

Kurzbericht zum Forschungsprojekt

„Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“

(Förderung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund)

Laufzeit: 11/2014 – 07/2017

Prof. Dr. Klaus Pfeifer (Projektleitung Erlangen)

Prof. Dr. Gorden Sudeck (Projektleitung Tübingen)

Judith Deprins

Dr. Wolfgang Geidl

Nina Rohrbach

René Streber

30. Oktober 2017

Kurzfassung des Abschlussberichtes gemäß Nr. 7.2 der Nebenbestimmungen

Titel

„Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“

Projektleitungen und Kontaktadressen

Prof. Dr. Klaus Pfeifer (Projektleitung Erlangen); Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; Department für Sportwissenschaft und Sport, Lehrstuhl Bewegung und Gesundheit; Gebbertstraße 123b, 91058 Erlangen; Tel. 09131-8528106; E-Mail: klaus.pfeifer@fau.de

Prof. Dr. Gorden Sudeck (Projektleitung Tübingen); Eberhard Karls Universität Tübingen; Institut für Sportwissenschaft, Wilhelmstr. 124, 72074 Tübingen; Tel. 07071-2976039; E-Mail: gorden.sudeck@uni-tuebingen.de

Laufzeit

11/2014 – 07/2017

Wissenschaftliche Mitarbeiter/innen

Judith Deprins, Dr. Wolfgang Geidl, Nina Rohrbach, René Streber

Projektphasen (indikationsübergreifend)

Projektphase 1: Survey zu Merkmalen der Bewegungstherapie auf Ebene einzelner Rehabilitationseinrichtungen - Konzepte und Prozesse der Bewegungstherapie

Projektphase 2: Vertiefte Analyse individueller Handlungsorientierungen von bewegungstherapeutischen Akteuren/innen

Themen

Bewegungstherapie; Sporttherapie; Physiotherapie; Bewegungsverhalten und Bewegungsförderung; Medizinische Rehabilitation;

Publikation(en)

Mündliche (Kongress-)beiträge

- Sudeck, G., Geidl, W., Deprins, J., Streber, R. & Pfeifer, K. (eingereicht). Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Eine latente Klassenanalyse auf Basis einer bundesweiten Erhebung. Eingereichter Beitrag für das 27. Reha-Kolloquium 2018 in München.
- Geidl, W., Deprins, J., Fangmann, C., Rohrbach, N., Pfeifer, K. & Sudeck, G. (eingereicht). Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie: Eine empirisch-qualitative Erkundung der Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure in der medizinischen Rehabilitation. Eingereichter Beitrag für das 27. Reha-Kolloquium 2018 in München.
- Geidl, W., Deprins, J., Streber, R., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2017). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme. Ringvorlesung Rehabilitation des Forschungsverbundes Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt/Thüringen, Halle, Februar 2017.
- Geidl, W., Portenlänger, F., Streber, R., Deprins, J., Rohrbach, N., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2017). Standardisiertes Assessment in der Bewegungstherapie – Status quo innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. 26. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium der DRV, Frankfurt, März 2017. DRV-Schriften, Bd. 109. 316-317. DRV-Schriften, Bd. 111, 284-285.
- Deprins, J., Geidl, W. (2017). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme. Fachtagung Bewegungstherapie der Deutschen Rentenversicherung Bund, Erkner, Juni 2017.
- Geidl, W., Pfeifer, K. (2017). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse der bundesweiten Bestandsaufnahme. Rehabilitationswissenschaftliches Seminar der Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Psychologie Rehabilitationswissenschaften, Würzburg, Juli 2017.
- Deprins, J., Geidl, W., Rohrbach, N., Streber, R., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2017). Aspekte der Teamarbeit in der Bewegungstherapie: Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme. 26. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium der DRV, Frankfurt, März 2017. DRV-Schriften, Bd. 111, 288-290.
- Geidl, W., Streber, R., Deprins, J., Rohrbach, N., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2017). Standardisiertes Assessment in der Bewegungstherapie – Status quo innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. 23. Sportwissenschaftlicher Hochschultag der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs), September 2017 in München.

- Deprins, J., Geidl, W., Rohrbach, N., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2017). Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitation: Subjektive Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure. 23. Sportwissenschaftlicher Hochschultag der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs), September 2017 in München.
- Sudeck, G. (2017). „Was passiert in der Bewegungstherapie in Deutschland? – Ergebnisse aus dem Projekt „BewegTheReha“. Vortrag auf dem 30. Heidelberger Kongress des Fachverbands Sucht, Juni 2017 in Heidelberg.
- Deprins, J., Geidl, W., Streber, R., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2016). Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: inhaltliche Ausrichtung und Standardisierungsgrad. Ergebnisse einer bundesweiten Bestandaufnahme. 25. Reha-Wissenschaftliches Kolloquium der DRV, Aachen, März 2016. DRV-Schriften, Bd. 109. 316-317.
- Deprins, J., Geidl, W., Streber, R., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2016) Konzepte der Bewegungstherapie in der Rehabilitationspraxis: Wahrgenommene Problemlagen und ihre Beeinflussbarkeit aus Sicht bewegungstherapeutischer Akteure. Jahrestagung der Kommission Gesundheit in der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs), Karlsruhe, September 2016.
- Geidl, W., Streber, R., Deprins, J., Rohrbach, N., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2016) Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: inhaltliche Ausrichtung und Standardisierungsgrad. Ergebnisse einer bundesweiten Bestandaufnahme. Jahrestagung der Kommission Gesundheit in der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs), Karlsruhe, September 2016

Bislang eingereichte Manuskripte:

- Exercise therapy in medical rehabilitation: study protocol of a national inventory at facility and practitioner level with a mixed method design. BMC Health Services Research

Weitere geplante Publikationen (Sprache und potenzielle Zeitschrift):

- Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (Deutsch, z.B. Die Rehabilitation)
- Typische inhaltliche Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (Englisch, z.B. BMC Health Services Research)
- Testverfahren in der Bewegungstherapie (Englisch, z.B. Physical Therapy)
- Bewegungstherapeutische Teamarbeit (Englisch, z.B. Journal of Interprofessional Care)
- Bewegungsförderung innerhalb der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (Deutsch, z.B. Die Rehabilitation und/oder Englisch z.B. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation)

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Vorbemerkung

Die hier zusammengefasst dargestellten Informationen und Empfehlungen basieren auf den in den einzelnen Kapiteln des Projektberichts ausführlich beschriebenen Zielsetzungen und Methoden (Kapitel 1), den detailliert berichteten Ergebnissen aus den beiden Projektphasen (Kapitel 2 bis 6) sowie den auf Basis der Ergebnisse abgeleiteten Handlungsempfehlungen (Kapitel 7). Der Fokus der Zusammenfassung liegt hier auf den für das bewegungstherapeutische Ziel der Bewegungsförderung (Hinführung und Bindung an eigenständige körperliche Aktivität) wesentlichen Ergebnissen.

1.1 Hintergrund, Fragestellung und Zielsetzung

Dem international wissenschaftlich diskutierten Bedarf zur Weiterentwicklung der Bewegungstherapie im Hinblick auf eine Schwerpunktsetzung im Bereich Bewegungsförderung steht ein vergleichsweise geringes Wissen gegenüber, wie Bewegungstherapie in der deutschen Rehabilitationspraxis im Hinblick auf Inhalte, Methoden und deren didaktisch-methodischen Einsatz tatsächlich realisiert wird. So ist speziell für die Bewegungstherapie ungewiss, wie die dort tätigen Personen die Bedeutung wissenschaftlicher Weiterentwicklungen für ihre alltägliche Arbeit wahrnehmen und einschätzen, wie die Umsetzung angesichts einer relativ großen Vielfalt bewegungstherapeutischer Leistungen gelingen kann und welcher Veränderungs- und Fortbildungsbedarf wahrgenommen wird.

Es fehlt bislang eine systematische Bestandsaufnahme der bundesweiten Praxis der Bewegungstherapie innerhalb der medizinischen Rehabilitation, die Einblicke in die Konzepte und Prozessmerkmale liefern könnte. Ferner bestehen nur rudimentäre Kenntnisse darüber, wie individuelle Sichtweisen der bewegungstherapeutischen Akteure in Bezug auf Ziele, Inhalte und Methoden ausgestaltet sind und wie diese Sichtweisen das therapeutische Handeln unter den Rahmenbedingungen einer spezifischen Rehabilitationseinrichtung mitbestimmen (können).

