



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

EXERGAMES IN DER PHYSIOTHERAPIE

**EINE QUALITATIVE STUDIE ZUR AKZEPTANZ AUS SICHT DER
THERAPIERENDEN**

M a s t e r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M.Sc.)

Vorgelegt von: *Antonia Stolle*

Betreuerin: *Prof.in Dr.in Hanna Janetzke*

Zweitbetreuer: *Prof. Dr. Daniel Schönefeld*

Tag der Einreichung: 23.11.2022

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0212-0

Danksagung

Ich möchte mich bei meiner Betreuerin Prof.in Dr.in Hanna Janetzke bedanken, die mir mit ihren Erfahrungen geholfen hat und jederzeit erreichbar war. Herrn Prof. Dr. Daniel Schönefeld danke ich für seine Zeit und seine Bereitschaft, diese Arbeit zu betreuen. Frau Janetzke möchte ich einen besonderen Dank für die Initiierung der Forschungsberatung aussprechen, deren fachlicher Austausch und Unterstützung sehr hilfreich waren.

In diesem Zusammenhang gilt der Dank den beteiligten Kommilitoninnen in den regelmäßigen Treffen und ihren Beiträgen. Ein herzlicher Dank geht an meine Kommilitonin Susanne Seidler, die den Arbeitsprozess begleitet hat indem thematische und persönliche Anliegen in motivierenden Meetings besprochen werden konnten.

Außerdem möchte ich den Teilnehmerinnen der Fokusgruppe ein großes Dankeschön aussprechen, da sie diese Arbeit durch ihre Zeit und ihre offenen Worte ermöglicht haben.

Schließlich danke ich Maximilian Paul für seinen Beistand und die konstruktive Kritik.

Schirgiswalde-Kirschau, 23.11.2022

Antonia Stolle

Zusammenfassung

Die Digitalisierung ist in allen Bereichen des menschlichen Alltags angekommen und erlangt immer mehr Bedeutung. Durch die Vielfalt an Einsatzmöglichkeiten von Smartphones, Computern und Konsolen zeigt sich ihre Verbreitung in privaten Haushalten und fachlichen Einrichtungen. Die technischen Geräte sind unter anderem in der Lage digitale Spiele auszuführen. Neben ihrem unterhaltenden Charakter bieten sie die Optionen ernste Themen zu vermitteln, Interventionen durchzuführen und Menschen zu trainieren. Sogenannte Exergames verknüpfen den spielerischen Ansatz mit einer ernsten Intention und eignen sich als Behandlungsmethode in Therapien. Sie werden zunehmend in der Physiotherapie eingesetzt und wurden dahingehend bereits mehrfach von Seiten der Patient*innen als geeignet beschrieben.

In dieser Arbeit soll aus einem anderen Blickwinkel bestimmt werden, wie Exergames in der Praxis eingesetzt werden können. Dafür werden Ergebnisse aus einer Fokusgruppe mit Physiotherapeut*innen berichtet, die im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern tätig sind und zu ihrer Akzeptanz gegenüber digitalen Spielen befragt werden. Die Fokusgruppe wird im Rahmen eines online Settings durchgeführt und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz analysiert. Ergänzend werden zwei Einzelinterviews aus der Vorbereitungsphase in die Auswertung aufgenommen.

Die Ergebnisse zeigen eine überwiegend positive Grundhaltung der Therapierenden gegenüber Exergames und unterstreichen ihre Vielzahl an Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis. Um ihre Chancen als Therapiemittel nutzbar zu machen werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, die einen erfolgreichen Einsatz in der Physiotherapie unterstützen.

Mit dieser Einführung in die Digitalisierung in der Physiotherapie wird die Grundlage für weitere Forschungen gebildet, die diese auch weiterhin in den Fokus rücken können. Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit ist die Stärkung der Sichtweise der Therapierenden bei Fragestellungen im Kontext der Physiotherapie.

Schlagwörter: Physiotherapie, Exergames, aktive Bewegungsspiele, Therapie und Rehabilitation, Akzeptanz, Anwendungsmöglichkeiten

Abstract

Digitalization is becoming part of everyday life and evermore important. The wide range of potential application has led to the commonness of smartphones, computers and game consoles in private households and professional institutions

These technical devices can be, among other things, used to play games. Beside their entertaining nature they present a lot of opportunities to be used to impart serious topics, perform interventions and train people. So-called exergames combine the playful approach with serious purpose and are suitable as treatment methods in therapies. They are increasingly used in physiotherapy and have been described as suitable by patients in several studies.

This study investigates the practical application of exergames from another perspective. Therefore, a focus group with physiotherapists from Mecklenburg-Vorpommern was assembled and asked about their acceptance of digital games. This focus group was conducted in an online setting and is analysed using content analysis according to Kuckartz. Additionally, two individual single interviews from the preparatory phase are included in the evaluation.

The results show a mostly positive tenor of the therapists towards exergames and underline their variety of possible practical applications. To use their potential as a tool in therapies, action recommendations are given to support a successful application in physiotherapy.

This introduction of digitalization in physiotherapy lays the groundwork for further research of this topic. The aim of this master thesis is to highlight the perspectives of the therapists in issues in the context of physiotherapy.

Keywords: physiotherapy, exergames, active videogames, therapy and rehabilitation, acceptance, applications

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	I
ABSTRACT	II
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	V
TABELLENVERZEICHNIS	VI
1. EINLEITUNG	1
1.1 RELEVANZ DES THEMAS	1
1.2 ZIELSTELLUNG DER ARBEIT	3
1.3 AUFBAU DER ARBEIT	4
2. PHYSIOTHERAPEUTISCHE PRAXIS IN DEUTSCHLAND.....	5
3. EXERGAMES IN DER PHYSIOTHERAPIE	7
3.1 DEFINITION UND ENTWICKLUNG	7
3.2 DIGITALISIERUNG UND RECHTLICHE GRUNDLAGEN	7
3.3 FORSCHUNGSSTAND ZU EXERGAMES IN DER PHYSIOTHERAPIE	8
3.4 KRITISCHE WÜRDIGUNG DES FORSCHUNGSSTANDES	12
3.5 WIRKSAMKEIT UND AKZEPTANZ VON EXERGAMINGSYSTEMEN.....	13
3.6 ZUSAMMENFASSUNG DES THEORETISCHEN HINTERGRUNDES	14
4. FRAGESTELLUNG.....	15
5. METHODIK.....	16
5.1 DATENERHEBUNGSMETHODE - FOKUSGRUPPENVERFAHREN	16
5.2 AUSWAHL UND REKRUTIERUNG DER TEILNEHMENDEN.....	18
5.3 LEITFADEN	19
5.4 VORBEREITUNG UND PRETEST	20
5.5 DURCHFÜHRUNG DER FOKUSGRUPPE	20
5.6 TRANSKRIPTION	21
5.7 AUSWERTUNGSMETHODE	22
6. ANALYSE DER DATEN	23
6.1 INITIIERENDE TEXTARBEIT	23
6.2 HAUPTKATEGORIEN ENTWICKELN	25
6.3 MATERIAL MIT HAUPTKATEGORIEN CODIEREN	25
6.4 BILDUNG VON SUBKATEGORIEN UND DEREN CODIERUNG AM MATERIAL.....	27

7. ERGEBNISSE	29
7.1 ERFAHRUNGSWISSEN DER THERAPEUTINNEN	33
7.1.1 Berufliche Erfahrungen	34
7.1.2 Private Erfahrungen	35
7.2 CHANCEN UND MÖGLICHKEITEN	35
7.2.1 Technik.....	35
7.2.2 Motivation	36
7.2.3 Heimanwendung	37
7.2.4 Anwendungsmöglichkeiten	38
7.2.5 Attraktivität	39
7.2.6 Unterstützungsangebote	40
7.2.7 Zusammenfassung: Chancen und Möglichkeiten	41
7.3 HÜRDEN UND BARRIEREN	42
7.3.1 Skepsis an der Technisierung	42
7.3.2 Patientenspezifität.....	43
7.3.3 Professionalität.....	44
7.3.4 Interdisziplinarität	45
7.3.5 Rahmenbedingungen.....	46
7.3.6 Bereitschaft.....	47
7.3.7 Ausbildung und Wissen.....	48
7.3.8 Zusammenfassung Hürden und Barrieren	49
7.4 ZUKÜNFTIGE RELEVANZ VON EXERGAMES IN DER PHYSIOTHERAPIE	50
7.5 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	51
8. DISKUSSION	52
8.1 INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....	53
8.2 GRÜNDE FÜR DIE DIFFERENZ ZWISCHEN LITERATUR UND AKTUELLER UNTERSUCHUNG	57
8.3 METHODENDISKUSSION.....	58
8.4 REFLEXION DES EIGENEN FORSCHUNGSPROZESSES	61
8.5 LIMITATIONEN DER STUDIE UND AUSBLICK DER METHODE	62
9. FAZIT UND AUSBLICK	63
LITERATURVERZEICHNIS	66
ANHANG	83

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Codeline der Fokusgruppe (Quelle: MAXQDA)	31
Abbildung 2 - Code-Matrix-Browser der Fokusgruppe (Quelle: MAXQDA).....	32
Abbildung 3 - Code-Relations-Modell der Fokusgruppe (Quelle: MAXQDA)	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Endgültiges Kategoriensystem (Quelle: Eigene Darstellung).....	28
Tabelle 2 - Übersicht der Fokusgruppensprecherinnen (Quelle: MAXQDA).....	30
Tabelle 3 - Anwendungsmöglichkeiten von Exergames laut der Fokusgruppe (Quelle: Eigene Darstellung)	39
Tabelle 4 - Rahmenbedingungen für den Einsatz von Exergames laut der Fokusgruppe (Quelle: Eigene Darstellung).....	46

1. Einleitung

1.1 Relevanz des Themas

Das deutsche Gesundheitssystem ist eines der besten weltweit und sieht sich dennoch mit einigen Schwierigkeiten konfrontiert, die zu Herausforderungen führen (Blümel et al., 2020; OECD, 2019). Die neuartige pandemische Situation deckte Schwachstellen in der Digitalisierung des Gesundheitswesens auf und sorgte zusammen mit den demographischen Veränderungen für eine erneute Debatte um einen Strukturwandel des Systems (Matzke, 2021). Zudem bestehen für die Menschen in Deutschland und vor allem in ländlichen Räumen Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen in Folge von Unterversorgung und der Problematik des Fachkräftemangels (Bundesagentur für Arbeit, 2022; Klose & Rehbein, 2017). Die Anforderungen an ein effektives, zukunftsfähiges Gesundheitssystem sind demnach insbesondere der Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung bei kosteneffizienter und ressourcenschonender Umsetzung (GeSI - Global e-Sustainability Initiative, 2015). Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung kann die Digitalisierung einen wesentlichen Beitrag leisten (Lux, 2019). Außerdem lassen sich aus der Pandemie Reformen und Notwendigkeiten ableiten, wie der dringende Bedarf nach konsequenter Digitalisierung des Gesundheitswesens (Leber & Schwarz, 2022). Für dieses Vorhaben wurde bereits im Jahr 2015 das E-Health-Gesetz als erster Baustein für eine sichere Telematikinfrastruktur und die Einführung digitaler Gesundheitsanwendungen verabschiedet (Bundesministerium für Gesundheit, 2022), da das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich bislang eher einen geringen Grad an Digitalisierung aufweist (European Commission, 2019).

Der Wandel der Altersstrukturen, hin zu einer alternden Gesellschaft, „[...] hat zur Folge, dass altersassoziierte Krankheiten häufiger werden und dadurch die Strukturen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung vor neue Herausforderungen stellen.“ (Robert Koch-Institut, 2015, S. 435) Dies zeigt sich seit einigen Jahren in erhöhten Verwaltungs- und Umsatzzahlen und einem damit einhergehenden Mehraufwand für die Heilmittelerbringenden (Waltersbacher, 2022). Zum Mehraufwand bedingt durch die Bevölkerungsstruktur kommt der verstärkende Umstand der ‚blutigen Entlassungen‘, der sich in der Pandemie weiter zugespitzt hat. Im aktuellen Krankenhausreport wird von durchschnittlich sechs Tagen Verweildauer im Krankenhaus berichtet und damit ein deutlicher Rückgang gegenüber den Vorjahren verzeichnet (Augurzky et al., 2022).

Durch einen damit einhergehenden schlechteren Gesundheitszustand der Patient*innen und einem kürzeren Reha-Aufenthalt haben sich therapeutische und rehabilitative Leistungen nachweislich erhöht und den Behandlungsaufwand zusätzlich gesteigert (Eiff et al., 2011). Der bereits erwähnte Fachkräftemangel hat darauf bezugnehmend im therapeutischen und insbesondere physiotherapeutischen Bereich kritische Ausmaße erreicht, die belegen, dass im gesamten Bundesgebiet nicht ausreichend Physiotherapeut*innen tätig sind und ein stark ausgeprägter Fachkräfteengpass zu verzeichnen ist (Bundesagentur für Arbeit, 2022). Die Bedeutung der Physiotherapie als größten und wichtigsten Heilmittelerbringer ergibt sich aus der hohen Patientenrate, der Zahl der Leistungserbringenden sowie den sehr hohen Behandlungszahlen – mit rund 71 Prozent macht die Physiotherapie den größten Anteil aller Leistungsbereiche aus und beschäftigt mehr als 40 Tausend Therapierende (Waltersbacher, 2022).

Mit Fokus auf regionale Ausprägungen zeigen sich Differenzen in den Angaben zu Behandlungs- und Umsatzzahlen in Deutschland. Ostdeutsche Regionen haben einen erhöhten Bedarf an therapeutischen Leistungen und das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern belegt mit über fünftausend Behandlungen je eintausend gesetzlich Versicherten den dritten Rang im Bundesvergleich. Diese hohe Nachfrage äußert sich auch in Umsatzsteigerungen der Physiotherapie, die von 2018 auf 2020 um mehr als ein Viertel zugenommen haben (Waltersbacher, 2022). Physiotherapeutische Behandlungen werden von allen Altersgruppen in Anspruch genommen. Die Anzahl der Behandlungen steigt mit zunehmendem Alter an und insbesondere Menschen ab dem späten Erwachsenenalter werden häufig physiotherapeutisch betreut (Waltersbacher, 2022).

Seit sich das Internet etabliert hat und die Bevölkerung Zugang dazu und zu internetfähigen Geräten erhalten hat, haben sich auch digitale Spiele weit verbreitet und sind in vielen Bereichen des Lebens anzutreffen (Bottel & Kirschner, 2022). Die Reichweite des Spielmarktes verdeutlicht sich anhand seines steigenden, weltweiten Umsatzes von 196,8 Milliarden US-Dollar (Newzoo, 2022) und einem deutschen Anteil von rund zehn Milliarden Euro (Statista, 2022a). Neben Smartphone- und Computerspielen werden auch Videospiele und Konsolen in diese Kategorie gezählt und verdeutlichen die Wertigkeit der digitalen Branche, die 2020 91 Prozent der Umsätze ausmachte (PC Games, 2020). Im Jahr 2021 besaß jeder dritte Privathaushalt in Deutschland eine Spielekonsole. Dieser Wert hat sich seit der Einführung der Nintendo Wii als massentaugliche Heimkonsole im Jahr 2006 verdoppelt (Nintendo, 2022; Statista,

2022b). Es wurden allein im letzten Jahr 2,25 Millionen Spielekonsolen in Deutschland verkauft. Aufgrund ihrer Beliebtheit werden sie laut einer Umfrage von mehr als der Hälfte der Deutschen gespielt (Statista, 2022c).

Digitale Spiele lassen sich nicht nur zu Unterhaltungszwecken nutzen sondern können auch ernsten Absichten dienen, indem sie unter anderem für Präventions- und Interventionsmedien genutzt werden (Schmidt et al., 2016). Sie werden als *Serious Games* und im Gesundheitsbereich als *Serious Games for Health* bezeichnet (Wiemeyer, 2016), die in der Rehabilitation stetig populärer werden (Laver et al., 2017). Eine Unterform sind die *Exergames*, spielerische Übungen für Patient*innen mit Fokus auf die Betätigung des ganzen Körpers und großen Muskelgruppen zur Therapie und Rehabilitation (Stintzing, 2022). In den letzten Jahren hat das Forschungsinteresse an Exergames zugenommen (Gao et al., 2015) und ihre Wirksamkeit und Effektivität konnten bereits in einigen Studien und Übersichtsarbeiten nachgewiesen werden, die sich überwiegend auf die positiven Eigenschaften hinsichtlich therapeutischer Fortschritte der Patient*innen bezogen (Staiano & Flynn, 2014; Stintzing, 2022). Zudem seien sie attraktiv, weil sie über zahlreiche Merkmale verfügen, die sich unter anderem vorteilhaft auf ausgewählte Altersgruppen auswirken können und individuell anpassbar sowie interaktiv sind (Imam et al., 2018). Diese Ergebnisse können durch empirische Untersuchungen belegt werden die nicht zuletzt von Imam et al. (2018), Nguyen et al. (2019) und Tobaigy et al. (2018) durchgeführt wurden. Von diesen Forscherteams werden außerdem Aussagen zum Verbleib von Studien zu den Meinungen von Therapeut*innen getroffen, die bisher selten das Ziel der Analysen waren und ausgebaut werden sollten, um ihre Akzeptanz bestärken und die Nutzung in der Praxis empirisch belegen zu können (Imam et al., 2018).

1.2 Zielstellung der Arbeit

Auf der Grundlage der vorangegangenen Äußerungen verdeutlichen sich zwei Probleme. Das erste Problem beschreibt die Auswirkungen des demographischen Wandels in Deutschland gemeinsam mit daraus resultierenden, steigenden Bedarfen im Gesundheitswesen und gepaart mit einem flächendeckenden Fachkräftemangel der Gesundheitsberufe (Bundesagentur für Arbeit, 2022; Eiff et al., 2011; Robert Koch-Institut, 2015). Die Digitalisierung könnte eine Lösung darstellen, bildet aber das zweite Problem, da sie ihre Schwachstellen durch die pandemische Situation aufgezeigt bekam und sich der unzureichende Grad der Digitalisierungsstruktur im deutschen Gesundheitsbereich allgemein aufzeigte (European Commission, 2019). Wo es möglich

war sollten in den letzten zwei Jahren in allen Bereichen soziale Interaktionen eingeschränkt werden, unter anderem und insbesondere im Gesundheitswesen (Corona-ArbSchV, 2022/28.09.2022). Darunter fallen auch die Heilmittelerbringenden wie Physiotherapeut*innen, die für adäquate Behandlungen auf persönliche Kontakte mit Patient*innen angewiesen sind, diese aber aufgrund genannter Gesetzeslage einschränken sollten (Physio Deutschland, 2022b). Für die Zeit der Einschränkungen wurde es ihnen rechtlich ermöglicht Therapien via Videobehandlungen durchzuführen, was als eine Neuerung angesehen werden kann. Diese Regelungen gelten als Sondermaßnahmen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022), wurden aber aktuell zugunsten der Implementierung der Digitalisierung generell und spezifisch in der Physiotherapie beibehalten (HeilM-RL, 2022/17.02.2022). Aus dieser Richtlinie geht weiterhin hervor, dass digitale Gesundheitsanwendungen aktuell nicht als Heilmittel angesehen werden und Exergames folglich nicht als abrechenbare Therapie eingesetzt werden können.

Trotz der Entwicklungen im Rahmen einer digitalen Physiotherapie steht sie diesbezüglich erst am Anfang. Die aktuelle Literatur beschreibt überwiegend die Meinung von Patient*innen zum Einsatz digitaler Behandlungsmethoden und Spiele und betrachtet die Sichtweisen der Therapierenden nebensächlich (Imam et al., 2018). Sie stellen jedoch eine gute Möglichkeit dar, vulnerable Gruppen und therapiemüde (Langzeit-)Patient*innen für ihre Behandlungen zu begeistern (Imam et al., 2018).

Diese Arbeit zielt darauf ab, anhand von Gesprächsrunden mit Physiotherapeut*innen herauszufinden, inwiefern sie digitale Spiele in Form von Exergames nutzen und wie sie ihren Einsatz bewerten. Es soll die Lücke in der Forschung zur Akzeptanz der Spiele aus Sicht der Therapierenden geschlossen werden, indem eine erste Untersuchung für ein Bundesland in Deutschland vorgenommen wird. Dafür wird das etablierte UTAUT-Modell herangezogen, welches die Akzeptanz von Nutzenden in Bezug auf neue Technologiesysteme messen kann (Venkatesh et al., 2012) und bereits erfolgreich im Kontext von Gesundheitstechnologien angewendet wurde (Egger, 2018).

1.3 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn dieser Arbeit werden theoretische Hintergründe geliefert, um den Forschungsprozess nachvollziehen zu können. In Kapitel zwei wird in Auszügen die physiotherapeutische Praxis in Deutschland vorgestellt. Daran schließen sich ausführliche Darstellungen zu Exergames in der Physiotherapie. In den Unterpunkten

von Kapitel drei werden neben einer Definition und der Entwicklungshistorie der Spielbegrifflichkeit auch gesetzliche Regelungen thematisiert. Zudem stehen der aktuelle Forschungsstand und die vorherrschende Forschungslücke zu Exergames in der Physiotherapie im Vordergrund dieses Kapitels. Es schließt mit der Vorstellung des theoretischen Modells, was dieser Ausarbeitung zugrunde liegt. In Kapitel vier präsentiert sich die Fragestellung der Untersuchung. Darauf folgt in Kapitel fünf die Erläuterung der Methodik. Das Kapitel gliedert sich in relevante Aspekte der Planung und Durchführung einer Fokusgruppe und beläuft sich auf die Rekrutierung der Teilnehmenden, die Erarbeitung eines Leitfadens sowie die generelle Vorbereitung und die Durchführung eines Pretests. Anschließend folgen Beschreibungen der Verschriftlichung und Auswertung der gewonnenen Daten.

Kapitel sechs bildet die Analyse ab und stellt die ersten Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz vor. Im Anschluss präsentiert Kapitel sieben die verbliebenen Phasen der Analyse und geht in den Ergebnisbericht über, der auf die zentralen Resultate verweist und die Aussagen der Teilnehmenden der Fokusgruppe ausführlich schildert. Darauf folgt die Diskussion dieser Ergebnisse, zuerst als Interpretation und dann als kritische Auseinandersetzung mit der vorab präsentierten, aktuellen Literatur. Schließlich werden die Wahl und Umsetzung der Methode sowie der Forschungsprozess der Untersucherin hinterfragt und Limitationen der Arbeit aufgezeigt. Abschließend werden in Kapitel neun ein Fazit gezogen und Handlungsempfehlungen für die Praxis aus den Ergebnissen abgeleitet.

2. Physiotherapeutische Praxis in Deutschland

Im Verlauf dieses Kapitels werden grundlegende Informationen zum Berufsbild Physiotherapeut*in dargestellt, ein prägnanter Abriss dessen Entstehung gegeben und die aktuelle Situation des Fachbereiches eruiert.

Der Begriff Physiotherapie setzt sich aus den altgriechischen Wörtern ‚*physis*‘ – Natur/natürlich (Duden, 2022a) und ‚*therapeia*‘ – Dienst/dienen (Duden, 2022b) zusammen, wodurch sich die naturgemäße Behandlung von Kranken ergibt. Die Definition des Weltverbandes für Physiotherapie beschreibt die Therapierenden als Dienstleistende, die bestrebt sind, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit ihrer Patient*innen zu entwickeln, aufrechtzuerhalten und wiederherzustellen. Dies geschieht

in allen Altersgruppen und bei jeglichen Erkrankungen. Physiotherapeut*innen bedienen damit alle Bereiche der Gesundheitsförderung: Prävention, Behandlung und Rehabilitation (World Physiotherapy, 2022). Schon in der Antike kam einem gesunden Körper ein gewisses Maß an Bedeutung zuteil, jedoch dauerte es bis zur Zeit der Aufklärung, um diese Tatsache ins menschliche Bewusstsein zu befördern. In diesem Zeitalter finden sich die Wurzeln der Krankengymnastik in Form einer ‚erzieherischen Gymnastik‘. Der deutsche Arzt Albert Neumann ließ sich dadurch inspirieren und bildete ab Mitte des 19. Jahrhunderts Gymnastinnen in Berlin aus, die etwas später anerkannt wurden. Ab 1970 wurde aus dem bisher reinen Frauenberuf auch eine Attraktion für Männer und aus den Krankengymnastinnen in der DDR offizielle Physiotherapeutinnen. Die Berufsbezeichnung wird mit der Wiedervereinigung auch in Westdeutschland eingeführt. Seit 2001 besteht die Möglichkeit eines Studiums der Physiotherapie und bildete damit den Start der Akademisierung des Berufes (Hüter-Becker, 2010).

Die Physiotherapie gehört zu den Heilberufen und unterliegt dem Masseur- und Physiotherapeutengesetz, welches 1994 verabschiedet wurde. Maßnahmen und Verordnungen werden zusätzlich in der Heilmittelrichtlinie geregelt und im Heilmittelkatalog organisiert (HeilM-RL, 2022/17.02.2022). Die Bedeutung des Fachbereiches lässt sich anhand des Heilmittelberichtes darlegen, der alle erbrachten Maßnahmen eines Jahres bündelt und darauf verweist das die Physiotherapie mit rund 70 Prozent den größten Anteil im Jahr 2020 ausmacht, neben Ergo- und Sprachtherapie sowie Podologie (Waltersbacher, 2022). Um diese große Anzahl an Behandlungen vollbringen zu können werden viele Beschäftigte in der Physiotherapie und ausreichend Nachwuchskräfte gebraucht. Seit zehn Jahren ist die Zahl der Schüler*innen in der Physiotherapie rückläufig, jedoch im Schuljahr 2020/2021 zum ersten Mal wieder gestiegen (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., 2022a). Von rund 166 Tausend beschäftigten Physiotherapeut*innen in Deutschland Ende 2021 waren etwa zwei Prozent in Mecklenburg-Vorpommern tätig (Physio Deutschland, 2022a; Radtke, 2022). Die letzten Angaben aus dem Jahr 2015 ergaben damit eine Dichte von 1323 Therapeut*innen je Einwohner*in im Bundesland und orientieren sich am unteren Mittelfeld des Bundesdurchschnitts (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern, 2015; Statista, 2016). Nichtsdestotrotz beklagt die Branche einen bundesweit stark ausgeprägten Fachkräfteengpass, auch in Mecklenburg-Vorpommern (Bundesagentur für Arbeit, 2022).

3. Exergames in der Physiotherapie

In diesem Kapitel folgen weitere Erläuterungen zum theoretischen Hintergrund, die sich auf die Technologien der Exergames beziehen und ihren Stellenwert in der Physiotherapie offenlegen. Zu Beginn wird eine Begriffsklärung vorgenommen und ein kurzer Überblick über die Entwicklung und gesetzliche Verortung von Exergames gegeben, da sie einen zentralen Stellenwert in dieser Arbeit einnehmen. Daran schließen sich Modelle und Instrumente zur Messung der Akzeptanz von Therapierenden gegenüber neuen Technologien an. Der aktuelle Forschungsstand und bestehende Forschungslücken bilden mit einer Zusammenfassung den Abschluss der theoretischen Betrachtungen.

3.1 Definition und Entwicklung

Unter digitalen Spielen werden zumeist Entertainment-Spiele verstanden, die einem Unterhaltungszweck dienen (Dörner et al., 2016). Das Potenzial von digitalen Spielen liegt dagegen auch in anderen Bereichen, wie der „[...] Vermittlung von Lerninhalten oder auch [der] Verbesserung des Gesundheitsverhaltens [...]“ (Trauzettel, 2021, S. 45) Werden sie unter einer dieser Prämissen eingesetzt und machen gleichzeitig Spaß, werden sie als *Serious Games* bezeichnet (Wiemeyer, 2016). Liegt ihr Anwendungsbereich komplett im Gesundheitswesen differenziert sich die Bezeichnung auf *Serious Games for Health* oder *Digital Games for Health*. Gebrauchen die Spielenden ihren Körper in Kombination mit Sensoren oder Kameras zur Steuerung ergibt sich schließlich der Terminus *Exergames* (Wiemeyer, 2016). Der Neologismus Exergame setzt sich aus den englischen Begriffen *exercise* und *game* zusammen und kann mit Oh und Yang (2010) wie folgt definiert werden: „[...] experiential activity in which playing exergames or any videogames that requires physical exertion or movements that are more than sedentary activities and also include strength, balance, and flexibility activities.“ (Oh & Yang, 2010, S. 10) In der Literatur hat sich diese Definition noch nicht vollends durchgesetzt, weshalb die Forschenden die Begriffe *active (video-)gaming* und zahlreiche andere häufig synonym verwenden (Oh & Yang, 2010; Schneider, 2008).

3.2 Digitalisierung und rechtliche Grundlagen

Die Digitalisierung wurde mit dem ‚Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz)‘ (DVG, 2019/09.12.2019)

im Gesundheitswesen allgemein vorangetrieben. Das Gesetz wurde im Jahr 2019 verabschiedet und ermöglichte eine gesicherte medizinische sowie therapeutische Versorgung in Zeiten der Pandemie, da es die rechtliche Grundlage für telemedizinische Leistungen legte (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Für die Heilmittelerbringenden und insbesondere Physiotherapeut*innen bedeutet dies, dass sie in Zeiten von Kontaktbeschränkungen Behandlungen via Video durchführen durften. Die Videotherapie bleibt nach längerem Verhandeln zwischen den beteiligten Akteur*innen bestehen, wird in die Regelversorgung übernommen (HeilM-RL, 2022/17.02.2022) und damit offiziell vergütet (Vergütungsvereinbarung/04.04.2022). Auch wenn das Digitale-Versorgung-Gesetz den Ärzt*innen die Verschreibung von digitalen Gesundheitsanwendungen gewährt, sind sie laut Heilmittelrichtlinie nicht im Rahmen dieser für die Physiotherapie zugelassen: „Insbesondere stellen [...] digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) keine Behandlung im Sinne dieser Richtlinie dar.“ (HeilM-RL, 2022/17.02.2022, 19) Exergames sind folglich aktuell nicht abrechenbar, könnten diese Position jedoch in Zukunft erreichen, wenn sie als digitale Gesundheitsanwendungen anerkannt und passende gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dafür müssten sie „[...] vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommen w[erden] [...].“ (DVG, 2019/09.12.2019, 2564) Grundlegend wird den Therapiepraxen mit der Gewährung von Pauschalen für Soft- und Hardware geholfen, das nötige technische Equipment zur Durchführung von telemedizinischen Leistungen und damit auch Exergames zu erwerben (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., 2022b). Ein Anfang zur Implementierung von Exergames wurde geschaffen.

