die jeweilige Maßnahme belegt werden kann. Durch diesen strukturierten Aufbau soll das Handbuch für nicht medikamentöse Interventionen einem modernen Arzneibuch entsprechen (vgl. Glasziou 2013: 35; A truly „Handi“ resource for non-drug interventions o. J.; RACGP - What is the HANDI project? o. J.).

Alle im HANDI veröffentlichten Interventionen sind evidenzbasiert und ein Drittel der HANDI-Einträge wird sogar von Cochrane Reviews³ untermauert. Um die Auswahl zu vergrößern, entwickelt das Team um Paul Glasziou, Professor für Evidence-Based Medicine an der Bond University, vierteljährlich vier neue Interventionen, die sie HANDI hinzufügen. Bevor ein neuer HANDI-Eintrag veröffentlicht werden kann, muss er einen dreistufigen Überprüfungsvorgang durchlaufen. Vor diesem Prozess werden neue Maßnahmen aus einer Vielzahl von Quellen, darunter Online-Evidenzzusammenfassungen, wie beispielsweise ACCEESS- oder Cochrane-Datenbanken, Vorschläge von Ausschussmitgliedern und Vorschläge, die auf der HANDI-Homepage veröffentlicht wurden vom HANDI-Team gesammelt. Daraufhin werden die Themen ausgewählt, die für die allgemeine Praxis relevant sind und für die es Belege gibt. In der ersten Phase der Überprüfung beurteilt ein Komitee, das sich sechs Mal pro Jahr trifft, um potenzielle neue Einträge zu prüfen, ob die Beweise für die Wirksamkeit einer Maßnahme ausreichen und ob die Maßnahme relevant und praktisch in der Anwendung für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner ist. Jede Maßnahme muss durch entweder zwei positive randomisiert kontrollierte Studien von guter Qualität mit patientenrelevanten Ergebnissen oder einer randomisiert kontrollierten Studie mit aussagekräftigen Belegen für den untersuchten Kausalzusammenhang belegt werden. Wenn die Evidenz stichhaltig ist und die Maßnahme relevant für die allgemeine Praxis ist, wird die Maßnahme zur Veröffentlichung angenommen. Nach der ersten Präsentation werden vom Ausschuss Themen angemerkt, die bei der Ausarbeitung des jeweiligen HANDI-Eintrags berücksichtigt werden müssen. In der zweiten Phase entsteht der Entwurf des HANDI-Eintrags. Das Komitee arbeitet mit einer medizinischen Redakteurin und einem medizinischen Redakteur und, sofern es möglich ist, auch mit Studienautorinnen und Studienautoren oder anderen Expertinnen und Experten zusammen, um einen detaillierten Leitfaden für die Anwendung der nicht medikamentösen Maßnahme zu entwickeln. Das Format des HANDI-Eintrags ähnelt dem einer Medikamentenformel und beinhaltet neben Indikationen, Kontraindikationen, Vorsichtsmaßnahmen, Nebenwirkungen, Verfügbarkeit und Beschreibung der Intervention auch Verbraucherressourcen. In der dritten Phase

³ Cochrane Reviews sind systematische Übersichtsarbeiten, in denen einzelne Forschungsfragen zu Gesundheitsversorgung und -politik zusammengefasst werden. Sie sind international als Qualitätsstandard in der evidenzbasierten Gesundheitsversorgung anerkannt (vgl. Systematische Übersichtsarbeiten von Cochrane, o. J.).

erfolgt eine abschließende Überprüfung des neuen HANDI-Eintrags, bevor er schlussendlich auf der HANDI-Homepage veröffentlicht werden kann. Obwohl nur Maßnahmen mit vielversprechenden Hinweisen, bezüglich deren Wirksamkeit, zur Überprüfung herangezogen werden, überstehen nur etwa die Hälfte der vorgeschlagenen Maßnahmen diesen strengen Überprüfungsvorgang (vgl. RACGP - What is the HANDI project? o. J.; A very HANDI resource: putting evidence into practice o. J.; A truly „Handi“ resource for non-drug interventions o. J.).

1.2 Infozettel

Ein weiteres nicht zu vernachlässigendes Problem bei der Verordnung von nicht medikamentösen Maßnahmen besteht darin, dass diese von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern bislang meist nur im ärztlichen Gespräch mit den Patientinnen und den Patienten besprochen werden. Im ersten Moment ist zwar dem Großteil der Patientinnen und der Patienten klar, was sie zuhause zu tun haben und was sie vermeiden sollen, jedoch kommt es nur allzu häufig vor, dass die Patientinnen und die Patienten die Ratschläge, die sie von ihrer Ärztin und ihrem Arzt bekommen haben, auf dem Nachhauseweg teilweise oder sogar ganz vergessen. Zuhause angekommen werden die Maßnahmen dadurch oftmals gar nicht oder falsch angewandt. Um diesen Wissensverlust der Patientinnen und der Patienten zu verhindern, wurden in österreichischen und deutschen allgemeinmedizinischen Praxen sogenannte Infozettel eingeführt. Infozettel sind kurze schriftliche Informationen, die den Patientinnen und Patienten mit nachhause gegeben werden können. Auf einem, einem Privat Rezept nachempfundenen, DIN-A-5 Formular, das genügend Platz für die im ärztlichen Gespräch besprochenen nicht medikamentösen Maßnahmen bietet, werden diese beschrieben. Zuhause können sich die Patientinnen und die Patienten dann die besprochenen Maßnahmen noch einmal in Ruhe durchlesen und im Idealfall richtig anwenden. Der Text, der auf den Infozetteln steht, sollte möglichst einfach und in klaren und kurzen Sätzen formuliert werden, denn je leichter es für die Patientinnen und die Patienten ist die Maßnahme zu verstehen, desto eher führen sie diese auch durch. Des Weiteren sollten die Maßnahmen gegliedert und eventuell durchnummeriert aufgeführt werden. Positive Formulierungen erhöhen hierbei auch die

Compliance⁴ der Patientinnen und der Patienten. Die allerhöchste Wertschätzung von Patientinnen und Patienten erhält ein Infozept, wenn es, nachdem es mit der Patientin und dem Patienten persönlich durchbesprochen wurde, von der Ärztin und dem Arzt unterschrieben und direkt an die Patientin und den Patienten übergeben wird. Vor allem wenn es um Vorsorgeuntersuchungen oder Lebensstiländerungen geht, sind schriftliche Informationen für die Patientin und den Patienten von besonderer Wichtigkeit. All diese Informationen können den Patientinnen und den Patienten mittels Infozept mit nachhause gegeben werden (vgl. Kraft-Kinz 2017; Das „Infozept“ - ein gutes Mittel zur Patientenbindung 2000: 9).

Vor allem bei banalen Krankheiten, dabei handelt es sich um jene Beschwerden, mit denen Patientinnen und Patienten tagtäglich in die Praxen der Allgemeinmedizinerinnen und der Allgemeinmediziner kommen, sind Infozepte besonders hilfreich. All die Informationen zu einer Krankheit, die die Ärztin und der Arzt zigmal am Tag erklären, gehören auf ein solches Infozept. Zum Beispiel auch Tipps zur Ernährung bei Durchfallerkrankungen oder bei grippalen Infekten, Hinweise zu bewährten Hausmitteln, die in leichteren Fällen oftmals besser wirken als teurere, teilweise belastende Medikamente (vgl. Kraft-Kinz 2017; Professionelle Patientenkommunikation: Mit Brief und Siegel 2010: 6).

Zur Erstellung eines Infozeptes können online verfügbare Vorlagen verwendet werden, die bei Bedarf überschrieben werden können. So kann mit Hilfe des Baukastenprinzips ein individuell an die Bedürfnisse der Patientin und des Patienten angepasstes Infozept ausgehändigt werden (vgl. Professionelle Patientenkommunikation: Mit Brief und Siegel 2010: 6).

Um eine einheitliche Form zu ermöglichen, wurde eine Reihe von Infozept-Vorlagen von Ärztekammern und Beratungsunternehmen entwickelt, die online abrufbar sind. Ein gutes Beispiel für ein Infozept zum Thema Rückenschmerz kann man auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin finden. Auf diesem Infozept stehen neben Hinweisen zur Medikamenteneinnahme auch Hinweise zu nicht medikamentösen Maßnahmen, wie das Einhalten der Bettruhe zum frühestmöglichen Zeitpunkt wieder zu beenden und so viel Bewegung wie möglich zu machen. Des Weiteren sind auch die

⁴ Unter Compliance versteht man die Einhaltung der von Patientin und Patienten und Ärztin und Arzt festgelegten Therapieziele. Häufig verwendete Synonyme sind auch Therapietreue oder Adhärenz beziehungsweise Medikamentenadhärenz (vgl. Gesenhues et al. 2017: 1643).

nächsten Schritte auf diesem Infozept schriftlich fixiert, z. B. dass im Falle von Beschwerdefreiheit kein weiterer Besuch in der Praxis erforderlich ist und dass die Patientin und der Patient im Falle von Beschwerdezunahme oder neu aufgetretenen Beschwerden jederzeit wieder in die Praxis kommen kann. Zum Schluss stehen noch Tipps zur Vorbeugung, um ein neuerliches Auftreten der Beschwerden zu verhindern, wie beispielsweise die Durchführung von regelmäßiger Bewegung nach Schmerzfreiheit oder das Vermeiden von einseitiger Belastung (vgl. Kraft-Kinz 2017; Professionelle Patientenkommunikation: Mit Brief und Siegel 2010: 6).

Infozepte können auch dazu dienen, Antibiotikaresistenzen entgegenzuwirken. Dies zeigte ein Projekt des Verbandes der Ersatzkassen und seiner Mitglieder, dass in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, acht Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock durchgeführt wurde. Mit dem Projekt „RESIST“ haben sie sich zum Ziel gesetzt, den Antibiotikaeinsatz bei Atemwegsinfektionen in der ambulanten Versorgung zu optimieren. Laut dem Antibiotika-Report der DAK-Gesundheit von 2014 wurden rund 30 Prozent aller Antibiotikaverschreibungen, die im ambulanten Bereich⁵ vorgenommen wurden, unnötig verordnet. Besonders der Anteil der verschriebenen Breitbandantibiotika lag im internationalen Vergleich deutlich über dem Durchschnitt. Folgen sind nicht nur das Problem der bakteriellen Resistenzbildung, sondern auch das Auftreten von vermeidbaren Arzneimittelinteraktionen und Nebenwirkungen und die dadurch entstehenden Kosten. Akute Atemwegsinfektionen werden in den meisten Fällen durch Viren ausgelöst, daher sind Antibiotika in diesen Fällen wirkungslos, denn sie wirken nur bei bakteriellen Erkrankungen, nicht aber bei viralen. Das RESIST Projekt richtet sich an Hausärztinnen und Hausärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärztinnen und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Kinder- und Jugendärztinnen und -Kinder- und Jugendärzte. Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte hatten die Möglichkeit an Onlineschulungen teilzunehmen, in denen sie lernen sollten, wie sie im Arzt-Patient-Gespräch am besten über den sinnvollen Einsatz von Antibiotika informieren können. Zusätzlich bekamen teilnehmende Ärztinnen und Ärzte Informationsposter für die Praxis, Patienteninformationen und Entscheidungshilfen, die die

⁵ Unter den Begriff ambulanter Bereich fallen Krankenbehandlungen, die keine zeitweise Unterbringung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung bedürfen. Hierzu zählen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, niedergelassene Fachärztinnen und niedergelassene Fachärzte und Spitalsambulanzen (vgl. Rebscher o. J.).

Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patientinnen und den Patienten unterstützen sollen. Vorgefertigte Infozepte, mit Informationen zu viralen Atemwegserkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten, können den Patientinnen und Patienten mit nachhause gegeben werden (siehe Abbildung 1 und Abbildung 2). Bei der Auswertung der Ergebnisse konnte ein deutlicher Rückgang der Antibiotikaverordnungen erkannt werden. Zum Beispiel verringerten sich die Antibiotikaverordnungen im Saarland/Deutschland im vierten Quartal 2017 und im ersten Quartal 2018 insgesamt um 4,5 Prozent im Vergleich zum Jahr davor. Dieser Rückgang der Antibiotikaverschreibungen war vor allem bei den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sehr deutlich zu erkennen (vgl. Legrum 2019; RESIST - Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz 2019).

ANTIBIOTIKA-BEHANDLUNG

Antibiotika sind Medikamente, die zur Behandlung von Infektionen durch Bakterien eingesetzt werden. Wird Ihnen ein Antibiotikum verschrieben, wenden Sie es unbedingt wie verordnet an.

Wirkstoff: **Handelsname:**

Wirkstoffstärke: **Behandlungsdauer:**

Form*	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit**

*z. B. Tablette, Kapsel, Saft **z. B. Stück, ml

Einnahmehinweise: vor zu nach der Mahlzeit

DAS SOLLTEN SIE BEACHTEN ...

- Halten Sie sich an die vorgegebenen Einnahmezeiten. Dreimal täglich bedeutet zum Beispiel alle acht Stunden.
- Nehmen Sie das Antibiotikum so lange ein, wie es Ihnen verordnet wurde. Auch wenn Sie sich bereits besser fühlen, ist es wichtig, die Behandlung bis zum Ende fortzuführen.
- Nehmen Sie kein Antibiotikum, das Ihnen nicht verschrieben wurde. Geben Sie niemandem Ihr Antibiotikum – selbst dann nicht, wenn die Krankheitszeichen sehr ähnlich erscheinen.
- Lebensmittel, z. B. Milchprodukte, können die Aufnahme von manchen Antibiotika in den Körper beeinflussen, sodass eine getrennte Einnahme von mehreren Stunden notwendig sein kann.
- Manche Getränke, z. B. Milch oder Alkohol, verändern die Wirkung bestimmter Antibiotika. Nehmen Sie daher ein Antibiotikum am besten mit Wasser ein.

Beachten Sie die mögliche Wechselwirkung von Antibiotika mit Eisenpräparaten oder Arzneimitteln, die Magensäure binden (Antazida). Manche Antibiotika können die Wirkung der Antibabypille beeinträchtigen.

Teilen Sie Ihrem Arzt Auffälligkeiten und Nebenwirkungen mit. Es kann hilfreich sein, wenn Sie den Namen, die Dosierung, den Zeitpunkt und Nebenwirkungen aller Antibiotika notieren, die Sie oder Ihr Kind genommen haben.

In der Schwangerschaft und Stillzeit stehen nur wenige Antibiotika zur Verfügung. Achten Sie hier besonders sorgfältig auf die vom Arzt vorgegebene Dosierung.

WICHTIG!
Je häufiger Antibiotika verordnet und eingenommen werden, desto höher ist das Risiko, dass sich widerstandsfähige (resistente) Bakterien entwickeln und ausbreiten. Grundsätzlich gilt daher für den Einsatz von Antibiotika: So oft wie notwendig und so selten wie möglich!

Abbildung 1 - RESIST-Infozeptblock Seite 1 [Grafik] (Quelle: https://www.kbv.de/media/sp/Resist_Infozeptblock.pdf)

Dieses Infozept wurde entwickelt im Rahmen des Projektes "RESISTenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen", gefördert durch den Innovationsfonds (2016-2020).

INFOZEPT

für:

DIAGNOSE

- Erkältung (grippaler Infekt)
- Mittelohrentzündung (Otitis media)
- Mandelentzündung (Tonsillitis)
- Halsentzündung (Pharyngitis)
- akute Bronchitis
- Sonstiges:

Es gibt mehrere Hundert unterschiedliche Erreger von Erkältungskrankheiten. In der Regel sind die Erreger Viren. Durch die Vielzahl an Viren sind immer wieder Infektionen mit einem neuen Virus möglich. Das Immunsystem muss diesen neuen Erreger dann auch neu bekämpfen. Dagegen helfen keine Antibiotika, denn diese wirken nur gegen Bakterien.

DAS EMPFEHLE ICH IHNEN ...

- Gönnen Sie Ihrem Körper Ruhe.** Stress und körperliche Anstrengungen belasten den kranken Körper während einer Erkältung zusätzlich – vor allem Kreislauf und Herz. Treten Sie insgesamt kürzer!
- Trinken Sie viel.** Flüssigkeit hilft den Schleim zu lösen und gleicht den Flüssigkeitsverlust durch Schwitzen aus. Empfehlenswert sind Kräutertee oder Früchtetee, (Mineral-)Wasser.
- Sorgen Sie für frische Luft.** Trockene Heizungsluft entzieht der Nasenschleimhaut die Feuchtigkeit und hemmt dadurch Ihre Abwehrfunktion. Lüften Sie daher regelmäßig!
- Verzichten Sie aufs Rauchen.** Tabakrauch schadet dem Immunsystem und belastet die Atemwege zusätzlich.

Sonstiges:

Typischer Verlauf eines akuten Atemwegsinfekts

Sollten Ihre Beschwerden in den nächsten Tagen nicht abklingen oder stärker werden, informieren Sie uns bitte.

Wir wünschen gute Besserung! Ihr Praxisteam

Quelle: DGSAM-Lernzettel Nr. 12: Müller, 2024; Jynell, DMJ, Cohen, 2019; B. (1992) Signs and symptoms in common cold, epidemiology and infection, 113, 343-350; eigene Darstellung.

Abbildung 2 – RESIST-Infozeptblock Seite 2 [Grafik] (Quelle: https://www.kbv.de/media/sp/Resist_Infozeptblock.pdf)

1.3 Green Prescriptions

Auch im neuseeländischen Gesundheitssystem wurde ein großer Schritt in Richtung der besseren Grundversorgung mittels nicht medikamentöser Maßnahmen gemacht. Im

Rahmen des Gesundheitsmanagements kann medizinisches Fachpersonal schriftliche Ratschläge, sogenannten „Green Prescriptions“, an Patientinnen und Patienten verschreiben. Dieses 2004 gestartete Programm soll als Unterstützung und zusätzliche Motivation dienen, um die körperliche Aktivität der Patientinnen und der Patienten zu steigern und/oder deren Ernährungsweise zu verbessern. Dadurch sollen die Gesundheit und somit auch die Lebensqualität und Lebensfreude der Patientinnen und der Patienten gesteigert werden. Dieser kostenlose Service bietet Patientinnen und Patienten eine Anleitung, um körperlich aktiv zu werden, unabhängig davon, ob sie zuvor bereits sportlich aktiv waren und wieder beginnen wollen Sport zu betreiben, oder zuvor kaum sportliche Aktivitäten durchgeführt haben. Das Green Prescription Support Team unterstützt und ermutigt Patientinnen und Patienten dabei mit Hilfe von telefonischen oder persönlichen Gesprächen, personalisierten Trainings- oder Ernährungsplänen, Links und Rabatte zu lokalen Sportangeboten und laufenden Supportanrufen, die Motivation auf einem hohen Niveau zu halten. Am Ende einer Periode, die drei bis vier Monate dauert, werden die Fortschritte der Patientinnen und der Patienten an die überweisende Ärztin und den überweisenden Arzt zurückgemeldet. Ist die Patientin und der Patient nach einer Periode der Meinung, dass sie und er von einer weiteren Periode profitieren würde, können sie sich von ihren Ärztinnen und ihren Ärzten eine neue Green Prescription verschreiben lassen (vgl. What is Green Prescription? o. J.; Green Prescriptions o. J.; How the Green Prescription works o. J.).

Um eine Green Prescription verschreiben zu dürfen, müssen Ärztinnen und Ärzte einige Kriterien erfüllen: Sie müssen als praktizierende Ärztinnen und Ärzte in ihrem Fachgebiet tätig sein, im Sinne des Practitioners Competence Assurance (HPCA) -Gesetzes⁶, sie müssen den Gesundheitszustand der Patientin und des Patient beurteilen, um mögliche Kontraindikationen für eine Steigerung der körperlichen Aktivität festzustellen und sie müssen bestätigen, dass Vorteile und Risiken erhöhter körperlicher Aktivität mit der Patientin und dem Patienten besprochen wurden und eine Überweisung ausgestellt wurde, falls eine klinische Beurteilung erforderlich ist. Sie müssen außerdem mittels Befragung feststellen, dass die Patientin und der Patient momentan inaktiv ist und in der Lage ist

⁶ Das Practitioners Competence Assurance (HPCA) -Gesetz soll die Gesundheit und Sicherheit der Öffentlichkeit gewährleisten. Es stellt sicher, dass Praktikerinnen und Praktiker für die Dauer ihres Berufslebens in der Lage sind ihren Beruf kompetent auszuüben (vgl. Health Practitioners Competence Assurance Act o. J.).

durch eine Green Prescription ihren und seinen Lebensstil positiv zu beeinflussen (vgl. What is Green Prescription? o. J.).

Patientinnen und Patienten müssen folgende Kriterien erfüllen, um eine Green Prescription verschrieben zu bekommen: Sie müssen mindestens 18 Jahre alt sein, sie müssen inaktiv sein, das bedeutet sie betreiben weniger als 30 Minuten moderate Bewegung an fünf oder mehr Tagen pro Woche, sie müssen motiviert sein ihre sportliche Aktivität zu steigern, es muss möglich sein, dass sie geringe bis mäßig sportliche Aktivität betreiben können und sie müssen zustimmen Unterstützung zu erhalten und die gewonnenen Informationen mit dem Gesundheitsministerium zu teilen (vgl. What is Green Prescription? o. J.).

Der Erfolg der Green Prescriptions Initiative wird durch eine vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegebene Patientenumfrage überwacht. Anhand von acht Leistungsindikatoren, die vom Ministerium entwickelt wurden, kann der Erfolg des Programms von Jahr zu Jahr gemessen werden. 2018 wurden 10000 aus 20849 Programmteilnehmerinnen und Programmteilnehmern ausgewählt und befragt, denen eine Green Prescription verordnet wurde. Bis zum Abschlussstichtag der Umfrage gingen 2940 gültige und vollständig ausgefüllte Antworten ein. Wie bereits in den vergangenen Jahren, war der häufigste Grund der Verordnung mit 52 Prozent Gewichtsprobleme, gefolgt von Arthritis mit 26 Prozent, Rückenschmerzen mit 25 Prozent, hohem Blutdruck und erhöhtem Schlaganfallrisiko mit jeweils 23 Prozent, Stressabbau mit 19 Prozent und Diabetes mit 16 Prozent. Nach sechs bis acht Monaten, nach erstmaliger Verordnung einer Green Prescription, sind 61 Prozent der Patientinnen und der Patienten aktiver als zuvor und 71 Prozent haben eine positive Veränderung ihrer Gesundheit bemerkt. 84 Prozent aller Befragten sind mit der Gesamtunterstützung durch regionale Sportverbände und Grundorganisationen zufrieden. Hauptverantwortlich dafür sind das ermutigende und unterstützende Verhalten des Green Prescription Support Teams während des Nachsorgekontakts, sowie die Verbesserung der eigenen Gesundheit (vgl. Green Prescription Patient Survey 2018 Report 2019).

Eine retrospektive Studie, die 2015 von einem Team rund um Michael John Hamlin durchgeführt wurde, konnte nachweisen, dass Patientinnen und Patienten, die eine Green Prescription bekommen und auch abgeschlossen haben, langfristig profitieren können. Vor allem über einen längeren Zeitraum von zwei bis drei Jahren profitieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von den positiven Auswirkungen. Zu den positiven

Auswirkungen zählen beispielsweise eine Gewichtsreduktion oder eine Blutdrucksenkung (vgl. Hamlin et al. 2016: 102-108).

Auch die Kosten-Nutzen-Abwägung von Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität in der Grundversorgung und in der Gesellschaft wurde mittels einer Studie beurteilt. Diese Studie von Garret et al. hat sich zum Ziel gesetzt herauszufinden, welche Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität den besten Kosten-Nutzen-Faktor haben. Als Grundlagen dienten alle zwischen 2002 und 2009 abgeschlossenen randomisiert kontrollierten Interventionsstudien zur Steigerung der körperlichen Aktivität von Erwachsenen, die in der primären Grundversorgung durchgeführt wurden. Am kostengünstigsten waren insbesondere Maßnahmen, bei denen keine direkte Aufsicht oder Überwachung nötig war. Beaufsichtigte Fitnesskurse haben einen schlechteren Kosten-Nutzen-Faktor verglichen mit Maßnahmen ohne Überwachung, wie zum Beispiel zu Fuß gehen, selbstorganisierte Trainingsgruppen oder kurze, persönlich oder per Post zugestellte Übungsempfehlungen. Des Weiteren wurde festgestellt, dass viele Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität ähnliche Kostenvorteile aufwiesen wie finanzierte pharmazeutische Interventionen (vgl. Garrett et al. 2011: 125-133).