Das Projekt „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“ zielt auf eine nationale Bestandsaufnahme der bewegungstherapeutischen Rehabilitationspraxis in Deutschland. Im Fokus stehen a) Konzepte und Prozessmerkmale in rehabilitativen Einrichtungen und b) individuelle Handlungsorientierungen innerhalb des bewegungstherapeutischen Teams.

1.2 Methodik

In zwei zeitlich aufeinander folgenden Projektphasen wurden im erklärenden sequenziellen Mixed-Methods-Design quantitative und qualitative Methodenansätze integriert. Phase 1 zielte mittels standardisierter, quantitativer schriftlicher Befragung von Leitungspersonen bewegungstherapeutischer Abteilungen auf die Erstellung eines umfassenden nationalen Überblicks konzeptioneller und prozessualer Merkmale der Bewegungstherapie auf Ebene einzelner Rehabilitationseinrichtungen. Die Gesamtheit der 1558 Fachabteilungen aus 1146 Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für Erwachsene, die am Verfahren der Qualitätssicherung (QS) der DRV Bund teilnehmen, bildete die eligible Studienpopulation für Phase 1. Mit Blick auf das Krankheitsspektrum der medizinischen Rehabilitation wurden in Phase 1 alle Erkrankungsbereiche in die bundesweite Basiserhebung eingeschlossen. Abbildung 1 stellt den Rücklauf auf die Befragung dar, insgesamt konnten 713 Fragebögen in die Datenanalyse einbezogen werden.

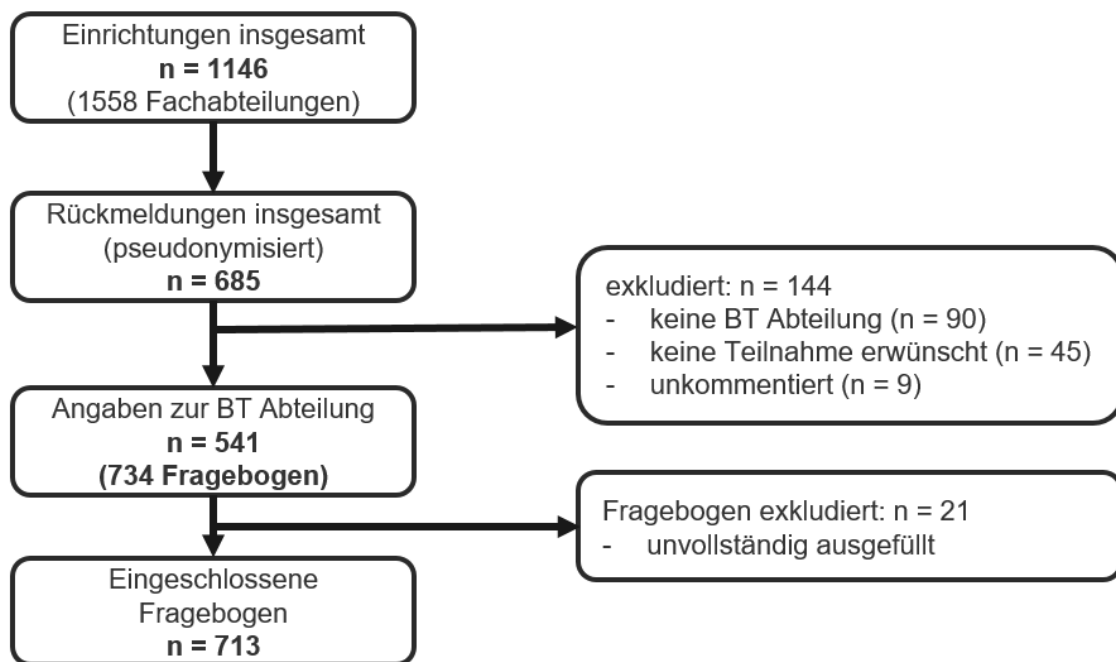


Abbildung 1: Flussdiagramm zu Fragebogenversand und -rücklauf.

Aufbauend auf der fragebogenbasierten Querschnitterhebung wurden in Phase 2 individuelle Handlungsorientierungen von bewegungstherapeutischen Akteuren ermittelt. Hierfür wurden zwei eineinhalbtägige Workshops mit insgesamt 58 Bewegungsthera-

peutinnen und Bewegungstherapeuten aus 58 verschiedenen Abteilungen durchgeführt. Dabei wurden zentrale Themen mit standardisierten schriftlichen Einzelbefragungen eingeleitet bzw. vorbereitet und mit qualitativen Erhebungen mittels moderierten Gruppendiskussionen kombiniert (sogenannte Fokusgruppen im Mixed-Methods-Design). Abbildung 2 gibt eine Übersicht des Studiendesigns und der Zeitlinie.

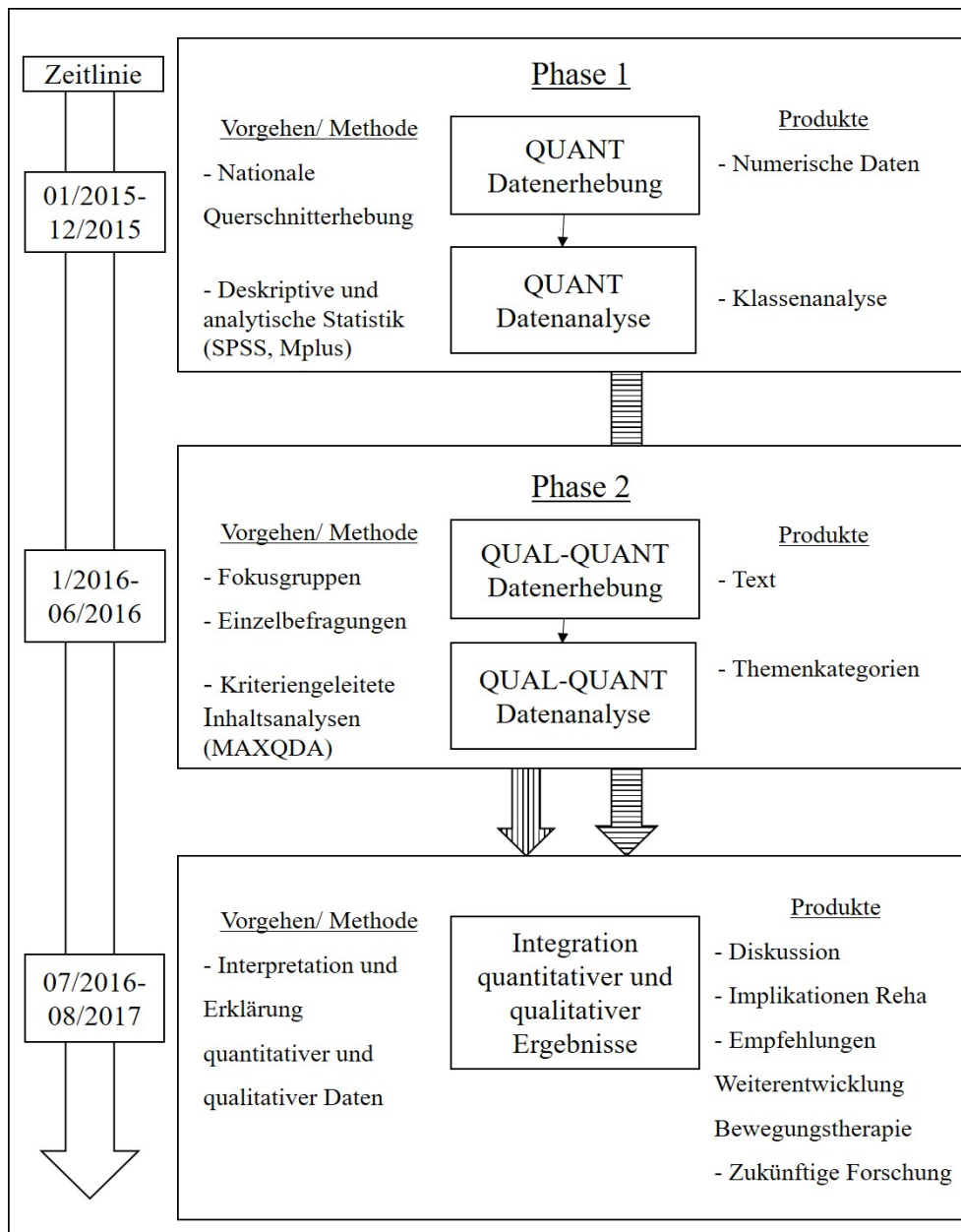


Abbildung 2: Visuelles Studiendiagramm mit einer Übersicht des Studiendesigns. (QUANT: Quantitative Studienphase; QUAL: Qualitative Studienphase).