3.3 Forschungsstand zu Exergames in der Physiotherapie

Der aktuelle Stand der Forschung zum Einsatz von Exergames bildet eine Vielzahl an Anwendungsmöglichkeiten ab und hat in den letzten 10 Jahren zugenommen. Dennoch beschreiben die meisten Studienautor*innen die Forschungslage als ausbaufähig (Hamilton et al., 2019; Staiano & Flynn, 2014).

Im Jahr 2014 wurde eine systematische Übersichtsarbeit von Staiano und Flynn zum Einsatz von aktiven Videospiele im therapeutischen Kontext durchgeführt. Sie betrachteten spielerische Anwendungen in rehabilitativen Behandlungen, stellten aber hinsichtlich vorliegender Merkmale der Patient*innen keine Bedingungen an die eingeschlossenen Studien. Dagegen fokussierten weitere Untersuchungen zumeist

individuelle Altersgruppen und/oder spezifische Fachbereiche und Diagnosen im Hinblick auf den Einsatz von digitalen Spielen. Die Studie von Imam et al. (2018) konzentriert sich neben der Aufdeckung der Prävalenz kommerzieller Spiele auf die Perspektiven der Therapierenden zum Einsatz in der prothetischen Rehabilitation. Sie berichten von den Vorteilen der Motivation, der Ergänzung des Maßnahmenkataloges und Nachempfindung von Freizeitsportspielen, um die zu Therapierenden für die Behandlungen begeistern zu können. Als Nachteile führen die Untersuchenden mangelnde Zeit und Vertrautheit bei den Physio- und Ergotherapeut*innen an. Baluz et al. (2022) stellten das ‚Rehabilitate Spiel‘ ins Zentrum ihrer Untersuchung. Sowohl Patient*innen mit diversen motorischen Einschränkungen an der oberen Extremität als auch Physiotherapeut*innen testeten das Spiel. Sie sollten es auf seine Handhabe und Benutzerfreundlichkeit hin bewerten, da es perspektivisch im Krankenhaus und als Heimanwendung genutzt werden soll. Die Proband*innen sprachen sich dafür aus, dass wenig Material und keine oder kaum Umbauten an der Technik und den Räumlichkeiten nötig sein sollten und adäquate Rahmenbedingungen von Bedeutung sind.

In einigen Studien lag der Forschungsschwerpunkt im pädiatrischen Bereich. D. E. Levac und Miller (2013) sprachen in Interviews mit Physiotherapeut*innen über ihre Beobachtungen und Eindrücke zum Gebrauch der Nintendo Wii in Behandlungen mit Kindern, die an erworbenen Hirnverletzungen leiden. Sie berichteten von diversen Möglichkeiten, die sich durch den Einsatz der Spielekonsole bieten, weisen aber auch auf den resultierenden Unterstützungsbedarf hin. Die Studie von D. Levac et al. (2018) weist ebenso auf einen Bedarf an Unterstützung und weiterer Forschungen hin, der sich auf die Anwendung eines Tablet-Spiels für Kinder mit Beeinträchtigungen bezieht. In ihre Untersuchung wurden Patient*innen und Therapeut*innen einbezogen und trafen Aussagen über die Benutzerfreundlichkeit des Spiels. Ein Kinderkrankenhaus war der Untersuchungsort für eine Studie zur Einschätzung der Verwendung von Virtual Reality für junge Altersgruppen. Therapierende unterschiedlichster Fachrichtungen füllten den sogenannten ADOPT-VR2 Fragebogen aus, setzten digitale Spiele über einen Zeitraum von fünf Monaten ein und gaben daraufhin erneut ihre Ansichten zu Handhabe, Barrieren und anderen Faktoren an (Banerjee-Guénette et al., 2020). Der Überblick von Benzing und Schmidt (2018) fasst die Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Gefahren des Einsatzes von Exergames zusammen, die sich im Umgang mit Kindern und Jugendlichen und der Steigerung ihrer Gesundheit durch körperliche Aktivität ergeben.

Weitaus mehr Studien wurden im neurologischen Fachbereich durchgeführt. Die Intention der folgenden Untersuchung ist die Aufdeckung der therapeutischen Nutzung des virtual-reality Systems GestureTek. Therapierende aus zwei ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen gaben Informationen zum Einsatz dieses Systems bei Patient*innen mit erworbenen Hirnverletzungen wieder. Sie ist die erste Studie die den Gebrauch von virtueller Realität in der Rehabilitation dieser Diagnosegruppen aufzeigt (Glegg et al., 2014). In der Arbeit von Forsberg et al. (2015) werden Patient*innen mit Multipler Sklerose in Interviews und ihre Physiotherapeut*innen in Fokusgruppen zum Einsatz der Nintendo Wii in ihren Behandlungen befragt. Beide Gruppen trafen Aussagen zu ihren Erfahrungen, den Auswirkungen der spielerischen Übungen und ihre Benutzerfreundlichkeit. Die Studie betrachtete in diesem Zusammenhang als eine der ersten sowohl die Perspektiven der Patient*innen als auch der Therapeut*innen (Forsberg et al., 2015).

Eine Vielzahl an Untersuchungen wurde mit Schlaganfall-Patient*innen durchgeführt. Die systematische Übersicht von Corbetta et al. (2015) bietet aussagekräftige Antworten auf die Fragen an, ob eine Rehabilitation auf Basis von virtueller Realität bessere Ergebnisse bei Schlaganfall-Patient*innen liefert als konventionelle Methoden. Dabei wurden insbesondere das Gangtempo, das Gleichgewicht und die Mobilität der Proband*innen betrachtet. In einer Studie mit Fokusgruppen diskutierten Physio- und Ergotherapeut*innen über ihre Erfahrungen mit virtuellen Trainingssystemen und leiteten Barrieren für den Praxiseinsatz mit Schlaganfallpatient*innen in Krankenhäusern ab (Schmid et al., 2016). Auch Pallesen et al. (2018) erforschten die Nutzung virtueller Technologien für Patient*innen nach einem Schlaganfall, die an primären Problemen mit der oberen Extremität leiden. Sie eruierten die Sichtweisen von mehreren Therapieberufen und den Betroffenen in Fokusgruppen und Einzelinterviews, um Informationen über ihre Erfahrungen zu erlangen.

Mit dem genannten Patienten Klientel führten Funabashi et al. (2018) praktische Evaluationen eines ‚serious game‘ mit virtueller Technologie durch, um die obere Extremität zu trainieren. Das Experiment wurde mit Patient*innen und Physiotherapeut*innen vollzogen und sie auf ihre Akzeptanz gegenüber den Spielen getestet. Dafür füllten sie einen Fragebogen aus, spielten das Spiel und wiederholten die Beantwortung. Beide Seiten argumentierten mit Vor- und Nachteilen wie einer gesteigerten Motivation durch das Spiel, der Möglichkeit zur Heimanwendung und der klaren Aussage, dass die Technik die traditionellen Methoden ohne weitere Forschungen nicht ersetzen wird. Und die Forschenden um Nguyen et al. (2019) führten

Interviews mit Physio- und Ergotherapeut*innen zur Nutzung von virtuellen Exergames in der Therapie mit Patient*innen im sub-akuten Schlaganfallstadium durch. Diese befanden sich im Krankenhaus und ließen die Befragten diverse Hürden der Spiele äußern, wie beispielsweise Probleme durch Sprachbarrieren wie Aphasien infolge des Anfalls oder die limitierte Nutzbarkeit bei Personen mit starken Bewegungseinschränkungen. Schlussfolgernd sollten die jeweiligen Einrichtungen für die Gewährleistung adäquater Rahmenbedingungen sorgen, um die Exergames erfolgreich einsetzen zu können.

Während der Literaturrecherche wurden zahlreiche Studien mit älteren Proband*innen gefunden, weshalb die Geriatrie neben der Neurologie einen verstärkten Interessensbereich für die Forschenden darzustellen scheint. Den Ergebnissen des Fragebogens von Tobaigy et al. (2018) zufolge sind die meisten Physiotherapeut*innen mit Exergames vertraut und sehen den größten Vorteil in ihrer Motivationsfähigkeit. In Anbetracht ihrer alten und älteren Proband*innen führen sie das erhöhte Sturzrisiko als die größte Hürde im Umgang mit Exergames an. Zudem beschäftigt sich die Dissertation von Trauzettel (2021) sehr intensiv mit der Implementierung von serious games in den Alltag von Senior*innen in Pflegeheimen. In drei Schritten wurden unterschiedliche Methoden eingesetzt, um die älteren Menschen und die beteiligten Therapierenden zum Einsatz digitaler Spiele zu befragen und die damit einhergehenden Anforderungen aufzudecken. Die Ergebnisse unterstreichen die Chancen der Technik und weisen auf einige Barrieren hin. Insgesamt besitzen sie viel Potenzial und sollten zukünftig, unter entsprechender Evidenz, weiter ausgebaut werden.

Schließlich stehen im Zentrum der systematischen Übersichtsarbeit von Hamilton et al. (2019) die Erfahrungen von Therapierenden zum Einsatz von feedback-basierten Technologien in der Rehabilitation. Es wurden nur solche Studien in die Analyse eingeschlossen, die sowohl Physio- als auch Ergotherapeut*innen als Proband*innen betrachteten. Die Forschenden identifizierten folgende vier Kernpunkte: die Vorteile der Nutzung, praktische Aspekte der Nutzung, den Unterstützungsbedarf und dessen Umsetzung. In den Studien wurden von den Therapierenden zahlreiche Vorteile der Anwendung dieser Technologien benannt, die sie für ihre Patient*innen und sich selbst sehen, sowie das Potenzial der Spiele hervorgehoben.

Zusammenfassend lässt sich die Studie von Hamilton et al. (2022) zitieren, die auf die genannte Arbeit dieser Autor*innen aufbaut (Hamilton et al., 2019). Beginnend mit einer randomisierten kontrollierten Studie untersuchten die Forschenden nur die Sichtweisen von Physiotherapeut*innen auf die Tauglichkeit von feedback-basierten Technologien in

der Rehabilitation. Daran schloss sich eine Fokusgruppe an, um bestmögliche Spiele für die Altersfürsorge und in der neurologischen Rehabilitation ausfindig zu machen. Die Ergebnisse weisen auf drei Kernindikatoren hin, deren Ausprägungen für die Nutzung der Technik aus Sicht der Physiotherapeut*innen von Bedeutung sind: die Durchführbarkeit und der therapeutische Nutzen, der Kontext und die Verfügbarkeit der Technik sowie die Unterstützungsmöglichkeiten (Hamilton et al., 2022).

3.4 Kritische Würdigung des Forschungsstandes

Die Mehrheit der Studien zum Einsatz von Exergames zu therapeutischen Zwecken stellt die Sichtweisen der Patient*innen in den Vordergrund und nutzt Aussagen von Therapierenden lediglich, um diese zu bekräftigen. Wenige der angeführten Untersuchungen betrachten ausschließlich die Meinungen von Seiten der Praktizierenden und wenn, dann schlossen sie zumeist Ergotherapeut*innen in ihre Arbeiten mit ein. Forschungsergebnisse zum Wissen und den Erfahrungen von Physiotherapeut*innen zur Nutzung von digitalen Spielen in Behandlungen sind lückenhaft oder fehlen bisher gänzlich (Imam et al., 2018; Tobaigy et al., 2018). Die Evidenz zur Effektivität von Spielekonsolen und Exergames in der Rehabilitation sollte ausgebaut werden, um unter anderem die Akzeptanz der Physiotherapeut*innen zu erhöhen, sie zum Einsatz der Technik zu motivieren und Unterstützungsangebote zu fördern (Hamilton et al., 2019). Aktuell fokussieren die meisten Studien, wie oben aufgezeigt, spezifische Diagnosen, Settings und/oder Altersgruppen als Ein- und Ausschlusskriterien in ihren Untersuchungen. Es bedarf weiterer, größerer Studien mit anderen Schwerpunkten oder einer ganzheitlich therapeutischen Sicht, da sich die gegenwärtige Forschungslage viel mit neurologischen, pädiatrischen und geriatrischen Patient*innen befasst (Hamilton et al., 2019).

Aus den Betrachtungen von Imam et al. (2018) gehen weitere offene Fragen hervor, die den Einsatz von digitalen Spielen in der physiotherapeutischen Praxis betreffen. Aktuelle Studien treffen keine Aussagen zum zeitlichen Einsatz von Exergames, das heißt in welchen Stadien der Krankheit oder Genesung eignen sich die Spiele zur Behandlung der Patient*innen? Welche Altersklassen stellen vulnerable Gruppen für ihre Nutzung dar? Lassen sie sich als Heimübungsprogramm empfehlen? (Imam et al., 2018). In zahlreichen Forschungsarbeiten wiesen die Autor*innen daraufhin, dass die Studienlage zu den Meinungen von Therapierenden zu digitalen Spielen und Exergames ausbaufähig ist. Dergleichen Analysen könnten Spieleentwickler*innen jedoch relevante

Informationen liefern, um adäquate Spieldesigns für therapeutische Zwecke erstellen zu können, die an die Bedürfnisse der Patient*innen und Therapeut*innen angepasst sind (Hamilton et al., 2019; D. E. Levac & Miller, 2013; Proffitt et al., 2019).

3.5 Wirksamkeit und Akzeptanz von Exergamingsystemen

In der Literatur wurden Richtlinien entwickelt und Modelle konstruiert, um die Wirksamkeit von Exergames als Therapiemittel abbilden zu können. Das Vier-Ebenen-Modell nach Mueller et al. (2011) kann als Grundlage für Untersuchungen zu Effekten der Wirksamkeit der Spiele genutzt werden, da es aufzeigen kann, welche Komponenten der Patient*innen dadurch trainiert werden. Um die Meinungen von Physiotherapeut*innen zu Exergames sichtbar zu machen kann eine Messung der Akzeptanz von Nutzer*innen im Rahmen von neuen Technologien durchgeführt werden. Die meistgenutzten Modelle zur Untersuchung der Akzeptanz von technologischen Systemen im Gesundheitsbereich stellen das *technology acceptance model* (TAM) (Dünnebeil et al., 2012) und die *unified theory of acceptance and use of technology* (UTAUT) (Maillet et al., 2015) dar (Tavares & Oliveira, 2016). Da das TAM keine Barrieren in seinen Ausführungen berücksichtigt (Dünnebeil et al., 2012) und die Meinungen von Therapierenden sowohl positive als auch negative Aspekte hervorbringen werden, fiel die Wahl auf das UTAUT. Auf Grundlage des Basis UTAUT Modells (Venkatesh et al., 2003) wurde eine Folgeversion entwickelt, die an aktuelle Forschungen angepasst war – UTAUT2 (Venkatesh et al., 2012). Die Modelle zielen mit einem Fragebogen darauf ab die Wahrscheinlichkeit vorherzusagen, mit derer eine bestimmte Technik von Nutzenden akzeptiert wird. Vier Konstrukte wurden identifiziert: Leistungserwartung, erwarteter Aufwand, sozialer Einfluss und begünstigende Bedingungen (Venkatesh et al., 2003). In der folgenden Fassung wurden die Faktoren Hedonismus, Kosten, Gewohnheit, Verhaltensabsicht und Benutzung ergänzt. Außerdem spielen das Alter, das Geschlecht und die Erfahrungen der Zielpersonen eine Rolle (Venkatesh et al., 2012). Die aktuelle Version fand bereits in diversen Studien zur Messung der Akzeptanz von neuen gesundheitsbezogenen Systemen Anwendung, wenn es um die Sicht der Professionellen ging (Egger, 2018). Außerdem erfüllen beide Versionen die Anforderungen an wissenschaftliche Gütekriterien der Forschung (Harborth & Pape, 2018). Das UTAUT2 in seiner visuellen Modellform ist im Anhang dargestellt.

In der Studie von Nguyen et al. (2019) erfuhr das Modell eine Praxisanwendung in Bezug auf Virtual Reality Exergames und lieferte Ergebnisse zu wahrgenommenen Chancen und Hürden der Spiele aus therapeutischer Sicht.

In Anlehnung an die Theorien nach Venkatesh et al. (2012) und weiteren Modellen wurden in Studien neue Instrumente entwickelt, um die Akzeptanz von Technologiesystemen zu messen. Glegg et al. (2013) konzipierten den ADOPT-VR vor dem Hintergrund ihrer Forschungsfrage, welche Faktoren Therapierende beeinflussen Virtual Reality in der Behandlung anzuwenden. Er sollte Chancen und Barrieren des Einsatzes der Technik aufzeigen und Strategien für eine erfolgreiche Implementierung zusammentragen. Auf diese Untersuchung baut die Studie von D. Levac et al. (2017) auf, die den ADOPT-VR2 einführten um weitere Daten zu sammeln und zudem spezifischer die Belange der Therapierenden abbilden zu können. Außerdem schließt die Arbeit neben Virtual Reality Systemen auch aktive Videospiele mit ein. Die Forschenden betrachteten zusätzlich zu Chancen und Barrieren der Anwendungen die Nützlichkeit der Spiele und Selbstwirksamkeit der Therapierenden.

3.6 Zusammenfassung des theoretischen Hintergrundes

Physiotherapeutische Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen sind dann erfolgreich, wenn sie durch eine hohe Zahl an Wiederholungen gekennzeichnet sind und ein regelmäßiges Üben durch intensive und spezifische Inhalte stattfindet (Veerbeek et al., 2014). Leider sind die Therapiezeiten durch äußere Rahmenbedingungen begrenzt (GKV-Spitzenverband, 2021) und limitieren die aktive Übungszeit für Patient*innen (West & Bernhardt, 2012). Dieser Umstand ließe sich durch den Einsatz von modernen Technologien verändern, indem zusätzliche Trainingszeiten Zuhause durchgeführt werden können, teilweise sogar ohne Beisein von Therapierenden (Corbetta et al., 2015). In dieser Studie von Corbetta et al. (2015) zeigten sich bessere Behandlungsergebnisse bei den Schlaganfall-Patient*innen die Virtual Reality Systeme nutzten als bei den Personen ohne. Folglich sollte untersucht werden wie sich digitale Spiele und Exergames zielgerichtet und effektiv in die physiotherapeutische Praxis integrieren lassen, um sie als digitale Gesundheitsanwendungen anzuerkennen. Dafür benötigt es eine über den aktuellen Zustand hinausgehende Forschung, die Möglichkeiten und Barrieren des Einsatzes der Technik in der Praxis betrachtet und sich auf die Sichtweisen der Physiotherapeut*innen bezieht (Imam et al., 2018), die auf der Grundlage von Modellen mit nachweislich wissenschaftlichen Gütekriterien erfolgt.

4. Fragestellung

Aus der zugrundeliegenden Theorie, der vorgestellten aktuellen Studienlage und dem bestehenden Forschungsinteresse lässt sich die Forschungsfrage ableiten. Durch Fokusgruppen soll beantwortet werden welche Chancen und Hürden bei der Nutzung von Exergames durch Physiotherapeut*innen festgestellt werden und wie sich diese Faktoren ausbauen oder mindern ließen. Von der Untersuchung ausgeschlossen werden andere Gesundheitsfachberufe sowie die Sicht der Patient*innen, ebenso wie therapeutische Einrichtungen und Therapierende aus anderen Bundesländern. Die Limitierung erfolgt auf der Grundlage einer größeren Studienlage bezüglich der Patient*innensicht und einem Vor-Ort Interesse durch die Lokalisierung in Mecklenburg-Vorpommern.

Da es sich um ein exploratives Verfahren handelt werden vorab keine Hypothesen gebildet. Zudem verfolgt die Methode der Fokusgruppe nicht die Absicht Hypothesen zu testen, sondern kann diese generieren (Bürki, 2000; Tausch & Menold, 2015). Mit der Wahl dieser Form der qualitativen Sozialforschung wird das Ziel angestrebt, Grundtendenzen anzugeben und Handlungsempfehlungen zu äußern, indem das Wissen der Therapeut*innen eruiert und ihre Meinungsvielfalt zum Thema dargestellt werden. Generell wird eine ergebnisoffene Haltung verfolgt.

Die Forschungsfrage lautet wie folgt:

Welche Aspekte bestimmen die Akzeptanz von PhysiotherapeutInnen in Mecklenburg-Vorpommern zum Einsatz von Exergames in der Praxis?

In dieser Untersuchung sollen vornehmlich diese Kernthemen zur Beantwortung der Forschungsfrage herausgearbeitet werden:

- Das aktuelle Wissen von Therapeut*innen zum Einsatz von Exergames,
- die Vor- und Nachteile der Spiele und
- deren zukünftige Einsatzmöglichkeiten.

5. Methodik

In diesem Kapitel werden die zur Datengewinnung vorgenommenen Forschungsmethoden erläutert, um die vorliegende Forschungsfrage beantworten zu können. Nachstehend folgen Erläuterungen zur Wahl der Methodik sowie deren Planung und Durchführung. Die Ausführungen zur Auswertung des erhobenen Materials werden in Punkt 6, Analyse der Daten, näher beschrieben. Alle methodischen und analytischen Schritte werden von der Autorin dieser Arbeit durchgeführt, die gleichzeitig in den Positionen der forschenden Person und Moderatorin der Fokusgruppe interagiert. Als Masterstudentin führte sie bereits qualitative Untersuchungen durch, dies ist jedoch die erste Fokusgruppe.

Wahl der Methode

Auf Basis der Literaturrecherche ergab sich das Bild eines neuen und bisher wenig erforschten Gebietes mit überschaubaren Datensätzen, wodurch sich eine empirische Forschung mit Fokusgruppen implizierte (Tausch & Menold, 2015). Sie eignen sich als qualitative Methode in der Gesundheitsforschung (McLafferty, 2004), werden immer populärer und „[...] erscheinen insbesondere zur Evaluation von Programmen oder Interventionen im Bereich der Gesundheits[wissenschaft] vielversprechend.“ (Hoffmann et al., 2022, S. 8). Außerdem lassen sich durch diese Art von Gruppengesprächen Meinungen und Erfahrungen von Beteiligten gewinnen (Kitzinger, 1995), wie es in dieser Untersuchung das Ziel ist.

Um über die wesentlichen Punkte in dieser Arbeit zu berichten und eine adäquate Studiengüte gewährleisten zu können wird die COREQ-Checkliste für Fokusgruppen (Tong et al., 2007) angewandt sowie Hinweise von Kuckartz und Rädiker (2022) und Informationen aus der Arbeit von Tausch und Menold (2015) einbezogen.

5.1 Datenerhebungsmethode - Fokusgruppenverfahren

Die Fokusgruppe ist ein moderiertes Diskursverfahren über ein vorgegebenes Thema mit einer begrenzten Anzahl an Teilnehmenden (Schulz, 2012; Stewart & Shamdasani, 2017). Weitere Definitionen und Unterschiede zu anderen Verfahren finden sich überwiegend in der Methodenliteratur, die sich auf die Analyse beziehen (Flick et al., 2012). Es finden sich jedoch diese drei elementaren Komponenten in Definitionen zu Fokusgruppen: es ist eine Methode zur Datensammlung, deren Basis die Interaktionen bilden und die durch eine aktiv moderierende Person erreicht wird (Morgan, 1996). Die Ziele dieser Fokusgruppe sind die Exploration von Meinungen und Erfahrungen der

Therapeutinnen (Hoffmann et al., 2022) zu Exergames und die Erforschung dieses bisher wenig bekannten Gebietes.

Ihren Anfang nahm die Methodik im *focused interview* in den USA, durch das die Forschenden merkten, dass Menschen in angenehmer Atmosphäre persönliche Erfahrungen preisgeben (Krueger & Casey, 2015). Daraufhin wurde das fokussierte Interview ab den 1950er Jahren in der Marktforschung eingesetzt (Krueger & Casey, 2015). In dieser Zeit entwickelte sich die Gruppendiskussion als äquivalentes Verfahren im deutschsprachigen Raum. Es dauerte weitere 30 Jahre bis die Fokusgruppe in der qualitativen Forschung in Deutschland und auf internationaler Ebene Einzug fand (Pohontsch et al., 2018). Heute werden Fokusgruppen in diversen Forschungsszenarien und Fachbereichen eingesetzt, unter anderem in der Evaluation von Ergebnissen (Ryan et al., 2014) oder als Instrument zur Akzeptanzanalyse (Schulz, 2012).

Um die Methode etwas differenzierter betrachten zu können nehmen Ryan et al. (2014, S. 330) verschiedene Perspektiven in den Fokus. Die vorliegende Arbeit kann als eine *Theory-building Focus Group* angesehen werden, die sich stärker am sozialpsychologischen Ansatz orientiert. Zu den Merkmalen zählen eine durch die moderierende Person vorgegebene Struktur mit standardisierten Fragen und einem Fokus, der eher auf den Redebeiträgen als den Interaktionen ruht (Ryan et al., 2014). Hinweise zur methodischen Durchführung einer Fokusgruppe gibt es sehr vielfältige (Tausch & Menold, 2015), die sich jedoch in einem Satz zusammenfassen lassen: „There is no single right way to do focus groups.“ (Morgan & Bottorff, 2010, S. 1) – es gibt nicht den einen richtigen Weg um Fokusgruppen durchzuführen, dafür existieren diverse Hinweise auf welche Schwerpunkte geachtet werden sollte (Tausch & Menold, 2015).

Präsenz-Fokusgruppen haben einige Schwachstellen und Barrieren, da sich die Teilnehmenden zur gleichen Zeit an einem Ort einfinden müssen und bereits die Rekrutierung bei stark eingespannten Gruppen herausfordernd sein kann (Stewart & Shamdasani, 2017). Um den Physiotherapeut*innen diese Hürde zu nehmen, ihnen eine Teilnahme an der Diskussion in einem durchgetakteten Arbeitsalltag zu ermöglichen und eventuellen coronabedingten Einschränkungen vorzubeugen wurde sich für eine Online-Fokusgruppe entschieden.

Seitdem ab dem Jahr 2011 vermehrt Webcams in technische Geräte integriert wurden steigt die Nutzung von audiovisuellen Kommunikationsformen und damit verbunden das Forschungsinteresse zu Online-Fokusgruppen (Abrams et al., 2015). Nachweislich

lassen sich auch im digitalen Rahmen adäquate Interaktionen zwischen den Teilnehmenden erzeugen und insgesamt sehr ähnliche Voraussetzungen schaffen (Stewart & Shamdasani, 2017). Weitere Vorteile und Gründe für die Wahl der digitalen Variante sind die Gegebenheit, dass Teilnehmende an Online-Fokusgruppen offenbar bereitwilliger Erfahrungen teilen, da sie von zuhause aus agieren. Zugunsten der Berufstätigkeit konnte ein flexibler Startpunkt der Fokusgruppe am Abend gewählt und auf 19 Uhr festgelegt werden und es musste niemand aufgrund der Regionalität und Anreise ausgeschlossen werden (Dos Santos Marques et al., 2021).

Dadurch wird bereits deutlich das es sich um eine synchrone Konferenz handelt die videobasiert durchgeführt wird, da diese Form mehr Interaktionen und Austausch ermöglicht als eine textbasierte Fokusgruppe (Abrams et al., 2015).

Die Schwierigkeiten einer Online-Fokusgruppe liegen in der Voraussetzung, dass die Teilnehmenden routiniert im Umgang mit der Technik sein müssen (Dos Santos Marques et al., 2021) und diese gleichzeitig zu Problemen führen kann (Abrams et al., 2015). Zudem lassen sich externe Einflüsse und Störfaktoren nicht eliminieren und es könnte zu Herausforderungen in der Identifikation von Sprechenden kommen (Flick, 2007).

5.2 Auswahl und Rekrutierung der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden der Online-Fokusgruppe bildeten ein absichtsvolles Sampling (Schreier, 2017), da sie nach ihrem Beruf, ihrem Wohnort nach Bundesland und ihrem Arbeitsstand ausgewählt wurden. Aus den Merkmalen berufstätige/r Physiotherapeut*in, wohnhaft in Mecklenburg-Vorpommern, sollte sich eine ad-hoc Gruppe bilden, deren Mitglieder sich nicht kennen (Matthews et al., 2018) und nur für den Zweck der Diskussion zusammentreffen (Kühn & Koschel, 2011). Für Online-Fokusgruppen wird von einer Anzahl von drei bis sechs Teilnehmenden ausgegangen (Dos Santos Marques et al., 2021; Lobe, 2017), die jedoch aufgrund von Absagen und spontanen Ausfällen überrekrutiert werden sollte (Tuttas, 2015). Die Suche nach Therapeut*innen fand in online Datenbanken von Verbänden und beruflichen Netzwerken statt und wurde durch eine Internetrecherche ergänzt. Aus diesen Informationen ließ sich eine tabellarische Übersicht erstellen und um die Mailadressen der Personen ergänzen. Von 143 versandten Einladungsmails gab es 20 Rückmeldungen, wovon 16 Absagen waren. Zwei weitere Personen konnten über persönliche Kontakte gewonnen werden, um die Fokusgruppe adäquat durchführen zu können. Es wurde mit sechs Teilnehmenden

gerechnet. Im Anhang verdeutlicht ein Diagramm in Anlehnung an Wentink et al. (2019) und Happe et al. (2021) die Auswahl der Teilnehmenden zur Online-Fokusgruppe. Bei traditionellen Fokusgruppen bestimmen die Forschenden Datum und Zeit der Durchführung (Matthews et al., 2018). Da die digitale Ausführung mehr Möglichkeiten und Flexibilität bietet, wurden, unter Berücksichtigung von Feiertagen und Ferienzeiten (Tausch & Menold, 2015), drei Terminvorschläge an unterschiedlichen Wochentagen und Tageszeiten unterbreitet. Die Therapierenden sollten bei Interesse auf die Einladungsmail antworten und ihre Verfügbarkeit nennen. Aus den Rückmeldungen ergab sich die Festlegung auf den Termin am 18. Mai 2022 um 19 Uhr.