1.4 EVIzefte

Um das Verordnen von nicht medikamentösen Maßnahmen auch für österreichische Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu erleichtern, arbeitet das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung Graz an einer Lösung. Im Vordergrund steht dabei, dass die verordneten nicht medikamentösen Maßnahmen evidenzbasiert sind, sowie dass die Maßnahmen von Patientinnen und Patienten leicht angewendet werden können. Dazu wurden sogenannte EVIzefte entwickelt, die einem normalen Rezept sehr ähneln. EVIzefte können den Patientinnen und Patienten genau so einfach wie ein medikamentöses Rezept verschrieben werden. Vorlagen zu den jeweiligen EVIzeften können von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern wie ein Rezept verwendet werden. Lediglich der Name der Patientin und des Patienten, das aktuelle Datum und die Unterschrift der Ärztin und des Arztes inklusive Arztstempel müssen noch ergänzt werden. Auf diesen, in DIN-A-4 Format gehaltenen Rezepten, stehen in vollständigen Sätzen nicht medikamentöse Maßnahmen beschrieben, sodass eine

Patientin und ein Patient zuhause noch einmal in Ruhe, die von der Ärztin und dem Arzt empfohlenen, nicht medikamentösen Maßnahmen durchlesen kann.

Die Grundlagen für die Informationen, die auf den EVIzepten zu finden ist, bildet das Handbuch für nicht medikamentöse Intervention (HANDI), das in Kapitel 1.1 bereits beschrieben wurde. Aus dieser umfassenden Sammlung evidenzbasierter nicht medikamentöser Maßnahmen wurden Maßnahmen zu drei Krankheitsbildern ausgewählt, die häufig in österreichischen, allgemeinmedizinischen Praxen vorkommen. Ausgewählt wurden: Depression, Diabetes Mellitus Typ 2 und Insomnie. Für jedes dieser drei Krankheitsbilder wurde ein eigenes EVIzept erstellt, auf dem in vollständigen Sätzen beschrieben steht, welche nicht medikamentösen Maßnahmen zur Besserung der Krankheit führen und wie Patientinnen und Patienten diese Maßnahmen zuhause am besten anwenden können. Diese EVIzепte kann eine Allgemeinmedizinerin und Allgemeinmediziner den Patientinnen und den Patienten in den jeweiligen Fällen verschreiben. Ein Beispiel für ein solches EVIzept zeigt Abbildung 3. Zusätzlich zu jedem EVIzept wurde ein Factsheet entwickelt. Dieses enthält detaillierte Informationen für die Ärztinnen und die Ärzte, sowie auch die Evidenz für die jeweilige Intervention und mögliche zu beachtende Kontraindikationen sowie auch Tipps zur Verschreibung der Intervention. Diese sollen das Wissen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern bezüglich nicht medikamentöser Maßnahmen festigen. So können die Maßnahmen in der Praxis mit den Patientinnen und den Patienten besprochen werden und falls etwas an einer Maßnahme unklar ist oder Wissen auf dem Nachhauseweg verloren geht, auf dem verschriebenen EVIzept nachgelesen werden.

EVlzept

Körperliches Training bei Diabetes

für: Name des Patienten



Datum: 25.11.2019

Ihre Trainingseinheiten sollten entweder aus **Aerobic- und Krafttraining** oder **nur** aus **Aerobictraining** bestehen, und wenn möglich unter professioneller Aufsicht erfolgen.

- **Aerobictraining:**
 - Benutzen Sie dazu ein Laufband, einen Stepper, einen Crosstrainer, ein Armergometer oder einen Heimtrainer.
 - Führen Sie Ihr Training mit moderater Intensität durch (wahrnehmbare Verstärkung der Atmung, jedoch erhaltene Fähigkeit in ganzen Sätzen zu sprechen).
 - Achten Sie beim Training darauf, dass Sie bequemes Schuhwerk tragen.
 - Typisches **Krafttraining:**
 - Vier Übungen mit je zwei Durchgängen zum Oberkörpertraining (z.B.: Bankdrücken, Rudern, Schulterdrücken, Latziehen).
 - Drei Übungen mit je drei Durchgängen zum Beintraining (z.B.: Beinpresse, Beinstrecker).
 - Je zwei Durchgängen mit Crunches und Rückenstreckertraining.
 - Ein Durchgang besteht dabei aus 10 – 12 Wiederholungen.
 - Sobald Sie 12 Wiederholungen, in jedem Durchgang, zu jeder Übung, an zwei aufeinanderfolgenden Trainingseinheiten absolviert haben, wird das Trainingsgewicht erhöht.
- **Trainingsdauer:** 150 Minuten pro Woche, die Sie in zumindest drei Einheiten aufteilen oder tägliches Training von 20 Minuten.

verordnet von:

Name des Arztes/Stempel

Abbildung 3 - Beispiel eines EVlzeptes für körperliches Training bei Diabetes Mellitus Typ II

Der Einsatz nicht medikamentöser Maßnahmen in der allgemeinmedizinischen Praxis gestaltet sich für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner nicht einfach. Nicht nur, dass die Auswahl riesig ist, sondern auch ob die gewählten Maßnahmen einen positiven Effekt für Patientinnen und Patienten mit sich bringen, stellt die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner vor eine große Herausforderung.

Wie man in einigen Ländern erkennen kann, können Programme (siehe HANDI in Australien oder Green Prescription in Neuseeland), die die Verschreibung von nicht

medikamentösen Maßnahmen vereinfachen, hierbei einen großen Beitrag zu einer vermehrten Anwendung nicht medikamentöser Maßnahmen leisten. Nicht nur die Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen wird durch diese Programme erleichtert, sondern auch die Akzeptanz in der Bevölkerung, sowie die positive Auswirkung für Patientinnen und Patienten kann dadurch optimiert werden.

Auch in Österreich soll nun den Allgemeinmedizinerinnen und den Allgemeinmediziner mit Hilfe von EVIzepten die Verschreibung von nicht medikamentösen Maßnahmen so einfach gemacht werden, wie das Verschreiben von Medikamenten. EVIzepte sollen Patientinnen und Patienten nicht nur evidenzbasierte Maßnahmen für ihre jeweiligen Krankheitsbilder bieten, sondern ihnen auch als Gedächtnisstütze dienen.

2 Material und Methoden

Bevor EVIzepte in der Praxis angewandt werden können, musste getestet werden, ob Patientinnen und Patienten diese EVIzepte überhaupt hilfreich finden und ob sie sie verwenden würden. Des Weiteren musste herausgefunden werden, ob Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner nicht medikamentöse Maßnahmen mittels EVIzepten verschreiben würden. Daraus ergaben sich folgende Forschungsfragen für die vorliegende Diplomarbeit:

1. Was halten Ärztinnen und Ärzte von nicht medikamentösen Therapiemaßnahmen?
2. Würden Ärztinnen und Ärzte EVIzepte zur Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen in der allgemeinmedizinischen Praxis verwenden?
3. Würden Patientinnen und Patienten die verschriebenen EVIzepte verwenden?
4. Wäre es sinnvoll weitere EVIzepte zu anderen Krankheitsbildern zu entwickeln?

Diesbezüglich haben wir einen Interviewleitfaden zu den Themen „nicht medikamentöse Therapie“ und „EVIzepte“ erstellt.

Zur Erhebung von Daten wurden in dieser Arbeit Experteninterviews verwendet. Diese bieten die Möglichkeit, im Interview mit Fachleuten des jeweiligen Themengebietes, komplexe Fragestellungen, über welche anderweitig kein beziehungsweise wenig Wissen verfügbar ist, zu bearbeiten. Das dadurch gewonnene Wissen soll als Unterstützung zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen (vgl. Dimitrova 2009: 119).

Im ersten Teil dieser Arbeit galten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner als Expertinnen und Experten und das zu erhebende Wissen war die Meinung der Befragten bezüglich der Verschreibung und der Anwendbarkeit von nicht medikamentösen Maßnahmen mittels EVIzepten in der allgemeinmedizinischen Praxis.

Im zweiten Teil dieser Arbeit galten Patientinnen und Patienten als Expertinnen und Experten und das zu erhebende Wissen war deren Meinung bezüglich der Umsetzbarkeit beziehungsweise der Anwendbarkeit der Verschreibung von nicht medikamentösen Maßnahmen mittels EVIzepten.

Einer der größten Vorteile leitfadengestützter Experteninterviews gegenüber standardisierten Verfahren ist die Offenheit für neue und unerwartete Informationen. So können während eines Interviews Themenbereiche angesprochen werden, die zuvor nicht berücksichtigt wurden. Auf diese neuen Informationen kann durch gezieltes Nachfragen näher eingegangen werden. Falls im Laufe des Interviews Unklarheiten für die Interviewpartnerin und den Interviewpartner bezüglich mancher Fragestellungen auftreten, kann auf diese detaillierter eingegangen werden, um die Unklarheiten zu beseitigen (vgl. Endres, 2020; Knorr 2019).

Ein weiterer großer Vorteil dieser Methode ist die Flexibilität. So kann im Rahmen des Interviews auf Situation, Position und Erfahrungen des Interviewpartners Rücksicht genommen werden und eine Anpassung des Interviews erfolgen. Ein starres Einhalten des Interviewleitfadens muss nicht erfolgen. Daher kann sich die Reihenfolge der Fragestellungen von Interview zu Interview verändern (vgl. Endres, 2020; Knorr 2019).

2.1 Interviewleitfaden

Die Erstellung des verwendeten Interviewleitfadens gliederte sich in mehrere Teile. Den Grundstein für die Entwicklung des Interviewleitfadens bildeten die Fragestellungen, die sich aus den Schlussfolgerungen des theoretischen Teils dieser Arbeit (siehe Kapitel 1.5) ergaben. Weitere Informationen zu den Fragestellungen wurden in einem Gespräch mit Frau Dr. Reingard Glehr und Frau Dr. Nicole Posch erarbeitet. Die daraus resultierenden Fragestellungen wurden in möglichst offene Fragen umgewandelt. Offene Fragen wurden verwendet, um möglichst viele neue Informationen von den Expertinnen und den Experten zu erhalten. Zusätzlich wurde darauf geachtet, dass die Fragestellungen keine Antwortmöglichkeiten vorgeben.

Da bei dieser Arbeit zwei unterschiedliche Expertinnen und Experten (zum einen Ärztinnen und Ärzte und zum anderen Patientinnen und Patienten) befragt wurden, wurden zwei unterschiedliche Interviewleitfaden erstellt.

2.1.1 Leitfaden Ärztinnen und Ärzte

Der erstellte Leitfaden beinhaltet acht Fragestellungen und gliedert sich in vier Teile. Im ersten Teil findet der Einstieg in das Thema „nicht medikamentöse Maßnahmen“ statt.

Hier sollen Daten zu den bisherigen Erfahrungen der Expertinnen und der Experten zu diesem Thema, als auch die Einstellung der Ärztinnen und der Ärzte zu nicht medikamentösen Maßnahmen erhoben werden. Der Fokus dieses Teils liegt auf der Erfassung der bisherigen Erfahrungen der Befragten.

1. Was halten Sie von Behandlungsmaßnahmen abseits der Verschreibung von Medikamenten?

Im zweiten Teil steht die Verwendung der neu entwickelten EVIzepte im Vordergrund. Hier soll die Meinung der Expertinnen und der Experten bezüglich eines möglichen Einsatzes der EVIzepte in der allgemeinmedizinischen Praxis abgefragt werden. Es soll geklärt werden, ob die Ärztinnen und die Ärzte denken, dass die EVIzepte von den Patientinnen und den Patienten verwendet werden würden.

2. Denken Sie, dass Patientinnen und Patienten nicht medikamentöse Maßnahmen eher durchführen, wenn es diese Maßnahmen in Form eines Rezeptes geben würde?
3. Würden Sie nicht medikamentöse Therapie eher verschreiben, wenn es dafür Rezepte geben würde?
4. Wie denken Sie werden EVIzepte von Patientinnen und Patienten angenommen?

Im dritten Teil liegt der Fokus auf den Factsheets, die den Ärztinnen und Ärzten als zusätzliche Information dienen sollen. Hier soll erhoben werden, ob Ärztinnen und Ärzte aus diesen Factsheets Nutzen ziehen würden, beziehungsweise ob sie die Factsheets anders gestalten würden.

5. Was halten Sie vom Inhalt des Factsheets?
6. Haben Sie das Gefühl, dass Sie einen Nutzen aus diesem Factsheet ziehen könnten?
7. Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach am Factsheet fehlen bzw. ergänzt werden sollten?

Der vierte Teil des Leitfadens umfasst die abschließende Frage bezüglich der weiteren Entwicklung von EVIzepten. Hier soll erfasst werden, ob die Entwicklung weiterer EVIzepte von den Expertinnen und Experten gewünscht und als sinnvoll angesehen wird. Zusätzlich soll erhoben werden, für welche in der allgemeinmedizinischen Praxis typischen weiteren Krankheitsbilder sich die Ärztinnen und die Ärzte weitere EVIzepte wünschen und vorstellen könnten.

8. Würden Sie sich mehr evidenzbasierte Informationen und EVIzepte wünschen und wenn ja, für welche Krankheitsbilder?

2.1.2 Leitfaden Patientinnen und Patienten

Der erstellte Leitfaden beinhaltet sieben Fragestellungen und gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil findet man, wie bereits beim Interviewleitfaden für Ärztinnen und Ärzte, den Einstieg in das Thema „nicht medikamentöse Maßnahmen“. Hierbei sollen bisher gemachte Erfahrungen der Patientinnen und der Patienten erfasst werden. Des Weiteren soll die Meinung der Befragten bezüglich der Verwendung von nicht medikamentösen Maßnahmen erfasst werden.

1. Was halten Sie von Behandlungsmaßnahmen abseits der Verschreibung von Medikamenten?

Im zweiten Teil steht die Verwendung der neu entwickelten EVIzepte im Vordergrund. Hier soll erfasst werden, ob die Patientinnen und die Patienten diese Rezepte für nicht medikamentöse Maßnahmen verwenden würden und welche Gründe es gibt, diese nicht zu verwenden. Zusätzlich wird auf die Durchführbarkeit und Verständlichkeit, der auf den EVIzepten beschriebenen Maßnahmen, eingegangen.

2. Würden Sie nicht medikamentöse Maßnahmen eher durchführen, wenn es diese Maßnahmen in Form eines Rezeptes geben würde?
3. Glauben Sie, dass Sie ein EVIzept verwenden würden?
 - a. Wenn nein: Was könnte Sie dazu bringen, ein EVIzept zu verwenden?
4. Glauben Sie, dass Sie die am EVIzept beschriebenen Maßnahmen durchführen können?
5. Ist es für Sie hilfreich so genaue Vorgaben, wie sie am EVIzept beschrieben sind, zu bekommen?

Der dritte Teil des Leitfadens umfasst Fragen bezüglich der weiteren Entwicklung von EVIzepten. Hierbei soll erstens geklärt werden, ob bei den Befragten der Wunsch besteht, mehr Information zu nicht medikamentösen Maßnahmen zu erhalten und zweitens für welche weiteren Krankheitsbilder sich die Patientinnen und die Patienten weitere EVIzepte vorstellen könnten.

6. Würden Sie sich mehr Informationen zu nicht medikamentösen Maßnahmen wünschen?
7. Fallen Ihnen andere Krankheitsbilder ein, zu denen Sie sich nicht medikamentöse Maßnahmen wünschen würden?

2.2 Kriterien für die Auswahl der Ärztinnen und der Ärzte

Das wichtigste Einschlusskriterium für Ärztinnen und Ärzte, um für ein Interview für diese Arbeit in Frage zu kommen, ist das Praktizieren in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Ausgeschlossen wurden alle Ärztinnen und Ärzte, die zwar Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sind, jedoch nicht in einer allgemeinmedizinischen Praxis tätig sind.

Zunächst wurde eine Liste mit in Frage kommenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern erstellt, die in und in der Nähe von Graz ihre Praxis haben. Diese wurden per E-Mail angeschrieben und gefragt, ob sie sich bereit erklären würden, an einem Interview zum Thema nicht medikamentöse Maßnahmen in der allgemeinmedizinischen Praxis teilzunehmen.

Bei der Auswahl der Ärztinnen und der Ärzte wurde darauf geachtet, dass das Verhältnis zwischen Ärztinnen und Ärzten, die ihre Praxis in der Stadt haben und jenen Ärztinnen und Ärzten mit Praxis am Land, ausgeglichen gehalten ist.

2.3 Kriterien für die Auswahl der Patientinnen und der Patienten

In den Praxen der interviewten Ärztinnen und Ärzte wurden wartende Patientinnen und Patienten gefragt, ob sie sich bereit erklären würden, an einem Interview zum Thema nicht medikamentöse Maßnahmen in der allgemeinmedizinischen Praxis teilzunehmen. Die Auswahl der Patientinnen und Patienten erfolgte zufällig. So wurde bei der Auswahl der Patientinnen und der Patienten keine Rücksicht auf Alter, Geschlecht, Wohnsitz, Beruf oder Grund des Arztbesuches genommen.

Ausgeschlossen wurden Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, sowie Patientinnen und Patienten, die der Teilnahme am Interview nicht zustimmten.

2.4 Datenerhebung und Datenauswertung

Für die in dieser Arbeit durchgeführten Befragungen wurde ein Ethikvotum (EK-Nummer: 32-188 ex 19/20) eingeholt.

Vor der Durchführung des Interviews wurden alle Befragten ausführlich darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist, dass die erhobenen Daten für diese Arbeit verwendet werden und dass aus den erhobenen Daten kein Rückschluss auf eine Person gemacht werden kann. Es wurde darauf geachtet, dass alle Unklarheiten und aufgetretenen Fragen diesbezüglich ausführlich besprochen und geklärt wurden. Nachdem alle auftretenden Fragen geklärt wurden, wurde von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern eine Einverständnisklärung (siehe Anhang) unterschrieben.

Alle Interviews wurden mit Hilfe eines Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Nach der durchgeführten Transkription der Interviews wurden alle aufgenommenen Audiodateien wieder gelöscht.

Die Transkription erfolgte lautsprachlich, das bedeutet, dass die Transkription der Interviews möglichst genau erfolgte, auch unter Beibehaltung des Dialektes, umgangssprachlicher Ausdrücke und anderer sprachlicher Besonderheiten. Auch Ausdrücke wie „ähm“ oder „hm“ werden bei dieser Art der Transkription aufgeschrieben (vgl. Pfeiffer o. J.).

Zur Auswertung der transkribierten Interviews wurden bereits vor deren Durchführung Kategorien erstellt. Um Textstellen diesen Kategorien zuordnen zu können, wurden die Interviews zunächst mit Hilfe der offenen Kodierung kodiert. Hierbei wurden während des Lesens des Textes kurze, prägnante und vergleichsweise abstrakte Codes, die die jeweiligen Textstellen charakterisieren, markiert. Der Code kann sowohl aus einem einzigen Wort als auch aus mehreren möglichst prägnanten Wörtern bestehen. Die erstellten Codes konnten danach den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden (vgl. Halbmayr & Salat, 2011).

Zum Beispiel wird der Satz „Also ich persönlich halte sehr viel davon.“ (vgl. Patienteninterview Nr.1) in der Kategorie Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen als positiv kodiert.

Im nächsten Kapitel werden die Kategorien, die im Rahmen dieser Arbeit ausgearbeitet und verwendet wurden, näher beschrieben.

2.4.1 Kategorien Interview Ärztinnen und Ärzte

Alter: Hier wird das Alter der Befragten erfasst.

Geschlecht: Hier erfolgt die Unterscheidung zwischen „männlich“ und „weiblich“.

Standort der Praxis: Hier wird zwischen „Stadt“ und „Land“ unterschieden. Als Unterscheidungsmerkmal gilt hier die Einwohnerzahl. Laut Statista gelten in Österreich Gemeinden mit mehr als 10.000 Einwohnern als Städte. Diese werden der Kategorie „Stadt“ zugewiesen. Alle Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohnern werden der Kategorie „Land“ zugewiesen. Beispielsweise fällt Bruck an der Mur mit 12.960 Einwohnern in die Kategorie „Stadt“ und Bad Mitterndorf mit 3.044 Einwohnern in die Kategorie „Land“ (vgl. Statista, 2021).

Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen: Hier wird unterschieden zwischen „positiv“, „negativ“ und „neutral“. Zum Beispiel wird „Also ich finde das eine sehr gute Idee.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.3) der Kategorie „positiv“ und „Find ich okay. [...] Aber bin mir ehrlich gesagt nicht sicher ob's wirklich was bringt.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.6) der Kategorie „neutral“ zugeordnet.

Complianceerhöhung bei Patientinnen und Patienten durch „Rezept“ für nicht medikamentöse Therapie: Hier geht es darum, ob die Ärztinnen und die Ärzte denken, ob Patientinnen und Patienten nicht medikamentöse Maßnahmen eher durchführen würden, wenn sie mittels EVIzept verschrieben werden würden. Hier wird zwischen „ja“, „nein“ und „skeptisch“ unterschieden. Zum Beispiel wird „Für mich nicht zu beurteilen [...], ist aber offensichtlich auch eine gewisse Motivations- und Intelligenzfrage.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.3) als „skeptisch“ eingestuft und „Ja, also wenn man sie (Anmerkung: Patientinnen und Patienten) strukturiert berät.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.4) als „ja“ eingestuft.

Würden EVIzeste von Patientinnen und Patienten verwendet werden: Hierbei soll festgestellt werden, ob die befragten Ärztinnen und Ärzte denken, dass Patientinnen und Patienten die neu entwickelten EVIzeste verwenden würden. Unterschieden wird hier zwischen „ja“, „nein“ und „teilweise“. Hier wird beispielsweise „Schwer zum Sagen. Es gibt sicher Patienten, die sie verwenden würden. Aber der Großteil möglicherweise mehr als Schmierzettel.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.6) als „teilweise“, „Aber im Großen und Ganzen glaub ich, dass diese Rezepte von den meisten gut angenommen werden.“ (vgl.

Ärzteinterview Nr.7) als „ja“ und „Die meisten verlieren sie schon beim Verlassen der Ordination. Einige, vor allem neurotisch angehauchte, sammeln sie zuhause in einer Mappe und dort bleibens dann liegen.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.1) als „nein“ eingestuft.

Würden Sie EVIzепte verschreiben: Hier wird eingeteilt in „ja“, „nein“ und „teilweise“. Beispielsweise wird hier „Ich würds auf alle Fälle verschreiben.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.3) als „ja“ und „Aber man kann glaub ich ned jedem Patienten einen solchen Zettel mitgeben. Man muss halt entscheiden und schauen, für welchen es sinnvoll ist und für welche vielleicht weniger.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.9) als „teilweise“ eingestuft.

Wunsch nach mehr EVIzепten: Hierbei soll geklärt werden, ob bei Ärztinnen und Ärzten der Wunsch, neben den drei bereits entwickelten EVIzепten, zur Entwicklung weiterer EVIzепte besteht. Hier wird zwischen „ja“ und „nein“ unterschieden. Zum Beispiel wird „Genau so was, was ihr da gemacht habt auf jeden Fall, ja.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.6) als „ja“ und „Wissens e wir bekommen so viele Informationen von allen Seiten. [...] Ich brauch ned noch mehr.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.1) als „nein“ eingestuft.

Meinung zu den Factsheets: Hierbei geht es um die Meinung der Ärztinnen und der Ärzte zu den, zu den EVIzепten dazugehörigen, Factsheets. Unterteilt wird hier in „positiv“, „negativ“ und „neutral“. Beispielsweise wird „Ich find des sicher ned blöd. Es treten doch immer wieder Fragen auf bei denen man selbst nachlesen muss.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.10) als „positiv“ eingestuft.