Die Planung und Umsetzung aller methodischen Schritte erfolgte in Abstimmung mit der interdisziplinär (Medizin, Physiotherapie, Psychologie, Sportwissenschaft) besetzten „Arbeitsgruppe Bewegungstherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) als assoziierter Expertinnen- und Expertengruppe.

Zusätzlich erfolgte Beratung durch einen mit Vertreterinnen und Vertretern aus Reha-Wissenschaft und Reha-Praxis besetzten Projektbeirat (Dr. Inge Ehlebracht-König, Bad Eilsen; Prof. Dr. Wiebke Göhner, Freiburg; Prof. Dr. Gert Krischak, Ulm/Bad Buchau; Prof. Dr. Wilfried Mau, Halle; Verena Pimmer, Berlin; Rotraut Schmale-Grede, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.; Prof. Dr. Mieke Wasner, Heidelberg).

1.3 Ergebnisse

1.3.1 Konzepte und Prozesse der Bewegungstherapie

1.3.1.1 Therapierelevante Ausgangsbedingungen der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen

In einem ersten Schritt wurde die wahrgenommene Häufigkeit therapierrelevanter Ausgangsbedingungen der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen erfragt. In Tabelle 1 sind für eine erste Orientierung die verwendeten Items und die zugehörigen Kennwerte dargestellt (Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen siehe Kapitel 2.3.1 des Projektberichts).

Tabelle 1: Von Leitungspersonen der Bewegungstherapie wahrgenommene Häufigkeiten therapierelevanter Ausgangsbedingungen (erkrankungsübergreifende Ergebnisse)

Therapierelevante Ausgangsbedingungen	Stichprobe gesamt	
	n	M (SD)
Funktionen Bewegungsapparat stark eingeschränkt	708	3.27 (0.78)
mangelnde Kenntnisse für eigenständige Durchführung ksA	709	3.02 (0.72)
Schmerzen bei Bewegung	709	3.01 (0.82)
mangelnde Motivation für regelmäßige ksA	706	2.89 (0.81)
mangelnde Vorstellung über konkrete Umsetzung ksA im Alltag	706	2.85 (0.75)
Unsicherheit/Ängste bzgl. eigener Bewegung und Belastbarkeit	703	2.79 (0.81)
Probleme im Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen	699	2.72 (0.90)
Körper- und Bewegungswahrnehmung stark eingeschränkt	704	2.70 (0.86)
Probleme, körperliche Anforderungen am Arbeitsplatz zu bewältigen	705	2.64 (0.81)
mangelnde motorische Fertigkeiten Gesundheitssport	707	2.55 (0.89)
Defizite motorische Basisfertigkeiten Alltag	702	2.44 (0.96)
depressive Symptomatik	705	2.41 (0.97)
hohe Wahrnehmung von Barrieren für ksA	698	2.30 (0.84)
Mattigkeit, Fatigue	697	2.28 (0.91)
mangelnde Freude an Bewegung	702	2.15 (0.84)
Funktionen Herz-Kreislauf-System stark eingeschränkt	699	2.09 (0.91)
eingeschränkte soziale Kompetenz (Kooperation/Kommunikation)	705	2.00 (0.84)

Anmerkung: Häufigkeit der Ausgangsbedingung: 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = häufig, 4 = sehr häufig,
ksA = körperlich-sportliche Aktivität

In weiterführenden Analysen wurden teils deutliche erkrankungsabhängige Unterschiede in der wahrgenommenen Häufigkeit therapierelevanter Ausgangsbedingungen identifiziert:

- Es zeigten sich erwartungsgemäß große Unterschiede in der eingeschätzten Häufigkeit von Ausgangsbedingungen, die einen starken somatischen oder psychischen Erkrankungsbezug aufweisen (z.B. Kardiologie vs. Psychosomatik).

- In den Häufigkeitseinschätzungen zum Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag ergaben sich hingegen wenige substanzielle Unterschiede.
- Mangelnde Motivation und mangelnde Vorstellungen über die konkrete Umsetzung von körperlich-sportlicher Aktivität im Alltag werden häufig als problematische Ausgangsbedingungen wahrgenommen.
- Im Bereich der Onkologie mangelt es vergleichsweise weniger an Motivation für regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität oder Freude an Bewegung. Auch soziale Kompetenzen, wie Kooperations- oder Kommunikationsfähigkeit, wurden hier weniger eingeschränkt wahrgenommen.

1.3.1.2 Wirkbereiche der Bewegungstherapie, Gewichtung und methodisch-didaktische Umsetzung bewegungstherapeutischer Inhalte

In einem zweiten Schritt wurden die mit dem Fragebogen erfassten vielfältigen itembasierten Informationen zur wahrgenommenen Beeinflussbarkeit der Ausgangsbedingungen sowie der Bedeutsamkeit von Inhalten der Bewegungstherapie zunächst auf Basis von explorativen Faktorenanalyse verdichtet. Dabei wurden vier wahrgenommene Wirkbereiche sowie drei Bereiche bewegungstherapeutischer Inhalte identifiziert. Tabelle 2 gibt eine erste Übersicht über die wahrgenommene Beeinflussbarkeit der Wirkbereiche durch die eigene Bewegungstherapie sowie über die Gewichtung bzw. die Bedeutsamkeit der bewegungstherapeutischen Inhalte. Zusätzlich wird der Anteil der Fachabteilungen dargestellt, die bei der Vermittlung dieser Inhalte in der Bewegungstherapie im Rahmen von Gruppenangeboten auf „reine“ Bewegungspraxis – im Gegensatz zu Wissensvermittlung und deren Kopplung mit Bewegungspraxis – fokussieren. Die detaillierten Ergebnisse sowie ermittelte Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen werden in den Kapiteln 2.3.2 bis 2.3.5 des Projektberichts dargestellt.

Tabelle 2: Einschätzung über erzielbare Wirkungen durch die eigene Bewegungstherapie, Gewichtung bewegungstherapeutischer Inhalte, sowie Fokussierung auf Bewegungspraxis in Gruppentherapien

	Gesamt M (SD)
<i>Wirkbereiche der Bewegungstherapie</i>	
Körperlich-motorischer Wirkungsbereich ¹	2.84 (0.60)
Psycho-sozialer Wirkungsbereich ¹	2.26 (0.66)
Wirkbereich Unsicherheit/Dekonditionierung ¹	2.87 (0.57)
Wirkbereich Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag ¹	2.54 (0.63)
<i>Gewichtung/Bedeutsamkeit von Inhalten</i>	
Inhalt: Vermittlung von Effekt- & Handlungswissen ²	4.99 (0.80)
Inhalt: volitionale Umsetzung eigener Aktivitäten ²	3.61 (1.16)
Inhalt: positives Erleben der Aktivität ²	4.38 (1.11)
Fokus auf Bewegungspraxis in Gruppentherapien ³	47.0 (29.4) ³

¹Skala: 1= geringe Beeinflussbarkeit, 2 = mittlere Beeinflussbarkeit, 3 = hohe Beeinflussbarkeit, 4 = sehr hohe Beeinflussbarkeit

²Skala: 1= ist kaum Bestandteil unserer Therapie bis 6 = ist wichtigster Bestandteil unserer Therapie

³Anteil der befragten Fachabteilungen in Prozent

In den weiterführenden Analysen wurden erkrankungsabhängige sowie organisationsabhängige Unterschiede *im Hinblick auf die Wirkbereiche der Bewegungstherapie* identifiziert:

Erkrankungsbezogene Unterschiede

- Großer erkrankungsspezifischer Unterschied in der wahrgenommenen Beeinflussbarkeit des psycho-sozialen Wirkungsbereichs mit höchster Bewertung in der Psychosomatik.
- Großer erkrankungsspezifischer Unterschied in der wahrgenommenen Beeinflussbarkeit des körperlich-motorischen Wirkungsbereichs mit höchster Bewertung in der Orthopädie mit Schwerpunkt TEP.
- Nur geringe Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen zeigten sich für den Wirkungsbereich ‚Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag‘. In der

Gesamtbetrachtung wurde das Wirkpotenzial der Bewegungstherapie in diesem Bereich im Vergleich zu anderen Wirkungsbereichen eher geringer eingeschätzt.