5.3 Leitfaden

Für eine erfolgreiche Durchführung der Fokusgruppe wurde im Vorfeld ein Moderationsleitfaden erstellt (Trauzettel, 2021). Er ist als Anhang 3 auf Seite 86 zu finden. Eine größere Relevanz kommt dem Fragenkatalog zuteil, da er die Struktur der Diskussion vorgibt und die elementaren Aspekte zur Ergebnisgenerierung enthält. Für die Erstellung konnte sich an Richtwerten aus der Literatur angelehnt werden, die von 10 bis 15 Fragen berichten (Mack & Tampe-Mai, 2012; Stewart & Shamdasani, 2017), die als W-Fragen formuliert wurden. Der theoretische Rahmen für die Fragen wurde weitestgehend aus den Studien von Glegg et al. (2013), D. Levac et al. (2017) und Nguyen et al. (2019) entnommen, die sich in ihren Arbeiten auf die Theorie von UTAUT beziehen. Außerdem wurde sich an den Ausarbeitungen von Tatla et al. (2015) und Hamilton et al. (2022) orientiert, da sie auch die Methode der Fokusgruppe angewendet haben. Hilfestellung zur Anfertigung des Fragenkataloges gab das SPSS-Prinzip, das von einem ersten Brainstormen über eine Vorauswahl zum fertigen Leitfaden verhilft (Helfferich, 2009). Zu Beginn zielte eine persönliche Einstiegsfrage darauf ab einen Selbstbezug für die Teilnehmenden herzustellen (Tausch & Menold, 2015) und ins Thema einzusteigen. Daran schließen sich Fragen zu bisherigen Erfahrungen der Teilnehmenden in Bezug auf Exergames, gefolgt von der aktuellen Nutzung sowie Chancen und Hürden. Schließlich liegt das Forschungsinteresse bei Unterstützungsangeboten und dem zukünftigen Einsatz der Spiele. Der ausgearbeitete Fragenkatalog kann ebenfalls im Anhang eingesehen werden.

5.4 Vorbereitung und Pretest

Zur weiteren Datenerhebung wurde in Anlehnung an Trauzettel (2021) ein kurzer soziodemographischer Fragebogen erstellt, der im Anschluss an die Fokusgruppe an die Teilnehmenden verschickt werden sollte (siehe Anhang 5). In die zweite Mail an die Teilnehmenden wurden Informationen zum Datenschutz und eine Einwilligungserklärung integriert, deren Antworten als Bestätigungen und Annahmen gewertet wurden (Lobe, 2017). Den Adressatinnen wurde versichert, dass ihre Daten lediglich im Interesse der Untersuchung dieser Arbeit Verwendung finden. Zudem erhielten sie mit der zweiten Benachrichtigung eine stichpunktartige Übersicht der Fragen, die sie in der Fokusgruppe erwarten würden, um auf den Fokus des Gespräches zu verweisen (Stewart & Shamdasani, 2017) und eine Übersicht des geplanten Ablaufes, um sich dahingehend organisieren zu können (Tuttas, 2015).

Zwei separate Expert*inneninterviews fungierten als Pretest für den Fragenkatalog und fanden kurze Zeit vor der Fokusgruppe per Telefon statt. Es nahmen ebenso Physiotherapeut*innen aus dem Bundesland teil, deren Aussagen für eventuelle Gegenüberstellungen mit der Gruppe auditiv aufgezeichnet wurden. Sie dauerten 37 und 42 Minuten.

Für eine adäquate Durchführung der Online-Diskussion fiel die Wahl auf das Konferenzprogramm Webex, da es von der Hochschule Neubrandenburg unterstützt wird, was der Moderatorin einen umfänglichen Zugang ermöglicht und alle Kriterien an eine derartige Plattform erfüllt (Tuttas, 2015). In der letzten Mail an die Teilnehmenden der Fokusgruppe lag der Einladungslink zum Meeting bei sowie die ‚Webex-Etiquette‘ (Dos Santos Marques et al., 2021) in Anlehnung an die Regeln der Kommunikation (Volmerg, 1988). Anhang 6 stellt das Vorbild der Organisation und des Ablaufes einer Online-Fokusgruppe dar (Dos Santos Marques et al., 2021), von dessen Punkten sich geleitet wurde.

5.5 Durchführung der Fokusgruppe

Innerhalb von drei Tagen nach der Durchführung wurden Reflexionen zur Fokusgruppe von der Moderatorin in einem Memo festgehalten. Sie führte die Diskussion von ihrer Wohnung aus, was auch bei den meisten Teilnehmerinnen den Anschein machte. Die Fokusgruppe begann mit der Einladung der Teilnehmerinnen zur Testphase des technischen Equipments in Form einer Vorlaufzeit (Lamnek, 2010) von circa 30 Minuten vor dem offiziellen Beginn. Diese Möglichkeit wurde von zwei Therapeutinnen in

Anspruch genommen. Das Gespräch wurde einzig von der Moderatorin geleitet und es gab weder Co-moderierende noch protokollierende Personen. Zum Start wies die Moderatorin daraufhin wann die Webex-interne Aufnahme begonnen wird und ließ zur Sicherheit noch einen externen Rekorder mitlaufen. Eine anfängliche Vorstellungsrunde bewies die Funktionsfähigkeit der Technik, sorgte für eine angenehme Atmosphäre und war gleichzeitig bedeutsam für die Analyse, um die Stimmen der Beteiligten voneinander unterscheiden zu können (Tausch & Menold, 2015). Da nicht von der Annahme ausgegangen werden konnte, dass die Therapeutinnen über einen einheitlichen Wissensstand zur Thematik verfügen, nahm die Moderatorin eine Erklärung von Exergames vor und stellte diese zusätzlich bildlich dar. Der Fragenkatalog wurde nicht mit den Therapeutinnen geteilt, damit sich die Gruppe jederzeit vollständig sehen konnte. Am Schluss der Fokusgruppe fasste die Moderatorin die Ergebnisse zusammen und bedankte sich bei den Teilnehmerinnen. Sie wies daraufhin, dass sie Ergänzungen jederzeit per Mail an sie senden könnten und verwies auf das Ausfüllen des soziodemographischen Fragebogens, der die Therapeutinnen in den nächsten Tagen erreichen würde. Die Diskussion dauerte rund 77 Minuten.

Rolle der Moderatorin

Die Moderatorin betonte vorab, dass sie ihre Meinung nicht einbringen wird, die Therapeutinnen untereinander ins Gespräch kommen sollen und sie nur Fragen und Nachfragen stellen wird (Matthews et al., 2018). Außerdem behielt sie die online verfügbaren Tools des Webex Programms im Blick, das den Teilnehmerinnen zum Beispiel die Möglichkeit bietet symbolisch die Hand zu heben, um einen Gesprächsbeitrag anzuzeigen (Stewart & Shamdasani, 2017). Eine zentrale Funktion ist die Beobachtung des Gruppenprozesses, um Vielredner zu bremsen und schweigende Personen aktiv in die Diskussion einzubeziehen. Somit agiert sie als formale Leitung, übernimmt die thematische Steuerung und lenkt den Diskurs (Flick, 2007).

5.6 Transkription

Die vollständige Verschriftlichung des Gesagten wurde zeitnah mit der Software ‚easytranscript‘ unter Zuhilfenahme eines Fußtasters von der Forscherin durchgeführt. Zur Erstellung der Transkripte orientierte sich die Forscherin an den Transkriptionsregeln nach Rädiker und Kuckartz (2019), mit Ergänzungen von Dresing und Pehl (2018). Besonderheiten sind die Kennzeichnungen der Interviewpartner*innen, die mit jeweils

einem Großbuchstaben abgekürzt wurden und die Darstellung der Pausen durch Zahlen in Klammern, die für die Dauer stehen. Die Transkription wurde erstellt und einige Zeit später nochmal auf Fehler überprüft. Von der Verschriftlichung ausgelassen sind die Informationen zu Beginn, als organisatorische Eckpunkte geklärt und die Regeln der Kommunikation erklärt wurden, sowie die Verabschiedung und der Dank am Ende der Fokusgruppe. Im Prozess der Transkription der Fokusgruppe erfolgte zudem eine Anonymisierung sensibler Daten, die im Anonymisierungsprotokoll festgehalten wurden (Meyermann & Porzelt, 2014). Zuletzt wurde das schriftliche Dokument für die Einspeisung in die MAXQDA-Software vorbereitet und dazu jeder Beitrag in einem neuen Absatz begonnen und mit einem Kürzel versehen (Rädiker & Kuckartz, 2019). Die Teilnehmenden der Fokusgruppe erhielten im Nachgang nicht das Transkript, dafür eine Material- und Informationsübersicht zu Exergames, wie in der Diskussion besprochen.

5.7 Auswertungsmethode

Es wurde sich gegen die Nutzung der Auswertungsmethode nach Philipp Mayring und die dokumentarische Methode von Bohnsack entschieden, sondern die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) durchgeführt. Einige Gründe dafür sind die Nutzung der MAXQDA-Software, die passend zur Methodik mit Kuckartz selbst entwickelt wurde (MAXQDA, 2022a) und damit die größtmögliche Übereinstimmung zwischen Material, Auswertung und Programm gewährleistet werden kann. Zudem wird im aktuellen Review von Hoffmann et al. (2022) berichtet, dass die Mehrheit aller gesichteten Studien eine Inhaltsanalyse durchgeführt haben. Außerdem werden qualitative Inhaltsanalysen häufig in den Gesundheitswissenschaften angewendet und besonders dann eingesetzt, wenn bei den Forschenden wenig Erfahrungen in Bezug auf qualitative Auswertungsformen vorliegen (Zumstein-Shaha, 2018).

In der Auswertung sollte nur codiert werden was inhaltlich wichtig ist (Kuckartz & Rädiker, 2022) und die Interaktionen der Teilnehmenden (Hoffmann et al., 2022). Für den Codierprozess kamen diese Codierregeln zum Einsatz:

1. Sinneinheiten codieren, jedoch mindestens einen Satz.
2. Wenn es für das Verständnis wichtig ist, werden Fragen der interviewenden Person mitcodiert.
3. Nur so viel Text um die relevante Information mitcodieren, wie es nötig ist.

(Kuckartz & Rädiker, 2022). Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe wurden in die Analyse der Daten und Ergebnisfindung nicht eingebunden.

6. Analyse der Daten

Für die Datenanalyse wird vordergründig das Material der Fokusgruppe herangezogen. Zusätzlich werden die zwei Einzelinterviews betrachtet, die als Vorbereitung auf die Gruppe durchgeführt wurden. Sie können in die Analyse aufgenommen werden, da sie denselben Fragenkatalog wie die Fokusgruppe zur Grundlage haben. Alle gesammelten Informationen zielen auf die Beantwortung der Forschungsfrage ab.

Dieses Kapitel dient der Analyse der Daten. Es wurde vom Methodenteil separiert, weil dieser sonst sehr umfangreich gewesen wäre und durch die Zweiteilung besser nachvollzogen werden kann welche einzelnen Schritte gegangen wurden, um die Ergebnisse zu erhalten. Die Analyse erfolgt mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Im Folgenden werden die Schritte seines Phasenmodells vorgestellt und daraufhin das Material ausgewertet. Anschließend lassen sich daraus in Kapitel 7 die für die Betrachtung relevanten Ergebnisse zusammentragen.

Der Analyseprozess

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz wird in dieser Ausarbeitung in der Variante der inhaltlich strukturierenden Analyse vorgenommen. Diese Methode dient der Kategorienentwicklung und ermöglicht die Arbeit mit sowohl deduktiv als auch induktiv zu bildenden Kategorien, was für diese Untersuchung essenziell ist, da mit dem Leitfaden und am Text gearbeitet wird. Ihr Analyseprozess gliedert sich in sieben Phasen mit klar vorgegebener Reihenfolge. Zu Beginn wird das Textmaterial gesichtet und sich ein erster Überblick verschafft. Auf dieser Grundlage werden Hauptkategorien gebildet und diese in einem ersten Codierprozess auf die Daten angewendet. Daran schließt sich die Bildung von Subkategorien, die in einem zweiten Codierprozess zu den Textstellen sortiert werden. Phase sechs umfasst schließlich die Analyse der Ergebnisse und knüpft an die Verschriftlichung als letzten Schritt an. Die Phasen eins bis sechs werden im weiteren Verlauf dieses Kapitels näher erläutert.

6.1 Initiierende Textarbeit

Die initiierende Textarbeit kennzeichnet immer den Auftakt einer qualitativen Inhaltsanalyse und richtet den Fokus auf ein erstes Sichten des Materials (Kuckartz & Rädiker, 2022). Das Transkript der Fokusgruppe wurde in das MAXQDA-Programm eingespeist und sorgfältig gelesen. Dabei konnte beim mehrfachen Sichten auf die Audio- und Videoaufzeichnung zurückgegriffen und die Situation rekapituliert werden.

Auf dieser Grundlage ließ sich ein Memo der Fokusgruppe anfertigen, was als Dokument im Anhang eingesehen werden kann (siehe Anhang 7) und eine Mischung aus Beschreibung der Situation und ihren Abläufen sowie erste zögerliche Interpretationen der Handlungen beinhaltet.

Beim Lesen des Transkriptes wurden zentrale Abschnitte gekennzeichnet und Auffälligkeiten markiert. MAXQDA verfügt dafür über die Möglichkeit, fünf verschieden farbige Marker zu nutzen und den Text zu strukturieren. Das Material wurde beginnend nach der Vorstellungsrunde in fünf Themenfeldern gegliedert: Erfahrungen der Teilnehmenden (blau), positive Standpunkte (grün), negative Standpunkte (rot), Voraussetzungen für den Einsatz der Exergames (lila) und interessante Zitate/Aussagen (gelb). Diese vorläufige Gliederung ergab sich zum Teil aus dem Leitfaden und verstärkte sich beim Sichten des Textes. Hinter den positiven und negativen Standpunkten stehen generell zu- oder abgewandte Meinungen der Teilnehmerinnen zur Thematik, die auch Vor- und Nachteile beinhalten können.

Nach Rädiker und Kuckartz (2019) stellt eine weitere Exploration der Daten eine gute Basis für die Analyse dar. Für diesen Teilschritt der initiierten Textarbeit wurden einige der vielfältigen Werkzeuge der MAXQDA Software genutzt, um daraus erste Erkenntnisse über die Zusammensetzung und den Verlauf der Fokusgruppe zu gewinnen. Zur Beschreibung der Konstellation der Fokusgruppe lässt sich die Übersicht der Teilnehmenden in den Blick nehmen. Eine Tabelle mit der ‚Übersicht der Fokusgruppensprecherinnen‘ befindet sich in Kapitel 7 auf Seite 30. Die Daten wurden aus MAXQDA übernommen, daraufhin weniger interessante Spalten und Dopplungen ausgenommen und um Informationen aus dem soziodemographischen Fragebogen ergänzt. Neben einer Altersangabe der Teilnehmerinnen kamen ihr jeweiliger höchster Bildungsabschluss und die Jahre an Berufserfahrung hinzu.

Zusätzlich kamen weitere Tools der Auswertungssoftware zum Einsatz und ließen erste Schlüsse über den Verlauf der Fokusgruppe zu. Das Dokument-Portrait visualisiert die Redeanteile der Teilnehmerinnen und deren Auftreten im Geschehen und die Wortwolke zeigt die am häufigsten verwendeten Wörter an. Aus all diesen Möglichkeiten zur Exploration des Materials wurde der erste Eindruck der Gruppe gewonnen und im Ergebnisteil geschildert. Die Darstellung des Dokument-Portraits ist in Anhang 8 einsehbar und die Wortwolke bildet Anhang 9.

6.2 Hauptkategorien entwickeln

Im zweiten Schritt wurden thematische Hauptkategorien gebildet, die sich deduktiv, aus der Theorie, und induktiv, aus der Empirie, ableiten lassen (Kuckartz & Rädiker, 2022). Das vorliegende Hauptkategoriensystem basiert primär auf der Grundlage des Leitfadens der Fragestellungen und kann somit als deduktiv klassifiziert werden. Zusätzlich konnten für relevant befundene Themen aus der Literaturrecherche aufgenommen werden, um sie auf ihr Vorkommen im Material zu testen. Zu Beginn bestanden diese Kategorien: Erfahrungswissen, Anwendungsmöglichkeiten, Rahmenbedingungen, Chancen und Möglichkeiten, Hürden und Barrieren, Unterstützungsangebote, zukünftiger Einsatz.

Diese Vorab-Hauptkategorien wurden an den zwei Einzelinterviews auf ihre Eignung getestet und finden sich in Form von Codes im MAXQDA-Programm wieder. Im Anschluss erfolgten die Codierung der ersten 30 Absätze des Transkriptes der Fokusgruppe und die der Interaktionen der Teilnehmenden, um ein besseres Gespür für die Dynamik der Gruppe zu erhalten.

6.3 Material mit Hauptkategorien codieren

Im ersten Codierprozess lag der Schwerpunkt nun auf dem gesamten Material der Fokusgruppe. Während des Codierens des Transkriptes kam es zu Umcodierungen und induktiven Änderungen, die insbesondere eine Reduktion der Hauptkategorien zur Folge hatten. So wurden die Kategorien *Anwendungsmöglichkeiten*, *Rahmenbedingungen* und *Unterstützungsangebote* separiert und als potenzielle Subkategorien vorgemerkt. Weitere wurden ergänzt oder umbenannt, wie beispielsweise *zukünftiger Einsatz*, woraus sich diese Kategorien der Hauptthemen gebildet haben:

*Erfahrungswissen, Chancen und Möglichkeiten,
Hürden und Barrieren, Zukünftige Relevanz*

Da sie als bestätigte Kategorien festgehalten wurden implizierte dies ein erneutes Analysieren der ersten 30 Absätze. Die im vorangegangenen Kapitel formulierten Codierregeln fanden hier Anwendung. Um die Qualität des Codierprozesses zu gewährleisten sollte das Material nicht nur von einer Person bearbeitet werden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Aufgrund der Art einer Abschlussarbeit konnte nicht auf eine zweite forschende Person zurückgegriffen werden. Zur Überprüfung der codierten Textstellen

und einer annähernden Sicherstellung der Vorgehensweise wurde das Transkript wenige Wochen nach dem ersten Codierprozess erneut durchlaufen.

Die Ausdifferenzierung der Kategorien erfolgte am Leitfaden und wurde systematisch aufgebaut. Zu Beginn interessierte der Stand des Wissens der teilnehmenden Therapeutinnen. Der Code *Erfahrungswissen wird verwendet, wenn Teilnehmende der Fokusgruppe ihr Wissen und ihre Meinung zu Exergames und Spielekonsolen in der Physiotherapie teilen*. Unter die Kategorie fallen praktische Erfahrungen, die zum einen mit Patientinnen und Patienten gemacht wurden und zum anderen auch aus dem privaten Kontext stammen. Ebenso wurden Schilderungen aufgenommen, die lediglich beobachtet wurden, wie beispielsweise die Anwendung von Exergames durch andere Fachdisziplinen.

Zwei zentrale Hauptkategorien sind *Chancen und Möglichkeiten* sowie *Hürden und Barrieren*. Erstere wurde an allen Textabschnitten verwendet die *über Vorteile, Chancen und Möglichkeiten des Einsatzes von Exergames und Spielekonsolen in der physiotherapeutischen Praxis* sprechen. Das Ziel dieser Kategorie ist die Abbildung der *positiven Aspekte der Spieleanwendungen*, um deren Mehrwert für die Praxis zu eruieren. Ein direkter Nutzen der Anwendung auf Grundlage von Praxiserfahrungen wurde selten klar formuliert, sondern eher in vagen Vorstellungen ausgedrückt. Diese Tatsache ist der Grund für die Benennung des Codes in ‚Chancen und Möglichkeiten‘ und nicht ‚Vorteile‘. Die zweite zentrale Kategorie *Hürden und Barrieren* schließt mit folgender Codedefinition an die Gegenüberstellung an: *Dieser Code wird verwendet, wenn die Person über Schwierigkeiten und Schwachstellen des Einsatzes von Exergames und Spielekonsolen in der physiotherapeutischen Praxis spricht*. Darunter werden auch Probleme und Nachteile erfasst, die den Therapeutinnen bekannt sind oder die sie sich erschließen können. Unzureichende Praxiserfahrungen sind die Begründung für die Titelwahl der Kategorie.

Schließlich wurden unter dem Code *Zukünftige Relevanz* alle Aussagen zusammengefasst, *wenn die Therapeutinnen erläutern, wie sie sich den zukünftigen Einsatz von Exergames in der Praxis vorstellen und ob sie die Spiele für eine relevante Ergänzung halten*. Der Unterschied zur Kategorie *Chancen und Möglichkeiten* besteht hier in einer verallgemeinerten Sprechweise ohne Beispiele und direkten Meinungsäußerungen.

6.4 Bildung von Subkategorien und deren Codierung am Material

Die Phasen vier und fünf wurden zu einem Schritt verknüpft, da sie mehrfach hintereinander durchlaufen wurden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Für die bisher allgemein gehaltenen Hauptkategorien fanden Ausdifferenzierungen in Form von Subkategorien statt. Sie sollten „[s]o einfach wie möglich, so differenziert wie nötig“ (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 139) gebildet werden, woran sich für diese Bearbeitung orientiert wurde. Anders als die Hauptkategorien basieren die Subkategorien vollständig auf Basis des Textmaterials und sind somit induktiv entstanden.

Nachstehender Ablauf kam in den Schritten vier und fünf zur Anwendung und beinhaltet die Bestimmung von Subkategorien sowie deren Codierung am Material. Aufgrund der Begrenzung der Anzahl auf vier Hauptkategorien sollten alle in die Bildung von Subcodes einbezogen werden. Es musste keine Kategorie zur initialen Gliederung ausgewählt werden, da die vorliegenden Hauptkategorien ihrer Systematisierung nach ausdifferenziert werden. Beginnend mit dem Code *Erfahrungswissen* wurden alle zugehörigen Textstellen in MAXQDA angezeigt und erneut gelesen. Beim Sichten wurden interessante Themen und gehäuft angesprochene Aspekte notiert und als Vorschläge für Subkategorien gehandhabt. Nach der abgeschlossenen Ideensammlung ließen sich diese ordnen und zusammenfassen, um die gelisteten Subkategorien in einem zweiten Codierprozess auf das bereits codierte Material dieser Hauptkategorie anzuwenden. So entwickelten sich für die Hauptkategorie *Erfahrungswissen* nach und nach die Subkategorien *berufliche Erfahrungen* und *private Erfahrungen*. Für jeden Unterpunkt wurden in einem letzten Schritt eine Definition formuliert und ein repräsentierendes Ankerzitat aus dem Transkript ausgewählt. Diese befinden sich als Memo im MAXQDA-Programm. Dieses Vorgehen wiederholte sich in diesem Schema daraufhin für die Kategorien *Chancen und Möglichkeiten*, *Hürden und Barrieren* und schließlich *zukünftige Relevanz*. In diesem Prozess der Codierungen kam es mehrfach zu Umstrukturierungen, bevor die nun geltenden Subkategorien Bestand fanden. Zu nennen ist noch ein Sonderfall in der Hauptkategorie *Hürden und Barrieren*, da diese anlässlich ihres Umfangs in vornehmlich einer Subkategorie zusätzlich über Subsubkategorien verfügt. Insgesamt ergibt sich nachstehendes Kategoriensystem:

Tabelle 1 - Endgültiges Kategoriensystem (Quelle: Eigene Darstellung)

Hauptkategorien	Subkategorien	Subsubkategorien	
Erfahrungswissen	Berufliche Erfahrungen		
	Private Erfahrungen		
Chancen und Möglichkeiten	Technik		
	Motivation		
	Heimanwendung		
	Anwendungsmöglichkeiten		
	Attraktivität		
	Unterstützungsangebote		
Hürden und Barrieren	Skepsis an der Technisierung		
	Patientenspezifität		
	Professionalität		
	Interdisziplinarität		
	Kontraindikationen		
	Bereitschaft		
	Ausbildung und Wissen		
	Rahmenbedingungen	Technische Ausstattung	
		Finanzierung	
		Handhabe	
		Zeit	
		Organisation	
		Unterstützung	
Zukünftige Relevanz			

Als die Subkategorien im späteren Verlauf der Codierung feststanden konnte der dritte Schritt ‚Material mit Hauptkategorien codieren‘ teilweise übersprungen und einzelne Textpassagen direkt den Subkategorien zuordnet werden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Dadurch kam es jedoch zu einigen Doppelcodierungen, da manche Aussagen zuerst einer Hauptkategorie und in einer folgenden Phase einer ihrer Subkategorien zugewiesen wurden. Es wurde sich gegen eine Überarbeitung der zweifachen Codierungen entschieden, weil mittels MAXQDA die Möglichkeit besteht jede Haupt-

oder Subkategorie ein- sowie auszublenden. Demzufolge können Dopplungen bei der Anzeige vermieden und dennoch der Codierprozess nachempfunden werden.

Nach Kuckartz und Rädiker (2022) folgt nun das Formulieren von Fallzusammenfassungen als optionaler Zwischenschritt. Hier wurde sich bewusst dafür entschieden, da gehäuft Antworten nicht nur direkt auf die Fragen gegeben wurden, sondern auch im weiteren Verlauf der Fokusgruppe Aussagen zu bereits angesprochenen Themen geäußert wurden. Die Zusammenfassungen helfen beim Suchen von Aussagen und dienen als kompakte Grundlage für die folgende Auswertung (Kuckartz & Rädiker, 2022). Sie wurden in Tabellenform dargestellt und beinhalten in den Zeilen die jeweiligen Aussagen der fünf Teilnehmerinnen zu den Kategorien in den Spalten. Dadurch ergibt sich eine stark rechtsseitig ausgedehnte Übersicht aufgrund der zahlreichen Haupt- und Subkategorien dieser Fokusgruppe und eine weniger nach unten ausgedehnte Darstellung infolge der überschaubaren Anzahl an Teilnehmenden. Die Ziffern vor den Zitaten stehen für die Positionen im Transkript und erleichtern ein Wiederfinden.

Die thematischen Fallzusammenfassungen sind aufgrund ihres Umfangs in einem separaten Dokument hinterlegt. Während des Codierens mit den Vorab-Kategorien fanden sich spannende und für die Auswertung interessante Aspekte in den beiden Einzelinterviews. Daraufhin wurden diese ebenfalls mit dem fertigen Kategoriensystem codiert und tragen im Folgenden zu den Ergebnissen bei. Details sind auch dazu im MAXQDA-Programm einsehbar.

7. Ergebnisse

Dieses Kapitel schließt an die vorangegangenen Ausführungen an, indem die Phasen sechs und sieben der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt werden. Dabei kommt es in dieser Arbeit zu einer Verschmelzung der beiden Phasen, da die Auswertung der gesammelten Daten als auch der schriftliche Ergebnisbericht zusammenfassend in eben diesem erläutert werden.

Nach Kuckartz und Rädiker (2022) lassen sich acht unterschiedliche Auswertungsformen unterscheiden, wobei standardmäßig mit der kategorienbasierten Analyse entlang der Hauptkategorien begonnen wird. Diese Form der Analyse wird im Folgenden, wie empfohlen, als Einstieg verwendet, um einen ersten beschreibenden

Überblick über die gebildeten Hauptkategorien und ihre zugehörigen Subthemen zu erhalten. Darüber hinaus bietet sich die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den Subkategorien einer und mehrerer Hauptkategorien als weitere Form der Auswertung an, aufgrund teilweise bestehender Überschneidungen und Interaktionen der Subkategorien miteinander.

Das Material wurde in sechs Kategorien unterteilt, wovon eine Kategorie in der Phase der initiierenden Textarbeit als Übersicht genutzt wurde und fünf Hauptkategorien, die für die Analyse in Betracht gezogen werden. Auch diese fünf Kategorien können erneut differenziert werden in eine Kategorie *Interaktionen* und vier Hauptkategorien. Für die Auswertung der Inhaltsebene sind die vier Hauptkategorien *Erfahrungswissen*, *Chancen und Möglichkeiten*, *Hürden und Barrieren* sowie *zukünftige Relevanz* relevant.

Gesamteindruck

Vor Betrachtung der Hauptkategorien bietet es sich an einen Gesamtblick auf die Fokusgruppensequenz zu werfen und Auffälligkeiten, welche während der initialen Phase bemerkt wurden, als erste Ergebnisse festzuhalten.

In der folgenden Tabelle ist die adaptierte ‚Übersicht der Fokusgruppensprecherinnen‘ aus MAXQDA übernommen worden. Die fünf Sprecherinnen werden aus datenschutzrechtlichen Gründen stellvertretend durch ein Kürzel abgebildet. Auch die Moderatorin ist unter der Kennung ‚I‘ vertreten, jedoch nur mit den vergleichsrelevanten Daten aus der Methode Fokusgruppe.