Vorteile von EVIzепten: Hierunter fallen Vorteile, die von den Ärztinnen und Ärzten im Rahmen des Interviews genannt wurden. Beispielsweise „Es ist ja a so, dass ma wissen, dass das Gsogte oft schneller vergessen wird, wens ned schriftlich untermauert ist.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.3).

Weitere Krankheitsbilder: Hier werden weitere Krankheitsbilder angeführt, für welche die befragten Ärztinnen und Ärzte weitere EVIzепte als sinnvoll erachten.

Verbesserungsvorschläge/Bemerkungen: Hier sollen Verbesserungsvorschläge beziehungsweise Bemerkungen zu den EVIzепten angeführt werden. Unter diese Kategorie fällt beispielsweise „[...] mit einem Geldwert im Hintergrund, würde ich das begrüßen.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.1).

2.4.2 Kategorien Interview Patientinnen und Patienten

Alter: Hier wird das Alter der Befragten erfasst.

Geschlecht: Hier erfolgt die Unterscheidung zwischen „männlich“ und „weiblich“.

Wohnhaft: Hier wird zwischen „Stadt“ und „Land“ unterschieden. Es gelten hier dieselben Unterscheidungskriterien zwischen „Stadt“ und „Land“ wie bei Ärztinnen und Ärzten (vgl. Kapitel 2.5.1).

Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen: Hier wird unterschieden zwischen „positiv“, „negativ“ und „neutral“. Zum Beispiel wird „Also ich persönlich halte sehr viel davon.“ (vgl. Patienteninterview Nr.1) als „positiv“, „I bin da jetzt mal ganz ehrlich zu Ihnen. Für mich helfen nur Tabletten. De ganzen Dinge was da gibt mit Akkupunktur oda so bringen jo e nix.“ (vgl. Patienteninterview Nr.25) als „negativ“ und „Finde ich zusätzlich ned schlecht.“ (vgl. Patienteninterview Nr.16) als „neutral“ eingestuft.

Complianceerhöhung bei Patientinnen und Patienten durch „Rezept“ für nicht medikamentöse Therapie: Hier geht es darum, ob die befragten Patientinnen und Patienten nicht medikamentöse Maßnahmen eher durchführen würden, wenn sie mittels EVIzept verschrieben werden würden. Hier wird zwischen „ja“ und „nein“ unterschieden. Zum Beispiel wird „Na, eigentlich nicht.“ (vgl. Patienteninterview Nr.1) als „nein“ und „Jo, ich schon. Des is klor.“ (vgl. Patienteninterview Nr.2) als „ja“ gewertet.

Würden EVIzепte von Patientinnen und Patienten verwendet werden: Hierbei soll festgestellt werden, ob Patientinnen und Patienten die neu entwickelten EVIzепte verwenden würden. Unterschieden wird hier wieder zwischen „ja“, „nein“ und „unsicher“. Hier wird beispielsweise „Würd ich nehmen. Natürlich.“ (vgl. Patienteninterview Nr.27) als „ja“, „I mach solche Dinge mit oder ohne Rezept ned.“ (vgl. Patienteninterview Nr.25) als „nein“ und „Was ned genau. Momentan ned. Aber momentan hab i a nix. Vielleicht wenn i krank wär würd ichs schon a probieren.“ (vgl. Patienteninterview Nr.30) als „unsicher“ eingestuft.

Warum würden Patientinnen und Patienten EVIzепte nicht verwenden: In dieser Unterkategorie soll erfasst werden, welche Gründe es gibt, dass Patientinnen und Patienten EVIzепte nicht verwenden würden. Beispielsweise „Also na, i würde solche Dinger ned verwenden, weil meiner Meinung nach nur Tabletten helfen, wenna da ned gut geht.“ (vgl. Patienteninterview Nr.25).

Können die Anweisungen durchgeführt werden: Hier wird erfasst, ob sich die Patientinnen und die Patienten in der Lage fühlen, die Anweisungen, die auf dem EVIzept beschrieben sind, zu befolgen und richtig auszuführen. Hier wird zwischen „ja“, „nein“ und „unsicher“ unterschieden. Beispielsweise wird hier „Sicher, wieso ned.“ (vgl. Patienteninterview Nr.14) als „ja“ und „Des is die Froge jo. Durchführen, najo.“ (vgl. Patienteninterview Nr.5) als „unsicher“ gewertet.

Wunsch nach mehr EVIzepten: Hierbei soll geklärt werden, ob bei den Patientinnen und den Patienten der Wunsch, neben den drei bereits entwickelten EVIzepten, zur Entwicklung weiterer EVIzpte besteht. Hier wird zwischen „ja“ und „nein“ unterschieden. Zum Beispiel wird „Fände ich gut. Vor allem wie bei euch Maßnahmen, die durch Studien belegt san. [...] Also mehr Infos zu guten Sachen würd ich gut finden.“ (vgl. Patienteninterview Nr.27) als „ja“ und „Na. Sowos brauch i ned.“ (vgl. Patienteninterview Nr.25) als „nein“ eingestuft.

Vorteile von EVIzepten: In diese Kategorie fallen Vorteile, die von den Patientinnen und den Patienten im Rahmen des Interviews genannt wurden. Beispielsweise fällt in diese Kategorie „Ich denke für einen Laien [...] ist es ratsam eine direkte und wirklich detaillierte Anweisung zu erhalten.“ (vgl. Patienteninterview Nr.9).

Weitere Krankheitsbilder: Hier werden weitere Krankheitsbilder angeführt, zu denen sich die befragten Patientinnen und Patienten weitere EVIzpte vorstellen könnten.

Verbesserungsvorschläge/Bemerkungen: Hier sollen Verbesserungsvorschläge beziehungsweise Bemerkungen zu den EVIzepten, die während der Durchführung des Interviews fallen, erfasst werden. Zum Beispiel „Es wäre vielleicht a super, wenn man so Broschüren zu den vorgeschlagenen Übungen findet [...]“ (vgl. Patienteninterview Nr.10).

3 Ergebnisse – Resultate

Im folgenden Teil wird zunächst auf die Ergebnisse der Interviews mit den befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern eingegangen. Danach auf jene Ergebnisse der Interviews mit den befragten Patientinnen und Patienten.

3.1 *Auswertung Ärztinnen und Ärzte*

Im Rahmen dieser Arbeit wurden 15 praktizierende Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner per E-Mail angeschrieben und gefragt, ob sie sich bereit erklären würden, an einem Interview zum Thema nicht medikamentöse Maßnahmen in der allgemeinmedizinischen Praxis teilzunehmen. Von diesen 15 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzten waren zehn bereit, an einem Interview teilzunehmen und mit diesen zehn Ärztinnen und Ärzten wurde schlussendlich auch ein leitfadengestütztes Interview geführt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen sieben und 14 Minuten. Im Durchschnitt betrug die Interviewdauer zehn Minuten. Von diesen zehn durchgeführten Interviews wurden alle für diese Arbeit verwendet.

3.1.1 **Geschlecht**

Das Geschlecht der zehn befragten Ärztinnen und Ärzte, die am Interview teilgenommen haben, verteilte sich auf fünf Frauen und fünf Männer (siehe Abbildung 4).

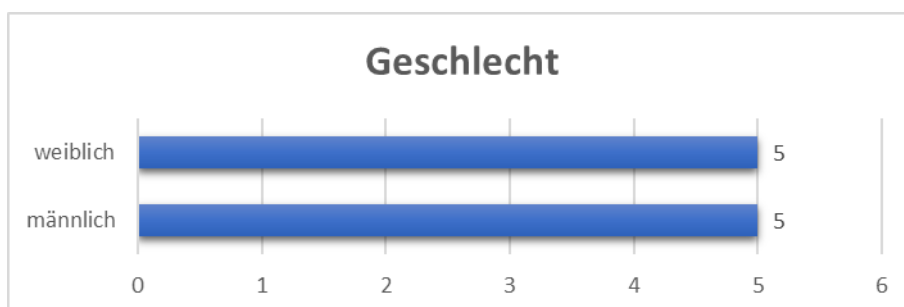


Abbildung 4: *Geschlecht der Ärztinnen und der Ärzte*

3.1.2 Alter der Ärztinnen und der Ärzte

Die befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner waren zwischen 45 und 68 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 53 Jahre. Von den zehn Befragten war niemand unter 40 Jahre alt, vier Personen zwischen 40 und 50 Jahre, fünf Personen zwischen 51 und 60 Jahre und eine Person älter als 60 Jahre (siehe Abbildung 5).

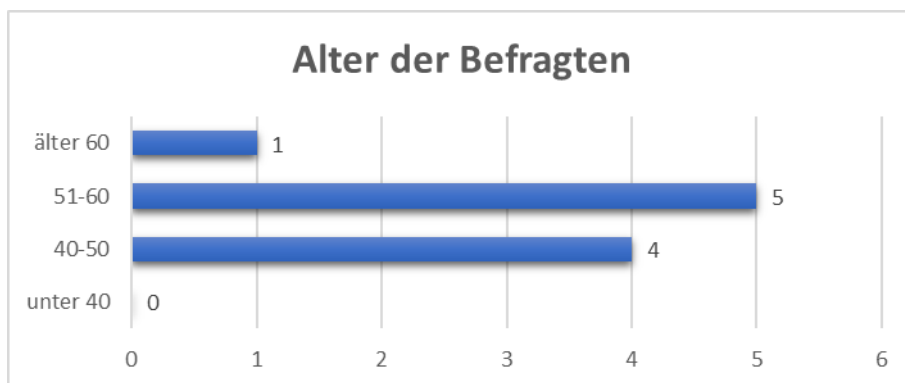


Abbildung 5: Alter der Ärztinnen und der Ärzte

3.1.3 Praxisstandort

Der Standort der Praxis lag bei fünf der befragten Ärztinnen und Ärzten in der Stadt. Die restlichen fünf Praxen der Befragten befanden sich am Land (siehe Abbildung 6). Die Unterscheidung zwischen Stadt und Land wurde im Kapitel 2.5.1 beschrieben.

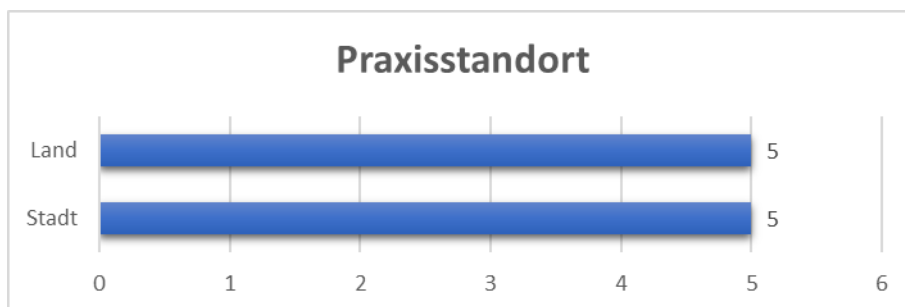


Abbildung 6: Praxisstandort

3.1.4 Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen

Von den zehn interviewten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern hatten neun eine positive Einstellung gegenüber der Verwendung nicht medikamentöser Maßnahmen.

„Da ich das meiste ja in der Ordi mache, ja. Soll das auf jeden Fall gemacht werden. Nicht nur Medikamente, sondern auch zusätzliche Gschichten, konservative Maßnahmen.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.10)

Ein Befragter stand neutral zu diesem Thema.

„Find ich okay. Probier ich auch in der Ordination teilweise den Patienten vorzuschlagen. Zumindest zusätzlich aber halt auch ned immer. Die Akzeptanz ist halt die Frage. Viele mögens nicht oder machens e nicht. [...] Aber bin mir ehrlich gesagt nicht sicher obs wirklich was bringt.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.6)

Keiner der Befragten gab an eine negative Einstellung hinsichtlich der Verwendung nicht medikamentöser Maßnahmen zu haben (siehe Abbildung 7).

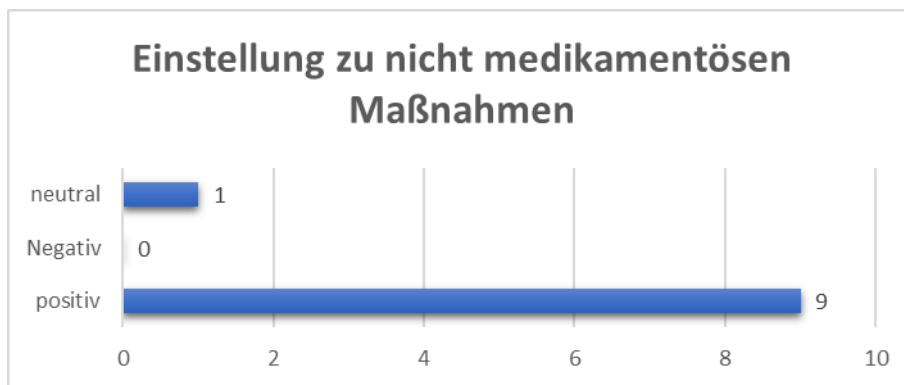


Abbildung 7: Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen

3.1.5 Complianceerhöhung durch schriftliches Rezept für nicht medikamentöse Therapien

Im Vergleich zwischen schriftlichem Rezept und mündlicher Anordnung der Ärztin und des Arztes dachten acht Ärztinnen und Ärzte, dass Patientinnen und Patienten nicht medikamentöse Maßnahmen eher durchführen würden, wenn sie diese, genauso wie medikamentöse Therapie, mittels Rezept verschrieben bekämen.

„Ja, da bin ich überzeugt davon, dass die Patienten nicht gerne Tabletten schlucken und versuchen immer zuerst konservativ zu therapieren. [...] Vor allem wenns so wie bei euren Zetteln ist. Die sind schön kompakt und einfach geschrieben. Die Patienten können des alles verstehen und daheim nochmal genau nachlesen. [...] So habens wirklich die Möglichkeit

in Ruhe daheim nochmal alles sich anzuschauen. So werdens mit Sicherheit mehr Leute machen, wenns ebenso einen Zettel gibt.“ (vgl. Patienteninterview Nr.10)

Zwei der befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sahen es skeptisch, ob die Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen mittels Rezept zu einer Steigerung der Compliance bei Patientinnen und Patienten führen würde.

„Es ist aber vom Individuum abhängig. Das heißt es gibt Patienten, die hatten Übergewicht und hohen Blutdruck, denen hab ich des erklärt. Die haben selbstständig Trainingseinheiten angefangen, haben abgenommen, waren nach einiger Zeit von Medikamenten unabhängig. [...] Ich hab sehr viele denen habe ich sehr viel erklärt, angeordnet, die Maßnahmenzusammenhänge besprochen und sie sind trotzdem um 20 Kilo schwerer geworden und konnten den Blutdruck mit relativ hohen Medikamentendosen kaum in den Griff kriegen. Des heißt ich kann aus meiner individuel/ individual ärztlichen Perspektive das nicht beantworten.“ (vgl. Patienteninterview Nr.1)

Keiner der befragten Ärztinnen und Ärzte gab an, dass sie denken, dass es zu keiner Complianceerhöhung bei Patientinnen und Patienten, durch schriftliche Rezepte für nicht medikamentöse Maßnahmen kommen würde (siehe Abbildung 8).

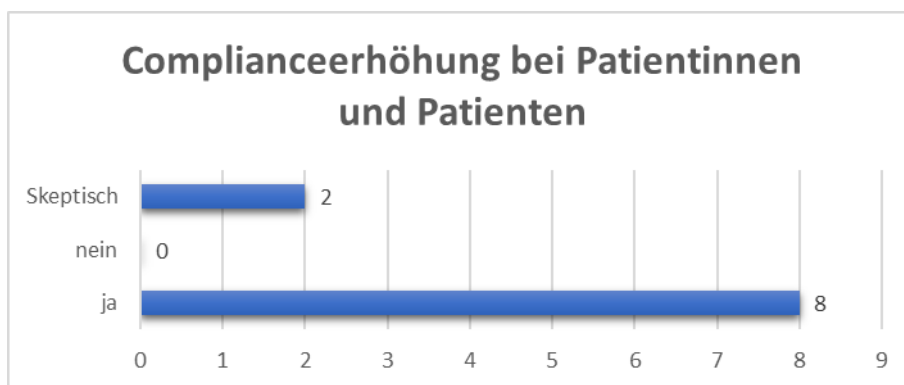


Abbildung 8: Complianceerhöhung bei Patientinnen und Patienten

3.1.6 Würden Patientinnen und Patienten EVIzettel verwenden?

Die Ärztinnen und die Ärzte wurden gefragt, ob sie denken, ob Patientinnen und Patienten die neu entwickelten EVIzettel verwenden würden oder nicht. Diese Frage beantworteten sieben Ärztinnen und Ärzte mit ja.

„Aber im Großen und Ganzen glaub ich, dass diese Rezepte von den meisten gut angenommen werden. Eben um daheim vielleicht nochmal nachlesen zu können, was hat

mir der Arzt mitgeteilt. Und das so kurz um kompakt find ich gut. Eben könnt's für manche Patienten auch a Motivation sein. Im Sinne von, ah jetzt hab ich was schriftliches an des i mi halten kann oda so. Durch das schriftliche könnens des Gsagte glaub ich a weniger, ich sag mal ignorieren oder gewollt vergessen.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.7)

Ein Interviewpartner dachte, dass Patientinnen und Patienten die EVIzepte nicht verwenden würden.

„Die meisten verlieren sie schon beim Verlassen der Ordination. Einige, vor allem neurotisch angehauchte, sammeln sie zuhause in einer Mappe und dort bleibens dann liegen.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.1)

Zwei der befragten Ärztinnen und Ärzte waren sich unsicher, ob EVIzepte von Patientinnen und Patienten verwendet werden würden (siehe Abbildung 9). Beide waren der Meinung, dass es abhängig von den jeweiligen Patientinnen und Patienten ist. Manche werden sie verwenden, andere jedoch nicht.

„Das wird prinzipiell davon abhängen, wie der Patient gepolt ist. Manche werdens machen und manche nicht. Es gibt halt die Patienten, die machen des gerne, die nehmen solche Dinge gut und vor allem gerne an und bei denen bringts auch was. Und es gibt halt auch die anderen, die am liebsten gleich a Tablette schlucken und eigentlich nichts machen wollen und auch nix machen. Die wollen immer den schnelleren Weg und vor allem den unanstrengenderen. Bei denen wirds halt schwierig die zu motivieren.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.9)

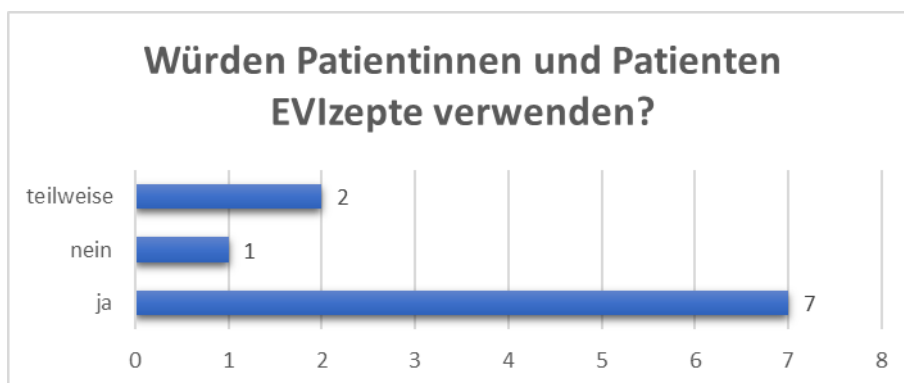


Abbildung 9: Würden Patientinnen und Patienten EVIzepte verwenden?

3.1.7 Würden die befragten Ärztinnen und Ärzte EVIzepte verschreiben?

Acht der zehn befragten Ärztinnen und Ärzte würden in ihrer Praxis EVIzepte verwenden, um ihren Patientinnen und Patienten nicht medikamentöse Maßnahmen zu verschreiben.

„Ja. Weils einfacher ist. Vor allem wenns so wie bei euren Zetteln ist. Die sind schön kompakt und einfach geschrieben. Die Patienten können des alles verstehen und daheim nochmal genau nachlesen. [...] So habens wirklich die Möglichkeit in Ruhe daheim nochmal alles sich anzuschauen. So werdens mit Sicherheit mehr Leute machen, wenns eben so einen Zettel gibt.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.10)

Zwei der zehn befragten Ärztinnen und Ärzte würden EVIzepte teilweise verwenden. Dies würde von der Motivation der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten abhängen, nicht medikamentöse Maßnahmen durchzuführen. Manche Patientinnen und Patienten haben die Motivation etwas zu machen und andere sind schwieriger oder nicht zu motivieren. Ob sie EVIzepte verschreiben würden, hänge daher von der jeweiligen Patientin und dem jeweiligen Patienten ab und müsste von Fall zu Fall wieder neu entschieden werden.

„Aber man kann glaub ich ned jeden Patienten einen solchen Zettel mitgeben. Man muss halt entscheiden und schauen, für welchen es sinnvoll ist und für welche vielleicht weniger. Weißt e es gibt viele die machen das sowieso nicht. Meist merkt mans ja e schon in der Praxis wer bereit ist was zu tun und wer ned.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.9)

Keiner der befragten Ärztinnen und Ärzte gab an, dass sie und er EVIzepte in ihrer und seiner allgemeinmedizinischen Praxis nicht verschreiben würden (siehe Abbildung 10).

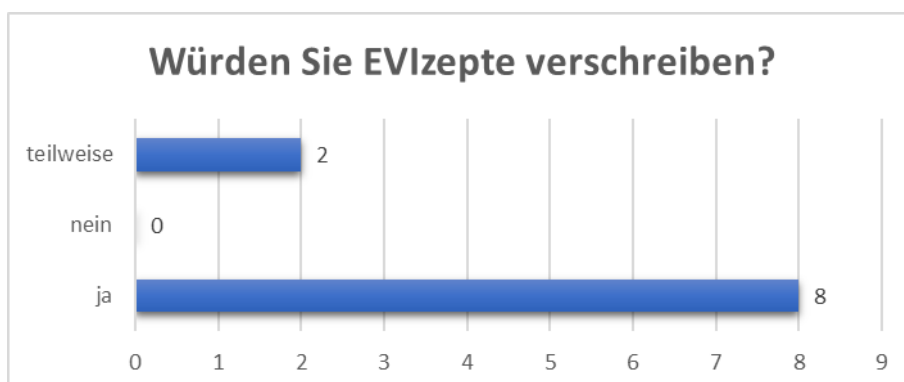


Abbildung 10: Würden Sie EVIzepte verschreiben?

3.1.8 Wunsch nach mehr EVIzepten

Bei neun der befragten Ärztinnen und Ärzte bestand der Wunsch nach mehr EVIzepten.

„Ja. Vor allem bei allen Krankheiten bei denen man mit Bewegung was machen kann. Angefangen von der Hypertonie oder auch zur Vorbeugung von Herzinfarkten oder so. Da kann man den Patienten viel weiterhelfen und vielleicht auch Leid ersparen, wenn man rechtzeitig etwas macht. Und wenn man da zu mehreren Krankheiten solche EVIzепte hat, wär des echt a super Gschicht.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.10)

Ein Befragter wünschte sich keine weiteren EVIzепte (siehe Abbildung 11).

„Wissens e wir bekommen so viele Informationen von allen Seiten. Ich kann jetzt nur für mich sprechen, aber ich kann des ned alles lesen. Das ist jetzt schon meiner Meinung zu viel. Ich brauch ned noch mehr.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.1)



Abbildung 11: Wunsch nach mehr EVIzepten

3.1.9 Meinung zu den Factsheets

Von den zehn befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern dachten alle, dass sie Nutzen aus dem Factsheet ziehen können. Das Factsheet bietet eine gute Möglichkeit für die Ärztinnen und die Ärzte, um auf den neuesten Wissenstand zu kommen und die Patientinnen und die Patienten bestmöglich über die am EVIzept verschriebenen Maßnahmen informieren zu können (siehe Abbildung 12).