- Für den Wirkungsbereich ‚Unsicherheit/Dekonditionierung‘ wurden mittlere Unterschiede gefunden. Die Beeinflussbarkeit dieses Wirkungsbereichs wurde erkrankungsübergreifend hoch eingeschätzt.

Organisationsbezogene Unterschiede

- In der Neurologie schätzen Fachabteilungen in der ambulanten Rehabilitation im Vergleich zur stationären Rehabilitation ihre Wirksamkeit als geringer ein
- In der stationären neurologischen Rehabilitation wird die Wirksamkeit am höchsten eingeschätzt, wenn es um körperlich-motorische Wirkungen und Unsicherheit/Dekonditionierung geht
- Der psychosoziale Wirkungsbereich wird in stationären Einrichtungen eher als beeinflussbar wahrgenommen als in ambulanten Einrichtungen (insb. im Bereich Orthopädie Rücken)

Im Hinblick auf die *Einschätzung der Bedeutsamkeit bewegungstherapeutischer Inhalte zur Bewegungsförderung* ergaben sich ebenfalls erkrankungsabhängige Unterschiede:

- Insgesamt ergab sich eine heterogene Einschätzung der Bedeutsamkeit der verschiedenen Inhalte in den verschiedenen Einrichtungen und bei den verschiedenen Erkrankungsbereichen. Der Inhalt positives Erleben der Aktivität wurde in der Psychosomatik am höchsten bewertet
- In der Kardiologie wurde die Vermittlung von bewegungsbezogenem Handlungs- und Effektwissen sowie die volitionale Umsetzung eigener Bewegungsaktivitäten deutlich am höchsten gewichtet

Zur didaktisch-methodischen Umsetzung verhaltensbezogener bewegungstherapeutischer Inhalte wurden die in Tabelle 3 genannten Inhalte abgefragt.

Tabelle 3: Gewichtung verhaltensbezogener bewegungstherapeutischer Inhalte

Bewegungstherapeutische Inhalte	M (SD) ¹
TN werden vielfältige Übungsformen und sportliche Techniken für gesundheitssportliche Aktivitäten vermittelt	5.12 (1.02)
TN werden spezifisch angeleitet ihren Körper besser wahrzunehmen	5.03 (0.99)
TN erleben Gruppendynamik und soziales Eingebundensein	4.98 (1.14)
TN werden mit Bewegungsempfehlungen vertraut gemacht	4.97 (1.06)
TN lernen, ihre Trainingsbelastung selbstständig zu dosieren und zu steuern	4.96 (1.06)
TN erhalten Informationen zu Gesundheitseffekten von Bewegung/Training	4.93 (1.04)
TN erhalten konkrete Anregungen, wo und wie sie nach der Reha weiterhin körperlich aktiv bleiben können	4.85 (1.27)
TN werden auf Bewegungsanforderungen im beruflichen Alltag spezifisch vorbereitet	4.17 (1.06)
TN bewerten emotionale Zustände in Verbindung mit körperlicher Aktivität	3.78 (1.50)
TN werden dazu angeleitet, Pläne zur Weiterführung körperlicher Aktivität am Wohnort schriftlich zu erstellen	2.39 (1.63)

Abkürzung TN: Teilnehmerinnen und Teilnehmer
¹Skala: 1 = ist kaum Bestandteil unserer Therapie bis 6 = ist wichtigster Bestandteil unserer Therapie

Zwar bewerten die befragten bewegungstherapeutischen Abteilungen einen Großteil der benannten Inhalte als eher wichtig, trotzdem ergibt sich im Hinblick auf das inhaltliche sowie didaktisch-methodische Spektrum eine hohe Heterogenität:

- In den meisten Fällen (ca. 80%) sind verhaltensbezogene Inhalte in die Praxis integriert. Dies betrifft vor allem die Vermittlung von bewegungsbezogenem Handlungs- und Effektwissen und die Beeinflussung von Facetten der Bewegungskompetenz.
- Hingegen werden konkrete Anregungen zur Weiterführung von Bewegung nach der Rehabilitation oder die Nutzung der konkreten Handlungsplanung nur zu rund 60% bzw. 40% in die Praxis integriert. Letztere werden noch am häufigsten (49%) in Einzelgesprächen umgesetzt.
- Die Methode der Handlungsplanung zur Weiterführung körperlicher Aktivität wird als weniger wichtiger Bestandteil der Therapie bewertet (Mittelwert 2,39).

- Nur 49% der Einrichtungen gibt an, Medien/Materialien für Therapeutinnen und Therapeuten zur Vermittlung von Wissen zu Gesundheitseffekten von Bewegung zu nutzen. 58% berichten, entsprechende Materialien für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Verfügung zu stellen.
- Nur 22% der Einrichtungen gibt an, Medien/Materialien für Therapeutinnen und Therapeuten zur Vermittlung von Übungsformen und sportlichen Techniken für gesundheitssportliche Aktivitäten zu nutzen. 52% berichten, entsprechende Materialien für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Verfügung zu stellen.
- Für die weiteren bewegungstherapeutischen Inhalte liegt die Medien/Materialien-Nutzung auf Therapeutenseite bei unter 20% der Einrichtungen, rehabilitandenseitig bei höchstens 36%. Die wenigsten Materialien für bewegungstherapeutische Akteure für den Inhalt des Erlebens von Gruppendynamik und sozialen Eingebundenseins vor, ähnlich wenige für den Inhalt der Bewertung emotionaler Zustände in Verbindung mit körperlicher Aktivität.

1.3.1.3 Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse einer latenten Klassenanalyse

Die differenzierten Analysen der inhaltlich-konzeptionellen Merkmale der bewegungstherapeutischen Abteilungen haben einerseits plausible Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen abbilden können (siehe Kap. 2.3 des Projektberichts). Darüber hinaus verblieben große Varianzen zwischen Einrichtungen innerhalb eines Erkrankungsbereichs. Dies deutet auf eine Vielfalt in den Schwerpunktsetzungen in bewegungstherapeutischen Abteilungen hin, die durch verschiedene Zielorientierungen und eine unterschiedliche inhaltliche Ausgestaltung der Bewegungstherapie gekennzeichnet sind.

Um dies genauer zu analysieren, wurde das statistische Verfahren einer latenten Klassenanalyse angewendet, mit der die typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen der Bewegungstherapie identifiziert werden können (siehe Kap. 3 des Projektberichts). Durch dieses Verfahren können verschiedene inhaltlich-konzeptionelle Merkmale einer Abteilung gebündelt betrachtet werden. Dadurch stehen nicht einzelne Wirkbereiche oder verhaltensorientierte Inhalte im Fokus, sondern die einzelnen bewegungstherapeutischen Abteilungen, die jeweils inhaltlich-konzeptionell charakterisiert werden. Diese Perspektive verstärkte die im vorherigen Abschnitt

berichteten variablenorientiert gewonnenen Erkenntnisse, dass bundesweit in einem hohem Maße Unterschiede in der inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung der Bewegungstherapie bestehen (siehe Tabelle 4).