Tabelle 2 - Übersicht der Fokusgruppensprecherinnen (Quelle: MAXQDA)

Sprecherin	Sprechbeiträge	% Wörter	Alter	höchster Bildungsabschluss	Jahre Berufserfahrung
G	29	38,78	50-60	Ausbildung	20+
R	11	18,12	20-30	Ausbildung	2
K	18	19,54	40-50	Hochschulabschluss	20+
J	10	4,52	40-50	Ausbildung	20+
S	7	6,87	50-60	Ausbildung	20+
I	23	12,16			

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass sich alle Teilnehmenden der Fokusgruppe unterschiedlich stark an der Diskussion beteiligt haben. Die Sprechbeiträge variieren in sehr unregelmäßigen Abständen zwischen 7 und 29 Stellungnahmen von S und G.

Ebenso verhält es sich mit den prozentualen Anteilen der gesprochenen Wörter: J sprach lediglich rund fünf Prozent der in der gesamten Fokusgruppe geäußerten Wörter, G hingegen knapp 40 Prozent. Auffällig sind die Daten der Sprecherinnen R und K – von R kamen 11 und von K 18 Beiträge, jedoch sind die gesprochenen Worte annähernd gleich. Im Vergleich der Zeilen von R und J zeigen sich markante Ausprägungen durch eine nahezu identische Anzahl an Sprechbeiträgen aber eine sehr große Differenz der anteiligen Wörter. Teilnehmerin G war mit den meisten Beiträgen und inhaltlichen Zeichen sehr redegewandt und deutlich die aktivste Person. Auffallend sind die wenigen aber sehr wortreichen Sprechbeiträge von R, die sich in der Wortzahl denen von K ähneln, die hingegen deutlich häufiger das Wort ergriffen hat. Zwischen den Therapeutinnen J und S verhält es sich in etwa ebenso.

Das Alter der Therapeutinnen liegt zwischen Anfang 20 und Ende 50. Die Mehrheit der Teilnehmenden befindet sich in der Altersspanne von 40 bis 60 und nur eine Beteiligte ist jünger, was mit den Jahren an Berufserfahrung korreliert. Jene Ältere sind bereits aus eigenen Angaben mehr als 20 Jahre im Beruf tätig und die jüngere Teilnehmerin konnte bisher zwei Jahre lang Erfahrungen sammeln. Da als Zulassungsvoraussetzung zur Fokusgruppe festgelegt besitzen alle Teilnehmenden mindestens eine abgeschlossene Berufsausbildung zur Physiotherapeutin und eine Person zusätzlich einen Hochschulabschluss. Aufgrund der Bildung und den jahrelangen Vorerfahrungen aus der Praxis sind die Therapeutinnen sehr gut geeignet, um als Expertinnen der Physiotherapie teilzuhaben. Es wurde bereits während der Korrespondenz zur Rekrutierung ersichtlich, dass sie mehrheitlich über wenig Kenntnisse in Bezug auf Exergames verfügen.

Für weitere Informationen wurden Visualisierungsoptionen des MAXQDA-Programms hinzugezogen, die teilweise extra für die Auswertung von Fokusgruppen zugeschnitten wurden (Rädiker & Kuckartz, 2019).

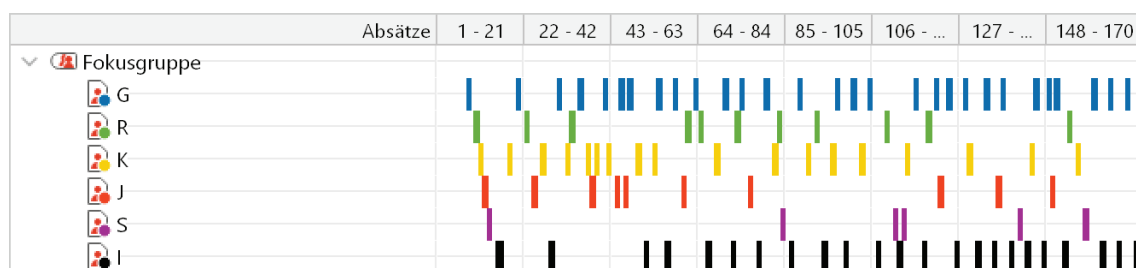


Abbildung 1 - Codeline der Fokusgruppe (Quelle: MAXQDA)

Zur Veranschaulichung des Gesprächsverlaufes wurde die Codeline angezeigt, da sie auch nach Mustern bei Beiträgen sucht. Sie ist eine Art der Visualisierung, die jeden Redebeitrag der Teilnehmenden nach Absätzen mithilfe von kleinen Säulen kenntlich macht. Die Abstände zwischen den Zu-Wort-Meldungen von G sind kurz, weil sie offensichtlich am meisten spricht. Teilnehmerin K spricht mit längeren Pausen und ist zu Beginn der Fokusgruppe sehr aktiv, bis ihre Redefrequenz zum Ende hin stark abebbt. R beteiligt sich unregelmäßig an der Diskussion und ihre Äußerungen sind von längeren Pausen umgeben, aber insbesondere im Mittelteil der Gruppe, als es thematisch um die Chancen und Möglichkeiten des Einsatzes von Exergames ging, ist sie aktiv und bringt sich mit ihrer Meinung und Studienerfahrungen ein. Die Teilnehmerinnen J und S haben sich anfänglich vorgestellt, sind im weiteren Verlauf eher schweigsam und geben lediglich am Ende der Diskussionsrunde noch ihre Rückmeldungen ab. Da neben den Beiträgen der Therapeutinnen zusätzlich die Redeanteile der Moderatorin dargestellt sind präsentiert dies die fortlaufende Stagnation im Gesprächsverlauf. Fragen der Moderatorin werden häufiger und die Pausen dazwischen kürzer. Beim Betrachten der gesamten Gruppe fällt dies weniger auf, weil G dominant viel spricht. Wird sie jedoch ausgeblendet zeigt sich das stark ausgedünnte Bild an Beiträgen ab Absatz 100, wonach es im Folgenden um Unterstützungsangebote, die Benutzerfreundlichkeit und zukünftige Einsatzmöglichkeiten geht. Zu diesen Themen fielen den Teilnehmerinnen die Aussagen am schwersten, weil sie für sie ohne praktische Erfahrungen sehr abstrakt erscheinen.

Kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien

Auch hier soll zu Beginn eine Form der Visualisierung genutzt werden, um ganzheitlich erfassen zu können, welche Person was gesagt hat. Der Code-Matrix-Browser in Abbildung 2 zeigt die Häufigkeiten aller Codes mit Bezug zu den Teilnehmenden der Fokusgruppe. Je größer der Knotenpunkt, umso mehr Codierungen wurden für diese Kategorie vorgenommen.

Codesystem	G	R	K	J	S	SUMME
📄 Zukünftige Relevanz	•	•	•	•	•	11
> 📄 Hürden und Barrieren	●	•	•	•	•	129
> 📄 Chancen und Möglichkeiten	•	•	•	•	•	62
> 📄 Erfahrungswissen	•	•	•	•	•	35
Σ SUMME	118	32	51	20	16	237

Abbildung 2 - Code-Matrix-Browser der Fokusgruppe (Quelle: MAXQDA)

Mehr als die Hälfte aller Codierungen fallen unter Hürden und Barrieren des Einsatzes von Exergames in der physiotherapeutischen Praxis. Vier der fünf Therapeutinnen treffen hier die meisten ihrer Aussagen, aber insbesondere G sticht durch ihre Vielzahl an Redebeiträgen hervor. Diese hohe Anzahl an negativ behafteten Äußerungen deutet mehr Nach- als Vorteile der Spielmöglichkeiten an. Mit 62 von 237 Codierungen wurden Chancen und Möglichkeiten merklich seltener thematisiert. Aufgrund des hohen Redeflusses von Teilnehmerin G machen ihre Aussagen auch in dieser Kategorie den größten Anteil aus. Auf die Fragen zum Erfahrungswissen und der zukünftigen Relevanz folgten am wenigsten Antworten, wobei geringfügig häufiger erste Erfahrungen im Bereich bestehen und seltener zukünftige Einsatzabsichten geäußert wurden.

Anhand der vorab erstellten Fallzusammenfassungen lassen sich in den nächsten Absätzen die Ergebnisse der Hauptkategorien beschreiben und die Subkategorien detaillierter darstellen. Daraufhin wird auf Zusammenhänge zwischen den Subkategorien eingegangen; in einer Hauptkategorie oder übergreifend. Die Reihenfolge der Kategorien wurde weitestgehend beibehalten, da sie logisch aufeinander aufbauen. Individuelle Erfahrungen bilden die Grundlage für die partielle Nachvollziehbarkeit der Meinungen der Teilnehmerinnen und werden als erstes betrachtet. Von mehr Relevanz für die Auswertung sind die Subkategorien der *Chancen und Möglichkeiten* sowie der *Hürden und Barrieren*, weshalb diese deutlich ausführlicher untersucht werden.

Darüber hinaus fließen wesentliche Aussagen aus den Einzelinterviews in die Auswertung ein, wenn diese nicht Teil der Diskussion in der Fokusgruppe waren. Im Folgenden werden kompakte Berichte und ausgewählte Zitate der Gespräche aufgeführt. Zitierungen sind abgesetzt und kursiv kenntlich gemacht sowie mit der aussagenden Person und den entsprechenden Absätzen in Klammern markiert. Die Beiträge der Fokusgruppenteilnehmerinnen und Einzelinterviewten sind in Gänze in den Fallzusammenfassungen nachlesbar.

7.1 Erfahrungswissen der Therapeutinnen

Wie bereits angedeutet konnte bisher keine der an der Fokusgruppe teilnehmenden Therapeutinnen Praxiserfahrungen im Umgang mit Exergames sammeln. Dennoch wurde berichtet, digitale Spielmöglichkeiten eigenständig ausprobiert oder deren

Anwendung durch andere Professionen beobachtet zu haben. Diese Erfahrungen werden deshalb nach ihren Kontexten in die Subkategorien beruflich und privat unterteilt.

7.1.1 Berufliche Erfahrungen

Die Gemeinsamkeit der fünf Therapeutinnen besteht in fehlenden Erfahrungen mit Exergames. Darüber hinaus konnten mit dieser Therapiemöglichkeit sehr unterschiedliche Erlebnisse in anderen Zusammenhängen gesammelt werden. Ihre Äußerungen beziehen sich auf diverse Einrichtungen, Altersgruppen oder Fachbereiche. G und K teilten zahlreiche Beispiele mit der Gruppe, in denen sie in fachliche Berührung mit spielerischer Technik gekommen sind. Teilnehmerin G kennt Exergames aus Anwendungen mit Senior*innen in Altenheimen, dem Einsatz in der Ergotherapie und aus Rehaeinrichtungen. In letzteren ist ihr die Nutzung in der Behandlung von neurologischen Patient*innen bekannt.

„Ich weiß das es bei uns im Altenheim eingesetzt wird, auch für die Älteren, die dann einfach zur Aktivität kommen, sprich mit Kegeln [...]“ (Pos.20)

K besucht regelmäßig im Rahmen ihrer Tätigkeit als Pädagogin Therapiemessen mit ihren Schüler*innen und kam dort mit Exergames in Kontakt. Zudem führen sie die Auszubildenden selbst spielerisch an die Digitalisierung heran und organisieren schulinterne Sportspiele mit Konsolen (Pos.18). Als Jüngste hat R ihre Ausbildung erst vor Kurzem abgeschlossen und verfügt deshalb über wenig berufliche Erfahrungen. Sie berichtet jedoch von ihrem ehemaligen Arbeitsplatz, dessen Organisation und Patientenverwaltung gänzlich analog gehalten wurde (Pos.22). Außerdem bemängelt sie den fehlenden Wissenstransfer zur Digitalisierung im Handbuch der Lehre, kompensiert dies aber stark durch Kenntnisanreicherung als Hilfskraft in digitalen Studien an einer Hochschule (Pos.22, 33). S bekam durch eine Weiterbildung erste Eindrücke von Exergames, die jedoch bereits einige Jahre zurückliegen. Sie sagt:

„Persönlich habe ich das in der Ausbildung für Krankengymnastik gerätegestützt kennengelernt, dass man über so ein Computerspiel, [...], musste dann da Luftballons abschießen [...]“ (Pos.24)

Schließlich gibt J als Einzige keinen direkten Kommentar zu bisherigen Erlebnissen ab.

7.1.2 Private Erfahrungen

Die Therapeutinnen K und J bringen keine privaten Erfahrungen mit in die Fokusgruppe. G hat in der Vergangenheit selbst mal mit einer Wii trainiert (Pos.20) und S führte Übungen an einer Spielekonsole durch:

„ich erinnere mich das ich privat selber schon auf so einer Spielekonsole was trainiert habe. Da ging es viel ums Gleichgewicht halten.“ (Pos.24)

R spricht nicht über Erfahrungen, verdeutlicht aber ihr starkes persönliches Interesse an jeglichen digitalen Spielmöglichkeiten (Pos.61).

7.2 Chancen und Möglichkeiten

Mit *Chancen und Möglichkeiten* sind alle Vorteile gemeint, die von Exergames und Spielekonsolen für die physiotherapeutische Arbeit ausgehen. Im Laufe der Sichtung des Transkriptes der Fokusgruppe wurden sechs Schwerpunkte identifiziert, die positive Aspekte des Einsatzes der digitalen Spiele thematisieren. Einerseits die Vorzüge des Gebrauchs von technischen Geräten und andererseits die dadurch und mittels der Spiele bei allen Beteiligten potenziell einsetzende Motivation. Weiterhin wurde die Option der Fortführung der Therapie als Heimanwendung diskutiert, sowie eine mit den Exergames verbundene Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes der Physiotherapeutin und des Physiotherapeuten. Als fünften Punkt kamen Anregungen zur Unterstützung der Therapierenden zur Sprache, um bestehende Angebote anzupassen und neue Perspektiven für eine erfolgreiche Integration digitaler Spiele in den Berufsalltag zu schaffen. Schließlich umfasst insbesondere das Thema *Anwendungsmöglichkeiten* ein breites Spektrum an Ausprägungen und spiegelt die Bandbreite an Vorstellungen der Inanspruchnahme von Exergames durch die Therapeutinnen wider.

7.2.1 Technik

Diese Subkategorie bezieht sich auf die Technik hinter den Exergames als Teil der Digitalisierung und umfasst ihre Handhabung sowie die Steuerung der Geräte. Ein souveräner Umgang mit dem technischen Equipment wird als wichtige Voraussetzung für den Einsatz in der Praxis angesehen und sollte für die Therapeutinnen machbar sein. Es äußern sich lediglich zwei von fünf Teilnehmerinnen zu technischen Aspekten. Die Therapeutinnen R, J und S treffen keine Aussagen zu der Thematik. G spricht über die Möglichkeit der Konsolen, direkt im Spiel ein Feedback an die spielende Person abgeben zu können:

„[...] es ist auch für bestimmte Patientengruppen ganz gut weil sie über Spielekonsolen mit passenden Spielen eben sofort ein Feedback bekommen – entweder zur Koordination, zur, (3) Balance, was eben gerade gefragt ist, Beweglichkeit.“ (Pos.20)

Außerdem bringt sie übergreifende, positive Argumente an, dass zu einer digitalen Praxis in den Therapien auch eine elektronische Verwaltung und Dokumentation gehört, die allen Beteiligten die Arbeit erleichtern kann. Weiterhin schafft sie laut G die Grundlage für professionelle interdisziplinäre Kommunikation aller Akteure des Gesundheitswesens, die für die Zukunft angestrebt wird (Pos.20). Teilnehmerin K ergänzt den Vorteil, dass alle bisher von ihr gesehenen digitalen Spiele sehr leicht zu handhaben waren:

„[...] was ich bisher so gesehen habe, das ist schon wie es bei vielen technischen Dingen ist, eigentlich auch oft selbsterklärend und wird wahrscheinlich dann auch so menügesteuert sein, dass man sich da wirklich schnell zurechtfinden kann.“ (Pos.129)

Vorteile im Hinblick auf die Technik von Exergames werden bisher vage geäußert und beziehen sich gleichermaßen auf die Gesamtsituation der Physiotherapie und der Spiele selbst.

7.2.2 Motivation

Im Unterpunkt der Motivation geht es um die Fähigkeit der Exergames, Patient*innen für physiotherapeutische Behandlungen und Übungen zu begeistern. Dabei thematisierten bis auf J alle Teilnehmenden der Fokusgruppe motivierende Punkte der digitalen Spiele, ohne das explizit eine Frage danach gestellt wurde. Die Sichtweisen der Therapeutinnen sind vielfältig und stellen diverse Haltungen dar. G sieht in Exergames eine Möglichkeit Patient*innen für mehr Bewegung zu begeistern und sie bei Interesse individuell nachbetreuen zu können, sodass sie nach erfolgter Behandlung eigenständig weitermachen (Pos.80). K nimmt diesen Ansatz auf und ergänzt ihn um die Chance, bei vorhandenem Equipment auch nach erfolgter Therapie zeitnah weiter Spaß am Spiel mit Bewegung zu haben (Pos.82).

R erweitert die Argumentation durch ihr Erfahrungswissen, dass Patientinnen und Patienten ohne intrinsische Motivation mit Spielen für die Fortsetzung der Therapie gewonnen werden könnten, sollten sie beispielsweise durch Schmerzen davon abgehalten werden. Zudem könnten Exergames insbesondere technikbegeisterte Physiotherapiebedürftige ansprechen und zum Behandlungsstart bewegen (Pos.83). Teilnehmerin S schließt diesen Austausch mit ihrer Position, Exergames seien in der

Lage vor allem das jüngere Patienten Klientel zu motivieren und könnten zu längeren Übungszeiten verhelfen, die wiederum den Therapieerfolg positiv beeinflussen:

„Also ich denke mal, wenn man mitten im Spiel ist und man ist sehr fixiert darauf und so konzentriert, dass man die Dauer, die- der Behandlung [...], die Zeit vergeht so schnell [...], sind dann zwei Stunden beschäftigt [...].“ (Pos. 84)

Aus den Einzelinterviews liefert W Ergänzungen zur Motivation der Patient*innen zur Behandlung durch den hohen Aufforderungscharakter der Spiele und die Option, therapiemüde Patient*innen mit diesem neuen Ansatz zu begeistern (Pos.30,43). T hat zudem die Auffassung mit Exergames alle Altersgruppen von Patient*innen motiviert zu bekommen, da sie sich auf individuelle Vorlieben aus der Anamnese anpassen lassen (Pos.16). Außerdem bieten sie den Therapierenden ein noch größeres Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten, um Patient*innen mit neuen Übungen zu therapieren (Pos.30).

Aus allen Beiträgen geht hervor, dass die Vorteile auf Seiten der Patient*innen zu finden sind und Exergames die Physiotherapeutinnen dabei unterstützen können, sie für ihre Übungen zu animieren.

7.2.3 Heimanwendung

Dem Stichwort Motivation schließt sich die Subkategorie Heimanwendung an, mit der Aussagen codiert wurden, die sich klar auf die Nutzung von Exergames im privaten Umfeld beziehen. Auch die Heimanwendung kann die Motivation der Patient*innen zur Durchführung von Übungen fördern und birgt zusätzlich auch andere Vorteile, weshalb die zwei Punkte getrennt voneinander betrachtet werden. Außerdem erstrecken sich die Redebeiträge dieses Codes über mehrere Abschnitte des Transkriptes.

Von Teilnehmerin R und den Einzelinterviewten wird das Thema nicht aufgegriffen. K und S sprechen über den Einsatz von Exergames als Heimanwendung in der Zeit während der regulären Therapie. Aus der Sicht von K ermöglicht die Nutzung den Patient*innen ein abwechslungsreicheres und nachhaltigeres Hausaufgabenprogramm (Pos.82). S ergänzt, dass sie ihren Patient*innen die Anwendung von Exergames für zuhause empfohlen hat:

„und ich erinnere mich auch das ich Patienten wirklich auch empfohlen hab, wenn sie sowas zuhause haben einfach da weiter zu machen. Das heißt das man das auch gut finde ich als Hausübungsprogramm mit empfehlen kann.“ (Pos.24)

G formuliert folgende Chance für die Patient*innen für die Zeit nach Beendigung der Physiotherapie:

„Ja der Vorteil ist vielleicht das ich Patienten habe, die das Ganze annehmen, und wenn sie das Equipment zuhause haben auch entsprechend fortführen können. Und damit für sich einen Therapieerfolg haben.“ (Pos.80)

Auch J greift diesen Aspekt auf und ergänzt, dass Patient*innen nach der Abarbeitung von physiotherapeutischen Verordnungen von zuhause aus weiter Maßnahmen in Form von Exergames durchführen könnten. Zuvor würden die Spiele unter professioneller Anleitung gezeigt, um später eine korrekte Ausführung in Eigenregie zu gewährleisten (Pos.60).

7.2.4 Anwendungsmöglichkeiten

Der Punkt Anwendungsmöglichkeiten ist die umfangreichste Subkategorie des Codes *Chancen und Möglichkeiten*. Unter diese Rubrik fallen Aussagen der Teilnehmerinnen zu Nachfragen im Verlauf der Fokusgruppe, die auf mögliche Altersgruppen und Fachbereiche sowie generellen Einsatzoptionen ausgelegt waren. Aufgrund der Fülle an Beiträgen wurde eine tabellarische Darstellung gewählt. Teilnehmerin J teilte ihre Auffassung zu Anwendungsmöglichkeiten nicht mit, dafür konnten einige Ergänzungen aus den Einzelinterviews mit W und T aufgenommen werden.

Auch ohne konkrete Erfahrungen der Teilnehmenden der Fokusgruppe und Einzelinterviews zum praktischen Einsatz von Exergames in der physiotherapeutischen Praxis äußerten sie teilweise sehr klare Vorstellungen von Anwendungsbereichen der digitalen Spiele. Je nach ihren individuellen Schwerpunkten und bisherigen Beobachtungen sehen die Therapeut*innen diverse Perspektiven für die Spielnutzung. Auffallend sind die Antworten auf die Frage nach den geeigneten Altersgruppen, die sie gehäuft im Kindes- und jungen Erwachsenenalter sehen. Es werden auch ältere Patient*innen genannt und zusammenfassend von einer jahrgangsübergreifenden Passung gesprochen, immer in Hinblick auf die individuellen Anamnesen.

Die Therapeutinnen nennen einige der klassischen Fachbereiche physiotherapeutischer Arbeit, für dessen Patient*innen sich Exergames in Behandlungen eignen würden. Der Fachbereich Neurologie wird doppelt angeführt. Weiterhin wurden unspezifische und konkrete Diagnosen aufgelistet, zu denen sich insbesondere K geäußert hat. Sie spiegeln die bereits aufgeführten Fachbereiche wider und zeugen von einer großen Bandbreite an Einsatzgebieten, die sich die Teilnehmenden vorstellen können.

Die Subkategorie teilt sich für Darstellungszwecke außerdem noch in die Zeilen Setting und Zeitpunkt der Anwendung, passend für Patient*innen mit besonderen Eigenschaften, und Sonstiges. Das Setting korreliert mit dem adäquaten Zeitpunkt der Nutzung von Exergames, den die Befragten eher im rehabilitativen Kontext sehen, wenn Patient*innen den Status der Genese erreicht haben. Zusätzlich Erwähnung finden Aussagen von S und G, dass sie sich diese Form der Spiele für schwer motivierbare oder therapiemüde Patient*innen vorstellen können. Schließlich bringen sie noch sonstige Vorteile mit ein, die in nachfolgender Tabelle eingesehen werden können.

Tabelle 3 - Anwendungsmöglichkeiten von Exergames laut der Fokusgruppe (Quelle: Eigene Darstellung)

Spalte1	G (Pos.30,35, 54, 63)	R (Pos.22, 33)	K (Pos. 26, 32, 53, 82)	S (Pos.84)	W (Pos.43)	T (Pos.16, 22, 30)
Altersgruppe	Alle Altersgruppen pro und kontra zu finden - Anamnese	Jüngere PatientInnen	Kinder	Adoleszenz		junge Mädchen
			Ältere PatientInnen			
Fachbereich	Pädiatrie		Orthopädie			
	Neurologie		Chirurgie			
			Neurologie			
Diagnose	Chronische PatientInnen		Chronische Erkrankungen (Atemwege)			Amputationen
			Lumboischialgie			Skoliose
			Impingement			Fußdeformitäten
			Amputationen			
			Querschnitts-lähmung			
			→nichts ausschließen			
Setting	Rehakliniken					
Zeitpunkt	Auch nach Therapiepause		Nicht akut – eher rehabilitativ			
Patienteneigenschaften	therapiemüde			schwer motivierbar		
Sonstiges		Alltagsrelevante Übungen mgl. – Compliance stärken	Mehr Abwechslung für LangzeitpatientInnen		eingeschränkte PatientInnen Gefühl für Bewegung bekommen	Brücke zwischen Training und später Realität

7.2.5 Attraktivität

Unter dem Begriff Attraktivität verbirgt sich ein weiterer Unterpunkt der Kategorie *Chancen und Möglichkeiten* mit Ausrichtung auf Vorteile der Therapeut*innen. Es werden Aussagen der Fokusgruppenteilnehmerinnen zusammengestellt, die sich auf

Exergames als Katalysator für die Attraktivität der gesamten Physiotherapiebranche und des Berufsbildes beziehen. Im Katalog zur Fokusgruppe ist keine Frage danach enthalten, sondern die Aussagen sind im Verlauf der Diskussion unter den Teilnehmerinnen entstanden.

Die Mehrheit der Therapeutinnen gibt keine Stellungnahme zur Thematik ab. G und K argumentieren in Richtung des Fachkräftemangels und sehen den Einsatz von Technik, den Fortschritt der Digitalisierung und vor allem die Nutzung von Exergames als Chance Nachwuchs zu gewinnen und damit langfristig fehlende Stellen zu besetzen:

„Ich glaub grad in Hinsicht des Fachkräftemangels ist es vielleicht auch eine kleine versteckte Chance zu sagen man macht den Beruf attraktiv ist er ja sowieso aber für einen außenstehenden Berufsanfänger oder für jemanden der sich entscheidet welche Ausbildung mach ich ist natürlich die Verknüpfung mit digitalen Medien heutzutage eben auch noch ein ganz großer Faktor.“ (K - Pos.49)

T ergänzt im Einzelinterview den Fakt, dass auch Therapeut*innen am Spiel teilhaben und ihren Patient*innen direkt Feedback zur Ausführung geben können. Der Spaßfaktor bedient hier laut T klar beide Seiten (Pos.31,53).

7.2.6 Unterstützungsangebote

Im letzten Subcode der Kategorie werden bereits bestehende oder von den Therapeutinnen gewünschte Unterstützungsangebote aufgenommen, die eine erfolgreiche Implementierung von Exergames in der Praxis fördern würden. Auch in dieser Kategorie überwiegen die Enthaltungen, da weder R, J noch S etwas zu diesem Thema beitragen. Für G und K steht eine finanzielle Unterstützung im Vordergrund, um allen interessierten Praxen die Ausstattung mit Technik ermöglichen zu können (Pos.114,116). Durch diverse Nebentätigkeiten in Gremien und ihre jahrzehntelange Berufserfahrung weiß G um die Bedeutung und aktuelle Schaffung neuer Abrechnungspositionen. Sie unterstreicht die gegenwärtigen Möglichkeiten zur Abrechnung von Materialkosten und spricht sich für Schulungen zu Exergames aus. Außerdem äußert sie den Wunsch nach einer Übersicht zu vorhandener und praktikabler Spielesoftware für Physiotherapeut*innen, da sie nicht weiß wo sie Informationen und Aufklärung erhalten kann (Pos.45,70):

„Also es wäre schon schön wenn es vielleicht mal irgendwo eine Möglichkeit gibt zu gucken, welche Software eignet sich, oder welche Hardware auch. Weil das ist so eine Sache, eh man sich da selber durchgeforstet hat, was es da alles auf dem Markt gibt wird schwierig, ist ja auch immer eine Zeitfrage. Da wäre es schön wenn irgendwo mal eine Info rauskommt was gibt es schon, was ist brauchbar.“ (Pos. 163)

Es visualisiert Überschneidungen von zwei Codes innerhalb eines Segmentes und bildet aus dessen gemeinsamen Vorkommen eine Netzstruktur aus (MAXQDA, 2022b). Je nach Häufigkeit des vereinten Vorliegens stellt die Software dünne oder dicke Verbindungslinien dar. Die vier Hauptkategorien befinden sich mit den fünf Teilnehmerinnen im Innenkreis der Abbildung. Den äußeren Kreis bilden die jeweiligen Subkategorien. Der Code *Chancen und Möglichkeiten* ist in der rechten oberen Ecke dargestellt und weist die stärksten Verbindungslinien zwischen den Unterpunkten *Motivation* und *Anwendungsmöglichkeiten* auf. Auch im Hinblick auf die Vergabe der Codes wurden die meisten Äußerungen zu *Anwendungsmöglichkeiten* getroffen. Zusammenfassend lässt sich für diese Hauptkategorie festhalten, dass zahlreiche Vorteile an und mit den Exergames durch die Teilnehmerinnen identifiziert wurden. Diese lassen sich in einigen Subkategorien genauer beschreiben und bilden sehr unterschiedliche Bereiche ab. Trotz unzureichender Erfahrungen der Beteiligten an der Fokusgruppe zum Einsatz von Exergames sprechen sie eine Bandbreite an Chancen und Möglichkeiten für die Nutzung der Spiele an. Keine Therapeutin äußert sich zu allen Themen, sehr rege werden jedoch mögliche Anwendungsbereiche und das mit der Technik einhergehende Steigerungspotenzial der Motivation von Patient*innen verbalisiert.