„Ich find des sicher ned blöd. Es treten doch immer wieder Fragen auf bei denen man selbst nachlesen muss. [...] Und wenn man diese Maßnahmen schön kompakt erklärt hat. Welche Sachen gitbs in da Physiotherapie, in der Psychotherapie. Da ists dann sicher gscheid, wenn man weiß, wo man nachlesen kann. Man wird ja auch von Patienten immer wieder viel gefragt.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.10)



Abbildung 12: Meinung zu Factsheets

3.1.10 Weitere Krankheitsbilder

Des Weiteren wurde im Rahmen der durchgeführten Interviews erhoben, für welche Krankheitsbilder sich die befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner weitere EVIzepte vorstellen beziehungsweise wünschen würden. Die folgenden Krankheitsbilder wurden von den Befragten genannt:

- Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems: vor allem bei beginnenden Herz-Kreislaufferkrankungen (ein Mal genannt), arterielle Hypertonie (acht Mal genannt), Hypertonie (ein Mal genannt), Koronare Herzkrankheit (KHK) (vier Mal genannt)
- Erkrankungen der Atmungsorgane (zwei Mal genannt): Asthma Bronchiale (zwei Mal genannt), Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (zwei Mal genannt)
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes: Obstipation (drei Mal genannt), Diarrhoe (drei Mal genannt)
- Erkrankungen des Nervensystems: Demenz (drei Mal genannt), Schwindel (ein Mal genannt)
- Stoffwechselerkrankungen: Hyperlipidämie (ein Mal genannt), Hyperurikämie (ein Mal genannt)
- Erkrankungen der Harnorgane: Nierensteine (ein Mal genannt), chronische Niereninsuffizienz (ein Mal genannt)
- Adipositas (fünf Mal genannt)
- Generell für alle chronischen Erkrankungen (ein Mal genannt)

3.1.11 Vorteile durch Verwendung von EVIzepten

Im Rahmen der geführten Interviews wurden die Vorteile, die laut den Ärztinnen und den Ärzten durch die Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen unter der Zuhilfenahme von EVIzepten entstehen, erfasst. Folgende Vorteile wurden von den zehn befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern genannt:

Alle nicht medikamentösen Maßnahmen, die auf den EVIzepten beschrieben werden, sind evidenzbasiert. Das bedeutet, dass sie eine durch Studien belegte positive Auswirkung auf das jeweilige Krankheitsbild haben. (sechs Mal genannt)

„Sicher sind ma von besserer Qualität mehr beeindruckt [...] Vor allem natürlich, wenn de Maßnahmen, de da bei euren Zetteln oben stehen, ja durch Studien belegt sind und einfach hochwertiger sind als viele andere Sachen.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.1)

Durch die durch Studien belegte Wirksamkeit hätten die EVIzepte auch eine höhere Wertigkeit als Informationen zu nicht medikamentösen Maßnahmen, die beispielsweise in Tageszeitungen oder dem Internet zu finden sind. Hier ist das Angebot schier unendlich, jedoch gäbe es zu der Wirksamkeit dieser angebotenen Maßnahmen kaum oder sogar keine wissenschaftliche Evidenz. (ein Mal genannt)

„Es gibt ja viele Zeitschriften wo des immer wieder durchgekaut wird, auf der Gesundheitsseite oder so. In solchen Zeitungen san die Sachen ja meist a ned wirklich belegt durch Studien oda so. Aber wenn des vom Arzt kommt als Art Rezept und de Sachn evidenzbasiert san, hat es eine andere Wertigkeit, als wenn ich die Kronen Zeitung aufschlage.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.2)

Zudem wären EVIzepte, vor allem im Vergleich zu vielen anderen nicht medikamentösen Maßnahmen, die in Zeitungen oder in Zeitungen präsentiert werden, nicht werbetechnisch angehaucht. (ein Mal genannt)

„Sicher sind ma von besserer Qualität mehr beeindruckt und positiver bedient als vor, naja, vor allem, i möchte sagen werbetechnisch angehauchten Leaflets, Informationsschriften, Artikeln. Nana wenn Sie das Wesentlich herausschälen und das Werbetechnische rundherum weglassen, ist das sicher eine Verbesserung.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.1)

Ein weiterer Vorteil, der von den befragten Ärztinnen und Ärzten genannt wurde, wäre, dass die Patientinnen und Patienten alle Maßnahmen, die mit der Ärztin oder dem Arzt in der Praxis besprochen wurden, zuhause noch einmal genau und in Ruhe durchlesen könnten. So könnten Maßnahmen, die in der Ordination falsch verstanden wurden oder am Weg nach Hause wieder vergessen wurden, in ruhiger Atmosphäre zuhause noch einmal genau durchgelesen und wiederholt werden. (fünf Mal genannt)

Des Weiteren käme es laut den befragten Ärztinnen und Ärzten, aufgrund der Möglichkeit für die Patientinnen und Patienten die empfohlenen Maßnahmen zuhause noch einmal durchlesen zu können, zu einer Zeitersparnis. In den Praxen wäre oftmals nicht genügend Zeit, um jeder Patientin und jedem Patienten alle Maßnahmen so ausführlich zu erklären, dass sie und er alle Maßnahmen richtig versteht und auch richtig durchführen könnte. Durch die kompakte, einfache Beschreibung der Maßnahmen auf den EVIzepten kann hier erstens Zeit eingespart werden und zweitens kann den Patientinnen und den Patienten die Möglichkeit gegeben werden, alle Maßnahmen zuhause in Ruhe durchzulesen, zu verstehen und dadurch auch richtig durchzuführen. (zwei Mal genannt)

„Die Patienten können des alles verstehen und daheim nochmal genau nachlesen. Ich glaub es gibt viele denen ich in der Ordi was erzähle, von dem die Hälfte bis daheim wieder vergessen wird. Entweder weils as beim ersten Mal ned verstehen oder weil einfach nicht genug Zeit in der Ordi ist um jeden Patienten die Sachen so ausführlich zu erklären. So habens wirklich die Möglichkeit in Ruhe daheim nochmal alles sich anzuschauen.“
(vgl. Ärzteinterview Nr.10)

Weiters wurde von den befragten Ärztinnen und Ärzten genannt, dass sie denken, dass man durch die Verwendung von EVIzepten Medikamente einsparen könnte. Durch die Reduktion von Medikamenten könnte man auch die Nebenwirkungen jener Medikamente reduzieren und die Wechselwirkung zwischen den Medikamenten geringer halten. (zwei Mal genannt)

„Das Potenzial grad bei diesen sehr häufigen Beschwerden des Bewegungsapparates wär enorm, wir könnten uns wahrscheinlich ein Gutteil der Medikamente sparen, wie gesagt nicht olles, aber in der Akutphase ist die medikamentöse Therapie sicher sehr sinnvoll und wertvoll. [...] Zudem werden, je geringer die Dosis von den Medikamenten, desto wengier Nebenwirkungen werd ma auch haben. Und a die Wechselwirkungen zwischen denen werden weniger.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.4)

Zudem wurde von einem Interviewpartner genannt, dass man durch die Verwendung von EVIzepten eine bessere Struktur in der Empfehlung nicht medikamentöser Maßnahmen bekäme. Ansonsten würde man von Patienten zu Patienten nie die komplett selben Maßnahmen empfehlen. Durch die Verwendung von EVIzepten hätte man bei den Empfehlungen eine vorgegebene Struktur, an die man sich bei jeder Empfehlung halten könnte. Dadurch könnte man auch die Effekte der empfohlenen Maßnahmen besser überprüfen. (ein Mal genannt)

„Wos für mich auch gonz gut ist, ist dass ich donn a bissl a Struktur hob in der Beratung, weil sonst moch ich des einfoch ausn Gefühl heraus, wie es mir an dem Tog grad einfollt. Ähh, wenn ich do a bissl a Unterloge hob, donn mocht man dos sicher gezielter. Man kann a die Effekte nochher donn besser überprüfen, weil dos anfoch a gewisse Struktur hot des Gonze.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.4)

3.1.12 Verbesserungsvorschläge

Des Weiteren wurden Verbesserungsvorschläge für die Verschreibung nicht medikamentöser Therapien mittels EVIzepten, die im Rahmen der Interviews von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern genannt wurden, erfasst. Folgende Verbesserungsschläge wurden von den Befragten genannt:

Ein Verbesserungsvorschlag, der von den befragten Ärztinnen und Ärzten genannt wurde, wäre die Entwicklung einer App oder einer Onlineplattform, über die man auf EVIzепte zugreifen kann. Über diese könnte man die jeweiligen Maßnahmen abrufen und sich diese am Computer beziehungsweise dem Smartphone durchlesen. (zwei Mal genannt)

Zudem würde dadurch die Möglichkeit entstehen, Videos zu bestimmten Übungen anzusehen. Dadurch könnten Unsicherheiten in der Durchführung bestimmter Übungen minimiert werden und Patientinnen und Patienten könnten sich leichter bei der Durchführung dieser tun.

„Den jüngeren Patienten sag ich dann immer sucht im Internet, mit a paar Klicks gibt's zu jedem Thema a Video heutzutag. Wo man sich anschauen kann wie mans machen kann. Da wärs vielleicht ja auch sinnvoll eine App zu entwickeln oder einen online Zugang mit dem man die Maßnahmen anschauen kann. Eventuell auch mit Links zu Videos von den Übungen oder so.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.9)

Eine andere Möglichkeit, um die Richtigkeit der Übungen zu gewährleisten, wäre die Entwicklung von Broschüren, in denen die jeweiligen verschriebenen Übungen ausführlich beschrieben werden. So müssten die Übungen nicht von den Ärztinnen und den Ärzten in der Ordination erklärt werden. Diese Broschüren könnten den Patientinnen und den Patienten mitgegeben werden und diese könnten sich zuhause die jeweiligen Übungen noch einmal durchlesen. (zwei Mal genannt)

„[...] da könnt ich mir sogar vorstellen, dass sich manche Leute schwer tun mit der Beschreibung auf den EVIzepten. Da steht ja nur Crunches oder so. Manche wissen was machen müssen. Aber ich glaub der Großteil bräuchte da eine Erklärung. Vielleicht mit Broschüren, in denen die ganzen Übungen beschrieben sind. Auch mit Bildern oder so. Glaub manche Patienten tun sich dadurch auch leichter. Mit den Bildern mein ich. Als wenn ich es ihnen erklären probiere.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.10)

Für manche Patientinnen und Patienten wären eigene Patienten-Factsheets sinnvoll. Es gäbe Patientinnen und Patienten, die sich mehr Informationen zu den jeweiligen Maßnahmen wünschen würden. (ein Mal genannt)

„Könnt ich mir sogar vorstellen solche Factsheets den Patienten mitzugeben. Einige wollen gern mehr Infos zu den Sachen und die freuen sich sicher, wenn man denen so eines mitgeben kann und sie sichs durchlesen können.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.10)

Laut den befragten Ärztinnen und Ärzten sei es beim Verschreiben von EVIzepten von großer Wichtigkeit, nicht gleich automatisch jeder Patientin und jedem Patienten ein EVIzept mitzugeben. Es gäbe einige Patientinnen und Patienten, die von vornherein sagen, dass sie die empfohlenen nicht medikamentösen Maßnahmen nicht durchführen werden. In solchen Fällen würde ein EVIzept der Patientin und dem Patienten keine Vorteile bringen. Die Entscheidung über die Verschreibung eines EVIzeptes sollte von Fall zu Fall individuell getroffen werden. (drei Mal genannt)

„Des heißt man sollte ned einfach jeden so einen Zettel geben. Man muss von Patient zu Patient schauen und immer individuell entscheiden, obs bei dem jetzt was bringen kann oder nicht. Wenn ich von Anfang an weiß oder schon merk, dass der des sowieso ned macht unds dann ja e nix bringt is a Zeitverschwendung für ihn und auch für mich.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.9)

Zudem sollte man bei der Verwendung von EVIzepten auch immer auf die Dringlichkeit der Besserung der Beschwerden achten. Nicht medikamentöse Maßnahmen bräuchten oftmals einen längeren Zeitraum, um ihre volle Wirksamkeit zu entfalten. Da aber in akuten Fällen Patientinnen und Patienten meist eine schnelle Besserung ihrer Beschwerden wünschen würden, sollten bei akuten Fällen zur schnelleren Beschwerdeverbesserung trotzdem Medikamente verwendet werden. Diese könnten aber gut mit EVIzepten kombiniert werden. Bei chronischen Krankheitsbildern, bei denen keine akuten Beschwerden bestünden, könnte man EVIzепte auch allein, ohne zusätzliche Medikamentenverschreibung, verwenden. (drei Mal genannt)

„Denke vor allem bei den chronischen Krankheitsgeschichten sind solche nicht medikamentösen Maßnahmen ideal. In den Akutfällen ist halt abzuwägen wie dringlich braucht der Patient eine Besserung. Weil oft die nicht medikamentösen Sachen einfach länger brauchen bis sie wirken. Also im Akutfall würd ich glaub ich trotzdem zuerst oftmals, wenn da Patient akute Beschwerden hat, Tabletten bevorzugen. Natürlich kann man des dann mit solchen EVIzepten kombinieren.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.5)

Ein weiterer Verbesserungsvorschlag, den die Befragten genannt haben, wäre die anteilhafte beziehungsweise komplette Übernahme der Kosten von Fitnessstudio oder Fitnesskursen, in denen die Patientinnen und die Patienten die verschriebenen Übungen durchführen könnten. Wie die Kosten für verschriebene Medikamente, könnten die Kosten hierfür von den Krankenkassen übernommen werden. Durch diese Kostenübernahme könnten es sich auch Patientinnen und Patienten mit geringem Einkommen leisten, Fitnessstudios und Fitnesskurse zu nutzen. Dadurch würden auch mehr Patientinnen und Patienten die empfohlenen Maßnahmen durchführen. (vier Mal genannt)

„[...] wenn man den auf Rezept sprich günstiger haben kann ist sicher der Zugang niederschwelliger.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.2)

„Das heißt wenn ich Turnstunden, Schwimmstunden, an Kochkurs auf Rezept verordnen könnte, auch mit einem Geldwert im Hintergrund, würde ich das begrüßen.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.1)

Des Weiteren wurde von den Ärztinnen und den Ärzten bemerkt, dass es gut wäre, wenn es EVIzепte nicht nur in Deutsch, sondern auch in anderen Sprachen geben würde. So könnten Patientinnen und Patienten, die nicht Deutsch als Muttersprache haben, die Anweisungen leichter verstehen. Im Arzt-Patienten-Gespräch würden sich Leute mit

nichtdeutscher Muttersprache oftmals schwertun, alles richtig zu verstehen, da ihre Deutschkenntnisse des Öfteren nicht ausreichend gut sind. So könnte man ihnen eine Möglichkeit bieten, die Maßnahmen in ihrer jeweiligen Muttersprache durchzulesen und besser zu verstehen. (zwei Mal genannt)

„Vielleicht warads jo ned bled de Dinger a in andere Sprachen zu übersetzten. I hab mi da vorher mit Händen und Füßen verständigen müssen mit dem einen, bis ers letztendlich dann so halbwegs verstanden hat. Des is leider oft da Fall. Viele Leid de zu uns kommen könnan wenig bis goa ka Deutsch. Und wenns dann zu mir kommen is halt immer schwer denen was zu erklären.“ (vgl. Ärzteinterview Nr.8)

3.2 Auswertung Patientinnen und Patienten

Im Rahmen dieser Arbeit wurden insgesamt 40 Patientinnen und Patienten gefragt, ob sie sich bereit erklären würden, an einem Interview zum Thema nicht medikamentöse Maßnahmen in der allgemeinmedizinischen Praxis teilzunehmen. Von diesen 40 gaben 30 ihre Zustimmung, an einem solchen leitfadengestütztem Interview teilzunehmen. Alle 30 durchgeführten Interviews wurden in dieser Arbeit berücksichtigt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen vier und neun Minuten. Im Durchschnitt betrug die Interviewdauer circa sechs Minuten. Von diesen 30 durchgeführten Interviews wurden alle für diese Arbeit verwendet.

3.2.1 Geschlecht

Das Geschlecht der 30 Patientinnen und Patienten, die am Interview teilgenommen haben, verteilte sich auf 16 Frauen und 14 Männer (siehe Abbildung 13).

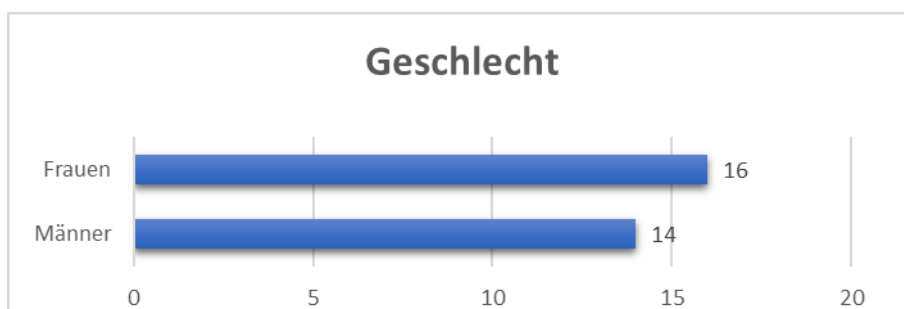


Abbildung 13: Geschlecht der Patientinnen und der Patienten

3.2.2 Alter

Die befragten Patientinnen und Patienten waren zwischen 19 und 81 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 48 Jahre. Von den 30 Befragten waren vier Personen unter 25 Jahre alt, neun Personen zwischen 25 und 45 Jahre, elf Personen zwischen 46 und 65 Jahre und sechs Personen älter als 65 Jahre (siehe Abbildung 14).

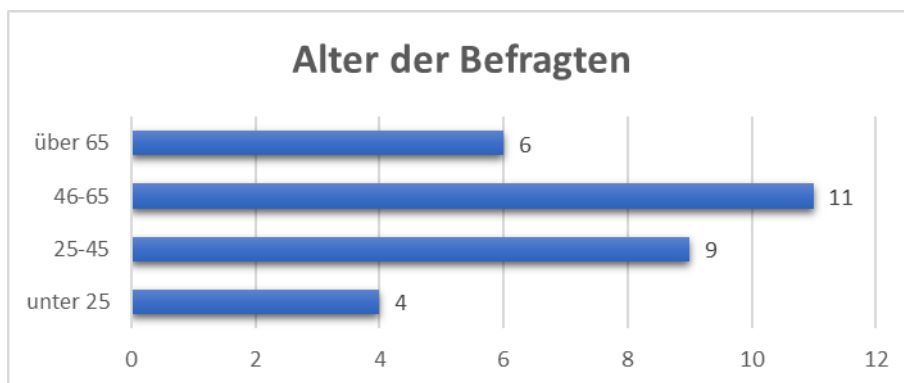


Abbildung 14: Alter der Patientinnen und der Patienten

3.2.3 Wohnhaft

Von den befragten Patientinnen und Patienten gaben 16 an, ihren Hauptwohnsitz in einer Stadt zu haben. Die restlichen 14 gaben an ihren Hauptwohnsitz am Land zu haben (siehe Abbildung 15). Die Unterscheidung zwischen Stadt und Land wurde im Kapitel 2.5.1 beschrieben.

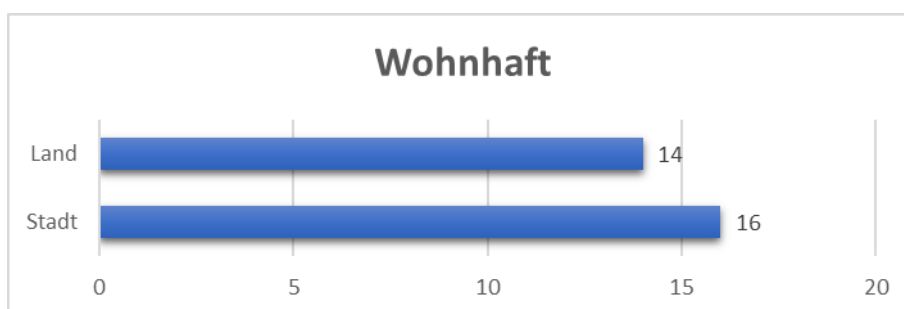


Abbildung 15: Wohnhaft der Patientinnen und der Patienten

3.2.4 Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen

Von den 30 interviewten Patientinnen und Patienten hatten 21 eine positive Einstellung gegenüber der Verwendung nicht medikamentöser Maßnahmen.

„Grundsätzlich find is sehr guad wenn ma a alternative zu Tabletten hod.“ (vgl. Patienteninterview Nr.26)

Acht Befragte standen neutral zu diesem Thema.

„Ja sind in Ordnung. Ich mache oft was dazu, das hilft meist recht gut. Meistens zumindest. Manchmal hilfts ned.“ (vgl. Patienteninterview Nr.24)

Lediglich ein Befragter gab an, eine negative Einstellung gegenüber nicht medikamentösen Maßnahmen zu haben (siehe Abbildung 16).

„I bin da jetzt mal ganz ehrlich zu Ihnen. Für mich helfen nur Tabletten. De ganzen Dinge was da gibt mit Akkupunktur oda so bringan jo e nix.“ (vgl. Patienteninterview Nr.25)

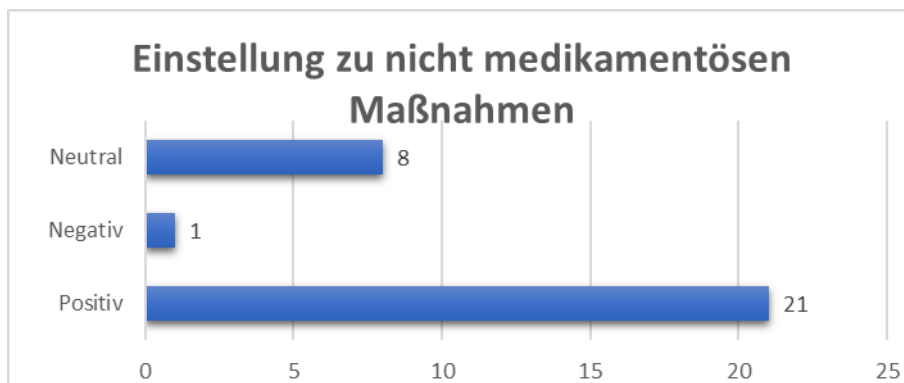


Abbildung 16: Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen

3.2.5 Complianceerhöhung durch schriftliches Rezept für nicht medikamentöse Therapien

Im Vergleich zwischen schriftlichem Rezept und mündlicher Anordnung der Ärztin und des Arztes dachten 23 Patientinnen und Patienten, dass sie nicht medikamentöse Maßnahmen eher durchführen würden, wenn sie diese, genauso wie medikamentöse Therapie, mittels Rezepts verschrieben bekämen.

„Also ja. Wenn die Sachen da oben stehen, die ich machen soll würd ich die schon nach besten Wissen und Gewissen machen.“ (vgl. Patienteninterview Nr.24)

Bei sieben Patientinnen und Patienten würde die Verschreibung mittels Rezepts nicht zu einer Steigerung der Compliance führen (siehe Abbildung 17).

„I mach solche Dinge mit oder ohne Rezept ned.“ (vgl. Patienteninterview Nr.25)

Hier sei jedoch zu erwähnen, dass vier dieser sieben Patientinnen und Patienten nicht medikamentöse Maßnahmen, sowohl als Rezept als auch als mündliche Anordnung der Ärztin und des Arztes durchführen würden.

„I glaub i würd beides gleichermaßen tuan, ob ers ma mündlich sogt oder aufschreibt.“
(vgl. Patienteninterview Nr.15)

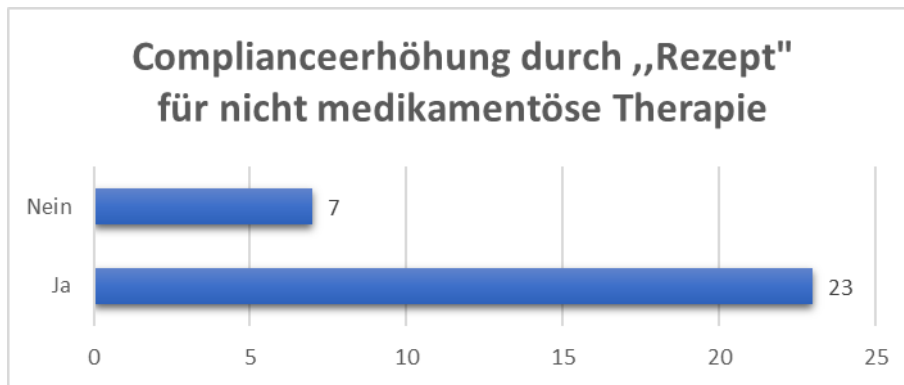


Abbildung 17: Complianceerhöhung durch „Rezept“ für nicht medikamentöse Therapie

3.2.6 Würden Patientinnen und Patienten EVIzepte verwenden?

Die Patientinnen und die Patienten wurden gefragt, ob sie die neu entwickelten EVIzepte verwenden würden oder nicht. Von den 30 Befragten dachten 25, dass sie ein EVIzept verwenden würden.