Tab. 4: Sechs Klassen typischer inhaltlich-konzeptioneller Ausrichtungen der Bewegungstherapie einschließlich Label und Gruppengröße (in % der Untersuchungsgruppe)

Klasse (%)	Besonderheiten der typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen der Bewegungstherapie
Klasse 1 (15.7%)	<i>Fokus Konditionsaufbau und Abbau von Unsicherheit</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - die erzielbaren Wirkungen im Bereich Unsicherheit/Dekonditionierung werden als hoch eingeschätzt, - die erzielbaren Wirkungen im körperlich-motorischen Bereich werden als hoch eingeschätzt - die Gewichtung in allen drei verhaltensorientierten Inhaltsfeldern ist gering; die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen wird noch am stärksten gewichtet - eine Schwerpunktsetzung im Bereich Bewegungspraxis ist tendenziell gegeben
Klasse 2 (21.1%)	<i>Fokus Bewegung</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - es besteht eine starke Schwerpunktsetzung auf die Bewegungspraxis - die wahrgenommene Beeinflussbarkeit aller vier Bereiche ist unterdurchschnittlich - verhaltensorientierte Inhalte werden in geringem Maße adressiert
Klasse 3 (11.9%)	<i>Fokus Erlebnis</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalte zum Erleben werden am stärksten gewichtet - erzielbare Wirkungen im psycho-sozialen Bereich werden als hoch eingeschätzt - erzielbare Wirkungen im Bereich Transfer körperlich-sportliche Aktivität in den Alltag werden als moderat bis hoch eingeschätzt - hingegen werden erzielbare Wirkungen im körperlich-motorischen unterdurchschnittlich eingestuft - die inhaltliche Gewichtung der volitionalen Unterstützung ist eher unterdurchschnittlich
Klasse 4 (30.9%)	<i>Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - erzielbare Wirkungen werden in allen vier Bereichen als hoch eingeschätzt - die Gewichtung in allen drei verhaltensorientierten Inhaltsfeldern ist hoch - der Anteil der Bewegungspraxis ist in dieser Klasse gering ausgeprägt; ein Schwerpunkt liegt auf der Verknüpfung von Bewegungspraxis und Schulung/Wissensvermittlung
Klasse 5 (6.6%)	<i>Fokus Training mit ergänzender Verhaltensorientierung</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - die erzielbaren Wirkungen im körperlich-motorischen Bereich werden als hoch eingeschätzt - es besteht eine starke Schwerpunktsetzung auf die Bewegungspraxis - erzielbare Wirkungen im psycho-sozialen Bereich werden als gering eingeschätzt - die Gewichtung in allen drei verhaltensorientierten Inhaltsfeldern liegt im mittleren Bereich bei etwas stärkerer Gewichtung der Wissensvermittlung
Klasse 6 (13.8%)	<i>Verhaltensorientierung bei geringer Erwartungshaltung</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - die Gewichtung in allen drei verhaltensorientierten Inhaltsfeldern ist hoch - der Anteil der Bewegungspraxis ist in dieser Klasse gering ausgeprägt; ein Schwerpunkt liegt auf der Verknüpfung von Bewegungspraxis und Schulung/Wissensvermittlung - im Kontrast zu Klasse 4 werden die erzielbaren Wirkungen in allen vier Bereichen als geringer eingeschätzt. Innerhalb von Klasse 6 fallen die Einschätzungen über erzielbare Wirkungen im körperlich-motorischen Bereich sowie im Bereich der Unsicherheit/Dekonditionierung noch am höchsten aus

Das Ergebnis der Klassenanalyse zeigt, dass nur in knapp 31% der befragten Abteilungen eine mehrdimensionale verhaltensorientierte Bewegungstherapie mit einer hohen Wirkungszuversicht umgesetzt wird (Klasse 4). Am häufigsten findet sich diese Klasse im Bereich der Kardiologie und Onkologie, gefolgt von Psychosomatik und Rückenerkrankungen. Hinzu kommen weitere knapp 14% (Klasse 6), die zwar die Verhaltensorientierung adressieren, allerdings mit geringer Zuversicht bzgl. der Wirksamkeit. Am häufigsten findet sich diese Klasse bei Einrichtungen mit Schwerpunkt Rückenerkrankungen.

Mit Blick auf die insgesamt befragten Fachabteilungen zeigt sich, dass ein konkret verhaltensbezogenes Vorgehen in weniger als der Hälfte umgesetzt wird.

Rund 21% (Klasse 2) setzen den Fokus auf Bewegungspraxis, wobei vergleichsweise wenig erzielbare Wirkungen erwartet werden. Weitere knapp 16% fokussieren auf Konditionsaufbau und den Abbau von (motorischer) Unsicherheit (Klasse 1). Gemeinsam sind dies 37% der befragten Abteilungen, in denen vornehmlich Körperfunktionen und Bewegung(-saktivitäten) adressiert werden, ohne erkennbar konkrete Verhaltensbezüge.

Die kleinste Klasse mit einem trainingsbezogenen Fokus und einer mittleren Gewichtung der Verhaltensorientierung ist Klasse 5 (6,8%). Hinzu kommt Klasse 3 (12%), in der der Fokus auf bewegungsbezogenem Erleben liegt bei recht hoher Wirkungszuversicht im psychosozialen Wirkungsbereich.

1.3.1.4 Funktionstests, Fragebögen, Aufnahmegespräche – Welche Information werden wozu in der Bewegungstherapie gesammelt?

Bei der Befragung der Fachabteilungen wurde erfasst, ob innerhalb der Bewegungstherapie standardisierte Testverfahren (Funktionstests und Fragebogen) eingesetzt werden, welche inhaltlichen Schwerpunkte dabei gesetzt werden und für welchen Zweck Tests zum Einsatz kommen. Zudem wurde erfasst, welche Themen im Aufnahmegespräch eine Rolle spielen und welche Informationen von anderen Professionen des Reha-Teams standardmäßig an die Bewegungstherapie weitergegeben werden.

Das Ergebnis der Befragung kann aus zweierlei Perspektiven betrachtet werden:

Positivperspektive: Etwa die Hälfte (53%) der bewegungstherapeutischen Abteilungen nutzt mindestens einen standardisierten Test. Weitere 14% der Abteilungen setzen nicht-standardisierte Tests ein. Unabhängig vom Standardisierungsgrad nutzen 33%

der Abteilungen gleichzeitig sowohl Funktionstests als auch Fragebogen. Tests finden innerhalb der Bewegungstherapie einen breiten Einsatzbereich und werden zur Therapieplanung und -steuerung, zur Formulierung von Therapiezielen, zur Auswahl konkreter bewegungstherapeutischer Inhalte und als Basis für Rehabilitanden-Feedback regelmäßig angewandt. Die Überprüfung der Wirkung der Bewegungstherapie auf Basis von Tests findet in 67% der Abteilungen standardmäßig (42%) oder zumindest häufig (25%) statt.

Negativperspektive: Beinahe die Hälfte (47%) der bewegungstherapeutischen Abteilungen setzt keine standardisierten Tests ein. Ein Drittel dieser Abteilungen setzt unstandardisierte Testverfahren ein. Die restlichen Abteilungen (32%) nutzen gar keine Tests, weder Funktionstest noch Fragebögen. Zudem wird in einem Drittel der Abteilungen kein Aufnahmegespräch durchgeführt.

Darüber hinaus ergab sich ein deutliches Defizit im Hinblick auf die Erfassung von Determinanten für eigenständige körperliche Aktivität, da körperliche Funktionsmessungen und die Messung von assoziierten Aktivitäten überwiegen. Partizipationsaspekte und personbezogene Faktoren werden kaum systematisch erhoben. In 60% der Abteilungen werden Funktionstests durchgeführt. Hingegen messen nur 16% der bewegungstherapeutischen Abteilungen mindestens einen personbezogenen Faktor.

1.3.1.5 Bewegungstherapeutische Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitation

International betrachtet entwickelt sich Bewegungstherapie von traditionell funktionsorientierten Ansätzen hin zu biopsychosozialen Therapiekonzepten weiter. Eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung solch mehrdimensionaler Konzepte stellt die interprofessionelle Teamarbeit dar. Daher wurden in beiden Projektphasen Informationen zu teambezogenen Prozessmerkmalen und der wahrgenommenen interprofessionellen Teamarbeit erfasst.

Die Ergebnisse zur bewegungstherapeutischen Teamarbeit können wiederum aus zweierlei Perspektiven betrachtet werden.