7.3 Hürden und Barrieren

Die zweite zentrale Hauptkategorie *Hürden und Barrieren* bildet Schwierigkeiten und Risiken ab, die für die Therapeutinnen mit dem Einsatz von Exergames in physiotherapeutischen Behandlungen verbunden sind oder erwartet werden können. Wie im Code-Matrix-Browser der Abbildung 2 auf Seite 32 dargestellt wurden die meisten Aussagen zu dieser Thematik getätigt und ein Großteil aller Codierungen vergeben. Der Umfang an Redebeiträgen spiegelt sich in der Vielzahl an Subkategorien wider. Im Folgenden werden ausgewählte Aspekte vorgestellt.

7.3.1 Skepsis an der Technisierung

Der Code *Skepsis an der Technisierung* wurde verwendet, wenn Vorbehalte gegenüber dem Einsatz von Exergames in der Praxis geäußert wurden. Darunter fallen sowohl die Sichtweisen der Patient*innen- und der Therapeut*innen als auch eine ganzheitliche auf das Gesundheitssystem. Durch Ergänzungen aus den Einzelinterviews führt die

Subkategorie eine Fülle an Argumenten und Aussagen, die Zweifel am Mehrwert der Spiele zum Ausdruck bringen.

S und J sind in dieser Subkategorie schweigsam. G erklärt auf Grundlage ihres Erfahrungswissens, dass Patient*innen vor allem die individuelle Betreuung durch Therapeut*innen wertschätzen (Pos.63). R unterstreicht dies durch aktuelle Studienergebnisse die belegen, dass Patient*innen den direkten Kontakt zu Therapierenden allen Vorteilen der Technik vorziehen:

„[...] in einer Studie, da war auch das wirklich gerade die älteren Personen den direkten Kontakt zum Therapeuten als viel wichtiger empfunden haben als die Tatsache, dass sie räumlich und zeitlich viel flexibler wären, wenn sie die Therapiestunde von zuhause aus absolvieren könnten.“ (Pos.64)

Ein weiterer Punkt ist die bereits zu Beginn der Diskussion von K benannte Skepsis der Therapeut*innen gegenüber Exergames und Digitalisierung im Gesundheitswesen in Mecklenburg-Vorpommern, die sie in diesem Bundesland als besonders stark wahrgenommen hat. Durch Hospitationen bei Schülerinnen und Schülern erfuhr sie deutliche Vorbehalte der therapeutischen Einrichtungen und sieht all diese Aspekte als Erschwernisse für die Akzeptanz von Exergames als Therapiemittel an (Pos.18,96).

Sehr zahlreiche Ergänzungen lassen sich aus den Einzelinterviews aufnehmen. Auffallend kritisch ist W eingestellt und hinterfragt den Mehrwert der Exergames, da es ihr wichtig ist Bereiche auch bewusst analog zu führen (Pos.21). Zudem bestehe keine Erforderlichkeit durch Innovationen Patient*innen anzulocken, im Gegenteil:

„[...] die Situation der Physiotherapie ist ja die das man zu wenig Therapeuten hat und viel=viel zu viele Patienten, und ich sag mal der Druck, was oberbercooleres zu machen, damit man mehr Patienten anlockt, der ist ja so in dem Sinne nicht da.“ (Pos.23)

Weiterhin betrachtet W die Nutzung von Exergames und technischen Angeboten in einem sehr zugespitzten Ausmaß und prophezeit die Überflüssigkeit von Therapierenden, wenn die Maschinen selbständig arbeiten können (Pos.43,54). Diese Aussagen hörte T auch schon von älteren Kolleg*innen in Verbindung mit der Angst, aufgrund der Technik den Arbeitsplatz verlieren zu können (Pos.9, 60).

7.3.2 Patientenspezifität

Die Codedefinition für *Patientenspezifität* lautet: *förderliche und hinderliche Faktoren identifizieren, die positive oder negative Voraussetzungen für einen erfolgreichen Einsatz von Exergames an jeder und jedem individuellen Patient*in darstellen.* Auch in

diesem Punkt melden sich J und S nicht zu Wort. G spricht über die Hürde des sich ständig wechselnden Patient*innenklientels, was mit regelmäßigen Umbauten und Einstellungsänderungen der Exergames verbunden sein wird und diese Zeit in der Praxis nicht gegeben ist (Pos.20). Ihre zentrale Aussage ist, dass die Patient*innen mit ihren Diagnosen für den Einsatz von Exergames geeignet sein müssen, damit sie sich dafür entscheidet (Pos.74). Für das Hausübungsprogramm sind sie nur tauglich, wenn das technische Equipment bereits vorhanden ist (Pos.63). Für K ist es von Bedeutung das die Exergames sinnvoll eingesetzt werden:

„Patienten individuell zielorientiert und nicht nur als Lückenfüller oder ein bisschen Spaß zu verkaufen.“ (Pos.90)

W ergänzt um die Notwendigkeit von Spezifität:

„Sondern das es wirklich eine Sache ist die herausfordert, die so gestaltet ist das sich der Patient nicht denkt die will sich nur die Arbeit einfacher machen.“ (Pos.43)

T schränkt den Einsatz von Exergames noch dahingehend ein das manche Patient*innen bereits zu fortgeschritten in der Therapie sind, um sie nicht mehr in der virtuellen, sondern bereits der tatsächlichen Realität behandeln zu können. Denn das Ziel sei ja die Bewältigung des Alltags unter realen Gegebenheiten (Pos.16). Außerdem sensibilisiert T für die Gefahr zu viel Technik einzusetzen und die Spiele als Massenabfertigung zu nutzen, was aller Spezifität widerspräche (Pos.39).

7.3.3 Professionalität

In dieser Subkategorie thematisieren die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe ihre Sorgen vor schwindender Fachlichkeit im Berufsalltag, sollten sich Exergames und digitale Angebote durchsetzen. Mit vier Codierungen zählt dieser Unterpunkt zu den kleinsten Beitragsthemen der Kategorie *Hürden und Barrieren* und wird nicht stark diskutiert. G äußert den Hinweis, als Therapeutin später nicht nur Exergames einzusetzen, damit das Vertrauen der Patient*innen beibehalten wird und weiterhin auch bewährte und bekannte Techniken genutzt werden (Pos.105). Sie wünscht sich außerdem Exergames mit fachlichem Hintergrund und würde diese den konventionellen Spielen vorziehen, um ein gewisses Maß an Fachlichkeit gewährleisten zu können (Pos.124). K spricht sich zu der aus ihrer Sicht bestehenden Gefahr aus, den Umgang mit Exergames unterschätzen und die Professionalität der Physiotherapie deshalb in Mitleidenschaft ziehen zu können:

*„[...] als Gefahr sehe ich auch ein bisschen die Fachlichkeit dahinter, also wirklich die Zeit zu haben sich damit zu beschäftigen und wirklich zu hinterfragen und es auszuprobieren was bewirke ich jetzt wirklich mit welcher Dosierung, mit welcher Anwendung. Und es nicht einfach nur anzuschalten und zu sagen ‚mach mal‘ [...]“
(Pos.90)*

W stellt die Hypothese auf, dass die Patient*innen wenig Akzeptanz gegenüber Exergames aufbringen werden, da sie dadurch keine eins-zu-eins Betreuung erfahren würden (Pos.29). Es sollte nicht nur Spiel und Spaß sein, denn das wird der Physiotherapie nicht gerecht (Pos.52). Zudem sollten weiterhin Therapierende die Entscheidungen im Behandlungsprozess treffen und diese nicht aus mangelnder Fachlichkeit einer Auswahl an Übungsprogrammen im Spiel überlassen (Pos.54).

7.3.4 Interdisziplinarität

Als weitere Hürde für den erfolgreichen Einsatz von Exergames in der physiotherapeutischen Praxis wurde mangelhafte Interdisziplinarität benannt, die sich in Problemen der fachbereichsübergreifenden Kommunikation und Schwachstellen in Interaktionen manifestiert. Auch diese Subkategorie gehört mit vier Redebeiträgen zu den kleineren genannten Hürden. Die zentrale Erschwernis ist die Kooperation mit den Ärzt*innen, die eine unabdingbare Anlaufstelle für die Physiotherapeut*innen darstellen und auf deren Verordnungen sie angewiesen sind. Probleme mit ärztlichem Personal äußern G, K (Pos.47,68) und auch J sagt exemplarisch im Zusammenhang mit der Etablierung von neuen Maßnahmen in die Praxis:

*„Aber ich, ich glaube das ist nicht nur ein Prozess den wir dann als Therapeuten durchschreiten müssen, sondern das hängt bei uns ja auch von der Verordnungskraft ab. Also, unsere Ärzte. Und da haperts in einigen Dingen, muss ich ehrlich sagen.“
(Pos.46)*

Von den Therapeut*innen G und T werden zusätzlich hinderliche Faktoren in Beziehung zu den Krankenkassen angeführt, deren strikte Vorgaben ein freies Behandeln einschränken (Pos.80) und den innovativen Konzepten erstmal kritisch gegenüberstehen und diese nicht fördern, bis sie etabliert sind (Pos.12). Deshalb muss eine konstante Förderung im Beisein von Spieleentwicklern ermöglicht werden, um die Evidenz zu belegen, so T (Pos.19).

7.3.5 Rahmenbedingungen

Ausgehend von der Reihenfolge der Subkategorien im MAXQDA Programm stehen die *Rahmenbedingungen* an letzter Position. An dieser Stelle folgt jedoch die Vorstellung der genannten Bedingungen, die von Seiten der Fokusgruppenteilnehmerinnen für eine optimale Nutzung von Exergames in physiotherapeutischen Einrichtungen gelten sollten, da sie die bisher bestehende Textform durch eine visuelle Darstellung auflockern. Zudem kann für die Auswertung von der Abfolge der Codes abgewichen werden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Es wurden sechs zentrale Aspekte identifiziert, diese als Subsubkategorien festgelegt und aufgrund des inhaltlichen Umfangs der Aussagen in tabellarischer Form abgebildet.

Tabelle 4 - Rahmenbedingungen für den Einsatz von Exergames laut der Fokusgruppe (Quelle: Eigene Darstellung)

Spalte1	G (Pos. 20,45,88,116,148)	R (Pos.22,61,73)	K (Pos. 68,90)	J (Pos.44,149)	W (Pos.25)	T (Pos.35,40,45,52)
Technische	Praxen häufig analog	Praxen häufig analog	Räumlichkeiten	ausreichende Internetverbindung		ausreichende Internetverbindung und überhaupt Internetanbindung
Ausstattung	ausreichende Internetverbindung	ausreichende Internetverbindung	Technische Möglichkeiten vorhanden?			
	Anschaffung Technik - was und welche?, Technik funktional					
Finanzierung	Kosten Anschaffung Technik hoch	Kosten Anschaffung Technik hoch	Kosten Anschaffung Technik hoch	Abrechnungsposition?		Updates problemlos
			Abrechnungsposition?			
Handhabe	Zuerst üben PTs dann P beibringen		Routine Handling PTs			
Zeit	über Arbeitszeit üben bis Routine		braucht Zeit bis Routine PT + Praxis	Dauer Aufbau + nur kurze Behandlungszeiten		
Organisation	Dauer Aufbau + Nutzungsdauer				Datenschutzkonform?!	Dauer Aufbau
	passt in die Organisation der Praxis?					Stromnetz überlastet?
Unterstützung	Professionelle Hilfe nötig, möglich bei Nutzung kommerzieller Spiele?					

S gibt ihre Meinung zur Thematik nicht öffentlich preis. Teilnehmerin G ist wiederholt die aktivste Person der Gruppe und äußert sich zu allen Subkategorien des Subcodes

Rahmenbedingungen. Außerdem werden einige Beiträge aus den Einzelinterviews aufgenommen. Die Mehrheit der Aussagen bezieht sich auf die Unterkategorien *technische Ausstattung* und *Finanzierung*. Zentrale Hürden und Barrieren sehen die Therapeut*innen in den Praxen selbst, da sehr viele noch komplett analog arbeiten:

„Das finde ich ist auch ein ganz wichtiger Akt das die Praxen dafür aufgestellt sind, und ich muss leider feststellen das es immer noch ganz viele Praxen gibt die noch nicht einmal einen PC für die Patientenverwaltung haben.“ (G Pos.20)

und sie zudem eine ausreichende Internetverbindung in Frage stellen:

„[...] für die meisten Spiele wird eine stabile Internetverbindung benötigt. Und, gerade das, ich habe in meiner Heimat in einem relativ ländlichen Raum gearbeitet, ob man da jetzt so das 5G Netz gehabt hätte [...] ist dann natürlich auch so eine Frage. Da denk ich mal würden schon viele=viele Praxen rausfallen. Gerade auf dem Dorf.“ (R Pos.73)

Weiterhin behindern hohe Kosten den Einsatz von Exergames, da die Technik in der Anschaffung preisintensiv ist und sich der finanzielle Aufwand aktuell nicht in Form von Behandlungen abrechnen lässt. Bei den Themen Handhabe und Zeit stehen zeitintensive Vorbereitungen im Fokus, die im Vorfeld des Gebrauches der Spiele durch die Therapeut*innen zu leisten sind. Neben einem ersten vertraut machen müssen die Anwender*innen eigenständig an und mit den Geräten üben und Zeit für den Auf- und Abbau in die tägliche Routine einplanen. Sie stellen sich die Frage, ob sie die Zeit zum Trainieren finden und ob sich der Praxiseinsatz mit den regelmäßigen Umbauten für sie lohnt:

„[...] ob das auch, ja, eine Leistung ist die die Kasse auch bezahlt dann? Oder kommt dann irgendwann wieder so und so viel Zeit müsst ihr dafür haben. Denn, ich erinnere mal, unsere Behandlungszeiten in der Physiotherapie, die sind kurz, ja? Und die sind in manchen Behandlungen schon zu kurz, ne?“ (J Pos.44)

Eine weitere Hürde besteht in den benötigten Unterstützungsangeboten, die durch die finanziell weniger belastende Nutzung von kommerziellen Spielen wegfallen könnten. Aus den Einzelinterviews konnten Befürchtungen zur Datensicherheit der Patient*innen (W Pos.25) und Sorgen um die Stabilität des Stromnetzes aufgenommen werden (T Pos.40).

7.3.6 Bereitschaft

Als weitere Hürde wurde mangelndes oder fehlendes Engagement im Hinblick auf die Nutzung von Exergames durch die Fokusgruppenteilnehmerinnen thematisiert, was sowohl von den Therapierenden selbst, als auch von den Patient*innen ausgehen kann.

Besteht kein persönlicher Anreiz oder Wille die Spiele auszuprobieren hat dies direkt einen negativen Einfluss auf den Einsatz, der dann wahrscheinlich nicht in der Praxis stattfinden wird. Dies wird von K aufgegriffen, die neben der Bereitschaft auch die Offenheit des Personals als Grundbedingung für den Einsatz von Exergames angibt. Es sollten nur interessierte Therapeut*innen an Schulungen teilnehmen, die das Gelernte später nutzen wollen (Pos.68,114). Als weitere Hürde für den Exergame-Einsatz spricht G das Vorhandensein von geschultem Personal mit Interesse an und ergänzt, dass es auch die Patient*innen wollen müssen. Für sie spielen weder Alters- noch Landesgrenzen bei der Bereitschaft eine Rolle, da sie schon unterschiedlichstes erlebt hat:

„ich denke mir, es ist von den Kollegen abhängig. Und es gibt überall und ich will das nicht aufs Bundesland beziehen, denn ich kann ja nun im Moment durch meine Tätigkeit in [Name Organisation] auch über den Tellerrand gucken. Es ist einfach von jedem persönlich abhängig [...]. Ist auch nicht vom Alter abhängig.“ (Pos.150)

Für R verbirgt sich hinter der Nutzung von Exergames in Praxen die Gefahr, dass sich die Belegschaft spaltet und Konflikte gefördert werden, wenn es positiv und negativ zur Digitalisierung eingestellte Therapeut*innen gibt (Pos.92). Schließlich ergänzt J, dass sich die Personen zum Spielen der Exergames überwinden müssten und dies eine persönliche Hürde darstellt (Pos.76). S beteiligt sich nicht an dieser Diskussion. Dafür bringen W und T Praxisbeispiele für Barrieren an, die es zu überwinden gilt:

„Wie gesagt diese Videogeschichten hatten wir damals mit den Kollegen auch besprochen, da war jetzt wirklich niemand dabei der gesagt hat, yeah, machen wir.“ (W Pos.41)

Für T ist Voreingenommenheit und eine damit verbundene Engstirnigkeit von Seiten der Patient*innen und Therapeut*innen eine große Hürde:

„[...] es gibt einfach Menschen, die sehen das was sie gelernt haben, als heilige Pflicht an. Und nur danach zu behandeln. Die Augen zu verschließen vor irgendwelchen neuen Sachen.“ (Pos.48)

7.3.7 Ausbildung und Wissen

Die letzte identifizierte Subkategorie stellt Lücken in der Ausbildung zu Physiotherapierenden und fehlendes Wissen von bereits aktiven Therapeut*innen als weitere Hürde dar. Aus der Fokusgruppe bildete sich der Konsens heraus, dass Exergames im Speziellen und die Digitalisierung der Physiotherapie im Allgemeinen nicht Lehrinhalt der Ausbildung sind und dies den aktuellen Einsatz und weiteren

Fortschritt behindert. R und K äußern sich dazu in ihren Positionen als frisch Ausgelernte und Pädagogin:

„[...] würde das ganze jetzt in den vermehrten Einsatz gehen, müsste man denke ich Anpassungen im Bereich der Ausbildung vornehmen. Das dann angehende Therapeuten dort schon, [...] gewisse Schulungen stattfinden, um eben im Nachhinein zu vermeiden, das diese Diskrepanzen entstehen.“ (R Pos.109)

„Und ich von meinem Standpunkt sehe es vor allem auch als ein Bereich der definitiv irgendwo in der Ausbildung sich, zeigen muss.“ (K Pos.114)

Von den Fokusgruppenteilnehmerinnen J und S werden keine weiteren Argumente vorgebracht. Das komplette Gegenteil zu den bisherigen auf die Ausbildung bezogenen Hürden bilden die Beiträge aus den Einzelinterviews. Beide stellen fehlendes Wissen als größte Barriere für den Einsatz von Exergames vor. Für W fehlt es den Spielen an Bekanntheit und ihr Nutzen erschließt sich ihr nicht (Pos.25). Sie hatte bisher nicht das Gefühl, dass ihr ohne diese Spiele etwas in Behandlungen fehlen würde (Pos.15) und bewegt sich methodisch lieber auf *„bekanntem Terrain und das ist unbekanntes Terrain.“* (Pos.25). Aus Sicht von T benötigen alle Beteiligten mehr Informationen und Forschungsergebnisse, um die Wirkungen der Spiele zu belegen:

„Jetzt auf jeden Fall auch noch eine wissenschaftliche Grundlage.“ (Pos.27)
und
„Mehr Aufklärung einfach.“ (Pos.59)

7.3.8 Zusammenfassung Hürden und Barrieren

Dieser Bereich stellt den umfassendsten Abschnitt der Ergebnisse dar. Die Therapeut*innen sehen sich mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert und teilen sehr viele Aussagen zu Hürden und Barrieren mit der Gruppe. Insbesondere adäquate Rahmenbedingungen in den Einrichtungen und die Bereitschaft der Patient*innen und Therapeut*innen Exergames einzusetzen werden als wichtig hervorgehoben und als herausfordernd beschrieben. In Anbetracht der obigen Abbildung 2 auf Seite 32 und der hohen Anzahl an Codierungen nehmen die Therapierenden offenbar mehrheitlich Nachteile und Schwierigkeiten im Umgang mit Exergames wahr. Das Code-Relations-Modell auf Seite 41 präsentiert zudem die meisten Überschneidungen zwischen *Hürden und Barrieren* mit der Subkategorie *Bereitschaft* und in Bezug auf Teilnehmerin G. Im Modell wird, wie oben beschrieben, die zentrale Bedeutung von Rahmenbedingungen widergespiegelt und deren Unterpunkt technische Ausstattung hervorgehoben.

7.4 Zukünftige Relevanz von Exergames in der Physiotherapie

Die letzte Kategorie der Fokusgruppe ist als Ausblick formuliert und wurde als ‚Zukünftige Relevanz‘ bezeichnet. Von Interesse sind die Ansichten der Therapeutinnen zum zukünftigen Einsatz von Exergames in der physiotherapeutischen Praxis und deren damit verbundenem Stand in der Methodenwahl.

Für G muss die Nutzung der Spiele für die Therapierenden und die Patient*innen passend sein (Pos.101) und sie sollten bestenfalls zusammen mit Physiotherapeut*innen entwickelt worden sein (Pos.121). Diesen Punkt greift auch J auf und ist sich mit G einig, dass

„[...] es auch eine wirklich sinnvolle Ergänzung zur Therapie [ist]. Ich würde es nicht als Alternative sehen, ich würde es auch nicht, statt-dessen einsetzen, aber als Ergänzung oder mit=mitarbeitend finde ich das sehr gut.“ (Pos.136)

J führt zusätzlich ihre Bedenken an, dass Patient*innen die individuelle Betreuung in der Therapie schätzen würden und begründet darin die Nutzung von Exergames lediglich als Stütze (Pos.60). Für die gezielte Anwendung von digitalen Spielen bei Krankheitsbildern spricht sich R für spezifische Exergames aus, die ihrer Meinung nach eher dafür angemessen sind als kommerzielle Programme (Pos.119). K und S stehen einer Implementierung von Exergames in ihre Praxen oder generell positiv gegenüber und können sich vorstellen, diese in den Leistungskatalog aufzunehmen (K Pos.144, S Pos.140). Folgende Bedingungen wurden von W im Einzelinterview betont:

„also wenn es wirklich da einen Mehrwert gibt und sei es jetzt nur für bestimmte Anwendungsbereiche und wenn es den Eindruck macht das es wissenschaftlich fundiert ist und nicht nur ein Spiel, nur in Anführungszeichen, dann kann ich mir vorstellen das es irgendwo auch Anwendung findet, ja.“ (Pos.43)

T äußert dahingehend Vermutungen, dass die Realisierung von spielerischen Behandlungen in den Praxen einige Zeit in Anspruch nehmen und vielleicht zuerst in Städten ankommen wird, ehe sie sich später auf ländliche Bereiche ausbreitet (Pos.47).

Trotz des zahlenmäßig geringen Umfangs an Redebeiträgen geben alle Therapeut*innen eine Aussage zur Thematik ab. Die Beteiligten der Fokusgruppe und die einzeln Interviewten äußern sich ohne Ausnahme positiv zum zukünftigen Einsatz von Exergames in der Physiotherapie, wenngleich sie einige Bedingungen stellen.

7.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem umfassenden Kapitel wurde die Analyse der gewonnenen Daten vorgenommen und in Form eines Ergebnisberichtes verschriftlicht. Es wurden die vier Hauptkategorien in die Auswertung aufgenommen und ebenso ihre Subkategorien integriert. Die Betrachtung erfolgte zweiteilig: zu Beginn als kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien und später parallel mit den Zusammenhängen zwischen Subkategorien einzelner und mehrerer Hauptcodes. Um die Ergebnisse neben der Schriftform auch plastisch darstellen und einen besseren Überblick über die Relationen zwischen den Codes herstellen zu können kamen zahlreiche Visualisierungen zum Einsatz. Auf weitere Darstellungen konnte teilweise im Text verwiesen werden, die sich ergänzend im Anhang befinden. Den erhobenen Informationen aus dem soziodemographischen Fragebogen kam eine untergeordnete Rolle in der Auswertung zuteil und sie wurden nur randständig zu Beginn betrachtet.

Zusammenfassend beziehen sich die Ergebnisse dieser Untersuchung vornehmlich auf die Beiträge der Teilnehmerinnen der Fokusgruppe. Sie äußern vor allem Hürden und Barrieren im Umgang mit Exergames und deren Integration in die physiotherapeutische Praxis. Dabei überwiegen die von den Therapeutinnen wahrgenommenen Schwierigkeiten in Bezug auf vorliegende Rahmenbedingungen in den Einrichtungen und der beruflichen Organisation. Sie sprechen insbesondere über Probleme mit der notwendigen Technik, beispielsweise bei der Anschaffung und der Handhabung. Außerdem thematisieren die Befragten individuelle Herausforderungen und bringen deutlich zum Ausdruck, dass die persönliche Bereitschaft ein wichtiges Kriterium für die Nutzung von Exergames im beruflichen Kontext darstellt. Damit dominieren negative Aspekte die aktuellen Einschätzungen der Therapeutinnen zur Akzeptanz von Exergames in der Physiotherapie.

Wichtige Ergebnisse sind weiterhin, dass auch zahlreiche Chancen und Möglichkeiten von den Fokusgruppenteilnehmerinnen mit digitalen Spielen in Verbindung gebracht werden. Diese zeigten sich primär in der Kategorie Anwendungsmöglichkeiten und hoben die Vielzahl an Fachbereichen und Diagnosen hervor, für deren Behandlungen sich die Teilnehmerinnen den Einsatz von Exergames vorstellen könnten. Sie betonten die Bedeutung der Eignung der therapierenden und der zu behandelnden Personen und sprachen sich für eine übergeordnete Relevanz dieser aus, um die Spiele adäquat einsetzen zu können.

Weniger ausgeprägt wurde über Erfahrungen im Umgang mit Exergames und ihrer zukünftigen Relevanz gesprochen, da keine der Beteiligten an der Fokusgruppe über konkretes Praxiswissen in spielerischen Therapien verfügt. Sie stehen einer zukünftigen Integration der Spiele in den Therapiealltag positiv gegenüber, sofern strukturelle und institutionelle Bedingungen erfüllt und weitere Forschungen zur Evidenz unternommen werden. Ihr hoher Bedarf an Aufklärung und weiteren Informationen verdeutlicht sich auch in den anderen Hauptkategorien.

Es zeigten sich neben Übereinstimmungen auch diverse Differenzen in den Meinungen und Äußerungen der Fokusgruppe und der Einzelinterviewten, weshalb sie als Extremfälle angesehen werden können und häufig als Ergänzungen angebracht wurden. So führte die Befragte W sehr viele Argumente mit Skepsis an der Technisierung an und der Interviewte T brachte neue Ideen für Anwendungsmöglichkeiten ein. Sie waren sich gänzlich uneinig und unterscheiden sich daher deutlich von den annähernd auf Konsens ausgerichteten Fokusgruppenteilnehmerinnen.

8. Diskussion

Die folgende Forschungsfrage bildet die Grundlage der Arbeit: *Welche Aspekte bestimmen die Akzeptanz von Physiotherapeut*innen in Mecklenburg-Vorpommern zum Einsatz von Exergames in der Praxis?*

In der Fokusgruppe sollte untersucht werden, welche Chancen und Risiken die Therapierenden im Umgang mit digitalen Spielen sehen und wie sie deren Nutzung im Therapiealltag gegenüberstehen. Die Fragestellung wurde von den Teilnehmenden durch die Nennung von zahlreichen begünstigenden und hindernden Faktoren ausführlich und differenziert beantwortet. Die wichtigsten Aspekte zur Akzeptanz von Exergames sind nach Ansicht der Physiotherapeut*innen ihre Vielzahl an Anwendungsmöglichkeiten und damit verbundene Unterstützungsangebote auf der positiven Seite, sowie hinderliche Rahmenbedingungen und mangelnde Bereitschaft der Beteiligten auf der negativen Seite.

Dieses Kapitel schließt mit der Diskussion der Resultate an den Ergebnisbericht an und wird vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur geführt. An dieser Stelle soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die vorliegenden Ergebnisse nicht als Feststellungen aufgefasst werden und nicht repräsentativ sind, sondern in diesem

Zusammenhang der Begriff der Übertragbarkeit gebraucht wird (Kuckartz & Rädiker, 2022). Die Daten liefern explorative Informationen und lassen verallgemeinerbare Trends erkennen (Bürki, 2000). Das Ziel ist die Abbildung der subjektiven Wirklichkeit der Beteiligten der Fokusgruppe.

8.1 Interpretation der Ergebnisse

In der Theorie zur Akzeptanz von Technologien wird nicht nach Vor- und Nachteilen differenziert, wie es in der Fokusgruppe erfragt wurde, sondern in verschiedenen Ebenen, die wiederum positive und negative Ausprägungen beinhalten können. Als mögliche Chance kann hier jedoch die Leistungserwartung genannt werden, die sich als Nutzen aus dem Einsatz von Exergames ergeben kann (Venkatesh et al., 2003). Die aktuelle Literatur aus dem ersten Teil der Arbeit greift dies auf, ist aber weitaus detaillierter und spricht bewusst von Möglichkeiten des Einsatzes von digitalen Spielen. In den Studien wurden diverse Bezeichnungen für die Themengebiete gewählt, diese können auf das ausdifferenzierte Kategoriensystem der Fokusgruppe übertragen werden.

Aus den Untersuchungen geht eine Vielzahl an Anwendungsmöglichkeiten von Exergames hervor, die als größte Chance für die Praxis verstanden werden kann und mit den Ergebnissen der vorliegenden Betrachtung übereinstimmt. Wie in den Studien lassen sich die Aussagen der Therapeut*innen in passende Diagnosen und Fachbereiche, Altersgruppen und Settings unterteilen. Weitere Übereinstimmungen betreffen die gehäufte Nennung von adäquaten Unterstützungsangeboten durch die Technik und für die Benutzenden. Die Forschenden sprechen sich zusätzlich für sichere und wasserfeste Systeme aus, die überall einsetzbar und mit wenig Equipment auskommend einen Mehrwert für die Therapierenden darstellen könnten (Hamilton et al., 2019). Von den Befragten folgten Ergänzungen zu finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten und der Vorschlag, durch vermehrte Informationen und Aufklärung die Vorteile der Spiele herauszuarbeiten und publik zu machen.