„Jo, auf olle Fälle.“ (vgl. Patienteninterview Nr.10)

Zwei Befragte gaben an, dass sie glauben, dass sie keine EVIzepte verwenden würden.

„Also na, i würd solche Dinger ned verwenden, weil meiner Meinung nach nur Tabletten helfen, wenna da ned gut geht.“ (vgl. Patienteninterview Nr.25)

Drei der befragten Patientinnen und Patienten waren sich unsicher, ob sie ein EVIzept verwenden würden (siehe Abbildung 18). Alle diese drei Patientinnen und Patienten waren nicht abgeneigt EVIzepte zu verwenden, jedoch käme es für sie immer darauf an, um welche Krankheit es sich handeln würde und vor allem wie akut sie Hilfe benötigen würden. Bei akuten Krankheiten oder Schmerzen würden sie bevorzugen, zunächst eine medikamentöse Therapie einzuleiten und eine nicht medikamentöse Therapie ergänzend zu verwenden. Bei chronischen Krankheitsbildern könnten sie sich vorstellen, nicht medikamentöse Therapien auch alleine anzuwenden.

„Glaub es kommt immer drauf an wegen was i zum Arzt geh. Schnell bei Kopfweh würd i glaub i immer die Tablette bevorzugen. Wenns um langwierige Sachen geht, wie eben bei dem einen um Schlafstörungen kann ichs mir schon vorstellen, dass ich sowas probier [...].“ (vgl. Patienteninterview Nr.19)

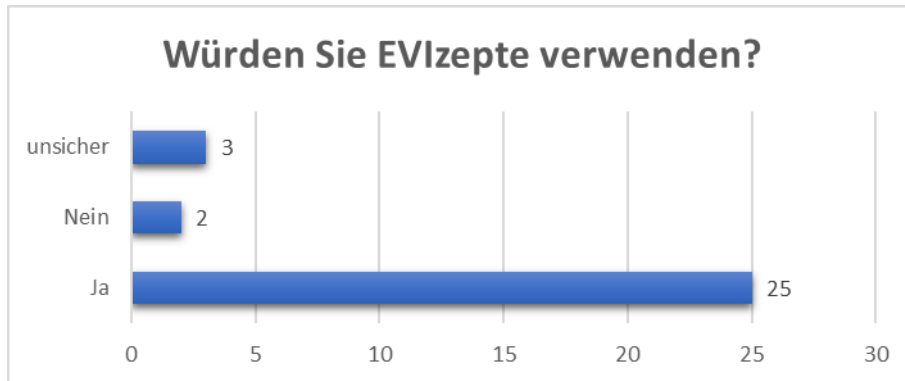


Abbildung 18: Würden Sie EVIzepte verwenden?

3.2.7 Wunsch nach mehr EVIzepten

Bei 27 Patientinnen und Patienten bestand der Wunsch nach mehr EVIzepten. Sie würden sich zusätzlich zu den momentan entwickelten EVIzepten (zu Diabetes Mellitus Typ II, Depression und Schlafstörungen), die ihnen vor den durchgeführten Interviews vorgestellt wurden, noch weitere EVIzepte zu anderen Krankheitsbildern wünschen.

„Im Sinne von solchen EVIzepten würd ich mir mehr Wünschen, ja. Die Maßnahmen sind evidenzbasiert und toll beschrieben. Solche Dinge sollts viel mehr geben.“ (vgl. Patienteninterview Nr.28)

Drei der befragten Patientinnen und Patienten würden sich nicht mehr EVIzepte wünschen (siehe Abbildung 19).

„Ich persönlich brauch des eigentlich e ned.“ (vgl. Patienteninterview Nr.19)

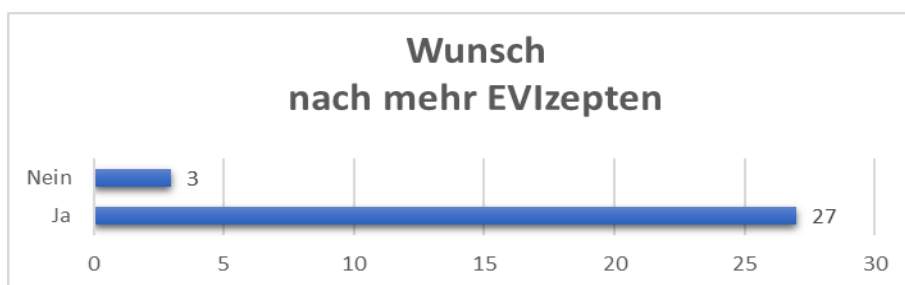


Abbildung 19: Wunsch nach mehr EVIzepten

3.2.8 Weitere Krankheitsbilder

Des Weiteren wurde im Rahmen der durchgeführten Interviews erhoben, für welche Krankheitsbilder sich die Befragten weitere EVIzepte vorstellen könnten, beziehungsweise wünschen würden. Die folgenden Krankheitsbilder wurden von den Befragten genannt:

- Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (ein Mal genannt): Schmerzen im Rücken, im Sinne einer Lumboischialgie (drei Mal genannt), Muskelschwund (ein Mal genannt)
- Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (ein Mal genannt): arterielle Hypertonie (vier Mal genannt), Koronare Herzkrankheit (KHK) (ein Mal genannt)
- Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes: Obstipation (zwei Mal genannt), Diarrhoe (ein Mal genannt)
- Erkrankungen der Harnorgane: Nierensteinen (ein Mal genannt), Blasenentzündungen (ein Mal genannt)
- Erkrankungen des Nervensystems (ein Mal genannt): psychische Erkrankungen generell (ein Mal genannt), Demenz (ein Mal genannt), Migräne (zwei Mal genannt)
- Adipositas (zwei Mal genannt)

3.2.9 Vorteile durch Verwendung von EVIzepten

Im Rahmen der geführten Interviews wurden die Vorteile, die laut den Patientinnen und den Patienten durch die Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen unter der Zuhilfenahme von EVIzepten entstehen, erfasst. Folgende Vorteile wurden von den befragten Patientinnen und Patienten genannt:

Durch die Verschreibung von EVIzepten ergäbe sich die Möglichkeit für Patientinnen und Patienten an neue Informationen zu der jeweiligen Erkrankung der Patientinnen und der Patienten zu gelangen. Vor allem ältere Leute, die ihre Informationen nicht aus dem Internet beziehen könnten, könnten mit Hilfe der EVIzepte neues Wissen über ihre Erkrankung und neue Maßnahmen, die sie durchführen könnten, erlangen. (fünf Mal genannt)

„Die ältere Generation ist sicher vom Vorteil, wenn sie gleich eben Anlaufstelle Hausarzt zum Beispiel so Informationen bekommen. Die Jungen schauen e im Internet aber

die Älteren eher ned. Da is sicher gut wenn ma solche Rezepte bekommt. So komman a die Alten zu neuen Infos.“ (vgl. Patienteninterview Nr.10)

Zusätzlich wären diese neu erlangten Informationen qualitativ hochwertig und evidenzbasiert. Das bedeutet, dass alle nicht medikamentösen Maßnahmen, die auf den EVIzepten angeführt sind, eine durch Studien belegte positive Auswirkung auf das jeweilige Krankheitsbild haben. (vier Mal genannt)

„[...] Vor allem wie bei euch Maßnahmen die durch Studien belegt san. Es gibt glaub ich e a Riesenangebot. Aber die meisten Sachen kann ma ja vergessen. De bringen nix oda san teilweise so teuer und bringen vielleicht trotzdem nix.“ (vgl. Patienteninterview Nr.27)

Ein weiterer Vorteil, der von den befragten Patientinnen und Patienten genannt wurde, wäre, dass man alle Maßnahmen, die mit der Ärztin oder dem Arzt besprochenen wurden, zuhause noch einmal genau durchlesen könnte. So könnten Maßnahmen, die in der Ordination falsch verstanden wurden oder am Weg nach Hause wieder vergessen wurden, in ruhiger Atmosphäre zuhause noch einmal genau durchgelesen und wiederholt werden. (sechs Mal genannt)

„Glaube wenn man das ganze vom Arzt erklärt bekommt und nochmal zuhause nachlesen kann, merkt man sich viel mehr. Dadurch glaub ich werdens auch mehr Leute machen und vor allem auch richtig machen. Einige vergessen sicher schon die Hälfte von dem was der Arzt erklärt hat und dann machens die Sachen vielleicht aber eben vielleicht auch falsch. Dann bringts ned den gewünschten Erfolg und die Leute machens neama.“ (vgl. Patienteninterview Nr.29)

Am EVIzept stünden alle Maßnahmen mit leicht verständlicher, kompakter Beschreibung. So sollte es auch für Laien möglich sein, die beschriebenen Maßnahmen richtig durchzuführen. (vier Mal genannt)

„Ich denke für einen Laien und äh ohne den medizinischen Hintergrund zu haben, ist es sicher von Vorteil eine so direkte und wirklich detaillierte Anweisung zu erhalten.“ (vgl. Patienteninterview Nr.9)

Durch diese leicht verständliche Beschreibung wäre es auch für Patientinnen und Patienten, die nicht Deutsch als Muttersprache haben, einfacher, die beschriebenen Maßnahmen richtig zu verstehen. Oftmals wird im Arzt-Patienten-Gespräch etwas falsch oder nicht verstanden. So können Patientinnen und Patienten, die nicht Deutsch als

Muttersprache haben, zuhause noch einmal in Ruhe die besprochenen Maßnahmen durchlesen. (ein Mal genannt)

„Finde sehr gut. Mein Deutsch ist nicht perfekt. Manchmal verstehe ich nicht alles. Da ist es gut, zuhause nochmal alles in Ruhe nachzulesen.“ (vgl. Patienteninterview Nr.20)

Des Weiteren wurde von den befragten Patientinnen und Patienten genannt, dass sie denken, dass man durch die Verwendung von EVIzepten Medikamente einsparen könnte. Durch die Reduktion von Medikamenten fielen auch die Nebenwirkungen jener Medikamente weg. (zwei Mal genannt)

„Ich denk auch, dass ma durch solche EVIzepte Nebenwirkungen von Medikamenten vermeiden kann, weil ma denk ich weniger Tabletten schlucken muss. Man behandelt ja seine Krankheit mit alternativen Methoden. So fallen sicher a paar Tabletten weg oda werden zumindest weniger. So werden sicher a die Nebenwirkungen weniger.“ (vgl. Patienteninterview Nr.27)

Die befragten Patientinnen und Patienten nannten auch die vielseitige Anwendbarkeit der EVIzepte als Vorteil. Laut den Befragten könnte man EVIzepte zu beinahe jedem Krankheitsbild entwickeln und einsetzen. Sowohl als Kombitherapie zusammen mit Medikamenten als auch als Einzeltherapie. (zwei Mal genannt)

„Ich glaub einfach, dass man solche EVIzepte echt für fast alle Krankheiten machen kann, sei es jetzt Diabetes oda Bluthochdruck. Im Grunde kann man e glaub ich bei jeder Krankheit alternative Sachen machen. Ob jetzt zusätzlich oda alleine. Aber da sind die Möglichkeiten glaub ich fast grenzenlos.“ (vgl. Patienteninterview Nr.28)

3.2.10 Verbesserungsvorschläge

Zudem wurden Verbesserungsvorschläge für die Verschreibung nicht medikamentöser Therapie mittels EVIzepten, die im Rahmen der Interviews von Patientinnen und Patienten genannt wurden, erfasst. Folgende Verbesserungsschläge wurden von den Befragten genannt:

Die genaue Durchführung der beschriebenen Übungen wäre von großer Wichtigkeit, da falsch durchgeführte Übungen weniger oder sogar gar keinen Erfolg brächten. Um die richtige Durchführung der Übungen zu gewährleisten, wäre es denkbar, zu den jeweiligen Übungen zusätzlich Broschüren zu entwickeln, in denen die Übungen und deren

Durchführung genau beschrieben würden. Diese Broschüren könnten den Patientinnen und den Patienten zusätzlich zum jeweiligen EVIzept mitgegeben werden. (zwei Mal genannt)

„Es wär vielleicht a super, wenn man so Broschüren zu den vorgeschlagenen Übungen findet, da richtige eben Crunches, was ned, ob des jeder glei verstehen würd. Die Jungen schaun vielleicht e glei im Internet nach oda so aber die bissi Älteren san solche Broschüren, wo die Übungen erklärt werden, sicha super.“ (vgl. Patienteninterview Nr.10)

Ein weiterer Verbesserungsvorschlag, den die Befragten genannt haben, wäre die anteilhafte beziehungsweise komplette Übernahme der Kosten von Fitnessstudios oder Fitnesskursen, in denen die Patientinnen und die Patienten die verschriebenen Übungen durchführen könnten. Wie die Kosten für verschriebene Medikamente, könnten die Kosten hierfür von den Krankenkassen übernommen werden. Durch diese Kostenübernahme könnten es sich auch Patientinnen und Patienten mit geringem Einkommen leisten, Fitnessstudios und Fitnesskurse zu nutzen. (zwei Mal genannt)

„Also ich denke schon, dass viel mehr Patienten die Fitnessübungen machen würden, wenn die Kassa die Kosten vom Fitnessstudio oda von Fitnessprogrammen übernehmen würd. Wenn des mal klappen würd wärs richtig cool. Oda wenns zumindest einen Teil übernehmen würden, würd glaub i die Hemmschwelle von vielen Leuten geringer sein und es würden a viel mehr tun. Vor allem die sich das sonst ned leisten können oder würden, profitieren davon sicha am meisten.“ (vgl. Patienteninterview Nr.27)

Des Weiteren wurde von einer Patientin bemerkt, dass es gut wäre, wenn es EVIzepte nicht nur in Deutsch, sondern auch in anderen Sprachen geben würde. So könnten Patientinnen und Patienten, die nicht Deutsch als Muttersprache haben, die Anweisungen leichter verstehen. Im Arzt-Patienten-Gespräch würden sich Leute mit nichtdeutscher Muttersprache oftmals schwertun, alles richtig zu verstehen, da ihre Deutschkenntnisse des Öfteren nicht ausreichend gut wären. So könnte man ihnen eine Möglichkeit bieten, die Maßnahmen in ihrer jeweiligen Muttersprache durchzulesen und besser zu verstehen. (ein Mal genannt)

„Zettel in anderen Sprachen als Deutsch wären gut. Viele Freunde können nicht gut Deutsch. Wenn Zettel in Rumänisch oder so dann sie auch besser verstehen. [...] Würde gut finden auch in anderen Sprachen.“ (vgl. Patienteninterview Nr.20)

4 Diskussion

Im folgenden Teil wird auf die Ergebnisse aus den geführten Interviews mit Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern und Patientinnen und Patienten näher eingegangen. Durch die Interpretation dieser Ergebnisse sollen die Forschungsfragen, die sich aus der Einleitung dieser Arbeit ergaben (vgl. Kapitel 1.5), bestmöglich beantwortet werden.

4.1 *Verschreibung von EVIzepten*

Anhand der durchgeführten Interviews mit Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern kann man deutlich erkennen, dass es sich für Ärztinnen und Ärzte in Österreich schwer gestaltet, Patientinnen und Patienten nicht medikamentöse Maßnahmen einfach und effektiv anzubieten. Nicht nur, dass in den Praxen teilweise nicht genügend Zeit ist, um Patientinnen und Patienten die empfohlenen nicht medikamentösen Maßnahmen ausreichend zu erklären, sodass alle Patientinnen und Patienten alle Maßnahmen richtig ausführen können, sondern auch, dass es in Österreich keine strukturierten Vorlagen gibt, um nicht medikamentöse Maßnahmen zu verschreiben, erschwert dies.

Um die Verschreibung nicht medikamentöser Therapien genauso einfach zu gestalten, wie bei medikamentösen, bieten sich EVIzepte ideal an. So würde die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte EVIzepte zur Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen verwenden. Dies zeigt deutlich, dass die Nachfrage, für die Vereinfachung der Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen, bei österreichischen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern groß ist.

Durch eine vorgegebene Struktur wird die Verschreibung evidenzbasierter nicht medikamentöser Maßnahmen vereinfacht. So kann jeder Patientin und jedem Patienten die bestmögliche evidenzbasierte nicht medikamentöse Therapie, zur Verbesserung des jeweiligen Krankheitsbildes, angeboten werden.

Zudem kommt es durch die Verschreibung von EVIzepten in der Praxis zu einer Zeitersparnis. Die ausführliche Erklärung der empfohlenen Maßnahmen würde den

Zeitrahmen des Arzt-Patienten-Gesprächs sprengen und zu vermehrten Wartezeiten für andere Patientinnen und Patienten führen.

Ein kleiner Anteil der befragten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner meinte, dass EVIzepte nicht pauschal jeder Patientin und jedem Patienten verschrieben werden sollen. Die Verschreibung eines EVIzeptes soll sowohl von Fall zu Fall als auch von Patient zu Patient neu entschieden und der Nutzen abgewogen werden.

Diese Ergebnisse zeigen, dass eine Bereitschaft zur Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen und der Wunsch zur vereinfachten Verschreibung dieser in Allgemeinmedizinpraxen vorhanden ist.

4.2 Entwicklung neuer EVIzepte

Bislang wurden drei EVIzepte entwickelt, die sowohl den Ärztinnen und Ärzten als auch den Patientinnen und den Patienten präsentiert wurden. Im Rahmen der durchgeführten Interviews gaben sowohl die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte als auch die Mehrheit der Patientinnen und Patienten an, dass sie sich die Entwicklung weiterer EVIzepte wünschen würden.

Die geführten Interviews zeigten deutlich, wie vielfältig EVIzepte eingesetzt werden können. Sofern Evidenz für nicht medikamentöse Maßnahmen besteht, könnten EVIzepte für fast jedes chronische Krankheitsbild entwickelt werden und auch bei akuten Krankheitsbildern ergänzend zur medikamentösen Therapie Anwendung finden.

Anhand des HANDI-Programms in Australien ist deutlich zu erkennen, dass die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung riesig sind. In diesem webbasierten Handbuch für nicht medikamentöse Maßnahmen sind bereits 83 (Stand Februar 2022) nicht medikamentöse Maßnahmen abrufbar. Jede dieser Maßnahmen hat eine durch randomisiert kontrollierte Studien belegte positive Auswirkung auf das jeweilige Krankheitsbild (vgl. Glasziou 2013: 35; A truly „Handi“ resource for non-drug interventions o. J.; RACGP - What is the HANDI project? o. J.; A very HANDI resource: putting evidence into practice o. J.).

4.3 Verwendung von EVIzepten

Eine der wichtigsten Fragen, die sich vor dieser Arbeit stellte, ist, ob die verschriebenen EVIzepte von Patientinnen und Patienten angewendet werden. Der Sinn hinter der Verschreibung von EVIzepten wäre verfehlt, wenn sie zwar von den Ärztinnen und den Ärzten verschrieben werden, jedoch von den Patientinnen und den Patienten nicht angewandt werden.

Von ärztlicher Seite her gab es nur wenig Skepsis, ob Patientinnen und Patienten die verschriebenen EVIzepte auch verwenden würden. Dies hänge jedoch immer stark von der individuellen Einstellung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten ab.

Der Großteil der befragten Patientinnen und Patienten gab an, dass sie EVIzepte verwenden würden. Hier kann man eine deutliche Tendenz erkennen, dass Patientinnen und Patienten immer häufiger eine Alternative zur medikamentösen Therapie suchen.

Ein kleiner Anteil von ihnen meinte, dass es für sie vom jeweiligen Krankheitsbild abhängen würde, ob sie EVIzepte verwenden würden oder nicht. Sowohl als Ergänzung zur medikamentösen Therapie bei akuten Beschwerden, als auch bei chronischen Krankheitsbildern könnten sie sich vorstellen EVIzepte zu verwenden.

Lediglich ein geringer Teil der befragten Patientinnen und Patienten lehnt nicht medikamentöse Maßnahmen von vornherein ab. Sie glauben, dass alle nicht medikamentösen Maßnahmen keinen oder zu wenig Erfolg beziehungsweise Beschwerdelinderung erzielen und man letztendlich doch wieder auf eine medikamentöse Therapie umsteigen muss.

Hier muss jedoch erwähnt werden, dass im Rahmen dieser Arbeit nur Interviews geführt wurden. Die Befragten gaben lediglich an, ob es für sie vorstellbar wäre, EVIzepte zuhause anzuwenden. Das bedeutet, dass keine Überprüfung erfolgte, ob die befragten Patientinnen und Patienten EVIzepte wirklich anwenden. Dies müsste im Rahmen einer längerfristigen Studie überprüft werden und übersteigt den Rahmen dieser Arbeit.

Jedoch lässt sich mit Sicherheit sagen, dass die Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen, unter der zu Hilfenahme von EVIzepten, viele Vorteile mit sich bringt. Dies konnte sowohl in den geführten Interviews mit Ärztinnen und Ärzten als auch in den geführten Interviews mit Patientinnen und Patienten deutlich erkannt werden.

Ein großer Vorteil, der sich durch die schriftliche Verschreibung von nicht medikamentösen Maßnahmen ergibt, ist, dass Patientinnen und Patienten die empfohlenen Maßnahmen zu Hause noch einmal in Ruhe durchlesen können.

Bei einer Untersuchung des EMNID Institutes zum Thema Compliance gaben 32 Prozent der Befragten Vergesslichkeit als Hauptursache unzureichender Therapietreue an (vgl. Düsing 2006).

Mit Hilfe von EVIzepte kann das Vergessen von verschriebenen Maßnahmen minimiert werden, da Patientinnen und Patienten die empfohlenen Maßnahmen zuhause so oft sie wollen durchlesen können.

Das Prinzip des zuhause Nachlesens wurde bereits beim Infozepte Programm in österreichischen und deutschen Allgemeinpraxen angewandt (vgl. Kapitel 1.2). Ein großer Unterschied im Vergleich zu EVIzepten ist, dass die auf Infozepten beschriebenen Maßnahmen nicht zwingend evidenzbasiert sein müssen. Durch die individuelle Gestaltung können den Patientinnen und den Patienten zwar individuell gestaltete Infozepte ausgehändigt werden, jedoch bleibt die Frage nach der evidenzbasierten Wirksamkeit der manchen empfohlenen Maßnahmen zum Teil offen.

Zudem gibt es in den Praxen sehr häufig Patientinnen und Patienten mit nichtdeutscher Muttersprache, für die es sich oftmals sehr schwer gestaltet im Arzt-Patienten-Gespräch alles richtig zu verstehen.

Laut Statistik Austria lebten am 1. Jänner 2018 rund 1,8 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund und nicht deutscher Muttersprache in Österreich. Die Tendenz ist steigend. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung macht dies einen Anteil von rund 21 Prozent aus (vgl. „migration & integration“ 2018 2018).

Für diese Patientinnen und Patienten wäre es denkbar zukünftig EVIzepte nicht nur in Deutsch, sondern auch in anderen Sprachen (Rumänisch, Kroatisch, Englisch, etc.) anzubieten. So könnte man ihnen eine Möglichkeit bieten, die Maßnahmen in ihrer jeweiligen Muttersprache durchzulesen und besser zu verstehen.

Denn nur wenn die Maßnahmen richtig verstanden werden, können sie auch richtig durchgeführt werden. Die richtige Durchführung ist essenziell, um den maximalen positiven Effekt der Maßnahmen zu garantieren. Durch die falsche Durchführung der Übungen kommt es nicht nur zu einem geringeren positiven Effekt, sondern dadurch

können auch Verletzungen beziehungsweise Schmerzen hervorgerufen werden (vgl. Ehresmann 2018).