Positivperspektive

- Bewegungstherapeutische Leitungspersonen bewerten die interprofessionelle Teamarbeit sowohl in der quantitativen Querschnitterhebung, als auch im qualitativen zweiten Studienteil insgesamt als gut bis sehr gut

- Regelmäßige Teambesprechungen nehmen einen hohen Stellenwert für die Teamarbeit ein und sind in der deutlichen Mehrheit der Einrichtungen fest etabliert
- In den meisten bewegungstherapeutischen Abteilungen finden sowohl interne als auch berufsgruppenübergreifende Besprechungen mindestens einmal wöchentlich statt
- Ein informativer Austausch der Ergebnisse eingesetzter Tests und Messverfahren findet häufiger in eher somatischen Erkrankungsbereichen sowie in kleineren und physiotherapeutisch geleiteten Abteilungen statt
- Teamarbeit wird vor allem dann positiv bewertet, wenn sie inhaltsbezogen ist und nicht „nur“ organisatorische Dinge besprochen werden

Negativperspektive

- In einer Minderheit der Einrichtungen findet in Abweichung vom Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung keine wöchentliche Teambesprechung statt
- Es wird vielfach von geringen zeitlichen, personellen und räumlichen Ressourcen für Teambesprechungen berichtet. Teambesprechungen gehen dann einher mit einer Reduktion der Therapieangebote oder beschränken sich auf die Besprechung von Problemfällen
- Die Teilnahme an Teambesprechungen erfolgt meist im Stellvertreterprinzip (d.h. meist sind nur leitende Personen beteiligt), dadurch entstehen Informationsverluste
- Fallbesprechungen werden häufiger in ambulanten Einrichtungen und kleinen Abteilungen durchgeführt. In großen Abteilungen und bei unzureichender Ressourcen erfolgt eine Beschränkung auf Problemfälle
- In stationären Einrichtungen wird in bewegungstherapeutischen Teambesprechungen häufiger über organisatorische Dinge gesprochen als über die Weiterentwicklung bewegungstherapeutischer Konzepte
- Eine interprofessionelle Informationsweitergabe erfolgt eher im ambulanten Setting, in kleineren Abteilungen und eher bei psychischen Erkrankungsbereichen
- Die häufig einseitige, primär von der Bewegungstherapie ausgehende, Kontaktaufnahme im Team wird als hinderlich für den interprofessionellen Austausch gesehen. Es besteht der Wunsch nach einem wechselseitigen und gleichberechtigten Austausch. Vor allem die Kommunikation mit ärztlichen Akteuren

scheint stärker von Hierarchie und in Form einer Zusammenarbeit der therapeutischen Akteure geprägt zu sein

- Das Fehlen einer gemeinsamen „Sprache“ und einer Kultur des Austauschs wird als Barriere gesehen (Verharren in „professional silos“).

1.3.2 Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation: Eine empirisch-qualitative Erkundung der Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure

In Studienphase II wurde mit einer qualitativen Forschungsmethodik eine tiefgehende Erkundung der Sichtweisen von bewegungstherapeutischen Akteuren auf das Thema „Bewegungsförderung“ angestrebt. Zu diesem Zweck wurden leitfadengestützte Gruppendiskussionen (Fokusgruppen, n=58) in sechs erkrankungsspezifischen Gruppen durchgeführt. Die drei übergeordneten Fragestellungen mit Blick auf die Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation lauteten:

- Welche Inhalte und Methoden setzen bewegungstherapeutische Akteure mit dem Ziel der Bewegungsförderung ein und wie beurteilen sie einzelne Therapieformen in Bezug auf die Bewegungsförderung?
- Welche Begründungsmuster liegen hinter den didaktisch-methodischen Schwerpunktsetzungen mit Blick auf die Bewegungsförderung?
- Welche Barrieren und Förderfaktoren sehen die bewegungstherapeutischen Akteure mit Blick auf eine erfolgreiche Umsetzung von bewegungstherapeutischen Inhalten zur Bewegungsförderung?

Die in den Fokusgruppen diskutierten Aspekte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der Einsatz strukturierter Konzepte zur Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie erfolgt in unterschiedlichem Maße und wird, wie aus den Analysen zum quantitativen Teil (Kap. 2 und 3 des Projektberichts) deutlich wird, insgesamt nur in einer Minderheit der bewegungstherapeutischen Fachabteilungen verwendet.
- Es liegen bislang - national wie international - noch wenige strukturierte und manualisierte Konzepte für die Bewegungstherapie vor, was eine geringe Nutzung entsprechender Konzepte erklären mag. Dass das MoVo-Lisa-Konzept in den Fokusgruppen häufiger genannt wird, kann daran liegen, dass dieses als eigenständig publiziertes Manual in Buchform vorliegt und eine gewisse Verbreitung gefunden hat.

- Neue forschungsbasierte Interventionen der Bewegungsförderung finden bislang kaum Eingang in die Praxis. In Einzelfällen gelingt dies teilweise und unter Anpassungen. Dies bedarf aber therapeutenseitig entsprechender Kompetenzen, die wesentlichen Inhalte und die Wirkfaktoren beizubehalten bzw. vorhandene Programme adäquat an die individuelle Kliniksituation anzupassen.
- Das (Wieder-)Entdecken von Spaß und Freude an und mit Bewegung wurde von vielen Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten als Grundvoraussetzung für eine langfristige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität angesehen und in den Fokusgruppen am häufigsten diskutiert.
- Im Gegensatz dazu wurden bei Inhalten, die positive und vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglichen und positive affektive Reaktionen auslösen sollen, aber kaum konzeptionelle Bezugspunkte thematisiert. Hier scheinen bewegungstherapeutische Akteure eher erfahrungsbasiert zu handeln. Dies deckt sich mit dem im quantitativen Studienteil ermittelten Ergebnis, dass für diesen Bereich gemeinsam mit dem Bereich Gruppenerleben, die wenigsten Materialien für Therapeuten und Therapeutinnen sowie Rehabilitanden und Rehabilitandinnen vorliegen.
- Die Vermittlung von Wissen zum Thema Bewegung und Gesundheit scheint in relativ vielen Einrichtungen regelhafter und wichtiger Bestandteil der therapeutischen Interventionen zu sein (vgl. Kap. 2 und 3 des Projektberichts). Dabei werden in den Fokusgruppen vor allem die Bedeutung der Verknüpfung der Wissensvermittlung mit der Bewegungspraxis und die aktive geschäftsbasierte Reflexion entsprechender Inhalte hervorgehoben. Adressiert werden dabei Aspekte des Effekt- und des Handlungswissens, für die die Verknüpfung von Theorieinhalten mit praktischen Bewegungserfahrungen als bedeutsam erachtet wird.
- Der Nutzen von Materialien in Form von Übungssammlungen als „klassischer“ und verbreiteter bewegungstherapeutischer Inhalt des körperlichen Trainierens und Übens wird im Hinblick auf die angestrebte eigenständige Bewegungsaktivität kritisch gesehen. Als Lösungsansatz wurde ein Umdenken in der Nutzung von herkömmlichen Materialien in Papierform sichtbar, hin zur Nutzung „moderner“ Formate wie Apps oder Photographien und Videoaufzeichnungen mit Smartphone oder Tablet.
- Zur Stärkung der Selbstständigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und deren Kompetenzerleben wurde vielfach vorgeschlagen, vermehrt Möglich-

keiten für eigenverantwortliches Bewegungshandeln bereits innerhalb der Rehabilitationseinrichtung zu schaffen, z.B. durch Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Räumlichkeiten für eigenständiges Üben und Trainieren.