Andere Gemeinsamkeiten zwischen der Literatur und dieser Untersuchung sind die Darlegungen zu wahrgenommenen Chancen durch die Technik in Form von Feedback, die generelle Motivation der Patient*innen durch Spaß am Spiel und die Möglichkeit der Heimanwendung während und auch nach erfolgter Therapie. Die Aussagen der Fokusgruppenteilnehmerinnen zu den genannten Themen sind ausführlicher und greifen weitere Aspekte diesbezüglich auf. So sprechen sie die mit Einführung der Technik in

den Praxen verbundene umfassende Kommunikation aller Akteure des Gesundheitswesens als Chance an (G Pos.20), die Begeisterung für therapiemüde oder schwer zu motivierende Patient*innen für Behandlungen durch Exergames (W Pos.43) und die Möglichkeit, sie als Hausaufgabenprogramm einsetzen zu können (K Pos.82). Unterschiede zwischen der Literatur und dieser Forschung zeigen sich in Punkten, die jeweils eine Seite nicht betrachtet hat. In den aktuellen Studien wurde über positive psychische und physische Effekte von digitalen Spielen berichtet. Sie könnten von den Leiden und Krankheiten ablenken (Imam et al., 2018), dienen sowohl als körperliches als auch als kognitives Training (D. E. Levac & Miller, 2013) und seien in der Lage, die Fitness und Selbstwirksamkeit der Spielenden zu fördern (Hamilton et al., 2019). Aus der Fokusgruppe ergab sich der zusätzliche Punkt Attraktivität, welcher im Hinblick auf die gegenwärtige Lage des Berufsstandes Physiotherapeut*in als besonders interessant angesehen werden kann: die Chance, durch vermehrten Einsatz von digitalen Maßnahmen, und im speziellen Exergames, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, den Beruf attraktiver zu machen und Auszubildende zu gewinnen (K Pos.49).

Im zweiten zentralen Diskussionspunkt der Hürden und Barrieren im Einsatz von Exergames in der physiotherapeutischen Praxis fanden sich die meisten Argumente und Redebeiträge der Fokusgruppenteilnehmerinnen, was auf die mangelhaften beruflichen Erfahrungen und die damit einhergehende Skepsis zurückgeführt werden könnte. Insgesamt sind die Erläuterungen der Teilnehmerinnen zum Thema Erfahrungen sehr verhalten. Es überwiegen die beruflichen Erlebnisse der Therapeutinnen, auch wenn diese nicht aus der physiotherapeutischen Praxis stammen. Da die Gruppe keine Spielekonsolen in Behandlungen angewendet hat oder aktuell anwendet, weist dies auf fehlende Informationen und Aufklärung hin, wie von R thematisiert. Das Interesse an Exergames ist bei den Physiotherapeutinnen offenbar vorhanden und folglich kein Grund für die Nicht-Nutzung.

Bei einem Vergleich der Forschung und der Fokusgruppe finden sich unter dem Punkt Hürden und Barrieren einige Parallelen. In beiden Rubriken gelingt die Unterteilung der Ergebnisse in Beiträge zu der Patientenspezifität, der Bereitschaft, dem Wissen und den Rahmenbedingungen.

Im Folgenden werden Gemeinsamkeiten aus den Studien und der Fokusgruppe zu den oben genannten Themen erläutert. Beide Seiten sehen ausgewählte Patientengruppen als ungeeignet für Exergames an und urteilen, dass die Spiele in der Lage sein müssten,

auf jede Person individuell zugeschnitten werden zu können (Nguyen et al., 2019). Außerdem werden zahlreiche Punkte von aktuell vorherrschenden Rahmenbedingungen genannt, die einen optimalen Gebrauch der Spiele behindern. So fehle es an finanziellen Hilfen zur Anschaffung der notwendigen Technik und die Kosten seien insgesamt zu hoch, da die Abrechnungsfrage nicht endgültig geklärt sei (K Pos.68, G Pos.47). Weiterhin sei die praxisinterne Organisation häufig problematisch, durch die Notwendigkeit eines jederzeit zur Verfügung stehenden Raumes für die Spiele, dem geschulten Personal und der benötigten Zeit (G Pos.70, J Pos.44). Übereinstimmungen finden sich zudem in den Subkategorien Bereitschaft und Wissen. Es zeigt sich klar das beide Seiten, Therapierende wie Patient*innen, ein Interesse an der Durchführung von Exergames als Behandlungsmethode haben sollten und zum jetzigen Stand noch zu wenig über die Digitalisierung in der Physiotherapie im Allgemeinen und die Wirkung von digitalen Spielen im Speziellen bekannt ist. Dies stimmt so mit der Theorie nach UTAUT überein, in der ein gesellschaftlicher Einfluss angezeigt ist, der sich durch soziale Faktoren und subjektive Normen, wie die individuelle Bereitschaft, beeinflussen lässt (Venkatesh et al., 2003).

In der Literatur finden sich Ergänzungen zur Thematik Bereitschaft. Die Teilnehmenden der Studien brachten die Sorgen vor, dass Patient*innen nach einem durchgeführten Exergame das Interesse an traditionellen Methoden verlieren könnten (D. E. Levac & Miller, 2013), sich durch ein negatives Feedback des Gerätes unter Druck gesetzt fühlen könnten (Funabashi et al., 2018) oder es sie insgesamt schnell langweilen könnte (Benzing & Schmidt, 2018), wodurch in allen Fällen die Bereitschaft zur Übung mit dem Spiel sinken würde. Um ihre Skepsis an den digitalen Spielen zum Ausdruck zu bringen äußerten die Forschenden, dass diese neuen Techniken die traditionellen und bewährten Methoden verdrängen könnten und die Bildschirmzeit der Menschen unnötig steigern würden (Benzing & Schmidt, 2018). Zwei weitere Punkte finden sich so nur in der Studienlage: Probleme bei der Durchführung und mit der Technik. Aufgrund der Hands-off Strategie von Therapierenden in Exergames sind falsche Ausführungen wahrscheinlich und kontraproduktiv für den Behandlungserfolg (Nguyen et al., 2019). Zudem seien die Spiele nur so gut wie die Technik und die Sensoren, wodurch die Patient*innen schummeln und sich selbst schaden könnten (Nguyen et al., 2019). Die Unfallgefahr bei Exergames sei erhöht (Tobaigy et al., 2018).

Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe und die Einzelinterviewten lieferten trotz ihres begrenzten Wissens zu Exergames zahlreiche und wichtige Beiträge zum Thema Risiken. Sie stehen der literarischen Wissenslage damit nicht gegenüber, sondern

erweitern den fachlichen Kenntnisstand um wichtige Hinweise, die für eine erfolgreiche Implementierung der Spiele in der Zukunft relevant sein werden. Aufgrund der persönlichen Hintergründe der Fokusgruppenteilnehmerinnen fielen Aussagen zur grundständigen Wissensvermittlung – die Ausbildung muss zugunsten von Exergames überarbeitet und angepasst werden (R Pos.109, K Pos.114). Anders als in der Literatur wiegen die Rahmenbedingungen im Gruppengespräch schwer. Die Therapeutinnen sprechen zudem Probleme mit Verordnungen an (J Pos.46) und äußern ebenso Kritik an den Krankenkassen, die nur evidenzbasierte Methoden abrechnen können und es innovative Konzepte dadurch schwer haben, eingesetzt zu werden (G Pos.80). Dergleichen Aussagen fielen in den Studien nicht. Sehr abstruse, aber elementare Ängste kamen in der Fokusgruppe und den Interviews zur Sprache, die in den Studien so überhaupt nicht aufgenommen wurden: Sorge vor schwindender Fachlichkeit bei den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die ihre Patient*innen nur vor das Gerät setzen und dieses einschalten müssen (K Pos.90). Die Sorge vor einer sich ausprägenden Massenabfertigung durch die leichte Handhabung der Spiele (T Pos.39) und die all das übertreffende Angst, durch Exergames als ersten Schritt der Digitalisierung als Therapierende überflüssig zu werden: *„Dann graben wir selber unser eigenes Grab, weil wir uns dann ersetzbar machen, durch irgendeine KI, die das dann für mich entscheidet.“* (W Pos.54)

Der Kategorie zukünftige Relevanz kann kein Aspekt der Theorie zugeordnet werden. Sie wurde als Dimension komplett aus der Praxis übernommen. Die Aussagen der Forschenden gehen mit den Beiträgen der Fokusgruppe überein, dass Exergames eine erfolgversprechende Ergänzung und Stütze in der Therapie bilden können, aber bewährte Methoden nicht ersetzen werden (Funabashi et al., 2018; Hamilton et al., 2019). Und auch dafür bedarf es weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen, die im besten Fall zusammen mit Therapierenden durchgeführt werden (Funabashi et al., 2018).

Spannend sind noch die folgenden Ergebnisse aus der Studie von D. Levac et al. (2017), die so nur indirekt aus der Fokusgruppe entnommen werden konnten oder nicht von den Therapeutinnen thematisiert wurden: neue Physiotherapeut*innen sind verstärkt gewillt, Exergames im Praxisalltag einzusetzen als Ältere, da sie vertrauter im Handling mit digitalen Spielen und Technik sind. Die Bildung hat keinen Einfluss auf die Nutzung von Exergames, was durch den für diese Arbeit erstellten soziodemographischen Fragebogen nicht ersichtlich wurde.

8.2 Gründe für die Differenz zwischen Literatur und aktueller Untersuchung

Es überwiegen deutlich die Übereinstimmungen zwischen den Studien aus der aktuellen Literatur und der vorliegenden Arbeit. Dahingehend werden nachfolgend eher Gründe für die unterschiedlichen Ausprägungen der Ergänzungen vorgenommen. Eine Überlegung ist die zur Methode der Fokusgruppe, da die meisten Studien andere Verfahren wie beispielsweise Fragebögen oder Einzelinterviews nutzten (D. E. Levac & Miller, 2013; Tobaigy et al., 2018) und dadurch möglicherweise mehr Informationen generieren konnten. In Fokusgruppen ist die Anzahl der Teilnehmenden begrenzt und somit auch ihre Erfahrungen. Ein weiterer Grund könnte sich in den Fokusgruppenteilnehmenden selbst manifestieren, die bereitwillig an der Diskussion mitwirkten aber wenig bis keine Vorerfahrungen mit Exergames aus der Praxis mitbrachten. Die Mehrheit der Proband*innen in den Studien verfügten über Erfahrungen oder gewannen sie im Forschungsverlauf. Dieser grundlegende Unterschied kann die Differenzen zwischen den Gruppen erklären.

Zudem könnten die Beiträge der Befragten wesentlich durch die Untersuchungsorte beeinflusst werden, da in diesen unterschiedlich ausgeprägte Gegebenheiten vorliegen. Die Studien wurden im Gegensatz zur Gruppe nicht im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern, sondern zumeist im anglo-amerikanischen Raum und Australien durchgeführt. Für Deutschland waren die Sorgen vor fehlender Internetverbindung groß und die Kenntnisse zur Handhabung von digitalem Datenschutz gering. Das deutsche Gesundheitssystem stellt sich weiterfolgend als mögliche Beschränkung heraus, da die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe sehr präsent über Schwierigkeiten in der Organisation und Abrechnung mit den verantwortlichen Institutionen und Personen sprechen, was in der Literatur wenig zu finden und auf die anderen vorherrschenden Strukturen zurückgeführt werden kann.

Wie oben beschrieben seien jüngere Therapierende vertrauter im Umgang mit Exergames und würden folglich mehr Erfahrungen sammeln (D. Levac et al., 2017). Wird dieser Fakt der Fokusgruppe zugrunde gelegt, könnte er die Reichweite der Aussagen der vorwiegend älteren Teilnehmerinnen erklären. Ein weiterer Grund für die Differenzen zwischen den Ergebnissen der Literatur und der aktuellen Erhebung kann in den zahlreichen Weiterentwicklungen der Digitalisierung über die Zeit gesehen werden. Die Studien liegen durchschnittlich vier Jahre zurück und geben diesen leicht zurückliegenden Stand der Forschung wieder.

Auffallend sind die verhaltenen Beiträge der Fokusgruppenteilnehmerinnen in der Kategorie zukünftige Relevanz von Exergames, die in der Literatur zwar unter anderen Aspekten aber ausführlicher betrachtet wurden (Funabashi et al., 2018; Hamilton et al., 2019; Imam et al., 2018; D. E. Levac & Miller, 2013). Eine mögliche Erklärung liegt auf Seiten der aktuell Befragten, die digitalen Spielen aufgrund ihres Vorwissens bisher wenig Bedeutung beimessen.

Die dieser Arbeit zugrunde gelegte Theorie zur Akzeptanz von Technologien auf Basis des UTAUT-Modells (Venkatesh et al., 2003) fungierte als allgemeine und anerkannte Möglichkeit, Aspekte zur Nutzung oder Nicht-Nutzung von Physiotherapeut*innen in Mecklenburg-Vorpommern aufzudecken. Aus diesem Grund wurde es zur Erstellung des Fragebogens herangezogen. Bedingt durch dessen grobe Sichtweise wurden auf die Fragestellung angepasste Instrumente aus den aktuellen Studien aufgegriffen (Glegg et al., 2013; D. Levac et al., 2017). Sie kamen ebenso zur Ausarbeitung der Fragen zum Einsatz, wurden aber nicht als theoretische Grundlage angesehen, da sie nicht anerkannt sind. All dies erklärt die überschaubaren Rückschlüsse auf die Theorie in der Diskussion.

Die anfänglich aufgestellte Forschungsfrage ließ sich durch die Fokusgruppe und ergänzend durch die Einzelinterviews beantworten, jedoch erfolgte bewusst aufgrund der Methodenwahl und unbeabsichtigt durch die Rückmeldungen der Beteiligten eine erste Darstellung von Ergebnissen zur Akzeptanz von Exergames der Therapierenden.

8.3 Methodendiskussion

Für diese Arbeit wurden zwei Einzelinterviews und eine Online-Fokusgruppe durchgeführt, sowie von allen Beteiligten ein soziodemographischer Fragebogen ausgefüllt. Das Ziel war die Generierung der Meinungen von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Mecklenburg-Vorpommern zum Einsatz von Exergames in ihrem Praxisalltag. Die Wahl der Methode fiel auf die Fokusgruppe, da sie bereits erfolgreich in der Gesundheitsforschung angewendet wurde (Przyborski & Riegler, 2010) und als vielversprechend für die Evaluation von Interventionen der Gesundheitswissenschaften angesehen wird (Hoffmann et al., 2022). Ebenso kommt sie bei wenig erforschten Sachverhalten zum Einsatz, um Hypothesen zu generieren (Tausch & Menold, 2015). Sie erwies sich als zielführend aufgrund der bisher wenig erforschten Fragestellung und den bestehenden Lücken im Wissensstand (Hamilton et al., 2019). Dadurch konnten

sich die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe gegenseitig inspirieren, gemeinsam Aussagen und Meinungen entwickeln und diese teilen.

Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte aus der Realgruppe an Physiotherapeut*innen im Bundesland, die sich alle unbekannt waren. Es wurde bereits eine Selektion vorgenommen, da nur physiotherapeutische Einrichtungen mit vorhandener Mailadresse kontaktiert wurden. Gründe für die Vorauswahl waren zum einen eine leichte Kontaktaufnahme aus Sicht der Forschenden und zum anderen die damit verbundene Schlussfolgerung, dass sich die Beteiligten bei Vorhandensein einer Mailadresse mit digitalen Möglichkeiten auskennen und die Chance besteht, dass sie an einer Online-Diskussion teilnehmen können. Bestenfalls hätten sie gleichzeitig noch Erfahrungen mit Exergames in der Praxis, was leider nicht der Fall war. Zudem war allen Kontaktierten die Möglichkeit gegeben, nicht auf die Anfrage zu reagieren oder diese abzulehnen. Letztlich entschieden sich die Teilnehmerinnen freiwillig für die Mitwirkung. Eine online Einladung via E-Mail ist unpersönlicher als ein Anruf oder ein direktes Ansprechen, was zu gehäuften Absagen oder fehlenden Rückmeldungen führen kann (Stewart & Shamdassani, 2017) und geführt hat.

Es hätte vorab abgefragt werden können, ob Erfahrungen mit Exergames vorliegen, um die Fragestellung bestmöglich beantworten zu können. Dann wäre keine Fokusgruppe zustande gekommen, da es bis auf die sechs keine weiteren Rückmeldungen gegeben hat. Zwei der fünf Beteiligten am Gespräch wurden über persönliche Kontakte angefragt und zum Gespräch eingeladen. Die Einzelinterviews fanden mit Physiotherapeut*innen statt, die auch über Dritte zu dieser Befragung eingeladen wurden. Ohne diese Form der Unterstützung wäre die Untersuchung aufgrund mangelnder Rückmeldungen nicht möglich gewesen oder es hätte auf zeitaufwendige Rekrutierungsmethoden wie telefonische oder persönliche Kontaktaufnahmen zurückgegriffen werden müssen.

Angedacht waren zwei bis drei Fokusgruppen, da Hoffmann et al. (2022) in ihrer Überblicksarbeit von durchschnittlich 5,5 und im Modus zwei Fokusgruppen pro Studie berichten. Die Literatur spricht von fünf bis acht Teilnehmenden pro Fokusgruppe (Krueger & Casey, 2015), was für Online-Gruppen aufgrund der Gegebenheiten etwas nach unten korrigiert wurde: zwei bis sechs Beteiligte (Lobe, 2017; Tuttas, 2015). Mit fünf Teilnehmenden ist allen eine moderate Sprechzeit und eine gewisse Gruppendynamik gewährleistet. Alle Beteiligten befanden sich im Erwachsenenalter und deckten verschiedene Altersgruppen ab. Sie hatten alle den Beruf der Physiotherapeutin gelernt und waren in diesem Bereich beschäftigt, aber nicht zwangsläufig in dieser Position tätig. Eine Teilnehmerin arbeitet als Pädagogin und eine ist Studentin mit

therapeutischem Forschungshintergrund. In der Fokusgruppe war kein Mann vertreten, weshalb die Zusammensetzung klar als homogen beschrieben werden kann, was aufgrund der überschaubaren Rückmeldungen von der Bedeutung in den Hintergrund gerückt wurde. Merkmale einer gleichartigen Gruppenkonstellation sind weniger Varianz in den Aussagen, dafür detailreichere Argumentationsketten (Zwick & Schröter, 2012). Mit ihrer Länge von rund 77 Minuten liegt die Dauer der Fokusgruppe nah am Durchschnitt von 83 Minuten (Hoffmann et al., 2022) und kann als sehr gut angesehen werden. Das online Format sorgte für Schwierigkeiten bei der Zuordnung der Redebeiträge von J und S, da sie als einzige ohne Kamera zugeschaltet waren.

Der semi-strukturierte Fragenkatalog für das Gespräch erwies sich als zufriedenstellend, da seine Struktur zwar systematisch aufgebaut war aber gleichzeitig offen gehandhabt werden konnte. Er konnte im Verlauf der Diskussion schnell angepasst und die weiteren Fragen zum Erfahrungswissen und aktuellen Einsatzgebieten ausgelassen werden, weil die Teilnehmerinnen nicht mit Exergames praktizierten. Ebenso hilfreich war der Leitfaden zur Fokusgruppe, um als Moderatorin den Überblick über den Ablauf zu behalten. Insgesamt hat auch die technische Umsetzung sehr gut funktioniert.

Die Datenauswertung erfolgte mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) unter Nutzung der MAXQDA-Software. Es liegt kein Standardverfahren zur Auswertung von Fokusgruppen vor, da sie in sehr verschiedenen Kontexten Anwendung finden (Tausch & Menold, 2015). Die Mehrheit der Studien nutzt die qualitative Inhaltsanalyse (Hoffmann et al., 2022), nicht zuletzt aus dem Grund des Vorliegens einer adäquaten Anleitung (Kuckartz & Rädiker, 2022). Für diese Untersuchung war die gewählte Methode eine gute Wahl, denn die Forschungsfrage konnte mit ihren Ergebnissen beantwortet werden. Das Kategoriensystem wurde aus einer Mischform aus induktiv sowie deduktiv gebildet und im Verlauf der Analyse induktiv angepasst, was sich als unproblematisch und passend erwies, da der Fragenkatalog semi-strukturiert war. Aufgrund des organisatorischen Rahmens der vorliegenden Arbeit konnten die bereits codierten Interaktionen innerhalb der Fokusgruppe nicht in die Auswertung einbezogen werden. Sie sind bisher in sehr wenige Berichte eingeflossen, können aber einen Effekt auf die Ergebnisse haben (Xyländer et al., 2020), weshalb ihre Analyse für weitere Forschungen empfehlenswert ist und angestrebt werden sollte.

8.4 Reflexion des eigenen Forschungsprozesses

Im Folgenden wird die interne Validität der Methodik diskutiert und hinterfragt, inwiefern sie sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben könnte. Dadurch lassen sich Aussagen zur Qualität der Arbeit treffen und die Studiengüte beurteilen. In Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2022) wird zuerst auf die Datenerfassung eingegangen und anschließend die Analyse selbst einer beurteilenden Betrachtung unterzogen.

Vor der Durchführung der Fokusgruppe wurde der Fragenkatalog in den Einzelinterviews auf seine Eignung getestet und die Fragestellungen in diesen Pretests bestätigt. Ob das vorzeitige Mitsenden der Themengebiete für die Fokusgruppe in den Mails einen Einfluss auf die Spontaneität der Teilnehmerinnen im Hinblick auf ihre Antworten hat (Stewart & Shamdasani, 2017) kann weder be- noch widerlegt werden. Zudem kann die Nutzung von Priorisierungsfragen als hilfreich angesehen werden, um die Aussagen der Beteiligten zu ordnen und sie generell im Gespräch zu animieren (Tausch & Menold, 2015).

Ein zentraler Faktor für das Gelingen der Fokusgruppe stellt der oder die Moderatorin dar (Vogl, 2014), wodurch diese Rolle die Ergebnisse maßgeblich beeinflussen kann (Zwick & Schröter, 2012). In der vorliegenden Arbeit fungierte die forschende Person als Moderatorin und war für die Rolle gut geeignet, da sie selbst mit dem Thema vertraut ist und den Teilnehmerinnen durch ihren Stand als Physiotherapeutin ähnelt (Tausch & Menold, 2015). Aufgrund mangelnder Erfahrungen in der Position unterliefen ihr trotz Vorbereitung einige Fehler, die nach Kühn und Koschel (2011, 157ff.) zu den typischen Fehlern zählen: eine teilweise zu strikte Orientierung am Leitfaden, auch wenn dieser im Verlauf des Gespräches angepasst wurde, indem Fragen wegen mangelnden Kenntnisse der Teilnehmenden ausgelassen wurden. Mitunter wurden Themen, wenn längere Pausen eintraten, zu schnell gewechselt. In diesen Situationen hätten die Fragen wiederholt oder umformuliert erneut gestellt werden können. Ergänzend kann eine Auffälligkeit der Moderatorin selbst angefügt werden, dass den Fokusgruppenteilnehmerinnen in einigen Fällen bereits adäquate Worte durch die Frage in den Mund gelegt worden sind. Dies zeigt beispielhaft die Position 135:

„Ja dann noch zwei Fragen zum Abschluss: schätzen sie denn jetzt Exergames als, ich will nicht sagen Alternative, aber als erfolversprechende Ergänzung zu den konventionellen Methoden ein? [...]“ (I Pos.135) – „Das finde ich jetzt eigentlich schon eine schöne Antwort. Ich finde es auch eine wirklich sinnvolle Ergänzung zur Therapie. [...] (J Pos.136)

Außerdem kann hinterfragt werden, inwiefern die Redebeiträge der Teilnehmerinnen J und S korrekt zugeordnet wurden, da sie zu zweit mit einem Gerät der Fokusgruppe beitraten und kein visuelles Signal zur Verfügung stellten. Dies führte zu Problemen bei der Transkription und sorgte dafür, dass Verwechslungen und falsch zugeordnete Aussagen nicht ausgeschlossen werden können. Daneben sollte die Redegewandtheit und Mitteilungsfreudigkeit von G kritisch betrachtet werden, da sie möglicherweise für Zurückhaltung bei den anderen Teilnehmerinnen gesorgt haben könnte. Durch das im Vorfeld kommunizierte Abraten der Teilnehmerinnen, Tablets oder Smartphones zu nutzen (Tuttas, 2015) und dem Einsatz der online Plattform Webex gab es keine technischen Probleme. Für weitere Untersuchungen wäre es angezeigt den soziodemographischen Fragebogen stärker zu nutzen und ihn vor Beginn der Fokusgruppe zu versenden, bestenfalls im Zuge der Rekrutierung, um vorab über das Erfahrungswissen der Teilnehmenden informiert zu sein. Dass die Therapeutinnen in dieser Gruppe kein explizites Wissen zu Exergames besitzen offenbarte sich erst zu Beginn des Gespräches und führte zu Unannehmlichkeiten, die vermeidbar gewesen wären, wie die Anpassung des Fragebogens.

Im Fokus der Auswertung mit der qualitativen Inhaltsanalyse steht die Frage der intersubjektiven Überprüfbarkeit, das heißt wie gut codiert wurde (Kuckartz & Rädiker, 2022). Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine Abschlussarbeit handelt, nahm nur die forschende Person selbst die Analyse vor. Grundsätzlich wird empfohlen die Daten von mehreren Personen codieren zu lassen (Kuckartz & Rädiker, 2022), was aber unter diesen besonderen Umständen nicht möglich war. Aus diesem Grund konnte weder konsensuelles Codieren durchgeführt noch eine Intercoder-Reliabilität berechnet werden (Kuckartz & Rädiker, 2022). Dafür wurde die Intracoder-Reliabilität überprüft (Kuckartz & Rädiker, 2022), indem nach einem zeitlichen Abstand von rund vier Wochen erneut codiert wurde und Unstimmigkeiten überprüft werden konnten.

8.5 Limitationen der Studie und Ausblick der Methode

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind, wie bereits angesprochen, aufgrund der Struktur und des Umfangs der Untersuchung nicht repräsentativ und nicht verallgemeinerbar. Die Analyse der Fokusgruppe vor dem Hintergrund der Fragestellung ist aufgrund fehlender umfassender Kenntnisse der Teilnehmenden limitiert. Um nicht nur ein übertragbares Bild der Situation der Physiotherapie zur Digitalisierung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern abzubilden bedarf es weiteren Forschungen mit größerem Umfang, um

eine Datensättigung erreichen zu können. In zukünftigen Studien könnte neben der Fokusgruppe ein online Chatroom eingerichtet werden, in dem sich die Teilnehmenden über den Gesprächsrahmen hinaus asynchron austauschen könnten. Dies ermöglicht ihnen Gedanken und Ideen festzuhalten, die sich nach den Interaktionen ergeben (Matthews et al., 2018). Bei Studien größerer Reichweite ließen sich mangelhafte Kenntnisse der Teilnehmenden zu Exergames nicht nur durch einen vorab versandten Fragebogen aufdecken, sondern gänzlich als Fehlerquelle ausschließen. Dafür könnten von den Therapeut*innen vor der Fokusgruppe einige Exergames exemplarisch gespielt werden, wie es in der Studie von Trauzettel (2021) der Fall ist. Daran und an die Fokusgruppe selbst könnten sich erneut Fragebögen anknüpfen, um die Wahrnehmung der Beteiligten zu erfassen und nachdrückliche Hinweise entgegenzunehmen (Matthews et al., 2018). Situativ lässt sich die gesamte Forschungspraxis auf weitere Bundesländer oder ganz Deutschland ausweiten, um die Trends der Digitalisierung im Gesundheitswesen und speziell im Fachbereich Physiotherapie aufzeigen zu können.

9. Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit gibt als eine der ersten den aktuellen Stand der Akzeptanz von Physiotherapeut*innen in Deutschland gegenüber Exergames als Behandlungsmethode in ihrem Berufsalltag wieder. Dafür wurde eine Online-Fokusgruppe mit Therapierenden aus Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt und anhand einer inhaltlich strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Eine vorab angenommene Fragestellung konnte dahingehend beantwortet werden, dass die Teilnehmenden der Fokusgruppe und zweier Einzelinterviews ihr Wissen zu Hürden, Chancen und zukünftigen Einsatzmöglichkeiten der digitalen Spielform äußerten. Der Leitfaden aller Gespräche orientierte sich am Fragenkatalog des UTAUT-Modells, was, basierend auf den Antworten der Nutzenden, Aussagen zu ihrer Akzeptanz in Bezug auf neue Technologien treffen kann. Diese zentralen Ergebnisse konnten gewonnen werden: Generell besteht in vielen Rubriken ein Konsens zwischen den Meinungen der Therapierenden und es fanden sich zahlreiche Übereinstimmungen, die sich mit Aussagen aus der Literatur decken. Aus diesem Grund lassen sich die vorliegenden Ergebnisse auf andere Gruppen übertragen und es können später Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden. Zusammenfassend sollten diverse

organisatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Einsatz von Exergames in der Praxis erleichtern. Dazu zählen unter anderem finanzielle Mittel zur Bereitstellung der Technik. Daneben sollte den Physiotherapeut*innen selbst ausreichend Zeit gegeben werden, sich mit der Benutzung und Handhabung der Geräte vertraut zu machen und unterschiedliche Unterstützungsangebote zu ermöglichen, um ihr Wissen auszubauen. Erst dadurch lassen sich die Bereitschaft der Nutzenden erhöhen und qualitativ gute Ergebnisse erzielen. Stimmen diese Bedingungen bieten Exergames eine Fülle an Anwendungsmöglichkeiten und Chancen für die Therapierenden, ihren Patient*innen eine neue Methode anzubieten und individuelle Therapieoptionen durchzuspielen. Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe und die zwei Therapierenden aus den Einzelbefragungen sehen Exergames als eine gute Ergänzung zur traditionellen Therapie und als zukunftsfähige Erweiterung ihres Maßnahmenkataloges.