Zur Verbesserung der richtigen Durchführung der Übungen, die auf den EVIzepten beschrieben sind, wäre es denkbar, zukünftig Broschüren, auf denen die Übungen beschrieben werden, anzubieten. Diese Broschüren könnten den Patientinnen und den Patienten dann zum jeweiligen EVIzept mitgegeben werden.

Vorstellbar wäre es auch, eine App oder eine Onlineplattform anzubieten, auf denen man die verschriebenen EVIzepte abrufen kann. Vor allem in der heutigen Zeit, in der fast alles über Smartphones läuft, wäre dies ein guter Ansatz, auch jüngere Patientinnen und Patienten anzusprechen. Zudem könnte man zu den empfohlenen Übungen Links zu Videos hinzufügen, in denen die Übungen richtig vorgezeigt werden.

Auch beim HANDI Programm in Australien steht eine Onlineplattform zur Verfügung. Auf dieser kann man genauere Informationen hinsichtlich Indikationen, Vorsichtsmaßnahmen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen, sowie Erklärungen und Tipps zur jeweiligen Maßnahme finden. Zusätzlich enthält ein HANDI-Eintrag auch Ressourcen und Videos, die die angemessene Anwendung nicht medikamentöser Interventionen darstellen (vgl. RACGP - What is the HANDI project? o. J.).

Um den Zugang zu nicht medikamentösen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten noch niederschwelliger zu gestalten, wäre es zukünftig denkbar, einen Geldwert im Hintergrund anzubieten. So könnten Patientinnen und Patienten mit dem verschriebenen EVIzept beispielsweise Fitnesskurse, Fitnessstudios, Onlinekurse oder auch Kochkurse besuchen. Die Kosten dafür könnten, wie bei Medikamenten, anteilhaft beziehungsweise komplett von den Krankenkassen übernommen werden. So könnten es sich auch Patientinnen und Patienten mit einem geringeren Einkommen leisten, diese Kurse zu besuchen und davon zu profitieren.

Auch in Neuseeland wurde erkannt, dass man mit nicht medikamentösen Maßnahmen einen großen Benefit für Patientinnen und Patienten erzielen kann. So gibt es ein seit bereits 2004 laufendes, kostenloses Programm, die sogenannte „Green Prescription“, das als Unterstützung und zusätzliche Motivation für Patientinnen und Patienten dienen soll, um deren körperliche Aktivität zu steigern oder deren Ernährungsweise zu verbessern (vgl. Kapitel 1.3).

Durch die Verordnung dieser Green Prescriptions sind 61 Prozent der Patientinnen und der Patienten aktiver als zuvor und 71 Prozent haben eine positive Veränderung ihrer Gesundheit bemerkt (vgl. Green Prescription Patient Survey 2018 Report 2019).

Auch eine retrospektive Studie aus dem Jahr 2015 konnte nachweisen, dass Patientinnen und Patienten, die eine Green Prescription bekommen und auch abgeschlossen haben, langfristig profitieren (vgl. Hamlin et al. 2016: 102-108).

In Österreich wird sich die Kostenbeteiligung beziehungsweise Kostenübernahme durch die Krankenkassen mit Sicherheit schwierig gestalten und noch längere Zeit in Anspruch nehmen. Jedoch sollte man bedenken, dass es durch richtig angewandte nicht medikamentöse Maßnahmen zu einer Reduktion von Medikamenten und damit verbunden zu einer Reduktion der Kosten an Medikamenten kommen wird.

Zudem kommt es durch die Einsparung an Medikamenten zu einer Reduktion an Medikamentennebenwirkungen, sowie zu einer Reduktion an Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten. Auch die Nachfrage von Patientinnen und Patienten nach Alternativen zum Schlucken von Tabletten wird immer größer. Durch EVIzepte kann man diesen Patientinnen und Patienten eine Möglichkeit bieten, weniger oder sogar keine Medikamente einnehmen zu müssen.

Diese Reduktion an Medikamenten konnte auch im Rahmen des RESIST Projektes gezeigt werden. Ziel dieses Projektes war es den Antibiotikaeinsatz bei Atemwegserkrankungen in der ambulanten Versorgung zu optimieren. Somit sollen nicht nur Medikamentennebenwirkungen und Medikamentenwechselwirkungen vermieden werden, sondern auch einer zunehmenden Antibiotikaresistenz entgegengewirkt werden. Hierbei konnte beispielsweise im Saarland/Deutschland eine Reduktion der Antibiotikaverordnungen um 4,5 Prozent erreicht werden (vgl. Kapitel 1.2).

Natürlich sollte man nicht komplett auf die Verschreibung von Medikamenten verzichten. Nicht medikamentöse Maßnahmen brauchen meist einen längeren Zeitraum, um ihre volle Wirksamkeit zu entfalten. Daher eignen sie sich vor allem bei chronischen Krankheitsbildern, wie beispielsweise Diabetes Mellitus oder Depressionen. Bei akuten Krankheitsbildern sollte trotzdem eine medikamentöse Akuttherapie erwogen werden, da hier meist der Wunsch einer schnellen Beschwerdebesserung besteht. Jedoch kann die Akuttherapie gut mit nicht medikamentösen Maßnahmen ergänzt werden.

4.4 Factsheets

Zu jedem EVIzept gibt es zusätzlich für Ärztinnen und Ärzte ein Factsheet. Auf diesem stehen die am EVIzept empfohlenen nicht medikamentösen Maßnahmen ausführlicher beschrieben. Factsheets bieten ausführlichere Hintergrundinformationen, um Ärztinnen und Ärzte auf den neuesten Wissensstand zu bringen. Dadurch sollen Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und ihre Patienten bestmöglich über die verschriebenen Maßnahmen informieren können.

Die befragten Ärztinnen und Ärzte waren alle der Meinung, dass sie einen Nutzen aus den Factsheets ziehen können. Viele der Ärztinnen und der Ärzte sind schon viele Jahre im niedergelassenen Bereich tätig und empfinden es als sehr hilfreich, ihren Wissenstand auf den neuesten Stand zu bringen.

4.5 Schlussfolgerung

Durch die Anwendung von EVIzepten zur Verschreibung von nicht medikamentösen Maßnahmen resultieren viele Vorteile, sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Patientinnen und Patienten. Anhand der geführten Interviews kann man sehr gut erkennen, dass EVIzepte das Verschreiben und die Durchführung nicht medikamentöser Maßnahmen vereinfachen und optimieren können. Daher kann sich auch der Großteil der befragten Ärztinnen und Ärzte vorstellen, zur Verschreibung nicht medikamentöser Maßnahmen EVIzepte zu verwenden.

Zudem kann man deutlich erkennen, dass sowohl von ärztlicher Seite als auch von Patientinnen und Patienten der Wunsch besteht, mehr EVIzepte anzubieten. Daher wäre es sinnvoll diesem Wunsch nachzugehen und EVIzepte zu weiteren Krankheitsbildern zu entwickeln und somit das Repertoire an Rezepten für nicht medikamentöse Maßnahmen für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu erweitern.

Schlussendlich bleibt aber die Frage bestehen, ob Patientinnen und Patienten EVIzepte zu Hause wirklich anwenden würden. Die Beantwortung dieser Frage übersteigt jedoch den Rahmen dieser Arbeit. Im Rahmen der geführten Interviews gab zwar die Mehrheit der befragten Patientinnen und Patienten an, dass sie die verschriebenen EVIzepte anwenden würden, jedoch fand im Rahmen dieser Arbeit keine Kontrolle statt, ob EVIzepte wirklich angewendet werden. Um diese Frage evident beantworten zu können, wäre eine

längerfristige Studie mit einer größeren Anzahl an Probandinnen und Probanden nötig. Allerdings kann man anhand von Programmen in anderen Ländern, wie der Green Prescription in Neuseeland oder dem HANDI in Australien, erkennen, dass der Anklang in der Bevölkerung sehr groß ist und dass die Patientinnen und die Patienten Rezepte für nicht medikamentöse Maßnahmen als Alternative oder Ergänzung zur medikamentösen Therapie sehr gut und gerne annehmen. Daher ist es sehr wahrscheinlich, dass auch Patientinnen und Patienten in Österreich die Möglichkeit nicht medikamentöse Maßnahmen, verschrieben mittels EVIzept, anwenden werden und davon profitieren können.

Literaturverzeichnis

„migration & integration“ 2018 (2018): ÖIF Mediathek, [online] <https://www.integrationsfonds.at/mediathek/mediathek-publikationen/publikation/migration-integration-2018-125/> [abgerufen am 30.11.2021].

A truly „Handi“ resource for non-drug interventions (o. J.): in: *Royal College of General Practitioners*, [online] <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/about/clinical-news/2018/april/a-truly-handi-resource-for-non-drug-interventions.aspx> [abgerufen am 17.01.2020].

A very HANDI resource: putting evidence into practice (o. J.): in: *Cochrane Australia*, [online] <https://australia.cochrane.org/news/very-handi-resource-putting-evidence-practice> [abgerufen am 17.01.2020].

Belardinelli, Romualdo / Demetrios Georgiou / Giovanni Cianci / Augusto Purcaro (2012): 10-Year Exercise Training in Chronic Heart Failure, in: *Journal of the American College of Cardiology*, Jg. 60, Nr. 16, S. 1521–1528, doi: 10.1016/j.jacc.2012.06.036.

BNF Publications (o. J.): Books, in: *BNF Publications*, [online] <https://www.bnf.org/products/books/> [abgerufen am 23.01.2020].

BNF Publications (2021): About, BNF Publications, [online] <https://www.bnf.org/about/> [abgerufen am 09.12.2021].

Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung / Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften et al. (2017): Nationale Versorgungsleitlinie: Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage, [online] <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf> [15.01.2020].

Das „Infozept“ - ein gutes Mittel zur Patientenbindung (2000): in: *Abrechnung aktuell*, 9.2000, S. 9, [online] <https://www.iww.de/aaa/archiv/praxismarketing-das-infozept--ein-gutes-mittel-zur-patientenbindung-f37939>.

Dimitrova, Diana (2009): Das Konzept der Metakompetenz: Theoretische und empirische Untersuchung am Beispiel der Automobilindustrie, doi: 10.1007/978-3-8349-9977-1_4

Düsing, Rainer (2006): Therapietreue bei medikamentöser Behandlung, in: *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Bd. 131, Nr. 46 spezial, S. H28–H30, [online] doi:10.1055/s-2006-955059.

Ehresmann, J. (2018): Falsches Training: Wenn Sport der Gesundheit schadet, apomio Gesundheitsblog, [online] <https://www.apomio.at/blog/artikel/falsches-training-wenn-sport-der-gesundheit-schadet> [abgerufen am 30.11.2021].

Endres. (2020, 19. Mai). *Experteninterview | Der Leitfaden für die Bachelorarbeit*. BachelorPrint, [online] <https://www.bachelorprint.at/forschung/experteninterview/> [abgerufen am 30.11.2021].

Garrett, Sue / C Raina Elley / Sally B Rose / Des O’Dea / Beverley A Lawton / Anthony C Dowell (2011): Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence, in: *British Journal of General Practice*, Jg. 61, Nr. 584, S. 125–133, doi: 10.3399/bjgp11x561249.

Gekle, Michael / Erhard Wischmeyer / Stefan Gründer / Marlen Petersen / Albrecht Schwab / Fritz Markwardt / Nikolaj Klöcker / Rosemarie Baumann / Hugo Marti (2010): *Taschenlehrbuch Physiologie*, Stuttgart, Deutschland: Georg Thieme Verlag.

Gesenhues, Stefan / Birgitta Weltermann / Anne Gesenhues (2017): *Praxisleitfaden Allgemeinmedizin*, 8. Aufl., Amsterdam, Niederlande: Elsevier.

Glasziou, Paul (2013): Making non-drug interventions easier to find and use, in: *Australian Family Physician*, 1.2013, S. 35, [online] <https://www.racgp.org.au/afp/2013/januaryfebruary/non-drug-interventions/>.

Green Prescription Patient Survey 2018 Report (2019): in: *Ministry of Health NZ*, [online] <https://www.health.govt.nz/publication/green-prescription-patient-survey-2018-report> [abgerufen am 20.01.2020].

Green Prescriptions (o. J.): in: *Ministry of Health NZ*, [online] <https://www.health.govt.nz/your-health/healthy-living/food-activity-and-sleep/green-prescriptions> [abgerufen am 19.01.2020].

Habich, Irene (2014): Therapieverweigerung: „Sie halten Medikamente für Gift“, in: *DER SPIEGEL*, Hamburg, Germany, 8.9.2014, [online] <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/medikamente-patienten-nehmen-ihre-medizin-oft-nicht-ein-a-989424.html> [abgerufen am 15.01.2020].

Halbmayer & Salat. (2011, 31. Januar). *Qualitative Methoden der Kultur- und Sozialanthropologie*. Universität Wien. <https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/qualitative/qualitative-119.html>

Hamlin, M.J. / E. Yule / C.A. Elliot / L. Stoner / Y. Kathiravel (2016): Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative, in: *Public Health*, Jg. 140, S. 102–108, doi: 10.1016/j.puhe.2016.07.014.

Health Practitioners Competence Assurance Act (o. J.): in: *Ministry of Health NZ*, [online] <https://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/health-practitioners-competence-assurance-act> [abgerufen am 26.01.2020].

How the Green Prescription works (o. J.): in: *Ministry of Health NZ*, [online] <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions/how-green-prescription-works> [abgerufen am 20.01.2020].

Knorr, Christine (2019): Expertenbefragung, in: *Projektmagazin*, [online] <https://www.projektmagazin.de/methoden/expertenbefragung> [abgerufen am 31.03.2020]

Köbberling, Johannes (2010): Unwirksame Therapien sind schädlich, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 19.3.2010, [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/69741/Unwirksame-Therapien-sind-schaedlich> [abgerufen am 16.01.2020].

Kraft-Kinz, Iris (2017): Kann ich die Compliance mit sogenannten Infozepten erhöhen?, in: *medonline*, [online] <https://medonline.at/wirtschaft/aerztemagazin/n/2017/217716/kann-ich-die-compliance-mit-sogenannten-infozepten-erhoehen/> [abgerufen am 18.01.2020].

Legrum, Angela (2019): Gemeinsames Projekt RESIST zeigt Wirkung im Kampf gegen Antibiotika Resistenzen, in: *Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)*, [online] https://www.vdek.com/LVen/SAA/Presse/Pressemitteilungen/2019/RESIST_Saarland.html [abgerufen am 22.01.2020].

Pfeiffer, Franziska (o. J.): 5 Tipps für das Transkribieren in deiner Abschlussarbeit, Scribbr, [online] <https://www.scribbr.de/methodik/interview-transkribieren/> [abgerufen am 28.09.2020].

Professionelle Patientenkommunikation: Mit Brief und Siegel (2010): in: *Info Praxisteam*, 13.9.2010, S. 6, [online] http://www.info-praxisteam.de/2010/04/6_Patientenkommunikation.php.

RACGP - What is the HANDI project? (o. J.): in: *Royal Australian College of General Practitioners*, [online] <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/handi/about-handi/about-handi> [abgerufen am 17.01.2020].

Rebscher, Herbert (o. J.): Ambulante Gesundheitsversorgung, in: *Versicherungsmagazin*, [online] <https://www.versicherungsmagazin.de/lexikon/ambulante-gesundheitsversorgung-1944487.html> [abgerufen am 26.01.2020].

RESIST - Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz (2019): in: *Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)*, [online] <https://www.vdek.com/vertragspartner/innovationsfonds/Resist.html> [abgerufen am 22.01.2020].

Statista. (2021). *Größte Städte in Österreich 2021*, [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/217757/umfrage/groesste-staedte-in-oesterreich/> [abgerufen am 15.02.2021].

Systematische Übersichtsarbeiten von Cochrane. (o. J.). Cochrane Deutschland, [online] <https://www.cochrane.de/de/systematische-uebersichtsarbeiten> [abgerufen am 9.12.2021].

What is Green Prescription? (o. J.): in: *Sport Taranaki*, [online] <https://www.sporttaranaki.org.nz/health/green-prescription/green-prescription-for-health-professionals/green-prescription-2/> [abgerufen am 19.01.2020].

Anhang

Interviewleitfaden Ärztinnen und Ärzte

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklären an einem Interview mit mir teilzunehmen. Wir arbeiten zurzeit an einem Projekt, dessen Ziel es ist eine Möglichkeit zu entwerfen, nicht medikamentöse Therapien in der Hausarztpraxis besser/effektiver zu verschreiben. Ziel des Ganzen ist es diese Behandlungen wie ein Medikament mit einem Rezept zu verschreiben. Zusätzlich zu diesem Rezept, welches Sie zur Verschreibung nutzen können, stellen wir auch ein Factsheet zur Verfügung. In diesem sind umfassende Informationen zur Therapie beschrieben. Nun möchten wir wissen, was Hausärztinnen und Hausärzte von dieser Möglichkeit denken und ob diese Möglichkeit in der Praxis Verwendung finden kann. Um später das Interview auswerten zu können und damit ich nichts vergesse, werde ich das Gespräch aufzeichnen. Aufgrund des Datenschutzgesetzes darf ich das ohne Ihre Zustimmung nicht tun, deshalb brauche ich von Ihnen zuerst eine Unterschrift auf dieser Einverständniserklärung.

Geben der Einverständniserklärung!

Lesen Sie sich diese in Ruhe durch. Falls Sie Fragen dazu haben können Sie diese gerne stellen. Wenn Sie einverstanden sind bitte unterschreiben Sie die Einverständniserklärung und dann können wir mit dem Interview beginnen. Ich werde nun das Aufzeichnungsgerät einschalten (**EINSCHALTEN!**). Zu Beginn werde ich nun Datum und Uhrzeit auf die Aufnahme sprechen und dann geht es auch schon los.

Fragen:

1. Was halten Sie von Behandlungsmaßnahmen abseits der Verschreibung von Medikamenten? Darunter verstehe ich zum Beispiel Bewegung, Bewegungstherapie, Akkupunktur oder auch Wärmetherapie.
2. Denken Sie, dass Patientinnen und Patienten nicht medikamentöse Maßnahmen eher durchführen, wenn es diese Maßnahmen auf Rezept geben würde?
3. Würden Sie nicht medikamentöse Therapie eher verschreiben, wenn es dafür Rezepte geben würde?
4. Wie denken Sie werden Evizepte von Patienten angenommen?
5. Was halten Sie vom Inhalt des Factsheets?
6. Haben Sie das Gefühl, dass Sie einen Nutzen von diesem Factsheet ziehen könnten?
7. Gibt es Informationen, die Ihrer Meinung nach am Factsheet fehlen bzw. ergänzt werden sollten?
8. Würden Sie sich mehr evidenzbasierte Informationen und Evizepte wünschen und wenn ja für welche Krankheitsbilder?

Das waren auch schon alle Fragen, die ich Ihnen stellen wollte. Noch einmal danke vielmals, dass Sie sich die Zeit genommen haben mit mir dieses Interview durchzuführen.

Interviewleitfaden Patientinnen und Patienten

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklären an einem Interview mit mir teilzunehmen. Wir arbeiten zurzeit an einem Projekt, dessen Ziel es ist eine Möglichkeit zu entwerfen, nicht medikamentöse Therapien in der Hausarztpraxis besser/effektiver zu verschreiben. Ziel des Ganzen ist es diese Behandlungen wie ein Medikament mit einem Rezept zu verschreiben. Wir haben so ein Rezept entworfen. Nun möchten wir natürlich wissen, was Patientinnen und Patienten von dieser Möglichkeit halten und ob Patientinnen und Patienten diese Möglichkeit nutzen würden. Um später das Interview auswerten zu können und damit ich nichts vergesse werde ich das Gespräch aufzeichnen. Aufgrund des Datenschutzgesetzes darf ich das ohne Ihre Zustimmung nicht tun, deshalb brauche ich von Ihnen zuerst eine Unterschrift auf dieser Einverständniserklärung.

Geben der Einverständniserklärung!

Lesen Sie sich diese in Ruhe durch. Falls Sie Fragen dazu haben können Sie diese gerne stellen. Wenn Sie einverstanden sind bitte unterschreiben Sie die Einverständniserklärung und dann können wir mit dem Interview beginnen. Ich werde nun das Aufzeichnungsgerät einschalten **(EINSCHALTEN!)**. Zu Beginn werde ich nun Datum und Uhrzeit auf die Aufnahme sprechen und dann geht es auch schon los.

Fragen:

- 1) Was halten Sie von Behandlungsmaßnahmen abseits der Verschreibung von Medikamenten? Darunter verstehe ich zum Beispiel Bewegung, Bewegungstherapie, Akkupunktur oder auch Wärmetherapie.
- 2) Würden Sie nicht medikamentöse Maßnahmen eher durchführen, wenn es diese Maßnahmen auf Rezept geben würde?
- 3) Glauben Sie, dass Sie ein Evizept verwenden würden?
 - a. Wenn nein: Was könnte Sie dazu bringen, ein Evizept zu verwenden?
- 4) Glauben Sie, dass Sie die am Evizept beschriebenen Maßnahmen durchführen können?
- 5) Ist es für Sie hilfreich so genaue Vorgaben, wie sie am Evizept beschrieben sind, zu bekommen?
- 6) Würden Sie sich mehr Informationen zu nicht medikamentösen Maßnahmen wünschen?
- 7) Fallen Ihnen andere Krankheitsbilder ein, zu denen Sie sich nicht medikamentöse Maßnahmen wünschen würden?

Das waren auch schon alle Fragen, die ich Ihnen stellen wollte. Noch einmal danke vielmals, dass Sie sich die Zeit genommen haben mit mir dieses Interview durchzuführen.



Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Interviewerin/Interviewer: _____

Interviewdatum: _____

1. Forschungsprojekt:

Im **EVlzept-Pilotprojekt** soll im Rahmen zweier Diplomarbeiten ermittelt werden, wie nicht medikamentöse Therapien in hausärztlichen Praxen effektiver verschrieben werden können. Dazu wurden **Rezepte**, von uns EVlzepte genannt, entworfen, die eine Verschreibung einer solchen Therapie so einfach machen sollen wie das Verschreiben eines handelsüblichen Medikaments. Zur Ermittlung ob die Entwürfe verständlich als auch **in der Praxis anwendbar und vor allem hilfreich sind**, werden Interviews mit sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten durchgeführt.

2. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an den Interviews?

Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wichtigen wissenschaftlichen Beitrag. Mit Ihren Angaben und Gedanken helfen Sie, unser Pilotprojekt weiter zu verbessern und näher an eine tatsächlich österreichweite Umsetzung zu gelangen.

3. Durchführung der Interviews:

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, es sein denn, Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen.

EVlzept-Pilotprojekt:
Einwilligungserklärung
Version 1.3. vom 18.02.2020

Seite 1 von 4

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

4. Datenschutz:

Bei den Daten, die über Sie im Rahmen dieser Studie erhoben und verarbeitet werden, ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen

- 1) personenbezogenen Daten, anhand derer Sie direkt identifizierbar sind (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse)
- 2) (verschlüsselten) personenbezogenen Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen, durch einen Code (z. B. eine Zahl) ersetzt bzw. unkenntlich gemacht werden. Dies bewirkt, dass die Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen und ohne unverhältnismäßig großen Aufwand nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können und
- 3) Daten, bei denen eine Rückführung auf Ihre Person nicht mehr möglich ist.

Der Code zur Verschlüsselung wird von den verschlüsselten Datensätzen streng getrennt und nur an Ihrem Prüfzentrum aufbewahrt.

Zugang zu Ihren nicht verschlüsselten Daten haben die Projektleitung und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Institutes für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, die an der Studie mitwirken. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Zusätzlich können autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des Sponsors der medizinischen Universität Graz sowie Beauftragte von in- und/oder ausländischen Gesundheitsbehörden und jeweils zuständige Ethikkommissionen in die nicht verschlüsselten Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der klinischen Studie notwendig bzw. vorgeschrieben ist.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur in verschlüsselter oder anonymisierter Form. Auch für etwaige Publikationen werden nur die verschlüsselten oder anonymisierten Daten verwendet.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren verschlüsselten und nicht verschlüsselten Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung.

Im Rahmen dieses Projektes ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU

vorgesehen.