- Angemessene organisatorisch-strukturelle Rahmenbedingungen werden als wichtige Voraussetzung für eine nachhaltige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität gesehen.
- Die Vorgaben der Reha-Therapiestandards werden teilweise als zu starre Standardverordnungen wahrgenommen und schränken die Möglichkeit zur individuellen Abstimmung der Therapie aus Sicht der therapeutischen Akteure ein.
- Die Berücksichtigung individueller Voraussetzungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden scheint häufig nicht möglich, was in einer Über- oder Unterforderung der Betroffenen resultiert.
- Durch eine häufig fehlende Therapeutenkonstanz werden zu wenige Möglichkeiten der individuellen Betreuung gesehen.
- Die Empathiefähigkeit sowie Authentizität der Therapeutinnen und Therapeuten im eigenen Handeln wird für eine nachhaltige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität als bedeutsam erachtet.
- Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit mit wechselseitigen berufsgruppenübergreifender Kommunikation und regem Informationsaustausch über die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurde mit Blick auf die Bewegungsförderung als förderlich betrachtet.
- Eine einheitliche Sprachregelung/Botschaft des gesamten therapeutischen Teams wurde als sehr wichtig erachtet.
- In allen Erkrankungsbereichen wurde eine hierarchische Struktur im multiprofessionellen Team als hinderlicher Faktor für die Bewegungsförderung gesehen. Ärztliche Dominanz, mangelnde Information oder Interesse der Ärzte über/an dem Bereich Bewegungstherapie wurde als Grund für häufige Fehlverordnungen beschrieben.
- Als Barrieren für eine gelingende Bewegungsförderung werden die Erwartungen vieler Rehabilitandinnen und Rehabilitanden „sich therapieren zu lassen“ genannt. Auch ein hohes Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird als erschwerender Faktor gesehen.
- Ausreichend viele und qualitativ hochwertige Nachsorgeangebote werden als wichtig erachtet. Die Qualität bestehender Nachsorgeangebote wird teilweise kritisch gesehen.

1.4 Fazit

Das Forschungsprojekt liefert erstmalig eine nationale Bestandsaufnahme der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation auf Einrichtungs- und Akteurs-ebene.

Die in Phase 1 erhobenen quantitative Daten auf Einrichtungsebene zu konzeptionellen Merkmalen und Prozessen der Bewegungstherapie gehen deutlich über die bisher möglichen Auszählungen des Umfangs bewegungstherapeutischer Leistungen gemäß KTL-Dokumentationen hinaus. Die quantitative Ausrichtung mit umfangreicher Stichprobe in Phase 1 begünstigt eine hohe statistische Generalisierbarkeit und nationale Repräsentativität. Die in Phase 2 durchgeführte Bestandsaufnahme auf Ebene der Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten beleuchtet deren inhaltlich-konzeptionellen bzw. didaktisch-methodischen Handlungsorientierungen sowie deren therapeutische Handlungsspielräume. Diese sind mitentscheidend, wenn es um die Gestaltung und Umsetzung einer qualitativ hochwertigen bewegungstherapeutischen Versorgung geht. Die qualitativ-quantitative Erhebung auf Basis einer klassenanalytisch gesampelten Stichprobe mit großer Heterogenität in Bezug auf zentrale Merkmale der Bewegungstherapie, gewährleistet die Berücksichtigung unterschiedlicher informationsreicher Fälle. Dies ermöglicht die detaillierte Exploration, Erklärung und Analyse von Mechanismen hinter den quantitativen Ergebnissen und somit in der Folge eine hohe analytische Generalisierbarkeit.

Das Projekt generiert somit zuerst ein makroskopisches Abbild der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation auf Einrichtungsebene und fügt in diesen Kontext individuenbezogene Informationen auf Akteursebene ein. Das gewählte methodische Vorgehen im Mixed-Method-Design führt die Einrichtungsperspektive mit der Akteursperspektive zusammen und ermöglicht eine komplexe, facettenreiche Beschreibung des Status Quo der bewegungstherapeutischen Praxis sowie die Identifikation von förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Weiterentwicklung und praktische Umsetzung einer wissenschaftlich fundierten, evidenzbasierten Bewegungstherapie im konkreten „Rehabilitationsalltag“. In der Summe führt das gewählte methodische Vorgehen zu einem vertieften Verständnis, einer verbesserten Interpretierbarkeit und letztlich zu einer Steigerung der Bedeutsamkeit der Ergebnisse.

Die innerhalb des Projekts generierten Basisinformationen zum Ist-Zustand institutioneller und personaler Bedingungen der bewegungstherapeutischen Versorgung sowie die Analyse konkreter konzeptioneller Ausrichtungen und didaktisch-methodischer Ausgestaltungen der Bewegungstherapie bilden die Grundlage für die systematische

Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie in der Rehabilitation, insbesondere im Hinblick auf die Weiterentwicklung, Implementierung und Disseminierung elaborierter biopsychosozialer Konzepte der Bewegungstherapie. Basierend auf den Studienergebnissen werden im letzten Abschnitt konkrete Handlungsempfehlungen für die DRV Bund und die Rehabilitationseinrichtungen im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung, d.h. die Verbesserung der Konzept- und Prozessqualität einer evidenzbasierten und nachhaltigen Bewegungstherapie, abgeleitet.

1.5 Handlungsempfehlungen für die Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie

Die Ergebnisse des Projekts „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“ erzeugen ein sowohl breites als auch vertieftes Bild auf förderliche und hinderliche Faktoren für eine optimale Konzeptentwicklung und Konzeptumsetzung in der Bewegungstherapie unter den spezifischen Bedingungen von Rehabilitationseinrichtungen. Die Zielstellung dieses Kapitels ist es, hierauf aufbauend konkrete Handlungsempfehlungen für die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Rehabilitationseinrichtungen abzuleiten für die Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie. Die Handlungsempfehlungen bilden die Basis, um nächste Schritte für eine Verbesserung der Konzept- und Prozessqualität einer evidenzbasierten und nachhaltigen Bewegungstherapie zu identifizieren und einzuleiten. Die folgenden drei Tabellen listen die Handlungsempfehlungen für zentrale Handlungsbereiche: Tabelle 5 adressiert Entwicklungsschritte für den Bereich der Personalentwicklung. Diese führen zur Steigerung der Kompetenzen bewegungstherapeutischer Akteure zur Planung, Implementierung, Umsetzung und Evaluation bewegungstherapeutischer Konzepte. Folgend werden Qualitätsentwicklungsschritte auf organisationaler Ebene zur Optimierung zentraler Strukturen und Prozesse sowie assoziierter Rahmenbedingungen thematisiert (Tabelle 6). Schließlich listet Tabelle 7 Handlungsempfehlungen in Bezug auf zukünftige Forschungsaktivitäten.

Tab. 5: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Personalentwicklung und Optimierung von Konzepten

Personalentwicklung & Optimierung von Konzepten der Bewegungstherapie

Förderung der methodisch-didaktischen Konzept- und Prozessqualität der Bewegungstherapie:

- Qualitätsentwicklung fördern im Hinblick auf methodisch-didaktische Aspekte einer verhaltensbezogenen Bewegungstherapie, wie z. B. Einsatz von Medien/Materialien, motivierende Gesprächsführung, systematische Praxis-Theorie-Verknüpfung
- Sammlung, Bewerbung und Verbreitung von in der Praxis der Bewegungstherapie vorhandenen qualitätsgesicherten bewegungstherapeutischen Konzepten unter Berücksichtigung der unterschiedlichen inhaltlich-konzeptionellen Ausgangsbedingungen in den Rehabilitationseinrichtungen
- Aufbereitung vorhandener Konzepte (Bausteine der Bewegungstherapie) in besser rezipierbare Formen (Buch, Online-Plattform etc.) und deren Bewerbung und Verbreitung

Fortführung Tab. 5: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Personalentwicklung

- Förderung der Erstellung von Lehrmaterialien (Handbuch, Lehrbuch) zur verhaltensbezogenen Bewegungstherapie (potenzielle Unterkapitel: Gesprächsführung; Leitung von Gruppendiskussionen, Wissensvermittlung und Kompetenzaufbau in Praxis-Theorie-Verknüpfung, Vermittlung von Spaß/Freude an Bewegung, verhaltensbezogenes Assessment, Teamarbeit etc.)
- Förderung der Neuentwicklung strukturierter und manualisierter bewegungstherapeutischer Konzepte zur individuellen Förderung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz unter Einbezug bewegungstherapeutischer Akteure, z. B. für den Bereich affektiv-emotionalen Erlebens von Bewegung oder der Kopplung von Assessment und Intervention
- Entwicklung neuer adaptierbarer Medien und Materialien, die den Bedürfnissen der Therapeuten/innen vor Ort angepasst werden können
- Anreize für die Nutzung entsprechender Konzepte setzen (z. B. Qualitätskriterien, siehe unten)
- Bei bewegungstherapeutischen Akteuren das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Fortbildungen zur Bewegungsförderung steigern und die Teilnahme daran fördern