Die Ergebnisse dienen als Orientierung und geben erste Anhaltspunkte für eine erfolgreiche Implementierung von digitalen Gesundheitsanwendungen in der Physiotherapie. Aus ihnen lassen sich die folgenden Statements für Handlungsempfehlungen für die Praxis ableiten und zusammenfassen, wie ein weiteres Vorgehen aussehen könnte und welche Parameter es zu berücksichtigen gilt.

Um Exergames mit Erfolg in physiotherapeutischen Einrichtungen anwenden zu können bedarf es zuerst vermehrten Informations- und Aufklärungsangeboten, um die Therapierenden überhaupt auf die digitale Spielmöglichkeit aufmerksam zu machen. Daran könnten sich neben rein theoretischen Vermittlungen auch praktische Übungen und Tests anschließen, die den Nutzenden ein haptisches Gefühl für die Geräte und ihre Anwendung geben. In einem nächsten Schritt sollten Exergames als Form der digitalen Gesundheitsspiele als Heilmittel anerkannt und in den Katalog aufgenommen werden, sowie ihre eigene Abrechnungsposition erhalten. Der gesetzlich geregelte Rahmen würde den Therapierenden Sicherheit in ihren Behandlungen verschaffen und die Wirtschaftlichkeit und Evidenz gewährleisten. Daran könnten weitere Schulungsmöglichkeiten anknüpfen, um die Physiotherapierenden im Berufsalltag regelmäßig mit Neuigkeiten zu versorgen und Interessierte bestmöglich auf den praktischen Einsatz vorzubereiten, wenn sie sich entschlossen haben Exergames einzusetzen. Darunter könnten Vor-Ort und Online-Schulungen fallen, Messebesuche, Broschüren und Flyer oder Hilfssoftware und Handbücher. Das Ziel ist eine optimale Vorbereitung der Nutzenden auf den Praxiseinsatz der Spiele, sowohl digital als auch

analog. Schließlich resultiert all dies in einer übergreifenden Implementierung an der Basisschnittstelle von Theorie und Praxis – der Ausbildung und dem Studium. Es sollten Lerninhalte und Module zur Digitalisierung und zu spielerischen Anwendungen konzipiert werden.

Die Ergebnisse sind für diverse Teilbereiche und Aspekte des Fachbereiches relevant. Sie unterstreichen die Bedeutung der Digitalisierung des Gesundheitswesens als Teil des Fortschritts und Ausbaus der Telematikinfrastruktur. Außerdem kann die Etablierung von digitalen Spielen in der Physiotherapie für eine Aufwertung des Berufsbildes sorgen und dem Fachkräftemangel entgegenwirken. Weiterhin ließen sich durch die Einführung von digitalen Lehrthemen potenziell vermehrt Auszubildende und Studierende für die Physiotherapie gewinnen, da sie mit der Technik vertraut sind und diese schätzen. Exergames stellen neue Chancen für die Therapierenden dar, mit Bestehen einer Verordnung und darüber hinaus spielerische Heimübungsaufgaben aufzugeben und das Fortbestehen der Therapie zu sichern.

Wie bereits erwähnt ließe sich die Untersuchung auf diverse Punkte ausweiten, da es sich um ein junges Forschungsfeld handelt. Die Einführung von Exergames als Teil der Digitalisierung in der Physiotherapie bietet viele Chancen und ist zukunftsweisend. Es bedarf weiterer Forschungen, um die Etablierung der Spiele zu erreichen und ihre Evidenz zu sichern. Die vorliegende Arbeit soll dazu ermutigen und Forschende veranlassen, die Potenziale von Exergames anhand weiterer Interventionen aufzudecken.

Literaturverzeichnis

- Abrams, K. M., Wang, Z., Song, Y. J. & Galindo-Gonzalez, S. (2015). Data Richness Trade-Offs Between Face-to-Face, Online Audiovisual, and Online Text-Only Focus Groups. *Social Science Computer Review*, 33(1), 80–96. <https://doi.org/10.1177/0894439313519733>
- Augurzky, B., Busse, R., Haering, A., Nimptsch, U., Pilny, A. & Werbeck, A. (2022). Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2022* (S. 35–61). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64685-4_3
- Baluz, R., Teles, A., Fontenele, J. E., Moreira, R., Fialho, R., Azevedo, P., Sousa, D., Santos, F., Bastos, V. H. & Teixeira, S. (2022). Motor Rehabilitation of Upper Limbs Using a Gesture-Based Serious Game: Evaluation of Usability and User Experience. *Games for health journal*, 11(3), 177–185. <https://doi.org/10.1089/g4h.2022.0005>
- Banerjee-Guénette, P., Bigford, S. & Glegg, S. M. N. (2020). Facilitating the Implementation of Virtual Reality-Based Therapies in Pediatric Rehabilitation. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 40(2), 201–216. <https://doi.org/10.1080/01942638.2019.1650867>
- Benzing, V. & Schmidt, M. (2018). Exergaming for Children and Adolescents: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. *Journal of clinical medicine*, 7(11). <https://doi.org/10.3390/jcm7110422>
- Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A. & Busse, R. (2020). Germany: Health System Review. *Health systems in transition*, 22(6), 1–272. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341674/HiT-22-6-2020-eng.pdf>

Bottel, M. & Kirschner, H. (2022). Digitale Spiele. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 1387–1401). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_95

Bundesagentur für Arbeit, S. (Hrsg.). (Mai 2022). *Fachkräfteengpassanalyse 2021* (Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt). Nürnberg. https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=1703782&topic_f=fachkraefte-engpassanalyse

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (2022). *Laufende Stadtbeobachtung - Raumabgrenzungen: Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland*. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp.html>

SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung, Bundesanzeiger (2022).

Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Ärzte sollen Apps verschreiben können: Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG)*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digitale-versorgung-gesetz.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2022, 5. Juli). *E-Health-Gesetz*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health-gesetz.html>

Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz), Teil I Bundesgesetzblatt 2562-2584 (2019 & i.d.F.v. 09.12.2019).

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27941585%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1&sinst=1A71F6E2

Bürki, R. (2000). *Klimaänderung und Anpassungsprozesse im Wintertourismus*. Ostschweizerische Geographische Gesellschaft.

- Corbetta, D., Imeri, F. & Gatti, R. (2015). Rehabilitation that incorporates virtual reality is more effective than standard rehabilitation for improving walking speed, balance and mobility after stroke: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 61(3), 117–124. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.05.017>
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2022a). *Zahlen, Daten, Fakten zur Physiotherapie*. https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen__Daten__Fakten/Zahlen_Daten_Fakten14.1.22.pdf
- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. (2022b, 25. März). *Einigung zur Videotherapie in der Physiotherapie*. <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/detail/News/einigung-zur-videotherapie-in-der-physiotherapie.html>
- Dörner, R., Göbel, S., Effelsberg, W. & Wiemeyer, J. (2016). *Serious Games*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-40612-1>
- Dos Santos Marques, I. C., Theiss, L. M., Johnson, C. Y., McLin, E., Ruf, B. A., Vickers, S. M., Fouad, M. N., Scarinci, I. C. & Chu, D. I. (2021). Implementation of virtual focus groups for qualitative data collection in a global pandemic. *American journal of surgery*, 221(5), 918–922. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.10.009>
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). Interview, Transkription & Analyse Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage, *Dr. Dresing und Pehl, Marburg*.
- Duden. (2022a). *Physis*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Physis>
- Duden. (2022b). *Therapie*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Therapie>

- Dünnebeil, S., Sunyaev, A., Blohm, I., Leimeister, J. M. & Krcmar, H. (2012). Determinants of physicians' technology acceptance for e-health in ambulatory care. *International journal of medical informatics*, 81(11), 746–760. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.02.002>
- Egger, J. (2018). *Instrumente, Modelle und Theorien zur Erfassung der Akzeptanz von NutzerInnen neuer Technologien: Systematische Übersichtsarbeit* [Masterarbeit]. Medizinische Universität Graz, Graz. https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=54694&pOrgNr=1
- Eiff, W. von, Schüring, S., Greitemann, B. & Karoff, M. (2011). REDIA - Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation [REDIA--impacts of DRG introduction in the acute sector on medical rehabilitation]. *Die Rehabilitation*, 50(4), 214–221. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1275720>
- European Commission (Hrsg.). (2019, 27. Februar). *Country Report Germany 2019: Including an In-Depth Review on the prevention and correction of macroeconomic imbalances*. Brüssel. https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/2019-european-semester-country-report-germany_en.pdf
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (1. Aufl.). Rororo Rowohlt's Enzyklopädie: Bd. 55694. Rowohlt-Taschenbuch-Verl. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-499-55694-4>
- Flick, U., Kardorff, E. von, Keupp, H. & Wolff, S. (Hrsg.). (2012). *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (3., neu ausgestattete Aufl.). Beltz Psychologie-Verl.-Union.
- Forsberg, A., Nilsagård, Y. & Boström, K. (2015). Perceptions of using videogames in rehabilitation: a dual perspective of people with multiple sclerosis and physiotherapists. *Disability and rehabilitation*, 37(4), 338–344. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.918196>

Funabashi, A. M. M., Aranha, R. V., Silva, T. D., Monteiro, C., Silva, W. S. & Nunes, F. (2018). A serious game for virtual rehabilitation: evaluation with patients and physiotherapists. *SBC Journal on Interactive Systems*, 9(2), 14–25.

Gao, Z., Chen, S., Pasco, D. & Pope, Z. (2015). A meta-analysis of active video games on health outcomes among children and adolescents. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16(9), 783–794. <https://doi.org/10.1111/obr.12287>

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses - Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, 96 Bundesanzeiger 2247ff. (2022 & i.d.F.v. 17.02.2022). https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2857/HeilM-RL_2022-02-17_iK-2022-07-01.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2022, 30. Oktober). *Corona-Pandemie: G-BA aktiviert bundeseinheitliche Sonderregeln für verordnete Leistungen*. Veranlasste Leistungen [Press release]. Berlin. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/905/>

GeSI - Global e-Sustainability Initiative. (2015). *#SMARTer2030: ICT Solutions for 21st Century Challenges*. Brüssel. https://smarter2030.gesi.org/downloads/Full_report.pdf

Anlage 2 Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung (04.04.2022). https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20220324_Physiotherapie_Aenderung_Anlage_2_Lesefassung_04.04.2022.pdf

GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021, 21. Juli). *Anlage 1 Leistungsbeschreibung: zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Physiotherapie*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20210721_Physiotherapie_Anlage_1_Leistungsbeschreibung_bf.pdf

- Glegg, S. M. N., Holsti, L., Stanton, S., Hanna, S., Velikonja, D., Ansley, B., Sartor, D. & Brum, C. (2014). Using virtual reality in clinical practice: A multi-site exploratory study. *NeuroRehabilitation*, *35*(3), 563–577. <https://doi.org/10.3233/NRE-141152>
- Glegg, S. M. N., Holsti, L., Velikonja, D., Ansley, B., Brum, C. & Sartor, D. (2013). Factors influencing therapists' adoption of virtual reality for brain injury rehabilitation. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, *16*(5), 385–401. <https://doi.org/10.1089/cyber.2013.1506>
- Hamilton, C., Lovarini, M., McCluskey, A., Folly de Campos, T. & Hassett, L. (2019). Experiences of therapists using feedback-based technology to improve physical function in rehabilitation settings: a qualitative systematic review. *Disability and rehabilitation*, *41*(15), 1739–1750. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1446187>
- Hamilton, C., Lovarini, M., van den Berg, M., McCluskey, A. & Hassett, L. (2022). Usability of affordable feedback-based technologies to improve mobility and physical activity in rehabilitation: a mixed methods study. *Disability and rehabilitation*, *44*(15), 4029–4038. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1884904>
- Happe, L., Lau, S., Koschate, J., Diekmann, R., Hein, A. & Zieschang, T. (2021). Machbarkeit und Akzeptanz videobasierter Physiotherapie : Neues Versorgungsangebot für ältere Menschen während der COVID-19-Pandemie [Feasibility and acceptance of video-based physiotherapy : New medical care provision for older people during the COVID-19 pandemic]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *54*(4), 346–352. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01899-3>
- Harborth, D. & Pape, S. (2018). German Translation of the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology 2 (UTAUT2) Questionnaire. *SSRN Electronic Journal*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3147708>
- Helferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3. Aufl.). *Lehrbuch*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Hoffmann, L., Seegers, F. & Stephan, A. (2022). Durchführung und Berichterstattung von Fokusgruppen in der Gesundheits- und Pflegewissenschaft: ein Scoping Review [Conduct and reporting of focus groups in the health and nursing sciences: a scoping review]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 168, 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.12.004>
- Hüter-Becker, A. (2010). Geschichte der Physiotherapie. Vom Hilfsberuf zur Profession. *Springer Lexikon Physiotherapie*. Springer, Berlin/Heidelberg, 532–542.
- Imam, B., Miller, W. C., Finlayson, H. C., Eng, J. J. & Jarus, T. (2018). A clinical survey about commercial games in lower limb prosthetic rehabilitation. *Prosthetics and orthotics international*, 42(3), 311–317. <https://doi.org/10.1177/0309364617740238>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ (Clinical research ed.)*, 311(7000), 299–302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Klose, J. & Rehbein, I. (November 2017). *Ärzteatlas 2017: Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Berlin. WIdO. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Aerzteatlas/wido_amb_aezteatlas_2017.pdf
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th edition). SAGE.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden* (5. Aufl.). *Grundlagentexte Methoden*. Beltz Juventa. https://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779955337
- Kühn, T. & Koschel, K.-V. (2011). *Gruppendiskussionen: Ein Praxis-Handbuch* (1. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-531-16921-7>

- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Beltz. http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?id=3470002&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm
- Laver, K. E., Lange, B., George, S., Deutsch, J. E., Saposnik, G. & Crotty, M. (2017). Virtual reality for stroke rehabilitation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11, CD008349. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008349.pub4>
- Leber, W.-D. & Schwarz, R. (2022). Die Vergütung von Krankenhäusern nach der Pandemie. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2022* (S. 147–175). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64685-4_8
- Levac, D., Dumas, H. M. & Meleis, W. (2018). A Tablet-Based Interactive Movement Tool for Pediatric Rehabilitation: Development and Preliminary Usability Evaluation. *JMIR rehabilitation and assistive technologies*, 5(2), e10307. <https://doi.org/10.2196/10307>
- Levac, D., Glegg, S., Colquhoun, H., Miller, P. & Noubary, F. (2017). Virtual Reality and Active Videogame-Based Practice, Learning Needs, and Preferences: A Cross-Canada Survey of Physical Therapists and Occupational Therapists. *Games for health journal*, 6(4), 217–228. <https://doi.org/10.1089/g4h.2016.0089>
- Levac, D. E. & Miller, P. A. (2013). Integrating virtual reality video games into practice: clinicians' experiences. *Physiotherapy theory and practice*, 29(7), 504–512. <https://doi.org/10.3109/09593985.2012.762078>
- Lobe, B. (2017). Best Practices for Synchronous Online Focus Groups. In R. S. Barbour & D. L. Morgan (Hrsg.), *A New Era in Focus Group Research* (S. 227–250). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/978-1-137-58614-8_11
- Lux, T. (2019). E-Health: Begriff, Umsetzungsbarrieren, Nachhaltigkeit und Nutzen. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheit digital* (S. 1–14). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57611-3_1

- Mack, B. & Tampe-Mai, K. (2012). Konzeption, Diskussionsleitfaden und Stimuli einer Fokusgruppe am Beispiel eines BMU-Projekts zur Entwicklung von Smart Meter Interfaces und begleitenden einführenden Maßnahmen zur optimalen Förderung des Stromsparens im Haushalt. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 66–87). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_4
- Maillet, É., Mathieu, L. & Sicotte, C. (2015). Modeling factors explaining the acceptance, actual use and satisfaction of nurses using an Electronic Patient Record in acute care settings: an extension of the UTAUT. *International journal of medical informatics*, 84(1), 36–47. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.09.004>
- Matthews, K. L., Baird, M. & Duchesne, G. (2018). Using Online Meeting Software to Facilitate Geographically Dispersed Focus Groups for Health Workforce Research. *Qualitative health research*, 28(10), 1621–1628. <https://doi.org/10.1177/1049732318782167>
- Matzke, U. C. (2021). Innovative und mutige Personalentwicklung im Gesundheitswesen. In R. Tewes & U. C. Matzke (Hrsg.), *Innovative Personalentwicklung im In- und Ausland* (S. 1–22). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62977-2_1
- MAXQDA (Hrsg.). (2022a). *Innovationen in der qualitativen & Mixed Methods-Datenanalyse: Unsere bisherige Reise*. <https://www.maxqda.de/about>
- MAXQDA. (2022b). *MAXQDA 2022 Manual: Code-Relations-Modell*. <https://www.maxqda.de/hilfe-mx22/maxmaps/das-code-ueberschneidungsmodell>
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of advanced nursing*, 48(2), 187–194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x>

- Meyermann, A. & Porzelt, M. (2014). *Hinweise zur Anonymisierung qualitativer Daten. Version 1.1*. DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation. <https://doi.org/10.25656/01:21968>
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern. (2015). *Download der Gesundheitsindikatoren MV: Gesundheitsindikatoren: Themenfeld 8 - Beschäftigte im Gesundheitswesen*. <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/gesundheit/Zahlen,-Daten,-Fakten/Download-der-Gesundheitsindikatoren-MV/?para=e-BibolInterTh08>
- Morgan, D. L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22(1), 129–152. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>
- Morgan, D. L. & Bottorff, J. L. (2010). Advancing our craft: focus group methods and practice. *Qualitative health research*, 20(5), 579–581. <https://doi.org/10.1177/1049732310364625>
- Mueller, F., Edge, D., Vetere, F., Gibbs, M. R., Agamanolis, S., Bongers, B. & Sheridan, J. G. (2011). Designing sports: a framework for exertion games. *Proceedings of the sigchi conference on human factors in computing systems*, 2651–2660. <https://dl.acm.org/doi/pdf/10.1145/1978942.1979330>
- Newzoo (Hrsg.). (2022). *Newzoo Global Games Market Report 2022*. <https://newzoo.com/insights/trend-reports/newzoo-global-games-market-report-2022-free-version>
- Nguyen, A.-V., Ong, Y.-L. A., Luo, C. X., Thuraisingam, T., Rubino, M., Levin, M. F., Kaizer, F. & Archambault, P. S. (2019). Virtual reality exergaming as adjunctive therapy in a sub-acute stroke rehabilitation setting: facilitators and barriers. *Disability and rehabilitation. Assistive technology*, 14(4), 317–324. <https://doi.org/10.1080/17483107.2018.1447608>
- Nintendo. (2022). *Nintendo-Geschichte*. <https://www.nintendo.de/Hardware/Unternehmensgeschichte/Nintendo-Geschichte-625945.html>

- OECD. (2019). *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019*. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/4ecf193f-de> <https://doi.org/10.1787/4ecf193f-de>
- Oh, Y. & Yang, S. (2010). *Defining exergames & exergaming*. https://www.researchgate.net/publication/230794344_Defining_exergames_exergaming
- Pallesen, H., Andersen, M. B., Hansen, G. M., Lundquist, C. B. & Brunner, I. (2018). Patients' and Health Professionals' Experiences of Using Virtual Reality Technology for Upper Limb Training after Stroke: A Qualitative Substudy. *Rehabilitation research and practice*, 2018, 4318678. <https://doi.org/10.1155/2018/4318678>
- PC Games. (2020, 28. Dezember). *Spielebranche 2020: 91 Prozent der Umsätze war digital*. <https://www.pcgames.de/Spiele-Thema-239104/News/91-prozent-der-umsaetze-2020-war-digital-1364260/>
- Physio Deutschland. (2022a, 14. Januar). *Zahlen, Daten, Fakten zur Physiotherapie*. https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen__Daten__Fakten/Zahlen_Daten_Fakten14.1.22.pdf
- Physio Deutschland. (2022b, 21. April). *BGW: Aktuelle Informationen zu den SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandards*. <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/bgw-aktuelle-informationen-zu-den-sars-cov-2-arbeitsschutzstandards.html>

- Pohontsch, N. J., Müller, V., Brandner, S., Karlheim, C., Jünger, S., Klindtworth, K., Stamer, M., Höfling-Engels, N., Kleineke, V., Brandt, B., Xyländer, M., Patzelt, C. & Meyer, T. (2018). Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 1: Einführung und Überlegungen zur Methodenwahl und Planung [Group Discussions in Health Services Research - Part 1: Introduction and Deliberations on Selection of Method and Planning]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 80(10), 864–870. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104379>
- Proffitt, R., Glegg, S., Levac, D. & Lange, B. (2019). End-user involvement in rehabilitation virtual reality implementation research. *Journal of enabling technologies*, 13(2), 92–100. <https://doi.org/10.1108/JET-10-2018-0050>
- Przyborski, A. & Riegler, J. (2010). Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 436–448). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_31
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video*. Springer eBook Collection. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2>
- Radtke, R. (2022, 10. Oktober). *Anzahl der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Physiotherapeuten in Deutschland in den Jahren von 2012 bis 2021*. Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/520500/umfrage/anzahl-beschaeftigter-physiotherapeuten-in-deutschland/#:~:text=Am%2031.,im%20Bereich%20Physiotherapie%20in%20D%20deutschland>

- Robert Koch-Institut (Hrsg.). (2015). *Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung?* (Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile <https://doi.org/10.17886/rkipubl-2015-003-9>
- Ryan, K. E., Gandha, T., Culbertson, M. J. & Carlson, C. (2014). Focus Group Evidence: Implications for Design and Analysis. *American Journal of Evaluation*, 35(3), 328–345. <https://doi.org/10.1177/1098214013508300>
- Schmid, L., Glässel, A. & Schuster-Amft, C. (2016). Therapists' Perspective on Virtual Reality Training in Patients after Stroke: A Qualitative Study Reporting Focus Group Results from Three Hospitals. *Stroke research and treatment*, 2016, 6210508. <https://doi.org/10.1155/2016/6210508>
- Schmidt, T., Schmidt, I. & Schmidt, P. (2016). Digitales Spielen und Lernen - A Perfect Match? Pädagogische Betrachtungen vom kindlichen Spiel zum digitalen Lernspiel. In (S. 18–49).
- Schneider, G. (2008). *Exergames: Bewegungsfördernde digitale Bildschirmspiele?* [Diplomarbeit]. Universität Wien, Wien. <https://docplayer.org/35382917-Diplomarbeit-titel-der-diplomarbeit-exergames-bewegungsfoerdernde-digitale-bildschirmspiele-verfasser-gerhard-schneider.html>
- Schreier, M. (2017). Fallauswahl in der qualitativ-psychologischen Forschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–21). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_19-1
- Schulz, M. (2012). Quick and easy!?! Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 9–22). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_1

- Staiano, A. E. & Flynn, R. (2014). Therapeutic Uses of Active Videogames: A Systematic Review. *Games for health journal*, 3(6), 351–365. <https://doi.org/10.1089/g4h.2013.0100>
- Statista. (2016, 1. November). *Anzahl von Physiotherapeuten in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2013 bis 2015: (je 1.000 Einwohner)*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/641465/umfrage/physiotherapeuten-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>
- Statista (Hrsg.). (2022a, 14. April). *Umsatz im Gaming-Markt in Deutschland bis 2021*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/824576/umfrage/umsatz-im-gaming-markt-in-deutschland/>
- Statista (Hrsg.). (2022b, 19. Oktober). *Anteil der privaten Haushalte in Deutschland, die eine Spielkonsole besitzen von 2006 bis 2021*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/198640/umfrage/anteil-der-haushalte-in-deutschland-mit-einer-spielkonsole-seit-2006/>
- Statista. (2022c, 19. Oktober). *Statistiken zum Thema Gaming*. https://de.statista.com/themen/1095/gaming/#topicHeader__wrapper
- Stewart, D. W. & Shamdasani, P. (2017). Online Focus Groups. *Journal of Advertising*, 46(1), 48–60. <https://doi.org/10.1080/00913367.2016.1252288>
- Stintzing, J. (2022). Serious Games for Health – eine Übersicht und Anwendungsbeispiele. In W. Becker & M. Metz (Hrsg.), *Digitale Lernwelten – Serious Games und Gamification* (S. 269–290). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35059-8_16
- Tatla, S. K., Shirzad, N., Lohse, K. R., Virji-Babul, N., Hoens, A. M., Holsti, L., Li, L. C., Miller, K. J., Lam, M. Y. & van der Loos, H. F. M. (2015). Therapists' perceptions of social media and video game technologies in upper limb rehabilitation. *JMIR serious games*, 3(1), e2. <https://doi.org/10.2196/games.3401>

- Tausch, A. P. & Menold, N. (2015). *Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung: welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen?* <https://doi.org/10.21241/ssoar.44016>
- Tavares, J. & Oliveira, T. (2016). Electronic Health Record Patient Portal Adoption by Health Care Consumers: An Acceptance Model and Survey. *Journal of medical Internet research*, 18(3), e49. <https://doi.org/10.2196/jmir.5069>
- Tobaigy, A., Alshehri, M. A., Timmons, S. & Helal, O. F. (2018). The feasibility of using exergames as a rehabilitation tool: the attitudes, awareness, opinions and experiences of physiotherapists, and older people towards exergames. *Journal of physical therapy science*, 30(4), 555–562. <https://doi.org/10.1589/jpts.30.555>
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Trauzettel, F. (2021). *Evaluation präventiver und gesundheitsförderlicher Aspekte von Serious Games im Alter* [Dissertation, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin]. EndNote Tagged Import Format. <https://edoc.hu-berlin.de/handle/18452/23023>
- Tuttas, C. A. (2015). Lessons learned using Web conference technology for online focus group interviews. *Qualitative health research*, 25(1), 122–133. <https://doi.org/10.1177/1049732314549602>
- Veerbeek, J. M., van Wegen, E., van Peppen, R., van der Wees, P. J., Hendriks, E., Rietberg, M. & Kwakkel, G. (2014). What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(2), e87987. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087987>
- Venkatesh, Morris & Davis (2003). User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. *MIS Quarterly*, 27(3), 425. <https://doi.org/10.2307/30036540>

- Venkatesh, Thong & Xu (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *MIS Quarterly*, 36(1), 157. <https://doi.org/10.2307/41410412>
- Vogl, S. (2014). Gruppendiskussion. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 581–586). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0_41
- Volmerg, B. (1988). Erhebungsmethoden im Feld. In T. Leithäuser & B. Volmerg (Hrsg.), *Psychoanalyse in der Sozialforschung* (S. 180–208). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-663-07773-2_12
- Waltersbacher, A. (Januar 2022). *Heilmittelbericht 2021/2022: Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie*. Berlin. WIdO. <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/heilmittelbericht/2021/?L=0>
- Wentink, M., van Bodegom-Vos, L., Brouns, B., Arwert, H., Houdijk, S., Kewalbansing, P., Boyce, L., Vliet Vlieland, T., Kloet, A. de & Meesters, J. (2019). How to improve eRehabilitation programs in stroke care? A focus group study to identify requirements of end-users. *BMC medical informatics and decision making*, 19(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0871-3>
- West, T. & Bernhardt, J. (2012). Physical activity in hospitalised stroke patients. *Stroke research and treatment*, 2012, 813765. <https://doi.org/10.1155/2012/813765>
- Wiemeyer, J. (2016). *Serious Games für die Gesundheit*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15472-1>
- World Physiotherapy. (2022). *What is physiotherapy?* <https://world.physio/resources/what-is-physiotherapy>

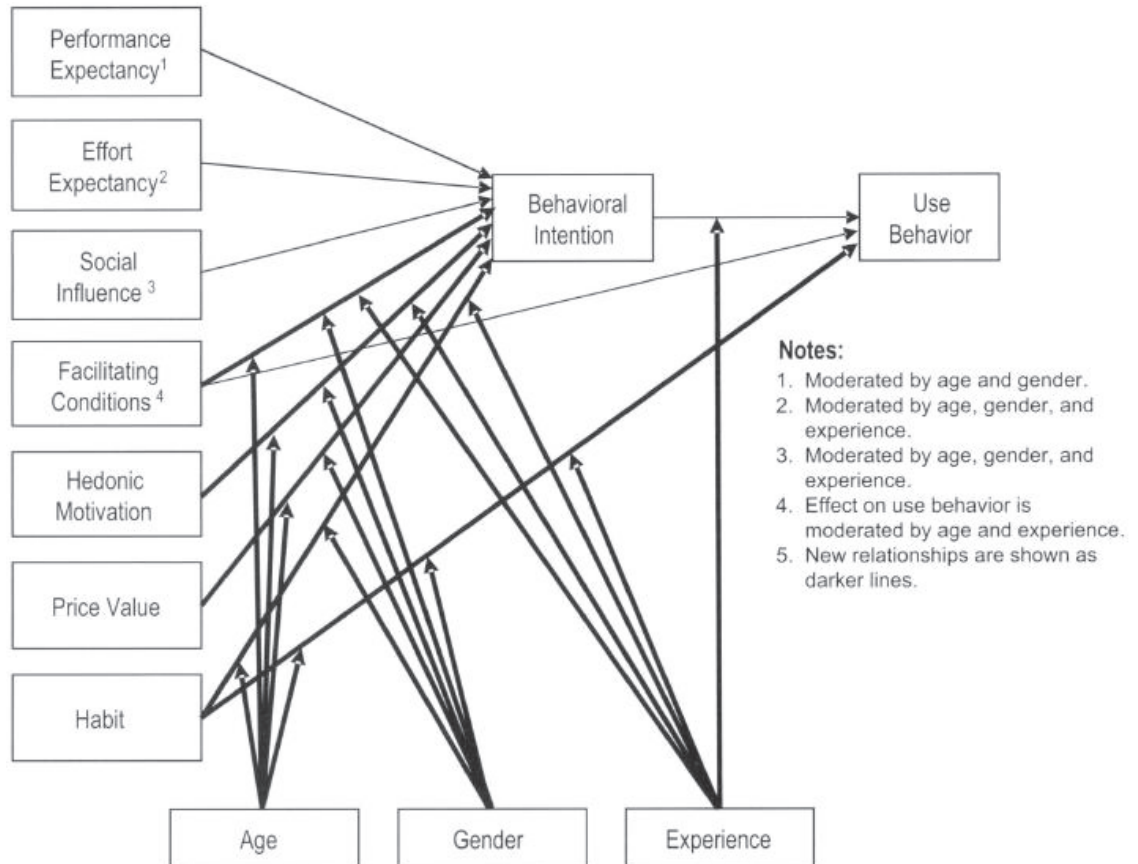
- Xyländer, M., Kleineke, V., Jünger, S., Klindtworth, K., Karlheim, C., Steffen, H., Müller, V., Höfling-Engels, N., Patzelt, C., Stamer, M., Pastrana, T., Meyer, T. & Pohontsch, N. J. (2020). Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 2: Überlegungen zum Begriff der Gruppe, zur Moderation und Auswertung von Gruppendiskussionen sowie zur Methode der Online-Gruppendiskussion. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 82(12), 998–1007. <https://doi.org/10.1055/a-0882-6325>
- Zumstein-Shaha, M. (2018). Inhaltsanalyse: Langweilig... oder langweilig gemacht? *Journal für qualitative Forschung in Pflege-und Gesundheitswissenschaft*, 5(2), 70–79.
- Zwick, M. M. & Schröter, R. (2012). Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projekts „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 24–48). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19397-7_2