Sie können Ihre Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen dieser Studie verwendet werden.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben haben Sie außerdem, sofern dies nicht die Durchführung der Studie voraussichtlich unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, das Recht auf Einsicht in die Ihre Person betreffenden Daten und die Möglichkeit der Berichtigung, falls Sie Fehler feststellen.

Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at).

Die voraussichtliche Dauer der Studie maximal drei Stunden. Die Dauer der Speicherung Ihrer Daten über das Ende der Studie hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt.

Falls Sie Fragen zum Umgang mit Ihren Daten in dieser Studie haben, wenden Sie sich zunächst an den Studienverantwortlichen. Dieser kann Ihr Anliegen ggf. an die Personen, die für den Datenschutz verantwortlich sind, weiterleiten.

Datenschutzbeauftragte/r des Prüfzentrums: datenschutz@medunigraz.at sowie datenschutz@kages.at

5. Möglichkeit für weitere Fragen:

Bei Fragen können Sie sich gerne an das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung wenden.

Kontaktperson:

- Jascha Amenitsch (jascha.amenitsch@stud.medunigraz.at)
- Michael Kohlhofer (michael.kohlhofer@stud.medunigraz.at)
- Dr. Reingard Glehr (reingard.glehr@medunigraz.at)
- Dr. Nicole Posch (nicole.posch@medunigraz.at)

6. Einwilligungserklärung

Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers (in Druckbuchstaben):

Ich bin von den Studienverantwortlichen ausführlich und verständlich über den Zweck, Ablauf, Datenschutz sowie Freiwilligkeit zur Teilnahme an der Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus die Informationen zur Studie und Einwilligungserklärung, die insgesamt vier Seiten umfasst gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, um mich für die Teilnahme am Interview zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für mich entstehen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten wie im Abschnitt „Datenschutz“ dieses Dokuments beschrieben verwendet werden.

Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, im Rahmen des EVIzept-Pilotprojekt an einem Interview teilzunehmen und stimme zu, dass meine Angaben im Interview zu Analyse Zwecken verwendet werden dürfen.

(Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers)

(Datum und Unterschrift der aufklärenden Person)

(Der/Die StudienteilnehmerIn erhält eine unterschriebene Kopie der Informationen zur Studie und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner des Studienverantwortlichen.)

EVIZepte für körperliches Training bei Depression

EVIZepte

Körperliches Training bei Depression

für: Name des Patienten



Datum: 25.11.2019

Führen Sie das **Training in einer angeleiteten Gruppe durch**. Das Gruppentraining ist einem Einzeltraining vorzuziehen, da der soziale Kontakt und die zusätzliche Motivation und Zielsetzung von außen für Sie förderlich sind.

Den größten Effekt bewirken Sie mit einer **Kombination aus Aerobic- und Krafttraining**.

- Zum **Aerobic Training verwenden** Sie am besten Laufband, Stepper, Crosstrainer oder Heimtrainer. Das Training soll bei Ihnen zu einer moderaten Anstrengung führen, die Sie erreichen, wenn Sie außer Atem geraten, sich aber trotzdem weiter unterhalten können, z.B.: beim flotten Spazierengehen, Joggen oder Radfahren.
- Ein typisches **Krafttraining** besteht aus Übungen für den Oberkörper (z.B. Bankdrücken, Rudern, Latziehen), Übungen für die Beinmuskulatur (Beinpresse, Beinstreckung), Crunches und Übungen für die Rückenstrecker. Diese Übungen führen Sie in 2-3 Durchgängen aus. In jedem Durchgang wird jede Übung **zehnmal** wiederholt. Intensives Krafttraining (80% Ihrer Maximalbelastung) ist effektiver als leichtes Krafttraining (20% Ihrer Maximalbelastung).

→ **Trainingsdauer:** Zumindest neun Wochen, drei Tage pro Woche für 30 – 40 Minuten. Je mehr Trainingseinheiten Sie durchführen, desto größer ist Ihr Erfolg.

verordnet von:

Name des Arztes/Stempel

EVzept für körperliches Training bei Diabetes

EVzept

Körperliches Training bei Diabetes

für: Name des Patienten



Datum: 25.11.2019

Ihre **Trainingseinheiten** sollten entweder aus **Aerobic- und Krafttraining** oder **nur** aus **Aerobictraining** bestehen, und wenn möglich unter professioneller Aufsicht erfolgen.

- **Aerobictraining:**

- Benutzen Sie dazu ein Laufband, einen Stepper, einen Crosstrainer, ein Armergometer oder einen Heimtrainer.
- Führen Sie Ihr Training mit moderater Intensität durch (wahrnehmbare Verstärkung der Atmung, jedoch erhaltene Fähigkeit in ganzen Sätzen zu sprechen).
- Achten Sie beim Training darauf, dass Sie bequemes Schuhwerk tragen.

- Typisches **Krafttraining:**

- Vier Übungen mit je zwei Durchgängen zum Oberkörpertraining (z.B.: Bankdrücken, Rudern, Schulterdrücken, Latziehen).
- Drei Übungen mit je drei Durchgängen zum Beintraining (z.B.: Beinpresse, Beinstrecker).
- Je zwei Durchgängen mit Crunches und Rückenstreckertraining.
- Ein Durchgang besteht dabei aus 10 – 12 Wiederholungen.
- Sobald Sie 12 Wiederholungen, in jedem Durchgang, zu jeder Übung, an zwei aufeinanderfolgenden Trainingseinheiten absolviert haben, wird das Trainingsgewicht erhöht.

→ **Trainingsdauer:** 150 Minuten pro Woche, die Sie in zumindest drei Einheiten aufteilen oder tägliches Training von 20 Minuten.

verordnet von:

Name des Arztes/Stempel

EVzept für Schlafhygiene

EVzept Schlafhygiene

für: Name des Patienten

Datum: 25.11.2019



- Stehen Sie **jeden Tag zur selben Zeit auf**, unabhängig von Menge oder Qualität Ihres Schlafes.
- Wenn Ihnen ein **Einschlafen nicht gleich** oder nach nächtlichem Erwachen nicht innerhalb von 15 – 20 Minuten gelingt, sollten Sie das **Bett verlassen** und am besten eine **entspannende Aktivität** beginnen (z.B. lesen Sie ein Buch, hören Sie Musik). Diese Aktivität sollten Sie außerhalb des Schlafzimmers durchführen. Kehren Sie erst bei **Müdigkeit wieder ins Bett** zurück!
Wiederholen Sie diese Maßnahmen bei erneuten Einschlafproblemen. Prüfen Sie beim Aufwachen möglichst nicht die Uhrzeit.
- Gehen Sie nur aufgrund von **Müdigkeit ins Bett**, halten Sie keine Nickerchen tagsüber.
- **Minimieren** Sie ihren **Kaffeekonsum**, **vermeiden Sie Alkohol** und **Zigaretten** am Abend, limitieren Sie alle anderen schlafbeeinflussenden Substanzen.
- Machen Sie **regelmäßig Bewegung**, vermeiden Sie ein Training spätabends.
- Wählen Sie eine **richtige Schlafzimmertemperatur**, achten Sie auf **wenig Lärm** und **Licht** im Schlafzimmer.
- **Vermeiden** sie die Benutzung von **Handy- oder Computerbildschirmen** vor dem Schlafen.
- **Verändern Sie Ihre Schlafgegebenheiten**, wenn der Schlaf des Partners gestört wird.
- Begrenzen Sie die Zeit, die Sie im Schlafzimmer und Bett verbringen - das **Schlafzimmer** sollten Sie **nur zum Schlafen** benutzen.
 - **Limitieren** Sie die **Zeit im Bett** auf die berechnete **durchschnittliche Schlafdauer** (Minimum sind 5-6 Stunden) plus zusätzliche 30 Minuten – liegen Sie nicht schlaflos im Bett.

- Wenden Sie diese Zeitvorgaben für **zwei Wochen** an und beobachten Sie gleichzeitig Ihre Schlafqualität mittels eines **Schlafstagebuchs** - adaptieren Sie die Bett-Zeiteinschränkung eventuell aufgrund der Ergebnisse.
- Bei **Verbesserung** des Schlafes und des Gesamtbefindens nach zwei Wochen führen Sie die Therapie gleich fort.
- Kommt es zu **Symptomen des Schlafentzugs** (Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen...) ergänzen Sie wöchentlich 30 Minuten an erlaubter Zeit im Bett, bis die Symptome des Schlafentzugs verschwinden.
- Kommt es zu **keiner Verbesserung des Schlafes** kürzen Sie die erlaubte Dauer im Bett um 30 Minuten, die Gesamtzeit darf aber nicht unter fünf Stunden fallen.

verordnet von:

Name des Arztes/Stempel

Factsheet für körperliches Training bei Depression



Factsheet: Körperliches Training bei Depression

Das Factsheet soll Sie als Ärztin/Arzt beim Einsatz des dazugehörigen EVIzeptes unterstützen. Es liefert über das EVIzept hinausgehende Informationen zu Indikation, Kontraindikation, Nebenwirkungen, Tipps und die dazugehörigen Quellenangaben.

Einführung:

Regelmäßiges Training verbessert sowohl Stimmung, als auch die Aktivität von Personen mit leichtgradiger bis mittelgradiger Depression (1).

Intervention:

Gruppentraining unter professioneller Aufsicht, **dreimal pro Woche** für jeweils **30 – 40 Minuten**, für mindestens neun Wochen. Je mehr Trainingseinheiten durchgeführt werden, desto größer ist der Erfolg.

Es wurde festgestellt, dass überwachte Trainingseinheiten in einer Gruppe eine bessere Wirkung aufweisen, als Einzeltrainings. Eine Mischung aus Aerobic Training und Krafttraining hat dabei eine größere Wirkung, als ein Aerobic Training alleine. Das Training kann dabei sowohl als alleinige Therapie einer Patientin/eines Patienten genutzt werden, oder aber auch als supportative Maßnahme zusätzlich zur medikamentösen Therapie. Zur Verbesserung der Motivation und Adhärenz der Patientinnen und Patienten siehe die Informationen im Punkt Tipps und Herausforderungen.

Indikationen:

Männer und Frauen mit **diagnostizierter leicht- bis mittelgradiger Depression**.

Alleinige Bewegungstherapie hat einen moderaten Effekt auf die Reduktion der Symptome von Depression. Basierend auf einer kleinen Anzahl an Studien besteht die Annahme, dass die Bewegungstherapie ebenso effektiv auf die Symptomreduktion wirkt wie eine psychologische oder medikamentöse Therapie.

Weiters gilt die Vermutung, dass auch Patientinnen und Patienten mit einer unterschweligen und somit noch nicht manifesten Depression von der Therapie profitieren.

Wichtige Dinge, die berücksichtigt werden müssen:

- Strukturierte Bewegungstherapie als alleinige Maßnahme ist zur Therapie von schwerer Depression nicht empfohlen, da diese Personen aufgrund dessen eine eingeschränkte Funktionalität besitzen und selbst die Ausführung



alltäglicher Dinge häufig ein Problem darstellen.

- Für Patientinnen und Patienten, die unter medikamentöser Therapie stehen (z.B.: trizyklische Antidepressiva), kann die Durchführung des Trainingsprogramms schwierig sein. Grund dafür sind die durch die Medikamente induzierten Nebenwirkungen wie orthostatischer Hypotonus und Schläfrigkeit.
- Zur Vermeidung von Verletzungen wird empfohlen mit einer leichteren Form des Trainings zu beginnen und die Intensität langsam immer weiter zu erhöhen. Ziel ist das Erreichen der Trainingsdauer und Intensität, welche in den Studien getestet und als wirksam bestätigt wurde.
- Bevor mit der Bewegungstherapie begonnen wird, sollte mit den Patientinnen und Patienten eine kardiovaskuläre Risikoermittlung durchgeführt werden. Es soll damit sichergestellt werden, dass sie körperlich dazu in der Lage sind die Therapie durchzuführen.

Kontraindikationen:

- Vorsicht bei zusätzlichen psychischen Erkrankungen (z.B.: Anorexia nervosa). Beim Vorhandensein einer solchen zusätzlichen Erkrankung kann die Therapie schädlich sein.
- Übermäßiges Training oder übermäßige Fixation auf das Training kann negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben.

Nebenwirkungen:

Generell sind Nebenwirkungen selten. Auftretende Nebenwirkungen waren zumeist limitiert auf Muskelschmerzen und nicht herzassoziierte Brustschmerzen.

Verfügbarkeit:

Im Alltag gibt es einige Möglichkeiten die adäquate Trainingsdauer und Intensität zu erreichen. Zu diesen gehören z.B. Alltagstätigkeiten zu Fuß oder mit dem Fahrrad zu erledigen, Spaziergänge oder Beteiligung an Sportaktivitäten und Training in einem Fitnessstudio. Letzteres entspricht am ehesten den Forschungsbedingungen.

Viele verschiedene öffentliche Einrichtungen wie z.B. Fitnessstudios bieten mittlerweile leistbare Trainingsprogramme für die breite Bevölkerung an. Einige dieser Einrichtungen haben sogar spezifische Trainingsprogramme für Personen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, entworfen.



Sogar einige Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner haben mittlerweile ihre eigenen Fitnessgruppen für Patienten.

Therapiebeschreibung: (2) (3)

Es gibt viele verschiedene Annahmen warum Trainingsprogramme die Symptome einer Depression verbessern können:

- Abgrenzung von negativen Gedanken
- Mehr soziale Interaktionen
- Verbesserung des Selbstvertrauens aufgrund des Erlernens neuer Fähigkeiten
- Mögliche physiologische Reaktionen des Körpers (erhöhte Konzentration an Endorphinen und anderen Proteinen, wie z.B.: dem Wachstumsfaktor BDNF (brain-derived neurotrophic factor), verringerte Konzentration von Kortisol)

Beispiel für ein strukturiertes Trainingsprogramm:

Durchführung: Es konnte in Studien gezeigt werden, dass eine **Kombination aus Aerobic Training und Krafttraining** einen größeren Benefit liefert als alleiniges Aerobic Training.

Zum **Aerobic Training** können Laufband, Stepper, Crosstrainer oder Heimtrainer verwendet werden.

Ein typisches **Krafttraining** besteht aus Übungen für den Oberkörper (z.B.: Bankdrücken, Rudern, Schulterdrücken, Latziehen), Übungen für die Beinmuskulatur (z.B.: Beinpresse, Beinstreckung), Crunches und Rückenstrecker.

Diese Übungen werden in **2-3 Sets** durchgeführt. In jedem Set wird jede Übung **zehn Mal wiederholt**.

Intensität: Das Training soll zu einer **moderaten Anstrengung** der Patientin/des Patienten führen, welches die Herzfrequenz auf 55% - 70% des Maximalwertes erhöht.

Ein guter Indikator für die Feststellung ob eine moderate Anstrengung vorliegt ist, wenn die Patientin/der Patient außer Atem gerät, sich jedoch trotzdem weiter unterhalten kann. Dieses Maß an Anstrengung wird z.B. beim flotten Spazierengehen, Joggen oder Radfahren erreicht.

Intensives Krafttraining ist effektiver als leichtes Krafttraining. Unter intensivem Krafttraining versteht man die Durchführung der Übungen mit 80% der Maximalbelastung, unter leichtem

Krafttraining versteht man die Durchführung der Übung mit 20% der Maximalbelastung.

Trainingsdauer: Zumindest neun Wochen, drei Tage pro Woche für 30 – 40 Minuten. Das Training in einer beaufsichtigten Gruppe ist einem Einzeltraining vorzuziehen. Einzeltraining ist zwar flexibler für die jeweilige Person, der soziale Kontakt und die zusätzliche Motivation und Zielsetzung von außen, die ein Gruppentraining bietet sind jedoch förderlich für Personen, die unter einer Depression leiden.

Tipps und Herausforderungen:

Motivation:

Die größte Herausforderung für Patientinnen und Patienten mit einer Depression ist die Motivation aufzubringen, mit einem Trainingsprogramm zu beginnen. Es kann diesbezüglich hilfreich sein zu Beginn der Therapie mit 2-3 Einheiten mit verringerter Intensität pro Woche zu beginnen. Sowohl Intensität als auch Trainingshäufigkeit können dann im Laufe der Zeit immer weiter gesteigert werden.

Adhärenz:

Um die Adhärenz einer Patientin/eines Patienten möglichst hoch zu halten ist es notwendig das Trainingsprogramm individuell an die individuellen Vorlieben und verfügbaren Ressourcen anzupassen. Zusätzlich kann die Bewegungstherapie mit motivierenden Gesprächen, einer kognitiven Verhaltenstherapie oder durch medikamentöse Therapie ergänzt werden, um der Patientin/dem Patienten zusätzliche Unterstützung und Motivation zu bieten.

Quellenangaben:

1. *Cooney G, Dwan K, Greig C, Lawlor D, Rimer J, Waugh F et al.* Exercise for depression. Cochrane Database Syst Rev, 2013;9:CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.
2. *Stanton R, Reaburn P.* Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. J Sci Med Sport, 2014;17(2):177-82
3. *Perraton L, Kumar S, Machotka Z.* Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. J Eval Clin Pract, 2010;16:597-604.



Factsheet für körperliches Training bei Diabetes



Factsheet: Körperliches Training bei Diabetes

Das Factsheet soll Sie als Ärztin/Arzt beim Einsatz des dazugehörigen EVIzeptes unterstützen. Es liefert über das EVIzept hinausgehende Informationen zu Indikation, Kontraindikation, Nebenwirkungen, Tipps und die dazugehörigen Quellenangaben.

Einführung:

Training verbessert die Kontrolle über den Blutzucker in Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 auch ohne Gewichtsverlust.

Intervention: (1) (2)

Strukturiertes Aerobic- und/oder Krafttraining für 150 Minuten pro Woche unter der Aufsicht einer Trainerin/eines Trainers.

Auch Training ohne Trainerin/Trainer führt zur Verbesserung. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass strukturiertes Training unter professioneller Aufsicht, mit kontinuierlicher Erhöhung der Intensität im Laufe des Trainings, ein besseres Ergebnis liefert.

Die alleinige Empfehlung von Training, ohne zur Verfügung stellen eines strukturierten Trainingsplans, führt nur dann zu positiven Erfolgen, wenn zusätzlich eine Empfehlung zur Diät erfolgt.

Indikationen:

Personen mit Diabetes mellitus Typ 2

Ziel ist die Verbesserung der Kontrolle über den Blutzucker, Reduktion der Morbidität und Verbesserung der Lebensqualität.

Es konnte gezeigt werden, dass Aerobic Training einen ähnlichen Effekt auf die Reduktion des HbA1c-Levels besitzt, wie die Therapie mit Metformin oder Sulfonylharnstoff (Aerobic Training reduziert das Level um 0.73%, eine Einzeltherapie mit Metformin oder Sulfonylharnstoff um 0.9%). Auch Krafttraining hat diesen Effekt, nur in einem geringeren Ausmaß.

Wichtige Dinge, die berücksichtigt werden müssen:

Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 haben häufig symptomlose vaskuläre Veränderungen/Erkrankungen. Im Zuge eines intensiven Krafttrainings kann es zur zwischenzeitlichen Erhöhung des Blutdrucks kommen, welcher das Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses erhöht. Dennoch gilt körperliche Betätigung und eine damit verbundene Verbesserung der allgemeinen Fitness resultiert in einer Reduktion des kardiovaskulären Risikos.



Personen, die unter Therapie mit Insulin oder Sulfonylharnstoff stehen, müssen eventuell vor dem Training die Zufuhr von Kohlenhydraten erhöhen, bzw. die Insulindosis reduzieren. Des Weiteren muss beachtet werden, dass es innerhalb von 6-12 Stunden nach dem Training zu einer verzögerten Hypoglykämie kommen kann.

Personen mit peripherer Neuropathie oder peripherer arterieller Erkrankungen müssen besonders auf ihre Füße achten, um Verletzungen dieser zu vermeiden.

Kontraindikationen:

- Hoch intensives Aerobic Training und intensives Gewichtheben sind für Patientinnen und Patienten mit hypertropher Kardiomyopathie nicht empfohlen.
- Bei Patientinnen und Patienten mit einem verlängertem QT Syndrom kann das Training zu einer Herzarrhythmie führen.
- Starkes Training ist kontraindiziert bei Personen mit diabetischer Retinopathie bzw. innerhalb von drei Monaten nach einer Netzhautbehandlung mittels Laser.

Nebenwirkungen:

Nebenwirkungen sind im Allgemeinen selten und wenn vorkommend leicht und vorübergehend. Mögliche Nebenwirkungen sind:

- Muskel- oder Gelenkschmerzen
- Verletzungen im Zuge des Trainings
- Verletzungen durch Fallen

In Studien konnte festgestellt werden, dass muskuloskeletale Verletzungen häufiger während des Krafttrainings, als während des Aerobic Trainings auftreten.

Verfügbarkeit:

Aerobic Training mit einer Zielherzfrequenz benötigt eine Messung der Herzfrequenz mittels eines Pulsmessers. Für diese Aufgabe vollkommen ausreichend sind jene Messgeräte, die mit einem Brustband um den Körper geschnallt werden. Diese Art von Messgeräten sind im Allgemeinen präzise genug um eine adäquate Herzfrequenzmessung zu gewährleisten. Es gibt viele weitere Geräte, die eine Herzfrequenzmessung durchführen, deren Genauigkeit muss vor der Benutzung jedoch überprüft werden. Die Kosten für Pulsmesser variieren zwischen 30€ und über 600€.

Therapiebeschreibung: (1)

Strukturiertes Training, welches mindestens ≥ 150 min pro Woche in zwei bis drei Einheiten unter Aufsicht einer Trainerin/eines Trainers durchgeführt werden soll. Die Trainingseinheiten sollen aus reinem Aerobic Training oder einer Kombination aus Aerobic

und Krafttraining aufgebaut sein.

Beispiel für ein strukturiertes Trainingsprogramm:

Aerobictraining:

Durchführung: Benutzung eines Laufbands, eines Steppers, eines Crosstrainers, eines Armergometers oder eines Heimtrainers.

Intensität: Die Intensität des Trainings soll so gewählt werden, dass sich während des Trainings die Herzfrequenz auf 60% der maximalen Herzfrequenz bei Anfängern und 75% bis 80% bei Geübten erhöht. Die maximale Herzfrequenz kann auf zwei Arten ermittelt werden:

- Einsetzen in die Formel: Maximale Herzfrequenz = 220 – Alter der Patienten.
- Ermitteln der maximalen Herzfrequenz im Zuge eines Stresstests (z.B.: am Fahrradergometer).

Bei der Einnahme von Beta-Blockern durch die Patientinnen und Patienten gibt die Herzfrequenz nicht den Grad der Intensität wieder. Deshalb benutzt man stattdessen eine subjektive Messung der Anstrengung, wie z.B. mit einem „walk and talk test“: Moderat anstrengendes Training führt zu einer wahrnehmbaren Verstärkung der Atmung. Die trainierende Person soll dabei jedoch dazu fähig sein in ganzen Sätzen zu sprechen.

Trainingsdauer: In den Studien waren es 150 Minuten pro Woche, aufgeteilt drei Sitzungen. Tägliches Training von 20 Minuten sollte erwartungsgemäß denselben Effekt erzielen.

Krafttraining:

Durchführung: Der Aufbau eines typischen Krafttrainings besteht aus:

- Zwei Durchgängen à vier Übungen für die Oberkörpermuskulatur (z.B.: Bankdrücken, Rudern, Schulterdrücken, Latziehen)
- Drei Durchgängen à drei Übungen für die Beinmuskulatur (z.B.: Beinpresse, Beinstrecker)
- Je zwei Durchgängen von Crunches und Rückenstrecker

Ein Set besteht dabei aus 10 – 12 Wiederholungen

Intensität: Sobald die Patientin/der Patient 12 Wiederholungen in jedem

Durchgang, zu jeder Übung, an zwei aufeinanderfolgenden Trainingseinheiten absolviert, wird das Trainingsgewicht erhöht.