Nutzung und Qualität des Aus-, Fort- und Weiterbildungssystems verbessern:

- Weiterbildungen zur Bewegungsförderung in der Rehabilitation initiieren und fördern Belegung der Fort- und Weiterbildungslandschaft, durch Einführung strukturierter Weiterbildungsangebote der DRV oder Kooperation mit Fachgesellschaften
- Aufbau von Weiterbildungsteams bestehend aus Akteuren aus Wissenschaft und Praxis („models of good practice“)
- Zielvorgaben, Schwerpunktsetzungen und entsprechende Ausbildungserwartungen an die ausbildenden Institutionen in Physiotherapie und Sportwissenschaft kommunizieren, Herausgabe von Standards einer erwarteten Mindestqualifikation bzgl. Inhalten und Methoden der Bewegungsförderung
- Anreizsetzung für die Weiterbildungslandschaft in Physiotherapie und Sport- und Bewegungstherapie, ggf. enge Kooperation zw. DRV und Fach-/Berufsverbänden
- Weiterbildung zu interprofessioneller Kommunikation ausbauen (Teambesprechungen und deren Moderation, interprofessionelles Kommunikationstraining, verstärkte Förderung von interprofessioneller Ausbildung)
- Zugangsmöglichkeiten zu Weiterbildungsangeboten erleichtern, z. B. durch Entwicklung und Nutzung von neuen Weiterbildungsformaten wie „Blended-Learning“-Angeboten
- Foren für therapeutische Akteure zur Diskussion/Austausch z.B. über Medien und Materialien ermöglichen (z. B. aufbauend auf bisherige Fachtagungen Bewegungstherapie der DRV Bund)

Tab. 6: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Organisationsentwicklung

Organisationsentwicklung - Optimierung von Strukturen und Prozessen

Kritische Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung von bestehenden Vorgaben in der Rehabilitation (Reha-Therapiestandards, Evidenzbasierte-Therapiemodule) und deren Kommunikation

- Einführung von Kriterien zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation, z. B. mit einem „Zertifikat Bewegungsförderung“
- Verstärkung/Erhöhung der Gewichtung der Verhaltensorientierung in der Praxis, verstärktes Einfordern verhaltensbezogener Konzepte; dafür Festlegung von Minimal- und Optimalstandards für die Struktur-, Konzept- und Prozessqualität der Rehabilitation
- Entwicklung einer Leitlinie/Leitempfehlung für die inhaltlich-methodische Umsetzung der Bewegungstherapie in der Rehabilitation
- Flexiblen Umgang mit Reha-Therapiestandards und KTL ermöglichen und bekanntmachen, um Anpassungen/Änderungen der Therapieplanung bzw. der zeitlichen und inhaltlichen Organisation der Bewegungstherapie zu erleichtern
- Kritische Prüfung der Möglichkeit individuellerer Formen der bewegungsbezogenen Rehabilitation inkl. Nachsorgeangebote (einschließlich IT-basierter Interventionen)
- Prüfung und Anpassung der bewegungstherapeutischen Inhalte und Methoden sowie deren Passung zu den weiteren therapeutischen Leitungen innerhalb vorhandener verhaltensmedizinisch begründeter Interventionskonzepte (z. B. VMO)

Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit:

- Etablierung einer Kultur des intraprofessionellen und vor allem interprofessionellen Austauschs bzgl. des Rehaziels Bewegungsförderung. Hier ist über die Professionen hinweg Zusammenarbeit, inhaltlicher und methodischer Austausch und eine gemeinsame Sprache gefordert
- Neue Ordnungsmodelle für die Bewegungstherapie etablieren, Stärkung der Rolle des bewegungstherapeutischen Teams, interprofessionellen Austausch fördern
- Rahmenkonzepte bzw. Hilfestellung für Teambesprechungen erarbeiten (Ziele Ablauf, Kommunikationskultur, Wertschätzung, Beteiligung aller Teammitglieder etc.)
- Neue Formen der Weiterbildung etablieren, z. B. obligatorische ärztl. Weiterbildung für den Bereich der Bewegungstherapie schaffen (interprofessionelle Weiterbildung)

Fortführung Tab. 6: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Organisationsentwicklung

Den systematischen Einsatz standardisierter biopsychosozialer Testverfahren fördern:

- Rahmenkonzepte für die Auswahl und den Einsatz von Testverfahren erarbeiten und Rahmenbedingungen für den regelhaften Einsatz von Testverfahren schaffen (Zeit, KTL-Code etc.) sowie flexible Anpassung der Therapieinhalte ermöglichen
- Nutzung bewegungsverhaltensbezogener Testverfahren als Merkmal der Konzept-, Struktur- und Prozessqualität i.S. der Qualitätssicherung festlegen

Unterstützung für Prozesse der Organisationsentwicklung in der Bewegungstherapie:

- Bewegungstherapeutischen Akteuren Hilfestellungen bei der Weiterentwicklung der Bewegungstherapie geben, z. B. Beratungsleistung (auch online), Austauschforen etc.
- Rahmenkonzepte zur Implementierung vorhandener bewegungstherapeutischer Konzepte erarbeiten und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in den Rehabilitationseinrichtungen anbieten
- Umsetzung von partizipativen Organisationsentwicklungsprozessen in den Kliniken fördern, Identifizierung und Einbeziehung der 'models of good practice'

Tab. 7: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Reha-Forschung

Empfehlungen für die Reha-Forschung

Optimierung der Nachhaltigkeit von Forschungsprojekten durch:

- Vermehrte Umsetzung von Organisationsentwicklungsprojekten i.S. partizipativer und interaktiver (Handlungs-)Forschung zur Qualitätsentwicklung in der Bewegungstherapie. Dabei Einbeziehung der Expertise aus Einrichtungen, in denen die Umsetzung bereits läuft („models of good practice“).
- Entwicklung einer Plattform zur Kommunikation bewegungsbezogener Forschungsergebnisse z. B. einschließlich der Einrichtung eines Newsletter Bewegungstherapie

Gezielte Förderung von Forschungsprojekten zu folgenden Themen:

- Vertiefte Analysen personbezogener Problemlagen und Ausgangsbedingungen in erkrankungsübergreifender Perspektive; Analyse der Passfähigkeit der jeweiligen Bewegungstherapien; ggf. Weiterentwicklung im Hinblick auf die spezifischen Zielsetzungen
- Vertiefte Analyse der Prozesse des (Wieder-)Entdeckens von Spaß und Freude an der Bewegung sowie inhaltliche und strukturelle Bedingungen zu deren Förderung
- Untersuchungen zu Dosis-Wirkungsbeziehungen der Bewegungstherapie zur weiteren wissenschaftlichen Fundierung und Ausdifferenzierung von Handlungsempfehlungen/Leitlinien für die Bewegungstherapie: Wie viel von welchem Inhalte der Bewegungstherapie ist wie wirksam?
- Wirksamkeitsforschung bzgl. unterschiedlicher konzeptioneller Ansätze der Bewegungstherapie, z. B.: Welches sind die Prädiktoren für den Erfolg? Untersuchung von Zusammenhängen zwischen dem Therapiefokus der einzelnen Einrichtungen und den (nachhaltigen) Wirkungen der Rehabilitation. Sind die mehrdimensional verhaltensorientiert agierenden Einrichtungen erfolgreicher? Etc.
- Entwicklung von Standards für die Nutzung von Testverfahren zur Steuerung der Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie; Förderung der Erstellung einer Assessment-Datenbank (ähnlich EDGE Task-Forces der American Physical Therapy Association - APTA)
- Modellvorhaben für die fundierte Entwicklung und Evaluation IT-gestützter Maßnahmen zur Bewegungsförderung: Neue Medien nutzen, neue Formate der Therapiesteuerung ermöglichen (z.B. Portale mit Bausteinen der Bewegungstherapie, die per Tablet in der Therapie nutzbar sind, Integration der Kommunikation und Therapiesteuerung der Rehabilitation via Apps etc.)
- Forschung zur Curriculumentwicklung und deren Adoption in Rehabilitationseinrichtungen sowie zur Fortbildungseffektivität klassischer und neuer (z. B. blended-learning) Fortbildungswege