Anhang

ANHANG 1 – UTAUT2 MODELL.....	84
ANHANG 2 – FLUSSDIAGRAMM ZUR REKRUTIERUNG UND TEILNAHME DER THERAPEUTINNEN DER FOKUSGRUPPE	85
ANHANG 3 – MODERATIONSLEITFADEN	86
ANHANG 4 – FRAGENKATALOG FOKUSGRUPPE UND EINZELINTERVIEWS	88
ANHANG 5 – SOZIODEMOGRAPHISCHER FRAGEBOGEN	91
ANHANG 6 – ABLAUF EINER ONLINE-FOKUSGRUPPE.....	92
ANHANG 7 – MEMO ZUR FOKUSGRUPPE	93
ANHANG 8 – DOKUMENTPORTRAIT	96
ANHANG 9 – WORTWOLKE	97

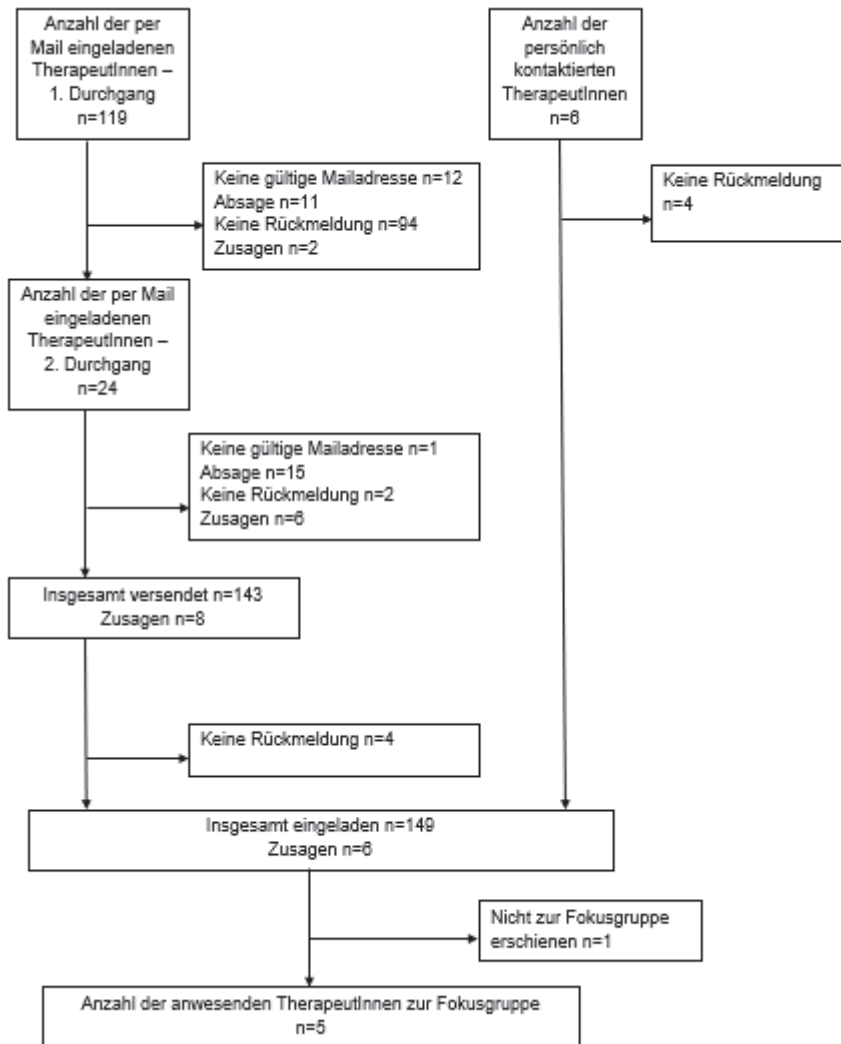
Anhang 1 – UTAUT2 Modell

(Quelle: Venkatesh et al. (2012), S.160)



Anhang 2 – Flussdiagramm zur Rekrutierung und Teilnahme der Therapeutinnen der Fokusgruppe

(Quelle: in Anlehnung an Wentink et al. (2019) und Happe et al. (2021))



Anhang 3 – Moderationsleitfaden

Moderationsleitfaden Fokusgruppe (in Anlehnung an Trauzettel (2021, S. 297))

Datum:

Ort:

Zeit/Dauer:

1) Willkommen, Vorstellung meiner Person, Thema nennen

2) Einverständniserklärung + Datenschutzerklärung – erneut ansprechen
Hinweis: alles, was in der Gruppe gesagt wird, verbleibt in der Gruppe verbleibt

3) Rahmenbedingungen abstecken (Dauer, Anonymität, Ablauf, Ansprache (Du/Sie?),
was bei technischen Problemen zu tun ist), Grundregeln nennen

Grundregeln Kommunikation Fokusgruppe

In Anlehnung an Volmerg (1988)

> laut + deutlich + langsam sprechen!

> ausreden lassen, es spricht nur einer – wichtig für die Aufnahme

> nicht zu lange sprechen

> nicht unpersönlich + allgemein, sondern eigene Erfahrungen

> Ablehnung ist okay aber keine persönlichen Diskurse anfangen, Seitengespräche
sind für alle - sonst vermeiden

> Thema im Fokus, darauf zurückkommen

> Störungen ansprechen

4) Vorstellungsrunde der Expert*innen (Vorname reicht – Anonymität) um sie beim
Transkribieren erkennen zu können

5) Hintergrund und Stand der Masterarbeit kurz erläutern, Ziel der Fokusgruppe,
Anforderungen an diese Diskussion (bin an positiven und negativen Redebeiträgen
interessiert! Sagen sie das, was sie denken. Halten sie nichts zurück)

- Collage zu Exergames zeigen

Konzept Exergames vorstellen: Problem (alternde Bevölkerung, Infrastruktur, Termine
Physio, zeitige Entlassung), Nutzen (Digitalisierung nimmt Physio-Arbeit ab, einfach
Handhabung, spielerisch und spaßig), Beweis (getestet, Studien dazu)

6) Diskussion der Fragen anhand der Oberkategorien:

Block 1 – Digitalisierung in der Physiotherapie

Block 2 – digitale Spiele im physiotherapeutischen, rehabilitativen Alltag

Block 3 – Akzeptanz von Exergames, Vor- und Nachteile für

Behandlungserfolg/Praxisalltag

Immer mal wieder das Gesagte zusammenfassen, für die Audiodatei, um im Transkript zu merken, wo man steht (Bsp.: A und B sagten, dass... C und D haben zugestimmt und E argumentierte dagegen, weil) Stille TN ansprechen

7) Vollständigkeit der Kategorien? Ergänzungen?

8) Zusammenfassung des Gesagten

9) Offene Fragen, Anregungen, Wünsche?

10) Feedback geben lassen

11) Verabschiedung, Danksagung

Anhang 4 – Fragenkatalog Fokusgruppe und Einzelinterviews

Fragen Einzelinterviews/Fokusgruppe

Thema: Akzeptanz von Physiotherapeut*innen zum Einsatz von Exergames in der Praxis – welche Faktoren fördern und/oder hemmen die Nutzung?

Einstiegsfrage

Die Digitalisierung schreitet voran und ist in allen Bereichen zu finden, enorme Fortschritte auch in kürzester Zeit.

1) So auch in der Physiotherapie: Erzählen Sie uns Ihre Meinung/Gedanken zum generellen Einsatz von technischen Geräten und digitalen Möglichkeiten in physiotherapeutischen Behandlungen.

Sie haben alle schonmal eine Spielekonsole genutzt oder wissen, was das ist und wie man sie einsetzen kann. Mit ihnen können Exergames gespielt werden: spielerische Übungen. Bsp. Stabilitraining auf dem Balance-Board, Koordination und Motorikübungen mit einem Controller, Kräftigung durch Kameratechnik.

2) Erzählen Sie uns, welche Erfahrungen haben Sie im Umgang mit Spielekonsolen und möglicherweise auch schon Exergames machen können?! Was fällt Ihnen dazu ein?

- In welchem Kontext haben Sie sie genutzt, privat und/oder beruflich?
- Nutzten Sie Spielekonsolen in Behandlungen und/oder nutzen Sie sie aktuell?
- Waren ihre Erfahrungen positiv und/oder negativ?

→wenn keine Erfahrungen gemacht wurden:

- Wie ist Ihre Meinung zum Einsatz von Konsolen in der Praxis?
- Welche Einsatzmöglichkeiten von Exergames können Sie sich vorstellen?
- Welche Exergames würden Sie nutzen?

Aktuelle Nutzung

3) Wie kam es dazu, dass Sie Exergames in ihren Behandlungen anwenden?

→ Chef wollte es, Eigeninitiative, Versuch, bei anderen Praxen/Kollegen gesehen, Interesse/Neugier

4) Welche Spielekonsole/Exergames nutzen sie?

- Welche Altersgruppe(n) nutzen sie?

- Welcher Fachbereich nutzt sie? (Neuro, Päd, Ortho...)
- Welche Diagnosegruppen nutzen sie?
- Wie lange werden sie durchschnittlich genutzt? (pro Behandlung welche Dauer, wie häufig die Woche)
- Wie reagieren die Patient*innen darauf?

5) Für welche Fachbereiche ist der Einsatz von Exergames ihrer Meinung nach am besten geeignet?

- Am wenigsten geeignet?
- Für welche Altersgruppe?
- Und warum oder warum nicht?

Chancen und Möglichkeiten (Benutzerfreundlichkeit)

6) Was sind ihrer Meinung nach Schlüsselfaktoren für den erfolgreichen Einsatz von Exergames (an Spielekonsolen) in der physiotherapeutischen Praxis?

- Und warum?

Diese nach Wertigkeit listen! Vorher nochmal wiederholen

7) Welche Vorteile sehen Sie durch den Einsatz von Exergames in der Praxis?

→ für sich im therapeutischen Alltag, für die Patienten, für den Behandlungserfolg, Zeitersparnis, Abwechslung Therapiealltag für P...

Barrieren und Hürden

8) Welche Hürden und Barrieren bestehen Ihrer Meinung nach, die den Einsatz von Exergames erschweren?

→ bei ihnen selbst, der Praxis, den Kolleg*innen, dem System

Diese nach Wertigkeit listen! Vorher nochmal wiederholen

9) Welche Nachteile sehen Sie durch den Einsatz von Exergames in der Praxis?

→ für sich im therapeutischen Alltag, für die Patienten, für den Behandlungserfolg, Zeitersparnis, Abwechslung Therapiealltag für P...

10) Wie könnten passende Unterstützungsangebote aussehen?

- Haben Sie Vorschläge, wie die Benutzerfreundlichkeit für Therapeut*innen verbessert werden könnte?

11) Inwiefern schätzen Sie den Einsatz von Exergames als erfolgversprechende Alternative zu konventionellen Methoden in Behandlungen ein?

12) Wie stehen Sie dazu Exergames in den Leistungskatalog ihrer Einrichtung aufzunehmen?

Haben Sie noch Anmerkungen, Hinweise oder Fragen?

In den Einzelinterviews:

Kennen sie noch andere Therapeut*innen, die ich dazu befragen könnte?

Anhang 5 – Soziodemographischer Fragebogen

Soziodemographischer Fragebogen Fokusgruppe

(in Anlehnung an Trauzettel (2021, S. 295))

Geschlecht:

Alter:

Höchster Bildungsabschluss:

Aktuelle Berufsbezeichnung:

Jahre Berufserfahrung:

Aktuelle(r) Arbeitsplatz/plätze (Reha, Praxis...):

Aktueller Arbeitsort (Großstadt <500.000 EW, größere Mittelstadt >50.000 EW, kleinere Mittelstadt 20.000-50.000 EW, größere Kleinstadt >10.000 EW, kleinere Kleinstadt <5.000-10.000 EW, Landgemeinde):

(in Anlehnung an Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2022) - Stadt- und Gemeindetypen)

Altersgruppe(n) der zu behandelnden Patienten:

Fachbereich:

Fachliche Interessen:

Weiterbildungen: wenn ja, welche?:

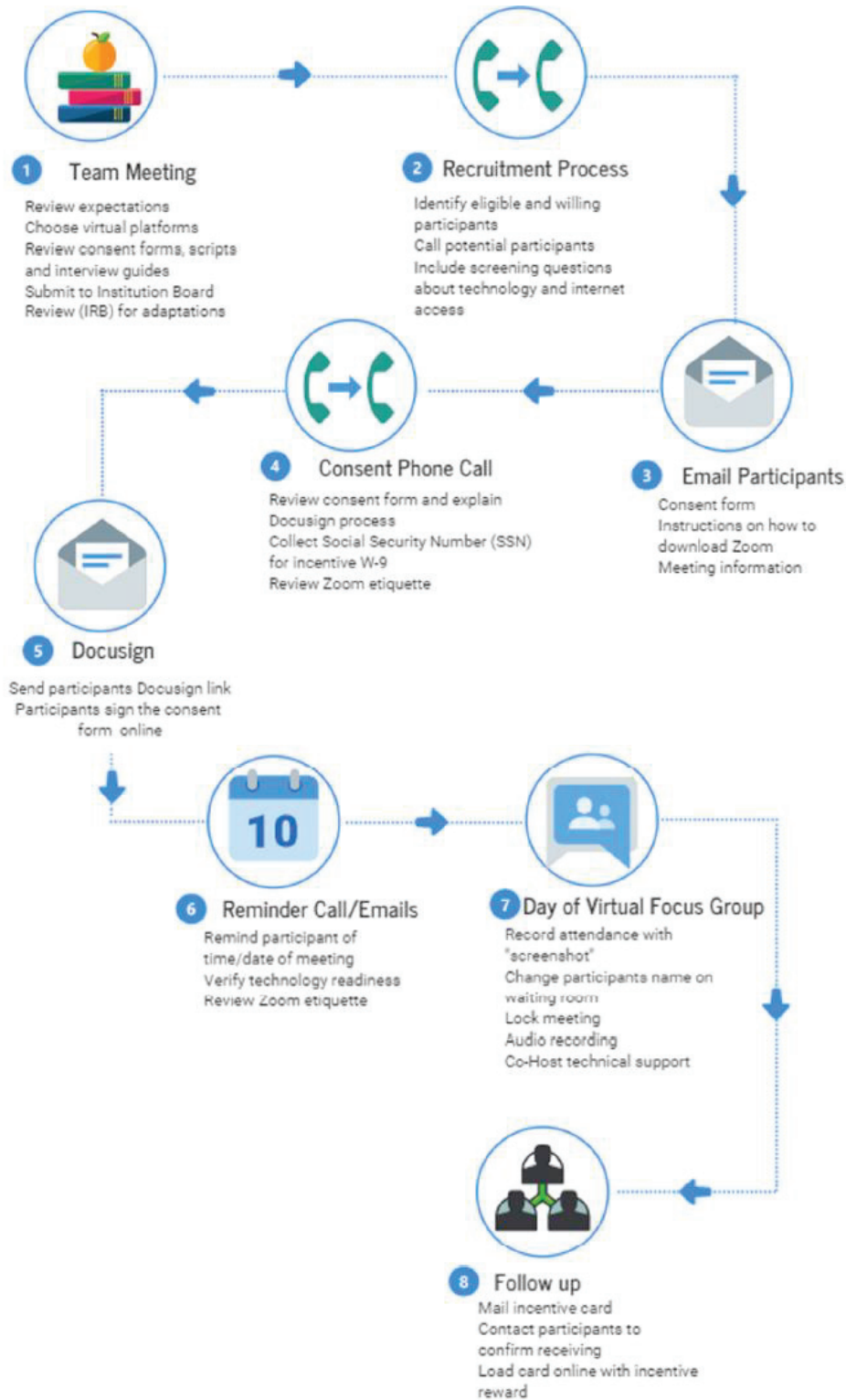
Welche Spielekonsolen kennen sie?

Welche Spielekonsolen nutzen Sie privat? Beruflich?

Persönliche Erfahrungen mit Spielekonsolen? Wenn ja, welche? Häufigkeit?:

Erfahrungen Einsatz Spielekonsolen/Exergames Praxisalltag? Wenn ja, welche?:

Anhang 6 – Ablauf einer Online-Fokusgruppe (Quelle: Dos Santos Marques et al. (2021, S. 919))



Anhang 7 – Memo zur Fokusgruppe

Ich habe pünktlich zu 18:30 Uhr, wie mehrfach in der Einladungsmail und der Erinnerungsmail geschrieben, das Meeting eröffnet, was problemlos funktioniert hat. Zu 18:40 Uhr kam die Teilnehmerin K hinzu. Nach einem kurzen Hallo, dem Check-up der Kamera sowie des Mikrofons und der Frage, wie viele heute teilnehmen werden, verabschiedete Sie sich bis zum regulären Start, indem sie nur die Kamera- und Mikrofonfunktion deaktivierte. 10 Minuten später betrat G den Meetingraum und zeigte direkt, dass Bild und Ton funktionierten. Auch sie fragte, wie viele wir heute sein werden und deaktivierte daraufhin beide Ausgaben und verabschiedete sich bis später. Kurz vor 19 Uhr waren beide wieder zugegen und öffneten die Kamera. Es betraten noch zuerst R und dann J das Meeting, wobei J die Kamera deaktiviert ließ. Im Nachhinein sicher aufgrund der schlechten Internetverbindung, zu dem Zeitpunkt wurde die fehlende visuelle Quelle nicht thematisiert.

Ich begrüßte die bisher Teilnehmenden und sagte, dass wir noch auf weitere Personen warten würden. Wenige Minuten später startete ich jedoch mit Erläuterungen zum organisatorischen Ablauf und nannte die Grundregeln der Kommunikation im online Meeting. Daraufhin holte ich mir von allen die Zustimmung ein, das Webinar aufzeichnen zu dürfen. G fragte an, ob wir uns nicht noch kurz gegenseitig vorstellen könnten. Ich erwiderte, dass das definitiv ein Teil der Fokusgruppe sei und wir nun in Anbetracht der Zeit, es war bereits 19:06 Uhr, damit beginnen könnten. Ich stellte mich selbst kurz vor und gab dann das Wort an G weiter. Während G sprach, startete ich via Webex direkt eine Aufnahme und legte zugleich mein Mobiltelefon neben den Laptop und aktivierte das Diktiergerät. G gab das Wort an R weiter, sie an K und diese an J. J stellte sich als Arbeitnehmerin von S vor, die neben ihr sitzen würde. Da wir bei J kein Bild hatten wurde nun erst deutlich, dass dort zwei Personen saßen. Nach der Vorstellung von S wollte ich die Gruppe auf einen einheitlichen Wissensstand bezüglich Exergames bringen und öffnete meine vorbereitete Folie, auf der verschiedene Abbildungen von Exergame-Anwendungen zu sehen waren. Personen auf einem Balance Board, mit Controllern in der Hand oder gänzlich ohne Equipment. Ich erklärte die verschiedenen Möglichkeiten, mit Geräten oder lediglich via Sensoren spielen zu können. Außerdem zeigten die Bilder einige Spieldesigns, unter anderem Sportspiele (Tennis, Bowling und Golf), gezielte Übungen und alltagsnahe Bewegungen wie Äpfel pflücken. Die Personen in den Abbildungen verkörperten verschiedene Altersgruppen in diversen Settings – Jugendliche, Erwachsene und Senioren in großen Räumen, der häuslichen Umgebung

und Sportstudios. Damit sollte die Vielseitigkeit der Einsatzgebiete von Exergames verdeutlicht werden.

Ich rechnete jetzt nicht mit mehr mit Nachzüglern und startete die erste Frage aus meinem Fragenkatalog. Zu Beginn der Fragestellungen wurden die Antworten von den Teilnehmenden strikt nacheinander und klar getrennt voneinander abgegeben. So stellte J die Frage, ob sie auch noch was sagen sollen, nachdem G, K und R die erste von mir gestellte Frage beantwortet hatten. Auffällig war hierbei die gewählte Pluralform, die sich daraufhin wiederholt zeigte, auch wenn J später nur noch für sich sprach. Leider zeigte sich im Verlauf der Fokusgruppe, dass S fast kaum am Gespräch und der Diskussion teilnahm.

Nach diesen anfänglichen Ordnungsschwierigkeiten kam jedoch ein flüssiger Gesprächsverlauf in Gang, es wurden Argumente und Meinungen ausgetauscht und Bezug zueinander genommen.

Um den Teilnehmenden Raum für weitere Anmerkungen zu geben und die Gespräche möglichst zwischen den Therapeutinnen stattfinden zu lassen, ließ ich nach Redebeiträgen längere Pausen und wartete, ob noch jemand auf das Gesagte eingehen möchte. Daraus ergeben sich teilweise Pausen von bis zu einer halben Minute. Ich habe auch versucht ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen den aktiven und weniger aktiven Personen herzustellen, indem ich sogenannte Schweiger direkt angesprochen und nachgehakt habe, um ihnen die Möglichkeit zur Übernahme des nächsten Beitrages zu geben. Im späteren Verlauf der Fokusgruppe kam es auch zu spontaneren Interaktionen zwischen den Teilnehmenden, indem leicht ins Wort gefallen wurde oder nach einem Turn ein Sprecherwechsel stattfand und sich zwei Personen den nächsten Wortbeitrag nehmen wollten. Auch gab es vermehrt wörtlich geäußerte Zustimmungen, auch während andere gesprochen haben. Die Gruppe wurde mit der Zeit aktiver. Schließlich stellten sich die Teilnehmenden untereinander Fragen und hielten den Diskurs selbst aufrecht.

Auch nonverbale Aktionen nahmen mit dem Fortschreiten des Austausches zu. Es gab zustimmendes Nicken, Stirnrunzeln und stark ausgeprägte Mimik und vor allem Gestik. Teilweise wurden Aussagen mit Hand- und Armbewegungen unterstrichen (hinweisendes Fingerdeuten) oder aber auch Erklärungen mit zahlreichen Gestiken nachgeahmt oder versucht zu verdeutlichen (Brille andeuten).

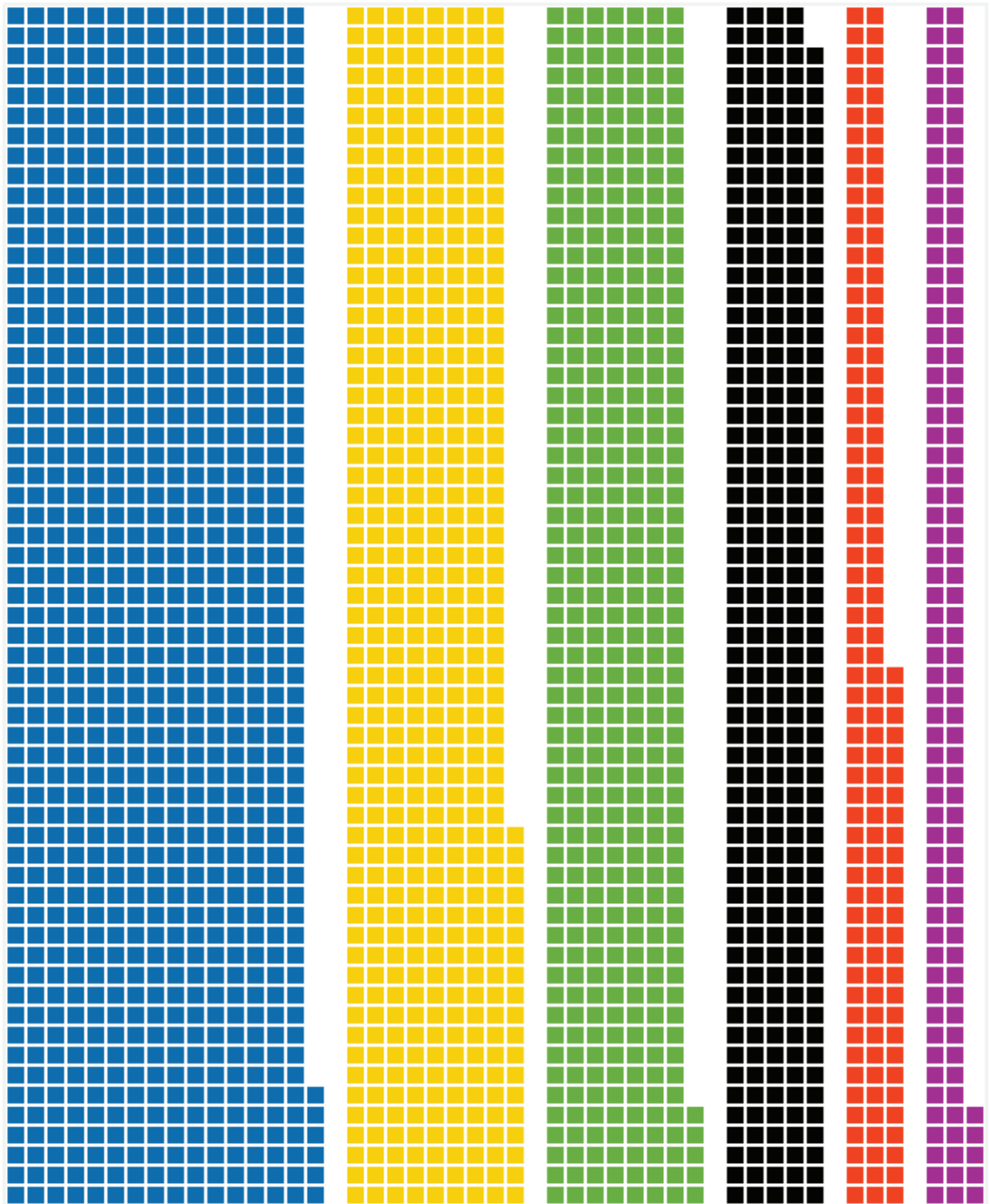
Nach mehr als einer Stunde konnte ich häufiger einen sehnsuchtsvollen Blick aus dem Fenster sehen oder ein Abschweifen des Kopfes weg vom Bildschirm. Da zu diesem Zeitpunkt auch die wichtigsten Fragen gestellt waren, betonte ich, dass nun zwei

Abschlussfragen folgen würden. Ich hatte wieder die volle Konzentration auf meiner Seite. Trotzdem nahm der Umfang der Beiträge mit dem zeitlichen Verlauf der Fokusgruppe ab.

Zum Abschluss bedankte ich mich überschwänglich, da ich wirklich sehr froh war, die Fokusgruppe durchführen zu können. Ich sagte den Teilnehmenden auch das ich es gut finden würde, wenn sie sich mit der Thematik beschäftigen würden und für sich eine Meinung bilden, ob es in ihr Behandlungs- und Arbeitskonzept passt oder nicht. Außerdem erzählte ich noch von meiner letzten Bitte, den Fragebogen auszufüllen, den ich am nächsten Tag per Mail an sie verschicken würde. Damit wäre dann alles abgeschlossen. Sie wünschten mir alles Gute und viel Erfolg bei der Abschlussarbeit und verabschiedeten sich. Ich bedankte mich nochmal und wünschte auch alles Gute. Sie verließen nach und nach das Webinar. Da ich damit beschäftigt war die Aufnahme in Webex und an meinem Handy zu beenden, lief das Meeting noch. Ich hörte noch, wie J sagte: als ich die eine Teilnehmerin sah, dachte ich schon oh Gott und hatte keine Lust mehr. Da sie sicher nicht gemerkt hat, dass das Meeting noch lief, habe ich es für alle beendet und geschlossen. Schließlich habe ich noch überprüft, ob die interne Aufzeichnung funktioniert hat und ich den Ton abspielen und verstehen kann. Da das sowohl auf dem Laptop als auch dem Handy der Fall war, konnte ich Webex endgültig schließen.

Während der zwei Stunden seit der Eröffnung des Meetings gab es keinerlei Störungen. Alle Teilnehmenden waren jederzeit gut zu hören und zu sehen, mit Ausnahme von J und S, die von Beginn an nur auditiv anwesend waren. Niemand hat den Raum verlassen und es waren auch keine unangenehmen Geräusche zu vernehmen. Das hat die Atmosphäre sehr angenehm gemacht.

Anhang 8 – Dokumentportrait
(Quelle: MAXQDA)



Blau – G, Gelb – K, Grün – R, Schwarz – I, Rot – J, Lila - S

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Schirgiswalde-Kirschau, den 23.11.2022

Antonia Stolle