Trainingsdauer: Drei Mal pro Woche

Tipps und Herausforderungen:

Adhärenz:

In den Studien zur Bewegungstherapie bei Diabetes erfolgte jede Trainingseinheit unter professioneller Aufsicht. Unter realen Bedingungen steht jedoch nicht immer eine Aufsichtsperson zur Verfügung. Außerdem wäre diese für Patientinnen und Patienten weder leistbar noch praktikabel. Einige Patientinnen und Patienten sind durchaus in der Lage 150 Minuten wöchentliches Aerobic Training selbstständig auszuführen. Es wurde allerdings in Studien gezeigt, dass ohne Training unter professioneller Aufsicht das exakte Einhalten dieses Trainingsplans durch die Anwenderin/den Anwender kaum erfolgt. Häufig wurde dabei die Trainingsdauer oder Trainingsintensität nicht erreicht.

Des Weiteren war das Ausmaß an Training in den Studien sehr hoch. Für Personen, die vorher kaum oder gar nicht trainierten ist es möglich mit einer deutlich reduzierten Intensität zu beginnen und sich im Zuge des kontinuierlichen Trainings immer weiter zu steigern.

Im Alltag gibt es einige Möglichkeiten die adäquate Trainingsdauer und Intensität zu erreichen. Zu diesen gehören z.B. Alltagstätigkeiten zu Fuß oder mit dem Fahrrad zu erledigen, Spaziergänge oder Beteiligung an Sportaktivitäten und Training in einem Fitnessstudio. Letzteres entspricht am ehesten den Forschungsbedingungen.

Eine weitere Möglichkeit, um eine adäquate Trainingsintensität und Trainingsdauer zu erreichen, könnte die Verwendung eines Gerätes zur Bewegungsverfolgung bzw. Bewegungsaufzeichnung sein.

Die Patientinnen und Patienten sollten auch auf ihre Trainingsvorlieben befragt werden. Manchen Personen fällt es leichter in einer Gruppe zu trainieren, manche bleiben lieber alleine.

Messvariablen zur Gewährleistung eines adäquaten Trainings:

Gerade für Personen, die zu Hause mit Fitnessgeräten trainieren ist es häufig vorteilhaft, eine Messung der Trainingsintensität durchzuführen wie z.B. die Leistung in Watt. Dadurch ist es einerseits für die verschreibende Ärztin/den verschreibenden Arzt deutlich leichter der Patientin/dem Patienten eine spezifische Dauer und Intensität zu verschreiben. Andererseits ist es für die Patientinnen/die Patienten dadurch möglich, eine Übersicht über den eigenen Fortschritt zu erhalten.

Bei der Einnahme von Beta-Blockern gibt die Herzfrequenz nicht den Grad der Intensität

wider. Deshalb benutzt man stattdessen eine subjektive Messung der Anstrengung, wie z.B. mit einem „walk and talk test“: Moderat anstrengendes Training führt zu einer wahrnehmbaren Verstärkung der Atmung. Die trainierende Person soll dabei jedoch dazu fähig sein in ganzen Sätzen zu sprechen.

Fußpflege:

Patientinnen und Patienten müssen über die Wichtigkeit der Fußpflege und vor allem der Wichtigkeit des Vorhandenseins eines passenden und bequemen Schuhwerks aufgeklärt werden. Dies trifft besonders auf Personen mit peripherer Neuropathien, Gefäßerkrankungen oder bereits durchgemachten oder vorhandenen Erkrankungen der Füße zu.

Gefäßerkrankungen:

Häufig leiden Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 zusätzlich unter verschiedenen Arten von Gefäßerkrankungen. Diese Patientinnen und Patienten sollten eine ausführliche Aufklärung bezüglich des Benefits der körperlichen Betätigung auf diese Gefäßerkrankungen erhalten. Zusätzlich ist es nötig ihnen zu zeigen, wie sie innerhalb ihrerer körperlichen Limitationen aufgrund einer solchen Erkrankungen trainieren können, und so auf lange Sicht das Maß an Training, welches für sie körperlich möglich, ist erhöhen können.

Gestörte Nüchtern glukose/ Impaired fasting Glucose:

Obwohl die Studien nur an Probanden mit Diabetes mellitus durchgeführt worden sind, ist auch für Patientinnen und Patienten mit gestörter Nüchtern Glukose ein ähnliches Ergebnis zu erwarten. Auch hier soll dasselbe Maß an Training verwendet werden.

Quellenangaben:

1. *Balducci S, Zanuso S, Nicolucci A et al.* Effect of an intensive exercise intervention strategy on modifiable cardiovascular risk factors in subjects with type 2 diabetes mellitus. Arch Intern Med, 2010;170(20):1794-803
2. *Umpierre D, Ribeiro P, Kramer C et al.* Physical activity advice only or structured exercise training and association with HbA1c levels in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA, 2011;305(17):1790-9.



Factsheet für Schlafhygiene



Factsheet: Schlafstörungen

Das Factsheet soll Sie als Ärztin/Arzt beim Einsatz des dazugehörigen EVIzeptes unterstützen. Es liefert über das EVIzept hinausgehende Informationen zu Indikation, Kontraindikation, Nebenwirkungen, Tipps und die dazugehörigen Quellenangaben.

Einführung:

Ein Drittel der Patientinnen und Patienten, die unter Schlaflosigkeit leiden haben auch Probleme im Bereich der physischen Gesundheit.

Intervention:

Aufklärung der Patientin/des Patienten über **Schlafhygiene** und **Reizkontrolle** und zugeschnittene Beratung über die **Limitierung der Zeit, die im Bett verbracht** wird, um das Schlafverhalten zu verändern.

Die Erklärung für die Wirkung dieser Maßnahmen ist, dass das körpereigene System der Schlafregulation (homöostatische und circadiane Antriebe) durch Veränderungen im Verhalten während des Wachseins modifiziert werden kann.

Indikationen:

Chronische primäre Schlaflosigkeit im Erwachsenenalter

Primäre Schlaflosigkeit ist definiert als: Wiederholt auftretende Probleme bzw. Schwierigkeiten beim Einschlafen, bei der Schlafdauer, der Schlaftiefe und der Schlafqualität, obwohl ausreichend Zeit und Möglichkeit zum Schlafen besteht, andauernd für mindestens ein Monat.

Wichtige Aspekte, die berücksichtigt werden müssen:

- Die Diagnose primäre Schlaflosigkeit muss gesichert sein und keine anderen Ursachen für die Schlaflosigkeit vorliegen (z.B.: Angstzustände, Depressionen, exzessiver Alkoholkonsum, Schmerzen).
- Bei Personen, die über übermäßige Schläfrigkeit tagsüber klagen, sollte an eine obstruktive Schlafapnoe gedacht werden.
- Bei Personen mit bipolaren Störungen sollten Maßnahmen der Schlafrestriktion vermieden werden, da dadurch manische Episoden ausgelöst werden können.
- Schlafrestriktion als Therapie ist kontraindiziert bei Patientinnen und Patienten mit unbehandelten psychischen Erkrankungen, Anfallserkrankungen, ausgeprägter Schläfrigkeit tagsüber und Personen die bereits unbewusst eine Schlafrestriktion anwenden (< sechs Stunden im Bett).
- Personen, die ein Fahrzeug steuern, müssen darüber aufgeklärt werden, dass es zur



Beginn der Therapie zu einer Verschlechterung der Symptome des Schlafentzugs kommen kann. Bei Personen, die schwere Maschinen bedienen müssen, sollte die Therapie im Urlaub begonnen werden.

Nebenwirkungen:

In den ersten Wochen nach Beginn der Therapie können Müdigkeit und Symptome des Schlafentzugs auftreten.

Verfügbarkeit:

Die Verhaltenstherapie kann von jeder Allgemeinmedizinerin/jedem Allgemeinmediziner durchgeführt werden. Man benötigt dazu kein zusätzliches Training bzw. keine zusätzlichen Messinstrumente für den Schlaf wie z.B.: Polysomnograph oder Aktigraph (Messung der Bewegung während des Schlafs).

Schlafstagebücher stehen online zum Ausfüllen oder Ausdrucken zur Verfügung.

Therapiebeschreibung:

Es wurden zwei randomisierte Studien zur Bestätigung der Wirksamkeit der Verhaltenstherapie bei Schlaflosigkeit verwendet. Diese zwei waren leicht unterschiedlich im Aufbau und der Durchführung:

Therapie 1:

In der Studie, welche von Buysse et. al (2011) (1) durchgeführt wurde, erhielten Patientinnen und Patienten **Beratung über Reizkontrollstrategien und Restriktion der Zeit**, die im Bett verbracht wird. Die Behandlung wurde in zwei Vieraugengesprächen erläutert (eine initiales 45 Minuten Gespräch gefolgt von einem weiterem 30 Minuten Gespräch zwei Wochen später). Innerhalb von weiteren vier Wochen erfolgten zwei weitere, je 20-minütige Telefongespräche.

Therapie 2:

In der Studie von Fernando et. al (2013) (3) erhielten Patientinnen und Patienten **Empfehlungen zur Schlafhygiene und Beratung über die Restriktion der Zeit** die, im Bett verbracht wird. Die Behandlung wurde in zwei Gesprächssitzungen mit der Hausärztin/dem Hausarzt erläutert. Vor der ersten Sitzung war jedoch vorgesehen, dass die Patientin/der Patient ein zweiwöchiges Schlafstagebuch führen sollte. Die Informationen aus dem Tagebuch wurden verwendet, um einen individualisierten Plan bezüglich der Schlaf- und Wachzeiten zu erstellen. Nach zwei Wochen der Anwendung des Schlafplans wurde das zweite Gespräch durchgeführt.

Restriktion der Zeit, die im Bett verbracht wird:

Die Zeit, die die Patientin/der Patient im Bett verbringt soll limitiert werden, um somit den allgemeinen Schlaf zu verbessern. Diese Maßnahme inkludiert folgende Schritte:

- Identifizierung wie viele Stunden täglich die Patientin/der Patient im Bett verbringt, und wie viele dieser Stunden tatsächlich geschlafen wird (Berechnung der durchschnittlichen Schlafdauer). Diese Informationen können aus einem Schlaftagebuch gewonnen werden.
- Limitierung der Zeit im Bett auf die berechnete durchschnittliche Schlafdauer (Minimum sind 5-6 Stunden) plus zusätzliche 30 Minuten.
- Anwenden dieser Zeitvorgaben für zwei Wochen bei gleichzeitiger Beobachtung der Schlafqualität mittels eines Schlaftagebuchs. Eventuelle Adaptierung der Restriktion aufgrund der Ergebnisse.

Kommt es nach zwei Wochen zu einer **Verbesserung des Schlafes** und des **Gesamtbefindens** der Patientin/des Patienten kann die Therapie wie begonnen fortgeführt werden.

Kommt es nach den zwei Wochen zu einer **Verbesserung des Schlafes** der Patientin/des Patienten, aber gleichzeitig zu **Symptomen des Schlafentzugs**, werden wöchentlich 30 Minuten an erlaubter Zeit im Bett ergänzt, bis die Symptome des Schlafentzugs verschwinden.

Kommt es zu **keiner Verbesserung des Schlafes** wird versucht die erlaubte Dauer im Bett um 30 Minuten zu kürzen. Die Gesamtzeit darf jedoch nicht unter fünf Stunden fallen.

Jegliche Adaptierung der Therapie sollte für weitere zwei Wochen durchgeführt werden.

Kommt es danach immer noch zu keiner Verbesserung sollte eine Überweisung zu einem Schlafspezialisten erfolgen.

Reizkontrollstrategien:

Diese Therapie basiert auf der Begründung, dass Schlaf ein erlerntes Verhalten ist. Dieses ist abhängig von der Umgebung in der man schläft. Diese Umgebung sollte nur für Schlaf und Geschlechtsverkehr genutzt werden. Anleitungen zur Reizkontrolle für Patientinnen und Patienten beinhalten:

- Jeden Tag zur selben Zeit aufstehen, unabhängig von der Menge oder Qualität des Schlafes.
- Es sollte nur aufgrund von Müdigkeit ins Bett gegangen werden.
- Es sollte nur während des Schlafens im Bett geblieben werden. Sollte die Patientin/der Patient nicht fähig sein innerhalb von 15 – 20 Minuten einzuschlafen

bzw. nach nächtlichem Erwachen innerhalb von 15 – 20 Minuten wieder einzuschlafen sollte das Bett verlassen werden. Es wird dann empfohlen entspannende Aktivitäten auszuführen (z.B.: Lesen eines Buches, Musik hören).

Diese Aktivität sollte allerdings außerhalb des Schlafzimmers erfolgen. Die Rückkehr ins Bett sollte nur bei Müdigkeit erfolgen. Tritt das Einschlafproblem erneut auf, sollen die Maßnahmen wiederholt werden.

- Keine Nickerchen tagsüber.

Zusätzliche Tipps zur Schlafhygiene:

- Das Schlafzimmer soll nur zum Schlafen benutzt werden.
- Maximal eine Tasse Kaffee am Morgen, Vermeidung von Alkohol und Zigaretten am Abend, Limitierung anderer schlafbeeinflussender Substanzen.
- Regelmäßige Bewegung kann den Schlaf verbessern. Vermeidung von Training spät am Abend.
- Vergewissern, dass die Schlafumgebung bequem und schlaffördernd ist (richtige Temperatur, wenig Lärm und Licht).
- Es soll vermieden werden vor dem Schlafen übermäßig auf Computerbildschirme zu starren. Weiters soll vermieden werden beim Aufwachen sofort die Uhrzeit zu überprüfen.
- Veränderung der Schlafgegebenheiten, wenn der Schlaf des Partners gestört wird.

Tipps und Herausforderungen:

- Es wird empfohlen Patientinnen und Patienten eine schriftliche Beschreibung, sozusagen ein **Rezept**, mitzugeben, auf dem die genauen Informationen zum Schlafverhalten und vor allem zur individuellen Schlafrestriktion stehen.
- Falls die Verhaltenstherapie keine Wirkung zeigt, ist die Überweisung an einen Schlafspezialisten empfohlen.
- Bei der Verhaltenstherapie für Schlaflosigkeit liegt das Hauptaugenmerk auf den Verhaltensänderungen, nicht auf den möglichen kognitiven Komponenten einer Schlafstörung.
- Es wurde festgestellt, dass kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Schlaflosigkeit im Vergleich zu medikamentöser Therapie durchaus effektiv ist. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Verhaltenstherapie eine längere Wirkung zeigt, als alleinige medikamentöse Therapien. Die kognitive Verhaltenstherapie kombiniert dabei sowohl Strategien zur Verhaltensänderung, als auch kognitive Therapie miteinander. Die Durchführung einer solchen Therapie durch eine



Allgemeinmedizinerin/einen Allgemeinmediziner ist allerdings typischerweise nicht möglich, da diese Form der Therapie mehrere Sitzungen (zwischen sechs und acht) und auch spezielles Training benötigt.

Quellenangaben:

1. *Buysse D, Germain A, Moul D, Franzen P, Brar L, Fletcher M et al.* Efficacy of brief behavioural treatments for chronic insomnia in older adults. *Arch Intern Med*, 2011;171(10):887-95
2. *Falloon K, Arroll K, Ellery C, Fernando A.* The assessment and management of insomnia in primary care. *BMJ*, 2011;342:2899. DOI: 10.1136/bmj.d2899
3. *Fernando A, Arroll B, Falloon K.* A double-blind randomised controlled study of a brief intervention of bedtime restriction for adult patients with primary insomnia. *J Prim Health Care*, 2013;55(1):5-10



Auswertung Interview Ärztinnen und Ärzte

	Alter	Geschlecht	Wohnhaft (Stadt/Land)	Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen (positiv/negativ/neutral)	Complianceerhöhung bei Patienten durch „Rezept“ für nicht medikamentöse Therapie	Würden Patienten Evizepte anwenden?	Würden Sie Evizepte verschreiben?	Wunsch nach mehr Evizepten	Meinung zu Faktcheck	Vorteile von Evizepten	weitere Krankheitsbilder	Verbesserungsvorschlag / Bemerkung
Arzt 01	53	weiblich	Stadt	positiv	skeptisch	nein	teilweise	nein	positiv	evidenzbasiert, nicht werbetechnisch angehaucht	-	Geldwert im Hintergrund, Zettel heutzutage nicht der direkteste Weg, auch andere Sprachen mit Piktogrammen
Arzt 02	48	männlich	Land	positiv	ja	ja	ja	ja	positiv	Einsparen von Medikamenten, bessere Struktur in Beratung/Überprüfung der Effekte	Adipositas, Hypertonie, beginnende Herz-Kreislaufkrankungen, Schwindeln	gute Physiotherapie zu wenig anwendbar, da die meisten privat, angenommen gut aber Umsetzung fraglich, Schwierigkeit Motivation der Pat. Dinge zu ändern
Arzt 03	45	männlich	Land	positiv	ja	ja	ja	ja	positiv	Patienten halten sich eher an schriftliche Vorgaben als an mündliche	alle chronischen Krankheiten, zB Diabetes, Übergewicht, Bluthochdruck	vorallem einsetzbar bei chronischen Krankheiten, bei akuten eher medikamentös
Arzt 04	52	weiblich	Land	positiv	ja	ja	ja	ja	positiv	gezielte Informationsquelle, höhere Wertigkeit als zB Kronen Zeitung	Hypertonie, KHK, COPD, Asthma, Nierenkrankheiten	oft schwierig Pat. zu motivieren, Med. alleine würde unserer Physiologie nicht gerecht, „Rezept“ hinsichtlich Preis eher zusammen mit Generar zu med. Therapie.
Arzt 05	68	männlich	Stadt	positiv	ja	ja	ja	ja	positiv	evidenzbasiert, oftmals nicht genug Zeit in Praxis zum Erklären, kompakt zusammengefasst	Hypertonie, Lungenerkrankheiten, Obstipation, Durchfall, Adipositas	bei chronischen Fällen auch alleine möglich, ganze oder teilweise Rückerstattung der Kassa von Patienten
Arzt 06	58	männlich	Stadt	neutral	skeptisch	teilweise	ja	ja	positiv	nur für gewisse Patientengruppen einsetzbar (eher Ältere, jüngere lesen eher im Internet nach), evidenzbasiert und kompakt zusammengefasst	KHK, Asthma, COPD, Adipositas, Hypertonie, Demenz	Evizepte auch online „verschreiben“, Vorteil bei jüngeren Patienten, nicht bei jedem Patienten verschreiben sondern individuell

Arzt 07	49	weiblich	Land	positiv	ja	ja	ja	ja	ja	ja	positiv	nachlesen zuhause, kompakte gute Informationen, Verständlich für Patienten	Hypertonie, Hyperlipidämie, Demenz	vielleicht oftmals zusätzliche Motivation etwas in der Hand zu haben, Pat können schwerer etwas ignorieren bzw einzelne Dinge schwerer „verdrängen“
Arzt 08	55	männlich	Land	positiv	ja	ja	ja	ja	ja	ja	positiv	für alte vergessliche Patienten sehr gut, evidenzbasiert	Adipositas, Hypertonie, KHK, Obstipation, Durchfall, Lungenkrankheiten	müssen gezielt eingesetzt werden (nicht bei jedem Pat) hilft bei manchen mehr und bei manchen nicht so viel, vielleicht Entwicklung von mehreren Sprachen bei nicht muttersprachlichen Pat.
Arzt 09	57	weiblich	Stadt	positiv	ja	teilweise	teilweise	ja	ja	ja	positiv	Zeitersparnis in der Praxis, Pat können nochmals nachlesen, kompakt	Demenz, Hypertonie	für gewisse Pat. Sicher von Vorteil, man muss Evrepte aber gezielt einsetzen, vielleicht Entwicklung von App bzw online Zugang
Arzt	46	weiblich	Stadt	positiv	ja	ja	ja	ja	ja	ja	positiv	gut verständlich, kein Informationsverlust, Patienten können sich beim Lesen Zeit lassen	KHK, Durchfall, Obstipation, Hypertonie, Hypotonie	für manche Patienten vielleicht ein Pat. Factsheet mit noch mehr Informationen

Auswertung Interview Patientinnen und Patienten

	Geschlecht	Alter	Wohnhaft (Stadt/Land)	Einstellung zu nicht medikamentösen Maßnahmen (positiv/negativ/neutral)	Complianceerhöhung durch „Rezept“ für nicht medikamentöse Therapie	Würden Evizepte von Patienten verwendet werden?	Wenn nein, warum nicht?	Können die Anweisungen durchgeführt werden?	Wunsch nach mehr Evizepten	Vorteile von Evizepten	weitere Krankheitsbilder	Verbesserungsvorschlag / Bemerkung
Pat 01	m	61	Land	positiv	nein	ja	-	ja	ja	mehr Information vom Arzt	Nervensystem	-
Pat 02	w	66	Stadt	positiv	ja	ja	-	ja	ja	qualitativ hochwertige Informationen	Bewegungsapparat, Wirbelsäule	nicht med. Therapien vor med. Therapien, genaue Durchführung von Übungen wichtig
Pat 03	w	71	Land	positiv	nein	ja	-	ja	ja	-	-	-
Pat 04	w	43	Land	positiv	ja	ja	-	ja	ja	anwendbar auf fast alle Diagnosen	Bluthochdruck	mehr Informationen zu nicht med. Maß. Wären gut, da je bekannter desto besser angenommen von Pat.
Pat 05	m	40	Land	positiv	ja	ja	-	unsicher	ja	im Vergleich zu mündlichen Tipps kann man die Maß. nachlesen	-	-
Pat 06	w	53	Stadt	positiv	ja	ja	-	ja	ja	-	-	-
Pat 07	m	53	Land	positiv	ja	ja	-	ja	ja	gute Beschreibung der zu machenden Maß.	-	-
Pat 08	w	64	Stadt	neutral	ja	ja	-	ja	ja	-	-	-
Pat 09	w	27	Stadt	positiv	ja	ja	-	ja	ja	detaillierte Anweisung für Laien, Medikamente richten oftmals größeren Schaden an	Muskelschwund	-
Pat 10	w	24	Stadt	positiv	ja	ja	-	ja	ja	für alte Leute gute Möglichkeit um an neue Informationen zu gelangen	Herz-Kreislaufsystem	Broschüren zu den beschriebenen Übungen, nicht med. Maß. sind ein wichtiger Teil der Therapie

Pat.11	w	75	Land	positiv	ja	ja	-	ja	ja	ja	nicht med. Therapie als Ergänzung zu med. um Medikamente zu sparen	-	-
Pat.12	w	44	Stadt	positiv	ja	ja	-	ja	ja	ja	Möglichkeit zur Ergänzung der med. Therapie	-	bei nicht so „schlimmen“ Erkrankungen anfangs ohne Medikamente oder ergänzend
Pat.13	m	45	Stadt	positiv	ja	ja	-	ja	ja	ja	-	-	-
Pat.14	w	55	Land	neutral	ja	unsicher	wenn wirklich krank, dann schnelle Hilfe mit Medikamenten	ja	ja	ja	-	Migräne	Med. Therapie nur bei akuten Beschwerden
Pat.15	m	21	Stadt	positiv	nein	ja	-	ja	ja	ja	mehr Informationen zu nicht med. Therapien	-	man hört selten von nicht med. Maßnahmen
Pat.16	w	50	Land	neutral	ja	ja	-	ja	ja	ja	mehr Zeit zuhause um Dinge zu verstehen	-	-
Pat.17	m	72	Land	positiv	ja	ja	-	unsicher	ja	ja	-	Demenz	-
Pat.18	w	81	Stadt	positiv	ja	ja	-	ja	ja	ja	neues Wissen	Schmerzen	es gibt viel zu wenig Informationen zu nicht medikamentöser Therapie
Pat.19	m	19	Stadt	neutral	nein	unsicher	wenn krank, dann schnelle Hilfe mit Medikamenten	ja	nein	nein	-	-	Vertraue mehr auf medikamentöse Therapie

Pat.28	m	26	Stadt	positiv	ja	ja	-	ja	ja	ja	colle Alternative zu medikamentöser Therapie	Übergewicht, Durchfall, Verstopfung, Bluthochdruck	bei akuten Fällen sollte man Trotzdem Medikamente in betracht ziehen
Pat.29	m	24	Stadt	positiv	ja	ja	-	ja	ja	ja	gut zum Nachlesen zuhause um nichts zu vergessen	Lumbago, Bluthochdruck, Migräne, Blasenentzündung, Obstipation	-
Pat.30	w	56	Land	neutral	nein	unsicher	alles heilt sich schon wieder von selbst	ja	ja	ja	schön kompakt	Rückenschmerzen	-